

Enni Moilanen, Laura Pikajago, Hanna Ämmälä

# Kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhas- syöpää sairastavan potilaan kokemana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2015

Tekijä(t) Otsikko	Enni Moilanen, Laura Pikajago, Hanna Ämmälä Kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhassyöpää sairastavan potilaan kokemana
Sivumäärä	36 sivua
Aika	Huhtikuu 2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Työ toteutettiin opinnäytetyöyhteistyönä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Tämän työn tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpää sairastavan kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää eturauhassyöpäpotilaan hoitoa.</p> <p>Aineisto kerättiin maaliskuussa 2015 yksilöhaastatteluina. Haastattelut toteutettiin teema-haastattelulla. Haastattelun teemana oli, mitkä ovat eturauhassyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta. Haastatteluihin osallistui kolme robottivusteisella tähytysleikkauksella (RALP) leikattua eturauhassyöpää sairastavaa potilasta. Aineisto analysoitiin soveltamalla aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita.</p> <p>Haastateltavat olivat suurimmilta osin tyytyväisiä RALP-hoitoprosessiin. Haastatteluista nousi esiin ennen sairaalassa oloa päätöksentekoon, tiedonsaantiin ja hoidon sujuvuuteen liittyviä kokemuksia. Sairaalassaolon aikana kokemukset liittyivät sairaalaympäristöön, ammattihenkilöihin, lääkehoitoon, potilasohjaukseen sekä kotiutumiseen. Sairaalassaolon jälkeen haastatteluista nousi ilmi kokemuksia selviytymiskeinoista, leikkaushaavojen komplikaatioista, tukiverkostosta sekä kuntoutumisesta. Tiedonsaannissa ja potilasohjauksessa oli puutteita hoidon eri vaiheissa. Erikoissairaanhoidosta alkaen hoito on ollut sujuvaa ja suhteellisen nopeaa. Hoitovaihtoehtoista saatiin tietoa asiantuntijoilta, mutta varsinaista konkreettista tietoa leikkauksesta potilaat olivat joutuneet itse hakemaan. Eniten leikkaukspäätökseen vaikuttivat tuttavien kokemukset RALP-leikkauksesta.</p> <p>Potilaiden tarvitsema ohjaus on vielä hoitoprosessissa puutteellista, eikä ole linjassa lyhyen hoitoajan kanssa. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota ennen leikkausta tapahtuvaan ohjaukseen sekä asioiden kertaukseen ennen kotiutusta. Potilaille voisi kehittää potilasohjeen, joka selittäisi havainnollistamalla kuvilla ja tekstillä hoidon vaiheet. Tämä selventäisi potilaille epäselväksi jääviä asioita, kuten esimerkiksi tietoa itse leikkauksesta sekä katetrin kanssa toimimisesta.</p>	
Avainsanat	eturauhassyöpä, kirurginen potilas, kokemus, hoitoprosessi, teema-haastattelu

Author(s) Title	Enni Moilanen, Laura Pikajago, Hanna Ämmälä The prostate cancer patient's experiences of the nursing process
Number of Pages	36 pages
Date	April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The Final Project was carried out as a cooperation with the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The purpose of this Final Project was to describe prostate cancer patient's experiences of the nursing process. The aim is to develop the treatment of a prostate cancer patient using the results of this Final Project. The theme of the interview was the prostate cancer patient's experiences of the nursing process.</p> <p>The data was collected in March 2015 by means of individual interviews. The interviews were carried out by the method of theme interview. The interviewees were patients with prostate cancer who had had robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP). The data was analyzed by applying the principals of the inductive content analysis method.</p> <p>The interviewees were mostly pleased with the RALP nursing process. What stood out in the interviews before coming to the hospital was making decisions, receiving information and fluencies of treatment. During hospitalization the experiences included hospital environment, professionals, drugs, patient education and discharge. After hospitalization the experiences was the ways of survival, the complications of the wounds, the support of groups and the next of kin and rehabilitation. There were some shortages in receiving information and patient education in different stages of the process. From the specialized nursing onwards the treatment had been fluent and relatively swift. The experts provided the patients with information about the treatment options but the concrete details of the surgery the patients had to look for themselves. The decision in surgery was most influenced by friends' experiences on RALP.</p> <p>The education of the patients during the nursing process is at this point insufficient and is not at level with the short nursing period. In the future, attention should be paid to the pre-operative education prior to the surgery and revising all information before discharging. The patients should get an instruction sheet that would demonstrate all stages of the treatment process. It would clarify the things that now remain unclear to the patients, such as details of the surgery itself and functioning with a catheter.</p>	
Keywords	prostate cancer, surgical patient, experience, nursing process, theme interview method

## Sisällys

1	Johdanto	3
2	Eturauhassyöpää sairastavan potilaan hoito	4
	2.1 Eturauhassyöpä	4
	2.2 Eturauhassyövän kirurginen hoito	5
	2.3 Kirurgisen potilaan hoitoprosessi	5
3	Tiedonhaku	7
4	Syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoidosta	8
5	Tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymys	14
6	Työn toteutus	14
	6.1 Aineistonkeruumenetelmä	14
	6.2 Aineistonkeruu	15
	6.3 Aineiston analyysi	16
7	Kokemukset hoitoprosessista	20
	7.1 Kokemukset ennen sairaalassaoloa	20
	7.1.1 Päätöksenteko ja tiedonsaanti	20
	7.1.2 Hoidon sujuvuus	20
	7.2 Kokemukset sairaalassaolon aikana	21
	7.2.1 Sairaalaympäristö	21
	7.2.2 Ammattihenkilöt	22
	7.2.3 Lääkehoito	22
	7.2.4 Potilasohjaus	22
	7.2.5 Kotiutuminen	23
	7.3 Kokemukset sairaalassaolon jälkeen	23
	7.3.1 Selviytymiskeinot	23
	7.3.2 Leikkaushaavojen komplikaatiot	23
	7.3.3 Tukiverkosto	24
	7.3.4 Kuntoutuminen	24
8	Pohdinta	25

8.1 Tulosten tarkastelu	25
8.2 Eettisyys	27
8.3 Luotettavuus	29
9 Johtopäätökset	31
Lähteet	32

## 1 Johdanto

Suomessa eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä. Vuonna 2011 oli noin 39 500 diagnosoitua syöpätapausta. (Eturauhassyöpä. 2014.) Suomessa eturauhassyöpien määrä on neljänkymmenen vuoden aikana lähes kolminkertaistunut. Syitä diagnoosien kasvuun ovat muun muassa hoitoon hakeutuminen herkemmin ja väestön ikääntyminen. (Rannikko. 2009.) Vuosina 2007-2011 todettiin Helsingin alueella 1355 uutta eturauhassyöpätapausta, mikä on 30% kaikista todetuista syövistä tällä alueella (Nordcan.2009). Eturauhassyöpä on yleisesti iäkkäiden miesten tauti. (Rannikko. 2009). Keskimäärin sairastuneet ovat 70-vuotiaita (Eturauhassyöpä. 2014). Vuosittain pääkaupunkiseudulla tehdään noin 200 eturauhasen poistoleikkausta (Urologia. 2014), ja kaiken kaikkiaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiissä (HUS) noin 87 000 leikkausta (HUS:n tunnuslukuja. 2015). Suomessa tehdään yli 550 000 erilaista leikkausta vuosittain (Ahonen ym. 2012: 99).

Kirurgisen potilaan hoitoaika sairaalassa on lyhentynyt huomattavasti viime vuosina, mikä on lisännyt potilaiden omaa vastuuta hoidostaan. Muutos on johtunut hoitomenetelmien ja teknologian kehityksestä, ja tämän vuoksi potilaiden sekä omaisten ohjauksen tärkeys on korostunut. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi. 2008: 116.) Tässä työssä keskityttiin eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kirurgiseen hoitoprosessiin ja selvitettiin HUS:ssä robottivälineillä täyhystysleikkauksella (RALP) leikattujen potilaiden kokemuksia hoitoprosessista ennen sairaalassaoloa, sairaalassaolon aikana sekä sairaalassaolon jälkeen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpäpotilaan kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista. Työn tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoidossa. Opinnäytetyö on osa opinnäytetyhteistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja HUS:n kanssa.

## 2 Eturauhassyöpää sairastavan potilaan hoito

### 2.1 Eturauhassyöpä

Eturauhanen luokitellaan lisäsukupuolirauhaseksi, joka sijaitsee virtsarakon alapuolella peräsuolen edessä, ja virtsaputki kulkee sen läpi. Eturauhanen erittää osan siemennesteestä vaikuttaen siittiöiden hedelmöittymiskykyyn. Eturauhassyöpä kehittyy, kun eturauhasen solut alkavat muuttua pahanlaatuisiksi. (Eturauhasen syöpä. 2009; Sand – Sjaastad – Haug – Bjålie – Toverund 2011: 493.) Eturauhanen jakaantuu vyöhykkeisiin, joista suurin on perifeerinen vyöhyke eli rauhasen reunimmaisat alueet. Eturauhassyövistä 80-90% kehittyy tälle alueelle ja 98% pahanlaatuisista eturauhassyövistä saa alkunsa perifeerisen vyöhykkeen rauhasepiteelistä. World Health Organization (WHO) luokituksen mukaan eturauhassyövät luokitellaan hyvin erilaistuneisiin (gradus 1), kohtalaisesti erilaistuneisiin (gradus 2), huonosti erilaistuneisiin tai erilaistumattomiin (gradus 3). (Ahonen ym. 2012: 659.)

Eturauhassyövän kulkua on vaikea ennustaa. Eloissaolo-osuus ensimmäisen vuoden kuluttua on 98% ja viiden vuoden kuluttua 93%. Ennuste on parantunut viimeisen viiden vuoden aikana. Ennusteeseen vaikuttavat kasvaimen levinneisyys, erilaisuus-aste ja veren PSA-arvo. (Eturauhassyöpä. 2014.) PSA-arvo eli eturauhaskoe kuvaa eturauhasen solujen tuottaman valkuaisaineen määrää veressä. Mitä suurempi arvo on, sitä suurempi on eturauhassyövän mahdollisuus. (Miesten tutkimuksia (PSA, Testosteroni). 2008.) Löydetyistä syövistä yli puolet todetaan paikallisiksi ja neljäsosa metastoituneiksi eli etäpesäkkeitä lähettäviksi. Paikallisen, hyvin erilaistuneen syöpädiagnoosin saaneilla elossaoloennuste 10 vuoden päästä on 90-94% riippumatta hoitomuodosta. (Eturauhassyöpä. 2014.)

Eturauhassyöpää hoidetaan joko konservatiivisesti tai kirurgisesti. Konservatiivisia hoitomuotoja ovat seuranta, radikaali ulkoinen sädehoito tai kudoksen sisäinen sädehoito paikallisessa eturauhassyövässä. Paikallisesti edenneissä eturauhassyövässä käytetään edellä mainittujen lisäksi bikalutamidia eli lääkettä, joka on vastavaikuttaja mieshormonien toimintaan. Metastoituneissa eli levinneissä eturauhassyöpätapauksissa hoito on endokriinista eli hormonaalista hoitoa, jolla vaikutetaan umpirauhasten eritystoimintaan. (Ahonen ym. 2012: 661-662.)

## 2.2 Eturauhassyövän kirurginen hoito

Eturauhassyövän kirurgiseen hoitoon päädytään, mikäli potilaan yleiskunto on hyvä, enustettu elinaika on yli 10 vuotta, ja jos tauti on paikallinen. Kirurgiset hoitovaihtoehdot ovat radikaaliprostatektomia, jossa eturauhanen ja siinä kiinni olevat rakkularauhaset poistetaan täydellisesti. Se voidaan tehdä retrobubistisesti eli tekemällä viilto häpyluun ja navan väliin, transperineaalisesti eli viilto tehdään peräaukon ja kivespussin väliin tai laparoskooppisesti eli tähystämällä. Yhä enemmän lisääntynyt leikkausmuoto on robottiavusteinen tähystysleikkaus (RALP). (Ahonen ym. 2012: 661–664.) Robottiavusteisen tähystysleikkauksen hyötyinä ovat vähentynyt verenvuoto, tarkempi kudosten käsittely, nopea toipuminen ja vähäinen leikkauksen jälkeinen kipu. (Eturauhassyöpä. 2014). Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa (HYKS) tehdään vuosittain noin 200 eturauhasen poistoleikkausta, joista yli 90% tehdään robottiavusteisena tähystysleikkauksena (Urologia. 2014).

## 2.3 Kirurgisen potilaan hoitoprosessi

Hoitoprosessi on osa potilaan hoitoketjua. Hoitoprosessissa potilas on yhden organisaation sisällä, alkaen hoidon määrittelystä ja suunnittelusta päättyen hoidon toteutukseen ja arviointiin. (Holmberg-Marttila – Länsipuro – Kuusisto. 2012: 1.) Kirurgisen potilaan hoidossa tämä tarkoittaa leikkauspäätöksen tekemistä, leikkausajankohdan päättämistä, kirurgisen toimenpiteen tekoa leikkausosastolla, tarkkailua ja kuntoutusta vuodeosastolla sekä toimenpiteen onnistumisen arviointia jälkitarkastuksessa (Ahonen ym. 2012:99). Tässä työssä keskitytään eturauhaspotilaan hoitoprosessin pre-, intra-, ja postoperatiivisiin vaiheisiin.

Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe alkaa, kun on valittu syövän hoitomuodoksi. Leikkaukseen valmistautuminen on tämän vaiheen tärkein osa. Leikkaukseen valmistaudutaan kotona, osastolla tai poliklinikalla. Potilaan fyysinen kunto tulisi olla mahdollisimman hyvä, jotta leikkauksen jälkeinen toipuminen olisi mahdollisimman nopeaa ja leikkauskomplikaatiot mahdollisimman vähäisiä. Tämän vuoksi potilaan anestesia- ja leikkauskelpoisuus arvioidaan. Hoitajan kanssa potilas käy tulokeskustelun, jossa käydään läpi potilaan täyttämä esitietolomake, kerrotaan leikkausvalmisteluista ja toimenpiteestä sekä sen jälkeisestä hoidosta. Lisäksi huolehditaan, että leikkausta edeltävät tutkimukset tulevat tehdyksi ja tarkistetaan, että potilas on toteuttanut leikkauksen vaatimat

esivalmistelut. (Ahonen ym. 2012: 99-103.) Intraoperatiivinen vaihe kattaa leikkausosastolla tapahtuvan hoidon ja kirurgisen toimenpiteen. Tässä vaiheessa potilaan hoidossa keskitytään perus- ja erityistarpeiden hoitamiseen, potilaan henkiseen tukemiseen, voinnin ja vitaalielintoimintojen tarkkailuun ja tajunnantason arvioimiseen. (Ahonen ym. 2012:103-104.) Postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhöhoitoon, jossa leikkattuja potilaita tarkkaillaan tehostetusti. Heräämössä tarkkailaan potilasta, kunnes elintoiminnot ovat normalisoituneet, kivut ovat hallinnassa sekä kirurgi että anestesia lääkäri ovat tarkistaneet potilaan voinnin ja tilan. Siirtokriteereiden täytyttyä potilas siirtyy vuodeosastolle, jossa intensiivinen tarkkailu jatkuu vähintään seuraavaan aamuun riippuen leikkauksesta ja potilaan toipumisesta. (Ahonen ym. 2012: 104-105.)

Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman lääkäri tekee lähetteen HUS:n urologiselle klinikalle jatkotutkimuksiin tai hoitoneuvotteluun, kun epäillä eturauhassyöpää tai lääkäri on jo diagnosoinut syövän. Lähetteen perusteella potilaalle postitetaan vastaanottoaika joko Meilahden tai Peijaksen sairaalaan. (Lääkäriin lähete Hyksiin. 2015.)

Tutkimusten valmistuttua potilas kutsutaan urologian poliklinikalle hoitoneuvotteluun, johon myös lähiomaiset ovat tervetulleita. Hoitoneuvottelussa päätetään eturauhassyövän hoitovaihtoehdot, joihin vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, yleiskunto ja muut sairaudet. (Hoitoneuvottelu. 2015.) Päädyttyessä RALP-leikkaukseen potilas tulee preoperatiiviselle käynnille urologiselle poliklinikalle kaksi viikkoa ennen sovittua leikkausaikaa. Toimenpide tehdään nukutuksessa ja se kestää vajaasta kahdesta tunnista kolmeen tuntiin. (Eturauhasen täydellinen poistoleikkaus. 2013.) Leikkauksen jälkeen potilas on tarkkailussa vuodeosastolla yhdestä kahteen vuorokauteen. Potilaat kotiutuvat virtsakatetrin kanssa. (Radikaaliprostatektomia. 2015.) Viikon kuluttua kotiutuksesta potilaalle on sovittuna poliklinikkakäynti, jolloin otetaan varjoainekuvaus leikkaussaumojen tarkistamiseksi. Tällä käynnillä poistetaan virtsakatetri, jos saumat ovat kiinnittyneet halutulla tavalla sekä seurataan spontaania virtsausta. (Eturauhasen täydellinen poistoleikkaus. 2013.)

Potilaan jälkitarkastus on kuuden viikon kuluttua. Silloin tarkistetaan toipumisen edistyminen ja haavojen paraneminen, keskustellaan tutkimustuloksista, jotka koskevat syövän laatua sekä erityispiirteitä, ja arvioidaan liitännäishoitomuotojen tarvetta. Potilaalla

on puolen vuoden kuluttua välitarkastus ja vuoden kuluttua leikkauksesta lopputarkastus. Ennen jokaista tarkastusta mitataan potilaan PSA-arvo. (Eturauhasen täydellinen poistoleikkaus. 2013.)

### 3 Tiedonhaku

Aikaisempaa tutkimustietoa haettiin Cinahl, Medline ja Medic tietokannoista sekä manuaalisesti Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö- lehdistä vuosilta 2007-2014. Kaikissa tietokannoissa hakusanoina käytettiin: eturauhassyöpä, kirurginen hoitotyö, hoitopolku, kirurginen, potilaan näkökulma, mies, surgical, nursing, prostata/prostate cancer patient, experiences, surgical care pathway, patient perspective, surgical care, pathway, prostate, man, men. Haussa oli käytössä myös asiasanojen synonyymit. Hakusanat valittiin keskeisten käsitteiden perusteella. Haussa käytettiin myös Boolean operaattoria JA (AND), TAI (OR) sekä hakusanan katkaisumerkkiä (\*), esimerkiksi eturauhassyöpä\*. Asiasanoja käytettiin yksin tai yhdessä, riippuen siitä kuinka paljon hakutuloksia saatiin rajatuilla hakusanoilla. Esimerkiksi pelkällä ”eturauhassyöpä” tai ”prostate cancer” tuloksia saatiin tuhansia, mutta lisäämällä esimerkiksi hakusanan ”kokemuks\*” tai ”experie\*” hakua saatiin rajattua tarkemmaksi. Tällöin artikkelit rajautuivat ja pystyttiin valitsemaan työhön mahdollisesti käytettävät artikkelit. Lisäksi valintaan vaikuttivat artikkelien saatavuus tai mahdollisuus tilata niitä Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastosta tai lähikirjastosta sekä lukumahdollisuus internetissä. Aineistoa kerättyä artikkelit selattiin otsikoiden perusteella, jonka jälkeen valituista luettiin tiivistelmät. Tiivistelmän perusteella tehtiin valinta aineiston sopivuudesta opinnäytetyöhön.

Tiedonhaku aloitettiin manuaalisesti Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede -lehdistä vuosilta 2007–2014. Lehdistä selattiin sisällysluettelot ja otsikoiden perusteella valittiin 12 artikkelia. Tiivistelmän perusteella näistä 12:sta valittiin neljä artikkelia Hoitotiede-lehdestä ja kaksi Tutkiva hoitotyö -lehdestä. Medic-tietokannasta haettiin artikkeleita, joista valittiin luettavaksi otsikon perusteella 14, joista valittiin tiivistelmän perusteella neljä. Medlinesta edellä mainituilla englanninkielisillä hakusanoilla saatiin tuhansia osumia, joten hakua rajattiin merkityksellisyyden mukaan neljän tai viiden tähden artikkeleihin. Edelleen osumia tuli satoja, joten hakua rajattiin edelleen viimeiseen kolmeen vuoteen. Tämän jälkeen osumista valittiin otsikon perusteella 28 ja tiivistelmän perusteella valittiin neljä. Cinahl-

tietokannasta löytyi hakusanoilla kymmeniä tuhansia osumia, joten rajattiin hakua ”nursing” sanalla, jolloin haku rajoittui vain hoitotieteellisiin julkaisuihin. Hakua rajattiin myös sukupuolen, iän ja julkaisutyypin mukaan. Tällöin osumat pieneivät ja otsikon perusteella kyettiin selaamaan hakutuloksia ja otsikon perusteella valittiin luettaviksi 32. Tiivistelmien perusteella valittiin kahdeksan.

Kaikissa tietokannoissa käytettiin tiedonhakupäätöksinä vuosia 2005-2014. Rajauksen ulkopuolelta löytyi mielenkiintoinen artikkeli potilaan autonomian toteutumisesta vuodelta 2001, joka sisällytettiin aineistoon. Tiedonhakuun sisällytettiin myös yleisesti kirurgisten ja syöpäpotilaiden kokemuksia hoidosta. Laadukasta ainestoa valittaessa painotettiin kuvailevia kokemuksia potilaan näkökulmasta, mikä vastasi opinnäytetyön tarkoitusta. Aineistoon sisällytettiin myös kansainvälisiä tutkimuksia.

#### **4 Syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoidosta**

Aikaisempien tutkimusten perusteella kirurgiset potilaat ovat kokeneet, että heidän yksilöllisyytään on tuettu eniten hoitotyön toimintojen kautta ja vähiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Hoitajat ovat tunnistaneet potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset, ja antaneet vastuuta potilaalle omasta hoidostaan voimavarojensa mukaan. (Suhonen – Leino-Kilpi – Gustafsson – Tsangari – Papastavrou 2013: 80-89.) Polikliinisia kirurgisia potilaita on kohdeltu kunnioittavasti ja ystävällisesti sekä heidän hoidontarpeitaan on huomioitu. Potilaat ovat saaneet selkeät hoito-ohjeet ja yhteystiedot kotiutuessaan. (Eloranta – Katajisto – Savunen – Leino-Kilpi 2009: 13-17.)

Kirurgiset potilaat ovat kokeneet hoitoympäristön, hoitajat, kliiniset hoitotoimenpiteet ja kivunhoidon hyväksi. Tyytyväisimpiä hoitoon ovat olleet miehet, iäkkäät ja etukäteen tietoa saaneet potilaat. Lyhyt hoitoaika ja puudutuksessa tehty leikkaus ovat lisänneet myös tyytyväisyyttä. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2008: 115-125.) Hoitohenkilökunta on tukenut potilaita päätöksenteossa ja antanut riittävästi tietoa sairauden vaikutuksista, hoidon etenemisestä sekä hoitojen sivuvaikutuksista, kuten vaikutuksista sukupuolielämään. Potilaat ovat kokeneet hoitajien rohkaisevan hyvin perheitä osallistumaan hoitoon. (Harju – Rantanen – Tarkka – Åstedt-Kurki 2011: 218-229.)

Puolestaan Elorannan, Katajiston, Savusen ja Leino-Kilven (2009: 13-17) tutkimuksessa puutteita on ilmennyt hoitajan tiedonannossa ja kivunhoidossa. Potilaille ei ole annettu riittävästi mahdollisuutta keskustella hoitajan kanssa vastaanoton yhteydessä. Omaisten huomioiminen ja yksityisyyden toteutuminen on ollut heikkoa, esimerkiksi asioita on käsitelty muiden kuullen. Kirjalliset materiaalit on koettu heikoiksi, vaikka ohjaus ja tiedonanto ovat olleet hyvää. Henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen olisi sen sijaan tarvittu enemmän tukea, sekä myös emotionaalista tukea olisi kaivattu enemmän. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2008: 115-125.) Potilaat ja heidän puolisonsa ovat toivoneet enemmän informaatiota hoidon vaikutuksista, virtsankarkailusta, hormonimuutoksista, uupumuksesta, seksuaalisista ongelmista, ja kuinka niistä selviytyä. Koska omaisilla on iso rooli potilaan toipumisessa, heidän huomioiminen tulisi sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan. Potilaat ja omaiset ovat toivoneet, että heidän huoliaan kuunneltaisiin, ja että he saisivat hoitotyön ammattilaisilta enemmän tukea. (Harden ym. 2002: 701-708.)

Potilaat ovat kokeneet yksinäisyyttä leikkauksen jälkeen osastolla. Vaikka osaston ilma-  
piiri on ollut hektinen, potilaiden hoidon ja hoitotoimenpiteiden aikana hoitajat ovat olleet potilaiden läsnä. Kotiutumisaikajankohta on koettu oikeaksi leikkauksen jälkeisenä päivänä. Henkinen toipuminen on ollut nopeampaa kotiympäristössä, koska he ovat kokeneet pystyvänsä hallitsemaan arkeaan ja olemaan enemmän vuorovaikutuksessa läheistensä kanssa. Potilaat ovat olleet motivoituneempia kuntoutumiseen ja he ovat tarvinneet vähemmän kipulääkitystä kotona ollessaan verrattuna pidempään sairaalassa olleisiin. (Saares – Suominen 2005:43-52.)

Waldien ja Smylien (2012: 130-132) mukaan potilaan valmistelussa tulisi kertoa tosiasiat ja huomioida potilaan tunnemaailma, koska se lisää tyytyväisyyttä ja vähentää ahdistuneisuutta. Potilaat ovat kokeneet, että heillä tulisi olla mahdollista puhua suoraan hoitohenkilökunnalle huolistaan ja saada vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin.

Tutkimuksessa, jossa kohderyhmänä olivat homot ja biseksuaalit diagnoosin saaminen koettiin shokkina, ja he miettivät omaa kuolemaansa. Tiedonsaanti koettiin haastavaksi, koska se annettiin nopeasti samalla kertaa, kun sairaus diagnosoitiin. Monet miehet olivat sinkkuja, ja he kokivat perheensä ja ystävänsä suureksi avuksi diagnoosin saamisen sekä hoidon aikana. Vastanneiden mielestään homo- ja biseksuaaleille tarkoitetut tukiryhmät toimivat turvasatamina kriisin keskellä, vaikka niitä ei ollut kaikille saatavilla

omalla asuinpaikkakunnalla. Pidätyskyvyttömyys rajoitti päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Erektiohäiriöt, pienentynyt peniksen pituus ja muuttunut seksuaalinen toimintakyky vaikuttivat miehiseen identiteettiin. Merkittäväksi asiaksi koettiin kyvyttömyys spontaaniin seksiin. Potilaan kokema taakka diagnoosista ja hoidosta aiheutti vaikeuksia seksin harrastamiseen kumppanin kanssa, mikä puolestaan johti intimitetin vähenemiseen suhteessa. Miehet kokivat saaneensa vaihdevuosisoireita, koska he kokivat ahdistusta ja mielialanvaihteluita. Jotkut joutuivat kyseenalaistamaan itsearvostuksensa, koska he joutuivat vaihtamaan rooliaan homoseksissä. Miehet kokivat sairautensa hyväksi ymmärtämisen elää hetkessä, ja arvostamaan lähellä olevia rakkaita ihmisiä. Jotkut kokivat sairastumisen vain negatiivisena, ja he olisivat halunneet palata takaisin aikaan ennen sairastumista. Miesten mielestä oli tärkeää löytää lääkäri, joka hyväksyi heidän seksuaalisen suuntautumisensa. Miehet kokivat, että seksuaaliset tarpeet, hoitokäytännöt, parisuhteet ja homo- ja biseksuaalimpien tukeminen tulisi käsitellä herkästi ja kunnioittavasti. (Thomas – Wootten – Robinson 2013: 524-526.)

Syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita on tutkittu. Potilaat kokivat, että on tarpeellista saada tietoa sairauden ja hoidon vaikutuksesta parisuhteeseen, seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään. Tietoa toivottiin saatavaksi sekä kirjallisena että suullisena. Potilaat, joille sairauden haittavaikutuksena oli haluttomuutta tai toiminnallisia häiriöitä, pitivät seksuaalisuuteen liittyvää tiedonsaantia hyvin tärkeänä verrattuna niihin, joilla ei näitä haittavaikutuksia esiintynyt. Eturauhassyöpäpotilailla oli muita enemmän erektiohäiriöitä. Yli 60-vuotiailla oli erektiohäiriöitä jo ennen sairastumista, ja he kokivat vähemmän tarpeellisena seksuaalisuuteen liittyvän tiedonsaannin kuin nuoremmat potilaat. (Hautamäki-Lamminen – Lipiäinen – Åstedt-Kurki – Lehto – Kellokumpu-Lehtinen 2011: 16-19.)

Potilaat arvioivat, että iällä on merkitystä seksuaaliohjauksen saamisella. Mitä nuorempi potilas, sitä paremmin hoitajat olivat automaattisesti antaneet ohjausta mahdollisiin korjaaviin toimenpiteisiin, kun taas iäkkäämmät joutuivat itse pyytämään ohjausta. Potilaat pitivät tärkeänä sitä, että kaikille potilaille annettaisiin samanlaista ohjausta ikään katsomatta. Seksuaaliohjauksen toivottiin olevan automaattista ja osana hoitosuunnitelmaa. Aloite ohjaukselle pitäisi tulla hoitohenkilökunnalta. Paras aika seksuaaliohjaukselle koettiin olevan jälkitarkastuksen yhteydessä. Potilaat kokivat, että helpointa oli keskustella seksuaaliasioista tutun hoitajan kanssa, esimerkiksi omahoitajan. Miehet odotti-

vat saavansa tietoa erektiohäiriöiden hoitamisesta ja eri hoitovaihtoehdoista, sillä erektiohäiriöt heikentävät miesten itsetuntoa ja minäkuva. Potilaat toivoivat, että heidän ongelmansa tulisivat kuulluksi. Toiveena oli, että myös puoliset saisivat omaa ohjausta, sillä se lisäisi ymmärrystä sairauden tuomista vaikutuksista seksuaalielämään. Potilaat kokivat tiedonsaannin vertaistukiryhmistä tärkeäksi. (Hautamäki-Lamminen – Åstedt-Kurki – Lehto – Kellokumpu-Lehtinen 2010: 285-287.)

Välimäki ym. (2001: 159-162) tekemässä tutkimuksessa kirurgiset potilaat kokivat tärkeäksi tiedonsaannin päivittäin tapahtuvista hoitotoimenpiteistä. Potilailla oli odotuksia tiedonsaannista ja päätöksenteosta. Yli 80% odotti saavansa tietoa lääkityksestä ja hygienianhoidon erityispiirteistä. Valtaosa potilaista halusi mahdollisuuden itse päättää henkilökohtaisesta hygieniastaan, syömisestään sekä vatsantoimintaa edistävästä toimenpiteistä. Mitä pidempään potilas oli ollut sairaalassa, sitä enemmän hänellä oli odotuksia itsenäiseen päätöksentekoon. Leikatut potilaat kokivat itsenäisen päätöksenteon tärkeämmäksi kuin ei-leikatut potilaat. Tutkimukseen osallistuneista iäkkäimmät arvioivat, että hoitajat mahdollistivat hyvin itsenäisen päätöksenteon. Mitä enemmän hoitotoimenpiteitä potilaille oli tehty, sitä harvemmin he arvioivat hoitajien antavan mahdollisuuden tehdä itse hoitoa koskevia päätöksiä. Tulosten perusteella kirurgisten potilaiden autonomia toteutuu kohtalaisesti.

Sinfieldin – Bakerin – Agarwalin – Tarrantin (2008: 93) tekemässä tutkimuksessa suurimmalla osalla osallistujista oli virtsaamisongelmia ennen PSA-testiä. Yleisesti potilaat olivat tietämättömiä, että oireet voisivat johtua eturauhassyövästä. Potilaiden tiedontarpeet keskittyivät sairauden laatuun, mahdollisiin hoitovaihtoehtoihin ja ennusteeseen. Diagnoosihetkellä potilaiden oli vaikea sisäistää tietoa, ja heidän tietonsa eturauhassyövästä oli usein puutteellista. Kirjallisen materiaalin koettiin auttavan tiedon sisäistämisessä. Mikäli potilaiden tiedonsaanti räätälöitiin yksilön tarpeiden mukaan, se vähensi ahdistusta ja auttoi potilaita osallistumaan päätöksentekoon. Omaiset myös halusivat olla aktiivisesti mukana hoitopäätöksissä. Osa potilaista ottivat passiivisen roolin ja antoivat lääkäreiden päättää omasta hoidostaan. Passiivisen roolin ottaneet olivat tyytymättömämpiä hoitoonsa verrattuna niihin, jotka olivat saaneet mahdollisuuden keskustella tarpeeksi hoitohenkilökunnan kanssa sekä kirjallista materiaalia hoidon tueksi. (Sinfield ym. 2009:305-306.)

Potilaat olivat usein etsineet itse tietoa hoidoista jo ennen keskustelua lääkärin kanssa. Omalääkärit eivät olleet rutiininomaisesti kertoneet, mistä oireet voisivat johtua, ja että PSA-testi selvittää eturauhassyövän mahdollisuutta. PSA-arvosta kerrottiin, mutta konkreettista tietoa arvosta ei ollut annettu. (Sinfield ym. 2009:305–306.) Potilaat, joiden tutkimuksen tarkoitus oli jäänyt epäselväksi, olivat järkyttyneimpiä diagnoosin saatuaan. Kaikilla potilailla oli ongelmia tiedonsaannissa ja kommunikaatiossa eikä heitä ollut valmisteltu tuleviin tutkimuksiin. Kommunikaatio lääkärin kanssa koettiin haastavaksi, koska he eivät ymmärtäneet lääkärin kertomusta ja lääkäreillä oli ollut huonot vuorovaikutustaidot. Lisäksi monet raportoivat, että ongelmia oli ollut keskusteltaessa diagnoosista, sillä osa oli saanut väärän diagnoosin. Diagnoosia ei ollut selitetty kunnolla eikä hoitovaihtoehtoja ollut keskusteltu. Potilailla oli vaikeuksia sisäistää saamaansa tietoa ja esittää kysymyksiä, koska diagnoosin saaminen oli ollut järkyttävä kokemus. (Sinfieldin – Bakerin – Agarwalin – Tarrantin 2008: 93.) Osa potilaista valitsivat kirurgisen hoidon sivuvaikutuksista huolimatta, koska leikkaushoito antoi paremmat selviytymismahdollisuudet (Sinfield ym. 2009: 306).

Radikaaliprostatektomialla leikatut potilaat olivat pettyneitä hoitopäätökseensä, sillä 65% oli erektio-ongelmia, mikä puolestaan vaikutti seksuaaliseen toimintakykyyn. Verrattuna sädehoitoa ja endokriinistä hoitoa saaneisiin potilaisiin, radikaaliprostatektomialla hoidetut potilaat olivat pettyneempiä. Potilaat tarvitsivat seksuaaliohjausta, sillä syöpä vaikutti miehisyyteen. Vastanneista 89% koki saaneensa tarpeeksi emotionaalista ja psyykkistä tukea. Melkein puolet miehistä toivat ilmi, että seksuaaliohjaus oli ollut hyödyllistä. Potilaat olivat jakaneet kokemuksia peloista, odotuksista, seksuaalisuudesta sekä parisuhteen haasteista puolisonsa kanssa. (O’Shaughnessy – Ireland – Pelentsov – Thomas – Esterman 2013:3495-3498.)

Myös Walshin ja Hegartyn (2010:127-132) tutkimuksessa radikaaliprostatektomialla leikatut potilaat kokivat, etteivät he saaneet tietoa etukäteen PSA-arvon merkityksestä. Osa potilaista ymmärsi koepalojen oton täysin, toisilla puolestaan ei ollut tietoa, mitä oli tapahtumassa. He kokivat, että toimenpiteen kulku pitäisi selittää tarkemmin etukäteen. Diagnoosin saaminen herätti erilaisia tunteita shokista suruun, ja surusta hyväksymiseen. Lääkärin ystävälliset sanat olivat lievittäneet shokkia. Hoitopäätöksen tekeminen koettiin suurimmaksi osaksi hoitoa. Potilaat valitsivat usein lääkärin suositteleman hoitovaihtoehdon, ja he tarvitsivat rajoitetusti tietoa eri hoitovaihtoehtoja. Eniten potilaat kokivat saavansa tukea vertaistukiryhmästä, koska siellä he kykenivät keskustelemaan

henkilöiden kanssa, jotka ymmärsivät parhaiten tilanteen. Osa miehistä koki vaikeaksi puhua naispuoliselle ammattihenkilölle eturauhasongelmistaan. Potilaat kokivat, että parhaan tuen sai omalta perheeltä ja puolisoilta. Kuitenkin jotkut ajattelivat, etteivät halua aiheuttaa huolta puolisolleen. Useat pitivät tiedon sairaudestaan lähipiirillään eivätkä he kertoneet muille, koska näin he pysyivät kiinni normaalissa elämässä. Miehet kokivat stressaavaksi tiedon omaksumisen hoitohenkilökunnalta kaikissa hoidon vaiheissa. Kattetrinpoisto aiheutti monille potilaista virtsan pidätyskyvyttömyyttä, mistä aiheutui myös psyykkistä haittaa. Suurin huolenaihe leikkauksen jälkeen oli erektio-ongelmat. Erektio-ongelmista ei puhuttu eivätkä potilaat itse uskaltaneet ottaa sitä puheeksi. Potilaat pelkäsivät sairauden uusiutumista.

Oireettomilla PSA-testeihin osallistujilla oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa ennen testausta. Oireellisilla potilailla ei ollut mahdollisuutta osallistua päätökseen PSA-testin ottamisesta eikä lisätutkimuksista sairaalassa. Potilailla oli vaihtelevia kokemuksia siitä, kuinka hoitopäätös oli tehty. Lääkäriltä ei ollut saatu tarpeeksi tietoa, mutta urologinen hoitaja oli selventänyt potilaalle tarpeelliset tiedot. Osa potilaista oli myös itsenäisesti etsinyt tietoa internetistä. Usein lääkärit olivat tehneet hoitopäätöksen ilman keskustelua ja selitystä eri hoitovaihtoehdoista potilaan kanssa. Jotkut lääkärit olivat ohittaneet potilaan kokonaan päätöksenteossa. Potilaiden tarpeita ja toiveita ei ollut tarpeeksi kuunneltu hoitoa valittaessa. (Sinfieldin – Bakerin – Agarwalin – Tarrantin 2008: 93.)

Potilaiden, joilla oli oireita, kumppanit olivat rohkaisseet menemään lääkärin vastaanotolle, mutta eivät itse olleet mukana käynnillä. Kumppanit olivat usein tukena lisätutkimuksiin mentäessä, vaikka heitä ei ollut sairaalan puolesta kutsuttu. Kumppanit kyselivät myös asioista, joita potilas itse ei halunnut nostaa esille. Kenellekään potilaista ei ollut neuvottu ottamaan kumppania mukaan mennessään sairaalaan lisätutkimuksia varten. (Sinfieldin – Bakerin – Agarwalin – Tarrantin 2008: 93-94.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon ja potilaiden kohteluun. Nopea kotiutumisaikakohta on koettu positii-viseksi. Puutteita ilmeni omaisten hoitoon mukaan ottamisessa, ja henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisessa. Riippuen tutkimuksesta kokemukset päätöksentekoon osallistumisesta, kivunhoidon ja tiedonannon toteutumisesta sekä omaisten mukaan ot-

tamisesta hoitoon vaihtelivat. Monissa hoidon vaiheissa tiedonsaanti koettiin puutteelliseksi. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän myös huomiota potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin.

## 5 Tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymys

Tämän työn tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpäpotilaan kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoidossa. Haastattelun teemana oli, mitkä ovat eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemukset hoidosta.

## 6 Työn toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa vastataan kysymyksiin miksi, millainen ja miten. Se on siis kuvailevaa tutkimusta. Tavoitteena on saada tietoa ihmisten näkökulmasta eri asioihin ja lisätä ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Tämä tutkimustapa sopii hyvin, kun tutkimuskohteesta ei ole aikaisempaa tietoa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65-67.) Hoitotieteessä laadullisista tutkimuksista 61% analysoidaan sisällön analyysin menetelmin, koska se soveltuu hyvin, kun tarkoituksena on kuvata tai kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on yleisesti käytetyin ja sisällön analyysi toteutetaan useimmin aineistolähtöisesti. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 138-141.)

### 6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä käytetään havainnointia, erilaisia haastattelumuotoja, dokumentteja muun muassa päiväkirjoja, videoita ja internet-keskustelupalstoja (Tuomi – Sarajärvi 2009: 72-84). Laadullinen tutkimus tuo hyvin esiin

haastateltavien omat kokemukset. Tutkimusaineisto pohjautuu potilaan esiin tuomiin asioihin eikä ennalta määrättyihin olettamuksiin. Tällä perusteella laadullinen tutkimus sopii opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi.

Haastatteluja on kolme eri muotoa. Syvähaastattelu on avoin, jossa vain ilmiö määritellään etukäteen. Lomakehaastattelussa kysymykset ovat tarkkaan rajattuja ja potilas vastaa niihin itsenäisesti. Teemahaastattelussa vain teema on määritelty ennalta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 74-75.) Haastattelut voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastattelulla (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 123).

Tämä työ toteutettiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa keskustelu etenee valittujen teemojen mukaisesti. Haastattelussa ei ole tarkkaa kysymysrunkoa, vaan tilanne etenee joustavasti keskustellen. Siinä kuvaillaan ihmisten omia tulkintoja asioista, ja haastatteliija esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Tarkentavilla kysymyksillä ohjataan keskustelua haluttujen teemojen sisällä. (Tuomi – Sarajärvi 2009:74-75.) Keskustelujärjestys on vapaa, ja kaikkien haastateltavien kanssa ei välttämättä puhuta samoista asioista yhtä kattavasti. Haastattelijalla on mukana vain lyhyet muistiinpanot teemoista. Teemat on hyvä listata ja lisäksi voi olla apukysymyksiä tai sanoja, jotta keskustelu pysyy yllä, mutta pikkutarkkoja kysymyksiä tulee välttää. (Kvalimotv. 2014.) Haastattelua ei ole suunniteltu valmiiksi, vaan kysymykset voivat täsmentyä ja niiden järjestys voi muuttua tilanteen mukaan. Teemahaastattelussa etsitään vastauksia tutkimuskysymysten mukaisesti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 125-126.)

## 6.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu toteutetaan harkitulla tarkoitukseen sopivalla otoksella. Otoksen lukumäärä ei ole keskiössä, vaan tärkeintä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. Tutkimukseen valikoidaan asiasta tietävät tai asian kokeneet henkilöt. Aineiston riittävyttä selvitetään saturaation eli kylläisyyden avulla, jolloin tutkittavasta asiasta ei enää tule uutta tietoa. Tutkimusten mukaan 15 vastausta riittää aineiston kylläntymiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85-90; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 110-112.) Tarkoituksena ei ole etsiä tilastollisia säännönmukaisuuksia, vaan otos suhteutetaan haluttuun ilmiöön. Aineiston laajuus voi olla yhdestä haastattelusta useisiin joukkoi-

hin yksilöhaastatteluja. Päätelmiä ei tehdä yleistettävyyttä ajatellen, vaan kerätään tarpeeksi yksittäisiä ajatuksia. Näistä voidaan tehdä myös päätelmiä yleisellä tasolla, kun ilmiötä kuvailevia merkityksiä on tarpeeksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2012: 181-182.)

Keväällä 2015 haastateltiin kolmea RALP-leikattua potilasta leikkauksen jälkitarkastuksen yhteydessä. Potilaat saivat etukäteen saatekirjeen ja heiltä kysyttiin suostumus osallistua opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun. Saatekirjeitä jaettiin yhteensä viidelle, joista yksi jätti tulematta haastatteluun ja toisen tarkastusaika oli muuttunut, joten haastattelua ei ollut mahdollista toteuttaa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna aiheen herkkyyden vuoksi, niihin varattiin yksi tunti ja ne nauhoitettiin nauhurilla. Haastattelut pidettiin rauhallisessa etukäteen varatussa tilassa ilman ylimääräisiä häiriötekijöitä. Haastattelut kestivät keskimäärin 35 minuuttia. Haastatteluista yksi toteutettiin lääkärin jälkitarkastuksen jälkeen ja kaksi ennen lääkärin vastaanottoa. Paikalla oli haastateltavan lisäksi haastattelija ja haastattelutilanteen havainnoija. Haastattelijalla oli mukanaan haastattelurunko, joka sisälsi yhteistyötahon toivomat taustakysymykset sekä hoitoprosessin eri vaiheet. Taustakysymyksinä olivat potilaan ikä, ensimmäisen kerran hoitoon hakeutuminen vaivojen vuoksi, erikoislääkärin vastaanotolle pääsy, leikkausjonoon asettaminen sekä leikkausaika.

### 6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida ja kuvailla erilaisia aineistoja sekä esittää ilmiöiden välisiä suhteita. Menetelmällä tiivistetään aineistoa, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla yleistävästi. Sisällönanalyysi on prosessi, joka jaotellaan eri vaiheisiin. Ensin valitaan analyysiyksikkö, jonka jälkeen tutustutaan aineistoon ja pelkistetään se. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan ja tulkitaan sekä arvioidaan sisällönanalyysin luotettavuutta. Sisällönanalyysi ei etene johdonmukaisesti ja sen käytön haasteena ovat joustavuus ja säännöttömyys. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-167.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi luokittelee sanoja merkityssisällön perusteella, jota tutkimuskysymykset ohjaavat. Induktiivista analyysiä on hyvä käyttää kun asiasta ei ole juuri aikaisempaa tietoa tai se on hajanaista. Analyysi aloitetaan valmisteluvaiheella, joka alkaa analyysiyksikön valinnalla. Analyysiyksikkö on usein yksittäinen

sana tai teema, joka voi sisältää useita lauseita. Analyysiyksikön valintaan vaikuttaa tutkimuskysymys. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167-169.) Ensin kirjoitetaan haastattelunauhat tekstiksi sanasta sanaan. Nauhoitteet on hyvä kirjoittaa auki mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, jotta äänenpainot ja roolit tulevat esiin. Aineistosta luodaan kokonaisuus siten, ettei aikaisempi kokemustieto ohjaa analysointia. Analyysissä on kolme vaihetta: ensin aineisto pelkistetään eli teksti tiivistetään tai pilkotaan tutkimustehtävän ja aineiston laadun mukaan. Toisessa vaiheessa eli ryhmittelyssä aineiston alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisia tai eroavia käsitteitä. Samat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja ne nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettisia käsitteitä alkuperäisten ilmausten pohjalta. Luotujen käsitteiden avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Tulokset perustuvat aineiston analyysistä saatuihin tulkintoihin ja päätelmiin. Analyysi raportoidaan aineistolähtöisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91-112; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 163-167.)

Teorialähtöinen eli deduktiivisen sisällönanalyysin lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet. Siinä käytetään analyysirunkoa, joka on luotu aikaisemman tiedon ja tutkimusten pohjalta. Analyysi tehdään seuraamalla teorioiden pohjalta syntyneitä käsitteitä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167-169.) Aineistosta poimitaan käsitteet, jotka sopivat analyysirunkoon. Tällä tavalla voidaan kokeilla aikaisempaa teoriaa uudessa näkökulmassa. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä poimitaan analyysirungon ylä- ja alaluokkien mukaisia käsitteitä. Analyysissä edetään ilmiön yleisesti kuvaavista käsitteistä yksityiskohtaisempiin käsitteisiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113-17.)

Tämä työ toteutettiin soveltamalla induktiivisen sisällönanalyysin menetelmiä. Aluksi nauhoitteet kuunneltiin useaan otteeseen. Tämän jälkeen ne litteroitiin yksi kerrallaan sanasta sanaan kirjalliseksi alkuperäisaineistoksi. Tekstiä syntyi fontilla Times New Roman, fonttikoolla 11 ja rivivälillä yksi yhteensä 12 sivua. Kirjoittamatta jätettiin äännähdykset ja täytesanat, kuten niin, niin tuota, että, joo. Aineistosta poistettiin tutkimuskysymyksen ulkopuolelle jääneet epäolennaiset asiat. Aineiston analyysi aloitettiin valitsemalla analyysiyksikkö. Tässä työssä analyysiyksikkönä oli teema, kokemukset hoitoprosessista. Alkuperäisaineistosta poimittiin teeman mukaiset ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymystä. Alkuperäisaineistosta jäljelle jääneet ilmaisut pelkistettiin eli yksinkertaistettiin (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>"Se oma päätös oli loppujen lopuksi aika selvä et mie haluan tähän leikkaukseen. Nimenomaan ne tuttavien kokemukset oli varmaan kaikkein voimakkain.."</i>	Tuttavien kokemusten vaikutus päätöksentekoon.
<i>"Hyviä juttuja oli nää mukavat käynnit nää hoitajat että ne on niin ystävällisiä ja suhtautuminen on semmonen että ei koita niinku vain numeroita asiakkaan vaan ihmisenä."</i>	Yksilöllinen ja ystävällinen kohtelu.
<i>"...sen katetrin kanssa, kyllähän siihen tietyllä tavalla tottu, kyllähän se tietyllä tavalla kiusallinen oli."</i>	Katetriin sopeutuminen.

Pelkistämisen jälkeen samankaltaiset kokemukset ryhmiteltiin eri värein ja niille annettiin kokoava yhteiskäsite eli alaluokka. Alaluokkia muodostui yhteensä 11 kappaletta. Pelkistetyt ilmaukset koottiin yhteisellä päätöksellä samankaltaisuuksien mukaan (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki käsitteiden ryhmittelystä.

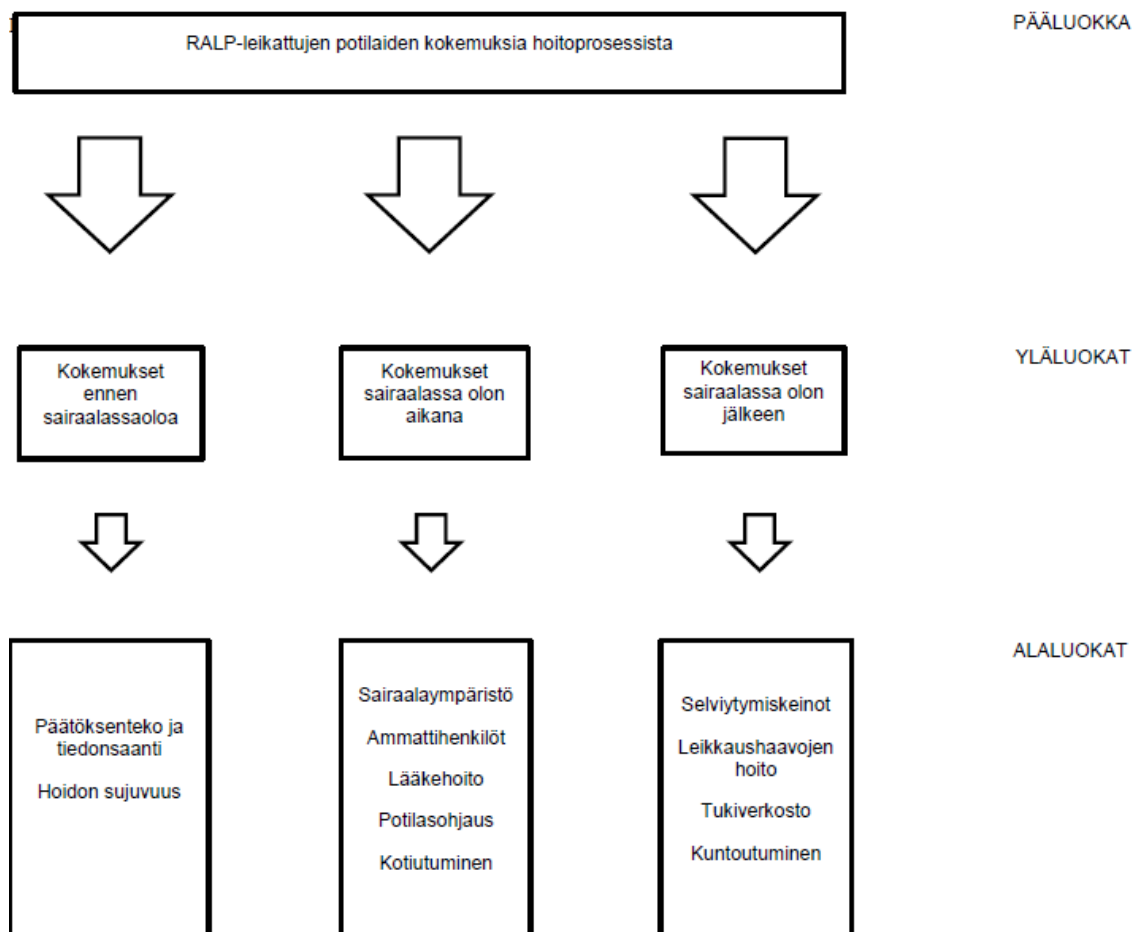
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Tuttavien kokemusten vaikutus päätöksentekoon. Tiedonhaku päätöksentueksi.	Päätöksenteko ja tiedonsaanti.
Yksilöllinen ja ystävällinen kohtelu. Kiireinen lääkäri.	Ammattihenkilöt.
Katetriin sopeutuminen. Musta huumori.	Selviytymiskeinot.

Useista saman sisältöisistä alaluokista muodostettiin yläluokkia, joille annettiin yhteinen mahdollisimman kuvaava nimitys. Yläluokkia muodostui yhteensä kolme (Taulukko 3), ja ne kuvaavat hoitoprosessia.

Taulukko 3. Esimerkki käsitteellistämisestä.

Alaluokka	Yläluokka
Päätöksenteko ja tiedonsaanti. Hoidon sujuvuus.	Kokemukset ennen sairaalassaoloa
Ammattihenkilöt. Potilasohjaus.	Kokemukset sairaalassaolon aikana
Selviytymiskeinot. Kuntoutuminen.	Kokemukset sairaalassaolon jälkeen

Pääluokaksi tässä työssä muodostui ”RALP-potilaiden kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista”, joka vastaa tutkimuskysymystä. Pääluokka kokoaa yläluokat yhdeksi kokonaisuudeksi. Kuviossa 1 on esitettyä kokonaisuudessaan sovellettu induktiivinen sisällysanalyysiprosessi. Kuviossa ilmenee analyysin alaluokat, yläluokat ja pääluokka.



Kuvio 1. Analyysiprosessin kuvaus.

## 7 Kokemukset hoitoprosessista

Haastateltavat (n=3) olivat keski-ikältään 67 vuotiaita miehiä. Hoitoon oli hakeuduttu keskimäärin 14 kuukautta ennen leikkausta ja urologille pääsy vaihteli yhdestä vuodesta kuukauteen. Haastateltavat pääsivät leikkausjonoon heti kun päätös leikkauksesta oli tehty. Leikkaukset toteutettiin vuoden 2015 tammi-helmikuussa. PSA-arvoa ei ollut rutiininomaisesti seurattu ilman omaa aktiivisuutta. Osa haastateltavista olivat oireettomia, ja osalla taas oli selviä eturauhassyövän oireita tutkimuksiin hakeutuessa.

### 7.1 Kokemukset ennen sairaalassaoloa

#### 7.1.1 Päätöksenteko ja tiedonsaanti

Potilaille annettiin aikaa miettiä eri vaihtoehtoja ja heidän tuli tehdä itse päätös hoitomuodosta. Potilaiden päätöksentekoon vaikuttivat eniten tuttavien hyvät ja huonot kokemukset eri hoitovaihtoehdoista. Kahdelle itsenäinen tiedonhaku oli myös ollut osana leikkauuspäätöksen tekemistä. Lääkärit olivat kaikille suositelleet leikkausta, mutta potilaat halusivat miettiä kuitenkin omaa kantaansa. Yhdellä haastateltavalla oli pelkoja leikkauksesta aiheutuvia seurauksia kohtaa, jonka vuoksi leikkausta lykättiin. Potilaat kokivat, että heidän täytyi olla itse aktiivisia saadakseen riittävästi tietoa eri asiantuntijoilta. Yksi koki saaneensa tietoa seurauksista ja syistä, mutta toivoi kuitenkin saavansa hieman enemmän tietoa.

”Ite tein sen läheisten ja asiantuntijoiden kanssa...”

”Piti tietysti lueskella noita informatioita ja kuunnella vähän jotain luentoja ja muita, että mitä merkitsee nää vaihtoehdot sitten.”

#### 7.1.2 Hoidon sujuvuus

Erikoissairaanhoidossa hoito on koettu sujuvaksi. Haastatelluista kaksi oli kokenut jonotusajan pitkäksi ja ahdistavaksi, koska he pelkäsivät syövän etenemisestä. He olisivat kaivanneet erikseen ilmoitusta, että he ovat leikkausjonossa ja kokivat jäävänsä epätie-toisiksi hoidon etenemisestä. Potilas, joka oli korkeammassa kiireellisyysluokassa, sai

jatkuvasti tietoa aikataulutuksesta ja tuloksista ennen leikkausta eikä hänelle jäänyt mitään epäselvyyksiä. Yhden potilaalle oli tarve tehdä magneettitutkimus, johon oli vaikea saada aikaa ennen leikkausta, vaikka kiireellisyysluokitus oli korkea.

”Kukaan ei tiedä, miten äkkiä nää syöpäsolutkin leviää ja laajenee. Ennen ku ne pääsee leviää isommalle alueelle toivoo että pääsis nopeammin eteenpäin.”

## 7.2 Kokemukset sairaalassaolon aikana

### 7.2.1 Sairaalaympäristö

Potilaat tulivat aamulla sairaalaan, mutta he joutuivat odottamaan leikkausta useita tunteja. Yksi haastateltava ihmetteli, miksi sairaalaan piti tulla niin aikaisin. Yhdellä odotusaika sujui mielekkäästi esilääkityksen ja hoitohenkilökunnan huomion saamisen vaikutuksesta. Leikkaussaliin meno jännitti, sillä yksi potilas oli kuullut etukäteen siellä olevan kylmä ja kaksi haastateltavaa olivat kuulleet kertomuksia leikkausasennosta, joka oli alkanut mietityttämään heitä. Mielikuvat leikkaussaliympäristöstä eivät kuitenkaan vastanneet todellisuutta. Yksi potilas oli kokenut erikoisen rajatilakokemuksen heräämisen yhteydessä, mikä jäi mietityttämään häntä jälkikäteen. Useamman henkilön potilashuoneet koettiin positiiviseksi, sillä siellä sai jakaa kokemuksia keskenään. Yksi haastateltu vaihtoi yhteystietoja muiden potilaiden kanssa ja he sopivat pitävänsä yhteyttä jatkossa. Osastolla aika kului mukavasti, vaikka yhdellä huonetovereiden levottomuus häiritsi jonkin verran yöunta.

”Sitten menin leikkaussalii ja se oli yllättävää. Se oli iso tila se leikkaussalitala ja siellä oli ihmsiä vaikka kuin paljon pyörimässä siellä. Et siellä vaa sanottiin.. Joku pari pöytää oli steriilejä siellä, että mä ihmettelin luulin, että koko leikkaussali olis steriili. ei siellä sit näin oookkaan.”

”Ja sit siel ollaan jalat taivasta kohti. No sitähän mä sit kotona aloin miettii, et mites se nyt sit on mahdollista.”

### 7.2.2 Ammattihenkilöt

Preoperatiivisella käynnillä leikkaavan lääkärin vastaanotto koettiin lyhyeksi. Haastateltavat kokivat, ettei lääkäri ehtinyt vastaamaan kysymyksiin ja hänellä oli kiire. Kaksi mainitsi anestesia­lääkärin tapaamisen hyvin perusteelliseksi ja selkeäksi eikä mitään jäänyt epäselväksi koskien leikkausta. Yksi koki etukäteen fysioterapeutilta saadut kuntoutusohjeet todella merkittäväksi etenkin leikkauksen jälkeen. Kaikki haastateltavat kokivat hoitohenkilökunnan ja heidän toimintansa ystävälliseksi ja asialliseksi. He suhtautuivat potilaisiin ihmisinä ja kohtelivat heitä yksilöllisesti. Yhden mielestä kohtelulla oli suuri positiivinen vaikutus yleiseen mielentilaan ja paranemiseen. Yksi haastateltu olisi toivonut leikkaukselta lääkäriltä enemmän palautetta toimenpiteestä. Kierrolla lääkärit vaihtuivat, olivat lyhytsanaisia ja kiirehtivät, mikä hämmensi kahta potilasta. Yksi potilaista olisi kaivannut, että leikkannut lääkäri olisi ollut vuodeosastolla mukana lääkärinkierrolla ennen kotiin lähtöä. Lääkärin tapaaminen katetrin poiston yhteydessä koettiin miellyttäväksi, sillä lääkärillä oli aikaa keskustella potilaan kanssa.

”...leikkannu kaveri unohti mut sinne osastolle eikä tullu kierrolle.”

”Hoitajat oli oikein ystävällisiä ja niistä jäi oikein hyvä mielikuva...”

### 7.2.3 Lääkehoito

Yksi mainitsi lääkityksen olleen riittävää, eikä kipuja ilmennyt. Hän ihmetteli miksi lääkkeet on otettava silti kellontarkasti. Yksi mainitsi esilääkkeen olleen tarpeellinen ja oikeanlainen.

”Lääkitys oli hyvä, että semmone halutunlaine...”

### 7.2.4 Potilasohjaus

Yksi mainitsi potilasohjauksen ristiriitaisena ja hoitajat olivat ohjanneet eri tavoin. Hän olisi kaivannut selkeämpää ja konkreettisempaa ohjausta katetrin kanssa toimimisesta ja olisi halunnut itse harjoitella sitä etukäteen. Toinen koki ohjauksen riittävänä ja hyvänä ja kolmas olisi kaivannut tietoa kuinka katetri pysyy paikallaan. Kaksi koki epävarmuutta haavanhoidosta ja niihin toivottiin selkeämpää ohjausta sekä kirjalliset ohjeet, kuinka toimia ongelmatilanteissa. Katetrin poistosta oli yhdellä etukäteen pelkoja, sillä hän mietti miltä katetrin poistaminen tuntuu.

”...et mä olin hyvin epätietonen et ei niinku mitään hajua et miten ne näitten leikkausvirtsapussien kanssa ja ylipäätään niitten vaihdot ja ne oli se siinä kohtaa se suurin epäselvä homma.”

”Kyllä siinä aika hyvät ohjeet sai katetrin ja pussien tyhjentämisestä ja vaihtamisesta tuli ihan selkee kuva niistä siiten.”

### 7.2.5 Kotiutuminen

Kaikille tarjottiin mahdollisuus oman tuntemuksen mukaan jäädä osastolle toiseksi yöksi, mikä koettiin positiiviseksi. Vaikka fyysinen kunto olisi sallinut kotiutumisen, koettiin silti turvallisemmaksi jäädä vielä toiseksi yöksi osastolle, koska muun muassa toimiminen katetrin kanssa koettiin epävarmaksi. Kaikki kokivat kotiin lähdön epämääräisenä tilanteena eivätkä olleet varmoja saavatko he jo lähteä. He eivät saaneet selvää lupaa lähteä kotiin. Kaksi haastateltavaa kävivät itse hoitajien kansliassa heittämässä hyvästit eivätkä siltikään olleet varmoja saavatko poistua sairaalasta.

”Siinä ei silleen kukaan ollut sanomassa hyvästiä tai tolleen, ne kaikki istu vaa siinä toimistossa, ovelta huikkasin, että nyt mä oon menossa. Sen ois voinu vähän selkeemmin siinä hoitaa, mutta kyllä se siitä siiten sujui.”

## 7.3 Kokemukset sairaalassaolon jälkeen

### 7.3.1 Selviytymiskeinot

Alussa vei aikaa tottua katetrin kanssa toimimiseen, mutta potilaat sanoivat tottuneensa ja pärjäävänsä hyvin katetrin kanssa kotioloissa. Potilaat olivat pääasiallisesti kotona tai kävivät pienillä kävelyillä. Yksi kertoi katetrin olleen kiusallinen. Yhden selviytymiskeinona oli musta huumori sairaudesta ja kuolemasta.

” Hautaa käy kunnostelemassa tos välillä. Ruumisarkun mä jo, emäntä ei kehannu katella sitä pidempään nii mä panin kaatopaikalle.”

### 7.3.2 Leikkaushaavojen komplikaatiot

Kahdella haastatelluista oli haavojen kanssa ongelmia. Haavat olivat alkaneet vuotamaan ja potilaat olivat olleet yhteydessä eri tahoihin, sillä heillä ei ollut selkeää kuvaa

kuinka toimia. Tilanteessa, jossa haavaa oli pitänyt mennä näyttämään erikoissairaanhoidon, oli ongelmia. Hoitajat eivät olleet katsoneet vuotavaa haavaa ja lääkärille pääsyä oli joutunut odottamaan lähes koko päivän. Toinen potilaista oli turvautunut tuttuun ammattihenkilöön ja konsultoinut häntä.

” ..mä kävin vessasta vähän väliä paperia lisäämässä, ku verta vuotaa sieltä ja haavanesteitä ja 6 tuntia sai siellä odotustilassa odotella...”

### 7.3.3 Tukiverkosto

Haastateltavien mielestä vapaaehtoissektorien tarjoamaa vertaistukea ei koettu tarpeelliseksi, sillä läheisten ja perheen tuki oli riittävää. Vaimot, lapset ja lapsenlapset ja muu lähipiiri oli suurin tuki toipumisessa. Yksi toi esiin kuitenkin vertaistuen tarpeellisuuden, jos omaa lähipiirin tukea ei olisi. Puolisoille annettiin mahdollisuus osallistua, mutta yksi ei halunnut kuormittaa puolisoaan jatkuvilla hoitokäynneillä. Yksi koki, ettei halunnut pitää kaiken aikaa sairautta aktiivisesti mielessä. Toinen mainitsi mielen pysyvän virkeänä, koska kotona oli hyvä ilmapiiri. Kaikilla oli lähipiirissä vertaistukea tuttavista, jotka olivat kokeneet saman hoitoprosessin. Sairaalassa esitteitä vertaistukiryhmistä oli annettu riittävästi.

” Mut noihan on hyvä kun on lapset ja lapsenlapset, nehän on paras tuki.”

### 7.3.4 Kuntoutuminen

Jälkitarkastukseen mennessä kenellekään haastatelluista ei ollut ilmennyt toimenpiteeseen liittyviä haittavaikutuksia ja leikkauksesta toipuminen oli sujunut hyvin ja nopeasti. Yksi arveli nopean toipumisen johtuvan hyvästä fyysisestä peruskunnosta. Kaksi potilaista mainitsi treenanneensa lantionpohjalihaksia edistääkseen virtsanpidätyskykyä.

”...Kaikki pelas niinku ennenki. Ei tarvinnu sen enempää, ku alkaa vaan vähän reenailemaan näitä lihaksistoja...”

## 8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää eturauhassyöpöpotilaiden hoitoa. Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tuloksia ja pohditaan, kuinka niitä voitaisiin hyödyntää. Lisäksi arvioidaan työn luotettavuutta ja eettisyyttä.

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksia verratessa aikaisempaan tutkimustietoon voidaan todeta, että haastateltavien kokemukset ovat olleet hyvin samansuuntaisia ja toistuvia. Haastatteluista nousi myös esiin tyytyväisyys hoitajien ammattitaitoon ja potilaiden kohteluun, samoin kuin tiedonsaannin puutteellisuus hoidon eri vaiheissa. Myös eroavaisuuksia löytyi, joihin voi vaikuttaa tutkimuksen teko aika ja -maa. Hoitokäytänteet ovat kehittyneet nopeaan tahtiin Suomessa, minkä vuoksi vanhempien tutkimuksien aikaiset hoitokäytänteet ovat voineet muuttua. Ulkomailla hoitoprosessi ja käytännöt voivat olla hyvinkin erilaisia verrattuna Suomen hoitokäytäntöihin, mikä voi lisätä tulosten eroja.

Tuloksissa ei lähdetty etsimään yleistettäviä päätelmiä RALP-leikattujen potilaiden kokemuksista hoitoprosessin eri vaiheissa, vaan tulokset ovat jokaisen yksittäisen potilaan henkilökohtaisia kokemuksia omasta hoitoprosessistaan. Tulokset lisäävät ymmärrystä hoitoprosessista potilaiden näkökulmasta. Aineisto ei alkanut toistaa itseään eli kylläännyt, minkä johdosta voidaan ajatella, että merkityksellisiä kokemuksia olisi ollut vielä mahdollista löytää laajemmalla aineistolla.

Perusterveydenhuollon lääkärit olivat sivuuttaneet haastateltavien oireiden mahdollisuuden johtuvan syövästä, jota tukee myös Sinfieldin ym. (2009: 305) tutkimus, jossa potilaille ei ollut rutiinomaisesti kerrottu mistä oireet voisivat johtua. Haastateltavat olivat suurimmilta osin tyytyväisiä RALP-hoitoprosessiin. Erikoissairaanhoidosta alkaen hoito on ollut sujuvaa ja suhteellisen nopeaa. Sairastuneiden näkökulmasta leikkausajankohdan odotus tuntui pitkältä ja ahdistavalta, johtuen sairauden etenemisen pelosta. Hoitovaihtoehdoista saatiin tietoa asiantuntijoilta, mutta varsinaista konkreettista tietoa leikkauksesta potilaat olivat joutuneet itse hakemaan. Tämä ilmeni myös aikaisemmassa tutkimuksessa, joissa osa potilaista oli etsinyt lisää tietoa hoidoista itsenäisesti interne-

tistä (Sinfield – Baker – Agarwal – Tarrant 2008: 93). Eniten leikkauspäätökseen vaikuttivat tuttavien kokemukset RALP-leikkauksesta, toisin kuin aikaisemmassa tutkimustuloksissa, joissa lääkärin mielipiteellä tai päätöksellä on ollut suurin merkitys (Sinfield – Baker – Agarwal – Tarrant 2008: 93; Sinfield ym. 2009: 306; Walsh – Hegarty 2010: 129). Vaikka haastateltavat olivat kuulleet myös negatiivisia asioita leikkaushoidon vaikutuksista, he valitsivat leikkauksen silti, kuten Sinfieldin ym. (2009: 306) tutkimuksessa todettiin.

Preoperatiivinen käynti koettiin hyväksi valmistautuessa leikkaukseen. Siellä haastatellut henkilöt olivat saaneet ohjausta hoitohenkilökunnalta ja fysioterapeutilta. Anestesia­lääkärin tapaaminen oli ollut kattava ja potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa. Leikkaavan lääkärin vastaanottoon oltiin tyytymättömiä ja siinä oli paljon puutteita. Lääkäristä jäi kii­reinen vaikutelma eikä heillä ollut tarpeeksi aikaa vastata potilaan kysymyksiin. Potilailta oli pelkoja ja jännitystä leikkausta kohtaan sekä epäselviä mielikuvia itse toimenpiteestä, mitä tukee myös Waldenin ja Symylien (2012:130) tutkimus, jonka mukaan potilaan val­misteluissa tulisi huomioida tosiasiat ja potilaan tunnemaailma. Myös Sinfieldin, Bakerin, Agarwalin ja Tarrantin (2008: 93) tutkimus tukee tätä väittämää, sillä heidän tutkimuk­sansa mukaan potilaita ei ollut valmisteltu tuleviin tutkimuksiin ja ongelmia oli lisäksi tie­donsaannissa sekä kommunikaatiossa.

Walshin ja Hegartyn (2010: 130) tutkimuksessa ilmeni, että läheiset ja perhe koetaan parhaaksi tueksi. Osa ei kuitenkaan halunnut ottaa puolisoaan mukaan hoitoihin, koska eivät halunneet aiheuttaa puolisoille ylimääräistä huolta. Nämä asiat nousivat esille myös haastatteluissa. Puolisoilla ajateltiin olevan muutenkin paljon huolia eikä heitä haluttu omalla sairaudella kuormittaa enää lisää. Haastateltavat olivat ennen leikkauspäätöstä keskustelleet aikaisemmin saman prosessin läpikäyneiden henkilöiden kanssa, mutta leikkauksen jälkeen he eivät kokeneet vertaistuen tarvetta, sillä eivät halunneet miettiä sairautta jatkuvasti. Aikaisemmissa tutkimuksessa taas vertaistuen tarve koettiin merkit­täväksi, koska siellä pystyi keskustelemaan saman kokeneiden kanssa. (Walsh – He­garty: 2010: 129).

Kirjallinen materiaali osittain oli haastateltavien mielestä puutteellista, jota myös tukee Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2008: 120) tutkimus, jossa myös todettiin, että kirjallinen materiaali oli ollut heikkoa, vaikka ohjaus ja tiedonanto olivat olleet hyvää. Oh-

jaus ei kuitenkaan ollut toteutunut kaikilla yhtenäisenä ja selkeästi ymmärrettävänä. Elo-rannan, Katajiston, Savusen ja Leino-Kilven (2009:15) tutkimuksessa potilaat olivat saaneet selkeät hoito-ohjeet ja yhteystiedot kotiutuessa, toisin kuin tässä työssä, jossa potilaiden saamat hoito-ohjeet olivat puutteellisia. Esimerkiksi katetrin poisto aiheutti pelkoa, joka voi johtua ohjauksen puutteesta.

Haastatellut kokivat isot potilashuoneet positiivisena, koska siellä pääsi jakamaan kokemuksia ja oli seuraava muista. Toisin kuin Saareksen ja Suomisen (2005: 43-52) tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet yksinäisyyttä leikkauksen jälkeen. Haastatellut olivat suurimmaksi osaksi halunneet olla osastolla vielä toisen vuorokauden, koska katetrin kanssa toimiminen oli epävarmaa. Tämä voi kertoa siitä, että potilaita ei ollut tarpeeksi ohjattu ja valmennettu katetrin kanssa selviytymisestä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa hoidon vaikutus seksuaalisuuteen oli suuressa merkityksessä. Haastateltavat eivät kuitenkaan tuoneet tähän liittyviä asioita esille lainkaan. Siihen voi vaikuttaa asian arkaluontoisuus, ja että haastateltavat olivat huomattavasti nuorempia opiskelijoita ja eri sukupuolta edustavia henkilöitä. Tätä tukee myös Walshin ja Hegartyn (2010: 129) tutkimus, jossa kerrottiin että potilaat kokivat kiusalliseksi puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista naispuolisten ammattihenkilöiden kanssa.

Työssä potilaat olivat erityisen tyytyväisiä RALP-leikkauksen valintaan, toisin kuin O'Shaughnessyn, Irelandin, Pelentsovin, Thomasin, Estermanin (2013: 3496) tutkimuksessa, jossa potilaat olivat tyytymättömiä leikkaushoidon valintaan. Sinfield ym. (2009: 305) tutkimuksessa potilaat, jotka eivät itse päättäneet hoidostaan, vaan ottivat passiivisen roolin, olivat tyytymättömämpiä hoitoonsa. Tämä on linjassa tuloksiin ja selittää osaltaan haastateltavien tyytyväisyyttä, koska he kaikki pääsivät vaikuttamaan omaan hoitoonsa aktiivisesti.

## 8.2 Eettisyys

Helsingin julistuksessa (1964) on sitouduttu noudattamaan eettisiä ohjeita tutkimuksessa. Tässä työssä tärkeitä painopisteitä olivat julistuksen ohjeet potilasturvallisuudesta ja oikeuksien turvaamisesta tutkimustyössä. Tutkimuksessa tulee suojata tutkittavan yksityisyys, psyykinen ja fyysinen koskemattomuus sekä potilastietojen luottamuksellisuus. Tutkittaville kerrotaan ymmärrettävästi tutkimuksen tarkoitus, tavoite, menetelmät,

rahoituslähteet, tutkijan yhteydet laitoksiin ja mahdolliset eturistiriidat, tutkimuksen hyöty ja riskit. Tutkijan tulee myös selvittää tutkittavalle osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavan tulee antaa vapaasta tahdosta suostumus, mieluiten kirjallisena, ja se on dokumentoitava. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 212-214.)

Kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, se on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tulokset ovat uskottavia. Keskeisiä lähtökohtia hyvälle tieteelliselle käytännölle on noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Siihen sovelletaan eettisesti hyväksytyjen tieteellisen tutkimuksen kriteerejä, ja otetaan aikaisempien tutkijoiden työt huomioon. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan sekä tallennetaan tieteellisten vaatimusten mukaan. Tutkimuksen tekoon haetaan tarvittavat luvat sekä tutkimusaineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista sovitaan etukäteen. (Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012.)

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Työn jokaisessa vaiheessa noudatettiin hyviä eettisiä periaatteita ja tieteellisiä käytäntöjä. Tässä työssä potilaat saivat etukäteen saatekirjeen, jossa pyydettiin osallistujilta tietoinen suostumus ja se varmistettiin useaan otteeseen. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja osallistujilla oli oikeus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Osallistujien henkilöllisyyden ja tunnistettavuuden salassa pysymisestä huolehdittiin niin, ettei sairaalan osaston eikä osallistujien nimet tulleet esille missään vaiheessa. Suostumuksen antaessaan potilaiden toipuminen leikkauksesta oli jo hyvässä vaiheessa. Haastateltavia kohdeltiin asiallisesti, neutraalisti sekä kunnioittavasti. Haastateltavien anonyymiteetti turvattiin eikä yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa tässä työssä.

Työssä kunnioitettiin aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tekijöitä asianmukaisella tavalla, siten, että heidän tuloksensa on erillään tämän työn tuloksista. Lähteet on merkitty kirjallisen työn ohjeiden (Kirjallisen työn ohjeet. 2014) mukaan, ja ne ovat helposti löydettävissä. Tuloksia ei ole tulkittu, vaan niiden merkityssisältö on säilynyt samana. Haastatelluaineisto säilytettiin opinnäytetyön tekijöiden hallussa ja kukaan ulkopuolinen ei päässyt aineistoon käsiksi. Aineisto hävitettiin tietosuojaa noudattaen.

### 8.3 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset ovat esitetty selkeästi ja ymmärrettävästi sekä alkuperäisaineistoa on käytetty ja aineiston analyysin kulku on esitetty raportissa. Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa, että tulokset ovat siirrettävissä muuhun tutkimusympäristöön kuvaamalla raportissa tarkasti aineiston otanta ja aineiston keruu. Riippuvuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkimus on sidoksissa muihin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja tutkimuksen kulku on kuvattu niin tarkasti, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyprosessia. Vahvistettavuus kuvaa sitä, kuinka selkeästi tutkija on kuvannut tutkimusprosessin, jota on mahdollista seurata vaihe vaiheelta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 138-139; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197-198.)

Luotettavuutta arvioidaan työn jokaisessa vaiheessa. Aineistonkeruuvaiheen luotettavuuteen vaikuttavat tutkimuksen tarkoituksenmukainen otanta, haastattelun teeman suhteuttaminen kuvattavaan ilmiöön sekä tutkijan arvio haastateltavan vastausten todenmukaisuudesta. Luotettavuutta lisäävät tutkijan tarkat muistiinpanot haastattelutilanteesta. Huomiota tulee kiinnittää viiveeseen käsiteltävän aiheen ja haastatteluhetken välillä, koska se vaikuttaa haastateltavan kokemuksiin tapahtuneesta. (Nieminen 2006: 216-217.)

Sisällönanalyysin vaiheessa tutkijan tulee pelkistää aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston luokittelussa tulee tehdä päteviä päätelmiä, jotta tulosten samankaltaisuutta voidaan arvioida. Parhaiten tämä toteutuu, kun luokitteluun osallistuu useampi henkilö. Luotettavuuden arvioinnin kannalta on tärkeää löytää yhteys aineiston ja tulosten välillä luotettavasti. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 36-37.) Sisällönanalyysissä luotettavuuden arvioimiseksi analyysin tukena tulee olla tarpeeksi suoria lainauksia haastattelusta tai aitoja kuvauksia aineistosta (Nieminen 2006: 219-220). Raportoinnin laatukriteereitä on arvioitavuus eli lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyprosessia ja arvioimaan sitä. Toistettavuus puolestaan tarkoittaa sitä, että lukija vakuuttuu tutkijan tekemien ratkaisujen totuudenmukaisuudesta ja tutkimuksen etenemisen luotettavuudesta. (Nieminen 2006: 220.)

Luotettavuutta lisäsi työn tarkoituksenmukainen otanta, sillä kaikki potilaat olivat RALP-leikattuja eturauhassyöpöpotilaita, jotka olivat tietoisesti suostuneita osallistumaan haastatteluun. Jokaisen haastateltavan kanssa käytiin yksitellen läpi haastatteluun sekä opinnäytetyöhön liittyvät asiat ja heillä oli myös mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Saattekirjeessä potilaat saivat tiedon tutkimuksesta, toteuttamistavasta ja haastattelujen ajankohdasta. Haastattelutilanteet olivat häiriöttömiä, jolloin haastateltavien ajatus ei päässyt katkeamaan, mikä lisää vastausten luotettavuutta. Haastateltavien iästä, sukupuolesta ja aiheen herkkyydestä johtuen he eivät tuoneet esille kaikkein arkaluontoisimpia aiheita, kuten seksuaalisuuteen liittyviä kokemuksia. Vähäinen osallistujamäärä myös vaikutti luotettavuuteen, koska saturaatio ei päässyt kylläntymään. Tämän vuoksi opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää.

Aineisto analysoitiin heti haastattelujen jälkeen, minkä vuoksi haastattelutilanteet olivat vielä tuoreessa muistissa. Luotettavuutta heikentää se, että kiireisen aikataulun vuoksi tulokset analysoitiin muutamassa päivässä, minkä vuoksi aineistosta saattoi jäädä huomioimatta joitakin yksityiskohtia. Sisällönanalyysivaiheen luotettavuutta lisäsi se, että luokittelussa otettiin huomioon toisen samasta aiheesta opinnäytetyön tehneen ryhmän tekemiä luokituksia. Molemmista töissä luokittelussa nousi samankaltaisia kokemuksia esille ja analyysiprosessi on edennyt molemmissa töissä samansuuntaisesti. Tämä myös heikentää luotettavuutta, koska tämä saattoi ohjata aineiston tulkintaan. Luokittelut tehtiin yhdessä miettien, jolloin kenenkään yksittäinen mielipide ei päässyt vaikuttamaan liikaa.

Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut ennako-olettamuksia haastattelujen tuloksista, joten ne eivät vaikuttaneet aineiston analysointiin ja sitä kautta saatuihin tuloksiin. Osa potilaista haastateltiin ennen lääkärin vastaanottoa, minkä vuoksi he saattoivat jännittää tuloksia eivätkä kyenneet keskittymään täysin haastattelutilanteeseen. Haastateltavat kertoivat vain omista kokemuksistaan, jolloin tuloksia voidaan pitää todenmukaisina. Haastateltavat kertoivat omin sanoin hoitoprosessin kulun sekä niihin liittyvät tunteet ja kokemukset eikä heitä johdateltu kyselemällä tarkkaan rajatuista kokemuksista. Tuloksista löytyy yhtäläisyyksiä ja ne ovat vertailukelpoisia aikaisempaan tutkimustietoon, mikä lisää työn luotettavuutta.

Työ on ensimmäinen tekijöiden tekemä laadullisin menetelmiä soveltamalla tehty opinnäytetyö. Teemahaastattelu ja sisällönanalyysi olivat tekijöille uusia työskentelytapoja,

perehtyminen ja aiheeseen tutustuminen veivät runsaasti aikaa. Luotettavuutta lisää kolmen opiskelijan työpanos, joten työtä on tarkasteltu monipuolisesti eri näkökulmista. Työ on tehty kokonaisuudessaan tiiviinä ryhmänä, jolloin omien tulkintojen näkyminen työn lopputuloksessa vaikeutuu. Jokaisessa vaiheessa pyydettiin aktiivisesti palautetta työn ohjaavalta opettajalta, mikä edisti loogista etenemistä. Opinnäytetyön luotettavuutta parantavat myös seminaariopponoinnit, jolloin työn ulkopuolisilla henkilöillä on ollut mahdollisuus antaa palautetta työstä.

## 9 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää RALP-leikattuja potilaita hoitavissa yksiköissä. Yksiköt voivat kehittää näin hoitokäytäntöjä ja kiinnittää huomiota potilasohjaukseen sekä kotiutukseen liittyviin asioihin. Tuloksia voi myös hyödyntää kehittäessä uusia kirjallisia potilasohjeita.

Aineistosta nousi esiin tyytymättömyys lääkäreiden suhtautumisesta PSA-arvoihin tarpeeksi vakavasti. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää paremmin huomiota eturauhassyövän mahdollisuuteen potilaiden oireiden ja tutkimusten perusteella. Potilaat kokevat myös leikkausta edeltävän odotusajan pitkäksi ja ahdistavaksi, mihin voisi auttaa tiedotus arvioidusta leikkausajankohdasta sekä mahdollisesta ajankohdan muuttumisesta. Suurin osa haastateltavista jäi vuodeosastolle yhdeksi ylimääräiseksi vuorokaudeksi epävarmuuden vuoksi, vaikka fyysinen kunto oli hyvä. Hoito-ohjeet olivat olleet epäselvät, mistä voidaan päätellä, että potilaiden tarvitsema hoito-ohjaus on vielä hoitoprosessissa puutteellista, eikä ole linjassa lyhyen hoitoajan kanssa. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota ennen leikkausta tapahtuvaan preoperatiiviseen ohjaukseen sekä asioiden kertaukseen ennen kotiutusta. Potilaille voisi kehittää potilasohjeen, joka selittäisi havainnollistamalla kuvin ja tekstein hoidon vaiheet. Tämä saattaisi selventää potilaille epäselväksi jääviä asioita, kuten esimerkiksi tietoa itse leikkauksesta sekä katetrin kanssa toimimisesta. Tulevaisuudessa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden määrä tulee lisääntymään väestön ikääntyessä, minkä vuoksi leikkaushoitoon tulisi lisätä resursseja.

## Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede 20 (3). 115-125.

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko - Savunen, Timo – Leino-Kilpi, Helena 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 7(4). 12-19.

Eturauhasen täydellinen poistoleikkaus -Robottivälineinen laparoskooppinen prostektomia (Ralp) 2013. Potilasohje. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Eturauhassyöpä. 2014. Käypä hoito. Käypä hoito-suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.5.2014. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi11060>>. Luettu 26.8.2014.

Eturauhasen syöpä. 2009. Syöpäjärjestöt. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.4.2009. <<http://www.cancer.fi/tietoasayovasta/syopataudit/eturauhanen/>>. Luettu 26.8.2014.

Harden, Janet – Schafenacker, Ann – Northouse, Lauren – Mood, Darlene – Smith, David – Pienta, Kenneth – Hussain, Maha – Baranowski, Karen 2002. Couple's Experiences with Prostate Cancer Focus Group Research. *Onkology Nursing Forum* 29 (4). 701-709.

Harju, Eeva – Rantanen, Anja – Tarkka, Marja-Terttu – Åstedt-Kurki, Päivi 2011. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 23 (3). 218-229.

Hautamäki-Lamminen, Katja – Lipiäinen, Liudmila – Åstedt-Kurki, Päivi – Lehto, Juhani – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (3). 14-22.

Hautamäki-Lamminen, Katja – Åstedt-Kurki, Päivi – Lehto, Juhani – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 22(4). 282-290.

Helsingin julistus. 1964. Lääkäriliitto. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.3.2014. <<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>>. Luettu 27.10.2014.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holmberg-Marttila, Doris – Länsipuro, Liisa – Kuusisto, Leena 2012. Hoitoketjuopas. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Hoitoneuvottelu. 2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolu/eturauhassyopapotilaan-hoitopolku/hoitoneuvottelu/Sivut/default.aspx>> Luettu 9.3.2015.

HUS:n tunnuslukuja. 2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/husn-tunnuslukuja/Sivut/default.aspx>>. Luettu 20.4.2015.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. HTK-ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.3.2013. <<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 11.9.2014.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanomapro Oy.

Kirjallisen työn ohjeet. 2014. Ohje. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitaminen. Päivitetty 22.9.2014.

Kvalimotv. 2014. Teemahaastattelu. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.9.2014. <[www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html)>. Luettu 2.3.2015.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138-148.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy. 21-43.

Lehto, Ulla-Sisko – Tenhola, Heli – Taari, Kimmo – Aromaa, Arpo 2013. Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys. *Suomen lääkärilehti* 46/13. 2997-3005b.

Lääkärin lähete Hyksiin. 2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. < <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolut/eturauhassyopapotilaan-hoitopolku/laakar-lahete-hyksiin/Sivut/default.aspx>> Luettu 9.3.2015.

Miesten tutkimuksia (PSA, Testosteroni). 2008. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03230](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03230)>. Luettu 20.4.2015.

Nieminen, Heli 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 215-221.

Nordcan. 2009. Nordcan-projekti. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.4.2014. < <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/frame.asp>>. Luettu 26.8.2014.

O'Shaughnessy, Peter K – Ireland, Colin – Pelentsov, Lemuel – Thomas, Laws A – Esterman, Adrian J 2013. Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method investigation into the experiences of men and their partners. *Journal of Clinical Nursing*. 22. 3492-3502.

Radikaaliprostatektomia. 2015. Suomalainen eturauhassyöpä. Verkkodokumentti. <[www.suomalaineneturauhassyopa.fi](http://www.suomalaineneturauhassyopa.fi)>. Luettu 3.3.2015.

Rannikko, Sakari 2009. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00103](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00103)>. Luettu 26.8.2014.

Saares, Päivi – Suominen, Tiina 2005. Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care* 14. 43-52.

Sand, Olav – Sjaastad, Øystein V. – Haug, Egil – Bjålie, Jan G. – Toverud, Kari C 2011. Ihminen. *Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sinfield, Paul – Baker, Richard – Agarwal, Shona – Tarrant, Carolyn 2008. Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners? *Patient Education and Counseling*. 73(1). 91-96.

Sinfield, Paul – Baker, Richard – Camosso-Stefinovic, Janette – Colman, Andrew M. – Tarrant, Carolyn – Mellon, John K. – Steward, William – Kocklbergh, Roger – Agarwal, Shona 2009. Men's and carers' experiences of care for prostate cancer: a narrative literature review. *Health Expectations* 12 (3). 301-312.

Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena – Gustafsson, Marja-Liisa – Tsangari, Haritini – Papastavrou, Evridiki 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25(2). 80-91.

Thomas, C. – Wootten, A. – Robinson, P. 2013. The experiences of gay and bisexual men diagnosed with prostate cancer: results from an online focus group. *European Journal of Cancer Care* 22. 522-529.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Urologia. 2014. HUS. Sairaanhoito. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.8.2014. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>>. Luettu 26.8.2014.

Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena – Antila, Maija-Liisa – Myllylä, Britt-Marie – Dassen, Theo – Gasull, Maria – Lemonidou, Chryssoula – Scott, P. Anne – Arndt, Marianne – Kaurila, Teemu 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 13(3). 155-166.

Walden, Maria – Smylie, Jennifer 2012. Communication: The Key to Improving the Prostate Cancer Patient Experience. *Canadian Oncology Nursing Journal* 22(2). 129-139.

Walsh, Ella – Hegarty, Josephine 2010. Men's experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 14.125-13