



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **ETURAUHASSYÖPÄPOTILAAN PSYKOSOSIAALISEN TUEN TARPEET**

Kirjallisuuskatsaus

Sami Asikainen

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ASIKAINEN SAMI:

Eturauhassyöpöpotilaan psykososiaalisen tuen tarpeet  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Elokuu 2016

---

Väestön ikääntyessä ja diagnostiikan parantuessa eturauhassyöpöpotilaat tulevat olemaan iso osa hoitotyön arkipäivää syöpätautien parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille nyt sekä tulevaisuudessa. Tällä potilasryhmällä on omat yksilölliset psykososiaalisen tuen tarpeet, jotka asettavat suuria haasteita hoitotyölle. Näiden tarpeiden tunnistaminen ja asianmukainen kohtaaminen on avainasemassa eturauhassyöpöpotilaan hyvässä hoitotyössä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tuoretta tietoa eturauhassyöpöpotilaan psykososiaalisen tuen tarpeista kirjallisuuskatsauksen avulla. Tehtävinä oli selvittää, minkälaisia psykososiaalisen tuen tarpeita eturauhassyöpöpotilailla on, kuinka nämä vaikuttavat potilaiden ja heidän läheistensä elämään, sekä mitä haasteita nämä tuen tarpeet asettavat hoitotyölle. Opinnäytetyön metodina käytettiin perinteistä, narratiivista kirjallisuuskatsausta. Tutkittavaksi valikoitui kirjallisuushaun jälkeen 12 tieteellistä artikkelia, joille suoritettiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Tulosten mukaan eturauhassyöpää sairastavilla potilailla on useita erilaisia oireita, jotka vaikuttavat potilaiden kokonaisvaltaiseen, psykososiaaliseen hyvinvointiin. Potilaat eivät kuitenkaan läheskään aina ilmaise näitä tuen tarpeitaan. Oireet vaihtelevat potilaan tautiluokituksen, valittujen hoitomuotojen sekä potilaan oman kokemuksen mukaan. Johdonmukaisesti tutkimuksissa psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille haittaa aiheuttivat erilaiset toiminnalliset oireet, kuten inkontinenssi, seksuaalisuuden häiriöt, hormonaaliset muutokset sekä suolen toiminnan häiriöt.

Hoitajien tietotaidon parantaminen, moniammatillisen hoitotyön kehittäminen sekä ymmärrys oireiden aiheuttamasta haitasta potilaan kokonaishyvinvoinnille on olennainen osa tulevaisuuden hoitotyötä tämän potilasryhmän kohdalla. Laajempi ymmärrys potilaasta psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena tarjoaa mahdollisuudet parempaan lopputulokseen potilaan koetun elämänlaadun kannalta.

---

Asiasanat: eturauhassyöpä, psykososiaalinen, hoitotyö, emotionaalinen tuki

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

ASIKAJINEN SAMI:  
Psychosocial Support Needs of Men with Prostate Cancer  
Literature Review

Bachelor's thesis 46 pages, appendices 6 pages  
August 2016

---

As population gets older and diagnostics improve prostate cancer patients are going to form a big part of patients for healthcare professionals working with cancer patients. These patients have their own unique psychosocial support needs that creates great challenges for nursing care. Identification and meeting these individual needs is the key for good overall healthcare of prostate cancer patients.

The purpose of this study was to review and analyze literature to form new information about the psychosocial support needs that prostate cancer patients have. The aim was to find out what kind of psychosocial support needs do prostate cancer patients have and what kind of challenges those needs create to both patient and the next of kin. Further aim was to study the challenges it creates to nursing care. Method of this study was a narrative literature review. This study used content analysis to analyze 12 peer reviewed articles that were published in respected scientific journals between 2007 and 2015.

The results of this study showed that all the patients had many different symptoms that affect to their psychosocial well-being. Symptoms vary depending on e. g. stage of the disease, opted treatment method and by subjective experience. Consistently the symptoms that affected both mental and social well-being of the patient were functional disorders e. g. sexual disorders, bowel function disorders and incontinence.

Improving the knowledge of nurses, developing multi-professional interventions and understanding the meaning these symptoms have on patient's everyday life and psychosocial well-being is the key component of the future nursing care we provide to these patients. Broaden the knowledge of the patient as a physical, psychological and social unity offers a chance for improvement in both healthcare and in subjective quality of life for the patients.

---

Key words: prostate cancer, psychosocial support, emotional support, nursing care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Eturauhassyöpä ja sen hoito.....	7
3.2	Psyykinen hyvinvointi .....	10
3.3	Sosiaalinen hyvinvointi.....	11
3.4	Psykososiaalinen kokonaishyvinvointi .....	12
4	TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ .....	14
4.1	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyömenetelmänä.....	14
4.2	Kirjallisuushaku osana kirjallisuuskatsausta .....	14
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	16
5	TULOKSET .....	19
5.1	Psyykinen hyvinvointi .....	19
5.1.1	Coping-keinot.....	19
5.1.2	Informatiiviset tarpeet .....	21
5.1.3	Emotionaalisen tuen tarpeet .....	23
5.2	Sosiaalinen hyvinvointi.....	24
5.2.1	Oireet ja niiden aiheuttamat tuen tarpeet .....	24
5.2.2	Perhe.....	27
5.3	Hoitajan tarjoama psykososiaalinen tuki .....	29
6	POHDINTA.....	31
6.1	Opinnäytetyöprosessi.....	31
6.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	32
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	33
	LÄHTEET .....	37
	LIITTEET .....	41

## 1 JOHDANTO

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Eturauhassyövän esiintyvyys kasvoi rajusti vuoteen 2005 asti, mutta on nyttemmin vakiintunut. Tämä johtunee pääosin verikokeena tehtävän PSA-testauksen yleistymisestä. Vuonna 2010 tuli ilmi 4700 uutta tapausta. (Tammela, 2013.) Eturauhassyöpä on verrattain hyvästä ennusteestaan huolimatta toiseksi yleisin kuolemaan johtava syöpäsairaus. Vuonna 2014 eturauhassyöpään kuoli Suomessa 859 miestä, kuolleisuuden ollessa n. 45 / 100 000. (SVT: Kuolemansyyt. 2014.)

Huolimatta taudin suhteellisen hyvästä ennusteesta ja vähemmän invasiivisista hoidoista muihin syöpätauteihin verrattuna, tutkimukset ovat osoittaneet eturauhassyöpään liittyvän paljon psykososiaalisia häiriöitä (Mehnert ym. 2010, 742). Tutkimukset osoittavat yhteyden eturauhassyöpää sairastavan elämänlaadun ja osana hoitotyötä saatavan psykososiaalisen tukemisen välillä. Haasteita näille potilaille asettaa esimerkiksi erilaiset virtsatieoireet, seksuaaliset muutokset sekä muutokset kehonkuvassa. Taudin mukanaan tuoma elämänlaadun heikkeneminen yhdessä kipujen ja pelkojen kanssa aiheuttaa monille potilaista ahdistusta sekä jopa masennusta. Näihin ongelmiin pystytään kuitenkin tutkimusten mukaan vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi tarjoamalla potilaalle erilaisia henkisen tuen muotoja muun muassa hoitohenkilökunnan toimesta. (Katz, A. 2007. 305-306; Mello ym. 2013.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota yhteen tuoretta tutkimustietoa eturauhassyöpää sairastavan miehen ja hänen läheisten psykososiaalisen tuen tarpeista kattavasti, mutta kuitenkin helposti luettavaan ja tiiviiseen muotoon. Tässä työssä ei selvitetä tarkemmin näihin tuen tarpeisiin vastaavia tukemisen muotoja. Työssä tarkastellaan eturauhassyövän ja sen erilaisten hoitomuotojen aiheuttamia fyysisiä oireita peilaten niitä ihmisen psykososiaaliseen kokonaishyvinvointiin. Tämä tarkoittaa, ettei työssä käsitellä esimerkiksi kivunhoitoa, vaan sitä, miksi kivunhoito on tärkeää potilaan psykososiaalisen kokonaishyvinvoinnin kannalta. Työn tavoitteena on toimia tietolähteenä aiheesta kiinnostuneille sairaanhoitajille, muulle hoitohenkilökunnalle sekä aiheesta kiinnostuneille terveydenhuoltoalan opiskelijoille.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä psykososiaalisen tuen tarpeita on eturauhassyöpää sairastavalla potilaalla.

Opinnäytetyön tehtävät muodostuivat seuraaviksi:

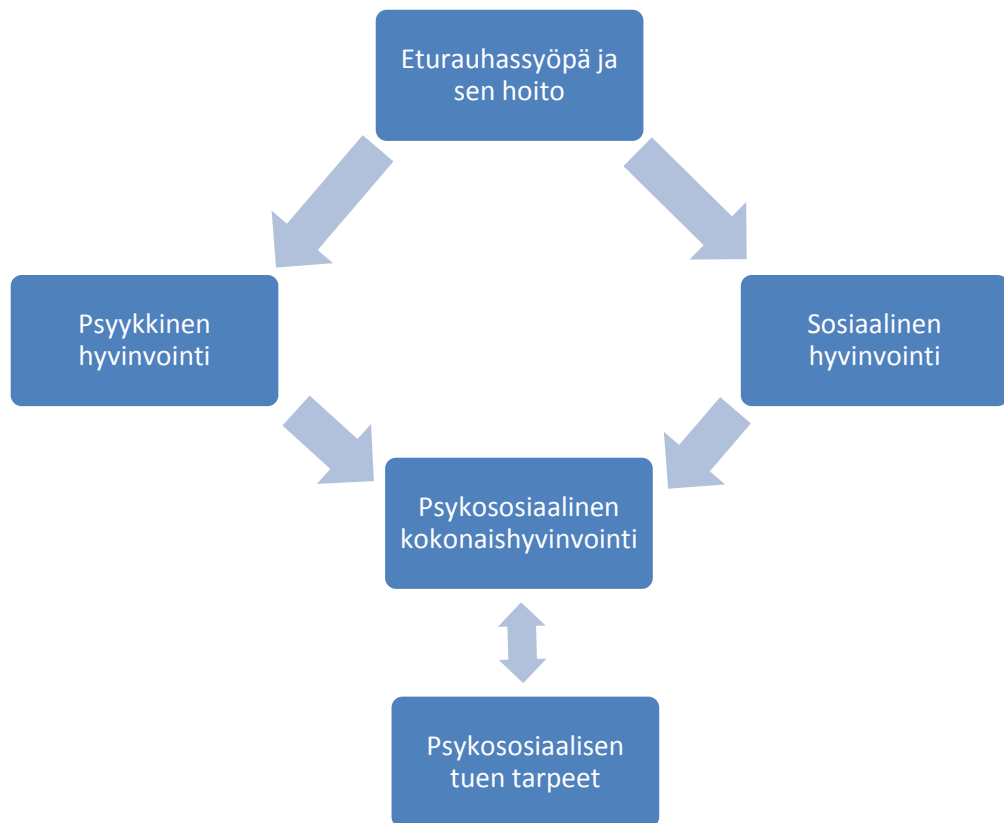
1. Mitä psykososiaalisen tuen tarpeita eturauhassyöpää sairastavilla potilailla on?
2. Miten psykososiaalisen tuen tarpeet vaikuttavat potilaan ja hänen läheisten kokonaishyvinvointiin?
3. Mitä haasteita psykososiaalisen tuen tarpeet asettaa hoitotyölle?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa eturauhassyöpäpotilaan psykososiaalisen tuen tarpeista ja näiden merkityksestä potilaan ja hänen läheisten kokonaishyvinvointiin. Opinnäytetyö tuo syventävää ja tuoretta tutkimustietoa sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille. Se lisää tietoa psykososiaalisen tuen tarpeista osana hoitotyön kokonaisuutta, jota kyseinen potilasryhmä ei aina tuo koko laajuudessaan itsenäisesti esiin (Bungay & Cappello 2009, 471).

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä työssä potilaan sairautta ja sen oireita tarkastellaan potilaan ja hänen läheisten psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Tarkoituksena on löytää ja tunnistaa tähän sairauteen ja sen hoitoon liittyviä oireita ja muita ongelmia, jotka vaikuttavat potilaan psykososiaaliseen kokonaisuhyvinvointiin. Tätä kokonaisuutta kuvataan kuviossa 1.

Kuvio 1. Teoreettiset lähtökohdat kuviona.



#### 3.1 Eturauhassyöpä ja sen hoito

Eturauhassyöpä on nykyisin yleisin syöpä teollistuneissa maissa. Sairaus on kuitenkin erittäin harvinainen alle 40-vuotiailla, esiintyvyys lisääntyy jyrkästi vasta 55. ikävuoden jälkeen. Suomessa ennuste taudille on verrattain hyvä, viiden vuoden elossa-olo-osuus oli

93 % vuosien 2002-2009 aikana diagnosoitujen syöpien osalta. (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu, Tammela 2013, 562.)

Eturauhassyöpää voidaan hoitaa useilla eri tavoilla, ja tähän vaikuttaa muun muassa syöpäsolujen erikoistuminen, levinneisyys sekä potilaan kokemat oireet. Syövän levinneisyydellä on selkeä yhteys elämänlaatuun. Lisäksi hoitomuodon valinnassa tulee huomioida potilaan ikä ja elinajanodote, haittavaikutukset ja niiden vaikutus elämänlaatuun sekä potilaan oma mielipide. Hoitoneuvottelussa päätetään hoitolinjauksesta yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheisten kanssa. (Katz 2007, 305; Käypä hoito 2014.)

Aktiivinen seuranta sopii erinomaisesti potilaille, joiden tauti on luokiteltu pienen riskin syöväksi. Aktiivisessa seurannassa potilasta tutkitaan toistuvasti kliinisesti sekä laboratoriotutkimusten avulla. Taudin muuttuessa kliinisesti merkittäväksi, se voidaan hoitaa radikaalisti ennen taudin etenemistä. Aktiivisen seurannan tarkoituksena on välttää yli diagnostiikkaa ja sen mukanaan tuomia turhia hoitoja haittavaikutuksineen. Seurannalla ei ole vaikutusta potilaan elämänlaatuun lyhyellä aikavälillä. Tulee kuitenkin muistaa, ettei kaikille potilaille sovi seuranta syövänhoidon muodoksi, vaan potilaat saattavat haluta aktiivisempia hoitomuotoja. (Käypä hoito 2014.)

Paikallisen eturauhassyövän hoidossa radikaalilla prostatektomiolla pyritään poistamaan potilaan eturauhanen ja sen mukana kaikki syöpäsolut. Toimenpide voidaan suorittaa avoleikkauksena, perinteisenä tähystyksenä sekä robottivälinein. Radikaalin prostatektomian haittavaikutuksina voi ilmetä muun muassa erilaisia virtsanpidätyskykyyn liittyviä ongelmia, kipuja, sekä erektiohäiriöitä. Näiden haittavaikutusten esiintymiseen vaikuttaa kirurgin taidot ja kokemus. Robottivälineinen leikkaus saattaa vähentää hiukan riskiä saada erektio- ja virtsaamisongelmia. (Käypä hoito 2014.)

Osana toimenpidettä voidaan suorittaa myös imusolmukkeiden poistoja tarpeen mukaan. Tämä lisää toimenpiteestä seuraavien komplikaatioiden riskiä. Imusolmukkeiden poistoa suositellaan keskisuuren ja korkean riskin potilaille, ja se harvoin on tarpeen matalan riskin potilaille. (Käypä hoito 2014.) Taudin ennuste on kuitenkin yleensä hyvä radikaalin prostatektomian jälkeen (Bill-Axelson ym. 2011, 1711).

Ulkoista sädehoitoa voidaan antaa paikallisen ja paikallisesti levinneen syövän hoitomuotona. Sädehoito annetaan eturauhasen ja siemenrakkuloiden tyvien alueelle. Radikaalin



sädehoidon tavoitteena on mahdollisimman pitkäkestoinen uusiutumisen ehkäisy ja etäpesäkkeiden välttäminen. Sädehoitoon liitetään usein lyhytaikainen (4-6kk) hormonihoito. Sädehoidon haitat kohdistuvat tyypillisesti suoliston ja genitaalien alueelle. Tavanomaisia haittavaikutuksia ovat erilaiset virtsatieoireet, kuten inkontinenssi ja yöllisen virtsaamisen kohonnut tarve. Suoliston oireet näkyvät muun muassa rektaalisena verenvuotona ja ulosteenpidätyskyvyttömyytenä. (Peeters ym. 2006, 1990-1991; Käypä hoito 2014.)

Liitännäis- eli adjuvanttihoidolla tarkoitetaan täydentävää hoitoa, jonka tarkoituksena on estää syövän uusiutuminen, kun radikaalin hoidon jälkeen merkkejä jäännöskasvaimesta ei ole. Liitännäishoitoja annetaan radikaalin prostatektomian yhteydessä potilaille, joiden uusiutumisriski on vähintään kohtalaisen suuri. Leikkauksen jälkeen harkitaan yksilöllisesti, annetaanko liitännäissädehoitoa vai tyydytäänkö jälkiseurantaan. (Käypä hoito 2014.) Liitännäishoitona annetulla sädehoidolla pystytään vähentämään syövän uusiutumisriskiä merkittävästi (Bottke & Wiegel 2007, 193). Liitännäishoito voidaan toteuttaa myös brakyterapian eli lyhytetäisyysisen sädehoidon avulla. Toimenpiteessä potilaan eturauhasen sisään viedään säteileviä jyväsia. Parhaiten toimenpide soveltuu matalan uusiutumisriskin potilaille. (Käypä hoito 2014.)

Taudin uusiessa voidaan antaa toisen vaiheen sädehoitoa. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa primaarin leikkauksen jälkeinen uusiutuminen on todennäköisesti vain paikallinen. (Käypä hoito 2014.) Nämä hoidot tulisi antaa välittömästi, kun taudin uusimisesta on viitteitä, jolloin saavutetaan paras hoitotulos. Hoidon tehokkuus riippuu taudinkuvasta, mutta paikallisesti levinneeseen tautiin hoidolla on merkittävä vaste, eli sillä voidaan hidastaa taudin etenemistä. (Stephenson ym. 2007, 2035; 2039-2040; Ohri, Dicker, Trabulsi & Showalter 2012, 1.)

Levinneen eturauhassyövän ensisijainen hoitomuoto on endokriininen eli hormonaalinen hoito. Sitä käytetään myös liitännäishoitona paikallisessa taudissa. Taudin alkuvaiheessa lähes kaikkien syöpäsolujen toiminta on riippuvaista testosteronista. Hoitomuotona on joko kivestenpoisto testosteronituotannon lopettamiseksi tai reseptorien salpaaminen lääkkeellisesti. Hormonihoitojen haittavaikutukset ovat moninaisia. Kiusallisia haittavaikutuksia ovat muun muassa hikoilu ja kuumat aallot. Hoitoon liittyy myös liitännäissairauksien riskin kasvu. Hormonihoito kasvattaa riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauk-

siin nostamalla kolesterolia, erityisesti triglyseriä. Hormonihoito voi myös lisätä painonnousua, insuliiniresistenssiä ja aiheuttaa osteoporoosia sekä impotenssia. (Sharifi, Gulley & Dahut 2010, 308-309; Tammela 2014; Käypä hoito 2014.)

Paikallisesti levinneen eturauhassyövän hoidossa voidaan perinteisten hormonihoitojen sekä kastration vaihtoehtona käyttää antiandrogeneja. Antiandrogenien, kuten bikalutamidin, etuna on pienempi vaikutus luun tiheyteen, potenssiin ja painonnousuun. Sen haittavaikutuksia ovat kuitenkin muun muassa rintojen kasvu, alentunut libido sekä kuumat aallot. (O'Connor & Fitzpatrick 2005, 26; Käypähoito 2014.)

Eturauhassyöpä voi muuttua myös hormoniresistentiksi, tällöin testosteronipitoisuudella ei ole merkitystä taudin etenemiseen. Tässä vaiheessa hoito tähtää oireiden vähentämiseen, elämän laadun parantamiseen ja taudin etenemisen hidastamiseen. Silloin voidaan yrittää muuttaa hormonihoitoa erilaiseksi, käyttää erilaisia solunsalpaajia sekä oireita helpottavaa sädehoitoa ja kirurgisia toimenpiteitä. (Käypä hoito 2014.)

### **3.2 Psykkinen hyvinvointi**

Eturauhassyöpää sairastavat potilaat voivat elää taudin kanssa useita vuosia. Tauti ja sen hoidot voivat asettaa erilaisia haasteita potilaan elämänlaadulle. Tyypillisiä ongelmia ovat erilaiset virtsaamiseen liittyvät ongelmat kuten inkontinenssi, sekä esimerkiksi seksuaalisuuden häiriöt, väsymys sekä kivut. (Carter ym. 2011, 189-190; McSorley ym. 2014, 625.)

Carterin ym. (2011) tutkimuksessa potilailla ilmeni tuen tarvetta erityisesti kolmella eri osa-alueella: toiminnallisella tasolla, tiedon saamisessa ja ymmärtämisessä sekä emotionaalisella tasolla. Nämä puutteet heijastuvat monella tavalla potilaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen elämään sekä minä-kuvaan. (Carter ym. 2011, 189-191.)

Psykoanalyysiin perustuvan psykologian mallissa coping käsitetään realistisina ja joustavina ajatusmalleina ja toimintoina, jotka tähtäävät ongelmanratkaisuun ja sitä kautta stressin lieventämiseen. Tämän teorian mukaan tärkeintä copingissa on, kuinka henkilö itse käsittää ja ajattelee suhteestaan vallitsevaan ympäristöön. Kognitiiviset toiminnot ovat

siis keskiössä. Coping viittaa kehittyneen egon korkeimmalle tasolle, jossa ihminen pysyy mukautumaan ja sopeutumaan psykologisesti erilaisiin tilanteisiin. Heikot coping-keinot voivat johtaa egon pirstoutumiseen ja tämä taas taantuneeseen tai psykoottiseen egon toimintaan. (Lazarus & Folkman 1984, 118-119.)

Coping tarkoittaa jatkuvasti muuttuvia kognitiivisia keinoja ja käyttäytymismalleja, joiden avulla pyritään selviytymään tietyistä ulkoisista tai sisäisistä tarpeista joiden arvioidaan kuluttavan tai ylittävän yksilön voimavarat. Määritelmä ei sisällä ihmisen automaattista sopeutumista erilaisiin tilanteisiin, vaan käsittää ainoastaan tilanteet, joissa henkilöllä on tietoisia pyrkimyksiä selviytyä asioista, riippumatta tämän toiminnan lopputuloksesta. Käsitteessä mukana oleva sana ”selviytyä” voi sisältää mitä tahansa toimintaa tilanteen välttelystä aina tilanteen hallintaan ja hyväksyntään. (Lazarus & Folkman 1984, 141-142.)

Yksilön coping-keinoja on mahdotonta arvioida staattisella mittasteikolla. Kyse on aina prosessista, jonka aikana henkilö käyttää erilaisia coping-keinoja erilaisilla painotuksilla. Ajoittain tukeudutaan enemmän esimerkiksi defensiivisiin coping-keinoihin, kun taas toisaalla tähdätään enemmän ongelmanratkaisuun. Kyse on siis muutoksista käyttäytymisessä sekä kognitiivisella että toiminnallisella tasolla. Arvioidaksemme henkilön selviytymistä, eli copingia, erilaisissa tilanteissa, tulee tietää mitä henkilö todellisuudessa ajattelee tai tekee eri lailla normaaliin verrattuna ja tutkia näitä vallitsevien olosuhteiden kontekstissa. (Lazarus & Folkman 1984, 142.)

### **3.3 Sosiaalinen hyvinvointi**

Carterin ym. (2011) tutkimuksessa kerrotaan miehestä, joka kertoo jatkuvasti ulkona ollessaan pohtivansa, missä on lähin vessa. Hän toivoo, ettei kukaan tuttu pyydä häntä vierailulle, koska hän unohti ottaa mukaan virtsankarkailusuojia. Tämä voi johtaa potilaan elämänpiirin kaventumiseen ja sitä kautta heikentää potilaan sosiaalista hyvinvointia. (Carter ym. 2011, 190-191.)

Potilaan lisäksi sairauden ja sen hoitojen aiheuttamat oireet vaikuttavat myös potilaan puolisoon ja läheisiin, jotka tukevat häntä sairauden aikana. Sairaudella voi olla myös negatiivisia vaikutuksia potilaiden ihmissuhteisiin. (Bobridge, Bond, Marshall, Paterson

2015, 341.) Parisuhteella ja läheisillä on mitä suurin merkitys potilaan psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Miehet, jotka elävät onnellisessa parisuhteessa, saavat tutkimusten mukaan parempaa emotionaalista tukea kuin yksinelävät (McSorley ym. 2014, 626). Hoitajat, jotka toimivat eturauhassyöpää sairastavien kanssa, tarvitsevat lisää koulutusta ja ymmärrystä sairaudesta ja sen oireista täyttääkseen näiden potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen tarpeet (Carter ym. 2014, 428).

### 3.4 Psykososiaalinen kokonaishyvinvointi

MOT-sanakirja antaa sanalle ”psykososiaalinen” merkitykseksi ”sekä psyykkisiin että sosiaalisiin tekijöihin liittyvä”. Weckroth (2007) on pyrkinyt tutkimuksessaan määrittelemään käsitettä tarkemmin. Tutkimuksessa hän teki kirjallisuushaun käyttäen Helsingin yliopiston tietokantoja ja hakusanaa ”psykososiaali”, tämä tuotti 272 hakutulosta. Tutkimuksen mukaan termiä voidaan käyttää hyvin laajasti ja vapaamuotoisesti, sille ei ole selkeää, poikkeittieteellistä määritelmää. Lääketieteeseen käsite on kuitenkin vakiintunut, kun on havaittu, ettei potilaan kokonaistilannetta pystytä aina määrittelemään perinteisillä lääketieteen sanastoilla. Lääketiede tuntuu yhdistävän tällä potilaan somaattisen sairauden tarkoituksenmukaisesti psyykkiseen ja sosiaaliseen todellisuuteen. Tämä mukailee vallalla olevaa psykodynaamista ajattelumallia ihmisestä psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. (Weckroth 2007, 426-434.)

Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana psykososiaalisten seuraamusten hallinta syöpäpotilailla ja heidän läheisillään on muodostunut erittäin tärkeäksi. Psykososiaalisella mukautumisella viitataan sekä henkilökohtaisiin, kuten muutoksiin minä-kuvassa, intimitettiin ja autonomiaan, että sosiaalisiin seuraamuksiin, kuten muuttuneisiin perheen sisäisiin suhteisiin ja rooleihin sekä taloudellisiin vaikutuksiin, joita syöpädiagnoosilla ja hoidoilla on potilaalle ja hänen läheisille. Monet viimeaikaiset tutkimukset näkevätkin elämänlaadun psykososiaalisen mukautumisen tuloksena. Vaikka elämänlaatua kuvataan useilla eri mittareilla, on vallalla yhteisymmärrys siitä, että nämä mittarit käsittävät fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet, jotka vaikuttavat ihmisen toimintaan. (Ezer, Chachamovich & Chachamovich 2011, 156.)

Voidaan siis päätellä, että kyseessä olevalla sairaudella, eturauhassyövällä, on fyysisten oireiden kautta merkittäviä vaikutuksia potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Nämä yhdessä muodostavat henkilön psykososiaalisen kokonaishyvinvoinnin, jota tässä työssä käsitellään. Tässä työssä psykososiaalisen tuen tarpeilla tarkoitetaan siis kaikkea sellaista, joka kuluttaa ihmisen psyykkisiä voimavaroja tai vaikuttaa henkilön sosiaaliseen hyvinvointiin. Käytännössä se tarkoittaa, että tässä työssä tarkastellaan fyysisiä oireita niiden psyykkisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien valossa, ja sitä kautta niiden merkitystä ihmisen psykososiaaliseen kokonaishyvinvointiin.

## **4 TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ**

### **4.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyömenetelmänä**

Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on muun muassa kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä. Kirjallisuuskatsauksessa voidaan käsitellä tietyn tieteenalan tutkimuskirjallisuutta ja muodostaa tutkitusta asiakokonaisuudesta selkeämpi kokonaiskuva. Sen avulla voidaan kuvata analyttisesti aiemmin aiheesta tuotettua tutkimustietoa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.)

Narratiivisten kirjallisuuskatsausten tarkoituksena on kertoa tai kuvata aiempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Tällaisia katsaustyypppejä tunnetaan useita erilaisia. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii selittämään, tulkitsemaan ja tekemään yhteenvetoa aiempien tutkimusten tuloksista tietystä aihepiiristä. Tarkoituksena on yhdistää epäyhtenäistä tietoa ehyeksi ja helppolukuiseksi kokonaisuudeksi. Normaalisti narratiivinen kirjallisuuskatsaus keskittyy tarkastelemaan tieteellisiä, vertaisarvioituja tutkimuksia. Narratiivisissa kirjallisuuskatsauksissa käytetään alkuperäisten tutkimusten laadun arviointia. (Salminen 2011, 13; Suhonen ym. 2016, 9.)

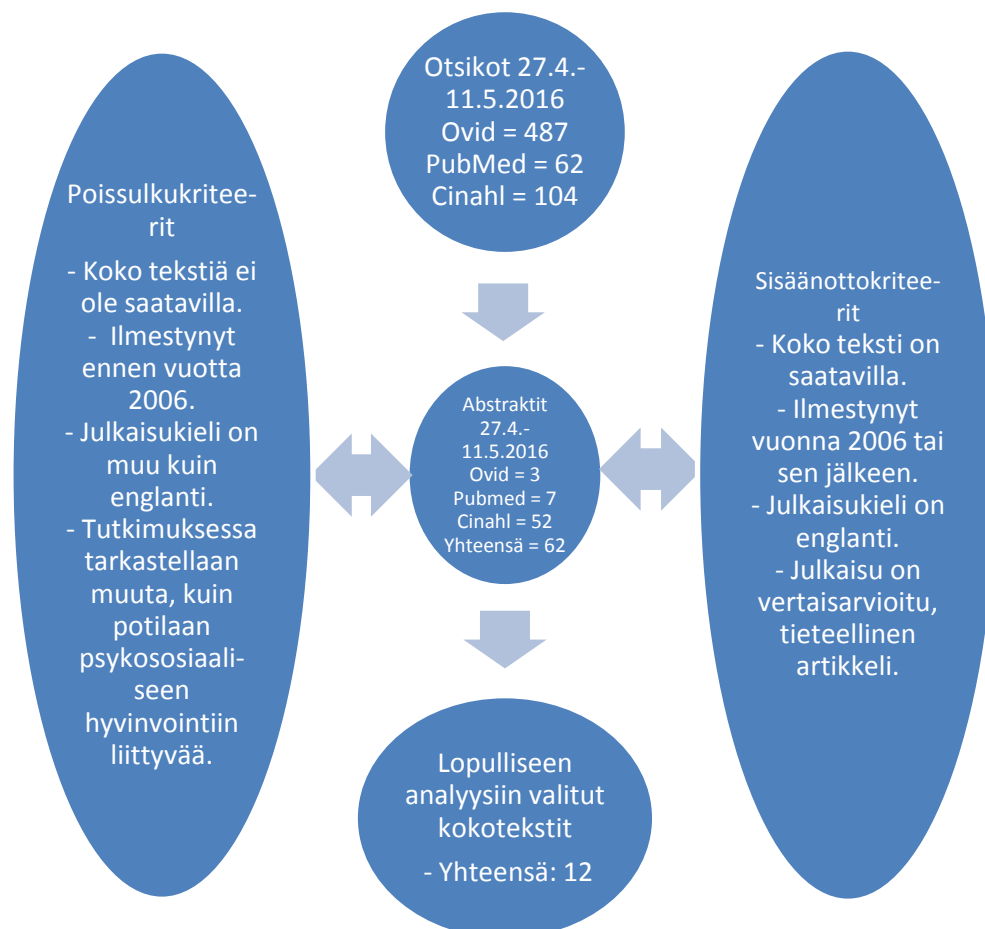
Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sopii tämän opinnäytetyön tarkoituksiin ja tavoitteisiin. Menetelmä takaa tuoreen ja luotettavan tutkimustiedon päätyminen tutkimuskohteeksi. Se sopii tutkimusmenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön nimenomaan tutkimustietoa koavan luonteensa vuoksi. Opinnäytetyössä pyritään kuvaamaan laaja-alaista ja monimuotoista ilmiötä lukijalle mahdollisimman tiivistetysti.

### **4.2 Kirjallisuushaku osana kirjallisuuskatsausta**

Kirjallisuuskatsaus sisältää kirjallisuushaun ja aineiston valinnan. Systemaattisen kirjallisuushaun lisäksi on syytä tehdä manuaalista hakua, koska kaikkia relevantteja tutkimuksia ei välttämättä löydy sähköisistä tietokannoista. Tutkija määrittelee keskeiset käsitteet, joita käyttää hakusanoina tietokannoissa. Lisäksi tutkija määrittää mukaanotto- ja pois-sulkukriteerit. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25-26.)

Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu myös hakuprosessin pohjalta valittujen tutkimusten arviointi. Arviointi on systemaattinen prosessi, jossa tutkija ensiksi perehtyy valittuihin tutkimuksiin. Tutkimuksia arvioidessa pyritään ottamaan kantaa, ovatko tulokset yleistettävissä. Tämän takia esimerkiksi tutkimusjoukon valinta, valintakriteerit ja otoskoko ovat merkitseviä. Lisäksi arviointiin voi vaikuttaa julkaisuvuosi, artikkelin kirjoittaja ja julkaisufoorumi. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 28-29.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin systemaattista kirjallisuushakua mukailevaa kirjallisuushakua käyttäen kolmea eri hakukonetta: CINAHLia, PubMediä ja OVIDia. Tampereen ammattikorkeakoulun lisensoilla ja opinnäytetyöhön käytettävissä olevilla resursseilla ei koettu mahdolliseksi tehdä riittävän kattavaa hakua, jotta sitä voitaisiin kutsua systemaattiseksi. Hakusanat muodostuivat perehtymällä aiheesta tehtyihin tutkimuksiin sekä kokeilemalla. Tutkija on muodostanut itsenäisesti mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Laadun arviointia on suoritettu samalla, kun on tehty valitun aineiston sisällönanalyysiä. Kirjallisuushakua kuvataan tarkemmin kuviossa 2. Lopullisesti valikoidut tutkimukset ja tarkemmat tiedot niistä löytyvät liitteestä 1.



KUVIO 2. Kirjallisuushaku sekä tutkimusten valikoituminen.

Kaikissa tietokannoissa käytettiin samaa rajausta: artikkeleiden tuli olla julkaistu englanniksi, ne on julkaistu 2006 tai sen jälkeen ja koko tekstin tuli olla saatavilla. Näillä kriteereillä haluttiin varmistaa valikoituvien tutkimusten laatu: tekstit ovat tuoreita ja julkaistu englanninkielisissä julkaisuissa, joihin tarjotaan artikkeleita ympäri maailmaa ja vain parhaat artikkelit valikoituvat. Jokainen artikkeli on vertaisarvioitu. Hakusanat vaihtelivat hiukan tietokannasta riippuen. Lisäksi Cinahl-tietokannassa tehtiin kaksi hakua eri hakusanoilla. Hakusanat on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tietokannat ja käytetyt hakusanat.

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusanat</b>
<b>Ovid</b>	Prostate cancer AND psychosocial AND support
<b>Pubmed</b>	Prostatic neoplasms AND psychosocial AND support
<b>Cinahl / haku 1</b>	Prostatic neoplasms AND emotional support
<b>Cinahl / haku 2</b>	Prostatic neoplasms AND psychosocial support

### 4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineiston analyysin tarkoituksena on tehdä yhteenvetoa ja järjestää valittujen tutkimusten tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen kirjoittaja tulkitsee tuloksia niin, että syntyy synteesi, joka on ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. Analyysissä tutkija muodostaa aineistosta luokkia, kategorioita ja teemoja. Näille teemoille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Näiden teemojen mukaisesti voidaan raportoida kirjallisuuskatsauksen tulokset. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 30-32.)



Aineistolähtöisen analyysin prosessi on kolmivaiheinen. Ensimmäisessä analyysin vaiheessa aineisto pelkistetään, jolloin aineistosta noussut informaatio tiivistetään mahdollisimman pelkistetyksi. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut klusteroidaan, eli niistä etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Näin pelkistetyistä ilmaisuista syntyy yksi luokka, joka nimetään sitä kuvaavasti. Tämän jälkeen nämä luokat abstrahoidaan, eli käsitteellistetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Opinnäytetyössä käytetty aineisto on luettu läpi useaan kertaan ja niistä on etsitty erilaisia ilmaisuja, jotka pyrkivät vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Näistä ilmaisuista on muodostettu yläkategorioita, joista on edelleen johdettu erilaisia teemoja. Aineistolanalyysissä esiin nousseista teemoista on johdettu otsikkotasoja, jotka ilmenevät raportissa. Tarkemmin sisällönanalyysiä esitellään taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Kuvaus sisällönanalyysistä.

Pelkistetty ilmaus	Yläkategoria	Pääluokka eli teema
Ratkaisukeskeinen coping, tunnelähtöinen coping, hyväksyntä, välttely, coping, kiistäminen/torjuminen, positiivinen asenne, normalisointi, stoalaisuus (kohtaloon alistuva tyyneys).	Coping-keinot	Psyykkinen hyvinvointi
Informaatio, kommunikointi, kysymys, informaation etsiminen, terminologia.	Informatiiviset tarpeet	Psyykkinen hyvinvointi
Viha, suru, turhautuminen, emotionaalinen, ahdistus, masennus, katkeruus, koettu uhka.	Emotionaalisen tuen tarpeet	Psyykkinen hyvinvointi

Pelkistetty ilmaus	Yläkategoria	Pääluokka eli teema
Inkontinenssi, suolen toiminta, kipu, seksuaalisuus, impotenssi, väsymys/uupumus, oire, kuumat aallot, hikoilu, punoitus, painon nousu, uniongelmat, jaksaminen, arjessa pärjääminen, toiminnallinen.	Oireet ja niiden aiheuttamat tuen tarpeet	Sosiaalinen hyvinvointi
Omainen, läheinen, perhe, puoliso, perhehoitotyö, parisuhde, kumppani, ystäväpiiri, sosiaalinen kanssakäyminen.	Perhe	Sosiaalinen hyvinvointi
Kuuntelu, tietotaito, moniammatillisuus, hoitotyön kehittäminen, hoitotyö, sairaanhoitaja, tuen antaminen/tarjoaminen, hoidon suunnittelu.	Hoitajan roolit	Hoitajan tarjoama psykososiaalinen tuki

## 5 TULOKSET

### 5.1 Psykkinen hyvinvointi

Potilaat, jotka elävät eturauhassyövän kanssa, kärsivät lukuisista erilaisista oireista, jotka voivat vaikuttaa potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimukset ovat osoittaneet eturauhassyöpädiagnoosin ja tautiin liittyvien hoitojen lisäävän esimerkiksi ahdistusta ja masennusta. Tämä voi johtaa ei-toivottuihin psykososiaalisiin seuraamuksiin. (Farrington & Townsend 2014, 773; McSorley ym. 2014, 626.)

#### 5.1.1 Coping-keinot

Coping-keinoilla tarkoitetaan keinoja, joilla yksilö reagoi ajatuksen ja toiminnan tasolla stressaavaan tilanteeseen. Nämä keinot voidaan jakaa kahteen eri pääkategoriaan. Ratkaisukeskeisissä keinoissa yksilö yrittää nimensä mukaisesti käsitellä stressaavaa tilannetta tai vaikuttaa stressin lähteeseen. Emotionaalisessa lähestymistavassa taas pyritään laskemaan koettua stressiä tai pärjätä sen kanssa. Nämä keinot eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan niitä voidaan käyttää yhdessä pyrittäessä vaikuttamaan sekä yksilön hyvinvointiin että ympäristön olosuhteisiin samanaikaisesti. (McSorley ym. 2014, 627; 634-635.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että ratkaisukeskeisiä coping-keinoja käyttäneet potilaat sopeutuivat tilanteeseen paremmin kuin vältteleviä coping-keinoja, kuten aiheenväistelyä, itsesyytöksiä ja toiveajattelua, käyttäneet. Tämä johti parempaan elämänlaatuun ja vähensi ahdistusta sekä masennusoireita. Ratkaisukeskeiset coping-keinot on yhdistetty myös parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn. (Lafaye ym. 2014, 798; 800; McSorley ym. 2014, 626.)

Coping-keinot, joita potilas ja hänen puoliso käyttävät, ovat kahdenvälisiä. Tutkimuksissa on osoitettu potilaan ja hänen puolison käyttämien coping-keinojen vaikutus toinen toisensa koettuun hyvinvointiin elämänlaadun ja ahdistuksen kohdalla. Potilaan käyttäessä toimivia coping-keinoja, myös puolison kokema ahdistus on lievempää ja toisinperin. Vältteleviä coping-keinoja, joissa potilas esimerkiksi ajattelee sairauden olevan oman

kontrollin ulkopuolella ja seuraukset koetaan väistämättömiksi, käytettäessä taas molempien osapuolten elämänlaatu kärsii ja huoli ja ahdistus kasvaa. (Lafaye ym. 2014, 798; 800-801.)

McSorley ym. (2014, 631-632) toteaa tutkimuksessaan miesten pyrkivän ylläpitämään normaalia elämää tekemällä samoja asioita kuin ennen sairastumista. Tämä johti sairastumisesta koetun trauman lievenemiseen. Tutkimuksessa miehet kertovat suhtautuvansa sairauteen stoalaisella tyyneydellä, hyväksyttiin, ettei fyysinen kunto ole yhtä hyvä kuin nuorena. Kaikki tutkimukseen osallistuneet miehet kokivat hyväksyvänsä sairauden ja sen hoitoon liittyvät sivuvaikutukset. Osa koki sairastumisen liittyvän vanhenemiseen, ja että jonkinlaista fyysiseen terveyteen vaikuttavaa oli joka tapauksessa odotettavissa. Kehon heikkenemisen koettiin kuuluvan ikääntymisprosessiin, ja eturauhassyöpä nähtiinkin usein vanhuuteen liittyvänä tautina. (Bungay & Cappello 2009, 474-475; Dieperink, Wagner, Hansen & Hansen 2013, 555; McSorley ym. 2014, 632.)

Myös Dieperink ym. (2013) sai vastaavan suuntaisia tuloksia tutkimuksessaan. Potilaat kertoivat, ettei heillä ollut ollut diagnoosin saamisesta seuranneen shokkitilan lisäksi muita psyykkisiä ongelmia. Päinvastoin, he kokivat hyväksyvänsä asiat kuten ne eteen tulevat. He puhuivat kuolemasta avoimesti käyttäen paljon huumoria ja sarkasmia. Potilaat kokivat ymmärtävänsä paremmin, mikä elämässä on tärkeää ja pyrkivät saamaan jäljellä olevasta ajasta mahdollisimman paljon irti. (Dieperink, ym. 2013, 553.)

McSorley ym. (2014) toteaa tutkimuksessaan, että vaikka miehet kokevat pärjäävänsä hyvin, monet heistä kokivat tarvetta puhua terveydenhuollon ammattilaisen kanssa erityisesti sairauden oireista ja hoitojen sivuvaikutuksista. Tämä tarve ei useinkaan tule esiin miesten puheista. Tutkimuksessa esiin tulleet coping-keinot voivatkin heijastaa tutkimuksissa todettua miesten käyttäytymismallia, jossa kielletään oireiden vaikutus, eikä haeta tarvittua apua terveydenhuollosta. Miehet siis käyttävät coping-keinoja selvittääkseen oireista ymmärtämättä, että niihin voisi olla saatavilla apua. Tämä vaati hoitajilta erityishuomiota. Potilaat saattavat sanoa ja vaikuttaa pärjäävänsä hyvin, vaikka todellisuudessa heillä on hoidon tarpeita, joita ei ole huomioitu terveydenhuollossa. Tuleekin muistaa, että syöpädiagnoosi itsessään voi saada potilaan haluamaan selviytymistä hinnalla millä hyvänsä, tämä voi johtaa sivuvaikutusten hyväksymiseen ehdoitta. Hoitajan tuleekin kyetä arvioimaan elämänlaadulle syntyneitä uhkia tarkoituksenmukaisesti. (Katz 2007, 306; McSorley ym. 2014, 633-635.)

### 5.1.2 Informatiiviset tarpeet

Syöpää sairastavat potilaat voivat helposti kokea itsensä ylikuormittuneiksi kaikesta saastaan informaatiosta koskien diagnoosia, hoitoja, ennustetta ja sivuvaikutuksia. Yksi hoitajan tärkeimmistä tehtävistä onkin auttaa ja tukea potilasta ja hänen läheisiään käsittelemään heille annettua informaatiota. Tämä ei kuitenkaan aina ole helppoa ja rajoitteita tälle tehtävälle asettaa muun muassa hoitajan tietämyksen puute, rajallinen aika ja potilaan huono sitoutuminen hoitoon. Hoitajan ja potilaan välinen kommunikaatio on erityisen tärkeää eturauhassyöpää sairastavan potilaan hoitotyössä, sillä sairaudella on monia psykososiaalisia seurauksia. Korkealaatuinen kommunikaatio yhdistääkin hoidon psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen ulottuvuuden ymmärrettäväksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. (Farrington & Townsend 2014, 771-773.)

Carterin ym. (2011) tutkimuksessa suurimmaksi tuen tarpeeksi koettiin johdonmukaisesti informaation saaminen. Miehet kokivat tarvitsevansa lisätietoa hoidoista, lääkityksistä ja niiden haittavaikutuksista. Tiedontarvetta oli myös diagnoosin ja ennusteen suhteen. Tietoa haluttiin myös koskien uusia hoitomuotoja, sekä yleisesti saatavilla olevista tukihoidoista ja niiden sisällöstä. Monille potilaille oli jäänyt myös osittain tai täysin epäselväksi mitä erilaisilla tutkimuksilla, kuten PSA-testauksella tai Gleason-luokituksella, tavoitellaan. (Carter ym. 2011, 192-193.)

Tiedonhaun ja annetun tiedon ymmärtämisessä sekä muistamisessa on useita esteitä. Yksi näistä on aika. Monet potilaat kävivät hoidoissa usein ja tapasivat lukuisia eri hoitajia ja lääkäreitä. Tämä vaikuttaa molemminpuolisen luottamuksen syntyyn. Monet potilaat kokivatkin työntekijät kiireisiksi, eivätkä siksi kysyneet niin paljon kysymyksiä kuin tarvetta oli. Osa taas tulkitsi lyhyttä tapaamista merkiksi siitä, että he ovat hyvässä kunnossa. Ennalta järjestetyt ja aikataulutetut tapaamiset myös aiheuttivat sen, että potilaille saattoi syntyä kysymyksiä kotona, mutta he pääsivät esittämään kysymyksen oikealle henkilölle vasta kuukausien päästä. (Bungay & Cappello 2009, 473-474.)

Voidaan myös pohtia, onko potilaiden tarpeellista tietää kaikkea hoidoistaan, etenkin jos he eivät sitä aina edes itse halua. Toisaalta tietämys hoidoista ja niiden sivuvaikutuksista on tärkeitä useimmille potilaista, ja olisikin eettisesti kyseenalaista olla tarjoamatta

potilaille näiden tarvitsemaa tietoa. Tiedonpuutteista johtuen sivuvaikutukset ja niiden merkitys elämänlaatuun voivatkin olla odottamattomia. (Bungay & Cappello 2009, 472; 474.) Potilaat eivät aina luottaneet saamaansa informaatioon ja epäilivät jopa tehneensä vääriä valintoja hoitonsa suhteen tästä johtuen (Carter ym. 2011, 195). Dieperink ym. (2013) kertoo tutkimuksessaan, että osa potilaista lopetti hormonihoitot niiden vaikeiden sivuvaikutusten takia. He kokivat, ettei heille ollut kerrottu riittävän tarkasti näistä sivuvaikutuksista etukäteen. Tutkimuksessa potilaat olisivat myös halunneet tietoa näiden oireiden kestosta, ja kun he eivät sitä saaneet, he eivät myöskään luottaneet näiden oireiden väistymiseen ajan kuluessa. Haastatellut potilaat pitivätkin tärkeänä, että informaatiota tarjottaisiin suullisesti sekä kirjallisena. Eri hoitomuotojen erilaisista sivuvaikutuksista keskustelemisen tulisikin olla olennainen osa hoitomuodon valintaa, ja tässä hoitajalla voi olla iso rooli tuettaessa potilasta ja hänen läheisiä prosessin aikana. Hoitajat voivat vahvistaa annettua informaatiota ja pohtia objektiivisesti yhdessä potilaan ja hänen läheisten kanssa eri vaihtoehtoja. (Katz 2007, 305; Dieperink ym. 2013, 553.)

Nämä tiedonpuutteet loivat potilaissa huolta ja epävarmuutta tulevaisuutta koskien (Carter ym. 2011, 192). Tutkimusten mukaan eturauhassyöpää sairastavat miehet kokevatkin tarvitsevansa enemmän informaatiota. Tätä tarvetta ei kuitenkaan pystytty täyttämään pitkälti sen takia, että miehet eivät ilmaise tätä avun tarvetta. Tästä johtuen hoitajat voivat olla aloitteellisia informaation tarjoamisessa osana kommunikaatiota eikä ole välttämättä odottaa kysymyksiä potilailta. (Farrington & Townsend 2014, 773.)

Potilaat kokivat myös, etteivät he itse etsineet tarpeeksi tietoa ja kysyneet riittävästi heitä askarruttaneista aiheista terveydenhuollon henkilökunnalta. Monet kokivat myös, etteivät ymmärtäneet tarjottua informaatiota. Tässä olikin havaittavissa ristiriitaa: samaan aikaan koettiin, ettei tarjolla ollut riittävästi informaatiota, ja kuitenkin koettiin, että annetunkin informaation omaksumisessa oli ongelmia. Eturauhassyövän monimutkaisen luonteen, erilaisten hoitovaihtoehtojen ja lääketieteellisen sanaston käytön vuoksi hoitajat kokivat, että vaikka he puhuivat mielestään yksinkertaisista asioista, potilaat eivät heitä ymmärtäneet. Monet potilaista etsivätkin tietoa sukulaisiltaan sekä erilaisista eturauhassyöpäpotilaiden vertaistukiryhmistä. Osa potilaista taas luottaa terveydenhuollon ammattilaisiin niin vahvasti, etteivät halunneetkaan tietää hoidoistaan enempää. Tämä luottamus lievensi joillain potilailla ahdistusta hoitoihin liittyen. (Bungay & Cappello 2009, 474; Carter ym. 2011, 192-193; 195; Carter ym. 2014, 425.)

### 5.1.3 Emotionaalisen tuen tarpeet

Mehnertin ym. (2010) tutkimuksessa 76,1% potilaista koki eturauhassyövän vain vähän tai ei ollenkaan uhkaavaksi. Koettu uhka oli suurempaa alle 65-vuotiaiden potilaiden ryhmässä. Myös pidemmälle edennyt tauti vaikutti koettuun uhkaan. 83,4% potilaista koki vähintäänkin yhden huolestuttavana pitämänsä oireen tautiin liittyen. Psykykkisestä ahdistuksesta tai todennäköisestä psykiatrisesta häiriöstä kärsi tutkimuksessa 16,2% potilaista. Näistä häiriöistä kärsivien potilaiden fyysinen sekä henkinen elämänlaatu oli selkeästi alentunut verrattuna tutkimuksen muihin potilaisiin. Pieni määrä koetussa sosiaalisessa tuessa sekä syöpää kohtaan koettu uhka ennusti tutkimuksessa psyykkisten sairauksien yhteisesiintyvyyden lisääntymistä. (Mehnert ym. 2010, 739; 741.)

Miehet ilmaisivat erilaisia tunteita haastatteluissa, mukaan lukien vihaa, surua ja turhautumista. Monilla tutkimukseen osallistuneilla miehillä diagnoosista oli yli kymmenen vuotta aikaa ja he eivät olleet vielä kukaan käsitelleet tunteitaan diagnoosiin ja hoidon linjauksissa tehtyihin valintoihin liittyen. Osa potilaista tunsivat vihaa ja katkeruutta hoitolinjauksestaan. He kokivat, että he olisivat tehneet toisenlaisia valintoja jos heillä olisi ollut parempaa tietoa hoidoista ja näiden sivuvaikutuksista, tämä aiheutti jopa voimakasta vihantunnetta. (Carter ym. 2011, 193.)

Carterin ym. (2014) mukaan potilaat tuntevat pelkoa tautia ja sen ennustetta kohtaan ja tarvitsevat tähän emotionaalista tukea. Monet potilaista kokevat ahdistusta taudin etenemisestä ja sen seurannasta. Monet potilaat eivät halua tehdä itsenäisiä valintoja liittyen hoitoihin, vaan tyytyvät lääkärin tekemiin hoitolinjauksiin. Monet miehistä eivät halunneetkaan keskustella tunteistaan vaan pitivät ne sisällään. Tämän epäiltiin johtuvan sukupuoleen liittyvistä tekijöistä, jotka johtivat miesten epäröivään asenteeseen ja avun hankkimisen pelkoon emotionaalisen tukemisen saralla. (Carter ym. 2014, 425.)

Lafaye ym. (2014) toteaa tutkimuksessaan potilaiden osoittaman taistelutahdon vähentäneen masennusta ja muita negatiivisia tunteita sekä potilailla että heidän puolisoillaan. Potilaiden aktiivinen, oma toiminta erilaisten tukimuotojen hankkimisessa katsottiin antavan puolisolalle tilaa käsitellä omia tunteitaan hoitojen aikana. (Lafaye ym. 2014, 800.)

Mehnert ym. (2010) toteaa tutkimuksessaan miesten kokevan parhaiksi tuen muodoiksi lääkärin kanssa keskustelun ja lääketieteellisen hoidon. Onkin huomioitavan arvoista, että tällainen tekninen ongelmanratkaisukeino koetaan parhaaksi psyykkisen tuen muodoksi. Tästä tutkijat päättelivät, että miehille ongelmanratkaisuun tähtäävät tuen muodot koetaan tärkeämmäksi kuin emotionaalinen tuki. Tämän arveltiin johtuvan miesten vaikeudesta käsitellä syöpään liittyviä tunteita. (Mehnert ym. 2010, 742.)

## **5.2 Sosiaalinen hyvinvointi**

Yleisesti ottaen ihmiset, joilla on enemmän sosiaalista tukea ympärillään, kokevat elämänlaatunsa paremmaksi. Sosiaalinen tuki ja sen luoma hyvinvointi voidaankin nähdä eräänlaisena stressinsietomekanismina. Vaikka tutkimukset eivät pysty osoittamaan syy-seuraussuhdetta sosiaalisen tuen ja paremman elämänlaadun välillä, niiden perusteella voidaan havaita tiettyjä ennalta havaittavia riskitekijöitä, joilla voi olla vaikutusta potilaan koettuun elämänlaatuun. Vaikka Queenan ym. (2010) toteaa tutkimuksessaan yli puolten miehistä saavan tarvitsemansa sosiaalisen tuen koko ajan, jää merkittävä osa (49,5%) ilman optimaalista tukea ja voisivat hyötyä interventiosta. (Queenan, Feldman-Stewart, Brundage & Groome 2010, 252; 257.)

### **5.2.1 Oireet ja niiden aiheuttamat tuen tarpeet**

Syöpähoitojen aiheuttamat erilaiset fyysiset oireet, kuten inkontinenssi, suolen toiminnan häiriöt sekä väsymys, tuovat potilaalle spesifejä tukemisen tarpeen muotoja hoidon aikana ja sen jälkeen. Nämä oireet voivat heikentää potilaiden elämänlaatua, toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia. Näitä oireita pidettiin leimaavina ja tunnistettavina ja tämä heikensi potilaiden luontaista taipumusta etsiä sosiaalista kontaktia, joka on ensiarvoisen tärkeää sosiaalisen tuen hankkimiselle. Lisäksi oireet voivat johtaa jo olemassa olevan sosiaalisen tukiverkoston kapenemiseen ja sitä kautta virtsatieoireet voivat olla jopa merkittävämpiä koetun elämänlaadun kannalta kuin muut hoitojen aiheuttamat merkittävät sivuvaikutukset. (Queenan ym. 2010, 258; Carter ym. 2014, 421; Bobridge ym. 2015, 341; 346.)



Tutkimuksissa miehet raportoivat kuumista aalloista, hikoilusta ja painonnoususta. Nämä oireet yhdessä yöllisen virtsaamisen tarpeen kanssa koettiin hankaliksi, ja niiden aiheuttama unen puute uuvutti osan miehistä täysin, ja tämä vaikutti negatiivisesti päivittäiseen elämään sekä koettuun elämänlaatuun. Kuumien aaltojen takia yksi haastatelluista kertoo muuttaneensa käyttäytymistään sosiaalisissa tilanteissa, esimerkiksi kuljettavansa aina mukanaan ylimääräistä paitaa julkisissa tilaisuuksissa. Myös punastuminen vieraiden edessä koettiin hankalaksi, koska tällöin jouduttiin selittämään sen syy. (Bungay & Cappello 2009, 473; Carter ym. 2011, 192; Dieperink ym. 2013, 553; 555; McSorley ym. 2014, 633.)

Tutkimuksissa virtsaamistiheyteen liittyvät ongelmat vaivasivat kaikkia miehiä. Miehet joutuivat heräilemään yöllä useasti vessaan, ja tämä vaikutti potilaiden sosiaaliseen elämään. He eivät pystyneet suoriutumaan täysipainoisesti päivittäisistä toiminnoista ja se rajoitti sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. Potilaat kertoivat hermoilevansa kotoa poistumista ja pyrkivänsä sitä välttämään jos mahdollista. Kun oli tarve lähteä jonnekin, pidempiä matkoja jouduttiin suunnittelemaan huomattavan pitkiä aikoja jotta matkalle löytyisi riittävästi saniteettitiloja. Sairauteen ja hoitoihin liittyvää itsetunnon heikkenemistä ja sitä seuraavaa vaikutusta potilaiden päivittäiseen elämään ja sosiaaliseen hyvinvointiin onkin aiemmin kenties aliarvioitu. (Bungay & Cappello 2009; 473; Carter ym. 2011, 192; Farrington & Townsend 2014, 773; McSorley ym. 2014, 632-633.)

Carter ym. (2014) toteaa fysioterapialla olevan suotuisia vaikutuksia miesten kokemiin fysiologisiin oireisiin, ja sitä olisi hyvä käyttää muiden hoitojen tukena. Fysioterapialla voitaisiin vähentää hoitoihin liittyviä inkontinenssi- ja väsymysongelmia. Lisäksi tutkimuksissa miehet ovat suosineet toiminnallisia ja ratkaisukeskeisiä, kuten lantionpohjahoitoja harjoittavia, tukiryhmiä. Poikkitieteellinen ja moniammatillinen yhteistyö onkin tärkeä osa syöpäpotilaan kokonaisvaltaisten tuen tarpeiden täyttämisessä. (Carter ym. 2014, 426; 428; Farrington & Townsend 2014, 773.)

Edetessään eturauhassyövällä on tapana metastasoitua erityisesti luustoon. Tämä aiheuttaa kipua ja invalidisoitumista, ja sitä kautta merkittävää elämänlaadun heikkenemistä esimerkiksi metastaasien aiheuttamina luun murtumina. Tutkimukset osoittavat kivunhoidon olevan tärkeä tarve eturauhassyöpää sairastaville potilaille. Aina hoitajien ja potilaiden käsitykset kivunhoidosta ja sen tehokkuudesta eivät kohtaa. Hoitajien arviot kipujen voimakkuudesta on todettu vaillinaisiksi verrattuna potilaiden kokemaan kipuun,

ja sen seurauksena potilaat eivät aina saa tarvitsemaansa kivunhoitoa, elleivät osaa selkeästi artikuloida oireitaan kyseiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Onkin todettu, että tiiviissä yhteistyössä toimivat moniammatilliset työryhmät pystyvät tarjoamaan tehokkaampaa kivunhoitoa. (Katz 2007, 304-305; Carter ym. 2014, 426; 428.)

Uupumus on yksi yleisimpiä ja vaikeimmin hoidettavia oireita syövänhoidossa. Väsymys vaikuttaa potilaiden kykyyn pärjätä arjessa. Monet tutkituista eivät kyenneet suoriutumaan päivittäisistä kotiaskareista ilman lepotaukoja. (Carter ym. 2011, 192; 194.) Myös potilaiden oma osallistuminen hoitoihin voi vaarantua hoitojen aiheuttaman väsymyksen vuoksi (Carter ym. 2014, 424).

Queenan ym. (2010) kertoo tutkimuksessaan, kuinka 81% potilaista kokee kohtalaisesta vaikeaan luokiteltavia seksuaalisen toiminnan häiriöitä, ja tämän koettiin aiheuttavan vai-vaa potilaan arkielämälle (Queenan ym. 2010, 254; 257). Mehnertin ym. (2010) tutkimuksessa taas ainoastaan 11% potilaista ilmaisi impotenssin tai seksuaaliset ongelmat huolestuttaviksi oireiksi (Mehnert ym. 2010, 739). Eräässä tutkimuksessa yli puolet potilaista koki häiritseväksi kyvyttömyyden nauttia ja tuottaa seksuaalista nautintoa (Katz 2007, 303). Seksuaalisten ongelmien merkittävyys vaihtelikin subjektiivisesti. Osa potilaista koki seksuaalisen toiminnan häiriöt, kuten impotenssin, merkittäväksi. Osa taas näki saman oireen paremmaksi vaihtoehdoksi kahdesta pahasta, verraten tätä hoitojen lopettamiseen ja mahdollisesti taudin etenemiseen sekä kuolemaan. Seksuaalisia oireita usein väheksytäänkin, koska nämä usein johtuvat parantavasta hoidosta. Useille miehille seksuaalisuus on kuitenkin iso osa miehyyttä ja minä-kuvaa, ja täten seksuaalisen toiminnan häiriöillä on iso merkitys koettuun elämänlaatuun. Miehet tuntuvat kuitenkin sietävän seksuaalisen toiminnan häiriöitä paremmin kuin inkontinenssia, kenties niin iän tuoman seksuaalisuuden laskun, mutta myös inkontinenssin sosiaalisen aspektin vuoksi. (Katz 2007, 303-304; Bungay & Cappello 2009, 473.)

Nämä seksuaalisuudessa ilmenneet ongelmat vaikuttivat potilaiden minä-kuvaan ja kokemukseen itsestä miehenä. Näiden ongelmien hyväksymiseen vaikutti muun muassa potilaan ikä, vanhemmalla iällä seksuaalisuuden ongelmat hyväksyttiin paremmin ja vaikutukset koettiin vähäisemmiksi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat kuitenkin surullisia näiden ongelmien vaikutuksesta avioliittoon. Erityisen hankaliksi seksuaalisuuteen vaikuttavat oireet kokivat miehet, jotka olivat eronneet ja joilla oli uusi puoliso. Täytyy

muistaa, että potilasryhmässä monilla miehillä on jo entuudestaan esimerkiksi potenssi-ongelmia. Tästä syystä merkitys koettuun elämänlaatuun on hyvin yksilöllistä, riippuen myös potilaan diagnoosia edeltävästä tilanteesta. Huomioitavaa on myös, että seksuaalisen toiminnan häiriöt voivat korjaantua ajan kanssa, riippuen hoitomuodosta, iästä, hoitoa edeltävästä tilanteesta yms. (Katz 2007, 303-304; Dieperink ym. 2013, 553-554.)

Miehet kamppailivat pääasiassa yksin seksuaalisten häiriöiden kanssa, puolisoille puhuminen koettiin vaikeaksi. Osa miehistä koki turhautumista siitä, ettei kykene tyydyttämään puolisonsa tarpeita. Potilaat kokivat tähän osa-alueeseen saaneensa apua heikosti, tutkimusten kuitenkin osoittaessa tuen tarpeen olemassaolon. Tuen tarpeita ei siis ole täytetty tai saatu hoito on ollut epäjohdonmukaista. Tukea tulisikin antaa kaikille potilaille riippumatta iästä ja aviollisesta tilanteesta, sillä tarpeita ei monesti ilmaista ja niiden merkittävyyttä potilaille on vaikea arvioida. (Katz 2007, 305; Bungay & Cappello 2009, 473; McSorley ym. 2014, 631; Bobridge ym. 2015, 346.)

### 5.2.2 Perhe

Sairaus ja sen hoidot sivuvaikutuksineen vaikuttaa potilaan lisäksi hänen puolisoon ja perheeseen. Puolisot joutuvat käytännön avustamisen lisäksi kantamaan raskasta henkistä taakkaa esimerkiksi liittyen potilaan ennusteeseen ja hoitoihin haittavaikutuksineen. Myös potilaiden puolisoilla onkin todettu tutkimuksissa kohonnutta riskiä kärsiä masennuksesta ja ahdistuksesta. Puolisot voivat kokea jopa enemmän ahdistusta ja huolta potilaan sairaudesta kuin potilas itse. Tästä syystä syöpää tulisikin käsitellä koko perheen eikä pelkästään yksilön ongelmana. (Katz 2007, 305; Harju ym. 2011, 545; Farrington & Townsend 2014, 773.)

Tutkimusten mukaan miehet, jotka elivät onnellisessa parisuhteessa, kokivat enemmän tukea sairauden kanssa pärjäämisessä ja selviytyivät siitä henkisesti paremmin. Puolisoiden tarjoama sosiaalinen tuki auttoi potilaita kohtaamaan sairauden aiheuttamat vahingolliset tekijät omalle hyvinvoinnille paremmin. Tällainen tuki onkin yhdistetty tutkimuksissa lievempiin ahdistusoireisiin. Potilaat, joiden puolisot osallistuivat potilaan hoitoon useammin, pitivät myös koettua perheen terveydentilaa parempana kuin ne potilaat, joiden puolisot osallistuivat hoitoihin harvemmin. Puolison mukana olo hoidoissa koettiin hyväksi myös sen takia, että he osasivat kysyä kysymyksiä, joita potilaat eivät olisi

kysyneet. Tämä toi asiaan uutta perspektiiviä. Tutkimuksissa todetaan, kuinka miehet ovat kokeneet saavansa henkistä tukea puolisoilta koko hoitopolun aikana. Koska miehillä, joilla on puoliso tukemassa heitä, koettu elämänlaatu on parempi, yksinelävien miesten tuen tarpeisiin ja tukemiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. (Mehnert ym. 2010, 741; Harju ym. 2011, 549; Dieperink ym. 2013, 555; Lafaye ym. 2014, 798; McSorley ym. 2014, 633.)

Toisaalta Harjun ym. (2011) tutkimuksessa puolison aktiivinen osallistuminen hoitoihin sai potilaat tuntemaan oman vointinsa heikommaksi kuin potilaat, joiden puoliset eivät osallistuneet aktiivisesti hoitoihin. Puolisoiden hakiessa itse sosiaalista tukea, potilaiden kokema ahdistus kasvoi. Tämä voi johtua siitä, että potilaat voivat kokea puolisonsa aktiivisen sosiaalisen tuen hakemisen ja itsenäisen selviytymisen lisäävän hyljätyn tunteen tunnetta. Potilaat saattavat myös tuntea itsensä heikommiksi, kokien, että puoliso joutuu taistelemaan sairautta vastaan heidän puolestaan. Potilaat saattavat myös kokea, etteivät pääse itse kysymään kaikkea heitä kiinnostavia asioita puolison ollessa paikalla. (Harju ym. 2011, 551; Dieperink ym. 2013, 555; Lafaye ym. 2014, 800-801.)

Queenan ym. (2010) toteaa tutkimuksessaan, että potilaat kokivat saavansa suurimman osan sosiaalisesta tuestaan perhe- ja ystäväpiireistä. Johtopäätökset tuloksista osoittivat miesten, joilla on hyvä sosiaalinen verkosto, kokevan elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet, joiden sosiaalinen tukiverkosto oli heikompi. Rakenteellisen sosiaalisen tuen määrällä (esimerkiksi hoitajien tapaaminen, tukiryhmät sekä kirkossa käynti) ei todettu olevan yhteyttä koettuun elämänlaatuun. Tutkijat kuitenkin totesivat sekä rakenteellisen että toiminnallisen sosiaalisen tuen muodot tarpeellisiksi. Rakenteellisen sosiaalisen tuen määrä ei ratkaise lopputulosta, vaan potilaan tulee saada tarvitsemansa tuki hyvän laadun kautta. (Queenan ym. 2010, 254-258.)

Puolisot kokevat erilaisia tuen tarpeita eri aikaan kuin potilaat itse. Hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota koko perheen tarpeisiin pelkän potilaan tarpeiden sijaan. Tutkimuksen mukaan potilaan puoliset haluavat esimerkiksi keskustella diagnoosista ammattilaisen kanssa enemmän kuin potilaat itse, lisäksi puoliset toivovat myös informaatiota eri aikaan kuin potilaat. Puolisot hakevatkin monesti enemmän informaatiota sairautteen liittyvistä asioista kuin potilaat itse. Bobridgen ym. (2015) tutkimuksen mukaan puolisojen oma näkemys voinnistaan oli myös heikompi kuin miehillä hoitojen päätyttyä, ja

tästä voidaan päätellä puolisoiden tarvitsevan lisätukea miehensä sairauden aikana, mutta erityisesti hoitojen jälkeen. (Harju ym. 2011, 545; 552; Bobridge ym. 2015, 344-346.)

Oikea-aikainen, räätälöity ja johdonmukainen informaatio miehille ja heidän kumppaneilleen lisää yhteistä päätöksentekoa ja parantaa potilaiden ja heidän puolisoitensa elämänlaatua. Eturauhassyöpäpotilaiden hoidossa tulisikin kuulla ja ottaa huomioon myös potilaan puolison mielipiteet ja yhteistä päätöksentekoa tulee tukea. Tarvittaessa pariskunnille voidaan järjestää moniammatillista apua, kuten kommunikaatioterapiaa, heidän yhteisten coping-keinojen lisäämiseksi. (Harju ym. 2011, 552; Farrington & Townsend 2014, 773; Bobridge ym. 2015, 346.)

### **5.3 Hoitajan tarjoama psykososiaalinen tuki**

Hyvässä hoitotyössä hoitajan tulee pystyä kuuntelemaan potilasta, pohtimaan asioita potilaan kannalta sekä tarjoamaan heidän tarvitsemaansa tietoa sairaudesta, sen hoidoista ja sivuvaikutuksista potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Lisäksi tulee tarjota mahdollisuuksien mukaan rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö ja olla läsnä tilanteessa. Tältä pohjalta toteutettu hyvä kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä lisää hoidon tehokkuutta ja sitä kautta potilastyytyväisyyttä. (Farrington & Townsend 2014, 772-773.)

Sairaanhoitajat työskentelevät ja tarjoavat hoivaa syöpäpotilaille aina diagnoosista etäpesäkkeisen syövän terminaalivaiheen hoitoon asti. Psykkisen ahdistuksen tunnistaminen ja oikeiden tarkkailumetodien käyttö syöpäpotilaiden hoitotyössä on erittäin tärkeää terveydenhuollolle. Tämä mahdollistaa paremman terveydenhoidon suunnittelun ja potilaan tarpeiden mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämisen ajoissa. Onkin todettu, että tieteellisessä tutkimuksessa tulisi huomioida psykososiaaliset muuttujat, jotka ovat voimakkaasti yhteydessä potilaiden koettuun elämänlaatuun. (Katz 2007, 305; Mehnert ym. 2010, 743.)

Potilaat ja heidän läheisensä jää useasti yksin selviytymään monista erilaisista sivuvaikutuksista ilman tarvittavia resursseja, informaatiota ja terveydenhuollon tukea. Tämän takia tukihoidoja pitäisi pyrkiä tarjoamaan moniammatillisesti potilaiden ja heidän omaistensa kotiin, ja tässä sairaanhoitajalla voi olla iso rooli. Potilaiden moninaiset tuen tarpeet

voi olla vaikea tunnistaa, mutta samalla ne tarjoavat mahdollisuuden kehittää sairaanhoitajien roolia syövänhoidon eri vaiheissa. Jotta sairaanhoitaja voi nämä tuen tarpeet kohdata, tulee tällä olla syventävää tietoa, koulutuksellista valmiutta sekä kliinistä osaamista kyseisestä potilasryhmästä. Psykososiaalisen tuen tarpeita on syövän ja sen hoidon jokaisessa vaiheessa, ja tarve yksilöllisesti räätälöidylle, johdonmukaiselle hoidolle on ilmeinen. (Carter ym. 2011, 196; Farrington & Townsend 2014, 773; Bobridge ym. 2015, 346.)

Lafaye ym. (2014) toteaa tutkimustulostensa viittaavaan siihen, että potilaiden lisäksi puolisoille tulisi järjestää psykososiaalista tukea, sillä eturauhassyöpä nähdään tutkimusten valossa pariskuntien yhteisenä sairautena. Tällaista tukea voivat olla esimerkiksi erilaiset vertaisryhmät. Näissä tuen muodoissa pariskunnan olisi hyvä olla mukana yhdessä, ja niissä voitaisiin kehittää ja antaa tukea syövän kanssa selviytymiseen yhdessä. (Lafaye ym. 2014, 802.)

Dieperink ym. (2013) toteaa tutkimuksessa potilaiden tavanneen muun muassa hoitajia ja fysioterapeutteja, ja pitäneet näiden tarjoamaa tukea tärkeänä. Ystävällisyys ja hoitajan tietämys siitä, mitä potilas käy läpi, koettiin erityisen hyvinä asioina. Potilaat olivat hoitojen aikana riippuvaisia henkilökunnasta ja nämä pystyivätkin luomaan potilaille turvallisuuden tunnetta arjen muutoksissa sairauden kulun aikana. Hoitajavetoinen, moniammatillinen tiimi pystyykin tarjoamaan potilaalle helpotusta oireisiin ja opastamaan niiden pärjäämisen kanssa. Näin on pystytty vähentämään esimerkiksi inkontinenssista johtuvia haittoja ja pystytty parantamaan potilaiden koettua elämänlaatua. (Dieperink ym. 2013, 554; Carter ym. 2014, 428.)

## 6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tunnistaa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden psykososiaalisen tuen tarpeita ja näiden tarpeiden asettamia haasteita hoitotyölle kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen aineisto osoittaa kiistattomasti, kuinka monipuolista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan eturauhassyöpäpotilaiden hyvän, kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi. Sairaanhoitajan tulee aktiivisesti kartoittaa potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen tuen tarpeita, ja samalla pyrkiä aktivoimaan ja motivoimaan potilasta ja hänen läheisiään osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa. Kuten kaikessa muussakin hoitotyössä, on tärkeää myös tuntea omat rajoitteensa ja tiedostaa tilanteet, joissa potilas ja/tai hänen läheinen tulee ohjata jonkin tietyn erityisalan asiantuntijan pakeille.

### 6.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämä opinnäytetyöprosessi alkoi aiheenvalinnalla ja hyväksymisellä joulukuussa 2015. Tutkija päätti tehdä työn yksin alusta pitäen, tämä mahdollisti henkilökohtaisen ja hiukan tavanomaisesta poikkeavan aikataulun. Varsinainen työn tekeminen alkoi huhtikuussa 2016 kirjallisuushaulla. Tätä ennen tutkija oli tutustunut aiheesta aiemmin kirjoitettuun materiaaliin pintapuolisesti, tämä auttoi hahmottamaan minkälaisia hakusanoja kirjallisuushaussa tuli käyttää. Välittömästi kirjallisuushaun jälkeen alkoi aineiston analysointi. Ohessa tehtiin opinnäytetyösuunnitelmaa ja tämän suunnitelman hyväksymisen jälkeen tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa opinnäytetyösopimus. Työelämätahona toimi eräs Tampereen ammattikorkeakoulun opettaja, jolta saatiin tukea aiheenvalintaan. Opinnäytetyötä aloitettiin kirjoittamaan toukokuussa 2016, ja tämä työvaihe kesti aina elokuun 2016 alkupuolelle saakka.

Opinnäytetyöprosessissa oli lukuisia haasteita, ei vähiten tutkijan kokemattomuuden vuoksi. Itse asetettu aikataulu loi omat paineensa, ja ajoittain vaikuttikin, ettei työ tule valmistumaan aikataulussa. Lisäksi aineistonanalyysi oli huomattavasti laajempi kuin osattiin ennakoida, tämä johti vaikeuksiin kokonaisuuden hallinnan kanssa. Ohjaava opettaja kuitenkin tarjosi tukea tämän prosessin aikana, ja sitä olisi ollut syytä käyttää enemmänkin. Haasteista huolimatta opinnäytetyöstä saatiin aikaan ymmärrettävä ja johdonmukainen kokonaisuus.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, mikäli sen tulosten halutaan olevan uskottavia ja tutkimuksen itsessään olevan eettisesti hyväksyttävä. Yksittäisen tutkimuksen etiikka koskee koko tiedeyhteisöä sekä tutkimusta hyödyntäviä, ei pelkästään kyseistä tutkijaa. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevatkin käsi kädessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys niin tulosten esittelemisessä kuin kuvatessa tutkimuksen metodeja. Tutkimusmetodin tulee olla avointa ja käytetyn lähdemateriaalin tulee kestää kriittistä tarkastelua, ja viittaukset lähdemateriaaliin tulee tehdä asianmukaisella tavalla. (Tuomi 2007, 143; Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012, 6.)

Koska tutkimustoiminnassa pyritään aina virheiden välttämiseen, jokaisessa yksittäisessä tutkimuksessa onkin arvioitava sen luotettavuutta. Koska on olemassa useita erilaisia tutkimusperinteitä, voidaan myös tutkimusten luotettavuutta arvioitaessa kiinnittää huomioita useisiin eri asioihin. Tutkimusta arvioidaan aina kokonaisuutena, jolloin sen koherensси painottuu. Seuraavia asioita on ainakin syytä arvioida: Kuinka aineisto on valittu? Onko tutkimuksen tuloksissa systemaattisia virheitä? Kuinka tutkimusaineisto on analysoitu? Antaako tutkimuksen raportointi riittävästi informaatiota, kuinka tutkimus on tehty? (Tuomi 2007, 150-152; Vilka 2007, 152-153.)

Opinnäytetyön tulosten luotettavuuden arvioinnissa tulee olla kriittinen. Tässä opinnäytetyössä on toimittu hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Opinnäytetyön prosesseja on avattu ja lukijalle pyritään antamaan mahdollisimman tarkka kuvaus, kuinka lähdemateriaali on valittu ja mistä tutkimuksen tulokset on johdettu. Tällä on pyritty tutkimustulosten toistettavuuteen. Kaikkeen käytettyyn lähdemateriaaliin on pyritty tekemään asianmukaiset viittaukset, joilla on pyritty kunnioittamaan alkuperäisten tutkijoiden tekemää työtä, eikä opinnäytetyöntekijä esittele muiden ajatuksia ominaan. Analyysiin valikoitui ainoastaan vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita kansainvälisistä, arvostetuista julkaisuista. Ainoastaan hoitotieteellisten julkaisujen valikoituminen oli sinällään sattumaa, mutta johtunee tutkimusaiheen luonteesta ja käytetyistä hakusanoista. Myös tätä haku- ja valintaprosessia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman avoimesti opinnäytetyön raportissa. Tutkimukseen valitut lähteet ovat tuoreita, pääosin tältä vuosikymmeneltä ja kaikki



kuitenkin alle 10 vuotta vanhoja. Tämä takaa tutkimuksen tulosten verrattavuuden nykyyhetkeen.

Luotettavuutta heikentävinä tekijöinä voidaan nähdä, että opinnäytetyöhön käytetty lähdemateriaali oli englanninkielistä, tekijän puhuessa äidinkielenään suomea. Tämä jättää mahdollisuuden käännösvirheille. Siinä missä kansainvälisten tutkimusten käyttäminen lisää luotettavuutta, on siinä myös kääntöpuolensa. Tutkimukset on toteutettu länsimaissa, mutta terveydenhuolto on organisoitu jokaisessa maassa kuitenkin omalla tavallaan. Lisäksi kulttuuri varmasti vaikuttaa ihmisten subjektiiviseen kokemukseen esimerkiksi sosiaalisesta selviytymisestä. Artikkelien tutkimustulokset olivat kuitenkin pääasiassa linjassa keskenään, joten epäilemättä tulokset ovat jossain määrin yleistettävissä myös suomalaisiin potilaisiin. Kirjallisuushaku rajautui Tampereen ammattikorkeakoulun tietokantoihin, tämä suhteutettuna aiheen laajuuteen on mahdollistanut relevanttien tutkimusten jäämisen opinnäytetyön ulkopuolelle. Tietokantoihin suoritettun kirjallisuushaun lisäksi ei tehty manuaalista hakua.

Opinnäytetyössä käytetty sisällönanalyysi aiheutti ongelmia työn luotettavuudelle ja erityisesti toistettavuudelle. Suuri osa pelkistetyistä ilmaisuista sopi useampaan yläkategoriaan ja jopa teemaan. Tämä aiheutti sen, että tutkija itse joutui tekemään paljon tulkintaa, joka luonnollisesti heikentää tutkimuksen toistettavuutta sellaisenaan. Ylipäänsä sisällönanalyysiä tehtäessä törmättiin siihen ongelmaan, että sosiaalinen hyvinvointi kulkee monessa kohtaa käsikkäin psyykkisen hyvinvoinnin kanssa ja näiden erotteluinen käsitteiden tasolla koettiin ajoittain mahdottomaksi tai vähintäänkin keinotekoiseksi.

### **6.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tunnistaa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden psykososiaalisia tarpeita ja näiden tarpeiden asettamia haasteita niin potilaille ja heidän läheisilleen kuin myös hoitotyölle. Opinnäytetyöhön valikoitui monia erilaisia tutkimuksia, jotka tarkastelivat tätä laajaa ilmiötä useilta eri kanteilta. Tämä aiheutti haasteita työn tekemiselle, mutta tarjosi myös mahdollisuuden yhdistellä asioita ja tuottaa opinnäytetyöraportissa mahdollisimman kattava kokonaiskuva kyseisen potilasryhmän ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen tarpeista.

Tuloksista voidaan selkeästi päätellä, kuinka eturauhassyöpää sairastavilla potilailla on lukuisia erilaisia psykososiaaliseen kokonaishyvinvointiin vaikuttavia tuen tarpeita. Monet näistä tarpeista ovat perusluonteeltaan fyysisiä, mutta niiden vaikutukset ulottuvat potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Koska nämä tuen tarpeet johtuvat monesti eturauhassyövän hoidoista, niistä tuskin tullaan koskaan pääsemään täysin eroon. Tämän vuoksi sairaanhoitajien tulee osata kiinnittää näihin tuen tarpeisiin huomiota, ja ymmärtää niiden merkitys ja laajuus potilaan ja hänen läheisten arkielämälle.

Aineistosta nousi selkeästi esiin fyysisten ongelmien aiheuttamat tuen tarpeet. Kaikissa analysoiduissa tutkimuksissa esiintyi johdonmukaisesti, eri painotuksilla, tuen tarpeita esimerkiksi virtsaamiseen ja seksuaaliseen toimintakykyyn liittyen. Nämä oireet aiheuttivat potilailla erilaisia psyykkiseen hyvinvointiin heikentävästi vaikuttaneita oireita, kuten huolta ja ahdistusta, aina masennukseen asti. Näiden oireiden syntymiseen vaikutti lukuisia tekijöitä, kuten taudin vaihe, potilaan ikä ja siviilisäätö. Näiden oireiden ilmenyttyä pystytään vähentämään tehokkailla coping-keinoilla sekä tarjoamalla potilaalle tämän tarvitsemaa tietoa hänelle ymmärrettävällä tavalla. Hieman yllättäen aineistonanalyysistä ilmenee, että syöpätaudeille poikkeuksellisesti tämä potilasryhmä ei juurikaan itse kokenut tarvetta tai hyötyä emotionaalisesta tukemisesta, tämä ilmenee muun muassa Mehnertin ym. (2010) tutkimuksesta. Kuitenkin aineistosta ilmeni jälleen selkeästi ja poikkeuksetta negatiivisia ja mahdollisesti käsittelemättömiä tunteita, joilla voi hyvinkin olla vaikutusta potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. McSorley ym. (2014) sekä Carter ym. (2014) pohtii tutkimuksessaan, liittyykö coping-keinojen käyttö omien negatiivisten tunteiden ja kokemusten peittelyyn osana maskuliinista kulttuuria ja siihen liittyvään tarpeeseen peitellä heikkoutta, jollaiseksi sairaus ja sen oireet voidaan potilaiden puolesta nähdä. Itse voin yhtyä tutkimukseni perusteella tähän johtopäätökseen, miesten tuntuu olevan vaikeampi myöntää emotionaalisia tuen tarpeitaan monesti liittäen tämän feministisiin piirteisiin.

Tähän liittyen viittaankin jo aiemmin mainitsemaani tosiasiaan, että aineistoanalyysissä oli mukana ainoastaan yksi suomalainen tutkimus. Aineistoanalyysiä tehdessäni minulle tuli tunne, että emotionaalisista tarpeista vaikeneminen korostui pohjoisamerikkalaisissa tutkimuksissa. Tästä voimme päätellä ns. macho-kulttuurin olevan tyypillisempää siellä, niinpä tutkimustulokset tähän liittyen eivät välttämättä ole täysin verrattavissa suomalaiseen kulttuuriin. Toisaalta taas Suomessa on vallalla yleinen mielikuva suomalaisesta miehestä, ”joka ei puhu eikä pussaa”, tämä sopii sinällään tutkimustuloksiin täysin.

Lisäksi aineistoa tutkiessani kiinnitin huomiota tutkimushenkilöiden iän vaikutuksesta konservatiivisiin arvoihin. Mitä nuorempia tutkittavat oli, sitä avoimemmin tuen tarpeista tunnuttiin puhuvan, ja perhe sekä läheiset olivat aktiivisemmin mukana. Esimerkiksi Katz (2007) pohtiikin seksuaalisen tuen tarpeista puhumattomuuden syistä tutkimuksessaan, mutta itselle tulee aineistoanalyysin jäljiltä mielikuva, jossa miesten arvot ovat pehmenemässä. Nuoremmat eturauhassyöpäpotilaat saavat enemmän tukea puolisoiltaan ja tuovat tarpeitaan esiin avoimemmin, myös seksuaalisia, emotionaalisia ja muita tarpeita, joista vanhempi sukupolvi ei kenties osaa niin paljon puhua.

Nämä samat fysiologiset oireet; virtsaamiseen liittyvät ongelmat, seksuaalisen toimintakyvyn häiriöt jne., liittyvät tutkimusten perusteella myös olennaisesti potilaan sosiaaliseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Tulosten perusteella tämä on vaikea ongelma potilaille. Laaja sosiaalinen tukiverkosto parantaa potilaiden koettua elämänlaatua, mutta samaan aikaan sairaus ja sen oireet merkittävästi kaventavat potilaan sosiaalista elinpiiriä. Voidaankin todeta, että tässä on vaarana syntyä eräänlainen noidankehä, jossa potilaan jo valmiiksi löyhä sosiaalinen verkosto romahtaa, koska potilaan kokemat oireet, kuten inkontinenssi, vaikuttavat negatiivisesti potilaan haluun ja kykyyn ylläpitää näitä verkostoja. Tämä johtaa entistä heikompaan sosiaaliseen tukemiseen ja sitä kautta heikompaan koettuun elämänlaatuun.

Tutkimuksia analysoidessa tuli voimakas tunne oireiden tuottamasta häpeästä potilaille. Tästä puhuttiin muun muassa Carterin ym. (2014 & 2011) tutkimuksissa ja se voi johtaa siihen, etteivät potilaat ilmaise tuen tarpeitaan kokonaisuudessaan. Tästä tullaankin mielestäni helposti niihin haasteisiin, joita psykososiaalisen tuen tarpeet hoitotyölle asettaa. Ajoittain kiireisessä sairaalamaailmassa vaihtuvine potilaineen on hoitajan helppo jättää huomioimatta tuen tarpeita, joita potilaat eivät erilaisista syistä johtuen ilmaise. Kuitenkin aineistosta ilmenee, että potilailla on suuri usko terveydenhuoltojärjestelmään, ja apua saadessaan potilaiden elämänlaatu paranee. Tämä tarkoittaa mielestäni sitä, että hoitajan tulee olla aloitteellinen kartoitettaessa potilaan kaikkia hoidon tarpeita ja ymmärtää niiden kokonaismerkitys. On hyvin helppo nähdä inkontinenssi pienehkönä ongelmana, ymmärtämättä mitä se tarkoittaa potilaan jokapäiväisessä elämässä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta.

Tulevaisuuden hoitotyössä tuleekin mielestäni peilata eturauhassyöpää ja sen aiheuttamia oireita entistä enemmän siihen, mitä se tarkoittaa potilaan ja hänen läheisten elämässä. Terveystieteiden ammattilaisten tulee ottaa aktiivisesti potilaan läheiset, useimmiten puoliso, mukaan hoitoihin ja niiden suunnitteluun potilaan näin halutessa. Hoito tulee räätälöidä jokaisen potilaan ja hänen läheistensä yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. Lisäksi potilaille tulee tarjota tulevaisuudessa enemmän apua ja tukea oireiden lievittämisessä ja niiden kanssa pärjäämisessä. Tämä vaatii moniammatillista osaamista niin terveydenhuollon sisällä kuin myös tarvittaessa sosiaalipalveluiden liittämistä osaksi potilaan hoitoa.

Tämä opinnäytetyö tuo kattavan katsauksen eturauhassyöpää sairastavan ja hänen läheisten psykososiaalisen tuen tarpeista ja niiden asettamista haasteista potilaalle ja terveydenhuollolle. Tulevaisuudessa kuitenkin näitä tarpeita olisi hyvä tarkastella tarkemmin ja syvällisemmin nimenomaan suomalaisessa hoitotyön ympäristössä. Kyseinen potilasryhmä ei ole ainakaan vähenemään päin, ja mielestäni tällaiselle tutkimukselle onkin ehdottomasti tilausta parhaan mahdollisen hoidon turvaamiseksi eturauhassyöpäpotilaille ja heidän läheisilleen. Erityisesti laadullinen tutkimus suomalaisten eturauhassyöpä potilaiden psykososiaalisen tuen tarpeista olisi hyödyllinen, haastattelututkimuksissa tuntui nousevan todellisia tarpeita esiin, niissä päästään syvemmälle aiheeseen kuin määrällisessä tutkimuksessa koskaan on mahdollista.

## LÄHTEET

Bill-Axelson, A., Holmberg, L., Ruutu, M., Garmo, H., Stark, J. R., Busch, C., Nordling, S., Häggman, M., Andersson, S-O., Bratell, S., Spångberg, A., Palmgren, J., Steineck, G., Adami, H-O. & Johansson, J-E. 2011. Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine* 364 (18), 1708-1717.

Bobridge, A., Bond, M. J., Marshall, V. & Paterson, J. 2015. An investigation of the support needs of men and partners throughout the prostate cancer journey. *Psycho-Oncology* 24, 341-347.

Bottke, D. & Wiegel, T. 2007. Adjuvant Radiotherapy after Radical Prostatectomy: Indications, Results and Side Effects. *Urologia Internationalis* 78, 193-197.

Bungay, H. & Cappello, R. 2009. 'As long as doctors know what they are doing': trust or ambivalence about patient information among elderly men with prostate cancer? *European Journal of Cancer Care* 18, 470-476.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, J. A. 2011. The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum* 38 (2), 189-198.

Carter, N., Miller, P. A., Murphy, B. R., Payne, V. J. & Bryant-Lukosius, D. 2014. Healthcare Providers' Perspectives of the Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum* 41 (4), 421-430.

Dieperink, K. B., Wagner, L., Hansen, S & Hansen, O. 2013. Embracing life after prostate cancer. A male perspective on treatment and rehabilitation. *European Journal of Cancer Care* 22, 549-588.

Eturauhassyöpä. Käypä hoito. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä.

Ezer, H., Chachamovich, J. L. R. & Chachamovich, E. 2011. Do men and their wives see it the same way? Congruence within couples during the first year of prostate cancer. *Psycho-Oncology* 20, 155-164.

Farrington, N. & Townsend, K. 2014. Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection. *British Journal of Nursing* 23 (14), 771-775.

Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Perceived family health in persons with prostate cancer and their family members. *Journal of Clinical Nursing* 21, 544-554.

Katz, A. 2007. Quality of Life for Men With Prostate Cancer. *Cancer Nursing* 30 (4), 302-308.

Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Joensuu, T. & Tammela, T. 2013. Eturauhassyöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*, 562.

Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F. & Cousson-Gélie, F. 2014. Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology* 23, 797-803.

Lazarus, R. S., Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.

McSorley, O., McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., Bunting, B. & O'Sullivan, J. 2014. A longitudinal study of coping strategies in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: a quantitative and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 70 (3), 625-638.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. & Koch, U. 2010. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 19, 736-745.

Mello, S., Tan, A., Armstrong, K., Schwartz, J., Hornik, R. 2013. Anxiety and Depression Among Cancer Survivors: The Role of Engagement With Sources of Emotional Support Information. *Health Communication*, 28; 389-390.

Niela-Vilen, H., Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 23-34.

O'Connor, K. M. & Fitzpatrick, J. M. 2005. Side-effects of treatments for locally advanced prostate cancer. *BJU International* 97, 22-28.

Ohri, N., Dicker, A. P., Trabulsi, E. J. & Showalter, T. N. 2012. Can early implementation of salvage radiotherapy for prostate cancer improve the therapeutic ratio? A systematic review and regression meta-analysis with radiobiological modelling. *European Journal of Cancer* 48 (6), 1-16.

Peeters, S. T. H., Heemsbergen, W. D., Koper, P. C. M., van Putten, W. L. J., Slot, A., Dielwart, M. F. H., Bonfrer, J. M. G., Incrocci, L. & Lebesque, J. V. 2006. Dose-Response in Radiotherapy for Localized Prostate Cancer: Results of the Dutch Multicenter Randomized Phase III Trial Comparing 68 Gy of Radiotherapy With 78 Gy. *Journal of Clinical Oncology* 24 (13), 1990-1996.

Queenan, J. A., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. A. 2010. Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care* 19, 251-259.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovellutuksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Sharifi, N., Gulley, J. L. & Dahut, W. L. 2010. An Update on Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer. *Endocrine-Related Cancer* 17 (4), 305-313.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 7;9.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. 2014. Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 26.4.2016. <http://www.stat.fi>

Stephenson, A. J., Scardino, P. T., Kattan, M. W., Pisansky, T. M., Slawin, K. M., Klein, E. A., Anscher, M. S., Michalski, J. M., Sandler, H. M., Lin, D. W., Forman, J. D., Zelefsky, M. J., Kestin, L. L., Roehrborn, C. G., Catton, C. N., DeWeese, T. L., Liauw, S. L., Valicenti, R. K., Kuban, D. A. & Pollack, A. 2007. Predicting the Outcome of Salvage Radiation Therapy for Recurrent Prostate Cancer After Radical Prostatectomy. *Journal of Clinical Oncology* 25 (15), 2035-2041.

Tammela, T. 2013. Lääkärin käsikirja: Eturauhassyöpä. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 26.4.2016. <http://www.terveysportti.fi>

Tammela, T. 2014. Lääkärin käsikirja: Eturauhassyövän endokriininen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.5.2016. <http://www.terveysportti.fi>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 7.6.2016. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi)

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426-436.



## LIITTEET

### Liite 1.

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Katz, A. 2007. Quality of life for men with prostate cancer	Tarkoituksena on tarkastella viimeaikaista tutkimustietoa eturauhassyövän yhteydestä koettuun elämänlaatuun.	Kirjallisuuskatsaus	Eturauhassyöpöpotilaiden elämänlaatu heikkenee niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä
McSorley, O., McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., Bunting, B. & O'Sullivan, J. 2014. A longitudinal study of coping strategies in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: a quantitative and qualitative study	Tarkoituksena on tutkia, kuinka kuinka miehet selviytyvät sädehoidon ja neoadjuvanttihoidon aiheuttamista sivuvaikutuksista ensimmäisen vuoden aikana.	Seurantatutkimus, jossa käytetään sekä laadullista (n=39) että määrällistä (n=149) metodologia	Miehet käyttivät lukuisia erilaisia coping-keinoja. Tulee kehittää erilaisia interventioita, joilla huomioidaan potilaiden ja puolisoitten yksilölliset tarpeet. Yksin elävien miesten tarpeisiin tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Di-Censo, A., Blythe, J. & Neville, A. J. 2011. The supportive care needs of men with advanced prostate cancer.	Tarkoituksena on ymmärtää paremmin tukevien hoito- muotojen tarvetta levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla miehillä.	Laadullinen tutkimus (n=29)	Tärkein tavoite potilaille on ylläpitää toimintakykyä.
Carter, N., Miller, P. A., Murphy, B. R., Payne, V. J. & Bryant-Lukosius, D. 2014. Healthcare providers' perspectives of the supportive care needs of men with advanced prostate cancer.	Tarkoituksena on tarkastella terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien miesten tukevien hoito- muotojen tarvetta.	Laadullinen tutkimus (n=19)	Potilaiden tuen tarpeiden kohtaamista voidaan parantaa keskitetyimmällä moniammatillisella yhteistyöllä jossa on selkeät roolit ja tarpeen mukaan erikoistunutta henkilökuntaa.
Bobridge, A., Bond, M. J., Marshall, V. & Paterson, J. 2015. An investigation of the support needs of men and partners throughout the prostate cancer journey.	Tarkoituksena on tunnistaa eturauhassyöpäpotilaan ja tämän puolison tuen tarpeita syöpätaipaleen aikana sekä kuinka selviytyä tästä taipaleesta optimaalisesti.	Määrällinen tutkimus (n=62)	Potilailla ja näiden puolisoilla voi olla erilaisia tuen ja informaation tarpeita, jotka vaativat huomiota ja yksilöllistä hoitoa.

<p>Queenan, J. A., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. &amp; Groome, P. A. 2010. Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment.</p>	<p>Tarkoituksena on tutkia rakenteellisen ja toiminnallisen sosiaalisen tuen sekä elämänlaadun yhteyttä.</p>	<p>Määrällinen tutkimus (n=234)</p>	<p>Koettu toiminnallinen sosiaalinen tuki on tärkeämpää elämänlaadulle kuin rakenteellisen sosiaalisen tuen määrä.</p>
<p>Farrington, N. &amp; Townsend, K. 2014. Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection.</p>	<p>Tarkoituksena on tutkia hoitajan ja potilaan välistä kommunikaatiota ja arvioida, kuinka hoitajat voi käyttää kommunikaatiostrategioita vähentääkseen potilaan ahdistusta. Lisäksi osoitetaan, kuinka kriittinen reflektio on arvokas oppimisprosessi ja voi muuttaa hoitotyön käytänteitä.</p>	<p>Kriittinen reflektio</p>	<p>Reflektointi on ratkaisevan tärkeä hoitotyön osa, joka parantaa hoitajan itsetietoisuutta ja motivoi etsimään keinoja tehdä asiat paremmin.</p>

Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Perceived family health in persons with prostate cancer and their family members.	Tarkoituksena on kuvata koettua perheen terveyttä eturauhassyöpöpotilailla ja näiden perheenjäsenillä.	Poikkileikkaustutkimus (n=147)	Hoitotyön tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan omaisiin ja tämän tulisi olla osa normaalia eturauhassyöpöpotilaan hoitotyötä.
Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F. & Cousson-Gélie, F. 2014. Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses.	Tarkoituksena on tutkia pariskuntien käyttämien copingkeinojen kahdenvälisiä vaikutuksia heidän tunnetilaansa ja elämäntilaan.	Määrällinen tutkimus (n=198)	Sekä potilas että puoliso tulisi ohjata psykososiaalisiin ohjelmiin, jotka vahvistavat heidän kykyjään selvitä syövästä.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Hulan, H. & Koch, U. 2010. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients.	Tarkoituksena on tunnistaa ahdistusta, masennusta ja post-traumaattista stressioireyhtymää eturauhas-syöpäpotilailla sekä selvittää sosiaalisen tukemisen että elämänlaadun yhteyttä.	Määrällinen tutkimus (n=511)	Positiivisen tuen puute, haitallinen vuorovaikutus ja syövästä koettu uhka yhdistettiin psykologiseen monihäiriöisyyteen. Löydökset painottaa rutiininomaisten psykososiaalisten seurantatutkimusten tarvetta.
Dieperink, K. B., Wagner, L., Hansen, S & Hansen, O. 2013. Embracing life after prostate cancer. A male perspective on treatment and rehabilitation.	Tarkoituksena on tutkia eturauhas-syöpäpotilaiden kokemuksia kuntoutuksesta sädehoidon ja neo-adjuvanttihoidon jälkeen.	Laadullinen tutkimus (n=17)	Potilaita tulisi informoida tarkasti hoitojen vaikutuksista potilaan elämään. Lisäksi puolison mukanaolosta hoidoissa tulisi saada potilaan itse päättää.

<p>Bungay, H. &amp; Cappello, R. 2009. 'As long as doctors know what they are doing': trust or ambivalence about patient information among elderly men with prostate cancer?</p>	<p>Tarkoituksena on tutkia yli 75-vuotiaiden eturauhas-syöpäpotilaiden information ja tuen tarpeita</p>	<p>Laadullinen tutkimus (n=19)</p>	<p>Potilaat ovat epävarmoja halustaan saada lisää tietoa sairaudestaan. Tämä johtuu osittain heidän käsityksestään normaalista vanhenemisesta ja osittain luottamuksesta terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan sekä tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon.</p>
--	---	------------------------------------	--