

Sini Parantainen

ETURAUHASSYÖPÖPOTILAIKEN SAAMA POTILASNEUVONTA
SAIRAUDEN AKUUTTIVAIHEESSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2009

ETURAUHASSYÖPÄPOTILAIEN SAAMA POTILASNEUVONTA SAIRAUDEN AKUUTTIVAIHEESSA

Parantainen, Sini
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2009
Kangas- Dahl, Sirpa
YKL: 59.536
Sivumäärä: 64

Asiasanat: eturauhassyöpä, akuuttivaiheen potilasneuvonta

Opinnäytetyöni tarkoitus oli selvittää eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnassa ilmeneviä ongelmia. Tavoitteena oli saada tietoa sairastumisen alkuvaiheen potilasneuvontaan liittyvistä puutteista, jotta potilasneuvontaa voidaan edelleen kehittää. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa vuorovaikutuksesta ja siitä, miten alkuvaiheen potilasneuvonnassa saatu tieto tukee voimavarojen vahvistamista. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin eturauhassyöpä, koska eturauhassyöpä on tällä hetkellä miesten yleisin syöpä Suomessa ja eturauhassyöpää sairastavien potilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti väestön ikääntyessä.

Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin Satakunnan Syöpäyhdistyksen eturauhassyöpäpotilailta kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake laadittiin tutkimuskysymyksien pohjalta ja kysymykset suunniteltiin aiempien vastaavien tutkimusten perusteella käyttäen Likertin asteikkoa, jossa esitettiin väite ja 5- portainen vastausasteikko, josta vastaaja sai valita mielipiteensä väitteestä. Opinnäytetyön tulokset analysoitiin Excel- taulukoilla. Tulokset esitettiin tekstinä ja taulukoina, joissa ilmenivät kyselylomakkeen vastausprosentit ja lukumäärät.

Opinnäytetyön tulosten perusteella eturauhassyöpää koskevista asioista, kuten eturauhassyöpästä sairautena ja eri hoitovaihtoehdoista oli saatu tarpeeksi tietoa. Sen sijaan hoitojen haittavaikutuksista, kivunhoidosta, hoitoajan pituudesta ja mahdollisuuksista osallistua oman hoidon suunnitteluun kaivattiin enemmän tietoa. Eturauhassyöpän vaikutuksista esimerkiksi perhe-elämään saatiin riittävästi tietoa. Selvästi enemmän tietoa kaivattiin vaikutuksista sukupuolielämään ja psyykkiseen hyvinvointiin. Hengellisistä asioista kaivattiin jonkin verran enemmän tietoa.

Vuorovaikutukseen potilasneuvonnan yhteydessä oltiin pääosin erittäin tyytyväisiä. Eturauhassyöpäpotilaat olisivat kuitenkin kaivanneet vieläkin enemmän tukea. Tiedon vaikutus voimavarojen vahvistamisessa koettiin riittäväksi. Tiedon antamisen ajankohtaan voisi kuitenkin vielä useammin kiinnittää huomiota. Vastaajat kokivat myös saaneensa liikaa tietoa kerralla. Omaisten merkitys tiedon vastaanottamisessa oli suhteellisen merkittävä, ja heidän läsnäoloonsa tulisi suhtautua myönteisesti. Tämän opinnäytetyön suuntaa antavia tuloksia voidaan hyödyntää kohdattaessa eturauhassyöpäpotilaita hoitotyössä ja annettaessa heille heidän tarvitsemaansa tietoa.

THE PATIENT EDUCATION OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN ACUTE CONDITIONS

Parantainen, Sini

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Program in Public Health Nursing

March 2009

Kangas- Dahl, Sirpa

PLC: 59.536

Number of Pages: 64

Key Words: prostate cancer, patient education in acute condition

The purpose of this study is to find out the problems concerning the patient education of prostate cancer patients. The goal was to find out information about the areas where patient education of the early stage of prostate cancer are lacking and/or could be developed further. The goal was also to gather information about the interaction of the patient and health care professional and also how the patient education supports and strengthens the patients resources. The subject of the study was prostate cancer because it is currently the most common cancer type of males in Finland. The number of patients with prostate cancer is also rising because of the aging of population.

The study is quantitative and the research material was gathered from prostate cancer patients at Satakunta Cancer Association using question form. The question form was made out of the basis of research questions and earlier similar studies using Likert's scale using argument and giving it an five-scale question form from which the responder could pick the most accurate one. The findings were analyzed by Excel charts. Findings were presented as a chart which shows the answer rates of the form.

The findings of the study show that information concerning prostate cancer and different treatment methods had been given enough information. On the other hand patients desired more information about negative effects of treatments, pain treatment, the length of the treatment and chances of participating to the planning of cancer treatment. The effects of prostate cancer to ones daily life was given enough information, but more information was desired about the cancers effects on sexual health and psychic wellbeing. Patients also wanted more information about the spiritual subjects.

The patients were mostly satisfied of the interaction of patient education but they desired to have even more support than they did have had. The patients saw that they were given enough information to strengthen their resources but it should be considered how much and when the information is given. The effect of having a next of kin with the patient when giving information is considerable and should be taken as a positive thing. The results of this study can be used as rough guide when encountering prostate cancer patients and also when giving them the information they need.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 ETURAUHASSYÖPÄ JA SEN HOITOKEINOT.....	7
2.1 Yleistä eturauhassyövästä.....	7
2.2 Eturauhassyövän toteaminen ja luokittelu.....	9
2.3 Eturauhassyövän hoitokeinot.....	13
2.3.1 Eturauhassyövän leikkaushoito.....	13
2.3.2 Eturauhassyövän sädehoito ja solunsalpaajahoito.....	15
2.3.3 Eturauhassyövän hormonihoido.....	16
2.3.4 Eturauhassyövän seuranta, palliatiivinen hoito ja kivunhoito.....	18
3 ETURAUHASSYÖPÄPOTILAIEN POTILASNEUVONTA.....	19
3.1 Tiedon saanti.....	19
3.2 Eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonta, syöpäjärjestöjen toiminta ja omaisten huomioiminen.....	22
3.3 Tietojen ristiriitaisuus.....	25
3.4 Tiedon tarpeeseen vaikuttavat tekijät.....	26
3.5 Vuorovaikutus potilasneuvonnassa.....	27
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	29
4.1 Tutkimuskysymykset.....	29
4.2 Tutkimusasetelma.....	30
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	31
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	31
5.2 Tutkimusaineiston keruu, kohderyhmä ja tutkimuksen toteutus.....	31
5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	33
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	34
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	34
6.2 Strukturoidut kysymykset potilasneuvonnan riittävydestä alkuvaiheen potilasneuvonnassa.....	35
6.5 Avoimet kysymykset.....	47
6.6 Tulosten tarkastelu.....	52
6.6.1 Tiedonsaanti eturauhassyöpää koskevista asioista.....	52
6.6.2 Tiedonsaanti eturauhassyövän hoitoa koskevista asioista.....	53
6.6.3 Tiedonsaanti eturauhassyövän vaikutuksista.....	54
6.6.4 Kokemukset vuorovaikutuksesta ohjaustilanteissa.....	55
6.6.5 Saatu tieto voimavarojen vahvistajana.....	55
6.6.6 Avoimet kysymykset.....	56

7 LUOTETTAVUUS.....	57
7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti.....	57
8 EETTISYYS.....	59
9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	59
LÄHTEET.....	62

LIITTEET

Liite 1 Eturauhassyövän TNM- luokitus

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Saatekirje

Liite 4 Tutkimuslupa-anomus

Liite 5 Tutkimuslupa

Liite 6 Aikaisemmat tutkimukset

1 JOHDANTO

Päätin tehdä opinnäytetyöni eturauhassyövästä, koska aihe koskettaa yhä useampaa suomalaista nyt ja tulevaisuudessa. Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Suomen syöpärekisterin mukaan eturauhassyöpään sairastui vuonna 2005 5327 miestä. Eturauhassyövän ja muiden syöpien ilmaantuminen on yleistynyt voimakkaasti. Potilaat tarvitsevat paljon erilaista tietoa selviytyäkseen sairautensa kanssa.

Opinnäytetyössä selvitettiin mistä asioista eturauhassyöpäpotilaat ovat saaneet tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä. Lisäksi selvitettiin millaisia kokemuksia potilailla oli vuorovaikutuksesta alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä, ja miten potilasneuvonta tuki voimavaroja. Tulosten perusteella hoitohenkilökunta voi kehittää potilasneuvontaa potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Tein opinnäytetyöni yhteistyössä Satakunnan Syöpäyhdistyksen kanssa. Syöpäyhdistyksen kautta tavoitin lukuisia eturauhassyöpäpotilaita ja tutkimuksen tekeminen mahdollistui. Syöpäyhdistyksen taholta tuli toive tutkia kyseistä aihepiiriä. Heidän kokemuksiansa mukaan eturauhassyöpää sairastavilla potilailla oli valtavia aukkoja tiedoissaan. Eturauhassyöpää on viime vuosina tutkittu runsaasti, ja aineistoa löytyi erittäin paljon. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella toukokuussa 2008. Alun perin suunnittelin haastattelevani vielä hoitajien kokemuksia potilasneuvonnasta, mutta aihetta piti rajata sen laajuuden vuoksi.

Syöpä on pitkäaikainen, krooninen sairaus. Sairauden pitkäaikaisuuden takia hoidossa korostuu erityisesti tiedon välittämisen merkitys. Potilaat tarvitsevat tietoa selviytyäkseen paremmin sairauden ja hoitojen mukanaan tuomista elämänmuutoksista. Yhä useammin potilaat haluavat myös osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja tulla kuulluksi hoitoratkaisuissa. Eturauhassyöpään sairastuminen merkitsee miesten elämässä suurta muutosta. Sairauden on todettu vaikuttavan miesten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämään.

Syöpäpotilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet ja jatkohoito tapahtuu suurelta osin avohoidossa. Hoitoaikojen lyhentymisestä on ollut seurauksena se, että yhä suurempi vastuu on siirtynyt sekä potilaalle itselleen että hänen omaisilleen.

2 ETURAUHASSYÖPÄ JA SEN HOITOKEINOT

2.1 Yleistä eturauhassyövästä

Miehen sisäiset sukupuolielimet koostuvat tiehyistä ja rauhasista. Tiehyistä siemenjohtimet, siemenheittotiehyet ja lopuksi virtsaputki vievät siittiöt ja rauhaseritteet kiveksistä siittimen kärjessä olevan virtsaputken aukon läpi. Rauhasiin kuuluvat eturauhanen (prostata) kaksi rakkularauhasta (vesicula seminalis) ja kaksi bulbouretraalirauhasta (Cowperin rauhaset). Nämä rauhaset erittävät nesteitä, jotka edesauttavat siittiöiden liikkumista ja kuljetusta, sekä luovat ravinteikkaan ja pH-arvoltaan alkalisen ympäristön, joka edistää siittiöiden elinkykyä. Siittiöt ja rauhaseritteet muodostavat yhdessä siemennesteen. (Rannikko, Lukkarinen, Ruutu, Taari & Tammela 1995, 34.) Eturauhanen on saksanpähkinän muotoinen ja kokoinen elin, joka sijaitsee hyvin suojattuna lantiossa virtsarakon alapuolella, virtsaputken ympärillä. Eturauhasen edessä on häpyliitos ja sen takana peräsuoli, jota kautta eturauhasta voidaan tunnustella. (Rosenberg 2005, 4- 5.)

Kasvaimilla (neoplasmoilla) tarkoitetaan solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on pääosin riippumaton ulkoisista ärsykkeistä ja on isäntäelimistölle tarkoituksetonta ja haitallista. Kasvainsairaudet jaetaan hyvän- ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat paikallisia ja hidaskasvuisia eivätkä eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta hoitamattomanakaan johda potilaan kuolemaan. Pahanlaatuisen kasvainten kasvu on nopeampaa. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 16.)

Syövän synty, karsinogeneesi on monivaiheinen tapahtuma. Se on seurausta vauriosta, joita vähitellen kertyy solun kasvunsäätelyjärjestelmiin. Syöpä saa aina alkunsa yksittäisestä solusta, joka vaurioituttuaan alkaa jakautua kontrolloimattomasti. Keskeistä syöpien synnyssä ovat DNA vauriot, mutaatiot. DNA- vaurioita syntyy

elimistössä kaiken aikaa, mutta vain harva niistä johtaa syövän kehittymiseen. (Joensuu ym. 2007, 22- 23.) Syöpä on pahanlaatuisten kasvainten yleisnimi. Syöpäsolut poikkeavat rakenteeltaan elimistön normaaleista soluista, eivätkä ne myöskään tottele elimistön tavallisia säätelyjärjestelmiä. Syöpä kasvaa normaalikudosten kasvunsäätelyä piittaamatta, ja kasvu jatkuu sittenkin, vaikka sen alun perin aiheuttaneen ärsykkeen toiminta lakkaisi. Kasvaessaan syöpä tuhoaa ympäröivää tervettä kudosta ja suurentuessaan se aiheuttaa kyseisen elimen toiminnan häiriintymisen. Kasvaimesta irtoaa myös imunestekiertoon tai verenkiertoon syöpäsoluja, jotka kulkeutuvat muualle elimistöön ja muodostavat sinne etäpesäkkeitä, metastaaseja. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 12.)

Syöpävaaraan vaikuttavat monet elintavat ja ympäristötekijät, kuten tupakointi, ravinto, alkoholin käyttö, seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytyminen, mikrobit, työ- ja asuinympäristön kemikaali- ja pölyaltisteet sekä perimä (terveyskirjasto.fi 2005). Syitä eturauhassyövän syntyyn tunnetaan huonosti, mutta sekä perinnöllisten että ulkoisten tekijöiden arvellaan vaikuttavan sairastumisriskiin. Perinnöllistä eturauhassyöpää on noin 5 % ja perheittäin esiintyvää noin 20 %. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 679.)

Tiedetään, että eturauhassyövän kehittymiseen tarvitaan mieshormoni testosteronia. Lyhyesti voidaan sanoa, että testosteronilla on merkittävä osa eturauhassyövän kehittämisessä, mutta ei tiedetä, millä tavoin. (Norlen & Schenkmanis 2008, 15.) Epäillään vahvasti, että eläinrasvoista (tydyttyneistä rasvoista) saatu suuri kalorimäärä lisää sairastumisriskiä. Vaikuttaa myös siltä, että eturauhassyövällä ja punaisen lihan syönnillä on jokin yhteys. Riski sairastua eturauhassyöpään näyttää olevan suurkaupungeissa suurempi kuin maaseudulla. Sen arvellaan johtuvan siitä, että kaupunkilaiset joutuvat kärsimään enemmän erilaisten raskasmetallien vaikutuksista. (Norlen ym. 2008, 16- 17.)

Ruotsissa tehty tutkimus näyttää viittaavan siihen suuntaan, että niin sanotun metabolisen oireyhtymän, eturauhassyövän ja jopa eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun välillä on yhteys. Metabolisesta oireyhtymästä kärsivät ylipainoiset miehet, joiden vatsan ympärysosaa on suuri. He kärsivät myös korkeasta verenpaineesta, ja heillä

on keskimääräistä suurempi riski sairastua kakkostyyppin diabetekseen. (Norlen ym. 2008, 18.)

Riski siihen, että miehellä diagnosoidaan hänen elinaikanaan kliininen eturauhassyöpä, on noin 4 %. Se merkitsee, että jos käytettävissä olisi menetelmiä, joilla miehiltä löydetään kaikki latentit pesäkkeet jo 50 vuoden iässä, ylidiagnosoinnin ja ylihoitamisen riski olisi suuri miesväestön osalta. (Norlen ym. 2008, 11.)

Eturauhassyöpään sairastuneiden elossaoloennuste on parantunut viime vuosien aikana. Tärkeimmät ennusteeseen vaikuttavat tekijät ovat syövän levinneisyys ja erilaistumisaste hoitoa aloitettaessa. (Holmia ym. 2006, 688.) Eturauhassyöpäpotilaiden suhteellinen elossaololuku yhden vuoden jälkeen on 98 % ja viiden vuoden jälkeen 89 %. Pöllänen ja Lukkarinen toteavat Kuivalaisen mukaan eturauhassyövän ennusteen riippuvan oleellisesti taudin levinneisyydestä hoidon aloittamisen hetkellä. Paikallista eturauhassyöpää sairastavista potilaista 90 % on elossa 10 vuoden kuluttua. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden keskimääräinen eliniän ennuste on 2 -3 vuotta. (Kuivalainen 2004, 16.)

2.2 Eturauhassyövän toteaminen ja luokittelu

Taudin kulku voi olla hyvin vaihteleva ärhäkkään nopeasta niin hitaaseen, ettei se aiheuta elinaikanaan mitään oireita. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun (hyperplasian) oireet saattavat muistuttaa eturauhassyövän oireita. Syövän oireet tulevat kuitenkin yleensä nopeammin, 1- 2 vuodessa, kun taas hyperplasian oireet ilmaantuvat 5- 10 vuodessa. Eturauhassyöpä voi myös esiintyä hyperplasian kanssa yhtä aikaa. Eturauhassyövän oireita ovat: virtsaamisvaikeudet, tiheä virtsaamisen tarve sekä päivällä että yöllä, virtsasuihkun heikkous, tunne rakon huonosta tyhjenemisestä, virtsaumpi, virtsatulehdus ja verivirtsaisuus. Noin viidesosalla potilaista ensimmäiset oireet ovat luustossa esiintyvien metastaasien aiheuttamat kipuoireet ja huonontunut yleistila. (Holmia ym. 2006, 679, 680.)

Veri virtsassa ja kivut virtsatessa voivat johtua siitä, että kasvain on virtsaputkessa tai virtsarakon pohjassa. Verinen virtsa on kuitenkin epätavallinen eturauhassyövän oire. Kasvaimen kasvaessa virtsarakon puolelle voi esiintyä virtsapakkoa ja virtsaumpea. Se

voi aiheuttaa kipua kyljissä ja heikentää munuaisten toimintaa joko vain toisella puolella tai pitkälle edenneen kasvaimen ollessa kyseessä kummallakin puolella. Siitä voi olla seurauksena munuaisten toiminnan pettäminen. Impotenssi on tässä ikäryhmässä yleistä monista syistä, mutta se voi olla myös oire siitä, että kasvain on levinnyt erektiota säätelevien hermojen päälle. Nämä hermot ovat tiiviisti kiinni eturauhaskapselissa, eturauhasen takaosassa. (Norlen ym. 2008, 26.)

Noin 25 % eturauhassyöpöpotilaista menee lääkäriin taudin leviämisen aiheuttamien oireiden vuoksi. Yleensä eturauhassyöpä leviää ensimmäiseksi eturauhasen lähellä oleviin imusolmukkeisiin, mutta se ei yleensä aiheuta oireita. Eturauhassyövällä on kuitenkin taipumus levitä luuytimeen sekä selkärankaan lantion alueelle, ja se aiheuttaa kipuja. Syövän leviäminen voi aiheuttaa anemiaa, koska luuytimeen levinneet syöpäsolut vievät tilaa punasoluja tuottavalta luuytimeltä. Se voi myös aiheuttaa nikamien painumista ja vahingoittaa selkäydintä, minkä vuoksi tunto voi heiketä jaloissa, eivätkä jalat kannu normaalisti. Kasvain on useimmiten eturauhasen uloimmilla ja taaimmilla alueella, ja kasvain voidaan havaita peräsuolen kautta tehdyssä tutkimuksessa, jos kasvain on tarpeeksi iso. Noin puolet eturauhaskasvaimista todetaan nykyisin peräsuolen kautta tehdyssä tutkimuksessa. (Norlen ym. 2008, 26- 27, 31.)

Yhä useampi eturauhassyöpä löytyy sattumalta, esimerkiksi hyvänlaatuisen eturauhasen liikakasvun takia potilaalle tehdyn höyläyksen yhteydessä tai potilaalta on otettu muiden verikokeiden yhteydessä myös S-PSA (prostata spesifinen antigeeni), jonka on todettu olevan koholla ja jatkotutkimuksissa on todettu syöpä. PSA on proteaasi, jonka tehtävä on säilyttää ejakulaatti nestemäisenä. Sitä tuottavat eturauhasepiteelin solut, jonka takia sitä kutsutaan prostataspesifiksi. (Holmia ym. 2006, 680.) PSA:n normaalit ohjearvot eri-ikäisillä miehillä ovat 40- 49 v alle 2,5 mikrogrammaa/l, 50- 59 v alle 3,5 mikrogrammaa/l, 60- 69 v alle 4,5 mikrogrammaa/l ja 70- 79 v alle 6,5 mikrogrammaa/l (Norlen ym. 2008, 68).

Virsaamisoireita valittavalle miespotilaalle tehtävistä tutkimuksista on tärkein eturauhasen tunnustelu tuseeraten (TRP). Epäilyn herättävät eturauhasessa tunnettava tasainen kiinteys, kovuus tai erilainen kyhmyisyys. Transrektaalissa kaikututkimuksessa (TRUS) kiinnitetään huomio eturauhasen kokoon, muotoon ja sen sisäiseen kaikurakenteeseen. Samassa yhteydessä otetaan eturauhasesta useampia

kudosnäytteitä diagnoosia varten. Ylemmät virtsatiet tutkitaan myös, koska eturauhassyöpä leviää helposti virtsarakon alle ja tukkii virtsajohtimet. (Holmia ym. 2006, 680.) Eturauhanen on sormin tunnusteltavissa peräsuolen kautta. Potilas makaa tutkimuksen ajan kyljellään. Näin saadaan tutkittua eturauhasen pinnan muotoa, rakennetta ja mahdollista arkuutta. Palmgren ja Rannikko sanovat Harjajärven mukaan, että potilaalle on selkeästi kerrottava toimenpiteen kulku etukäteen juuri ennen tutkimusta. Potilaan täytyy tietää kuinka kauan tutkimus kestää, kuka sen tekee ja missä se tehdään. (Harjajärvi & Toivola 1997, 10- 11.)

Tietokonetomografiakuvauksella pystytään määrittelemään eturauhasen koko, mutta ei sen rakennetta. Magneettikuvaus antaa tarkemman tuloksen kuin ultraäänitutkimus. Prostataspesifisen antigeenin (S-PSA) määrittelyllä on tärkeä merkitys diagnostiikassa ja levinneisyyden arvioinnissa. Korkeita pitoisuuksia tavataan erityisesti levinneissä prostatasyövissä. Luuston radioisotooppikartoitus tehdään mahdollisten luustometastaasien selvittämiseksi. (Holmia ym. 2006, 680- 681.) Kyynärtaipeen verisuoneen ruiskutetaan radioaktiivista isotooppia, ja luuston radioaktiivisuus mitataan muutaman tunnin kuluttua. Ohutneulanäytteessä eturauhasesta imetään näyte hyvin ohuella neulalla. Tämä tutkimus aiheuttaa komplikaatioita ääni harvoin. Nykyisin näyte otetaan yleensä ultraäänitutkimuksen yhteydessä. (Norlen ym. 2008, 51, 33.)

Eturauhasen syöpä on vanhenevan miehen tauti. Keskimääräinen toteamisikä on noin 72 vuotta. Sairautta esiintyy hyvin harvoin alle 50-vuotiailla. Esimerkiksi 2001 alle 50-vuotiaiden osuus todetuista eturauhasen uusista syöpätapauksista oli vain 29 tapausta, 0,82 prosenttia. (Petäys 2004, 92.) Tärkeä syy uusien syöpätapausten määrän kasvuun on ikääntyneiden ihmisten lukumäärän lisääntyminen väestössä (Eriksson ym. 2000, 12). 40 prosentilla 50- 70- vuotiaista miehistä on eturauhasen syöpäpesäke, latentti eturauhassyöpä. 9 prosenttia kaikista 80- vuotta täyttäneistä miehistä saa eturauhassyöpädiagnoosin ja 4 prosenttia diagnoosin saaneista kuolee eturauhassyöpään. (Norlen ym. 2008, 12.)

Eturauhassyövän esiintyvyydessä on suuria maantieteellisiä eroja. Eturauhassyöpä on harvinainen Aasiassa mutta erittäin yleinen lauhkeilla vyöhykkeillä Pohjoismaissa ja Pohjois-Amerikassa. Kaikkein eniten eturauhassyöpää esiintyy Yhdysvaltain värillisten keskuudessa. (Norlen ym. 2008, 13.)

Varhaisvaiheessa olevan syövän oireet ovat yleensä vähäiset, mutta oireellinenkin syöpä voi olla vielä paikallinen ja parannettavissa. Syöpädiagnoosi tehdään muutoksen pahanlaatuisuuden osoittavan koepalan tai solunäytteen perusteella. Spesifistä syövänhoitoa ei yleensä anneta ennen kuin diagnoosi on varmistettu, ja tämän on myös lääkekorvauksen edellytys. (Eriksson ym. 2000, 16- 17). Eturauhassyöpädiagnoosi on miehelle pelottava tieto. Monet potilaat joutuvat identiteetikriisiin, kun he muuttuvat yhtäkkiä terveistä ihmisistä, joilla on ura ja tulevaisuudensuunnitelmia, eturauhassyöpäpotilaiksi. (Norlen ym. 2008, 12).

Harjajärvi sanoo Palmgrenin ja Rannikon mukaan, että urologisen potilaan hoitotyössä on jokaisessa vaiheessa muistettava huomioida ja arvioida potilaan omat valmiudet tutkimukseen, jotta ohjaus olisi asiallista ja potilaan arvokkuutta ja itsetuntoa tukevaa. On muistettava, että potilaana voi olla mies, joka ei ole koskaan aikaisemmin joutunut paljastamaan itseään. Tietämättömyyden, pelon ja mahdollisen häpeän tunne saattaa ahdistaa potilasta. Tilanne voi muodostua niin ahdistavaksi, että potilas ei enää osallistu jatkotutkimuksiin tai hoitoon. (Harjajärvi ym. 1997, 10.)

Eturauhassyöpään sairastuneen hoitopäätökseen vaikuttavat monet asiat, joista tärkeimmät ovat syövän kliininen luokitus, TNM (Liite 1), kasvaimen histopatologinen luokitus sekä potilaan ikä, yleiskunto ja muut sairaudet (Holmia ym. 2000, 682). T (tuumori) tarkoittaa kasvaimen paikallista leviämistä, N (nodus) kasvaimen leviämistä imusolmukkeisiin ja M (metastaasi) viittaa siihen, onko etäpesäkkeitä vai ei (Norlen ym. 2008, 49). Lukkarinen sanoo Kuivalaisen mukaan, että WHO:n luokituksen mukaan solukon mikroskooppisen kuvan perusteella eturauhassyöpä jaetaan kolmeen luokkaan: Gr1 = hyvin erilaistunut, Gr2 = kohtalaisesti erilaistunut ja Gr3 = huonosti erilaistunut. Rannikko sanoo Kuivalaisen mukaan, että syöpätyypin histologisessa luokituksessa käytetään Gleason luokitusta tai WHO:n luokitusta. (Kuivalainen. 2004, 20.) Gleason luokituksessa pisteytys vaihtelee 2- 10. Hyvin korkeat Gleason- pisteet 8- 10 merkitsevät aggressiivisesti käyttäytyvää kasvainta. (Rosenberg 2005, 8.)

2.3 Eturauhassyövän hoitokeinot

2.3.1 Eturauhassyövän leikkaushoito

Eturauhaskapselin sisäinen syöpä hoidetaan hyväkuntoisilla alle 70- vuotiaille miehillä ensisijaisesti poistamalla eturauhanen ja rakkularauhaset, totaalinen tai radikaalinen prostatektomia. Leikkaus tehdään joko alavatsaviillon kautta tai viilto tulee kivespussin ja peräaukon väliin, perineaaliviilto. Tämä soveltuu silloin, kun eturauhanen on pieni eikä kasvaimen leviämisestä imusolmukkeisiin ole epäilyä. Yleensä tämä on varmistettu leikkauksen alussa jääleiketutkimuksella. Mikäli imusolmukkeesta löytyy syöpäkudosta, eturauhasen poistosta luovutaan, koska tällöin on kyseessä jo eturauhasen ulkopuolelle levinnyt syöpä, joka ei ole enää kokonaan poistettavissa, ja leikkaus tuottaisi potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. (Holmia ym. 2006, 682- 684.)

Mikäli metastasointia ei ole, poistetaan eturauhanen kapseliseinän ja rakkularauhaset, minkä jälkeen rakon kaula yhdistetään katkaistuun virtsaputkeen. Liitoskohdan paranemisen varmistamiseksi potilaalla on kestoputken 2-3 viikon ajan. Paikallisella kudosiirron käytöllä voidaan lyhentää katetrointiaikaa. Leikkauksen jälkeen huolehditaan potilaan riittävästä nesteensaannista (verihyytymien ja infektion ehkäisy), hygieniasta (infektioiden estäminen) ja kivun hoidosta. Potilaan yleistilaa tarkkaillaan, samoin virtsan määrää ja väriä sekä potilaan kipu- ym. tuntemuksia. Potilaalla saattaa leikkauksesta ja katetrin johtuen olla rakon kouristusta, voimakasta virtsaamisen tarvetta, alavatsakipua, kirvelyä tai polttavaa tunnetta. (Holmia ym. 2006, 684- 685.)

Tiettyjen ehtojen on tietysti täyttyvä, jos tehdään radikaalinen prostatektomia, eturauhasen poisto. Ensimmäinen ehto on, ettei ole ongelmia, jotka saattavat olla riskitekijöitä leikkauksen yhteydessä, esimerkiksi suurta ylipainoa,. On myös syytä arvioida, onko potilaan eliniänodote vähintään kymmenen vuotta ja arvioidaan, onko potilaalla muita terveysriskejä tai ehkä muita vakavia sairauksia. (Norlen ym. 2008, 54.)

Eturauhanen voidaan poistaa myös tähystysleikkauksessa. Vatsanseinämään tehdään pieni reikä, josta viedään putki sisään vatsaonteloon. Tällä menetelmällä haava on

pienempi ja potilas pääsee kotiin muutamia päiviä aikaisemmin, mutta leikkausaika on yleensä pitempi. Eturauhasen poisto voidaan tehdä myös välilihan kautta, sukuelinten ja peräaukon välisen alueen kautta. Tätä tekniikkaa käytetään ennen kaikkea silloin, kun potilaalla on niin paljon ylipainoa, että toimenpiteen suorittaminen on vaikea normaalilla menetelmällä. Viime aikoina on kehitetty tekniikoita, joilla eturauhassyöpä voidaan tuhota pakastamalla tai fokusoimalla ultraäänellä. (Norlen ym. 2008, 57.)

Noin 80 % potilaista, joille on tehty leikkaus, kärsii impotenssista. Joissakin tapauksissa, jos potenssi on säilynyt jossakin määrin, voidaan käyttää lääkkeitä, joista on apua, esimerkiksi Viagraa. Valitettavasti puolet miehistä, jotka ovat tulleet impotenteiksi leikkauksen jälkeen, ei saa apua tästä lääkkeestä. (Norlen ym. 2008, 58-59). Prostatektomian jälkeisen erektion laatu on voimakkaasti yhteydessä potilaan erektiokykyyn ennen leikkausta. (Kuivalainen. 2004, 24.)

Noin 5 % potilaista, joille on tehty leikkaus, kärsii vaikeasta inkontinenssista. Inkontinenssin ja impotenssin lisäksi, (jotka ovat vakavia ja joissakin tapauksissa pysyviä haittavaikutuksia), voi esiintyä heti leikkauksen jälkeen muitakin haittavaikutuksia, esimerkiksi arpikudosta sillä alueella, jolla rakon kaula ja virtsaputki on ommeltu yhteen. Toinen melko yleinen komplikaatio on, että virtsarakon viereen kertyy imunestettä, joka alkaa painaa laskimoita. Tietyissä tapauksissa neste on poistettava, jotta potilas ei saa veritulppaa jalkaan. (Norlen ym. 2008, 58.) Catalona sanoo Kuivalaisen mukaan, että iäkkäät potilaat toipuvat huomommin leikkauksesta kuin nuoremmat. Potilailla voi myös olla mielialan vaihtelua, masennusta, huomommuuden tunneta miehisyyden heikkenemisestä tai vaippon käyttämisestä leikkauksen jälkeen. Muita leikkauksesta johtuvia sivuvaikutuksia voivat olla virtsaputken ahtauma (4 %), verisuoniperäiset komplikaatiot (2 %), sydäninfarkti, lymfateiden komplikaatiot, infektiot, nivustyrä ja muuta harvinaisemmat komplikaatiot. (Kuivalainen 2004, 24- 25.)

Leikkaus ei ole primaarinen hoitomenetelmä paikallisen, eturauhasen ulkopuolelle levinneen eturauhassyövän hoidossa. Tietyille potilaille voidaan antaa sädehoitoa, mutta kasvaimet ovat yleensä tällaisissa tapauksissa melko suuria, eikä sädehoito ole vielä osoittautunut varmasti tehoavaksi hoidoksi. (Norlen ym. 2008, 60- 61, 66.)

2.3.2 Eturauhassyövän sädehoito ja solunsalpaajahoito

Sädehoito on yhä edelleen kirurgian jälkeen tärkein syövän hoitokeino ja kansainvälisen suosituksen mukaan n. 60 % syöpäpotilaista tulisi päästä sädehoidon piiriin. Sädehoito on yleisimmin ulkoista, sädehoitokoneilla, lineaarikiihdyttimillä ja koboltilaitteilla, annettavaa hoitoa. Sädehoitoon liittyy välittömiä ja pitkäaikaisia haittavaikutuksia. (Eriksson ym. 2000, 25.) Lukkarinen sanoo Kuivalaisen mukaan, että sädehoitoa voidaan harkita potilailla, joilla on paikallinen eturauhassyöpä, ja jotka eivät halua leikkaushoitoa tai heidän terveydentilansa on huono (Kuivalainen 2004, 25).

Ulkoisen sädehoidon yhteydessä potilaalle tehdään tietokonekerroskuvaus. Siinä paikannetaan syöpäkasvain ja sädehoitosuunnitelma laaditaan erityisen tietokoneistetun sädehoito-ohjelman mukaan. Siinä arvioidaan esimerkiksi kasvaimen biologisten ominaisuuksien ja potilaan iän perusteella, miten suuri säteilyannos on tarpeen. Useimmat potilaat saavat sädehoidon yhteydessä hormonihoitoa jossakin muodossa. Hormonihoito parantaa todennäköisesti hoitotulosta monella eri tavalla, osittain siksi, että eturauhanen pienenee ja sen myötä myös hoidettava alue pienenee. Hormonihoito myös herkistää syöpäsoluja säteilylle. (Norlen ym. 2008, 62- 63.)

Hoito voidaan aloittaa suuremmista sädekentistä ja kenttiä voidaan pienentää myöhemmässä vaiheessa siten, että suurin ja riittävä sädeannos tulee juuri eturauhasen alueelle. Hoito kestää 6-8 viikkoa, eikä potilaan tarvitse olla sen vuoksi vuodeosastolla. Sivuvaikutuksina sädehoidon jälkeen potilaista 6 %:lla esiintyy ripulia, 17 %:lla kivuliasta ulostamista, 1 %:lla virtsankarkaamista ja 64 %:lla impotenssia. Yleisesti ottaen hoitotulokset kapselinsisäisissä eturauhassyövissä ovat hyviä. Sädehoidolla on mahdollista saavuttaa pysyvä paraneminen silloin, kun tauti on todettaessa rajoittunut pelkästään eturauhasen alueelle. Sen sijaan kapselin ulkopuolelle levinneissä syövissä, joita ei saada leikkauksella poistuiksi, sädehoito johtaa harvoin pysyvään paranemiseen. (Holmia ym. 2006, 685.)

Sädehoito voidaan antaa myös kudoksensisäisesti, brakyterapiana radioaktiivisten neutrojen ja hiukkasten avulla (palladium, jodi- 125), jotka viedään paikalleen ultraääniohjauksessa. Toimenpide on kertaluontoinen. (Holmia ym. 2006, 685.) Toimenpide tehdään nukutuksessa ja se kestää noin 1,5- 2 tuntia. Sairaalassaoloaika on

1- 2 vuorokautta. (Rosenberg 2005, 13.) Vicini ja Brachman sanovat Kuivalaisen mukaan, että kriteerinä brakyterapiaan pidetään, että potilaat ovat alle 75- vuotiaita tai heidän odotettavissa oleva elinikä on 10 vuotta eikä heillä ole muita sairauksia, jotka olisivat vasta-aiheisia yleisanestesiaalle tai hankalia virtsaoireita (Kuivalainen. 2004, 25).

Sädehoitoa voidaan käyttää myös levinneen syövän palliatiivisena hoitona esimerkiksi luustometastaaseissa. Jos etäpesäkkeitä on laajasti, sädehoitoa voidaan antaa koko ylä- tai alavartaloon, jolloin kyseessä on puolikehon sädehoito. Vaihtoehtona puolikehon sädehoidolle on radioisotooppihoito, jossa potilaan verenkiertoon injisoidaan radioaktiivista isotooppia (strontium tai samarium). Nämä aineet kerääntyvät verenkierrasta luuston metastaaseihin ja säteilynsä avulla ne tuhoavat syöpäsoluja ja potilaan kivut lievittyvät. (Holmia ym. 2006, 685.)

Syöpälääkkeistä solunsalpaajille on ominaista kapea terapeuttinen alue, sillä tehokkaan ja vakavia haittavaikutuksia aiheuttavan hoidon annosero on pieni. Useimmat solunsalpaajat vaikuttavat varsinkin jakaantuviin soluihin, joten haittavaikutukset kohdistuvat terveistä kudoksista erityisesti niihin, joissa solut jakautuvat nopeasti. Syöpälääkkeet vaurioittavat soluja eri tavoin. Vaikutus voi kohdistua solun jakautumissyklin eri vaiheisiin: lääke voi estää entsyymejä toimimasta tai mitoosia tapahtumasta, vaurioittaa solun rakennetta tai rakenteita, kuten perimäainesta, aminohapposynteesiä ja solun kalvorakenteita, tai se voi indusoida apoptoosia (kiihdyttää fysiologista solukuolemaa). (Eriksson ym. 2000, 28.)

Syöpäspesifistä solunsalpaajaa ei vielä ole kehitetty, vaan lääke vaikuttaa myös elimistön normaaleihin, herkästi jakaantuviin soluihin. Tästä syystä hoidon sivuvaikutuksena voi olla pahoinvointi tai ripuli, tukanlähtö ja veriarvojen alentuminen maha-suolikanavaan, hiuksiin ja luuytimeen kohdistuvan vaikutuksen seurauksena. Solunsalpaajia käytetään yleisimmin laskimoon annettuina infuusioina. (Eriksson ym. 2000, 29.)

2.3.3 Eturauhassyövän hormonihoito

Lukkarinen sanoo Kuivalaisen mukaan, että levinneen eturauhassyövän hoito on ensisijaisesti endokriininen hoito (Kuivalainen. 2004, 27). Eturauhassyövässä n. 80 %

potilaista vastaa hoitoon, jonka teho voi kestää useita vuosiakin. Hoidon periaatteena on elimistön hormonitilanteen muuttaminen antiandrogeeneilla. Muuttamalla elimistön hormonitasapaino käänteiseksi syövän toteamista edeltäneeseen tilanteeseen nähden saadaan syövän kasvu pysähtymään ja jopa jo kehittyneet muutokset häviämään. Hormonihoito voidaan toteuttaa kirurgisesti poistamalla hormonia erittävä rauhanen (orkiektomia eturauhassyövän hoidossa). Hormonivaikutus voidaan myös sammuttaa tai kääntää lääkkeillä. (Eriksson ym. 2000, 32.)

Catalona ja Aus toteavat Kuivalaisen mukaan, että potilailla, joilla on suuri riski sairauden leviämiseen (esimerkiksi huonosti erilaistunut syöpä, leviäminen seminaalivesikkeleihin, imusolmuke pesäkkeitä, korkea PSA taso leikkauksen aikana tai PSA kohoaa pian leikkauksen jälkeen) tai sädehoito ei ole ollut kuratiivinen, hormonihoitoa voidaan käyttää adjuvanttihoitona profylaktisesti tai oireenmukaisesti hoidon jälkeen. Herr, Fosså ja Clark toteavat Kuivalaisen mukaan, että hormonihoitoon sivuvaikutuksia ovat luukivut, virtsaoireet, seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat, uupuminen, ”kuumat aallot”, rintojen kipeytyminen ja laajeneminen sekä miehisyys heikkeneminen. (Kuivalainen 2004, 26- 28.)

Hormonihoitoa käytetään syövän ehkäisyyn, liitännäishoitona kirurgian tai sädehoidon yhteydessä ja metastoituneen tautivaiheen hoitona. Hoito annetaan päivittäisenä tablettihoitona, lihakseen tai ihon alle annettavina pistoksina taikka implanteina, jotka uudistetaan 1- 3 kuukauden välein. Hormonihoitoon tavanomaisia haittavaikutuksia ovat painonnousu, hikoilu, limakalvojen kuivuminen, ihottuma ja masennus. Harvemmin esiintyy vatsavaivoja ja ripulia. (Eriksson ym. 2000, 33.)

Jos mieheltä poistetaan kivekset, veren hormonitaso laskee kastreatioitasolle muutamassa tunnissa. Leikkaus voidaan suorittaa paikallispuudutuksessa. Tämäntyyppinen hoito on vähintään yhtä tehokas kuin erityyppiset hormonihoitot, joissa käytetään lääkkeitä. Käytössä on ollut jo useita vuosia hoitomenetelmä, jolla voidaan saavuttaa lääkkeillä sama tulos kuin kirurgisella kastreatiolla. Kun tällaisia lääkkeitä ruiskutetaan elimistöön, pystytään säilyttämään salpauma ja veren testosteronitaso pysyy samana kuin kirurgisen kastroinnin jälkeen. Tämäntyyppisiä lääkkeitä voitiin aluksi antaa vain nenäsuihkeena, mutta nyt on otettu käyttöön pitkävaikutteinen valmiste, jota ruiskutetaan ihonalaiseen rasvakerrokseen kolmen

kuukauden välein. Estrogeenihoitoa annetaan nykyisin sekundaarisena hoitona, kun potilaan kasvain ei reagoi enää suotuisasti pelkkään kastrointiin. (Norlen ym. 2008, 68-69, 73.)

Valitettavasti kasvaimet, jotka aluksi reagoivat herkästi hormonihoidon, alkavat kasvaa uudelleen. PSA- taso voi usein nousta puoli vuotta tai vuosi ennen oireiden ilmenemistä. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, etteivät jotkin solut alun perinkään reagoi hormonihoidon. Vain pieni osa soluista on tällaisia. Toinen mekanismi on, että syöpäsolut lakkaavat reagoimasta hormoneihin hoidon jatkuttua pitkään ja niistä tulee resistenttejä. Siksi on kokeiltu jaksottaista hormonihoidon, jolla syöpäsolut voidaan saada uudelleen hormoniherkiksi. (Norlen ym. 2008, 75.)

2.3.4 Eturauhassyövän seuranta, palliatiivinen hoito ja kivunhoito

Osa eturauhassyövästä on solutyypiltään hyvin erilaistuneita, ja ne etenevät hitaasti tai eivät ollenkaan. Ne eivät lähetä etäpesäkkeitä, eivätkä ne ehdi kehittyä lainkaan oireisiksi ihmisen elinaikana. Tällöin voidaan potilaan kanssa sopia aktiivisesta, ohjelmoidusta seurannasta ja hoidon aloittamisesta vasta tarvittaessa. Tähän soveltuvat erityisesti iäkkäät potilaat, jotka eivät halua radikaalileikkausta, sädehoitoa tai he muuten yleiskuntonsa puolesta haluavat välttää näiden sivuvaikutuksia. (Holmia ym. 2006, 682.)

Alle 0,5 cm:n läpimittaisia tai sattumalöydöksenä enintään 5 %:ssa höyläslastuista löytyneitä syöpiä seurataan tarkasti ilman, että ryhdyttäisiin välittömästi muihin toimenpiteisiin. Potilaalle saattaa aiheuttaa ahdistusta elää tietoisena siitä, että hänen elimistössään on hoitamaton syöpä. (Holmia ym. 2006, 682.) Jos parantaminen ei ole mahdollista, käytetään oireet poistavaa, palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tulee olla lempeää ja oireita lievittävää. Päähuomio on suunnattava potilaan elämän laatuun, jos elämän pidentäminen ei ole mahdollista. Hoitolinja on selvitettävä potilaalla, ja hoitoa antavien henkilöiden on kaikissa hoidon vaiheissa toimittava yhteisymmärryksessä hoitoa saava potilaan kanssa. Tärkein tavoite on elämänlaadun parantaminen. Useimmiten tämä tarkoittaa riittävää, kunkin potilaan tarpeiden mukaan räätälöityä kivunhoitoa. (Eriksson ym. 2000, 33- 34.)

Syöpään liittyvät kivut johtuvat joko suoraan tai välillisesti itse kasvaimesta tai taudin hoidosta. Kivun hoidon tavoitteena on aina kivun poistaminen. Suurin osa syöpäpotilaiden kivusta on hallittavissa yksinkertaisella kipulääkityksellä ja vain noin 10 % syöpäkivuista vaatii erilaisia anestesiologisia, kirurgisia ja neurokirurgisia toimenpiteitä. Kipua kokevan potilaan hoitotyö alkaa kivun arvioinnista, ja sen perusteella laaditaan hoitotyön suunnitelma. (Eriksson ym. 2000, 94, 114.)

Payne toteaa Kuivalaisen mukaan, että levinyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla on todettu kipuja enemmän kuin paikallista syöpää sairastavilla. Kasvaimen aiheuttama kipu tuntuu yleensä peräaukossa ja virtsaputkessa. Nämä kivut johtuvat eturauhasen laajenemisesta ja tulehduksesta. Eturauhassyöpäpotilaiden kokemaa kipua on kuvattu aluksi epämääräiseksi tunteeksi siitä, että jotain on vialla. Selkään ja alavatsaan heijastuva kipu voi johtua myös kasvaimen suurenemisesta. Ensimmäinen oire syövästä voi olla luustokipu. Pitkissä luissa ja selkärangassa tuntuvat luukivut ovat yhteydessä neurologiseen toimintahäiriöön. Nämä kivut voivat johtua etäpesäkkeistä. (Kuivalainen. 2004, 19- 20.) Hoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista kivun hoidon mallia ja lääkettä annetaan säännöllisesti ja ensisijaisesti aina suun kautta. Lääkityksen vaikutuksen arviointi on tärkeää, jotta voidaan löytää pieni tehokas kipulääkeannos. (Eriksson ym. 2000, 123.)

3 ETURAUHASSYÖPÄPOTILAIDEN POTILASNEUVONTA

3.1 Tiedon saanti

Redman ja Mattila toteavat Salosen mukaan, että hoitotyössä potilaan ohjaamisella tarkoitetaan tietojen ja neuvojen antamista. Ohjaamisella autetaan potilasta oppimaan uusia taitoja ja tuetaan itsehoitoon. (Salonen 1998, 6.) Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia ja tukea potilasta oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Hupli 2004).

Neuvonta on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja tukea häntä selviytymään sairautensa kanssa. Joskus tavoitteen saavuttamiseksi riittää, että potilas saa ainoastaan ohjeen siitä, miten hänen tulee toimia tietyssä tilanteessa. Useimmiten ohjeen lisäksi tarvitaan henkilökohtaista ohjausta tai opetusta. Onnistunut potilasneuvonta voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja niiden tarvetta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Yount, Allen, Boström a Meeker toteavat Salosen mukaan, että ohjauksen tarkoituksena on auttaa potilasta tekemään myös terveyttään ja sairauttaan koskevia päätöksiä sekä toteuttamaan hoitoaan. Ohjauksella pyritään saamaan realistiset odotukset toipumiseen ja tuetaan potilaan palaamista normaaliin päivittäiseen toimintaan. (Salonen 1998, 9.) Glaus toteaa Piironen mukaan, että potilasinformaation tulisi olla huolellisesti suunniteltua, edetä aseittain, olla johdonmukaista ja käsittää sillä hetkellä potilaalle tärkeimmät asiat. Tietojen antaminen tulisi olla määrältään rajattua ja sisältää kysymyksiä potilaalle ymmärtämisen selvittämiseksi. (Piironen & Heino 2002, 9.)

Elovainio toteaa Juvosen mukaan, että tiedon saaminen syövästä tuo syöpään sairastuneelle ihmiselle ja hänen omaisilleen elämän perusturvallisuutta uhkaavan haasteen. Pursiainen toteaa Juvosen mukaan, että syöpäpotilas joutuu sairauden luonteen vuoksi toistuviin kriiseihin ja kokee usein voimakasta riippuvuutta hoitohenkilökunnan edustamaa asiantuntemusta kohtaan. Grier toteaa Juvosen mukaan, että sairauden ja sen luonteen lisäksi syövän hoidot aiheuttavat potilaalle usein stressiä, pelkoa, sekä ahdistusta ja masennusta. (Juvonen 1994, 7.)

Davidon toteaa Kuivalaisen mukaan, että potilaille on tärkeää tiedon saamisessa sen oikea ajoitus. Useinkaan potilaat eivät halua kaikkea informaatiota samalla kertaa, vaan haluavat saada tietoa niin, että se hyödyttää heitä parhaiten. Echlin ja Rees totevat Kuivalaisen mukaan, että potilaille tiedon saamisen ajankohta voi olla kuitenkin ongelmallinen. Sairauden toteamisen aikaan potilaat ovat usein emotionaalisesti lamaantuneita voidakseen esittää kysymyksiä. (Kuivalainen 2004, 32.) Sekä fyysiset ongelmat, kuten kipu ja pahoinvointi että psyykkiset ongelmat, kuten ahdistuneisuus ja levottomuus, vähentävät potilaan oppimiskykyä ja tiedon vastaanottamista, joten asioiden kertaus on hyödyllistä. Hoidon edetessä opetuksen ja ohjauksen tavoitteena on,

että potilas tulee toimeen syövän aiheuttaman epämukavuuden, toiminnan rajoitteiden sekä oireiden kanssa ja että hän pystyy elämään syövän aiheuttamien tunteiden kanssa. (Lauri & Sainio 1995, 30.)

Glaus toteaa Piironen mukaan, että tiedon antamisen esteenä on esimerkiksi vuorovaikutustaitojen puute, tietoa pidetään hoitohenkilökunnan omaisuutena tai hoitohenkilökunnan asenne potilaaseen on paternalistinen, jolloin tieto on yhdensuuntaista. Myös hoitohenkilökunnan eettiset asenteet vaikuttavat. Tietojen antamisen tulisi aina perustua tasa- arvoiseen suhteeseen potilaan ja hoitavan henkilön kanssa. Leino- Kilpi toteaa Piironen mukaan, että tieto on merkityksellistä hoidon toteutukselle, onnistumiselle ja hoitotuloksille. Potilas, joka tietää itsestään ja terveydestään, sitoutuu hoitoonsa ja edistää sen tavoitteita. Tiedolla on myös merkitystä oireiden lievittäjänä ja vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Potilaiden on todettu olevan tyytyväisiä, jos he saavat tietoa riittävästi ja heitä ohjataan tai opetetaan hoitoon liittyvissä asioissa. Tyytymättömyyttä aiheuttaa ristiriitainen, sekava tai epämääräinen tiedottaminen. Potilaan saama tieto on osa hoidon laatua. (Piironen ym. 2002, 6, 8.)

Potilaiden tarpeiden lisääntyminen, heidän lisääntynyt tietämyksenä ja tietotekniikan kehittyminen asettavat yhä suurempia vaatimuksia potilaita hoitaville henkilöille. Myös väestön vanheneminen tuo tiedon välittämiseen lisäaspekteja. Hoitotyössä välitetään tietoa potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustilanteissa sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti kommunikoimalla. Tiedon välittämisessä on kiinnitettävä huomiota siihen, mitä ja milloin välitetään. Tämä korostuu entisestään, koska potilaiden sairaalassaoloaika on lyhentynyt ja koska syöpäpotilaan hoitoa koskevaa uutta tietoa saadaan jatkuvasti. Hoitajien tulee muistaa, että opetus on tieteelliseen tietoon pohjautuvaa käytännön toimintaa. (Eriksson ym. 2000.)

Potilaat ovat entistä kiinnostuneempia oman terveytensä hoidosta ja itsenäisestä selviytymisestä. Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta toipumisestaan ja hoidostaan usein jo toimenpidepäivänä. Potilaat tarvitsevat tämän vuoksi hyvää ohjausta ja täsmällisiä ohjeita. (Torkkola ym. 2002, 24.) Hirvonen sanoo pro gradu tutkimuksessaan, että sairaanhoitajista monet kertoivat arvostavansa ja pitivät tärkeänä potilaan ohjausta ja opetusta, vaikka se onkin hoitotyössä alue, josta helposti tingitään, kun osastolla on erittäin kiireinen päivä (Hirvonen 1992, 53).

3.2 Eturauhassyöpöpotilaiden potilasneuvonta, syöpäjärjestöjen toiminta ja omaisten huomioiminen

Kun sairaudesta kerrotaan potilaalle, on tärkeää, että tilanne on kiireetön, keskustellaan rauhallisesti ja varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt. Hoitajan on hyvä olla läsnä ja turvata lääkärille ja potilaalle rauhallinen, keskeyttämätön keskustelu-aika. Potilaalle pyritään antamaan tietoa niin paljon kuin hän pystyy vastaanottamaan ja varaudutaan niihin kysymyksiin, jotka nousevat potilaan mieleen. On hyvä, jos mukana on potilaan toivoma omainen, joka varmistaa, että asiat ymmärretään oikein. Tärkeintä on tehdä viipymättä selkeä hoitosuunnitelma ja varmistaa hoitoketjun toimivuus. (Eriksson ym. 2000, 23.)

Suomen Syöpäyhdistyksen toiminnan tarkoituksena on terveyden edistäminen, syövästä tiedottaminen sekä syöpää ehkäisevien ja varhaislääkitysten joukkotarkastusten järjestäminen. Syöpäjärjestöihin kuuluvat Suomen Syöpäyhdistys ry jäsenyhdistyksineen, Syöpäsäätiö ja Syöpätautien Tutkimussäätiö, sekä Suomen Syöpäyhdistyksen ylläpitämä Suomen Syöpärekisteri. (Eriksson ym. 2000, 313- 315, 320.)

Suomen Syöpäyhdistys ja sen jäsenjärjestöt (yksitoista maakunnallista syöpäyhdistystä ja neljä valtakunnallista potilasyhdistystä) ovat syöpää sairastavien edunvalvojia ja toimivat palveluntuottajina ja aloitteentekijöinä esimerkiksi kuntoutusasioissa. Kuntoutuksen tarkoituksena on työ- ja toimintakyvyn parantaminen ja säilyttäminen niin, että yksilö selviää mahdollisimman hyvin työssä ja jokapäiväisessä elämässä. Ne järjestävät yksin tai yhdessä muiden tahojen kanssa sopeutumisvalmennuksen lisäksi virkistyskursseja ja kuntoutusohjausta. Järjestöt sovittavat ja välittävät yksilöllisiä apuvälineitä. Ne ovat kehittäneet joustavia uusia toimintamuotoja, kuten tukihenkilö- ja ystävöimintää ja ohjausta. (Eriksson ym. 2000, 313- 315, 320.)

Eturauhassyöpöpotilaiden potilasneuvonnassa tulee huomioida emotionaalinen tuki. Emotionaalinen tuki auttaa potilasta ja hänen perhettään selviytymään sairauden aiheuttamista tunnereaktioista ja elämään henkisesti tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. Edellytyksenä on, että hoitajalla on tietoa tunteiden syntyyn vaikuttavista

tekijöistä ja kykyä tunnistaa potilaiden erilaisia tunnetiloja. Hoitajien on hallittava myös keinoja, joiden avulla he voivat tukea ja auttaa potilasta saavuttamaan emotionaalisen tasapainon silloin, kun tietyt tunteet järkyttävät ja häiritsevät heidän elämäänsä. (Eriksson ym. 2000, 313- 315, 320.)

Hoitohenkilökunnan tehtävä on tarkkailla potilaissa tapahtuvia psyykkisiä muutoksia ja varmistaa, että apua tarvitseva potilas ei jää ongelmineen yksin. Leino- Kilpi ja Saunders toteavat Piironen mukaan, että vaikka syöpään sairastuminen aiheuttaa potilaassa monenlaisia tunteita, niin tunteista puhuminen voi olla potilaalle vaikeaa. Tämä voi johtua kulttuuritekijöistä tai kriisin vaiheesta. Maguire toteaa Piironen mukaan, että hoitohenkilökunnan kiire on yksi tärkeimmistä syistä siihen, että potilaat eivät vaivaa henkilökuntaa omilla murheillaan. Monien potilaiden mielestä omien huolien kertomista pidetään typeränä. Potilaat voivat kehittää ns. positiivisia selviytymisstrategioita, jolloin he haluavat näyttää selviytyvänsä, vaikka he eivät selviäisikään. (Piironen ym. 2002, 5.)

Frith toteaa Piironen mukaan, että vakava ja elämää uhkaava sairaus voi estää potilasta ilmaisemasta tunteitaan, sekä kysymästä ja etsimästä tietoa. Kyseessä voi tällöin olla kieltäminen, jolloin tilanne tuntuu potilaasta niin ahdistavalta, ettei hän kykene puhumaan sillä hetkellä tunteistaan tai pysty vastaanottamaan uutta tietoa. Tällöin potilas tarvitsee aikaa ja jatkuvuutta hoitosuhteeseen. (Piironen ym. 2002, 5.) Tavallista on, että sairastuminen vaikuttaa harrastuksiin, työssä käyntiin, jokapäiväiseen elämään ja sitä kautta ihmissuhteisiin. Yleensä ihmissuhteet vähenevät sairauden johdosta. Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään ovat riippuvaisia sairastuneen iästä, voinnista, hoidoista ja sairauden ennusteesta. (Eriksson ym. 2000, 160.)

Eturauhassyöpäpotilaan potilasneuvonnassa tulee huomioida myös seksuaalisuus. Eturauhasen syövän hoitomuodot ja uusi elämäntilanne voivat laskea miehen seksuaalista halua. Syöpäsairaus, joka liittyy voimakkaasti miehen seksuaalisuuteen, aiheuttaa potilaalle lisäpainetta ja pelkoja. Miehen iästä tai elämäntilanteesta usein riippumatta potilas voi pelätä menettävänsä miehisyytensä. Hän voi pelätä myös sitä, miten hänen elämänkumppaninsa hyväksyy hänet ja miten parisuhteelle käy, onko hän edelleen haluttu ja kunnioitettu miehenä ja kumppanina. Eturauhassyövän hoito voi aiheuttaa väliaikaisen tai pysyvän impotenssin, tilanteen, jolloin siitin ei jäykisty

tarpeeksi tai ei ollenkaan yhdyntään onnistumiseksi. Henkinen paine sairauden alkuvaiheessa voi myös aiheuttaa impotenssia. Tila on ohimenevä, mutta voi aiheuttaa paljon huolta ja häpeän tunnetta. Tämän hetken tietämyksen mukaan impotenssia voidaan hoitaa menestyksellisesti. (Holmia ym. 2006, 688- 689.)

Kuivalainen toteaa Hedestigin tutkimuksen mukaan, että potilaat olivat saaneet tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksesta sukupuolielämään vähemmän kuin olivat toivoneet. More ja Estey toteavat Kuivalaisen mukaan, että sairaanhoitajien antamassa potilasohjauksessa seksuaalisuus ja siihen liittyvät kysymykset onkin usein huomioitu heikosti. (Kuivalainen. 2004, 34.) Salosen tutkimuksen mukaan haastateltavien mielestä seksuaalisuudesta keskusteltaessa aloitteentekijänä tulisi olla sairaanhoitaja (Salonen 1998, 36).

Syöpäpotilaan hoitotyöhön kuuluu myös potilaan ja hänen perheensä auttaminen hengellisiä tarpeita koskevilla kysymyksillä. Potilaat ovat tutkimuksissa tuoneet esille, että hoitajat vastaavat heikosti heidän hengellisiin tarpeisiinsa. Koska syöpä on vakava, elämää uhkaava sairaus, ihminen alkaa sairastuttuaan usein aikaisempaa enemmän pohtia hengellisiä kysymyksiä. (Eriksson ym. 2000, 190- 191.)

Eriksson toteaa Aro- Koiviston mukaan, että kun perheenjäsen on sairastunut syöpään, omaisilla on todettu monia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Omaisten hoitoon osallistuminen lyhentää osaltaan sairastuneen sairaalassaoloaika ja lisää kotihoidon osuutta, mikä on monissa tapauksissa myös sairastuneen toivomus. Åsted- Kurki ja Paavilainen toteavat Aro- Koiviston mukaan, että useimmiten sairastunut kuitenkin kaipaa läheistään toiseksi neuvojen vastaanottajaksi, koska osa viestistä saattaa väsymyksen, jännittyneisyyden tai muiden syiden takia jäädä kuulematta ja ymmärtämättä. Hietanen toteaa Aro- Koiviston mukaan, että vastaanotolla puoliso voi tukea sairastunutta ja hän on ennen kaikkea keskustelun mielenpainava henkilö. Vastaanottotilanteissa monet puolisoista ovat hienotunteisesti kuulolla osallistumatta juurikaan keskusteluun. Ammattihenkilön tehtävänä on kuitenkin huomata myös puoliso ja tiedustella, onko tällä jotakin kysyttävää. (Aro- Koivisto ym. 2007, 6, 12.)

Heimonen toteaa Aro- Koiviston mukaan, että omaisen ja sairastunut tarvitsevat ennen kaikkea tietoa kyseessä olevasta sairaudesta jäsentääkseen sen merkitystä omassa

elämässään, ymmärtääkseen sen vaikutuksia ja oireita sekä voidakseen tehdä tulevaisuuttaan koskevia suunnitelmia. He tarvitsevat myös tietoa palveluista, tuista ja hoitomahdollisuuksista sekä potilas- ja omaisyhdistysten toiminnasta. Arjen sujumuuden kannalta omaisen ja sairastuneen on myös tärkeää tietää, mistä tukea on saatavilla, kun sitä tarvitaan. (Aro- Koivisto ym. 2007, 13.)

Mäkelä ja Nikunen toteavat Torkkolan mukaan, että tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon sekä edistää hänen valmiuksiaan itsensä hoitamiseen. Potilaan ja omaisen saama ohjaus ja opetus vähentävät sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoja. (Torkkola ym. 2002, 24.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaille myös lailliset oikeudet itsemääräämiseen ja tiedonsaantiin (Juvonen 1994, 1). Siinä säädetään potilaan oikeudet hyvään hoitoon ja kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Potilasta on kuultava ja häntä on informoitava, potilas saa valita hoitomuotonsa ja kieltäytyä hoidosta ja sairaudestaan annettavasta selvityksestä, ja potilaan suostumus on saatava kaikkiin häntä koskeviin toimenpiteisiin. (Eriksson ym. 2000, 204- 205.)

3.3 Tietojen ristiriitaisuus

Adams toteaa Juvosen mukaan, että hoitojen aloittaminen merkitsee syöpäpotilaalle useiden uusien asioiden omaksumista. Hietanen toteaa Juvosen mukaan, että syöpäpotilaan informointia vaikeuttaa se, että häntä hoidetaan monessa eri paikassa. Oireidensa vuoksi potilas hakeutuu useimmiten ensin terveyskeskukseen tai työpaikkalääkärille. Sen jälkeen häntä hoidetaan sairaalan poliklinikalla, kirurgian osastolla ja leikkauksen jälkeen syöpätautien klinikalla. Potilaan saama informaatio on usein ristiriitaista ja se lisää hänen epävarmuuttaan tilanteessa, joka on hänelle muutenkin ahdistava. (Juvonen 1994, 8.)

Potilaan saaman tiedon yhdenmukaisuus on merkityksellistä. Henkilökunnan antaman tiedon sekä potilaille että omaisille pitäisi olla yhdenmukaista. Jos tiedossa esiintyy ristiriitaisuuksia, potilas ja hänen omaisensa voivat kokea turvattomuutta ja heidän luottamuksensa hoitohenkilökuntaa kohtaan vähenee. (Lauri ym. 1995, 31.) Juvosen tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista (70 %) ei ollut saanut mielestään ristiriitaisia

tietoja sairaudestaan. Juvonen on tutkinut syöpäpotilaiden tiedonsaantia. Vastaajia hänen tutkimuksessaan oli 75. (Juvonen 1994, 30.)

3.4 Tiedon tarpeeseen vaikuttavat tekijät

Potilaiden tiedontarve voi vaihdella suuresti. Cassileth, Ende ja Clementsen toteavat Juvosen mukaan tiedontarpeen riippuvan muun muassa potilaan iästä. Cassileth lisää Juvosen mukaan sairauden vaiheen ja koulutustason ja Sätterlund- Larsson lisää Juvosen mukaan sen riippuvan myös sukupuolesta. Adams toteaa Juvosen mukaan, että tiedontarpeeseen vaikuttaa myös sairauden vaihe. Eri vaiheita ovat sairauden diagnoosivaihe, akuuttivaihe, jatkohoitovaihe, toipumis-/ remissiovaihe sekä sairauden uusiutumis- tai etenemisvaihe. (Juvonen 1994, 8.) Tiedolla tulee olla merkitystä potilaan kulloisenkin elämäntilanteen kannalta. Potilaat haluavat tietoa, jonka avulla he pystyvät arvioimaan mahdollisen sairauden vaikutuksia omaan elämäänsä. (Salonen 1998, 9.)

Templeton, Coates ja Davison toteavat Kuivalaisen mukaan, että potilaiden tiedon tarve on suuri juuri hoidon alussa, ja tiedon tulee olla potilaan tarpeista lähtevää. Potilaiden tiedon tarve ei ole myöskään pysyvä, vaan se muuttuu sairauden kuluessa. (Kuivalainen 2004, 33.) Adams toteaa Juvosen mukaan, että diagnoosi- ja akuuttivaiheen yleisenä päämääränä on antaa potilaalle tieto hänelle suoritettavista toimenpiteistä ja vähentää potilaan kokemaa ahdistusta sekä mahdollistaa yhteistyön onnistuminen. Potilas tarvitsee tietoa itse sairaudesta - mitä syöpä on, syöpätyypistä ja syövän levinneisyydestä – sekä eri hoitovaihtoehtoista, niiden sivuvaikutuksista ja hoitojen kestosta. Derdiarian toteaa Juvosen mukaan, että uusien syöpäpotilaiden tiedontarve keskittyy neljälle eri alueelle: sairauteen, fyysiseen ja psyykkiseen selviytymiseen, perheen selviytymiseen, sekä sosiaaliseen selviytymiseen. (Juvonen ym. 2004, 8- 9.)

Potilaalle ja hänen omaisilleen on merkittävää, että he saavat positiivisen ensivaikutelman hoitohenkilökunnasta ja heille syntyy luottamus siihen, että potilaan hyväksi tehdään kaikki mahdollinen eikä häntä missään vaiheessa jätetä yksin. Syövän diagnoosivaiheessa potilas on yleensä hyvin sensitiivinen ja hän lukee nonverbaalista viestintää tarkasti. Potilas vaistoa helposti kommunikaatiotilanteeseen liittyvän kiireen, kärsimättömyyden ja välinpitämättömyyden. (Lauri ym. 1995, 29.) Laurin ja Sainion

mukaan alkuvaiheessa on kirjallisen materiaalin antamisen todettu olevan tehokasta kahdenkeskisten ohjaustilanteiden ja suullisen ohjauksen lisäksi (Eriksson ym. 2000, 204).

Adams toteaa Juvosen mukaan, että jatkohoitovaiheessa potilaat tarvitsevat tietoa yhteiskunnan tukitoimista, esimerkiksi taloudellisesta tuesta ja syöpäyhdistyksen toiminnasta. Potilaiden omatoimisuutta itsensä hoidossa ja tarkkailussa korostetaan. Potilaiden on saatava tietoa syövästä ja siitä, mitkä potilaalla esiintyvät oireet ovat normaaleja ja mitkä epänormaaleja. Työelämään palaavat potilaat tarvitsevat tietoa ongelmista, joita he tulevat mahdollisesti kokemaan työpaikalla ja siitä, miten ongelmista selvittää. Taskinen sanoo Juvosen mukaan, että syöpäpotilaalle on selvitettävä miten, missä ja miksi ja kuinka usein jälkitarkkailua suoritetaan, jotta hän jaksaisi olla motivoitunut vuosia kestäväseen seurantaan. (Juvonen 1994, 9.)

3.5 Vuorovaikutus potilasneuvonnassa

Leino- Kilpi toteaa Salosen mukaan, että ohjaus voidaan määritellä potilaan, omaisen ja hoitajan väliseksi vuorovaikutus- ja kommunikaatiosuhteeksi, jossa tiedon välittymisellä on keskeinen merkitys. Hoitotyössä tieto välittyy vuorovaikutustilanteissa verbaalisen ja nonverbaalisen kommunikoinnin avulla. (Salonen 1998, 8.)

Ohjauksen tulisi herättää potilaan mielenkiintoa opittavaa asiaa kohtaan ja lisätä hänen motivaatiotaan itsensä hoitamiseen. Ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Saiko potilas vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin? Potilasohjauksessa on tärkeää se, että potilaan ja hoitajan välille muodostuu luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde. Vasta kun potilas kokee olonsa turvalliseksi ja tilanteen luottamukselliseksi, voidaan ohjauksessa käsitellä pelkoja tai selviytymistä tulevilla hoidoilla. (Torkkola ym. 2002, 28, 30.) Ong toteaa Piironen mukaan, että empaattiseen hoitosuhteeseen kuuluu tunteiden esille tuominen, heijastaminen, hiljaisuuden hyväksikäyttö, kuunteleminen, rohkaisu ja sanattoman viestinnän tiedostaminen (Piironen ym. 2002, 6).

Vuorovaikutus- ja kommunikaatiosuhteessa vaikuttavat kaikkien osapuolten fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Potilaan ja omaisen sairaudet, aikaisemmat kokemukset ohjauksesta ja halukkuus ohjaukseen vaikuttavat heidän kykyynsä osallistua ja ottaa vastaan ohjausta. Ohjauksen tulisi muodostua yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeiden pohjalta. Tarpeiden arviointi on oleellinen osa ohjauksen sisällön suunnittelua, jotta potilas saa tarkoituksen mukaista tietoa. (Salonen 1998, 8, 11.)

Suullinen ohjaus ei tavallisesti yksinään riitä vaan tarvitsee tuekseen kirjoitettuja ohjeita. Henkilökohtaisen, suullisen ohjauksen haittapuoli on unohtaminen. Tärkein osa ohjauksesta voi unohtua hetkessä. Kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena on usein välttämätön, jotta potilas voi palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kerrata ohjeita itselleen sopivana ajankohtana. On myös tärkeää, ettei suullinen ohjaus ole ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. Potilaan ohjaus edellyttää hoitajalta ohjattavan asian sisällön hyvää tuntemusta. (Torkkola ym. 2002, 25, 29.)

Templeton ja Coates toteavat Kuivalaisen mukaan, että potilasohjaus on perinteisesti hoitajälähtöistä, mikä tarkoittaa, että potilaan rooli ohjauksessa on passiivinen ja hoitaja hallitseva asiantuntija. Tutkijat ovat suosittaneetkin, että hoitajien antaman ohjauksen tulisi olla tasa- arvoista keskustelua ja ohjaus ja neuvonta diagnoosin varmistumisen aikaan tulisi rutiiniksi hoitotyössä. (Kuivalainen 2004, 33.) Frith ja Lauri toteavat Piironen mukaan, että hoitohenkilökunnan on todettu kiertävän avointa keskustelua potilaiden kanssa palaamalla keskustelussa ”turvallisille vesille”; tunteista ja sairauteen liittyvistä asioista ei keskustella. Beverley toteaa Piironen mukaan, että usein potilaat eivät ymmärrä, mitä heille kerrotaan. Potilas ja lääkäri eivät puhu samaa kieltä, koska lääkäri käyttää lääketieteellistä termiä ja potilas on saanut tietää järkyttäviä uutisia, jolloin muut asiat eivät jää mieleen. Ong toteaa Piironen mukaan, että potilasta ohjattaessa ensimmäisenä ja viimeisenä kerrotut asiat menevät parhaiten perille. On todettu, että hankalat uutiset pitäisi kertoa heti. (Piironen ym. 2002, 7.)

Syöpää sairastavien potilaiden sairaanhoitajan toimintaan kohdistamia odotuksia ovat luonteeltaan ja käyttäytymiseltään ystävällinen, huumorintajuinen, hymyilevä, miellyttävä, asiallinen, inhimillinen ja aito. Vuorovaikutuksen suhteen sairaanhoitaja puhuu, keskustelee, antaa aikaa, antaa tietoa, myötäelää, kuuntelee, rohkaisee ja lohduttaa. Asiantuntemuksen suhteen sairaanhoitaja auttaa ja on ammattitaitoinen, tekee

toimenpiteitä, antaa lääkettä, hoitaa, huolehtii, palvelee, tarkkailee, viestittää asioita lääkärille, toteuttaa lääkärin määräyksiä, sekä tekee parhaansa.

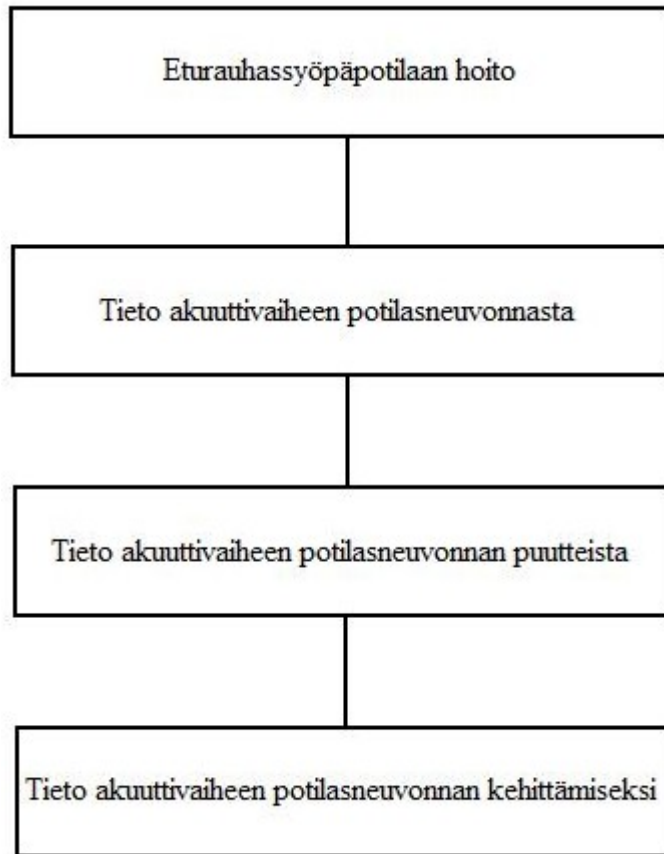
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoitus oli selvittää eturauhassyöpöpotilaiden potilasneuvonnassa ilmeneviä ongelmia. Tavoitteena oli saada tietoa sairastumisen alkuvaiheen potilasneuvontaan liittyvistä puutteista, jotta potilasneuvontaa voidaan edelleen kehittää. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa vuorovaikutuksesta ja siitä, miten alkuvaiheen potilasneuvonnassa saatu tieto tukee voimavarojen vahvistamista.

4.1 Tutkimuskysymykset

1. Mistä asioista eturauhassyöpöpotilaat saavat tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä?
 - 1.1 Mistä asioista eturauhassyöpöpotilaat saavat riittävästi tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä?
 - 1.2 Mistä asioista eturauhassyöpöpotilaat tarvitsevat enemmän tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä?
2. Minkälaisia ovat eturauhassyöpöpotilaan kokemukset vuorovaikutustilanteista alkuvaiheen potilasneuvonnassa?
3. Miten alkuvaiheen potilasneuvonnassa saatu tieto tukee voimavarojen vahvistamista?

4.2 Tutkimusasetelma



Kaavio 1. Opinnäytetyön tutkimusasetelma

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista, määrällistä tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön kysely toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä, jolloin kyseessä oli puolistrukturoitu kyselylomake (Liite 2). Opinnäytetyön kyselylomake sisälsi 54 kysymystä, joista 50 oli strukturoituja kysymyksiä ja neljä avoimia kysymyksiä. Tutkimus on kvantitatiivinen, kun se perustuu syyperäisten suhteiden löytämiseen, päätelmiin perustuviin tutkimusasetelmiin ja todellisuuden ulkoiseen havainnointiin. Pyrkimyksenä on jäsentää todellisuutta ikään kuin tutkittavien ulkopuolelta, antamatta heidän omien merkitystensä vaikuttaa asiaan. (Leino- Kilpi 1998, 233.)

Tavallisin määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa on kyselylomake. Siitä käytetään myös nimitystä postikysely, informoitu kysely tai gallup, riippuen toteutustavasta. (Vilkkä 2005, 73.) Kyselylomakkeen hyvä puoli on se, ettei tutkija vaikuta olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin. Eräs tutkimustulosten luotettavuutta parantava tekijä on se, että kysymys esitetään jokaiselle vastaajalle täysin samassa muodossa. Siinä ei ole mitään vivahteita äänenpainoissa tai sanamuodoissa. (Valli 2001, 31.) Kyselylomakkeen etu on myös, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi (Vilkkä 2005, 74). Kyselylomakkeen tyypillisin haitta on, että riski vastausprosentin alhaisuuteen on suuri. Yleensä vastausprosentti vaihtelee 20- 80 prosentin välillä, mutta usein se kirjekyselyissä jää kuitenkin alle 60 prosentin. (Heikkilä 2004, 66.)

5.2 Tutkimusaineiston keruu, kohderyhmä ja tutkimuksen toteutus

Valitsin opinnäytetyöaiheekseni eturauhassyövän osoitettuani ensin kiinnostusta Satakunnan Syöpäyhdistystä kohtaan tehdä opinnäytetyöni eturauhassyöpään liittyen. Satakunnan Syöpäyhdistys antoi minulle eturauhassyöpöpotilaiden Heimoveljien yhteyshenkilön yhteystiedot. Opinnäytetyön aihe muotoutui lopulliseksi yhteisten keskustelujen pohjalta.

Kohderyhmä koostui Satakunnan Syöpäyhdistyksen avoimen vertaistukiryhmän, Heimoveljien jäsenistä. Kyselyyn vastasi sekä Porin, että Rauman kaupungin vertaistukiryhmään kuuluvia jäseniä. Kysely suoritettiin 7.5.2008 Satakunnan Syöpäyhdistyksen tiloissa Porissa. Tutkimuksen perusjoukko on Satakunnan Syöpäyhdistykseen kuuluvia eturauhassyöpää sairastavia miehiä toukokuussa 2008. Kyselylomakkeita jaettiin 19 kpl yhdistyksen kokouksessa, joista kaikkiin vastattiin. Postitse lähetettiin 15 kyselylomaketta, joista 11 vastattiin. Yhteensä vastauksia saatiin siis 30, jolloin vastausprosentti oli 88 %. Suurin osa vastaajista vastasi sekä strukturoituihin, että avoimiin kysymyksiin. Osa vastaajista jätti avoimet kysymykset kokonaan tai osittain vastaamatta. Osa vastaajista vastasi vain joihinkin strukturoiduista kysymyksistä, mikä voi johtua siitä, että vastaajalla ei ollut omakohtaista kokemusta kaikista kysymyksistä tai alkuvaiheen potilasneuvonnassa saatuja tietoja ei muistettu tarkasti. Kaikki palautetut kyselylomakkeet hyväksyttiin.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin helmikuussa 2008, jolloin perehdyttiin teoriaan ja luettiin alan kirjallisuutta. Kyselylomakkeen laadinta aloitettiin huhtikuussa 2008. Kyselytutkimuksen saatekirjeessä pyrittiin mahdollisimman selkeästi ja lyhyesti kertomaan tutkimuksen tarkoituksesta ja merkityksestä (Liite 3). Kyselytutkimuksen toteuttamiseen anottiin lupaa tutkimuslupa-anomuksella (Liite 4). Kyselytutkimuksen toteuttamiseen saatiin tutkimuslupa Satakunnan syöpäyhdistyksen toiminnanjohtajalta 2.5.2008 (Liite 5). Suurin osa kyselylomakkeista täytettiin henkilökohtaisesti Satakunnan syöpäyhdistyksen tiloissa ja alle puolet vastaajista tavoitettiin postitse.

Kyselylomake koostui perustiedoista, joita olivat ikä, siviilisääty, sairauden toteamisvuosi, saadut hoitomenetelmät ja sairauden levinneisyys. Tutkimuskysymys yksi sisältää kaksi kohtaa. Kysymykset 1- 8 käsittelivät kokemuksia siitä, oliko eturauhassyöpää koskevista asioista saatu riittävästi tietoa. Kysymyksillä 1-8 haettiin vastausta tutkimuskysymyksen yksi kohtaan yksi: mistä asioista eturauhassyöpöpotilaat saavat tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä? Kysymysten 9- 21 tarkoituksena oli selvittää, saivatko eturauhassyöpöpotilaat riittävästi tietoa eturauhassyöpävän hoitoa koskevista asioista, jolloin vastausta haettiin tutkimuskysymykseen yksi. Kysymysten 22- 33 tarkoituksena oli selvittää, saivatko eturauhassyöpöpotilaat riittävästi tietoa sairauden vaikutuksista eri elämän osa-alueisiin,

kuten perhe-elämään. Kysymysten 22- 33 avulla haettiin vastausta tutkimuskysymyksen yksi kohtaan kaksi.

Kysymyksillä 34- 40 selvitettiin kokemuksia vuorovaikutuksesta ohjaustilanteissa. Kysymyksillä 34- 40 haettiin vastausta tutkimuskysymykseen kaksi: minkälaisia ovat eturauhassyöpäpotilaan kokemukset vuorovaikutustilanteista alkuvaiheen potilasneuvonnassa? Kysymyksillä 41- 50 selvitettiin, miten saatu tieto tuki voimavarojen vahvistamista. Vastausta haettiin tutkimuskysymykseen kolme. Avoimet kysymykset 51- 54 olivat täydentäviä kysymyksiä.

Mittari kehitettiin aiempien eturauhassyöpäpotilaiden potilasohjausta koskevien tutkimusten tulosten pohjalta käyttäen Likertin asteikkoa, jossa esitettiin väite ja 5-portainen vastausasteikko, josta vastaaja sai valita mielipiteensä väitteestä. Kysymyksistä valittiin opinnäytetyöhön tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaiset kysymykset. Osa kysymyksistä muotoutui keskusteltaessa Satakunnan Syöpäyhdistyksen syöpäsairaanhoitajan kanssa puutteista, joita oli havaittu eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnassa. Edelleen alan kirjallisuutta lukemalla selvitettiin, mitä osa-alueita liittyy eturauhassyövän hoitoon.

5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Tähän tärkeään vaiheeseen tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Analyysivaiheessa tutkijalle saattaa myös selvitä, miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 209.)

Tutkimuksen aineistosta päästään tekemään päätelmiä vasta esitöiden jälkeen. Esitöiden ensimmäisenä vaiheena on aineiston tietojen tarkistus. Aineistosta tarkistetaan sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä tai puuttuuko tietoja. Esimerkiksi postikyselyä käyttäessä on päätettävä onko joitakin lomakkeita hylättävä. Toisena vaiheena on tietojen täydentäminen, jossa kyselylomaketietojen kattavuutta pyritään lisäämään karhuamalla lomakkeita. Kolmantena vaiheena on aineiston järjestäminen analyysijä

varten. Tutkimusstrategia määrää toimenpiteet aineistoa järjestettäessä. Tutkimuksen ollessa kvantitatiivinen muodostetaan aineistosta muuttujia, ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Koodaaminen tarkoittaa sitä, että jokaiselle tutkittavalle kohteelle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsijärvi ym. 2006, 209- 210.)

Tutkimuksessa käytettiin taulukoita havainnollistamaan strukturoitujen kysymysten tutkimustuloksia. Tuloksia tarkasteltiin laskettujen lukumäärien avulla. Vastausprosentit laskettiin Excel- taulukon avulla. Tulokset on esitetty prosentteina. Avoimilla kysymyksillä saatu aineisto kirjoitettiin puhtaaksi tekstin käsittelyn helpottamiseksi. Aineistosta tarkasteltiin tärkeitä sanoja ja niiden esiintymiskertoja. Vastaukset jaettiin sisältönsä mukaisesti eri luokkiin yksi kysymys kerrallaan.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien keski-ikä oli 69.3 vuotta (n=29). Yksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Suurin osa vastaajista, 90 %, eli avioliitossa/avoliitossa (n=30). Vastaajista 0 % oli naimattomia, 6.67 % leskiä ja 3.33 % eronneita (n=30). Merkillä n tarkoitetaan kuhunkin kysymykseen vastanneiden lukumäärää. Keskimääräisesti eniten eturauhassyöpiä oli todettu vuonna 2003, 13.79 %, vastaajista (n=29). Eturauhassyövän toteamisvuodet jakaantuivat seuraavasti: 1993 3.45 %, 1995 10.34 %, 1997, 1998, 1999 ja 2000 3.45 %, 2001 10.34 %, 2002 11.24 %, 2003 13.79 %, 2004, 2005 ja 2006 6.9 % ja 2007 10.34 % (n=29), yhteensä 100 %. Taulukossa yksi esitetään vastaajille annetut hoitomuodot sairauden toteamisen jälkeen prosentteina. Suosituin hoitomuoto oli leikkaushoito, jonka oli saanut 40 % vastaajista. Neljä vastaajista oli saanut useaa eri hoitomuotoa.

Taulukko 1. Annettu hoitomuoto/hoitomuodot sairauden toteamisen jälkeen (n=30)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
a Leikkaushoito	12	40,00
b Sädehoito	5	16,67
c Solunsalpaajahoito	1	3,33
d Hormonihoito	5	16,67
e En vielä mitään hoitoa	3	10,0
Vaihtoehdot a b ja d	1	3,33
Vaihtoehdot b c ja d	1	3,33
Vaihtoehdot b ja d	1	3,33
Vaihtoehdot a ja d	1	3,33
Yhteensä	30	100

Suurimmalla osalla vastaajista eturauhassyöpä oli todettu paikallisesti rajoittuneeksi, 79,31 % vastaajista (n=29). Vastaajista 20,69 %: lla eturauhassyöpä oli todettu levinneeksi (n=29).

6.2 Strukturoidut kysymykset potilasneuvonnan riittävydestä alkuvaiheen potilasneuvonnassa

Vastaajilta kysyttiin potilasneuvonnan riittävyttä eturauhassyöpää koskevista asioista. Osa vastauksista on esitetty taulukoina, jotka selvittävät jokaisen strukturoidun kysymyksen vastausten määrää prosentteina Likertin 5- portaisella vastausasteikolla. Vastausvaihtoehdoista 1 = samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = En osaa sanoa, 4 = Jokseenkin eri mieltä ja 5 = Eri mieltä. Vastaajista 44,83 % oli samaa mieltä siitä, että oli saanut tarpeeksi tietoa eturauhassyövästä sairautena (n=29). Vastaajista 31,03 % oli jokseenkin samaa mieltä, 17,24 % ei osannut vastata, 0 % jokseenkin eri mieltä ja 6,9 % eri mieltä siitä, että eturauhassyövästä oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Pääosin saatuun tiedonmäärään oltiin tyytyväisiä.

Eturauhasen anatomiasta saatuun tietoon oltiin pääosin tyytyväisiä. Suurin osa vastaajista, 34,48 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että eturauhasen anatomiasta oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 31,03 % oli samaa mieltä, 20,69 % ei osannut vastata, 6,9 % oli jokseenkin eri mieltä ja 6,9 % eri mieltä siitä, että eturauhasen

anatomiaa oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Suurin osa vastaajista, 46,43 %, oli samaa mieltä siitä, että sairauden levinneisyydestä oli saatu tarpeeksi tietoa (n=28). Vastaajista 21.43 % oli jokseenkin samaa mieltä, 25 % ei osannut vastata, 7.14 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että eturauhassyövän levinneisyydestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Suurin osa vastaajista, 37,04 %, ei osannut vastata, oliko sairauden oireista saatu riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 22.22 % oli samaa mieltä, 33.33 % jokseenkin samaa mieltä, 3.7 % jokseenkin eri mieltä ja 3.7 % eri mieltä siitä, että sairauden oireista saatiin riittävästi tietoa (n=27).

Vastaajista suurin osa, 34,48 %, oli samaa mieltä siitä, että sairauden ennusteesta oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 31.03 % oli jokseenkin samaa mieltä, 27.59 % ei osannut vastata, 6.9 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että sairauden ennusteesta saatiin riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 42,86 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että eturauhassyövän yleisyydestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 35.71 % oli samaa mieltä, 10.71 % ei osannut vastata, 10.7 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että eturauhassyövän levinneisyydestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28).

Suurin osa vastaajista, 29,63 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että eturauhassyövän luokittelusta oli saatu riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 25.93 % oli samaa mieltä, 29.63 % ei osannut vastata, 11.11 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3.7 % eri mieltä siitä, että eturauhassyövän luokittelusta oli saatu riittävästi tietoa (n=27).

Kysymys kahdeksan oli avoin. Tyhjään tilaan sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Esille nousivat vaikutusmahdollisuudet osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja toisaalta ärtyneisyys hoitoa kohtaan. Heimoveljien tukipalveluja keuhuttiin.

Minulle ehdotettiin sädehoitoa. Otin itse selvää muista hoidoista, ja valitsin leikkauksen.

Lähetteessä oli diagnoosi ”potilas on jatkuvasti kiukkuinen”

Oma ryhmämme on hyvä (Heimoveljet), tuli heti tieto tukipalveluista (käyntikortti).

Suurin osa vastaajista, 42,86 %, oli samaa mieltä siitä, että eri hoitovaihtoehtoista oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 42.86 % oli jokseenkin samaa mieltä, 3.57 % ei osannut vastata, 7.14 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3.57 % eri mieltä siitä, että eri hoitovaihtoehtoista oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Suurin osa vastaajista, 44,44 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkohoitomahdollisuuksista oli saatu riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 22.22 % oli samaa mieltä, 22.22 % ei osannut vastata, 3.7 % oli jokseenkin eri mieltä ja 7.41 % eri mieltä siitä, että jatkohoitomahdollisuuksista oli saatu riittävästi tietoa (n=27).

Suurin osa vastaajista, 34,62 %, ei osannut vastata, oliko apuvälineistä, kuten katetrien käytöstä saatu riittävästi tietoa (n=26). Vastaajista 19.23 % oli samaa mieltä, 26.92 % jokseenkin samaa mieltä, 11.54 % jokseenkin eri mieltä ja 7.69 % eri mieltä siitä, että apuvälineistä, kuten katetrien käytöstä oli saatu riittävästi tietoa (n=26). Suurin osa vastaajista, 53,57 %, oli samaa mieltä siitä, että sairauden seurannasta oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 25 % oli jokseenkin samaa mieltä, 10.71 % ei osannut vastata, 10.71 oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että sairauden seurannasta oli saatu riittävästi tietoa (n=28).

Suurin osa vastaajista, 37,93 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että haittavaikutuksista oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 24.14 % oli samaa mieltä, 17.24 % ei osannut vastata, 20.69 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että haittavaikutuksista oli saatu riittävästi tietoa (n=29).

Suurin osa vastaajista, 44,44 %, oli samaa mieltä siitä, että tehdyistä toimenpiteistä saatiin riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 33.33 % oli jokseenkin samaa mieltä, 14.81 % ei osannut vastata, 7.41 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että tehdyistä toimenpiteistä saatiin riittävästi tietoa (n=27). Suurin osa vastaajista, 36,67 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkityksestä oli saatu riittävästi tietoa (n=30). Vastaajista 33.33 % oli samaa mieltä, 20 % ei osannut vastata, 10 % oli eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että lääkityksestä saatiin riittävästi tietoa (n=30). Suurin osa vastaajista, 42,86 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että itsensä hoitamisen merkityksestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 32.14 % oli samaa mieltä, 21.43 % ei osannut sanoa, 21.43 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3.57 % eri mieltä siitä, että itsensä hoitamisen merkityksestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28).

Taulukossa 2 esitetään kivunhoidosta saadun tiedon riittävyys prosentteina. Suurin osa vastaajista, 33,33 %, ei osannut sanoa, oliko kivunhoidosta annetun tiedon määrä riittävä.

Taulukko 2. Kivunhoidosta saadun tiedon riittävyys (n=27)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	5	18,52
2	9	33,33
3	9	33,33
4	3	11,11
5	1	3,70
Yhteensä	27	100

Suurin osa vastaajista, 48,15 %, ei osannut sanoa, oliko hoitoajan pituuteen vaikuttavista tekijöistä annettu riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 14,81 % oli samaa mieltä, 18,52 % jokseenkin samaa mieltä, 14,81 % jokseenkin eri mieltä ja 3,7 % eri mieltä siitä, että hoitoajan pituuteen vaikuttavista tekijöistä oli saatu riittävästi tietoa (n=27). Suurin osa vastaajista, 39,29 %, ei osannut vastata oliko tietoa saatu riittävästi mahdollisuuksista osallistua oman hoidon suunnitteluun (n=28). Vastaajista 25 % oli samaa mieltä, 17,86 % jokseenkin samaa mieltä, 14,29 % jokseenkin eri mieltä ja 3,57 % eri mieltä siitä, että tietoa oli saatu riittävästi siitä, mitä mahdollisuuksia oli osallistua oman hoidon suunnitteluun (n=28).

Taulukossa 3 esitetään kuntoutusmahdollisuuksista saadun tiedon riittävyys prosentteina. Suurin osa vastaajista, 37,04 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että kuntoutusmahdollisuuksista oli saatu riittävästi tietoa. Vastaajista 14,81 % oli eri mieltä.

Taulukko 3. Kuntoutusmahdollisuuksista saadun tiedon riittävyys (n=27)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	7	25,93
2	10	37,04
3	5	18,52
4	4	14,81
5	1	3,70
Yhteensä	27	100

Kysymys 21 oli avoin. Tyhjään tilaan sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Heimoveljiin oltiin tyytyväisiä.

Heimoveljien kokouksien vertaistuki, tukihenkilöt ja esitelmät kokouksissa

Sairauden vaikutuksista perhe-elämään oli saatu pääosin riittävästi tietoa: 51,72 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=29). Vastaajista 20,69 % oli samaa mieltä, 13,79 % ei osannut vastata, 10,34 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3,45 % eri mieltä siitä, että tietoa oli saatu riittävästi sairauden vaikutuksista perhe-elämään (n=29). Taulukossa 4 esitetään tiedon riittävyys sairauden vaikutuksista sukupuolielämään prosentteina. Sairauden vaikutuksista sukupuolielämään ei saatu riittävästi tietoa. Vastaajista 10,71 % oli jokseenkin eri mieltä ja 10,71 % eri mieltä tiedon riittävydestä.

Taulukko 4. Tiedon riittävyys sairauden vaikutuksista sukupuolielämään (n=28)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	5	17,86
2	9	32,14
3	8	28,57
4	3	10,71
5	3	10,71
Yhteensä	28	100

Suurin osa vastaajista, 20,69 %, oli samaa mieltä siitä, että tietoa oli saatu riittävästi siitä, kuinka kertoa muille ihmisille sairaudesta (n=29). Vastaajista 20,69 % oli jokseenkin samaa mieltä, 51,72 % ei osannut vastata, 0 % oli jokseenkin eri mieltä ja 6,9 % eri mieltä siitä, että tietoa oli saatu riittävästi siitä, kuinka kertoa muille ihmisille sairaudesta (n=29).

Taulukossa 5 esitetään tiedon riittävyys psyykkisestä hyvinvoinnista prosentteina. Tiedon riittävyys sairauden vaikutuksista psyykkiseen hyvinvointiin ei ollut riittävä: 57,14 % vastaajista ei osannut vastata kysymykseen ja 14,29 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tiedon riittävydestä.

Taulukko 5. Tiedon riittävyys psyykkisestä hyvinvoinnista (n=28)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	1	3,57
2	4	14,29
3	16	57,14
4	4	14,29
5	3	10,71
Yhteensä	28	100

Taulukossa 6 esitetään tiedon riittävyys hengellisistä asioista prosentteina. Tiedon riittävyys hengellisistä asioista oli puutteellinen: 21,43 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja 17,86 % vastaajista eri mieltä tiedon riittävydestä.

Taulukko 6. Tiedon riittävyys hengellisistä asioista (n=28)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	3	10,71
2	3	10,71
3	11	39,29
4	6	21,43
5	5	17,86
Yhteensä	28	100

Suurin osa vastaajista, 48,28 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sairauden taloudellisista vaikutuksista saatiin riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 10,34 % oli samaa mieltä, 24,14 % ei osannut vastata, 6,9 % oli jokseenkin eri mieltä ja 10,34 % eri mieltä siitä, että sairauden taloudellisista vaikutuksista oltiin saatu riittävästi tietoa (n=29). Suurin osa vastaajista, 59,26 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sairauden vaikutuksista työkykyyn oli saatu riittävästi tietoa (n=27). Vastaajista 7,41 % oli samaa mieltä, 22,22 % ei osannut vastata, 3,7 % oli jokseenkin eri mieltä ja 7,41 % eri mieltä siitä, että sairauden vaikutuksista työkykyyn oli saatu riittävästi tietoa (n=27).

Suurin osa vastaajista, 46,43 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sairauden vaikutuksista elintapoihin oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 10,71 % oli samaa mieltä, 35,71 % ei osannut vastata, 0 % oli jokseenkin eri mieltä ja 7,14 % eri mieltä siitä, että sairauden vaikutuksista elintapoihin saatiin riittävästi tietoa. Suurin osa vastaajista, 48,28 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaaliturvasta oli saatu riittävästi tietoa (n=29). Vastaajista 13,79 % oli samaa mieltä, 24,14 % ei osannut vastata, 6,9 % oli jokseenkin eri mieltä ja 6,9 % eri mieltä siitä, että sosiaaliturvasta saatiin riittävästi tietoa (n=29).

Taulukossa 7 esitetään tiedon riittävyys syöpäyhdistyksen tarjoamasta vertaistuesta prosentteina. Suurin osa vastaajista, 58,62 %, oli samaa mieltä siitä, että syöpäyhdistyksen tarjoamasta vertaistuesta saatiin riittävästi tietoa. Tulos olisi voinut olla erilainen kysyttäessä vertaistuen ulkopuolisilta henkilöiltä.

Taulukko 7. Tiedon riittävyys syöpäyhdistyksen tarjoamasta vertaistuesta (n=29)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	17	58,62
2	8	27,59
3	2	6,90
4	1	3,45
5	1	3,45
Yhteensä	29	100

Taulukossa 8 esitetään prosentteina tiedon riittävyys siitä, keneen voi ottaa yhteyttä kun tulee kysyttävää. Suurin osa vastaajista, 53,33 %, oli samaa mieltä siitä, että tietoa oli

saatu riittävästi siitä, keneen voi ottaa yhteyttä kun tulee kysyttävää. Tulos olisi voinut olla erilainen kysyttäessä vertaistuen ulkopuolisilta henkilöiltä.

Taulukko 8. Tiedon riittävyys siitä, keneen voi ottaa yhteyttä kun tulee kysyttävää (n=30).

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	16	53,33
2	6	20,00
3	4	13,33
4	2	6,67
5	2	6,67
Yhteensä	30	100

Kysymys 33 oli avoin. Tyhjään tilaan sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Heimoveljiin oltiin tyytyväisiä.

Heimoveljien kokoontumiset ja omat retket yhdessä heidän kanssaan

6.3 Kokemukset vuorovaikutustilanteista alkuvaiheen potilasneuvonnassa

Suurin osa vastaajista, 51,85 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli tullut kuulluksi ja ymmärretyksi (n=27). Vastaajista 25,93 % oli samaa mieltä, 11,11 % ei osannut vastata, 7,41 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3,7 % eri mieltä siitä, että koki tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi (n=27). Vastaajista 39,29 % oli samaa mieltä ja 39,29 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli pitänyt tavasta jolla sai neuvontaa (n=28). Vastaajista 10,71 % ei osannut vastata, 10,71 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että oli pitänyt tavasta jolla sai neuvontaa (n=28). Taulukossa 9 esitetään prosentteina vastaajien mielipiteet siitä, oliko sairaanhoitajan ammattitaito riittävä. Suurin osa vastaajista, 66,67 %, oli samaa mieltä siitä, että sairaanhoitajan ammattitaito oli riittävä. Yksikään vastaajista ei ollut eri mieltä.

Taulukko 9. Sairaanhoitajan ammattitaidon riittävyys (n=27)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	18	66,67
2	9	33,33
3	0	0,00
4	0	0,00
5	0	0,00
Yhteensä	27	100

Suurin osa vastaajista, 65,38 %, oli sitä mieltä, että sairaanhoitaja työskenteli kiireettömästi (n=26). Vastaajista 23,08 % oli jokseenkin samaa mieltä, 7,69 % ei osannut vastata, 3,85 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että sairaanhoitaja työskenteli kiireettömästi (n=26). Taulukossa 10 esitetään prosentteina vastaajien tyytyväisyys saadun tuen määrään. Vastaajista 23,08 % oli jokseenkin eri mieltä siitä, että tukea saatiin riittävästi. Vastaajista 23,08 % ei osannut vastata kysymykseen.

Taulukko 10. Tyytyväisyys saadun tuen määrään (n=26)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	3	11,54
2	9	34,62
3	6	23,08
4	6	23,08
5	2	7,69
Yhteensä	26	100

Vastaajista 48,15 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hänen mielipiteitään arvostettiin (n=27). Vastaajista 18,52 % oli samaa mieltä, 25,93 % ei osannut vastata, 3,7 % oli jokseenkin eri mieltä ja 3,7 % eri mieltä siitä, että omia mielipiteitä arvostettiin (n=27). Kysymys 40 oli avoin. Tyhjään tilaan sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Saatuun hoitoon oltiin pääosin tyytyväisiä.

Mielestäni hoito oli laadukasta ja asiantuntevaa

6.4 Tiedon merkitys voimavaroja vahvistavana tekijänä alkuvaiheen potilasneuvonnassa

Taulukossa 11 esitetään prosentteina vastaajien kokemukset siitä, saatiinko tietoa oikeana ajankohtana. Vastaajista 42,86 % oli samaa mieltä siitä, että tietoa oli saatu oikeana ajankohtana. Vastaajista 14,29 % oli eri mieltä.

Taulukko 11. Kokemukset siitä, saatiinko tietoa oikeana ajankohtana (n=28)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	12	42,86
2	9	32,14
3	2	7,14
4	1	3,57
5	4	14,29
Yhteensä	28	100

Taulukossa 12 esitetään prosentteina vastaajien mielipiteet siitä, saatiinko tietoa liikaa kerralla. Vastaajista 44 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietoa oli saatu liikaa kerralla.

Taulukko 12. Kokemukset siitä, saatiinko tietoa liikaa kerralla (n=25)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	2	8,00
2	11	44,00
3	6	24,00
4	5	20,00
5	1	4,00
Yhteensä	25	100

Taulukossa 13 esitetään prosentteina oliko lähimmäinen (esim. puoliso) mukana vastaanottamassa tietoa. Vastaajista 44 %:lla oli omainen mukana vastaanottamassa tietoa. Vastaajista 32 %:lla ei ollut.

Taulukko 13. Myös lähimmäiseni (esim. puoliso) oli mukana vastaanottamassa tietoa (n=25)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	11	44,00
2	4	16,00
3	0	0,00
4	2	8,00
5	8	32,00
Yhteensä	25	100

Taulukossa 14 esitetään prosentteina vastaukset siihen, esittikö lähimmäinen (esim. puoliso) vastaanotolla hoitoa koskevia kysymyksiä. Vastaajista 25 % oli samaa mieltä siitä, että lähimmäinen (esim. puoliso) esitti vastaanotolla hoitoa koskevia kysymyksiä. Vastaajista 41,67 % oli eri mieltä.

Taulukko 14. Lähimmäiseni (esim. puoliso) esitti vastaanotolla hoitoani koskevia kysymyksiä (n=24)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	6	25,00
2	5	20,83
3	2	8,33
4	1	4,17
5	10	41,67
Yhteensä	24	100

Taulukossa 15 esitetään prosentteina vastaukset siihen, muistiko lähimmäinen (esim. puoliso) myöhemmin vastaanotolta asioita joita vastaaja itse ei olisi muistanut. Vastaajista 25 % oli sitä mieltä, että lähimmäinen (esim. puoliso) muisti myöhemmin vastaanotolta asioita joita vastaaja itse ei olisi muistanut. Vastaajista 37,5 % oli eri mieltä.

Taulukko 15. Lähimmäiseni (esim. puoliso) muisti myöhemmin vastaanotolta asioita joita en olisi itse muistanut (n=24)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	5	20,83

2	6	25,00
3	3	12,50
4	1	4,17
5	9	37,50
Yhteensä	24	100

Taulukossa 16 esitetään prosentteina vastaukset siihen, saatiinko ohjeet suullisesti ja kirjallisesti. Vastaajista 34,62 % oli samaa mieltä siitä, että oli saanut ohjeet suullisesti ja kirjallisesti. Vastaajista 19,23 % oli jokseenkin eri mieltä.

Taulukko 16. Saatiinko ohjeet suullisesti ja kirjallisesti (n=26)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	9	34,62
2	7	26,92
3	4	15,38
4	5	19,23
5	1	3,85
Yhteensä	26	100

Suurin osa vastaajista, 51,85 %, oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että annetut tiedot olivat ymmärrettäviä (n=27). Vastaajista 44,44 % oli samaa mieltä, 3,7 % ei osannut vastata, 0 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että annetut tiedot olivat ymmärrettäviä (n=27).

Taulukossa 17 esitetään prosentteina saivatko vastaajat ristiriitaista tietoa. Suurin osa vastaajista, 41,67 %, ei osannut vastata siihen, oliko saanut ristiriitaista tietoa.

Taulukko 17. Olen saanut ristiriitaista tietoa (n=24)

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	%
1	2	8,33
2	2	8,33
3	10	41,67
4	6	25,00
5	4	16,67
Yhteensä	24	100

Vastaajista 48 % oli sitä mieltä, että häntä oli rohkaistu kysymään mieltä askarruttavista asioista (n=25). Vastaajista 36 % oli jokseenkin samaa mieltä, 4 % ei osannut vastata, 12 % oli jokseenkin eri mieltä ja 0 % eri mieltä siitä, että vastaanotolla rohkaistiin kysymään mieltä askarruttavista asioista (n=25). Kysymys 50 oli avoin. Tyhjään tilaan sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Vastauksissa ilmeni rohkaisun merkitys ja puolison tärkeyden merkitys.

Minua rohkaistiin kysymään mieltä askarruttavista asioista mutta ei suvaittu vastata.

Lääkäriini lausunto rohkaisi minua

Puolison sai kerran olla mukana vastaanottamassa tietoa. Vaimoni oli astma- sairas ja usein väsynyt. Hän kuoli astman ja sydämen vajaatoimintaan 2005.

Toivoisin, että vaimot kävisivät aina mukana ainakin urologin vastaanotolla

6.5 Avoimet kysymykset

Avoimia kysymyksiä tarkasteltiin sisällön erittelyn avulla. Vastauksista laskettiin määrällisesti kunkin ilmaisun esiintymiskerrat ja muodostettiin eri luokkia, jonka alle poimittiin luokan otsikkoa kuvaavia ilmaisuja. Tarkoituksena oli muodostaa tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kysymys 51 oli avoin kysymys ja siinä kysyttiin millaisista asioista vastaajat olivat saaneet ristiriitaista tietoa.

Ristiriitaisuuksia syntyi vähäisestä tiedosta koskien eturauhassyövän hoitoa. Tähän kuuluivat muut hoitomuodot ja niiden vaikutus sairauteen, PSA, vitamiinien käyttö ja hoitojen aloitusajankohdat. Yhteensä neljä vastaajaa piti eturauhassyövän hoitoon liittyviä asioita ristiriitojen aiheuttajina. Toisena luokkana ristiriitoja aiheutti tietämättömyys: todettiin ettei sairaus ole aina edes lääkärien hallinnassa. Tietämättömyyttä ristiriitojen aiheuttajana piti yhteensä kaksi vastaajaa. Kolmas ristiriitoja aiheuttanut luokka olivat sairauden vaikutukset. Tähän kuuluivat kyvyn menetys, toipuminen ja jälkivaikutukset, eli yhteensä kolme vastaajaa. Sisällön erittelyn mukaan yhteensä kuusi vastaajaa ilmoitti, ettei asioissa ollut ristiriitaisuuksia. 16 vastaajaa ei vastannut kysymykseen 51 lainkaan.

Ristiriitojen aiheuttajaksi mainittiin neljässä vastauksessa hoitoon liittyvät asiat:

*muut hoitomuodot ja niiden vaikutuksesta sairauteeni
e-vitamiinin käyttö lisätabletein
hormonihoidon ja sädehoidon alkamisajankohdat
PSA*

Kahdessa vastauksessa mainittiin ristiriitojen aiheuttajaksi tietämättömyys:

*sairaus ei ole lääkärienkään hallinnassa, ei tiedetä mistä tauti johtuu
tietämättömyys*

Kolme vastaajaa mainitsi ristiriitojen aiheuttajaksi tiedot sairauden vaikutuksista:

*kyvyn menetys
toipuminen sairaudesta
jälkivaikutukset*

Kysymys 52 oli avoin kysymys ja siinä kysyttiin mitkä olivat vastaajien mielestä tärkeitä heidän sairauttaan koskevia asioita/tietoja. Sisällön erittelyn mukaan suurin luokka olivat eturauhassyövän hoitoon liittyvät asiat. Vastaajien mielestä tärkeitä heidän sairauttaan koskevia asioita olivat hoidon vaikutukset paranemiseen, eri hoitomuodot ja niiden vaikutus elämään, hoitomahdollisuudet, hoidon seuraukset ja mahdollisuudet, uudet hoitomenetelmät, sivuvaikutukset ja niiden hoito, toipumisen kesto ja vaiheet, hoidon vaikutukset virtsaamiseen ja seksiin, PSA ja saadut ajat. Yhteensä tähän luokkaan saatiin 14 vastausta.

Toinen luokka muodostui lääkityksestä. Tähän kuuluivat yhtäaikaisten lääkkeet, vitamiinit ja mielialalääkitys. Tähän luokkaan saatiin yhteensä kolme vastausta. Kolmas

luokka oli sairauden kehitys: vastauksissa mainittiin sairauden kehitys, seuranta, miten jatkossa testataan ja mitä tapahtuu jos PSA nousee. Tähän luokkaan saatiin siis kuusi vastausta. Yksi vastaaja totesi olevansa täysin selvillä asioista ja 13 vastaajaa ei vastannut ollenkaan kysymykseen.

Vastaajien mielestä tärkeitä heidän sairauttaan koskevia asioita olivat 14:ssä vastauksessa eturauhassyövän hoitoon liittyvät asiat:

*hoidon vaikutus parantumiseen
eri hoitomuodot ja niiden vaikutukset elämään
hoitomahdollisuudet
eri hoitojen seuraukset ja mahdollisuudet
uudet menetelmät
miten hoidetaan
sivuvaikutukset ja niiden hoito
seksi- ja virtsaamisvaivat
toipumisen kesto ja vaiheet
PSA
ennalta saadut ajat*

Kolmen vastaajan mielestä tärkeitä heidän sairauttaan koskevia asioita olivat lääkitykseen liittyvät asiat:

*kalkki + D-vitamiini
mielialälääkitys
muut lääkkeet*

Kaksi vastaajaa mainitsi tukipalvelujen olevan tärkeitä heidän sairauttaan koskevia asioita:

*omahoitaja
Heimoveljet*

Viisi vastaajaa mainitsi sairauden kehityksen olevan tärkeä hänen sairauttaan koskeva asia:

*miten toimitaan jos PSA nousee
sairauteni kehitys
soluseurannan kehittymien tulokset
miten jatkossa testataan
seuranta*

Kysymyksessä 53 kysyttiin, minkälaisia asioita vastaajien mielestä tulisi kehittää potilaan ohjauksessa. Sisällön erittelyn mukaan suurin kehitettävän alueen muodostama

luokka olivat eturauhassyövän hoitoon liittyvät asiat. Vastauksissa ilmeni seuraavia asioita: toivottiin tiedottamista hoitoprosessin muutoksista, toivottiin, että potilaalle kerrottaisiin haittavaikutuksista ja pidettäisiin ajan tasalla, alkavat vaivat otettaisiin vakavasti ja eri sairaudet otettaisiin huomioon, sekä huomioitaisiin myös henkinen puoli. Tähän luokkaan saatiin seitsemän vastausta. Toisen luokan muodosti tiedon lisääminen. Toivottiin, että kerrottaisiin aktiivisemmin tukitoiminnasta ja annettaisiin ohjeet sekä suullisesti, että kirjallisesti, tutkimuksia seurattaisiin laajasti ja niistä tiedotettaisiin potilaille. Lisäksi toivottiin enemmän tietoa sairauden vaikutuksesta elämään. Tähän luokkaan saatiin yhteensä neljä vastausta.

Kolmannen luokan muodosti vuorovaikutus. Siihen kuului seuraavia asioita: toivottiin avoimen keskustelun lisäämistä, toivottiin, että saisi keskustella asiantuntijan kanssa, pidettäisiin ajan tasalla ja yksinäiset henkilöt huomioitaisiin, psyykkisistä asioista keskusteltaisiin, keskusteltaisiin eri hoitovaihtoehdoista, toivottiin nopeaa mahdollisuutta saada keskustella lääkärin/hoitajan kanssa, toivottiin lääkäreiltä aikaa ja avoimuutta ja lisäksi uskonnollista tukityötä. Tähän luokkaan saatiin seitsemän vastausta. Yksi vastaaja ei osannut vastata kysymykseen ja 15 vastaajaa jätti kysymyksen 53 kokonaan tyhjäksi.

Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että eturauhassyövän hoitoon liittyvät asiat olisivat kehitettävä alue potilaan ohjauksessa:

*hoitoprosessin muutostilanteissa ohjeita omalle toiminnalleni
haittavaikutuksista kertominen
ajan tasalla pitäminen
nuorella iällä alkaneiden oireiden huomiointi
on otettava henkilön eri sairaudet huomioon
henkisen voinnin huomioiminen
masennuksen hoito*

Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että tiedon lisääminen olisi potilaan ohjauksessa kehitettävä alue:

*syöpäyhdistyksen tukihenkilöistä kertominen
laaja tutkimusten seuraaminen
tietoa sairaudesta ja sairauden vaikutuksesta elämään
tiedot myös kirjallisesti*

Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että vuorovaikutukseen liittyvät asiat olisivat kehitettävä alue potilaan ohjauksessa:

*keskustelu tilanteestaan
lääkäreiltä aikaa ja avoimuutta
keskustelut eri vaihtoehdoista
avointa keskustelua syöpäasioista
yksinäisen henkilön asia korostuu sairastaessa
uskontoon liittyvää tukityö
psykkisistä asioista keskustelu*

Kysymyksessä 54 kysyttiin minkälaiset asiat jäivät erityisesti mieleen hoitajan vastaanotolla. Ensimmäisen luokan muodostivat hoitajan ominaisuudet. Sisällön erittelyn mukaan hoitajan vastaanotolla mieleen jääneitä asioita olivat hoitajan miellyttävyys ja hyvä tilanteen hoitaminen, hyvä hoito, miellyttävä rauhallinen/avoin keskusteluilmapiiri, sekä se, että puoliso sai olla mukana. Lisäksi mainittiin asiallinen tieto ja asiallisuus, sekä toivon luominen, selkeät ohjeet ja neuvot ja tukihenkilöistä kertominen. Myös hoitajan ammattitaitoa kiitettiin. Tähän luokkaan saatiin 11 vastausta. Toisen luokan muodostivat hoitoa koskevat asiat. Tässä luokassa mainittiin, että hoito oli hyvää, Porin pohjoisella terv. keskuksella kaikki pelasi hyvin ja hyvät asiat jäivät mieleen. Tähän luokkaan saatiin kolme vastausta. Kolmannen luokan muodosti tuki. Tähän luokkaan kuuluivat Heimoveljien neuvot, tukihenkilöt ja vaimon kannustus. Yhteensä luokkaan kolme saatiin kolme vastausta. Neljännen luokan muodosti sairautta koskeva tieto. Tässä luokassa mainittiin taudin yleisyys, katetrien käyttöön liittyvät varoitukset, neuvot kotihoitoon siirtyessä ja vaikutukset esim. avioelämään. Luokkaan neljä saatiin neljä vastausta. 14 vastaajaa jätti kysymyksen 54 tyhjäksi.

Mieleen jääneitä asioita olivat 11 vastaajan mielestä hoitajan ominaisuudet:

*hoitaja miellyttävä
hoiti tilanteen hyvin
asiallisuus
hoitajan asiallinen tieto sairaudestani
toivon luominen, asiansa osaavia, loivat toivoa tulevaisuuteen
hoitajasta osasi ja hallitsi tehtävänsä
keskustelu oli antoisaa ja rakentavaa
selkeät ohjeet
alkavat eturauhasvaivat vakavasti
miellyttävä, rauhallinen ja avoin keskusteluilmapiiri
tiedot hoitajan saatavuudesta*

Kolmen vastaajan mielestä mieleen jääneitä asioita olivat hoitoa koskevat asiat:

*hoito hyvää
Porin pohjoisella terv. keskuksella kaikki pelasi hyvin
hyvät asiat*

Kolmen vastaajan mielestä mieleen jäänyt asia oli saatu tuki:

*Heimoveljien neuvot
tukihenkilöt
vaimoni kannustus*

Viiden vastaajan mielestä mieleen jääneitä asioita olivat sairautta koskevat tiedot:

*taudin yleisyys
katetrin käyttöön liittyvät varoitukset
neuvot kun lähdin kotihoitoon
vaikutus esim. avioelämään*

6.6 Tulosten tarkastelu

6.6.1 Tiedonsaanti eturauhassyöpää koskevista asioista

Vastaajilta kysyttiin alkuvaiheessa saadun tiedon riittävyyttä eturauhassyöpää koskevista asioista. Asioita, joista eturauhassyöpöpotilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa alkuvaiheen potilasneuvonnan yhteydessä, olivat mm. tieto eturauhassyöpästä sairautena: 44.48 % oli samaa mieltä tiedon riittävyydestä, mutta 6.9 % eri mieltä (n=29). N:llä tarkoitetaan kuhunkin kysymykseen vastanneiden lukumäärää. Suurin osa vastaajista, 34.48 % koki olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, että eturauhasen anatomiasta oli annettu riittävästi tietoa, 6.9 % vastaajista oli eri mieltä (n=29). Vastaajista 46.43 % oli samaa mieltä siitä, että sairauden levinneisyydestä oli annettu tarpeeksi tietoa (n=28).

Suurin osa vastaajista, 37.04 %, ei osannut sanoa, oliko sairauden oireista annettu riittävästi tietoa (n=27). Sairauden ennusteesta oli saatu jokseenkin hyvin tietoa: 34.48 % oli samaa mieltä siitä, että tietoa oli saatu riittävästi (n=29). Vastaajista 42.86 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että eturauhassyöpän yleisyydestä oli saatu riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 29.63 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että

eturauhassyövän luokittelusta oli saatu tarpeeksi tietoa (n=27). Myös omalla aktiivisuudella näytti olevan osaa siihen, mihin hoitomuotoon päädyttiin.

6.6.2 Tiedonsaanti eturauhassyövän hoitoa koskevista asioista

Vastaajilta kysyttiin alkuvaiheessa saadun tiedon riittävyyttä eturauhassyövän hoitoa koskevista asioista. Vastaajista 42.86 % oli samaa mieltä siitä, että eri hoitovaihtoehtoista annettiin riittävästi tietoa (n=28). Vastaajista 44.44 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkohoitomahdollisuuksista annettiin riittävästi tietoa, 7.41 % oli eri mieltä (n=27). Vastaajista 34.62 % ei osannut sanoa, oliko apuvälineistä, kuten katetreista annettu riittävästi tietoa. Pääosin tiedonsaantiin apuvälineistä oltiin kuitenkin tyytyväisiä (n=26). Tiedonsaantiin sairauden seurannasta oltiin tyytyväisiä: 53.57 % oli samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=28). Vastaajista 37.93 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että haittavaikutuksista annettiin riittävästi tietoa, 20.69 % oli jokseenkin eri mieltä (n=29).

Vastaajista 44.44 % oli samaa mieltä siitä, että toimenpiteistä saatiin riittävästi tietoa (n=27). Myös lääkityksestä saatuun tietoon oltiin tyytyväisiä: 36.67 % oli jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=30). Vastaajista 42.86 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävästi tietoa itsensä hoitamisen merkityksestä (n=28). Jokseenkin samaa mieltä siitä, että kivunhoidosta oli annettu riittävästi tietoa, oli 33.33 % vastaajista. Toisaalta 33.33 % ei osannut vastata kysymykseen ja 11.11 % oli jokseenkin eri mieltä (n=27).

Vastaajista 14.81 % oli jokseenkin eri mieltä siitä, että oli saanut riittävästi tietoa hoitoajan pituuteen vaikuttavista tekijöistä (n=27). Kysyttäessä mahdollisuuksista osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, 14.29 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että asiasta oli annettu riittävästi tietoa (n=28). Kuntoutusmahdollisuuksista oli saatu suhteellisen hyvin tietoa: 37.04 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=27).

Paikallisesti rajoittunutta syöpää sairastavista 33.33 % oli samaa mieltä siitä, että eri hoitovaihtoehtoista oli saatu riittävästi tietoa, vain 4.76 % oli eri mieltä tiedon riittävydestä (n=21). Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista 66.66 % oli samaa

mieltä ja 33.33 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että eri hoitovaihtoehtoista oli saatu riittävästi tietoa (n=6). Paikallisesti rajoittunutta eturauhassyöpää sairastavista 50 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkohoitomahdollisuuksista oli saatu riittävästi tietoa, 9.09 % oli eri mieltä (n=22). Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista 40 % oli samaa mieltä, 20 % jokseenkin samaa mieltä ja 40 % ei osannut vastata kysymykseen, oliko jatkohoitomahdollisuuksista saatu riittävästi tietoa (n=5).

6.6.3 Tiedonsaanti eturauhassyövän vaikutuksista

Vastaajilta kysyttiin alkuvaiheessa saadun tiedon riittävyttä eturauhassyövän vaikutuksista. Vaikutuksista perhe-elämään oli saatu hyvin tietoa: 51.72 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=29). Riittävästi tietoa sairauden vaikutuksista sukupuolielämään koki saaneensa 17.86 % vastaajista. Vastaajista 10.71 % oli jokseenkin eri mieltä ja 10.71 % eri mieltä (n=28). Vastaajista 20.69 % oli samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävästi tietoa siitä, kuinka kertoa muille ihmisille sairaudestaan (n=29). Psykkisestä hyvinvoinnista ei saatu kauhean hyvin tietoa: 14.29 % oli jokseenkin eri mieltä tiedon riittävydestä ja 10.71 % eri mieltä (n=28). Myöskään hengellisistä asioista ei saatu riittävästi tietoa: 21.43 % oli jokseenkin eri mieltä tiedon riittävydestä ja 17.86 % eri mieltä (n=28).

Sairauden taloudellisista vaikutuksista saatiin tarpeeksi tietoa: 48.28 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=29). Myös sairauden vaikutuksista työkykyyn saatiin riittävästi tietoa: 59.26 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=27). Sairauden vaikutuksista elintapoihin saatiin myös riittävästi tietoa: 46.43 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=28). Sosiaaliturvasta saatiin hyvin tietoa: 48.28 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=29). Syöpäyhdistyksen tarjoamasta vertaistuesta saatiin hyvin tietoa: jopa 58.62 % oli samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=29). Jokseenkin hyvin oli saatu tietoa siitä keneen voi ottaa yhteyttä kun tulee kysyttävää: 53.33 % oli samaa mieltä ja 20 % jokseenkin samaa mieltä tiedon riittävydestä (n=30).

6.6.4 Kokemukset vuorovaikutuksesta ohjaustilanteissa

Vastaajilta kysyttiin alkuvaiheen kokemuksia vuorovaikutuksesta. Kuulluksi ja ymmärretyksi koki tulleensa suurin osa vastaajista: 51.85 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä että oli tullut kuulluksi (n=27). Suurin osa vastaajista oli myös pitänyt tavasta, jolla sai neuvontaa: 39.29 % oli samaa mieltä siitä että oli pitänyt tavasta, jolla sai neuvontaa (n=28). Sairaanhoidajan ammattitaitoon oltiin erittäin tyytyväisiä. 66.67 % oli samaa mieltä siitä, että sairaanhoidajan ammattitaito oli riittävä (n=27). Vastaajista 65.38 % oli samaa mieltä siitä, että sairaanhoidaja työskenteli kiireettömästi (n=26). Vastaajat olisivat kaivanneet vieläkin enemmän tukea: 34.62 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että olisi kaivannut enemmän tukea. Vain 7.69 % oli eri mieltä (n=26). Vastaajista 48.15 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hänen mielipiteitään arvostettiin (n=27).

6.6.5 Saatu tieto voimavarojen vahvistajana

Vastaajilta kysyttiin miten alkuvaiheen neuvonta oli tukenut heitä voimavarojen vahvistamisessa. Vastaajista 42.86 % oli samaa mieltä siitä, että sai tietoa oikeana ajankohtana, 14.29 % oli eri mieltä (n=28). Vastaajista 44 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sai tietoa liikaa kerralla (n=25). Vastaajista 44 % oli samaa mieltä siitä, että myös lähimmäinen (esim. puoliso) oli mukana vastaanottamassa tietoa, 32 % oli eri mieltä (n=25). Vastaajista 41.67 % oli eri mieltä siitä, että puoliso esitti vastaanotolla hoitoa koskevia kysymyksiä (n=24). Vastaajista 37.5 % oli eri mieltä siitä, että lähimmäinen (esim. puoliso) olisi muistanut myöhemmin vastaanotolta asioita, joita vastaaja itse ei olisi muistanut, 20.83 % oli samaa mieltä (n=24).

Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että ohjeet oli annettu suullisesti ja kirjallisesti: 34.62 % oli samaa mieltä (n=26). Suurin osa vastaajista oli ymmärtänyt annetut ohjeet: 51.85 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että annetut tiedot oli ymmärretty (n=27). Vastaajista 25 % oli jokseenkin eri mieltä siitä, että oli saanut ristiriitaista tietoa (n=24). Vastaajista 48 % oli samaa mieltä siitä, että häntä oli rohkaistu kysymään mieltä askarruttavista asioista (n=25).

Vastaajista 90 % ilmoitti elävänsä avioliitossa/avoliitossa. Avioliitossa/avoliitossa eläneistä 40.74 % oli samaa mieltä siitä, että myös lähimmäinen (esim. puoliso) oli mukana vastaanottamassa tietoa, 25.92 % oli eri mieltä (n=27). Avioliitossa/avoliitossa eläneistä 14.81 % oli samaa mieltä ja 22.22 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että lähimmäinen (esim. puoliso) muisti myöhemmin vastaanotolta asioita, joita vastaaja itse ei olisi muistanut, 33.33 % vastaajista oli eri mieltä (n=27). Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että lähimmäisen merkitys tiedon vastaanottamisessa on merkittävä.

6.6.6 Avoimet kysymykset

Asioita, joista vastaajat kokivat saaneensa ristiriitaista tietoa, olivat mm. eri hoitomuodot ja niiden vaikutukset, PSA, sairaudesta toipuminen ja jälkivaikutukset, lisävitamiinit, kyvyn menetys ja hoitojen aloitusajankohdat. Vastaajille tärkeitä sairautta koskevia asioita olivat valitun hoidon vaikutus paranemiseen, saadut ajat, sairauden kehitys, muiden lääkkeiden yhtäaikainen käyttö, soluseurannan tulokset, eri hoitomuodot ja niiden vaikutukset, hoitomahdollisuudet, hoitojen seuraukset, uudet menetelmät, sivuvaikutukset, toipumisen kesto, seksi- ja virtsaamisvaivat, PSA, seuranta ja mielialälääkitys.

Asioita, joita vastaajien mielestä tulisi kehittää potilaan ohjauksessa, olivat nopea mahdollisuus saada keskustella leikkaavan lääkärin/hoitajan kanssa kun sairaus on todettu, tutkimusten laaja seuraaminen ja niistä potilaalle tiedottaminen, hoitoprosessin muuttuessa siitä on annettava omat ohjeet, kaiken tiedon antamista sairaudesta ja sen vaikutuksista elämään tulisi lisätä, masennuksen hoidon huomioiminen, uskontoon liittyvä tukityö, tiedon antaminen syöpäyhdistyksen tukihenkilöistä, avoimen keskustelun lisääminen, psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen, keskustelu eri hoitovaihtoehtoista siten, ettei potilaan tarvitse tehdä itse suuria päätöksiä, nuorella iälläkin alkaneiden oireiden huomiointi, lääkäreiltä aikaa ja avoimuutta, heti alussa tulisi antaa tiedot myös kirjallisesti.

Asioita, jotka jäivät erityisesti mieleen hoitajan vastaanotolla, olivat hoitajan miellyttävyys, hyvä tilanteen hoitaminen, selkeät ohjeet tulevista kontrollitapaamisista, asiallinen tieto sairaudesta ja hoitajan saatavuudesta, miellyttävä ja rauhallinen

keskusteluilmapiiri, jossa puoliso sai olla mukana, ammatillisuus, toivon luominen ja lisäksi toivomus siitä, että alkavat eturauhasvaivat otettaisiin vakavasti.

7 LUOTETTAVUUS

7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Tutkimuksen validius, pätevyys, tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Pätevässä tutkimuksessa ei saisi olla systemaattista virhettä. Tämä tarkoittaa sitä, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet mittarin eli kyselylomakkeen kysymykset. Tulokset voivat vääristyä, jos tutkittava ei ajattelekaan, kuten tutkija oletti. Tutkimuksen pätevyyttä tulisi tarkastella siten jo tutkimusta suunniteltaessa. Tämä tarkoittaa käsitteiden tarkkaa määrittelyä, aineiston keräämisen ja mittarin huolellista suunnittelua sekä varmistamista, että mittarin kysymykset kattavat koko tutkimusongelman. (Vilka 2005, 161.)

Mikäli käytettävissä on valmis mittari, jonka pätevyys ja luotettavuus on tutkittu, on hyvä käyttää sitä. Tällainen mittari on yleensä testattu laajalla ihmismäärällä ja sen luotettavuus on tutkittu. Tällaisella mittarilla saadut tulokset ovat yleensä vertailukelpoisia muiden samalla mittarilla saatujen tulosten kanssa. Aina tulisi kuitenkin tarkistaa mittarin sopivuus juuri omalle aineistolle. (Metsämuuronen 2000, 43.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin mittarina Likertin asteikkoa. Mittarin ongelmana saattaa olla se, etteivät kaikki vastaajat välttämättä tulkinneet kysymyksiä samalla tavalla. Kaikilla vastaajilla ei myös välttämättä ollut edellytyksiä vastata kysymyksiin. Kun kysyttiin esimerkiksi saitteko riittävästi tietoa lääkityksestä, se ei välttämättä koskettanut kaikkia vastaajia. Tällöin heidän oli pakko vastata esimerkiksi ”en osaa sanoa”, jolloin vastauksesta ei ilmennyt oliko vika siinä että kyseistä asiaa ei muistettu vai siitä, ettei se ollenkaan koskenut vastaajaa. Vastaajien motivaatio saattoi myös

laskea kyselyn loppua kohden, koska kysely oli pitkä ja kyselyyn vastaajat olivat iäkkäitä henkilöitä.

Tutkimuksen reliabiliteetilla, luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen luotettavuus on sitä suurempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tuloksiin. Luotettavuutta parantaa oikeiden mittareiden valinta ja soveltuvuus mittauskohteen mittaamiseen. Mitä tarkempia tutkimustuloksia halutaan, sitä tarkempi mittarin tulee olla. (Valli 2001, 92.)

Monet asiat voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Satunnaisvirheitä saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, että vastaaja muistaa jonkin asian väärin vastatessaan tai ymmärtää asian eri tavalla kuin tutkija tai tutkija tekee virheitä tallentaessaan tietoja. Tutkimuksen tavoitteiden kannalta virheiden vaikutus ei välttämättä ole kovin suuri. On tärkeää, että tutkija ottaa kantaa tutkimuksessa ilmenneisiin satunnaisvirheisiin. Jos tutkimustulokset suhteutettuna muiden tutkimusten tuloksiin vaikuttavat kummallisilta, jää pohdittavaksi, mistä mahdolliset virheet johtuvat. (Vilka 2005, 162.)

Tämän tutkimuksen vastausprosentti oli 88 %, mitä voidaan pitää hyvänä. Tutkimuksen tulokset saattoivat vääristyä esimerkiksi sen seurauksena, että vastaajat eivät enää muistaneet kovin tarkkaan alkuvaiheen potilasneuvonnan tapahtumia. Luotettavuutta heikensi myös se, että osa vastaajista kommentoi sivun reunaan, miten hänen mielestään asia oikeasti oli. Varmuudella ei voida myöskään sanoa, kuinka vakavasti tutkimukseen vastattiin, koska Heimoveljien kokoontumisen alussa kyselylomakkeeseen varattu aika oli rajallinen ja moni olisi tarvinnut vielä enemmän aikaa. Joidenkin kysymysten kohdalla oli varattu tyhjä viiva, johon sai kirjoittaa omia ajatuksiaan. Ajatukset eivät välttämättä liittyneet edellisiin kysymyksiin, vaan niissä oli kaikkea mieleen tulevia asioita, jolloin niitä oli vaikea ryhmitellä.

Kaikkiin kysymyksiin ei myös välttämättä löytynyt sopivaa vastausvaihtoehtoa, esimerkiksi oletteko saaneet riittävästi tietoa sukupuolielämästä - kysymys ei välttämättä koskettanut ollenkaan vastaajaa. Alkuvaiheen potilasneuvonnan kokemukset saatettiin myös sekoittaa myöhempiin kokemuksiin. Kaikkiin kysymyksiin ei myös välttämättä olisi ollut sopivaa käyttää Likertin 5- portaista vastausasteikkoa, vaan kyllä-ei- astettelua. Esimerkki tällaisesta kysymyksestä oli ”Lähimmäiseni (esim. puoliso)

esitti vastaanotolla hoitoani koskevia kysymyksiä. Eräs vastaajista oli jopa lisännyt perään selityksen: ei ollut mukana.

8 EETTISYYS

Tutkimuksen etiikan varmistaminen tutkimusta suunniteltaessa on välttämätöntä. Hoitotyön tutkimuksen etiikan tulee olla sopuosoinnussa niin yleisen tutkimuksen etiikan kuin hoitotyön ammattietiikan kanssa. Tutkijan tulee ottaa huomioon tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, heidän omaisensa, rahoittajat, työyhteisönsä ja työtoverinsa. Viimekädessä eettiset ratkaisut kuitenkin liittyvät tutkijan sisäiseen moraaliin. Tutkijan eettisyys tutkimustulosten julkaisemisessa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Luonnollisestikaan tutkija ei saa väärentää tuloksia eikä jättää oleellista osaa niistä kertomatta. (Krause & Kiikkala 1996, 64.)

Tämän tutkimuksen kohdalla potilaat olivat tietoisia, ettei vastauksia käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja potilailla oli oikeus nimettömyyteen. Kyselylomakkeessa kerroin, että tietoa tullaan käyttämään ainoastaan potilasohjauksen kehittämiseen. Kysymyksiä miettiessä pyrin kunnioittamaan vastaajia noudattamalla eettisyyden periaatteita.

9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia puutteita eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnassa ilmenee sairauden alkuvaiheessa. Tavoitteena oli saada tietoa eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnan kehittämiseksi. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista, määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineistonhankintamenetelmänä kyselylomakkeessa oli Likertin 5- portainen vastausasteikko. Kyselylomake sisälsi myös avoimia kysymyksiä.

Tutkimustulosten mukaan eturauhassyöpää koskevista asioista, kuten eturauhassyövästä sairautena oli saatu tarpeeksi tietoa. Myös hoitoa koskevista asioista, kuten eri

hoitovaihtoehtoista oli saatu tarpeeksi tietoa. Sen sijaan haittavaikutuksista ja kivunhoidosta kaivattiin enemmän tietoa. Enemmän tietoa kaivattiin myös hoitoajan pituudesta ja mahdollisuuksista osallistua oman hoidon suunnitteluun. Eturauhassyövän vaikutuksista esimerkiksi perhe-elämään saatiin riittävästi tietoa. Sen sijaan selvästi enemmän tietoa kaivattiin vaikutuksista sukupuolielämään ja psyykkiseen hyvinvointiin. Myös hengellisistä asioista kaivattiin enemmän tietoa.

Vuorovaikutukseen oltiin pääosin erittäin tyytyväisiä. Eturauhassyöpäpotilaat olisivat kuitenkin kaivanneet vieläkin enemmän tukea. Tiedon vaikutus voimavarojen vahvistamisessa koettiin riittäväksi. Tiedon antamisen ajankohtaan voisi kuitenkin vielä useammin kiinnittää huomiota. Osaltaan vastaajat kokivat myös saaneensa liikaa tietoa kerralla. Omaisen merkitys tiedon vastaanottamisessa oli suhteellisen merkittävä, ja heidän läsnäoloonsa tulisi suhtautua myönteisesti.

Opinnäytetyö aihe on ajankohtainen: eturauhassyöpiä diagnosoidaan yhä enemmän. Tilastoissa riski sairastua eturauhassyöpään on 9 %, jos yksikään sukulainen ei ole sairastunut. Riski sairastua eturauhassyöpään on 14 %, jos isä tai veli on sairastanut ja 22 %, jos isä tai veli on sairastanut ennen 60 vuoden ikää. Riski sairastua eturauhassyöpään on 30 %, jos kaksi lähisukulaista on sairastanut ja noin 40 %, jos sukulaisista kolme tai useampi on sairastanut. (Norlen ym. 2008, 15.)

Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys oli laaja. Aineistoa löytyi todella paljon ja sain tutkimuksia hyvin käsiini (Liite 6). Eri tutkimusten kautta pystyin vertailemaan eri näkökulmia. Tutkimuksista saadut tiedot täydensivät toisiaan. Todettiin, että esimerkiksi seksuaalisuudesta saatiin vähemmän tietoa kuin oli haluttu. Yhteistyössä Satakunnan Syöpäyhdistyksen kanssa tavoitin enemmän vastaajia, kuin olisin itse pystynyt tavoittamaan. Aiemmissä tutkimuksissa todettiin, että kehittämisalueiksi havaittiin potilaalle tiedottaminen, omaisten huomioiminen, sekä tukihenkilöverkoston luominen. Saman suuntaisia vastauksia saatiin myös tässä tutkimuksessa. Uusina asioina todettiin, että hengellisten ja psyykkisten tarpeiden huomioimiseen tulisi vielä panostaa. Kysymyslomaketta olisi voinut rajata vieläkin enemmän ja kohdistaa tutkimusta tiettyihin suuriin alueisiin.

Opinnäytetyön luotettavuutta ajatellen käytetyn mittarin ongelmana saattoi olla se, etteivät kaikki vastaajat välttämättä tulkinneet kysymyksiä samalla tavalla. Kaikilla vastaajilla ei myös välttämättä ollut edellytyksiä vastata kysymyksiin. Kun kysyttiin esimerkiksi saitteko riittävästi tietoa lääkityksestä, se ei välttämättä koskettanut kaikkia vastaajia. Tällöin heidän oli pakko vastata esimerkiksi ”en osaa sanoa”, jolloin vastauksesta ei ilmennyt oliko vika siinä että kyseistä asiaa ei muistettu vai siitä, ettei se ollenkaan koskenut vastaajaa. Vastaajien motivaatio saattoi myös laskea kyselyn loppua kohden, koska kysely oli pitkä ja kyselyyn vastaajat olivat iäkkäitä henkilöitä. Myös vastausprosenttien laskeminen ja siirtäminen ovat olleet tekijä, joka saattaa helposti aiheuttaa vahingossa virheellisiä tuloksia. Vastauksia pyrittiin tarkistamaan moneen otteeseen, jotta vastausprosentin muodostaisivat lopulta yhteensä 100 %.

Käytettyä mittaria ei oltu testattu aiemmin ennen kyselyn suorittamista. Näin jälkeen päin ajatellen sitä olisi voitu testata muutamalla ihmisellä. Todennäköisesti palautteeksi olisi saatu toivomus kyselylomakkeen lyhentämisestä. Osaan kysymyksistä olisi voinut myös lisätä: ”ellei kysymys kosketa teitä, siirtykää seuraavaan kysymykseen”.

Sisällysluettelon laatiminen oli vaikeaa teorian paljouden vuoksi. Potilasneuvonnasta kerrottaessa jouduin yhdistelemään eri aiheita samaan kappaleeseen saadakseni kappaleiden määrää vähemmäksi. Keskeisenä käsitteenä oli nimenomaan akuuttivaiheen potilasneuvonta, mutta pääotsikoksi päädyttiin laittamaan eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonta, koska kappale kertoi akuuttivaiheen lisäksi paljon myös yleisesti potilasneuvonnasta. Tulosten esittämisosasta pyrittiin vähentämään taulukoita: lopulliseen versioon jäi puolet niistä taulukoista, mitä aluksi oli. Tulososan lauserakenteita oli vaikea miettiä, koska lauseet sisälsivät erittäin paljon prosentteja. Lauseita muokattiin monta kertaa. Avoimia kysymyksiä olisi voinut kuvata myös erillisinä kaavioina, mutta ajatus hylättiin ajan puutteen vuoksi. Teoriaa eturauhassyövästä ja potilasneuvonnasta löytyi niin paljon, että kappaleiden järjestäminen täysin loogiseen muotoon ei onnistunut.

Asetetut tutkimusongelmat tulivat suurelta osin ratkaistuksi. Opinnäytetyön alussa aiheen rajaaminen oli melko haasteellista. Tietoa saatiin siitä mistä sitä kaivattiinkin. Koska tutkimusjoukko oli pieni, tutkimustuloksia ei voida yleistää. Tulokset ovat suuntaa antavia. Jatkossa olisi hyvä tutkia myös vertaisryhmän ulkopuolisten

eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia potilasneuvonnasta. Myös seksuaalisuutta potilasneuvonnan kohteena voisi tutkia vielä enemmän: mitä tunteita se herättää? Miten potilaat suhtautuvat siihen?

LÄHTEET

Aro- Koivisto, C & Lehtimäki, J. 2007. Eturauhassyöpään sairastuneen puolison hoitohenkilökunnalta saama tuki. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Harjavallan yksikkö, opinnäytetyö.

Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2006. Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Harjajärvi, K., Toivola, J. 1997. Eturauhassyöpä ja miesten kokemuksia sen kirurgisesta hoidosta. Tampereen Terveydenhuolto- oppilaitos, Erikoistyö.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5 p. Helsinki: Edita.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12 p. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, E. 1992. Potilasopetus hoitotyössä. Hoitotieteen pro-gradu tutkielma, Tampereen yliopisto.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A45. Digipaino Turun Yliopisto.

Kaukkila, H-S., Lauri, S., Karhuvaara, R., Laitinen, I., Ruotsalainen, E., Klemi, M., Ahonen, M., Suominen, L. & Hantula M. 2001. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoidosta. Tutkimustuloksia Turun Yliopistollisen keskussairaalan kirurgian ja onkologian klinikalta. Hoitotyön julkaisusarja.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Lauri, S. & Sainio, C. 1995. Syöpää sairastava potilas ja hänen selviytymisensä tukeminen: opetusmateriaalia toimipaikkakoulutukseen. Turun yliopistollinen keskussairaala, Hoitotyön julkaisusarja.

Lauri, S. & Marjamäki, M. 1995. Asiakkaan/potilaan ohjaus ja neuvonta terveydenhuollossa. Turun ja Porin lääninhallitus, läänin hoitotyön asiantuntijaryhmä.

Leino- Kilpi, H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 222- 231.

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Methelp.

Norlen, B. J. & Schenkmanis, U. 2008. Eturauhassyöpä. WSOY

Salonen, R. 1998. Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus. Haastattelututkimus potilaille ja omaisille. Opinnäytetyötutkimus, Kuopion Yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Petäys, P. 2004. Miehen elämänkaari turvaa ja puhtia lisääntyviin ikävuosiin. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy. Ajatus kirjat.

Piironen, R. & Heino, K. 2002. Potilasinformaation toteutuminen syöpäpotilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopistollinen sairaala, Syöpätautien klinikka.

Rannikko, S., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. 1995. Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rosenberg, L. 2005. Eturauhassyöpäpotilaan opas: eturauhassyöpä ja sen hoito, sairauden vaikutukset elämään, seksuaalisuus ja parisuhde. Suomen Syöpäpotilaat ry. Painotalo Miktor Ky.

Salonen, R. 1998. Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus. Haastattelututkimus potilaille ja omaisille. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Juvonen, S. & Lauri, S. 1994. Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Turun yliopiston offsetpaino.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS- kustannus

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

SÄHKÖISET LÄHTEET

Syöpätaudit [verkkodokumentti]. 2006. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim [Viitattu 18.7.2008]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00030

LIITE 1

ETURAUHASSYÖVÄN TNM- LUOKITUS

Primaarikasvain (T-luokka)

- TX: kasvainta ei voida määrittää
- T0: ei viitettä primaarikasvaimesta
- T1: kasvain ei ole palpoitavissa eikä visualisoitavissa
- T1a: kasvain on histologinen sattumalöydös, alle 5 % poistetusta kudoksesta on kasvainta
- T1b: kasvain on histologinen sattumalöydös, yli 5 % poistetusta kudoksesta on kasvainta
- T1c: kasvain on todettu (esimerkiksi suurentuneen PSA- arvon vuoksi tehdyssä neulabiopsiassa)
- T2: kasvain on rajoittunut eturauhaseen
- T2a: kasvain on rajoittunut yhteen lohkoon (alle 50 % lohkosta)
- T2b: kasvain on rajoittunut yhteen lohkoon (yli 50 % lohkosta)
- T2c: kasvain on rajoittunut molempiin lohkoihin
- T3: kasvain tunkeutuu eturauhaskapselin läpi
- T3a: toispuoleinen tai molemminpuolinen kapselin läpikasvu
- T3b: kasvain tunkeutuu rakkularauhaseen
- T4: kasvain on fiksoitunut tai tunkeutuu muihin lähielimiin kuin rakkularauhasiin: virtsarakon kaulaan, ulompaan sulkijalihakseen, peräsuoleen, lantiopohjan lihaksiin tai lantion seinämään

Alueelliset imusolmukkeet (N-luokka)

- NX: alueellisia imusolmukkeita ei voida määrittää
- N0: ei alueellisia imusolmuke- etäpesäkkeitä
- N1: alueellisia imusolmuke- etäpesäkkeitä

Etäpesäkkeet kauempana (M-luokka)

- MX: etäpesäkkeitä ei voida määrittää
- M0: ei etäpesäkkeitä
- M1: etäpesäkkeitä
- M1a: etäpesäkkeitä myös muissa kuin alueellisissa imusolmukkeissa
- M1b: etäpesäkkeitä luissa
- M1c: etäpesäkkeitä muissa elimissä

(suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2007).

LIITE 2

KYSELYKAAVAKE

Olkaa hyvä ja lukekaa kysymykset huolellisesti läpi ja vastatkaa annettujen ohjeiden mukaan. Kysymykset koskevat kokemuksianne sairastumisen alkuvaiheessa. Alkuvaiheella tarkoitetaan ajankohtaa, jolloin teillä on todettu eturauhassyöpä ja olette ensimmäistä kertaa hakeutuneet hoitoon ja keskustelleet sairaanhoitajan kanssa.

PERUSTIEDOT

Vastatkaa rengastamalla sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

1. Nykyinen ikänne (vuosina) _____

2. Nykyinen siviilisäätynne

Naimaton	a
Avoliitossa/avoliitossa	b
Leski	c
Eronnut	d

3. Minä vuonna sairautenne todettiin? _____

4. Minkälaista hoitoa/hoitoja saitte kun sairaus todettiin?

Leikkaushoito	a
Sädehoito	b
Solunsalpaajahoito	c
Hormonihoito	d
En vielä mitään hoitoa	e

5. Onko sairautenne:

Paikallisesti rajoittunut	a
Todettu levinneeksi	b

KOKEMUKSENNE POTILASNEUVONNASTA

Seuraavat kysymykset koskevat sairauteenne liittyviä asioita. Ympyröikää sopivaksi katsomanne vaihtoehto. Tyhjälle viivalle saa kirjoittaa mieleen tulevia asioita.

- 1= Samaa mieltä
 2= Jokseenkin samaa mieltä
 3= En osaa sanoa
 4= Jokseenkin eri mieltä
 5= Eri mieltä

SAIN RIITTÄVÄSTI TIETOA SEURAAVISTA ETURAUHASSYÖPÄÄ KOSKEVISTA ASIOISTA:

1. Eturauhassyövistä sairautena.	1	2	3	4	5
2. Eturauhasen anatomiasta.	1	2	3	4	5
3. Sairauden levinneisyydestä.	1	2	3	4	5
4. Sairauden oireista.	1	2	3	4	5
5. Sairauden ennusteesta.	1	2	3	4	5
6. Eturauhassyövän yleisyydestä.	1	2	3	4	5
7. Eturauhassyövän luokittelusta.	1	2	3	4	5
8. Muusta:					

SAIN RIITTÄVÄSTI TIETOA SEURAAVISTA ETURAUHASSYÖVÄN HOITOA KOSKEVISTA ASIOISTA:

9. Eri hoitovaihtoehtoista.	1	2	3	4	5
10. Jatkohoitomahdollisuuksista.	1	2	3	4	5
11. Apuvälineistä, kuten katetriin käytöstä.	1	2	3	4	5
12. Sairauteni seurannasta.	1	2	3	4	5
13. Haittavaikutuksista.	1	2	3	4	5
14. Minulle tehtävistä toimenpiteistä.	1	2	3	4	5

1= Samaa mieltä
 2= Jokseenkin samaa mieltä
 3= En osaa sanoa
 4= Jokseenkin eri mieltä
 5= Eri mieltä

15. Lääkityksestä.	1	2	3	4	5
16. Itseni hoitamisen merkityksestä.	1	2	3	4	5
17. Kivunhoidosta.	1	2	3	4	5
18. Siitä, mitkä tekijät vaikuttavat hoitoajan pituuteen.	1	2	3	4	5
19. Siitä, millaisia mahdollisuuksia minulla on osallistua oman hoitoni suunnitteluun.	1	2	3	4	5
20. Kuntoutusmahdollisuuksista.	1	2	3	4	5
21. Muusta: _____					

SAIN RIITTÄVÄSTI TIETOA SAIRAUDEN VAIKUTUKSISTA SEURAAVIIN ASIOIHIN:

22. Vaikutuksista perhe-elämään.	1	2	3	4	5
23. Vaikutuksista sukupuolielämään.	1	2	3	4	5
24. Siitä, kuinka kertoa muille ihmisille sairaudestani.	1	2	3	4	5
25. Psykkisestä hyvinvoinnista.	1	2	3	4	5
26. Hengellisistä asioista.	1	2	3	4	5
27. Sairauden taloudellisista vaikutuksista.	1	2	3	4	5
28. Sairauden vaikutuksista työkykyyn.	1	2	3	4	5
29. Sairauden vaikutuksista elintapoihin.	1	2	3	4	5
30. Sosiaaliturvasta.	1	2	3	4	5
31. Syöpäyhdistyksien tarjoamasta vertaistuesta.	1	2	3	4	5
32. Tietoa siitä keneen voin ottaa yhteyttä kun minulle tulee kysyttävää.	1	2	3	4	5
33. Muusta: _____					

- 1= Samaa mieltä
 2= Jokseenkin samaa mieltä
 3= En osaa sanoa
 4= Jokseenkin eri mieltä
 5= Eri mieltä

KOKEMUKSENI VUOROVAIKUTUKSESTA OHJAUSTILANTEISSA

34. Koin tulleetni kuuluksi ja ymmärretyksi.	1	2	3	4	5
35. Pidin tavasta jolla sain neuvontaa.	1	2	3	4	5
36. Sairaanhoidajan ammattitaito oli mielestäni riittävä.	1	2	3	4	5
37. Sairaanhoidaja työskenteli kiireettömästi.	1	2	3	4	5
38. Olisin kaivannut enemmän tukea.	1	2	3	4	5
39. Mielipiteitäni arvostettiin.	1	2	3	4	5
40. Muuta: _____					

SAAMANI TIETO VOIMAVAROJENI VAHVISTAJANA

41. Sain mielestäni tietoa oikeana ajankohtana.	1	2	3	4	5
42. Sain mielestäni liikaa tietoa kerralla.	1	2	3	4	5
43. Myös lähimmäiseni, (esim. puoliso) oli mukana vastaanottamassa tietoa.	1	2	3	4	5
44. Lähimmäiseni (esim. puoliso) esitti vastaanotolla hoitoani koskevia kysymyksiä.	1	2	3	4	5
45. Lähimmäiseni (esim. puoliso) muisti myöhemmin vastaanotolta asioita joita en olisi itse muistanut.	1	2	3	4	5
46. Sain ohjeet suullisesti ja kirjallisesti.	1	2	3	4	5
47. Ymmärsin minulle annetut tiedot.	1	2	3	4	5
48. Olen saanut ristiriitaista tietoa.	1	2	3	4	5
49. Minua rohkaistiin kysymään mieltä askarruttavista asioista.	1	2	3	4	5
50. Muuta: _____					

AVOIMET KYSYMYKSET

Olkaa hyvä ja vastatkaa avoimiin kysymyksiin kertomalla rohkeasti omista kokemuksistanne. Mikäli haluatte, voitte jatkaa myös kääntöpuolelle.

51. Millaisista asioista olette saaneet ristiriitaista tietoa?

52. Minulle tärkeitä sairauttani koskevia asioita/tietoja ovat:

53. Minkälaisia asioita mielestänne tulisi kehittää potilaan ohjauksessa?

54. Minkälaiset asiat jäivät erityisesti mieleen hoitajan vastaanotolla?

Kiitos vastauksistanne!

LIITE 3

07.05.2008

Sini Parantainen
Satakunnan Ammattikorkeakoulu
Maamiehenkatu 10
28500 Pori

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Opiskelen Satakunnan Ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalalla terveydenhoitajaksi. Tutkintoon kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia puutteita eturauhassyöpöpotilaiden potilasneuvonnassa ilmenee sairauden alkuvaiheessa. Tavoitteena on saada tietoa eturauhassyöpöpotilaiden potilasneuvonnan kehittämiseksi.

Kaikki vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen. Vastaukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Pyydän sinua arvoisa vastaaja kertomaan rohkeasti omista kokemuksistasi. Ne ovat arvokkaita tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi ja potilasohjauksen kehittämiseksi.

Yhteistyöstänne kiittäen

Sini Parantainen

Terveydenhoitajaopiskelija

LIITE 4

Sini Parantainen
sini.parantainen@student.samk.fi
040- 7361728
Satakunnan Syöpäyhdistys Ry
Yrjönkatu 2
28100 Pori
Syöpäsairaanhoitaja, vt. toiminnanjohtaja
Liisa Antila

ANOMUS 29.04.2008

TUTKIMUSLUPA

Pyydän kohteliaimmin tutkimuslupaa Satakunnan Syöpäyhdistykseltä opinnäytetyötäni varten. Olen viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Satakunnan Ammattikorkeakoulusta.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnassa ilmeneviä ongelmia. Tavoitteena on saada tietoa sairastumisen alkuvaiheen potilasneuvontaan liittyvistä puutteista, jonka pohjalta potilasneuvontaa voidaan edelleen kehittää.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselylomakkeen avulla ja aineisto kerätään kevään 2008 aikana.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja kysely palautetaan nimettömänä. Käsittelen lomakkeet luottamuksellisesti ja hävitän ne heti, kun en niitä enää tarvitse. Opinnäytetyöni pyrin esittämään valmiina syyskuussa 2008. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Sirpa Kangas- Dahl.

Kunnioittaen

Sini Parantainen

LIITE 5

Sini Parantainen

ANOMUS

sini.parantainen@student.samk.fi
040- 7361728

29.04.2008

Satakunnan Syöpäyhdistys Ry
Yrjönkatu 2
28100 Pori
Syöpäsairaanhoitaja, vt. toiminnanjohtaja
Liisa Antila

TUTKIMUSLUPA

Pyydän kohteliaimmin tutkimuslupaa Satakunnan Syöpäyhdistykseltä opinnäytetyötäni varten. Olen viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Satakunnan Ammattikorkeakoulusta.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää eturauhassyöpäpotilaiden potilasneuvonnassa ilmeneviä ongelmia. Tavoitteena on saada tietoa sairastumisen alkuvaiheen potilasneuvontaan liittyvistä puutteista, jonka pohjalta potilasneuvontaa voidaan edelleen kehittää.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselylomakkeen avulla ja aineisto kerätään kevään 2008 aikana.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja kysely palautetaan nimettömänä. Käsitellen lomakkeet luottamuksellisesti ja hävitän ne heti, kun en niitä enää tarvitse. Opinnäytetyöni pyrin esittämään valmiina syyskuussa 2008. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Sirpa Kangas- Dahl.

Kunnioittaen



Sini Parantainen

SATAKUNNAN SYÖPÄYHDISTYS R.Y.
Yrjönkatu 2, II krs.
28100 PORI
Puh. (02) 630 5750

Hyväksytty
2.5.2008
Liisa Antila
vt. toiminnanjohtaja

AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

LIITE 6

Työn nimi ja tekijä/ tekijät	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Eturauhassyöpää sairastavan potilaan toivo</p> <p>Ruotsalainen, Tarja Pro gradu – työ: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos 2006</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata eturauhassyöpää sairastavan miehen toivo ja sitä vahvistavia tekijöitä miesten itsensä ja heidän kumppaneidensa kuvaamana.</p>	<p>Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla marraskuun 2005 ja tammikuun 2006 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistui yhdeksän vapaaehtoista eturauhassyöpää sairastavaa miestä ja kuusi heidän kumppaniaan.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että toivo on eturauhassyöpää sairastavan elämän keskeinen voimavara. Toivo ei ole erillinen ilmiö vaan yhteydessä kaikkeen inhimilliseen elämään. Toivo on ajallisesti laaja, sillä siihen vaikuttavat menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus.</p>
<p>Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana = Health related quality of life among men with prostate cancer in one year follow-up time</p> <p>Kuivalainen, Leena Väitöskirja: Kuopion yliopisto 2004</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata, selittää ja ennustaa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatua vuoden seuranta-aikana sairauden toteamisen jälkeen.</p>	<p>Aineisto kerättiin pitkittäistutkimuksella, jossa potilaille tehtiin strukturoitu haastattelu ennen hoidon aloitusta (n=275), noin 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksen jälkeen (n=265) ja postikyselyllä vuoden kuluttua hoidon aloituksesta (n=225).</p>	<p>Paikallista eturauhassyöpää sairastavilla oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin levinyttä syöpää sairastavilla. Prostatektomia- ja sädehoitopotilailla oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin hormoni- ja seuranta potilailla.</p>
<p>Eturauhassyöpä ja miesten kokemuksia sen kirurgisesta hoidosta</p> <p>Harjajärvi, Kai; Toivola, Jarmo Erikoistyö: Tampereen terveydenhuolto-</p>	<p>Tarkoituksena on, että kootun tiedon avulla sairaanhoitaja saa tietoa eturauhassyövästä ja sen hoidosta.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä. Aineiston hankintamenetelmä nä käytettiin teemahaastattelua.</p>	<p>Potilaat ovat tyytyväisiä eturauhassyövän kirurgiseen hoitoon. Kehittämisalueiksi havaittiin potilaalle tiedottaminen, omaisten huomioiminen, sekä tukihenkilöverkoston luominen.</p>

oppilaitos 1997			Seksuaalisen minäkuvan huomioiminen jää vähemmälle.
Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon Juvonen, Soile; Lauri, Sirkka Kirja: Turun yliopisto 1994	Tarkoituksena oli selvittää leikkattujen, sädehoitoa saavien uusien syöpäpotilaiden tiedonsaantia ja tiedontarvetta sairaudestaan ja hoidosta. Lisäksi haluttiin selvittää potilaiden päätöksentekoon osallistumista.	Tutkimusaineisto koottiin kirjallisella strukturoidulla kyselylomakkeella Turun yliopistollisen keskussairaalan sädehoito- osastolta neljän kuukauden aikana. Tutkimukseen osallistui 75 potilasta.	Tulokset osoittivat, että suurin osa potilaista oli saanut tietoa sairauttaan ja hoitoaan koskevista asioista, mutta noin 50 % potilaista ilmoitti tarvitsevansa enemmän tietoa. Suurin tiedontarve kohdistui vaihtoehtoihin, hoidonmuotoihin, sairauden ennusteeseen, oikeusturvaan ja hoitoajan pituuteen vaikuttaviin tekijöihin.
Potilasopetus hoitotyössä Hirvonen, Eila Pro gradu – työ: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos 1992	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilasopetuksesta, sen toteutumisesta ja toteutumisen esteistä hoitotyössä.	Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksessa haastateltiin yhtätoista sairaanhoitajaa, joiden työkokemus vaihteli 2 -20 vuoteen. Haastatellut sairaanhoitajat työskentelivät kirurgian-, naistentautien- ja sisätautien osastoilla.	Sairaanhoitajat eivät halunneet tarkastella potilasopetusta irrallisena alueena hoitotyössä. Ohjaus käsitteenä liitettiin kiinteämmin hoitotyöhön kuuluvaksi kuin opetus.
Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus: haastattelututkimus potilaille ja omaisille Salonen, Ritva	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata, millaista ohjausta hyvänlaatuisen eturauhasen liikakasvun vuoksi höyläysleikkauksessa olevat miehet ja	Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää eturauhasen höyläysleikkauksessa ollutta miestä ja heidän omaistaan. Aineisto	Tulosten mukaan hyvänlaatuisen eturauhasen liikakasvun höyläysleikkauksessa olleiden potilaiden ohjaus painottui sairaalaan

<p>Pro gradu – työ: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos 1998</p>	<p>heidän omaisensa arvioivat saaneensa sairaalavaiheen aikana.</p>	<p>analysoitiin laadullisesti sisällön erittelyllä.</p>	<p>tulopäivään ja kotiin lähtöpäivään. Sairaalaan tulovaiheessa potilaiden päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus oli osa leikkausvalmisteluja . Kirjalliset esitteet olivat sairaanhoitajan suullisen ohjauksen tukena. Yksilölliset ohjeet kotiutumispäivänä jäivät vähäiseksi sairaanhoitajan kiireen vuoksi.</p>
<p>Eturauhassyöpään sairastuneen puolison hoitohenkilökunnalta saama tuki</p> <p>Aro- Koivisto, Camilla; Lehtimäki, Johanna AMK- opinnäytetyö: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala Harjavalta 2007</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, millaista tiedollista ja emotionaalista tukea puolisot saavat hoitohenkilökunnalta ja millaista tukea he toivoisivat, kun mies on sairastunut eturauhassyöpään. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää miten tietoa välitetään puolisoille ja millaisena he kokevat hoidon laadun ja omat osallistumismahdollis uutensa.</p>	<p>Aineisto kerättiin postitse lähetettävien kyselylomakkein. Tutkittavan ryhmän muodostivat eturauhassyöpöpotil aiden tuki ry:hyn (ESRY) rekisteröityneet puolisot. Kyselylomakkeita lähettiin 45 kappaletta, joista palautettiin 25.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan suuri osa puolisoista ei ollut tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen. Puolisoista yli puolet ei ollut tyytyväisiä tiedon välittämistapaan. Suuri osa puolisoista oli kohtalaisen tyytyväisiä sairastuneen saamaan hoitoon ja omaan mahdollisuuteen osallistua siihen.</p>
<p>Eturauhassyöpää sairastavan miehen seksuaalisuus ja tuen tarve</p> <p>Hautala, Leena; Suosalo, Pirjo Opinnäytetyö: Harjavalta sosiaali- ja terveydenhuolto-</p>	<p>Tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää eturauhassyöpää sairastavan miehen hoitotyössä. Miesten kokemusten avulla saadaan tietoa hoitotyön nykytilasta sekä tätä kautta parannetaan hoidon</p>	<p>Tutkimuksen aineisto kerättiin syöpäyhdistyksen eturauhassyöpää sairastavien miesten ryhmästä. Tutkittavia oli 22. Tutkimusaineisto kerättiin kyselykaavakkeiden ja</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni, että suurelta osalta tutkittavia kyvyttömyys seksiin oli loppunut. Tilalle olivat tulleet henkiset arvot. Toisaalta kyvyttömyys oli aiheuttanut hylätyksi tulemisen pelkoa</p>

oppilaitos 1998	laatua huomioiden myös seksuaalinen näkökulma.	teemahaastattelujen pohjalta.	sekä vaikuttanut miehen itsetuntoa alentavasti. Pelättiin myös sairauden leviämistä ja kuolemaa. Mielialan laskua ja masennusta oli myös havaittavissa.
<p>Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoidosta</p> <p>Kaukkila, Hanna-Sisko; Lauri, Sirkka; Karhuvaara, Raija; Laitinen, Irma; Ruotsalainen, Eila; Klemi, Marjatta; Ahonen, Maritta; Suominen, Leena; Hantula, Mervi.</p> <p>Tutkimustuloksia Turun Yliopistollisen keskussairaalan kirurgian ja onkologian klinikalta</p>	Tavoitteena oli selvittää eturauhassyöpää sairastavien miesten tiedon saantia sairaudesta ja sen hoidosta sekä kokemuksia hoitohenkilökunnan toiminnasta ja sen vaikutuksista potilaan vointiin ja selviytymiseen.	Tutkimusaineisto kerättiin kyselyllä Turun yliopistollisen keskussairaalan kirurgian ja onkologian klinikoilta. Kyselyihin vastasi 104 potilasta, joista 41 kirurgian klinikalta ja 63 onkologian klinikalta.	Molemmilla klinikoilla potilaat olivat saaneet paljon tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvästä hoidosta. Kirurgian klinikalla tietoa oli annettu jonkin verran enemmän. Vähiten tietoa oli saatu syöpäjärjestöjen toiminnasta ja sopeutumisvalmennuskursseista. Henkilökunnan toimintaan oltiin erittäin tyytyväisiä. Saatu tieto ja ohjaus olivat ymmärrettäviä, ristiriidattomia ja henkilökunnan yhteistyö sujuvaa. Potilaat olivat tietoisia hoitosuunnitelmastaan. Huonoiten toteutui omaisten huomiointi.
Potilasinformaation toteutuminen syöpäpotilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa.	Tarkoituksena oli selvittää potilasinformaation nykytilannetta Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Lisäksi haluttiin	Tutkimusaineisto koottiin kirjallisella strukturoidulla kyselylomakkeella Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolta seitsemän	Yli puolet potilaista oli saanut paljon tietoa lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta. Tietoa oli saatu silloin kun sitä oli haluttu. Eniten tietoa oli saatu hoidosta, diagnoosista, tutkimuksista,

Kuopion yliopistollinen sairaala Syöpätautien klinikka 2002	selvittää, olivatko potilaat tyytyväisiä toteutuneeseen vuorovaikutukseen.	kuukauden aikana 1998. Lopullinen vastaajamäärä oli 64.	ravitsemuksesta ja itsehoidosta. Terveytensä huonoksi kokeneet kokivat saaneensa vähän tietoa terv. huollon ammattilaisilta. Lääkärit ja hoitajat puhuivat ymmärrettävästi. Omahoitajan tärkeä rooli tuli esille.
--	--	---	---