

Milla Anttonen
Janiina Heinonen

Kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhas- syöpää sairastavien kokemana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Milla Anttonen 1204343 Janiina Heinonen 1201184 Kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhassyöpää sairastavien kokemana 34 sivua 22.4.2015
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumismvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumismvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Liisa Montin, TtT, lehtori
<p>Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Helsingin Yliopistollisessa Keskussaira-alassa (HYKS) tehdään vuosittain noin 200 eturauhasen poistoleikkausta, joista 90 % tehdään robottivälineillä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kirurgisen, eturauhassyöpää sairastavan potilaan kokemuksia hoitoprosessin aikana. Tavoitteena on kehittää hoitoa saadun tiedon perusteella.</p> <p>Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla potilaita kuusi viikkoa robottivälineisen laparoskooppisen eturauhasen poiston jälkeen. Tiedonkeruu toteutettiin keväällä 2015 ja yhteensä neljää ihmistä haastateltiin teemahaastattelun avulla. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Saatu teksti pelkistettiin ja ryhmiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaan kolmeen pääluokkaan ja 13 yläluokkaan.</p> <p>Tulokset osoittivat, että haastateltavat kokivat päätöksenteon hoidosta vaikeaksi ja olisivat toivoneet lääkärin mielipidettä. Miehet kritisoivat myös poliklinikoilla ja itse hoitoon pääsyn odottelua. Ennen toimenpidettä haastateltavat olivat olleet stressaantuneita, mutteivat pelänneet operaatiota. Miehillä oli ollut vaikeuksia ymmärtää lääkäreiden puhetta. Miehet olivat osallistuneet ryhmäohjaukseen ennen leikkausta ja olivat olleet siihen tyytyväisiä. Haastateltavat olivat kokeneet saaneensa tarpeeksi tietoa, mutta olivat myös halunneet etsiä itse lisää internetistä. Lääkehoitoon miehet olivat olleet tyytyväisiä, kuten myös hoitoon ja kohteluun. Katetriin suhtauduttiin hyväksyvästi, mutta se oli häirinnyt jonkin verran miesten elämää. Katetrin poisto oli sujunut vaihtelevasti ja sitä oli myös jännitetty. Tukiverkostona miehillä oli perhe ja erityisesti puoliso. He eivät olleet hakeutuneet vertaistukiryhmiin, mutta osa olisi toivonut saavansa puhua jonkun kohtalontoverin kanssa.</p> <p>Johtopäätös on että hoitoon ollaan tyytyväisiä, mutta tuki päätöksenteossa koetaan riittämättömänä ja pitkät odotusajat saattavat lisätä potilaan ahdistusta. Tukea päätöksenteossa tulisi lisätä ja vertaistuen piiriin tulisi kannustaa potilaita. Jatkotutkimusta voisi tehdä potilaan tukemisesta päätöksenteossa, vertaistuen vaikutuksesta päätöksentekoon ja katetrin kanssa elämiseen liittyvistä tunteista. Opetuksessa tulisi ottaa esille enemmän syöpää sairastavan potilaan hoitotyötä.</p>	
Avainsanat	kirurginen potilas, eturauhassyöpä, kokemukset, hoitoprosessi

Author(s) Title	Milla Anttonen 1204343 Janiina Heinonen 1201184 The Surgical Pathway Experienced By Men Who Suffer From Prostate Cancer
Number of Pages Date	34 pages 22 April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>Prostate cancer is the most common cancer in males in Finland. In Helsinki University Central Hospital (HUCH) around 200 prostatectomies are made yearly and 90% of them are made by using a surgical robot.</p> <p>The purpose of this study was to describe the experiences of surgical patients who have prostate cancer. The ultimate goal of this final project is to improve treatment with the collected information.</p> <p>The study was conducted by interviewing patients six weeks after their robotic assisted laparoscopic prostatectomy. The data collection took place on Spring 2015 and four people were interviewed by using semi structured interview. The interviews were recorded and transcribed. After that the text was analyzed by using the principles of an inductive content analysis.</p> <p>The results showed that the men found it difficult to make the decision about the treatment. They would have hoped that the doctors would have given their opinion. The men criticized the waiting in the outpatient clinic. Before the procedure the men felt stressed but they weren't afraid of the surgery. Men had difficulties to understand the doctors. The men had participated in a group session before the operation and were satisfied with it. They felt that they had gotten enough information, but also wanted to search more specific information from the internet. Men were satisfied with the amount of medication they got. They were also happy with the care and how they were treated. They found the catheter somewhat disturbing. The removal of the catheter was perceived either easy or painful and the men were nervous before it. Most men's safety net included their family and especially their spouse. However none of the men had had peer support but some of them would have hoped for it.</p> <p>It can be concluded that the care men received was perceived as good but the lack of support during decision making and the long waiting times were found disturbing. Support during the decision making should be increased and encourage patients to seek peer support. Upcoming studies could investigate patients support in the decision making, how peer support affects decision making and emotions related to living with the catheter. Education should cover more cancer patient's nursing.</p>	
Keywords	surgical patient, prostate cancer, experiences

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	2
2.1	Kirurginen potilas	2
2.2	Kirurgisen potilaan hoitoprosessi	2
2.3	Eturauhassyöpä	3
2.4	Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia	4
3	Aikaisempi tutkimustieto	6
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	12
5	Työn toteutus	13
5.1	Aineistonkeruumenetelmä	13
5.2	Aineistonkeruu	13
5.3	Aineiston analyysi	14
6	Kokemukset hoidosta	15
6.1	Ennen sairaalassa oloa	15
6.1.1	Päätöksenteko	15
6.1.2	Aikataulutus ja suunnittelu	16
6.1.3	Toimenpidettä edeltävä jännitys	17
6.1.4	Suhde ammattihenkilöiden kanssa	18
6.1.5	Ryhmäohjaus	19
6.2	Sairaalassa olon aikana	19
6.2.1	Tiedonsaanti	19
6.2.2	Lääkehoito	20
6.2.3	Hyvä hoito ja kohtelu	21
6.2.4	Sairaalaympäristö	21
6.3	Sairaalassa olon jälkeen	22
6.3.1	Katetriin liittyvät asiat	22
6.3.2	Tukiverkosto	23
6.3.3	Selviytymiskeinot	24
6.3.4	Pidätyskyky	24
7	Pohdinta	25

8	Eettisyys ja luotettavuus	30
9	Yhteenveto	33

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhassyöpää sairastavien kokemana. Eturauhassyöpä on Suomessa miesten yleisin syöpä ja sairastuneiden keski-ikä on 70 vuotta. (Käypä hoito 2014.) Helsingin Yliopistollisessa Keskussairaalassa eli HYKS:ssa tehdään vuosittain noin 200 radikaaliprostatektomia eli eturauhasen poistoleikkausta. Näistä yli 90 % tehdään robottivusteisesti. (HUS Urologia n.d.). Robottivusteisessa laparoskooppisessa radikaaliprostatektomiassa eli RALP:ssa toimenpiteestä toipuminen on nopeampaa kuin avoleikkauksessa tehdyssä eturauhasenpoistoleikkauksessa. Robottivusteisessa toimenpiteessä on vähemmän myös leikkauksen aikaista verenvuotoa ja leikkauksen jälkeistä kipua. (Rannikko - Pétas - Tiippana -Taari 2011.)

Jos perusterveydenhuollossa tehdyissä tutkimuksissa on selvinnyt jotain, mistä on herännyt epäily eturauhassyövästä, lääkäri tekee lähetteen HYKS:n urologian klinikkaan. Potilaalle varataan vastaanottokäynti, jonka yhteydessä tehdään kliininen tutkimus ja otetaan yleensä neulanäytteet eturauhasesta. Eturauhassyöpä diagnosoidaan eturauhasesta otetun koepalan perusteella. Kun tutkimukset ovat valmistuneet, potilas kutsutaan hoitoneuvotteluun HYKS:n urologian poliklinikalle. Urologi käy potilaan kanssa läpi hoitovaihtoehtoja ja jos potilas haluaa ottaa omaisen mukaan hoitoneuvotteluun, se on mahdollista. HYKS:ssa toimii myös eturauhassyöpähoitaja, jolle pääsee ajanvarauksella. Hoitaja antaa potilaalle tietoa eturauhassyövästä, siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoidosta. Hoitaja tukee ja ohjaa potilasta kaikissa sairauden vaiheissa potilaan sitä tarvittaessa. (HUS Eturauhassyöpäpotilaan hoitopolku.) Eturauhassyövän hoitovaihtoehtoja ovat aktiivinen seuranta, sädehoito, hormonihoito sekä kirurgisina toimenpiteinä kastroatio ja radikaali prostatektomia eli eturauhasen poistoleikkaus, jossa kaikki syöpäkudos pyritään poistamaan. Radikaalisen prostatektomian yhteydessä voidaan tarvittaessa poistaa myös lantion alueen imusolmukkeet. (Käypä hoito 2014.) Eturauhasen poistoleikkauksen jälkitarkastus järjestetään kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Siellä varmistetaan haavojen paraneminen ja potilaan toipuminen, käydään läpi tutkimustuloksia ja arvioidaan mahdollisten liitännäishoitojen tarve. Tämän jälkeen on välitarkastus puolen vuoden kuluttua leikkauksesta ja lopputarkastus vuoden kuluttua leikkauksesta. (HUS Eturauhassyöpäpotilaan hoitopolku.)

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Eturauhassyöpäpotilaiden kokemusten selvittäminen auttaa myös hoitajaa ymmärtämään kyseisiä potilaita. Myös hoidon laatua voidaan parantaa selvittämällä mahdolliset epäkohdat hoitoprosessissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eturauhassyöpää sairastavan kokemuksia kirurgisen hoitoprosessin aikana. Tavoitteena on kehittää hoitoa saatujen tulosten avulla.

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.1 Kirurginen potilas

Kirurginen potilas on ihminen, joka sairauden tai äkillisen sairastumisen takia joutuu hoitoon, jolloin leikkaus on välttämätön tai todennäköinen. Kirurgisella hoidolla voidaan parantaa sairaus tai potilaan elämänlaatua. (Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 1998: 14.)

2.2 Kirurgisen potilaan hoitoprosessi

Lain mukaan hoitoon tulee päästä perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon kautta. Hoidon tarve tulisi arvioida kolmen arkipäivän sisällä siitä kun potilas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen, jollei sitä ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta hoitoyksikköön. Mahdolliseen toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulisi päästä 3-6 kuukauden sisällä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010 § 51-52.)

Perioperatiiviseen hoitoprosessiin kuuluu kolme vaihetta: Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauspäätös on tehty ja potilas voi odottaa leikkausta joko kotona tai sairaalassa. Suurin osa potilaista tulee jonosta ajanvarauksella elektiiviseen eli ennalta suunniteltuun toimenpiteeseen. Ennen leikkausta tehdään tulohaastattelu potilaalle ja se voidaan tehdä päivää ennen leikkausta tai preoperatiivisella käynnillä 1-3 viikkoa ennen leikkausta. Potilas täyttää ennen keskustelua esitietolomakkeen, jonka sairaanhoitaja käy hänen kanssaan läpi. Keskustelussa käydään läpi myös potilaan omia ajatuksia ja toiveita leikkauksen suhteen, sekä

potilaan omaa käsitystä sairaudestaan. Potilaalle kerrotaan myös toimenpiteestä ja leikkauksesta toipumisesta. Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on viety leikkaussaliin. Leikkauksen aikaisessa hoitotyössä otetaan huomioon potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen, sekä potilaan henkinen tukeminen. Postoperatiivinen vaihe käynnistyy, kun potilas viedään heräämöhön leikkaussalista. Heräämössä tarkkaillaan intensiivisesti potilaan peruselintoimintoja ja vointia. Vuodeosastolle siirtyminen tapahtuu, kun anestesia lääkäri tekee päätöksen, että potilaan vointi sallii tämän. Postoperatiivisessa vaiheessa keskitytään leikkausta edeltävän ja leikkauksen jälkeisen muutoksen vertaamiseen. (Ahonen – Blek-Vehkaluoto – Ekola – Parta-mies – Sulosaari – Uski-Tallqvist 2012: 99 - 104.)

Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen potilas voi päästä kotiin samana päivänä, jos kriteerit voinnin suhteen toteutuvat ja potilaalla on kotiin saattaja ja kotona joku seuranaan yön yli. Jos potilas kotiutuu suoraan samana päivänä, potilaan ja omaisten voimavarat selviytymiseen tulee arvioida. Potilaan kotiutuessa hänelle tulee antaa ohjeet suullisina ja kirjallisina. Jos potilas lähtee vuodeosastolta jatkohoitoon, hoito-ohjeet täytyy lähettää jatkohoitopaikkaan. Leikkauksen jälkeiset jälkitarkastukset järjestetään omalla terveysasemalla tai kirurgisella ajanvarauspoliklinikalla. (Ahonen ym. 2012: 124.)

2.3 Eturauhassyöpä

Eturauhassyövällä tarkoitetaan eturauhasessa eli prostatassa sijaitsevaa syöpää. Sairastuneiden keski-ikä on 70 vuotta ja se on miesten yleisin syöpä. Vuonna 2010 Suomessa noin 40 000 miehellä oli diagnosoitu eturauhassyöpä. Uusia tapauksia todettiin 4697, mikä on 33 % kaikista miesten uusista syöpätapauksista. Samana vuonna 850 miestä kuoli eturauhassyöpään. Yli 50-vuotiaista 30 % ja yli 80-vuotiaista 70–80 % eturauhassyöpä esiintyy latenttina eli piilevänä, jolloin se on todettavissa ainoastaan kudoksenäytteestä. Näistä kymmenesosa kehittyy kliiniseksi syöväksi. Eturauhassyöpään sairastuneiden elinajanodote on parantunut viime vuosina. Vuoden kuluttua diagnosoista elossa on 98 % ja 5 vuoden kuluttua 93 % diagnosoiduista. Kuitenkin levinneen, etäpesäkkeitä lähettänyttä syöpää sairastavista elossa on 5 vuoden kuluttua 33 % ja elinajanodote on 2-3 vuotta. Levinneessä ja kastroatioresistentissä syövässä elinajanodote on 6-18 kuukautta. (Käypä hoito 2014.)

Eturauhassyövän ensioireet ovat hyvin samankaltaisia kuin eturauhasen hyvänlaatuisessa liikakasvussa, kuten esimerkiksi virtsaamishäiriöitä. (Taari - Aaltomaa - Nurmi -

Parpala - Tammela 2013: 252 - 257). Eturauhassyöpä diagnosoidaan kudoksenäytteellä, joka otetaan eturauhasesta, eturauhasen tunnustelulla ja seerumin PSA-pitoisuuden mittaamisella. Eturauhassyövistä noin puolet todetaan paikallisena ja lähes neljäsosan todetaan lähettäneen etäpesäkkeitä. Paikallisessa eturauhassyövässä hoitomuotoina käytetään aktiiviseurantaa, radikaalileikkausta tai sädehoitoa. Etäpesäkkeitä lähettänyt eturauhassyöpä hoidetaan hormonihoidolla. Etäpesäkkeitä lähettäneen kastreatioresistentin eturauhassyövän hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen sekä oireiden vähentäminen. (Käypä hoito 2014.) Robottivusteisesti tehdyssä prostatektomiassa eli eturauhasenpoistossa leikkaus on avoleikkausta huomattavasti pienempi ja potilaiden hoitoaika sairaalassa on lyhyt. Potilas usein toipuu nopeasti ja komplikaatiot ovat vähentyneet robottivusteisten radikaalien eturauhasenpoistoleikkausten myötä. Leikkauksen jälkeen virtsan pidätyskyky usein säilyy tai palautuu normaaliksi. Potenssin säilyminen taas riippuu potilaan iästä, leikkausta edeltävästä erektiokapasiteetista ja kasvaimen koosta. (Taari ym. 2013: 252 - 257.)

Eturauhassyövän riskitekijöitä ovat ikä, etninen tausta, periytyvyys ja ympäristötekijät. (Käypä hoito 2014.) Eturauhassyöpää esiintyy eniten teollistuneissa länsimaissa, kuten esimerkiksi Pohjoismaissa, Yhdysvalloissa ja Länsi-Euroopassa. Suomessa eturauhassyöpää esiintyy eniten Uudellamaalla ja Tampereen alueella. Vähiten eturauhassyöpää maailmalla esiintyy Japanissa ja Kiinassa. Suomessa vähiten eturauhassyöpää ilmenee Itä-Suomessa. Eturauhassyöpä on harvinainen alle 40-vuotiailla, mutta 55 vuoden jälkeen sitä alkaa esiintyä enemmän. Vain pieni osa eturauhassyövistä liittyy geneettisiin tekijöihin, mutta silti perinnöllisyydellä on merkitystä eturauhassyövän riskitekijöihin. Esimerkiksi isällä tai veljellä todettu eturauhassyöpä kaksin- tai kolminkertaistaa riskin sairastua siihen. Riski on sitä suurempi, mitä nuorempa isä tai veli on sairastunut. (Taari ym. 2013: 252 - 257.)

2.4 Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia

Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia eli RALP on vakiintunut menetelmä paikallisen eturauhassyövän hoidossa. Toimenpide tehdään robotin avulla tähytäten vatsaontelon kautta. Laitteistoon kuuluu ohjauskonsoli, josta kirurgi ohjaa käsin leikkausinstrumentteja. Leikkausinstrumentit yhdistetään potilasosaan. Ohjauskonsolin ja potilasosan lisäksi robottiin kuuluu keskusyksikkö. Tällä hetkellä markkinoilla on ainoastaan da Vinci -leikkausrobotti, jonka on valmistanut Intuitive Surgical. Da Vinci-leikkausrobotteja on kolme versiota ja Suomessa uusin versio on käytössä Helsingin,

Oulun ja Turun yliopistosairaaloissa. Leikkausrobotin toinen versio on käytössä Helsingin ja Tampereen yliopistosairaaloissa. (Rannikko ym. 2011.) Nykyään Suomessa ja myös muualla maailmassa suurin osa eturauhasen poistoleikkauksista tehdään robotiavusteisesti. Robottiavusteisen toimenpiteen etuja ovat vähäisempi leikkauksenaikainen verenvuoto ja verensiirtojen määrä, vähäisempi leikkauksenjälkeinen kipu ja lyhyempi sairaalassa vietetty aika toimenpiteen jälkeen, sekä lyhyempi sairausloma. Onkologisten tekijöiden suhteen robottiavusteisen laparoskooppisen prostatektomian ei ole osoitettu olevan parempi toimenpide kuin avoimen prostatektomian, mutta virtsanpidätyskyvyn ja erektiohäiriöiden osalta RALP:lla saattaa olla jonkin verran etuja. Tähän kuitenkin vaikuttaa myös potilaan leikkausta edeltävä tilanne esimerkiksi pidätyskyvyn suhteen, sekä leikkaavan kirurgin osaaminen ja kokemus. (Käypä hoito 2014.)

Leikkausrobotin laitteisto ei yksinään pysty tekemään mitään, vaan kirurgi ohjaa sitä. Leikkaavan kirurgin kädenliike välittyy lähes muuttumattomana instrumenttiin, ja siten monimutkaisetkin liikesarjat ovat mahdollisia. Ennen varsinaisen toimenpiteen aloittamista vatsa täytetään hiilidioksidilla ja portit kameroita ja instrumentteja varten asennetaan. Tämän jälkeen potilas käännetään jyrkkään Trendelenburgin asentoon, jossa pää on lantiotason alapuolella. Näin leikkausalueelle lantioon saadaan tilaa, kun ohutsuoli painuu pään suuntaan. Robottiavusteisen laparoskooppisen radikaaliprostatektomian leikkausaika on ollut usein pidempi kuin avoleikkauksella tehdyn prostatektomian, mutta sen uskotaan johtuvan instrumenttien asentamiseen tarvittavasta ajasta, sekä uuden leikkaustekniikan oppimisvaiheesta. Hiilidioksiditäyttö toimenpiteen aikana aiheuttaa verenkiertoon muutoksia ja lisää hengityksen tarvetta. Trendelenburgin asento lisää myös näitä muutoksia, sekä nostaa aivopainetta. Robottiavusteisen laparoskooppisen prostatektomian vasta-aiheet liittyvätkin leikkausasennon aiheuttamiin muutoksiin. Vasta-aiheita ovat esimerkiksi aivoverenkierron häiriöt, kuten aivoinfarkti, sydämen vajaatoiminta tai -läppävika, keuhkohtaumatauti ja glaukooma eli silmäpainetauti. Lihavilla potilailla saattaa ilmetä leikkauksen aikana vaikeuksia hengityksen kanssa, mutta he hyötyvät toimenpiteen vähemmän kajoavasta leikkaustekniikasta. (Rannikko ym. 2011.)

3 Aikaisempi tutkimustieto

Tutkimustietoa haettiin Medic-tietokannasta hakusanoilla ”syöpä kirurg*” ja ”potilas kokem*” ja haut rajattiin Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede lehtiin. Tiivistelmän tai saatavuuden perusteella tutkimuksia valittiin neljä kappaletta. Medline-tietokannasta haettiin tutkimustietoa hakusanoilla ”prostate”, ”cancer”, ”experience” ja ”nursing”. Tutkimuksia karsittiin ensin otsikon perusteella, ja tiivistelmän sekä saatavuuden perusteella lopulta valittiin 10. Toisella kerralla Medline-tietokannassa tehdyssä haussa käytettiin hakusanoja ”cancer”, ”experience”, ”nursing” ja ”surgery”. Hakutuloksia rajattiin ensin viiden vuoden sisällä julkaistuihin ja tämän jälkeen viiden tähden luokituksen omaaviin tutkimuksiin. Tämän jälkeen jäljelle jääneistä tutkimuksista valittiin tiivistelmän perusteella neljä, joista saatavilla oli kaksi. Medline-tietokannassa tehtiin kolmas haku hakusanoilla ”cancer”, ”experience” ja ”nursing”. Tuloksia rajattiin taas viiden vuoden sisällä julkaistuihin tutkimuksiin ja viiden tähden luokituksen tutkimuksiin. Tämän jälkeen tuloksia rajattiin otsikon perusteella ja tiivistelmän ja saatavuuden perusteella valittiin kaksi. Eri hakukertoina tuloksina saatiin usein samoja tutkimuksia kuin aiemmin ja tutkimusten lukemisen jälkeen valittiin yksitoista tutkimusta käsittelemään aiempaa tutkimustietoa tähän opinnäytetyöhön.

Tutkimuksessa, jossa käsiteltiin rintasyöpää ja eturauhassyöpää sairastavien kokemuksia seksuaalisuuteen liittyvistä asioista hoidon aikana, selvisi, että potilaat toivovat seksuaaliohjauksen kuuluvan automaattisesti hoitoon. Oikeana ajankohtana ohjaukselle pidettiin jälkitarkastusta, johon eturauhassyöpää sairastavat potilaat toivoisivat kuuluvan uroterapeutin tapaaminen. Nuoremmille potilaille oli kerrottu useammin esimerkiksi erektiolääkkeistä, kun taas yli 70-vuotiaat olivat itse ottaneet asian esille. Potilaat toivoivat, että erektiolääkkeistä kerrottaisiin kaikille ikään katsomatta. Henkilökunnan toivottiin tekevän aloitteen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa ja herkkyyttä huomata potilaan keskustelun tarve pidettiin tärkeänä. Vertaistuen mahdollisuudesta toivottiin kerrottavan jo sairaalassa olon aikana, sillä potilaat kokivat, että vertaistuki on tärkeää sairauteen sopeutumisessa. (Hautamäki-Lamminen - Lehto - Åstedt-Kurki - Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

Hoidonlaatua arvioitiin keskimäärin hyväksi kirurgisilla vuodeosastoilla tutkimuksessa, jossa arvioitsijana oli potilas. Potilaat arvioivat samassa tutkimuksessa erityisesti lääkärin ja omaisen yhteistyön heikommaksi. (Eloranta - Katajisto - Leino-Kilpi 2008.) Tutki-

muksessa polikliinisen hoidon laadusta kirurgisilla potilailla, hoidon laatu arvioitiin hyväksi. Suurin osa arvioi saaneensa kutsukirjeessä tarpeeksi tietoa ja arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin ne, jotka kokivat, etteivät olleet etukäteistietoon tyytyväisiä. Ne, jotka olivat joutuneet odottamaan vastaanottoaikaa arvioivat hoidon laadun heikommaksi ja tähän vaikutti myös se, kerrottiinko odottamisen syytä vai ei. Potilaat, joille syy kerrottiin, arvioivat laadun paremmaksi kuin he, joille sitä ei kerrottu. Potilaat olivat tyytyväisiä henkilökunnan ystävällisyyteen ja kunnioittavaan kohteluun. Vastaanottotilanne oli vastanneiden mielestä turvallinen, kiireetön ja miellyttävä. (Eloranta - Katajisto - Savunen - Leino-Kilpi 2009.) Kivunhoidon kirurgisella vuodeosastolla hoidossa olleet potilaat arvioivat toteutuneen kokonaisuutena hyvin, mutta esimerkiksi kirjallista materiaalia kaivattiin. Myös yksityisyyden huomioimisessa potilaan asioista puhuttaessa oli parannettavan varaa. (Eloranta ym. 2008.)

Tutkimuksessa, jossa verrattiin kirurgisten potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta, selvisi, että potilaiden mielestä yksilöllisyys toteutui melko hyvin hoidon aikana yleiskirurgisilla vuodeosastoilla. Hoitajien arviot olivat kaikissa kohdissa hieman parempia, kuin potilaiden. Potilaat arvioivat, että henkilökohtaisen elämäntilanteen, kuten työn ja harrastusten, sekä perheen hoitoon osallistumisen suhteen yksilöllisyys toteutui heikommin kuin muiden osa-alueiden. Myös edellisten sairaalakokemusten huomioiminen oli heikompaa. Potilaat arvioivat, että hoitajat olivat hyvin tunnistaneet muutokset voinnissa ja keskustelleet potilaan kanssa hoitoa vaativista tarpeista. Hoitajat olivat myös antaneet potilaan ottaa vastuuta omasta hoidostaan, mikä arvioitiin hyväksi. (Suhonen - Leino-Kilpi - Gustafsson - Tsangari - Papastavrou 2013.)

Tutkimuksessa, jossa oli tarkoituksena kerätä tietoa siitä, kuinka potilaiden kokemus hoitajien tietämyksestä syövästä ja sen hoidosta liittyivät potilaiden kokemukseen hoidon laadusta, haastateltiin 20 potilasta, joista suurin osa oli palliatiivisessa hoidossa. Potilaista neljällä oli mahdollisuus parantua. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat olettivat hoitajien tietävän paljon syövästä ja sen hoidosta. Tutkimuksessa nousi esille kolme teemaa, jotka selittivät minkä takia hoitajien hyvä tietämys syövästä ja sen oireista on tärkeää. Hoitajan tieto loi potilaalle turvallisen tunteen ja potilaiden kärsimys helpottui heidän saadessaan hoitajilta hyödyllistä informaatiota. Hoitajien tieto syövästä helpotti potilaiden kärsimystä ja epävarmuutta sädehoidon aikana. Hyvä tieto takasi sen, että hoitajat osasivat hoitaa taudin oireita, sekä kertoa niistä ja hoidon haittavaikutuksista. Potilaat arvostivat tapaamisia hoitajien kanssa, joilla oli paljon kokemusta ja potilaat pitivät

hoitajien tietämystä taudista ja sen hoidosta hoitotyön perustana. Potilaista oli myös tärkeää, että heillä oli tuttu hoitaja, ja että tähän pystyi ottamaan yhteyttä potilaan kokiessa tarvetta siihen. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat kokivat että hoitajat, jotka tiesivät paljon taudista, helpottivat heidän fyysistä sekä henkistä kärsimystään ja tekivät potilaiden olon turvalliseksi. Tutkimuksessa todettiin, että hyvän hoidon takaamiseksi syöpäosastoille tarvitaan hoitajia, jotka ovat kokeneita, tehokkaita sekä omaavat laajan tietoperustan syövästä ja sen hoidosta. (Kvåle - Bondevik 2010.)

Erään tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aikuisen polikliinisessä hoidossa olevan syöpäpotilaan läheisen saamaa ja tärkeänä pitämää tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta. Tutkimuksessa selvitettiin myös taustatekijöiden yhteyttä läheisen tiedollisen tuen saantiin. Tutkimuksessa todettiin, että syöpään sairastuminen vaikuttaa sairastuneen lisäksi tämän lähipiiriin ja lähipiiri on usein huolestuneempi sairaudesta kuin potilas itse. Potilaan taustatekijöillä oli vain vähän merkitystä tämän lähipiirin huolestuneisuuden määrään. Tutkimuksessa todettiin myös että, syöpään sairastuneet ja heidän perheensä olivat lähentyneet sairauden myötä, mikä todettiin positiiviseksi. Läheiset kokivat tiedon avulla annetun tuen hyvin tärkeäksi. He kokivat myös tarvitsevansa tietoa, jotta he tietävät, mitä odottaa ja miten hoitaa potilasta. Sen avulla he kokivat hallitsevansa tilanteen. Potilaan läheisille tulisi antaa yksilöllisesti tietoa sairauden kulun mukaan sekä potilaan läheisten huolenaiheita mukaillen. Osa läheisistä halusi tietoa suullisesti ja osa kirjallisesti tai sähköisesti. Potilaat halusivat, että he ovat antaneet suostumuksensa ennen tiedonantoa läheisille ja osa potilaista halusi että tietoa annetaan vain myös heidän ollessa paikalla tai että tieto kerrotaan ensin heille ja myöhemmin heidän läheisilleen. Potilaiden läheisistä yli 60 % koki että he olivat saaneet tietoa syövän hoidosta ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista erittäin hyvin tai hyvin. Vain 27 % läheisistä koki että he olivat saaneet hyvin tai erittäin hyvin tietoa yhteiskunnan tarjoamista tukimuodoista. Läheisistä yli 70 % oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä että, he saivat ymmärrettävästi ja rehellisesti tietoa, ja että heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä keskustelun aikana. Läheiset kokivat, että he olivat saaneet heikosti tietoa, miten he voivat osallistua potilaan hoitoon. Vastaajat kokivat myös saaneensa huonosti tietoa siitä miten potilas pääsee tarvittaessa osastohoitoon. Pääosin tieto annettiin potilaalle ja tämän läheiselle samaan aikaan. Läheiset pitivät tärkeänä kaikkia tiedon osa-alueita sekä hoitohenkilökunnan rehellistä ja ymmärrettävää tiedonantoa. (Nevalainen, Kaunonen, Åstedt-Kurki 2007: 192–201.)

Tutkimuksessa, jossa oli tarkoituksena tutkia eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten kokemuksia, miehet kokivat, että tulevaisuus tuntui epämääräiseltä eturauhassyöpädiagnoosin takia. He kertoivat myös saaneensa erilaisia tietoja esimerkiksi PSA-tuloksista. Osa kertoi pelkäävänsä väärää diagnoosia ja osa taas, että syöpää olisi jäänyt huomaamatta aiemmin. Kaikki osallistujat olivat saaneet tietoa PSA:stä, mutta se erosi siitä, mitä he olivat kuulleet muilta tuntemiltaan miehiltä. Miehet tiesivät ja ymmärsivät eturauhassyövän selviytymisennusteet ja hoitojen tehoavuuden, mutta heitä huolesti silti syövän uusiutuminen. Heitä pelotti mahdollisesti huomaamatta jääneet syöpäsolut, mutta tästä ajatuksesta huolimatta, he olivat päättäneet olla pelkäämättä koko loppuelämänsä. Miehet etsivät tukea muilta eturauhassyöpää sairastavilta miehiltä ja rehellistä sekä tarkkaa tietoa sairaanhoitajilta. Osallistujat halusivat ymmärtää, mitä heidän kehoonsa tapahtui, ja etsivät diagnoosin saamisen jälkeen tietoa aktiivisesti eturauhassyövästä ja sen hoidoista. He etsivät tietoa lievittääkseen ahdistusta ja saadakseen tasapainoa elämäänsä. Monet etsivät tietoa internetistä, sekä ystäviltä ja perheeltä. Kaikki osallistujista kertoivat saaneensa tietoa lääkäriltään. Myös muilta saman kokeneilta etsittiin tietoa ja miehet kertoivat sen tukeneen heitä ja lieventäneen pelkoja sekä auttaneen päätöksenteossa. Vaikka miehet olivat saaneet myös negatiivista tietoa eturauhassyövästä ja hoidoista, heistä tuntui turvalliselta tietää asia. Saatu tieto antoi miehille varmuutta, että muutkin ovat kokeneet saman ja selviytyneet siitä. Monet halusivat myös edistää eturauhassyöpätietoisuutta ja he halusivat rohkaista muita miehiä etsimään tietoa, jotta heillä olisi tietoa, jota heillä ei ollut prosessin alussa. Miehet halusivat vertailla tietojaan ja kokemuksiaan muiden kanssa, ja lopuksi miehet olivat sitä mieltä, että heidän oma kokemuksensa ei ollut niin paha kuin muiden. Osallistujat olivat kokeneet olevansa erillään kehostaan, mikä oli epämukavaa. Useimmat olivat kokeneet olevansa terveitä ennen eturauhassyöpädiagnoosia. Miehet kuvailivat eturauhassyöpää hiljaiseksi, sillä heille se oli sairaus, joka ei ilmoittanut itsestään. Eturauhassyöpädiagnoosi ja siihen liittyvät hoidot vaikuttivat miehiin niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Kaikki kokivat sivuvaikutuksia hoidoista ja eturauhasenpoistoleikkauksessa olleet olivat kokeneet lyhyttä tai pitkittynyttä inkontinenssia eli virtsankarkailua, impotenssia ja erektiohäiriöitä. Virtsankarkailu ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat olivat miehille nöyryyttävää ja aiheuttivat häpeää. Miehillä oli leikkauksen jälkeen katetri 10 - 21 päivää ja he kokivat katetrin olevan kokoaikainen muistutus eturauhassyövästä. Monet kuvailivat katetrin olleen hirvein asia prosessissa. Miehet pelkäsivät vetävänsä katetrin pois yöllä ja he kärsivät rakon kouristeluista, vaikka heillä oli lääkitys kyseiseen ongelmaan. Katetrin poistaminen oli miehistä ollut ahdistavaa. Kaikilla oli lyhytaikaista inkontinenssia ja osalle miehistä oli

nöyryyttävää hankkia inkontinenssisuojia. Vaikka kaikille oli kerrottu asiasta, he häpesivät ja stressasivat sitä. Miehet kertoivat hoitojen vaikuttaneen myös seksuaalisuuteen. Erektiohäiriöitä oli ilmennyt ja ne olivat olleet merkittäviä, mutteivät niin merkittäviä kuin inkontinenssi. Miehet kokivat, että seksuaalisen kanssakäymisen ongelmat vaikuttivat huomattavasti heidän puolisoitensa elämään ja tunsivat sympatiaa heitä kohtaan. Diagnoosi oli ollut miehille elämää mullistava kokemus. Reaktiot diagnoosin saadessa vaihtelivat yllätyksestä kieltämiseen ja osa oli osannut odottaa asiaa. Ennen diagnoosia tulosten odottaminen oli ollut miehistä ahdistavaa ja heistä tuntui, että aika oli pysähtynyt. Useimmille kerrottiin samanaikaisesti mahdollisista hoidoista ja monella ensimmäinen reaktio oli päästä eroon syövästä. Hoitojen aloittamisen odottaminen oli ollut myös miehistä ahdistava kokemus. Diagnoosin jälkeen miehet kävivät läpi elämänarvojaan, uskomuksiaan, elämäntavoitteitaan ja he asettivat etusijalle ihmiset ja asiat, jotka olivat heille tärkeitä. Monet ilmaisivat ymmärtäneensä, ettei elämää tule pitää itsestäänselvyytenä. Miehet halusivat nauttia elämästään syövästä huolimatta ja he halusivat viettää aikaa enemmän perheensä kanssa, golfata, auttaa muita, hoitaa puutarhaa tai kalastaa. Muiden seura ja tuki antoi miehille vahvuutta ja itseluottamusta, ja osa oli sitä mieltä, etteivät olisi selvinneet ilman muiden tukea. Luotettava suhde terveydenhuollon edustajan kanssa oli tärkeää osallistujille. Avoin kommunikaatio ja kaikkien faktojen saaminen lääkäreiltä ja hoitajilta loi luotettavan suhteen. Epäjohdonmukainen hoito ei herättänyt luottamusta miehissä, kuten esimerkiksi, jos heidän tarpeisiinsa ei ollut vastattu normaalin ajan kuluessa tai hoitaja ei ollut näyttänyt olevansa pätevä prosessin aikana. Vähäinen hoitajien määrä vaikutti myös luottamukseen terveydenhuoltoa kohtaan. Kun hoito oli epäjohdonmukaista, miehet kokivat arvonsa huonommaksi. Ne miehet kokivat mukavuutta, joiden hoitajat olivat johdonmukaisia, huolta pitäviä sekä käyttivät huumoria työssään. Perheen tuesta miehet olivat kiitollisia ja naimisissa olevat miehet kertoivat heidän puolisonsa olleen tärkein tuki. Miesten mielestä perheen tulisi tukea eturauhassyöpää sairastavaa hoitopäätöksessä ja puolison kanssa tulisi tehdä päätös hoidosta yhdessä. (Krumwiede – Krumwiede 2012: 443-450.)

Tutkimuksessa, jossa selvitettiin miesten kokemuksia pidätyskyvyn palautumisesta robotiavusteisen laparoskooppisen prostatektomian jälkeen, miehet kokivat katetrin epä-mukavana. He kotiutuivat katetrin kanssa sairaalasta ja se poistettiin 7-10 päivän kuluttua toimenpiteestä. Miehet kertoivat, että diagnoosin saaminen oli aiheuttanut hallinnan menettämisen ja haavoittuvuuden tunteita. Kun he kohtasivat useita hoitovaihtoehtoja, nämä tunteet vahvistuivat. Päätöksentekoon leikkaushoidosta he päätyivät syövän pelon vuoksi. Tiedonsaanti oli tärkeä osa leikkausta edeltävää aikaa ja miehet kokivat, että

tieto, miten ennaltaehkäistä inkontinenssia, rauhoitti heidän mieltään. Osan mielestä tieto tuli huonoon aikaan, eikä siitä jäänyt mitään mieleen. Kirjallisesta informaatiosta pidettiin, mutta sen määrän ja sisällön koettiin menevän yli. Täsmällistä, yksityiskohtaista ja rehellistä tietoa inkontinenssia ei kukaan miehistä kokenut saaneensa. Miehet saivat pidätyskykynsä takaisin 12 viikkoon mennessä katetrin poiston jälkeen. Pakko- ja ponnistusinkontinenssi olivat olleet miesten mielestä ongelmallisia alkuvaiheessa katetrin poiston jälkeen. Loppuvaiheessa miehet kärsivät lähinnä ponnistusinkontinenssista, josta osa miehistä kärsi edelleen. Pidätyskyvyttömyys aiheutti häpeää, epätoivoa, nolotumista ja epänormaaliuden tunteita. Miehet eivät puhuneet pidätyskyvyn palautumisesta lähiomaistensa kanssa, sillä he kokivat sen hyvin henkilökohtaisena asiana. Tutkimukseen osallistuneet miehet kokivat, että fyysisen pidätyskyvyn palautuminen ylitti heidän odotuksensa, mutta psyykinen toipuminen asiasta oli haastavaa. He olivat kehittäneet selviytymismekanismeja, kuten varalta vessassa käynti ja täyden rakon tunnusmerkkien opetteleminen, pidätyskyvyttömyyden jatkumisen pelossa. Miehet olivat selvitäneet vessojen sijainnin, juoneet vähemmän vettä, välttäneet alkoholia sekä myöhään illalla juomista ja kylmää ilmaa. Näiden keinojen avulla ja lantionpohjan lihasten voimistamisella he paransivat tunnettaan oman itsensä hallinnasta. Miehillä oli tärkeää, että muut eivät huomaa inkontinenssia. Miehet kokivat olevansa onnekkaita, kun ovat selvinneet hengissä ja he keskustelivat diagnoosista sekä hoitovaihtoehdoista perheen ja ystävien kanssa. Keskustelua työtovereiden kanssa vältettiin ja miehet kokivat, että normaalien aktiviteettien onnistuminen oli merkki oman itsensä hallinnan takaisin saamisesta. Työhön palaaminen palautti miesten persoonan ja sosiaalisen identiteetin. Vertaistukea miehet saivat internetin eturauhassyöpään liittyviltä keskustelufoorumeilta, mutta myös ystäviltä ja läheisiltä, jotka olivat olleet samassa toimenpiteessä. (Pattison – Waller 2013.)

Miesten kokemuksia edenneen eturauhassyövän diagnoosin saamisen jälkeen käsittelevä tutkimus kertoo, että diagnoosin saamisen jälkeen miehet tiedostivat kuolevaisuutensa ja ymmärsivät, miten haurasta elämä on. Haastateltavat kertoivat tarpeesta elää jokainen päivä niin kuin se olisi heidän viimeisensä. Diagnoosin saaminen oli herättänyt monenlaisia tunteita. Toiset vetäytyivät ja kamppailivat tunteidensa kanssa yksin ja toiset avautuivat ympärillä oleville ihmisille. Miehet, jotka eivät halunneet puhua tunteistaan, kertoivat, ettei siihen ole voimavaroja. Oman elämän hallinnan takaisin saaminen tuli esille myös miesten puheissa. Töissä käyminen auttoi keskittämään ajatukset johonkin

muuhun ja toi hallinnan tunteen. Eturauhassyöpädiagnoosin saaminen kuvailtiin pannaan lopun miehisyydelle ja viriilydelle. Katetrin kanssa eläminen muistutti miehiä kadotetusta seksuaalisuudesta. (Aus - Beterö - Jonsson 2009.)

Tutkimuksessa, jossa selvitettiin potilaiden katumusta radikaaliprostatektomian valinnasta ja katumukseen vaikuttavista tekijöistä, huomattiin, että huoli syövän poistamiseksi oli suoraan verrannollinen valitun hoidon aggressiivisuuteen. Eturauhasen poistoleikkaus oli useimmin valittu hoitomuoto potilailla, jotka tähtäsivät syövän hallintaan. Radikaaliprostatektomialla saadaan syöpä hyvin hallintaan, mutta sillä saattaa olla haittavaikutuksia, kuten inkontinenssi ja seksuaalisen toiminnan häiriöt. Pidätysvaikeudet voivat kestää vuoden ja seksuaaliset toimintahäiriöt useita vuosia. Valitun hoitomuodon soveltuvuudesta tunnettiin ahdistusta ja huolta. Potilaat valitsivat hoitomuodon syövästä eroon pääsemisen perusteella. Tuli esille, että potilaan ymmärrys hoitomuodosta ja mahdollisista komplikaatioista olivat kaksi ennustavaa tekijää katumuksen esiintymisessä. Potilaita ohjeistettaessa heille tulisi varovasti kertoa hoidon riskit ja haitat, sekä selittää selkeästi mahdolliset haittavaikutukset. (Lin 2010.)

Seitsemässä eri Euroopan maassa tehdyssä kyselytutkimuksessa tarkasteltiin tukevan hoitotyön vaikutusta eturauhassyöpää sairastavien miesten tarpeisiin. Neljä viidestä vastanneesta koki saaneensa liian vähän tukea hoitajilta. Kolmasosa kertoi kokeneensa keskivaikeaa tai vaikeaa ahdistusta tai masennusta ja lähes puolet vastaajista kertoivat, etteivät olleet tavanneet hoitajaa ollenkaan yhden tai useamman hoitoprosessin vaiheen aikana. Tukea oli saatu eniten juuri ennen hoitoa ja välittömästi hoidon jälkeen. Neuvoja ja tukea oli saatu myös diagnoosin saatuaan ja toimenpiteen jälkeen, mutta hoitomuodon valinnassa tai pitkäaikaisissa haittavaikutuksissa harvat miehet olivat saaneet tukea. (Cockle-Hearne - Charnay-Sonnek - Denis - Fairbanks - Kelly - Kav - Leonard - van Muilekom - Fernandez-Ortega - Jensen - Faithfull 2013.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kirurgisen eturauhassyöpää sairastavan potilaan kokemuksia hoitoprosessin aikana. Tavoitteena on kehittää hoitoa saadun tiedon perusteella. Tässä työssä haluttiin saada tarkemmin selville, millaisia kokemuksia eturauhassyöpää sairastavilla oli kirurgisen hoidon aikana.

5 Työn toteutus

5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tässä työssä aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa keskitytään esimerkiksi ihmisten kokemusten ja tulkintojen sekä ihmisten näkemysten kuvailuun. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 65 - 66). Laadullisessa tutkimuksessa halutaan ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia ja oletetaan, että sitä kautta voidaan tavoittaa todellisuus. Tarkoituksena on kuvata, selittää ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tutkittavien näkökulmasta. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 20.) Laadullisissa tutkimuksissa ei pyritä yleistettävyyteen kuten määrällisissä tutkimuksissa. Otos on harkinnanvarainen ja siihen pyritään saamaan tutkittavia, jotka edustavat mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 67.) Tutkimusaineisto on laadullisessa tutkimuksessa usein sanallista. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 20).

Teemahaastattelu sijoittuu strukturoidun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Haastattelun teema on ennalta valittu, mutta haastattelua ei ole suunniteltu etenemään kaavamaisesti. Teemahaastattelussa etsitään vastausta kuitenkin tutkimustehtävän mukaisesti. Ihmisten tulkinnat ja asioille antamat merkitykset korostuvat teemahaastattelussa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 125 - 126.)

5.2 Aineistonkeruu

Haastattelut toteutettiin keväällä 2015 kirurgisella poliklinikalla jälkitarkastuksen yhteydessä. Haastateltavia oli neljä ja heille kaikille oli tehty robottiaivusteinen laparoskooppinen eturauhasenpoistoleikkaus eli RALP. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi jälkikäteen. Haastateltaville miehille lähetettiin jo ennen jälkitarkastusta kirjeitse opinnäytetyön saatekirje, jotta he saattoivat varata aikaa siihen. Haastatteluun osallistumisen halukkuutta tiedusteltiin kuudelta mieheltä, joista kaksi ei halunnut osallistua tutkimukseen. Haastattelut kestivät keskimäärin 17 minuuttia. Ennen varsinaisten kokemusten selvittelyä haastateltavilta kysyttiin taustakysymykset, joita työelämän puolelta oli toivottu kysyttävän.

5.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään useissa laadullisen tutkimuksen menetelmissä, ja sillä voidaan tiivistää aineistoa, jotta tutkittavaa asiaa voidaan kuvata yleistävästi. Sen tavoitteena on kuvata ilmiötä laajasti, mutta tiiviisti. Sisällönanalyysin tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä ja deduktiivinen teorialähtöistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta pyritään tekemään teoreettinen kokonaisuus niin, että analyysiä eivät ohjaa esimerkiksi aikaisemmat tiedot tai teorit. Analyysiyksikkönä saattaa olla esimerkiksi yksittäinen lause tai sana. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen ja ryhmittelyn mukaan. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä lähtökohdina ovat teoria tai teoreettiset käsitteet ja aineisto jaetaan analyysiyksiköihin, joiden suhdetta tutkittavaan asiaan tarkastellaan. Tutkimus on jo valmiiksi lähtötilanteessa johonkin teoriaan tai malliin nojaava. Myös tutkimuksen tulosten raportoinnissa voidaan nähdä teorian vaikutus. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 165 - 168.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna ja teemana oli ”kuvaile kokemuksiasi hoidon aikana”. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli haastattelunauhut kirjoitettiin tekstiksi. Haastattelut litteroitiin joko samana päivänä tai viimeistään kolmen päivän sisällä nauhoituksesta. Taustakysymyksinä kysyttiin ikä, milloin oli hakeuduttu hoitoon ensimmäisen kerran eturauhasvaihvan vuoksi, milloin oli menty ensimmäisen kerran urologin vastaanotolle, milloin haastateltava oli asetettu leikkausjonoon ja milloin leikkaus oli tehty.

Puhtaaksi kirjoitetut haastattelut tulostettiin ja tekstistä alleviivattiin kokemuksista kertovia lauseita. Kokemuksista kertovat lauseet kirjoitettiin uudelleen puhtaaksi ja ne tulostettiin. Tämän jälkeen aloitettiin pelkistys ja ryhmittely. Pelkistykset jaettiin kolmeen yläluokkaan, jotka muodostettiin hoitoprosessin vaiheiden mukaan: ”Ennen sairaalassa oloa”, ”sairaalassa olon aikana” sekä ”sairaalassa olon jälkeen”. Näistä kolmesta yläluokasta muodostuu pääluokka: ”Kokemukset hoidosta”. (Kuvio 1.)

Kokemukset hoidosta	Ennen sairaalassa oloa	Päätöksenteko
		Aikataulutus ja suunnittelu
		Toimenpidettä edeltävä jännitys
		Suhde ammattihenkilöiden kanssa
		Ryhmäohjaus
	Sairaalassa olon aikana	Tiedonsaanti
		Lääkehoito
		Hyvä hoito ja kohtelu
		Sairaalaympäristö
	Sairaalassa olon jälkeen	Katetriin liittyvät asiat
		Tukiverkosto
		Selviytymiskeinot
		Pidätyskyky

Kuvio 1. Kokemukset hoidosta.

6 Kokemukset hoidosta

Haastateltavia miehiä oli neljä ja heidän keski-ikänsä oli 61,75 vuotta. Siitä, kun he olivat hakeutuneet hoitoon eturauhasvaivan vuoksi ensimmäisen kerran, oli aikaa vaihtelevasti kymmenestä vuodesta kolmeen kuukauteen. Jotkut vastaajista olivat käyneet heti ensimmäisellä kerralla urologin vastaanotolla, osa omalla terveystasemalla tai työterveydessä yleislääkärillä. Miehillä, jotka olivat käyneet muulla kuin urologilla ensimmäisen kerran tarkkailtiin PSA-arvoa usean vuoden ajan. Leikkausjonossa miehet olivat kuukaudesta neljään kuukauteen. Kukaan haastatelluista ei ollut hakeutunut vertaistuen piiriin.

6.1 Ennen sairaalassa oloa

6.1.1 Päätöksenteko

Taulukko 1. Päätöksenteko.

Alkuperäisilmaisus	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Tää lääkäri nyt ei suostunu sanoo, mikä on parempi. Se käski valita." "Sanottiin et saat itte suurinpiirtein päättää."	Tuli itse valita hoitomuoto	Päätöksenteko	Ennen sairaalassa oloa

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Minulle sinänsä ei missään vaiheessa kerrottu eri vaihtoehtoja"	Eri hoitovaihtoehtoista ei kerrottu	Päätöksenteko	Ennen sairaalassa oloa
"Mä olisin sinänsä potilaana kaivannu, että olinpa mä itte mieltä tahansa... lääkäri ois voinu kertoa oman näkemyksensä kumpi olis parempi."	Tarve saada lääkärin mielipide hoitomuodosta		

Haastateltavat ilmaisivat, että he olisivat toivoneet lääkärin tekevän päätöksen hoitomuodosta tai ainakin kertovan oman mielipiteensä siitä, mikä hoitomuoto olisi paras. Miehet olivat sitä mieltä, etteivät ole päteviä päättämään hoidosta ilman lääkärin mielipidettä. Osalla lääkäri ei ollut kertonut mielipidettään hoidosta ja osalla taas lääkäri ei ollut esitellyt muita hoitovaihtoehtoja kuin leikkaushoitoa ollenkaan. Haastatteluisissa selvisi myös, että osa miehistä oli kokenut ensimmäisen lääkäritapaamisen olleen epäselvä ja huono kokemus.

6.1.2 Aikataulutus ja suunnittelu

Taulukko 2. Aikataulutus ja suunnittelu.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"...säännöllisesti joutunu olee useita tunteja... pitäis täsmällisempi aika voida mahdollisesti antaa"	Odottaminen pitkään ja usein	Aikataulutus ja suunnittelu	Ennen sairaalassa oloa
"...kun ei yhtään tiedä, mitä seuraavaksi tapahtuu"	Epämiellyttävää odottaa epätietoisuudessa		
"Mä oon nyt kiertäny tän saman vaivan takia kaikki kolme isoo sairaalaa"	Useiden sairaaloiden kiertäminen tutkimuksissa		
"Siel on kaikki ajat pitäny paikkaansa"	Aikataulutuksen sujuminen		

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Odotushuone on mahdollottoman pieni, istumapaikoista oli pulaa"	Pieni odotushuone ja vähän istumapaikkoja	Aikataulut ja suunnittelu	Ennen sairaalassa oloa
"...kuuntelin tossa kun noi valitti ku pitää jonottaa tälläsii mut toissijasii asioita"	Jonotus toissijaista		

Miehet kokivat, että poliklinikoilla he odottivat useita tunteja ennen tapaamisia lääkärin ja hoitajan kanssa. Osa koki, että odottaminen oli ollut ikävää sen takia, ettei ollut tiennyt, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Haastateltavista osa oli odottanut toimenpiteeseen pääsyä usean kuukauden ajan ja oli sitä mieltä, että pahanlaatuisen syövän hoidon kanssa ei tulisi odottaa melkein puolta vuotta. Osa miehistä taas oli sitä mieltä, että odottaminen on toissijaista. Tutkimuksissa oli jouduttu myös kiertämään monessa eri sairaalassa pääkaupunkiseudulla, mitä ihmeteltiin ja mietittiin, miksei kyseisiä laitteita ole voitu keskittää yhteen paikkaan.

6.1.3 Toimenpidettä edeltävä jännitys

Taulukko 3. Toimenpidettä edeltävä jännitys.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"kyl sen niinku stressaa..."	Toimenpiteen stressaaminen	Toimenpidettä edeltävä jännitys	Ennen sairaalassa oloa
"...mut ei mua hirveesti pelottanu"	Toimenpide ei pelottanut		
"...alko vähän pääs sumenee, ku oli aikaa miettiä sitte"	Leikkaus alkoi jännittää, kun aikaa miettiä		

Osa haastateltavista kokivat olleensa stressaantuneita ennen toimenpidettä, mutta eivät olleet jännittäneet sitä. Haastateltavat eivät kokeneet pelänneensä leikkausta, mutta leikkausrobotti herätti jonkin verran jännitystä.

6.1.4 Suhde ammattihenkilöiden kanssa

Taulukko 4. Suhde ammattihenkilöiden kanssa.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Päälukokka
"Lääkäreil on vähän omat jutut...liikaa on tämmösiä sanoja, mistä potilaat on ihan et, mitä ihmettä se mongertaa" "Kaikki ei tajuu mitä ne (lääkärit) puhuu... on aika nopeeta se puhuminen"	Lääkärit käyttävät epäselvää kieltä	Suhde ammattihenkilöiden kanssa	Ennen sairaalassa oloa
"Hoitaja silloin kerto että lääkäri ottaa yhteyttä etukäteen, mutta hän ei ottanu"	Luvattua yhteydenottoa ei tapahtunut		
"...ollu ihan hyvä että olis käyny kertomassa että kohta sinut nukutetaan ja sitten on taju kankaalla ja kohta vietään eturauhanen"	Lääkärin tapaaminen leikkauspäivänä ennen toimenpidettä		

Haastatteluissa ilmeni, että miehet eivät aina olleet ymmärtäneet lääkärin käyttämiä sanoja. He olivat kokeneet myös, että lääkärit puhuivat nopeasti. Osa ei kaivannut yhteydenpitoa hoitajien tai lääkärin kanssa. Osalle oli kerrottu lääkärin ottavan yhteyttä ja käyvän katsomassa ennen leikkausta, mutta sitä ei ollut tapahtunut. Lääkärin olisi toivottu käyvän tapaamassa vielä ennen toimenpidettä kertomassa, mitä leikkauksessa tapahtuu.

6.1.5 Ryhmäohjaus

Taulukko 5. Ryhmäohjaus.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Oli tilaisuus, missä esiteltiin virtsankarkailuun liittyvät (asiat)"	Ryhmäohjaus virtsankarkailusta etukäteen	Ryhmäohjaus	Ennen sairaalassa oloa
"Hyvin asiallisia juttuja (ryhmäohjauksessa)"	Ryhmäohjaus oli asiallista		

Miehet olivat osallistuneet ryhmäohjaukseen, jossa käsiteltiin virtsankarkailua. Ryhmässä harjoitettiin vatsalihasjumbppaa, jolla voi parantaa pidätyskykyä. Ryhmäohjaukseen oltiin tyytyväisiä ja sen vuoksi siellä käsiteltyihin asioihin pystyi varautumaan, eivätkä ne tulleet yllätyksenä. Erityisesti alavatsalihasharjoitukset olivat jääneet haastateluilta mieleen.

6.2 Sairaalassa olon aikana

6.2.1 Tiedonsaanti

Taulukko 6. Tiedonsaanti.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Sain mä jälkikäteen tietoa, ja sain mä kyllä etukäteen"	Tietoa sai jokaisessa vaiheessa	Tiedonsaanti	Sairaalassa olon aikana
"Emmä nyt ollu kyllä niin sanotusti epätietoisuuden vallassa kertakaan"	Ei epätietoisuudessa missään vaiheessa		
"...jaettiin kirjallisesti ja sitte myös suullisesti"	Tietoa sai kirjallisesti ja suullisesti		
"...tiedot oli jollain tavoin, ei niin kovin yksityiskohtiin meneviä"	Saatu tietoa ei ollut kovin yksityiskohtaista		

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"...netistä kattelin vielä lisää" "Tietokoneelthan löytyy mitä vaan, mut mä oon vähän huono hakemaan"	Internetistä tarkempaa tietoa	Tiedonsaanti	Sairaalassa olon aikana
"No en minä niin hirveesti sitä lisäinformaatiota kaivannu"	Ei lisätiedon tarvetta		
"...tieto luo tuskaa...mulle tulee ainaki sellanen fiilis"	Tieto luo tuskaa		
"Mä en saanu vastauksia häneltä"	Vastauksien uupuminen		

Haastateltavat olivat saaneet kaikissa vaiheissa hoidon aikana tietoa suullisesti ja kirjallisesti. Osa haastateltavista oli halunnut saada tietoa vielä enemmän, koska koki, ettei kirjallinen materiaali mennyt tarpeeksi yksityiskohtiin. He olivat etsineet tietoa lisää internetistä itsenäisesti. Haastateltavat olivat kokeneet, että olivat saaneet riittävästi tietoa ja että, jos jokin olisi mietityttänyt, olisi ollut mahdollisuus kysyä asiasta.

6.2.2 Lääkehoito

Taulukko 7. Lääkehoito.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"särkylääkettä annettiin aina ku pyysi"	Särkylääkettä sai pyytessä	Lääkehoito	Sairaalassa olon aikana
"...yritetään antaa tarpeeks (lääkettä)"	Pyrittiin hyvään lääkehoitoon		
"ei sitä tartte niin hirveesti aina kaikkee lääkettäköön syödä"	Lääkkeitä ei tarvitse syödä paljon		

Miehet kertoivat, että särkylääkettä sai vuodeosastolla leikkauksen jälkeen aina kun pyysi. Osa oli sitä mieltä, että ei lääkkeitä tarvitse syödä niin paljon. Lääkehoitoon oltiin kaiken kaikkiaan tyytyväisiä.

6.2.3 Hyvä hoito ja kohtelu

Taulukko 8. Hyvä hoito ja kohtelu.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"... kaikki meni erittäin asiallisesti"	Kaikki hoitui asiallisesti	Hyvä hoito ja kohtelu	Sairaalassa olon aikana
"Operaatio oli yllättävän raskas"	Toimenpide oli raskas		
"(Vuodeosastolla) oli kovasti miellyttävää ja mukavaa"	Vuodeosastolla oli mukavaa		
"Mulle on tärkeintä se, että hommat menee sujuvasti"	Asioiden sujuminen tärkeää		
"...ihan ystävällistä porukkaa koko aika" "Todella ystävällisiä kaikki hoitajat ollu"	Henkilökunta ystävällistä		
"Ei mul siit leikkauksest oo mitään huonoja kokemuksia"	Leikkauksesta ei huonoja kokemuksia		
"Siis ihan törkeen hyvä palvelu"	Hyvää palvelua		

Haastateltavat kertoivat kohtelun olleen asiallista ja asioiden sujuneen sujuvasti. Hoitajien he kertoivat olleen ystävällisiä ja sairaalassa oli ollut miellyttävää. Miehet kokivat hoidon hyväksi niin leikkaussalissa kuin vuodeosastollakin. Haastateltavilla oli vaihtelevasti kokemuksia sairaalassa olost ja tällä kertaa kaikkien kokemukset olivat olleet hyviä.

6.2.4 Sairaalaympäristö

Taulukko 9. Sairaalaympäristö.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Hiljaisia, rauhallisia herramiehiä oli kaverina"	Huonetoiverit miellyttäviä	Sairaalaympäristö	Sairaalassa olon aikana
"Yritin löytää sen härvelin kuvan, mikä sen leikkauksen teki"	Leikkausrobotti kiinnostava		

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Tietysti olihan se aika pelottava se kone" "...se on huoneen kokoinen härveli, se on aika raju"	Leikkausrobotti pelottava	Sairaalaympäristö	Sairaalassa olon aikana

Haastateltavilla oli ollut mukavat huonekaverit sairaalassa, mikä oli tehnyt heidän kokemuksestaan hyvän. Useat ilmaisivat haastatteluissa olleensa kiinnostuneita leikkausrobotista ja etsineensä tietoa ja kuvia siitä.

6.3 Sairaalassa olon jälkeen

6.3.1 Katetriin liittyvät asiat

Taulukko 10. Katetriin liittyvät asiat.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"...sen katetrin kanssa suju oikeestaan aika helposti"	Katetrin kanssa helppoa	Katetriin liittyvät asiat	Sairaalassa olon jälkeen
"Mua ihmetytti vaan...enhän mä tajuunnu, miten se on kiinni siellä"	Katetrin rakenteen pohittaminen		
"...oli aika kivuliasta. Kyllä se niinku sattuu ihan selvästi."	Kipu katetria poistettaessa		
"Ei voi sanoa helppoa" "Pukeminen päälle ja kattoo et kyllähän se tota hankas"	Katetrin vaivaaminen		
"Mua jännitti se varmaan enemmän sen ottaminen pois ku se itse leikkaus mut eihän se sitte sattunukkaa"	Katetrin poiston jännittäminen		

Katetrin kanssa haastateltavat kertoivat sujuneet suurimmaksi osaksi hyvin, eikä katetrista ollut vaivaa. Osalla miehistä katetrinpoisto oli ollut kivuliasta ja osalla se oli sujunut hyvin. Toisia oli myös jännittänyt katetrin poistaminen. Katetri herätti myös kysymyksiä sen rakenteesta ja siitä, miten se pysyy paikoillaan rakossa. Katetriin suhtauduttiin leikkaukseen kuuluvana pakollisena asiana, jonka kanssa eläminen oli siedettävää.

6.3.2 Tukiverkosto

Taulukko 11. Tukiverkosto.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Kylhän siit (syövästä) vaimon kans keskusteltiin kotona jonkun veran" "Pojan kanssa juteltiin puhelimesta vähän enemmän"	Läheisten kanssa syövästä keskustelu	Tukiverkosto	Sairaalassa olon jälkeen
"...on niit vertaisryhmii tuol netis"	Internetin vertaisryhmien tiedostaminen		
"Vaimolle mä kiukuttelin vähäsen"	Turhautumisen purkaminen vaimoon		
"ilman vaimon apuu en ois kyl selvinny"	Puolison tuki		
"mä haluisin hjelppaa muita" "ni voi tulla mun kans juttelee tai kyselee leikkauksesta"	Halu auttaa muita		
"Nii jos ois saanu jonku muun 2-3 ihmisen kans jutella"	Keskustelu kohtalontovereiden kanssa		

Miehet olivat puhuneet syövästä läheisiensä kanssa, kuten vaimon tai lapsien kanssa. Haastateltavat olivat tietoisia vertaistukiryhmistä, mutta eivät olleet hakeutuneet sellaiseen. Osa kuitenkin ilmaisi, että olisi halunnut keskustella jonkun toisen eturauhassyöpää sairastavan miehen tai miesten kanssa. Haastatteluissa ilmeni myös halukkuutta tukea muita eturauhassyöpään sairastuneita, jos he haluavat keskustella jonkun saman kokeneen kanssa.

6.3.3 Selviytymiskeinot

Taulukko 12. Selviytymiskeinot.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Mä oon niinku näil omilla menny, mä oon vähän tällänen yksinäinen susi"	Omillaan selviäminen	Selviytymiskeinot	Sairaalassa olon jälkeen
"Et ehkä mä oon täst selvinny niin hyvin mun elämänlaadulla..."	Elämänlaadulla selviäminen		
"...ja treenaan paljon"	Liikunta		

Jotkut miehistä kokivat, että kun leikkauksen jälkeen on pitänyt opetella pidätyskykyä, on joutunut taantumaan lapsuuden tasolle takaisin. Osa koki, että oli selvinnyt hyvin omillaan ja että on "yksinäinen susi". Selviytymiskeinoina miehet kokivat olleen hyvän elämänlaadun ja liikunnan osalla haastateltavista.

6.3.4 Pidätyskyky

Taulukko 13. Pidätyskyky.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"...on pitäny opetella pidätyskykyä"	Pidätyskyvyn uudelleen opettelu	Pidätyskyky	Sairaalassa olon jälkeen
"...että pidätyskyky paranis, nythän mä joudun käyttää vaippaa"	Pidätyskyvyn paraneminen		

Haastateltavat olivat olleet ryhmäohjauksessa vahvistamassa alavatsalihaksia pidätyskyvyn parantamiseksi. Osa miehistä ilmaisi haastatteluissa, ettei pidätyskyky ollut heti toimenpiteen jälkeen hyvä. Pidätyskyvyn vahvistamista kuvattiin lapsuuteen palaamisena, kun piti opetella se uudestaan. Inkontinenssisuojia myös käytettiin ja niihin suhduuttiin huumorilla haastattelussa.

7 Pohdinta

Haastatteluista ilmeni, että miehet olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä hoitoon ja olivat kokeneet hoidon hyväksi ja asialliseksi. Asia, joka nousi useassa haastattelussa esille, oli odottaminen poliklinikoilla ennen tapaamisia lääkärin ja hoitajan kanssa. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, ettei ollut joutunut odottamaan vastaanottoaikojen yhteydessä, ja osa oli sitä mieltä, ettei odottaminen ollut haitannut. Myös hoitoon liittyvien tutkimusten ja muun hoidon suunnittelu herätti kysymyksiä siitä, että kuinka paljon asiaa mietitään. Miehistä osa oli joutunut kiertämään tutkimuksissa monessa eri sairaalassa ympäri pääkaupunkiseutua. On mahdollista, että tähän vaikuttaa tämänhetkinen tilanne, kun Meilahden tornisairaala on remontissa ja osastoja on joutunut evakkoon muualle. Myös poliklinikan sijainti vaihtelee kirurgin mukaan. Saattaa olla myös mahdollista, että laite, jolla jokin tutkimus tehdään, ei ole ollut vapaana lähimpänä olleessa sairaalassa. Sellaisessa tilanteessa on voitu laittaa edelle potilaan tutkimukseen pääsy, eikä välimatka sairaalaan. Haastateltavat olivat harmissaan odottelussa myös siitä, että vastaanotoilla ei aina tiennyt, mitä siellä selviää ja mitä on odotettavissa. Toimenpidettä oli jouduttu myös odottamaan lähes puoli vuotta, mitä kritisoitiin. Osa oli sitä mieltä, että pahanlaatuisen syövän hoidossa ei tulisi joutua odottamaan niin kauan hoitoon pääsyä. On ikävää, että vakavan sairauden hoitoa joutuu odottamaan pitkiä aikoja, sillä todennäköisesti ahdistus ei ainaakaan laannu odottaessa. Tämä voi jopa lisätä potilaan pelkoja toipumisesta, sillä potilas saattaa ajatella, että odottaessa syöpä ehtii levitä.

Potilaiden arviota kirurgisen poliklinikan hoidon laadusta käsittelevässä tutkimuksessa potilaat, jotka joutuivat odottamaan vastaanottoaikaa arvioivat hoidon laadun heikommaksi, kuin ne, jotka eivät olleet joutuneet odottamaan. Arvioon oli vaikuttanut myös se, oliko odottamisen syytä kerrottu potilaalle vai ei. Jos potilaalle oli kerrottu odottamisen syy, oli hoidon laatu arvioitu paremmaksi. (Eloranta ym. 2009.) Poliklinikoilla, niin kuin muuallakin sairaalassa, voi joutua odottamaan pitkiä aikoja, sillä tilanteet ovat nopeasti muuttuvia ja kiireelliset asiat menevät vähemmän kiireellisten asioiden edelle. Kyseisen tutkimuksen perusteella voisi kuitenkin olettaa, että potilaalle olisi hyvä kertoa odottamisen syy ja etenkin, että vastaanottoa joudutaan odottamaan. Etenkin silloin, jos kyseessä on syöpää sairastava potilas ja hänen on tarkoitus kuulla vastaanotolla tuloksista, odottaminen saattaa lisätä ahdistusta. Se voi myös vaikuttaa potilaan kokemuksiin terveydenhuollosta kielteisesti, milloin seuraaviakin kokemuksia voi varjostaa aiemmat huonot kokemukset.

Haastateltavista moni kritisoi sitä, että lääkäri ei kertonut mielipidettään hoitomuodon valinnasta. Osalla taas lääkäri ei ollut esitellyt muita vaihtoehtoja ollenkaan tai kertonut, mitä niistä seuraa. Miehet kokivat, etteivät he ole päteviä päättämään omasta hoidostaan, koska eivät tiedä asioista tarpeeksi. Tähän ei vaikuttanut se, saivatko he paljon vai vähän tietoa, vaan se, että he eivät kokeneet kykenevänsä täysin päättämään hoidosta, koska eivät omaa lääketieteen asiantuntemusta. Voi siis olettaa, että miehet haluavat osallistua omaan hoitoonsa ja saada tietoa, mutta kaipaavat lääkäriltä mielipidettä eri hoitomuodoista. Tietoa miehet kertoivat saaneensa tarpeeksi. Osa kävi itse myös kuitenkin etsimässä internetistä lisää tietoa, koska he kokivat, etteivät kirjalliset ohjeet ja esitteet menneet tarpeeksi yksityiskohtiin. Vaikka haastateltavat olivat halunneet hakea lisää tietoa, eivät he kokeneet, että olisivat hoitohenkilökunnan puolelta tarvinneet lisää tietoa. Haastateltavat halusivat oletettavasti olla aktiivisia oman hoitonsa suhteen ja olivat kiinnostuneita sairaudestaan ja hoidostaan. Moni ilmaisi myös haastatteluissa kiinnostuksensa leikkausrobotia kohtaan. Miehet kertoivat etsineensä internetistä kuvan da Vinci -robotista. Leikkausroboti koettiin myös hieman pelottavaksi muutaman osalta, mutta kuitenkin kiinnostavaksikin. Robottiin kohdistuva kiinnostus voi selittyä miesten henkilökohtaisista kiinnostuksen kohteista, mutta myös sillä, että se edustaa nykyaikaista teknologiaa. Jollekin voi herätä kysymyksiä siitä, että leikkaako hänet tietokone vai kirurgi. Toisille asia voi olla yhdentekevää, mutta haastattelujen perusteella voisi olettaa, että useimmat ovat kiinnostuneita leikkausrobotista ja heille tulisi tarjota siitä tietoa heidän niin halutessaan.

Tutkimuksessa, jossa oli haastateltu robottivusteisessa laparoskooppisessa radikaalissa prostatektomiassa juuri olleita potilaita, ilmeni, että potilaat valitsivat leikkaushoidon syövänpelon vuoksi. Tiedonsaanti oli koettu olevan tärkeä osa leikkausta edeltävää valmistautumista ja erityisesti tieto, miten ennaltaehkäistä pidätysvaikeuksia, oli koettu rauhoittavaksi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet miehet olivat kokeneet, että täsmällinen ja yksityiskohtainen tieto pidätysvaikeuksien käytännöllisestä puolesta oli jäänyt uupumaan. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että tietoa oli saanut huonoon aikaan tai huonossa muodossa. Heillä oli ollut myös vaikeuksia sisäistää tietoa. (Pattison - Waller 2013.) Krumwieden ja Krumwieden tutkimuksessa, jossa selvitettiin eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten kokemuksia, miehet olivat etsineet tietoa lievittääkseen ahdistustaan. He olivat etsineet tietoa internetistä ja läheisiltään, sekä muilta eturauhassyöpää sairastavilta miehiltä. Muiden saman kokeneiden tuki auttoi päätöksenteossa hoidosta. (Krumwiede – Krumwiede 2012.) Linin tutkimuksessa, jossa käsiteltiin hoito-

muodon valintaan liittyvää katumusta ja siihen vaikuttavia tekijöitä, miehet olivat valinneet usein prostatektomian halutessaan saada syövän hallintaan. Tutkimuksessa selvisi, että potilaan katumukseen vaikutti hänen ymmärryksensä hoitomuodosta ja siihen liittyvistä mahdollisista haittavaikutuksista. (Lin 2010.)

Haastatteluissa ei ilmennyt, että miehet olisivat tehneet päätöksiä syövän pelon vuoksi. On kuitenkin mahdollista, että he olisivat halunneet juuri sen takia lääkärin kertovan mielipiteensä hoidosta, että heitä pelotti tehdä päätös syövän hoitoon liittyen. Vertaistuen mahdollisuudesta olisi hyvä kertoa heti diagnoosin saamisen jälkeen, ja on mahdollista, että siitä onkin kerrottu, mutta shokkivaiheessa asiaa ei muista. Krumwieden ja Krumwieden tutkimuksen perusteella se voisi auttaa päätöksenteossa, etenkin jos lääkäri ei halua ottaa kantaa hoitovaihtoehtoihin. Kun kuulee muiden kokemuksia eri hoidoista, on helppompaa muodostaa kuva siitä, mitä itse mahdollisesti haluaa. Silloin ei myöskään välttämättä myöhemmin kadu päätöstään, koska kokee, että sai tarpeeksi tietoa ja teki päätöksen itse sen perusteella. Hoitopäätökseen liittyvästä katumuksesta kertovan tutkimuksen mukaan mahdolliseen katumukseen vaikuttaa potilaan ymmärrys hoidostaan ja sen haitoista, mikä varmasti pitää paikkaansa. Pelko syövästä ja kiire saada syöpä pois voi aiheuttaa sen, että potilas tekee hätäisiä päätöksiä. Sen vuoksi potilaan tukeminen päätöksenteossa on ehdottoman tärkeää. Valittu hoitomuoto voi kuitenkin vaikuttaa potilaan elämään pitkiä aikoja.

Tiedonsaannista ei oltu täysin samaa mieltä, kuin Pattinsonin ja Wallerin tutkimuksessa. Kukaan miehistä ei ilmaissut erityisesti pidätyskyvystä kertovan tiedon rauhoittavan heitä tai olevan erityisen tärkeää. Miehet kertoivat ryhmäohjauksen vatsalihasjumpasta olleen hyödyllinen. Yksityiskohtaisuuden osalta miehet esittivät samankaltaisia huomioita, sillä useat kertoivat toivoneensa yksityiskohtaisempaa tietoa. Eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten kokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa miehet olivat myös etsineet tietoa lisää internetistä, vaikka olivat saaneet sitä jo lääkäreiltään. Tämä on yhteneväää tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. On todennäköistä, että monet ihmiset, jotka käyttävät tietokonetta ja internetiä, haluavat etsiä itse lisää tietoa, vaikka olisivatkin sitä jo saaneet. Yleensä omasta terveydestä ollaan kiinnostuneita, erityisesti, jos jokin on huonosti.

Katetrin kanssa eläminen oli koettu siedettäväksi, mutta myös jossain määrin epämiellyttäväksi. Katetri oli herättänyt miehissä ihmetystä ja jännitystäkin. Osa oli ihmetellyt, miten katetri pysyy paikoillaan ja minkälainen sen rakenne on. Myös RALP:ssa olleiden

potilaiden kokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa miehet olivat kokeneet katetrin epä-mukavaksi. (Pattinson – Waller 2013). Toisessa tutkimuksessa miehet kokivat katetrin kokoaikaisena muistutuksena syövästä. Katetri myös koettiin prosessin hirveimmäksi asiaksi. Miehet pelkäsivät vetävänsä katetrin vahingossa yöllä pois. (Krumwiede – Krumwiede 2012.) Ausin, Berterön ja Jonssonin tutkimuksessa taas kävi ilmi, että katetri muistutti miehiä kadotetusta seksuaalisuudesta. (Aus ym. 2009). Osaa opinnäytetyössä haastatelluista oli pelottanut katetrin poistaminen, mutta useimmat sanoivat sen suju- neen hyvin. Katetrin poistaminen oli ollut joidenkin mielestä kivuliasta. Katetrista miehet olivat saaneet omasta mielestään hyvin tietoa, mutta ilmeisesti myös siihen liittyvä konk- reettinen tieto olisi hyödyllistä. Miehillä voisi esimerkiksi näyttää millainen katetri on ko- konaisuudessaan, jos he eivät tiedä miltä se näyttää ja miten se toimii. Aiempien tutki- musten perusteella katetri on miehille hyvinkin ahdistava asia.

Pattinson ja Waller raportoivat miesten hakeneen vertaistukea internetin foorumeilta, ja miesten keskustelleen diagnoosista esimerkiksi vaimojensa kanssa. (Pattinson – Waller 2013). Eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden kokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa miehet kertoivat, että muiden seura oli tärkeää. Perheen tuki ja varsinkin puolison tuki oli kannatteleva voima. (Krumwiede – Krumwiede 2012.) Haastatteluissa kukaan miehistä ei kertonut olleensa vertaistukiryhmissä, mutta vaimojen ja lasten kanssa he olivat kes- kustelleet. Avio- tai avoliitossa olevien miesten ensisijainen tuki onkin varmasti oma puo- liso, sillä vaimon tuki ilmeni niin keskustelutukena kuin myös päivittäisten toimintojen avustamisessa. Voi kuitenkin olla, että vertaistukiryhmä olisi ollut hyvä kanava purkaa ajatuksiaan, joita eturauhassyöpä on herättänyt. Puoliso, joka ei ole samaa sukupuolta tai ole kokenut samaa, ei välttämättä kykene osoittamaan samankaltaista ymmärrystä, kuin toinen mies, jolla on sama sairaus. Hoitohenkilökunta ei ollut ohjannut ketään haas- tatelluista vertaistuen piiriin tai kertonut miehille sellaisesta mahdollisuudesta. Useimmat miehistä eivät kuitenkaan myöskään olleet kiinnostuneita sellaisesta, mutta osa olisi mie- lellään keskustellut muiden saman kokeneiden kanssa. Tähän tulisi siis selkeästi kiinnit- tää huomiota, että kerrotaan vertaistuen mahdollisuudesta, vaikka potilas vaikuttaisi siltä, ettei häntä kiinnosta vertaistuki. Haastatteluissa tuli myös kuitenkin ilmi, että jotkut miehistä eivät kokeneet tarvetta keskustella syövästä ja hoidoista. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin rintasyöpää ja eturauhassyöpää sairastavien kokemuksia seksuaalisuudesta, haastateltavat olivat toivoneet, että vertaistuen mahdollisuudesta kerrotaisiin jo sairaa- lassa. Vertaistuki oli koettu tärkeänä osana sairautteen sopeutumisessa. (Hautamäki- Lamminen ym. 2010.) Myös läheisten kokemuksia hoidosta on tutkittu ja tutkimuksessa

selvisi, että potilaan omaiset kaipasivat tietoa, miten hoitaa potilasta. Syöpä oli lähentänyt perheen jäseniä ja läheiset halusivat myös saada tietoa omaisensa hoidosta. Läheiset olivat kokeneet, että tiedonsaanti, miten he voivat osallistua hoitoon, oli ollut heikkoa. (Nevalainen ym. 2007.) Jos potilaan omaiset otettaisiin hoidon suunnittelussa mukaan, se voisi edistää potilaan paranemista ja hyvinvointia. Tämä riippuu tietenkin siitä, halu-aako potilas sisällyttää läheisensä hoitoon vai ei.

Miesten aiemmat sairaalokokemukset vaihtelivat huonoista hyviin ja osalla ei ollut juuri-kaan aiempia kokemuksia. Kaikki kuitenkin ilmaisivat joko suurta tai välinpitämätöntä tyytyväisyyttä hoidon laatuun sairaalassa olon aikana. Osa suorastaan kehui hoitajia ja hoitoa vuodeosastolla. Lääkehoitoon oltiin tyytyväisiä ja kipulääkettä miehet kertoivat saaneensa aina pyytäessään. Vuodeosastolla oli myös ollut miesten mielestä mukavia ja rauhallisia potilastovereita, mikä oli tehnyt kokemuksesta miellyttävämmän. Hoitajat ja erityisesti potilastoverit sairaalassa olon aikana vaikuttavat selkeästi viihtymisen koke-mukseen. Osa haastateltavista, kenellä oli ollut huonoja aiempia kokemuksia, kertoivat huonetoverien vaikuttaneen kokemukseen positiivisesti. On tutkittu, että potilaat ar-vostavat hoitajien tietoa syövästä. Potilaat olivat kokeneet olonsa turvalliseksi, kun hoi-tajat olivat antaneet hyödyllistä tietoa. Hoitajat olivat helpottaneet fyysistä ja psyykkistä pahaa oloa. Heidän epävarmuutensa oli myös helpottanut, kun hoitaja oli osannut hoitaa sairauden oireita, sekä kertoa oireista ja hoitojen haittavaikutuksista. Potilaille oli ollut myös tärkeää, että hoitajaan pystyi ottamaan yhteyttä, jos sitä tarvitsi. (Kvåle – Bondevik 2010.) Hoitajien merkitys sairaalokokemuksessa on suuri, sillä heitä potilas tapaa useim-min, kuin lääkäriä, ollessaan vuodeosastolla. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että miesten kokemus hoitajista oli ollut hyvä tai erittäin hyvä, mikä on hieno asia.

Lääkäreiden kommunikoinnista esitettiin myös kritiikkiä, erityisesti siitä, minkälaista kieltä he käyttävät potilaiden kanssa. Osa ilmaisi, että välillä piti miettiä, mitä lääkäri tarkoittaa. Lääkäreiden tulisi kiinnittää huomiota puhumaansa kieleen, jota käyttää potilaiden kanssa, koska moni ei välttämättä uskalla kysyä, jos ei ymmärrä. Lääkäreiden oli myös joillekin luvattu soittavan ja käyvän katsomassa ennen leikkausta, mitä kumpaakaan ei ollut tapahtunut. Kirurgeilla on tiukat aikataulut ja joskus ei ehdi tehdä asioita, mitä on luvannut tehdä, mutta joillekin potilaalle voi olla tärkeää, että pidetyistä lupauksista pide-tään kiinni. Tällaisesta toiminnasta voi tulla potilaalle tunne välinpitämättömästä henkilö-kunnasta. Osa kertoi, että olisi toivonut kirurgin käyvän ennen leikkausta kertomassa vielä, mitä toimenpiteessä tehdään.

8 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia. Keskeisiä lähtökohtia hyvästä tieteellisestä käytännöstä tutkimuseetiikan näkökulmasta on esimerkiksi rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen kaikissa tutkimustyön vaiheissa. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa käytetään tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmissä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä käytäntöjä. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan huomioon kunnioittaen heidän työtään, ja heidän työnsä arvo ja merkitys tunnustetaan omassa tutkimuksessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia ja joillain aloilla vaadittava eettinen ennakoarviointi tulee tehdä. Tutkimushankkeessa tai -ryhmässä tulee sopia ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, periaatteet tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet, sekä aineiston säilyttämiseen ja käyttöoikeuksiin liittyvät kysymykset niin, että kaikki hyväksyvät sopimuksen. Rahoituslähteet sekä tutkimuksen kannalta olennaiset sidonnaisuudet ilmoitetaan tutkimukseen osallistuville ja asianosaisille. Ne myös raportoidaan, kun tutkimuksen tulokset julkaistaan. Jos tutkijoiden epäillään olevan esteellisiä, heidän tulee pidättäytyä kaikista tutkimukseen liittyvistä arviointi- ja päätöksentekotilanteista. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen vastaa itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Vastuu tästä kuuluu kuitenkin myös koko tiedeyhteisölle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6-7.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Kaikissa tutkimustyön vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuslupa haettiin HUS:n ohjeiden mukaisesti ja siihen sisällytettiin kaikki tarvittavat liitteet. Ennen tutkimusluvan myöntämistä, mitään tutkimusta ei tehty, eikä yhteistyöosaston kanssa oltu tekemisissä. Kun tutkimuslupa oli myönnetty, saatekirjeet lähetettiin kirjeitse haastateltaville kotiin. Saatekirjeessä ilmaistiin tutkimukseen osallistumisen ehdoton vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta, missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Haastatteluiden tallenteen hävitettiin välittömästi niiden litteroinnin jälkeen. Kaikesta materiaalista, joka sisältää tietoja haastatteluista on pidetty huolta ja säilytetty turvassa, eikä niitä ole näytetty muille kuin tutkimukseen osallistuville ja opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle. Opinnäytetyön prosessia ja tuloksia julkaistaessa noudatetaan avoimuutta ja vastuullisuutta.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole yhtä tarkkoja kriteerejä kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. On kuitenkin olemassa kriteerejä, joiden avulla voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta liittyen tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen ja aineisto kootaan sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiötä monipuolisesti, mutta tutkimukseen valitaan kuitenkin ne, jotka haluavat osallistua ja pysyvät ilmaisemaan itseään. Tutkimukseen osallistuvien määrä vaihtelee muutamista enintään muutamaa kymmeneen sellaisessa tutkimuksessa, jossa halutaan selvittää kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Jos tiedonkeruun aikana samat asiat toistuvat eri henkilöiden kuvauksissa, tutkittavia voidaan todeta olevan tarpeeksi tutkimuksessa. Tutkimusraportissa tulee kertoa, millä perusteella tutkittavat on valittu. Haastattelututkimusta tehtäessä tutkimusraportissa tulee myös näkyä, mitä teemoja tutkittaville on esitetty. Jos haastattelussa esitetyt kysymykset ovat kovin suppeita, tutkimuksen luotettavuus huononee. Liian suppeat kysymykset voivat estää tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa. Tämä on laadullisen tutkimuksen tavoitteita vastaan, sillä tutkittavan näkemys halutaan selvittää. Myös liian väljät haastatteluteemat haittaavat luotettavuutta, sillä aineistoa kertyy paljon ja tutkija joutuu myös jättämään paljon pois tutkimusraportista. Tutkimusraportissa olisi hyvä olla arvio siitä, kuinka paikkaansa pitävältä tutkittavan kertomus vaikuttaa, sillä tutkittava saattaa jättää olennaisia asioita kertomatta, muistaa väärin tai kertoa sosiaalisesti hyväksytyjä kertomuksia miellyttääkseen tutkijaa. Aineisto on luotettavampi, jos tutkija pitää haastattelupäiväkirjaa. Päiväkirjaan tutkija voi kirjoittaa oman näkemyksensä haastattelun kulusta. Haastateltaessa tutkittavaa asiasta, joka on tapahtunut aikaisemmin, on huomioitava, että haastatteluhetken ja tapahtumahetken välillä on aikaa, joka saattaa olla pitkäkin. Näiden kahden hetken välisenä aikana haastateltava on saattanut keskustella asiasta monien ihmisten kanssa ja tapahtuma on saattanut saada uusia sävyjä ja tapahtuma saattaa vaikuttaa erilaiselta ajan kuluessa. Tätä aikaviivettä ei voida poistaa, mutta sen merkitystä tulisi arvioida tutkimusraporttia tehdessä. Yleensä tutkijan on luotettava siihen, että tutkittavan kertomus on todenmukainen. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 155, 215-218.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto analysoidaan tekemällä yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Luokitukset tulee etsiä aineistosta, eikä laittaa aineistoa ennalta määrättyyn luokkaan. Jotta analyysin luotettavuutta voidaan arvioida, tutkijan tulee kirjata ja perustella

luokituksensa. Analyysin tukena tulee olla riittävästi alkuperäishavaintoja, kuten esimerkiksi suoria lainauksia tutkittavalta. Dokumentoinnin ollessa selkeää ja riittävää, luokittelun luotettavuutta on helpompi arvioida. Tutkimus on luotettava, jos tehdyt luokitukset ovat toisensa poissulkevia. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 219.)

Tutkijan tulee kyetä tarkastelemaan asioita useasta eri näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen yhtenä arviointikriteerinä onkin, miten paljon tutkimuksessa on pystytty tarkastelemaan ilmiötä eri näkökulmista, sekä kuinka hyvin tutkimus on pystynyt tuomaan ilmi tutkittavan asian uusia puolia. Tulosten hyödynnettävyys ja kattava kuvaus mahdollisimman harvojen käsitteiden avulla ovat myös arviointikriteerejä laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen raportoinnissa on oltava selkeä ja raportti tulee kirjoittaa niin, että siitä on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. Raportin tulee myös vakuuttaa lukija siitä, että tutkija on tehnyt oikeutettuja ratkaisuja, tutkimuksen kulku on ollut luotettavaa ja muodostetut luokat ovat perusteltuja. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 219-220.)

Opinnäytetyössä aineisto kerättiin tutkittavilta, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. Vaatimuksena kuitenkin oli, että tutkittava on eturauhassyöpää sairastava mies, joka on ollut robottivusteisessa laparoskooppisessa eturauhasenpoistoleikkauksessa. Näin tutkimukseen saatiin aineistoa tutkimuksen aiheen mukaisesti, joka oli kirurgisen potilaan hoitoprosessi eturauhassyöpää sairastavien kokemana. Raportoinnin luotettavuutta lisäämiseksi haastattelutilanteista kirjoitettiin päiväkirjatyyppisiä muistiinpanoja nauhoituksen tukena. Aineiston analyysi tehtiin hakemalla luokitukset aineistosta ja aineiston tueksi lisättiin suoria lainauksia tai alkuperäishavaintoja tutkittavilta. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan aineistoa mahdollisimman erilaisista näkökulmista, jotta se olisi monipuolinen. Tutkimuksessa haluttiin selvittää eturauhassyöpää sairastavien kokemuksia kirurgisesta hoitoprosessista, joten aineistossa oli nähtävissä hoitoprosessin vaiheet. Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisesti, mutta luokittelun taustalla oli valmiina vaiheet prosessissa, jotka olivat ”ennen sairaalassa oloa”, ”sairaalassa olon aikana” ja ”sairaalassa olon jälkeen”. Nämä valmiit luokat tulivat kuitenkin myös aineistosta ilmi, sillä tutkimuksessa haluttiin selvittää näissä eri vaiheissa haastateltavien kokemia asioita.

Haastattelutilanteet sujuivat keskeytyksettä, mutta muutamaan otteeseen joku ulkopuolinen ihminen kävi haastattelutilan ovella, mikä häiritsi jonkin verran haastattelijaa ja tarkkailijaa. Haastateltavat olivat kuitenkin selkä oveen päin, joten he eivät huomanneet kyseistä häiriötä. Haastattelutilanteista tehtiin muistiinpanoja, joihin kirjattiin haastattelun

kesto ja taustakysymysten vastaukset, sekä haastattelijan ja tarkkailijan mieliala haastatteluajankohtana. Haastatteluajankohtana haastattelija ja tarkkailija tunsivat olonsa useimmiten rauhalliseksi, mutta yksi haastattelupäivistä oli hieman hektinen. Haastattelut oli suunniteltu toteutettavaksi haastateltavien vastaanottoajan jälkeen, mutta ne toteutettiin ennen vastaanottoa, jolloin haastattelijalla ja tarkkailijalla jäi hyvin vähän aikaa valmistautua haastatteluun. Kyseisen päivän kaksi haastattelua sujuivat kuitenkin hyvin, vaikka alku ei ollutkaan kovin rauhallinen.

9 Yhteenveto

Kehittämiskohteiksi kirurgisessa hoitoprosessissa nousi haastatteluissa potilaan päätöksenteossa tukeminen, polikliinisten odotusaikojen lyhentäminen, selkeä kielenkäyttö, katetrin ahdistavuuden vähentäminen ja vertaistuen esille ottaminen useammin. Käytännössä tuloksia voisi hyödyntää potilaan päätöksenteon tukemisessa antamalla hänelle tarpeeksi selkeää tietoa erilaisista hoidoista. Myös vertaistuesta tulisi kertoa useammin ja heti diagnoosin saamisen jälkeen. Vertaistuki saatetaan nähdä pelkästään kerhon tapaisena ryhmänä, jossa kaikki vuorotellen käyvät yksityiskohtaisesti omia kokemuksiaan läpi ja sen vuoksi erilaisista vertaistuen muodoista on hyvä kertoa. Esimerkiksi internetin keskustelufoorumeilla kokemuksistaan voi puhua nimimerkin takaa, jos pelkää paljastumista. Sairaalassa ollessaan potilaalta voi tiedustella haluaako tämä keskustella jonkun toisen samaa syöpää sairastavan kanssa, jos sellainen on mahdollista osastolla. Odotusaikojen lyheneminen saattaa olla epärealistista, sillä jonoja on ja tilanteet muuttuvat sairaalassa. Aikojen täsmällisempää suunnittelua voisi kuitenkin pohtia ja ainakin informoida potilaita etukäteen, että odottelua saattaa olla luvassa poliklinikalla. Tällöin potilas voi varautua odotteluun vaikka kirja mukanaan. Selkeään kielenkäyttöön ja puhumiseen tulee kiinnittää huomiota, jotta potilas ymmärtää varmasti saamansa tiedon. Potilaat eivät aina ymmärrä ammattikieltä, mutta eivät kuitenkaan uskalla kysyä, jos eivät tajua jotain sanaa. Tarvittava tiedonsaanti auttaa potilasta päätöksenteossa oman terveytensä suhteen. Katetrin ahdistavuutta voisi vähentää esimerkiksi näyttämällä potilaalle, minkälainen katetri on, ennen sen laittoa. Katetrin asettaminen ja käsitteleminen voi olla hoitajalle tavallista arkipäivää, mutta potilaalle se voi olla pelottavaa ja erikoista. Hoitajana tulee muistaa tämä, kun keskustelee potilaan kanssa katetrin ja käsittelee sitä.

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyön perusteella voisivat olla esimerkiksi potilaan tukeminen päätöksenteossa hoitomuotoa valitessaan, vertaistuen vaikutus potilaan päätöksentekoon ja katetrin kanssa elämiseen liittyvät tunteet. Opetuksessa tulisi käsitellä enemmän eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitoa, koska se on yleisin syöpä miehillä Suomessa. Monet tulevat hoitajat kohtaavat varmasti kentällä ollessaan eturauhassyöpää sairastavia miehiä. Syöpää sairastavan potilaan kohtaamista tulisi myös käsitellä hoitotyön koulutuksessa enemmän.

Lähteet

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

Aus, Gunnar - Berterö, Carina - Jonsson, Annikki. 2009. Men's experience of their life situation when diagnosed with advanced prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388909000295>> Luettu 16.4.2015.

Cockle-Hearne, J. - Charnay-Sonnek, F. - Denis, L. - Fairbanks, HE. - Kelly, D. - Kav, S. - Leonard, K. - van Muilekom, E. - Fernandez-Ortega, P. - Jensen, B T. - Faithfull, S. 2013. The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *British Journal of Cancer*. Verkkodokumentti. <<http://www.nature.com/bjc/journal/v109/n8/full/bjc2013568a.html>> Luettu 23.9.2014.

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

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

Eturauhassyöpöpotilaan hoitopolku. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolut/eturauhassyopapotilaan-hoitopolku/Sivut/default.aspx>> Luettu 23.11.2014.

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

Holmia, Silja - Murtonen, Irja - Myllymäki, Hannele - Valtonen, Katariina 1998. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpäsairauksien hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kvåle, Kirsti - Bondevik, Margharet 2010. Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*. Verkkodokumentti. <<http://ons.metapress.com/content/405834685h218v0g/fulltext.pdf>> Luettu 13.11.2014.

Krumwiede, Kelly A. – Krumwiede Norma 2012. The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum* 39 (5): 443-450.

Lin, Yu-Hua 2010. Treatment Decision Regret and Related Factors Following Radical Prostatectomy. *Cancer Nursing*. Verkkodokumentti. <<http://ovidsp.uk.ovid.com/sp>>

3.15.1b/ovidweb.cgi?&S=HENAPDNDBAH-FEEOFNKKPECGPPLIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_10> Luettu 1.4.2015.

Nevalainen, Arja - Kaunonen, Marja - Åstedt-Kurki, Päivi 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede* 19(4)-192–201.

Pattison, Natalie - Waller, Jo 2013. Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: a qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12082/full>> Luettu 31.3.2015.

Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Rannikko, Antti - Pétas, Anssi - Tiippana, Elina - Taari, Kimmo 2011. Robottiaavusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia. *Aikakauskirja Duodecim*. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99423&p_haku=ralp> Luettu 31.3.2015.

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

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. *Duodecim, Käypä hoito suositus*. 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=934B19D2D3A61BABA940A15CD0427041?id=hoi11060>> Luettu 18.9.2014.

Taari, Kimmo - Aaltomaa, Sirpa - Nurmi, Martti - Parpala, Teija - Tammela, Teuvo 2013. *Urologia*. Helsinki: Duodecim.

Terveystieteiden laiton laki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>> Luettu 9.10.2014.

Tutkimusluvan hakeminen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimusluvan-hakeminen/Sivut/Tutkimusluvan%20hakeminen.aspx>> Luettu 9.10.2014.

Urologia. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>> Luettu 18.9.2014.

