

KUOPION YLIOPISTON JULKAISUJA E. YHTEISKUNTATIEETEET 115  
KUOPIO UNIVERSITY PUBLICATIONS E. SOCIAL SCIENCES 115

LEENA KUIVALAINEN

# 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

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan luvalla  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden tohtorin arvoa varten  
Kuopion yliopistossa Canthian luentosalissa L2  
perjantaina 17. joulukuuta 2004 klo 12

Hoitotieteen laitos  
Kuopion Yliopisto  
Opetus- ja tutkimusyksikkö 1601  
Kuopion yliopistollinen sairaala



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2004

**Jakelu:** Kuopion yliopiston kirjasto  
PL 1627  
FIN-70211 KUOPIO  
Puh. 017 163 430  
Fax 017 163 410  
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.html>

**Sarjan toimittaja:** Jari Eskola, YTT  
Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos

Jari Kylmä, FT  
Hoitotieteen laitos

Veli-Matti Poutanen, YTT  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalitalouden laitos

**Tekijän osoite:** Hoitotieteen laitos  
Kuopion yliopisto  
PL 1627  
FIN-70211 KUOPIO  
Puh. 017 162 274  
Fax 017 162 632

**Ohjaajat:** Professori (emerita) Pirkko Meriläinen, THT  
Hoitotieteen laitos  
Kuopion yliopisto

Ylilääkäri Martti Ala-Opas, LKT  
Helsingin yliopistollinen sairaala  
Helsinki

Ylilääkäri Martti Nurmi, LKT  
Turun yliopistollinen sairaala  
Turku

**Esitarkastajat:** Dosentti Sanna Salanterä, TTT  
Turun yliopisto

Professori (emeritus) Timo Lehtonen,  
Helsingin yliopisto  
Helsinki

**Vastaväittäjä:** Professori Helvi Kyngäs, THT  
Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos  
Oulun yliopisto

ISBN 951-781-954-4  
ISBN 951-27-0066-2 (PDF)  
ISSN 1235-0494

Kopijyvä  
Kuopio 2004  
Finland

Kuivalainen, Leena. Eturauhassyöpä sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 115. 2004. 179 s.  
ISBN 951-781-954-4  
ISBN 951-27-0066-2 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, selittää ja ennustaa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun vuoden seuranta-aikana sairauden toteamisen jälkeen.

Terveyteen liittyvää elämänlaatuun tarkasteltiin potilaiden voimavarojen näkökulmasta. Aineisto koostui uusista suomalaisista eturauhassyöpää sairastavista potilaista. 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). Aineisto kerättiin kahdessa suomalaisessa yliopistosairaalassa ja viidessä keskussairaalassa hoidetuilta potilailta. Aineiston koko on 24 % tutkimusaikana tutkimusyksiköissä hoidetuista potilaista (15.10.2000-31.5.2002). Potilaiden keski-ikä oli 68.5 (45-90-vuotiaita). Paikallista syöpää sairastavia oli 54 %, paikallisesti levinnyttä 23 % ja levinnyttä syöpää sairastavia 23 %. Prostatektomiapotilaita oli 33%, sädehoitopotilaita 13%, hormonihoitopotilaita 51% ja seurantapotilaita 3%.

Mittareina käytettiin geneerisiä terveyteen liittyviä elämänlaatumittareita 15D ja EuroQoL 5D ja sairausspesifejä mittareita EORTC QLQ C-30 ja PR25 Aineiston tiivistämiseksi tehtiin faktorianalyysi masennusmittarin ja tietomittarin osioille. Aineiston analysoinnissa käytettiin Spearmanin järjestykskorrelaatiota, toistomittausten varianssianalyysiä, Kruskal-Wallisin testiä, Friedmanin testiä ja t-testiä. Rekursiivinen polkumalli tehtiin selittämään eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatuun.

Paikallista eturauhassyöpää sairastavilla oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin levinnyttä syöpää sairastavilla. Prostatektomia- ja sädehoitopotilailla oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin hormonihoito- ja seurantapotilailla. Potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun olivat yhteydessä kivut virtsaoireet, suolisto-oireet, hoitojen sivuvaikutukset, uupuminen, unen laatu, potilaiden tuntemat myönteiset ja kielteiset tunteet. Unen laatu heikensivät sekä fyysiset että emotionaaliset oireet. Potilaiden selviytyminen päivittäisistä toimista, liikuntakyky, nukkuminen ja sukupuolielämä selittivät parhaiten terveyteen liittyvää elämänlaatuun. Mallin selitysosuus oli  $R=0.661$ , mitä voidaan pitää hyvänä selitysosuutena.

Potilaat saivat tietoa hoitajilta sairaudesta ja hoidosta. Prostatektomiapotilaat, nuoremmat ja muuten terveet olivat tyytyväisempiä tietoon kuin iäkkäämmät ja huonokuntoiset. Hoitajien antamalla tiedolla sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa ja tiedolla päätöksentekoa varten oli yhteyttä sosiaalisen ja roolitoimintakyvyn muuttumisessa. Hoitajien tulisi huomioida potilaiden voimavarat, tiedon vastaanottokyky ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavat tekijät suunnitellessaan näyttöön perustuvaa hoitoa eturauhassyöpä sairastaville potilaille. Jatkossa tulisi tutkia potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatuun pitemmällä aikavälillä sekä hoitajien antaman ohjauksen ajoitusta ja tapaa.

National Library of Medicine Classification: WJ 752, WA 30

Yleinen suomalainen asiasanasto: eturauhassyöpä; potilaat; terveys; elämänlaatu; resurssit; uni; laatu; potilasneuvonta; pitkittäistutkimus.





Kuivalainen, Leena. Health related quality of life among men with prostate cancer in one year follow-up time. Kuopio University Publications E. Social Sciences 115. 2004. 179 p.  
ISBN 951-781-954-4  
ISBN 951-27-0066-2 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## ABSTRACT

The purpose of this study was to describe, explain and predict the health related quality of life among men with prostate cancer in one year follow-up time. Evaluation of health related quality of life were based on patients' resources.

The study was a longitudinal study. The data were collected from newly diagnosed prostate cancer patients by interviewing with structural questionnaire before the treatment (n=275) and about four months after beginning of the treatment (n=265). Postal questioning was made one year after beginning of the treatment (n=225). The data were collected from patients treated in two Finnish university hospitals and five central hospitals. The data comprised 24% (1116) in those seven hospitals treated prostate cancer patients 15.10. 2000-31.5. 2003. The average age was 68.5 (range 45-90). 77 % of patients had localized prostate cancer and 23% metastatic cancer. There were the treatments prostatectomy in 33%, radiotherapy in 13%, hormonaltherapy in 51% and watchful waiting in 3% of patients.

The data were analysed with SPSS- and Amos-program using factor scores, frequencies and percentages, repeated measures of variance analysis, Spearman correlation coefficients, Kruskal-Wallis' and Friedmans' tests. The recursive pathmodel was made explaining health related quality of life. The data were correlated with normal agevalidated population using t-test. The data were modelled with recursive pathmodel. The reliability was tested with Cronbach'alfa coefficients varying between  $\alpha$  .86-.90 in 15D and EORTC QLQ C-30 between  $\alpha$  .90-.94.

Patients with localized prostate cancer had better health related quality of life than patients with metastatic disease. Also prostatectomy patients had better health related quality of life than patients with hormonaltherapy. Patients' health related quality of life was influenced by symptoms, adverse-effects of the treatment and patients' positive and negative feelings. Pain was significant factor between 0-4 months after the diagnosis, while urinary symptoms, bowel-symptoms and adverse-effects were significant between 4-12 months after the diagnosis. Both emotional and somatic factors influenced on patients' quality of sleep. Poor quality of sleep increased fatigue and decreased health related quality of life. Patients' usual activities, motion, sleep and sexual function were the most important factors influencing on patients' health related quality of life. The model explained 66 % of health related quality of life.

Nurses gave information to patients about disease and treatment. Patients, who underwent prostatectomy and younger patients were more satisfied with the information than older patients. Information about daily living was important for prostate cancer patients as well. Nurses should consider the factors that influenced related on health related quality of life and patients resources when they plan evidence based nursing for patients with prostate cancer. In the future studies patients health related quality of life should be longer than in this study at least five years.

National Library of Medicine Classification: WJ 752, WA 30

Medical Subject Headings: prostatic neoplasms, patients; health; quality of life; sleep; patients education; longitudinal studies



## ESIPUHE

Olen työskennellyt useita vuosia urologisella vuodeosastolla, jossa hoidetaan eturauhassyöpää sairastavia potilaita. Kiinnostuin aiheesta, sillä potilaiden määrä on jatkuvasti lisääntynyt. Myös hoitajien tiedon tarve potilaiden hoitoon ja selviytymiseen liittyvissä asioissa on lisääntynyt. Hyvien lääketieteellisten hoitojen ansiosta potilaat elävät kauemmin. Myös hoitajien antaman ohjauksen merkitys on korostunut. Tutkimuksella halusin selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja mistä asioista potilaat pitivät hoitajien antamaa tietoa tarpeellisena ja miten tyytyväisiä he olivat saamaansa tietoon. Tutkimus on tärkeä meille kliinistä hoitotyötä tekeville hoitajille, että pystyisimme paremmin ymmärtämään potilaidemme terveyteen liittyvää elämänlaatua ja parantamaan siten hoitotyön laatua.

Kiitän professori (emerita) Pirkko Meriläistä hänen kannustavasta avustaan työssäni. Hänen määrätietoinen ohjauksensa auttoi minua tekemään tutkimustani. Kiitän professori Katri Vehviläinen-Julkusta, jolta sain asiantuntevia neuvoja työni loppuvaiheessa. Kiitän myös lääkäriohjaajiani dosentti Martti Ala-Opasta ja dosentti Martti Nurmea kannustavista ja sangen hyödyllisistä neuvoista. Tutkimusraportin painokuntoon saattamisesta kiitän hallintosihtööri Maija Pellikkaa. Kiitän myös julkaisusarjan toimittajaa FT Jari Kylmää hyvästä yhteistyöstä.

Tutkimusyksikköinä olivat Kuopion yliopistollinen sairaala, Oulun yliopistollinen sairaala, Lapin keskussairaala, Keski-Suomen keskussairaala, Etelä-Karjalan keskussairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala ja Päijät-Hämeen keskussairaala. Kiitän näiden sairaaloiden henkilökuntaa tutkimukseni mahdollistamisesta. Haluan kiittää tutkimushoitajiani Anita Tikkalaa, Arja Ryhästä, Tarja Karista, Marketta Hartikaista, Eva Anivuota, Pirkko Kinnusta, Jaana Seppälää ja Ritva Raassinaa avusta aineiston keruussa. Ilman näiden hoitajien määrätietoista ja tarkkaa työskentelyä potilaat eivät olisi motivoituneet pysymään mukana tutkimuksessa ja vastaamaan huolellisesti kysymyksiin. Erityisesti haluan kiittää tutkimukseen osallistuneita potilaita siitä, että jaksoitte vastata moniin kyselyihin pysyä mukana tutkimuksessa.

Kiitän työni esitarkastajia dosentti Sanna Salanterää ja professori Timo Lehosta huolellisesta paneutumisesta työhöni, kriittisestä näkökulmasta ja rohkaisevista

kommenteista. Tutkimukseni aineiston käsittelyyn ja analyysiin sain apua. Kiitän tilastotieteen asiantuntijoita Pirjo Halosta ja Veikko Jokelaa hyvistä neuvoista.

Pojiltani Mikalta ja Markukselta sain ohjeita ja hyödyllistä kritiikkiä tietojen käsittelyyn ja tietokoneen käyttöön liittyvissä asioissa. Poikieni vaimot Soile ja Henna auttoivat käännösasioissa ja lähteiden arkistoinnissa. Erityisesti kiitän miestäni Tapania, joka hoiti kotimme tutkimukseni ajan taidolla ja jaksoi vielä kannustaa minua työssäni. Lapsenlapsiani Millaa, Mikkoa ja Saraa saan kiittää, että he saivat minut keskeyttämään työni ja nauttimaan mummina olosta.

Tutkimustani varten sain taloudellista tukea Urologiselta tutkimussäätiöltä, Suomen Sairaanhoidajaliitolta, Sairaanhoidajien koulutussäätiöltä, Hoitotieteiden tutkimusseuralta ja Kuopion yliopistosäätiöltä. Kiitän saamastani tuesta. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiriä ja Kuopion yliopistollista sairaalaa kiitän minulle myönnettyistä Evo- tutkimusvapaista.

Joensuussa marraskuussa 2004

Leena Kuivalainen

## TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT LÄÄKETIETEELLISET SANAT

ADJUVANTTIHOITO	liitännäishoito, täydentävä hoito
BRACHYTERAPIA	kudoksen sisäinen sädehoito
EJAKULAATIOHÄIRIÖ	siemensyöksyyn liittyvä häiriö
EREKTIOHÄIRIÖ	kyvyttömyys saada tai ylläpitää erektiota
FLARE - REAKTIO	taudin tilapäinen pahentuminen
GASTROINTESTINAALINEN OIRE	ruuansulatuskanavan oire
GLEASON LUOKITUS	eturauhassyövän kudospillinen luokitus
GYNEKOMASTIA	rintojen laajentuminen
HYDRONEFROOSI	virtsakulun esteen aiheuttama munuaisaltaan ja munuaispikarien laajentuma
IMPOTENSSI	yhdyntäkyvyttömyys
KASTRAATIO	sukupuolirauhasten (kivesten ) poisto
KOMBINOITU HOITO	yhdistelmähoito
KYSTIITTI	virtsarakontulehdus
LYMFATEIDEN KOMPLIKAATIO	imuteiden lisähäiriö
METABOLINEN	aineenvaihduntaan liittyvä
METASTASOINTI	etäpesäkkeiden lähettäminen
ORKIEKTOMIA	kivesten poistoleikkaus
PERINEUM	väliliha, sukupuolielinten ja peräaukon välinen alue lantionpohjassa
PROGRESSIO	eteneminen
PROSTATEKTOMIA	eturauhasen poistoleikkaus
PROSTATIITTI	eturauhasen tulehdus
REMISSIO	pysähtyminen
TRANSREKTAALINEN	peräaukon kautta tapahtuva
VASOMOTORINEN OIRE	verisuonten supistumiseen tai laajenemiseen liittyvä oire
VIRTSAINKONTINENSSI	virtsan pidätyskyvyttömyys
VIRTSARETENTIO	virtsaumpi



## SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	16
2 ETURAUHASSYÖPÄ.....	18
2.1 Esiintyvyys .....	18
2.2 Riskitekijät, ennuste ja diagnostisointi.....	18
3 ETURAUHASSYÖVÄN HOITO JA HOITOTYÖ.....	22
3.1 Eturauhassyöpöpotilaiden hoidon valintaan vaikuttavat tekijät .....	22
3.2 Paikallisen eturauhassyövän hoito .....	23
3.3 Seuranta .....	23
3.4 Radikaalinen prostatektomia.....	23
3.5 Sätehoito .....	25
3.5.1 Ulkoinen sädehoito .....	25
3.5.2 Brachyterapia.....	25
3.6 Hormonihoito adjuvanttihoitona prostatektomian tai sädehoidon yhteydessä .....	26
3.7 Levinneen eturauhassyövän hoito.....	27
3.7.1 Hormonihoito.....	27
3.7.2 Estrogeenihoito .....	28
3.7.3 Hormoniresistentin eturauhassyövän hoito .....	29
3.8 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitotyö.....	30
4 TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN .....	36
4.1 Terveysteen liittyvä elämänlaatu .....	36
4.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu .....	37
4.3 Emotionaalisten tekijöiden yhteys eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun .....	38
4.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unihäiriöt .....	39
4.5 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen .....	41
4.6 Terveysteen liittyvät elämänlaatumittarit 15D, EuroQoL 5D, EORTC QLQ.....	42
C-30 ja EORTC Pr 25 .....	42
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT .....	44
6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTON KERUU .....	45
6.1 Tutkimuksessa käytetyt mittarit .....	47
6.2 Mittareiden luotettavuus .....	48
6.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset .....	51
7 AINEISTON ANALYYSI.....	53
7.1 Aineiston luokittelu .....	53
7.2 Faktorianalyysi masennusmittarille .....	55
7.3 Faktorianalyysi tiedon tarpeellisuutta ja riittävyttä kuvaaville muuttujille .....	60
7.4 Analyysissä käytetyt testit .....	63
7.5 Toistomittausten varianssianalyysi .....	64
7.6 Polkuanalyysi.....	65
8 TULOKSET .....	67
8.1 Eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun.....	67

muuttuminen vuoden seuranta-aikana .....	67
8.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävät tekijät vuoden seuranta-aikana.....	72
8.2.1 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua .....	72
selittävät tekijät.....	72
8.2.2 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävät tekijät.....	79
8.2.3 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua selittävät emotionaaliset tekijät ja unen laatu.....	87
8.3 Eturauhassyöpähoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun .....	112
seuranta-aikana .....	112
8.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli.....	119
8.5 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden arvio saamansa tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä .....	123
<b>9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS .....</b>	<b>132</b>
<b>10 TULOSTEN TARKASTELUA .....</b>	<b>135</b>
10.1 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen vuoden seuranta-aikana .....	135
10.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua selittävät ja ennustavat tekijät vuoden seuranta-aikana.....	140
10.3 Eturauhassyöpähoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun .....	148
10.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli.....	151
10.5 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden arvio saamansa tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä .....	152
<b>11 KESKEISET PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET .....</b>	<b>157</b>
11.1 Keskeiset päätelmät .....	157
11.2 Suositukset tulosten hyödyntämiseksi .....	160
<b>12 JATKOTUTKIMUSAIHEITA .....</b>	<b>164</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>165</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1 Saatekirjeet (a,b,c)
- Liite 2 Mittareiden käyttöluvut (a,b,c,)
- Liite 3 Kyselylomakkeet (a,b,c)

## **KUVIOT**

- Kuvio 1 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman fyysisen uupumuksen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 2 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman fyysisen uupumisen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 3 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman kivun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun



- Kuvio 4 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman rauhallisuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 5 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman surun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 6 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman avuttomuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 7 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman toivon yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 8 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman rauhallisuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 9 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden mielialan vaihtelun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 10 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemien kipujen yhteys unen laatuun
- Kuvio 11 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman hengenahdistuksen yhteys unen laatuun
- Kuvio 12 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman avuttomuuden yhteys unen laatuun seuranta-aikana
- Kuvio 13 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden suolisto-oireiden yhteys unen laatuun
- Kuvio 14 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien virtsaoireiden vaikutus unen laatuun
- Kuvio 15 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laadun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 16 Hoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun
- Kuvio 17 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli
- Kuvio 18 Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten suhteessa sosiaaliseen toimintakykyyn
- Kuvio 19 Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista suhteessa sosiaaliseen toimintakykyyn
- Kuvio 20 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tiedon riittävyys apuvälineistä
- Kuvio 21 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kirjallisten ohjeiden saaminen suhteessa terveyteen liittyvään elämänlaatuun

## TAULUKOT

- Taulukko 1 Uudet eturauhassyöpätapaukset tutkimusyksiköittäin 2002 (Suomen Syöpärekisteri 2002)
- Taulukko 2 Eturauhassyövän TNM-luokitus
- Taulukko 3 Paikallisen eturauhassyövän hoitomahdollisuudet
- Taulukko 4 Tutkimukseen osallistuneet potilaat tutkimusyksiköittäin
- Taulukko 5 Potilaiden taustatiedot
- Taulukko 6 EORTC QLQ C-30 ja Pr25 ulottuvuudet, osioiden määrä ja alfa-arvot mittauskerroittain
- Taulukko 7 Faktorianalyysi masennusmittarille ennen hoidon aloitusta
- Taulukko 8 Mielialaa kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot ennen hoidon aloitusta

- Taulukko 9 Faktorianalyysi masennusmittarille 4kk hoidon aloituksesta
- Taulukko 10 Mielialaa kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut, Cronbachin alfa-arvot noin 4kk hoidon aloituksesta
- Taulukko 11 Faktorianalyysi masennusmittarille vuosi hoidon aloituksesta
- Taulukko 12 Mielialan vaihtelua kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot vuoden kuluttua hoidon aloituksesta
- Taulukko 13 Faktorianalyysi tiedon tarpeellisuudesta, faktorilataukset, kommunaliteetit ja selitysosuudet
- Taulukko 14 Tiedon tarpeellisuutta kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot
- Taulukko 15 Faktorianalyysi tiedon riittävydestä sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa faktoripisteet, kommunaliteetit ja selitysosuudet
- Taulukko 16 Tiedon riittävyttä kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot
- Taulukko 17 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveydentila ja terveyteen liittyvä elämänlaatu seuranta-aikana
- Taulukko 18 Terveyteen liittyvän elämänlaadun
- Taulukko 19 Terveyteen liittyvän elämänlaatu mittauskerroittain (15D) (Friedman)
- Taulukko 20 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairausspesifi elämänlaatu (Friedman)
- Taulukko 21 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien sairausspesifi elämänlaatu (Friedman)
- Taulukko 22 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden(n=272) terveyteen liittyvä elämänlaatu verrattuna miesväestöön (n=915)
- Taulukko 23 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden fyysinen toimintakyky mittauskerroittain
- Taulukko 24 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sosiaalinen, emotionaalinen ja roolitoimintakyky mittauskerroittain
- Taulukko 25 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien seksuaalisen toiminnan häiriöt mittauskerroittain
- Taulukko 26 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokema uupuminen seuranta-aikana
- Taulukko 27 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemat oireet mittauskerroittain
- Taulukko 28 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden virtsaoireet mittauskerroittain
- Taulukko 29 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden seksuaalinen toimintakyky mittauskerroittain
- Taulukko 30 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänhallinta suhteessa terveyteen liittyvään elämänlaatuun keskiarvot, keskivaihtelut, järjestyspisteet, merkitsevyys (Kruskal-Wallis)
- Taulukko 31 Potilaiden kokema masennus iän mukaan vuoden seuranta-aikana
- Taulukko 32 Masennuksen ilmeneminen oireina iän mukaan ennen hoidon aloitusta ja noin 4 kk sen jälkeen.
- Taulukko 33 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokema onnellisuus ja tyytyväisyys mittauskerroittain
- Taulukko 34 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kielteiset

- tunteet mittauskerroittain
- Taulukko 35 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden myönteiset tunteet mittauskerroittain
- Taulukko 36 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kielteiset tunteet mittauskerroittain
- Taulukko 37 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laadun muutoksen ilmeneminen ja syyt muutokseen
- Taulukko 38 Potilaiden saamat hoidot taustamuuttujittain
- Taulukko 39 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden toimintakyky hoidoittain (Kruskal-Wallis)
- Taulukko 40 Terveysteen liittyvän elämänlaatumallin kokonaisvaikutukset
- Taulukko 41 Terveysteen liittyvän elämänlaatumallin suorat vaikutukset
- Taulukko 42 Terveysteen liittyvän elämänlaatumallin välilliset vaikutukset
- Taulukko 43 Tiedon tarpeellisuus ja riittävyys eri ikäisillä potilailla (Kruskal-Wallis)
- Taulukko 44 Tiedon tarpeellisuus ja riittävyys hoidoittain (Kruskal-Wallis)
- Taulukko 45 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairausspesifin elämänlaadun pisteet (0-100) verrattuna Jolyn ym. (1998) Borgheden ym. (1998) tutkimukseen
- Taulukko 46 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien sairausspesifin



## 1 JOHDANTO

Eturauhassyöpä on Suomessa miesten yleisin syöpä, johon sairastuu vuosittain yli 3500 miestä (Suomen syöpärekisteri 2004). Eturauhassyövän ennuste riippuu 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. Hormoniresistenttiä syöpää sairastavilla potilailla odotettavissa oleva elinikä on puolesta vuodesta vuoteen (Pöllänen ym. 1993, Lukkarinen 2002).

Eturauhassyöpään sairastuminen merkitsee miesten elämässä suurta muutosta (Herr 1987). Sairauden on todettu vaikuttavan miesten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämään. Eturauhassyöpäpotilaille on usein sairaudesta tai sen hoidosta johtuvia häiriöitä virtsaamisessa, suoliston toiminnassa ja seksuaalisessa elämässä. Myös potilaiden unen laatu voi heikentyä (da Silva ym. 1996, Albertsen ym. 1997, Borghede ym. 1997, Clark ym. 1997, Joly ym. 1998, Tyrrell ym. 1998, Jakobsson ym. 2000, Davis ym. 2001). Sairauden on todettu myös heikentävän potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Cresswell ym. 1995, Fosså ym. 1996, Lubeck ym. 1997, Albertsen ym. 1998).

Potilaan hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu on hoitotyön kuten kaikkien terveydenhuollossa toimivien tavoite. Hoitotieteessä terveyteen liittyvä elämänlaatu määritellään fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaalseksi ja henkiseksi hyvinvoinniksi. (Hörnquist 1982, Grant ym. 1994, Leininger 1994, Lukkarinen 1998). Terveyteen liittyvää elämänlaatua pidetään jatkuvasti muuttuvana tilana, joka määräytyy potilaan sen hetkisen tilanteen, voimavarojen, tarpeiden ja aikaisempien kokemusten mukaan (Meeberg 1993, Parse 1994, Peplau 1994, Dale 1995, Riley ym. 1998). Ferransin (1996) mukaan elämänlaatu ilmenee juuri potilaan tarpeiden tyydyttymisenä. Elämänlaatua edistävinä tekijöinä pidetään potilaiden voimavaroja, joita voidaan tarkastella hyvinvoinnin, itsehoidon, stressin ja selviytymisen näkökulmista (Pelkonen 1994). Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu sosiaalisen tuen ja tiedon olevan tärkeitä voimavaroja edistäviä tekijöitä ja auttavan potilaiden selviytymistä sairautensa kanssa (Kornblith ym. 1994, Krongrad ym. 1996, Jakobsson ym. 1997a). Unen laatua voidaan pitää yhtenä terveyteen liittyvän elämänlaatuun yhteydessä olevien fyysisen

ulottuvuuden tärkeimmistä ilmenemismuodoista (Kronholm 1993, Kuivalainen ym.1998). Vakava sairaus voi aiheuttaa mielialan muutoksia, joiden seurauksena unen laatu heikkenee. Eturauhassyöpöpotilailla unen laatu voi huonontua myös virtsaoireiden takia. Esimerkiksi virtsankarkailun on todettu lisäävän potilaiden unihäiriöitä (Hodgson 1991, Sharp 1993, Duxbury 1994, Gustafsson ym. 1995, Braslis ym. 1995, Borghede ym. 1997). Huonon unen laadun ja uupumisen on havaittu puolestaan heikentävän syöpöpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Winningham 2001).

Tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan moniulotteisena käsitteenä potilaan voimavarojen näkökulmasta. Potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua edistäviksi voimavaroiksi luetaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja rooliin liittyvä toimintakyky, potilaiden myönteiset tunteet, elämänhallinta, hyvä unen laatu ja tiedon riittävyys sairaudesta ja hoidoista. Potilaiden voimavaroja heikentävinä tekijöinä pidetään oireita, hoitojen sivuvaikutuksia ja kielteisiä tunteita sekä tiedon riittämättömyyttä.

Eturauhassyöpöpotilaiden määrän lisääntyessä tarvitaan tutkittua tietoa hoitajien käyttöön niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Jakobsson ym. 1997a). Vaikka monet päivittäiseen elämään vaikuttavat tekijät palaisivat normaaleiksi, jotkut toiminnot voivat muuttua perusteellisesti. Eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatuututkimusta hoitotieteessä ei Suomessa juurikaan ole tehty. Aikaisemmissa lääketieteen tutkimuksissa on suositettu, että hoitajat osallistuvat enemmän potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun selvittämiseen (Krongrad ym. 1997, Albertsen ym. 1998, Litwin ym. 1998, Litwin ym. 1999a).

Tutkimuksen on tarkoitus antaa uutta tietoa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun kuvaavista, selittävästä ja ennustavista tekijöistä vuoden seuranta-aikana hoidon aloituksen jälkeen. Tutkimuksessa selvitetään myös unen laadun yhteyttä elämänlaatuun. Käytännön hoitotyössä on potilailla todettu usein unihäiriöitä, joiden voidaan olettaa vaikuttavan myös elämänlaatuun. Tutkimuksella halutaan lisäksi selvittää, mitä tietoa potilaat pitävät tarpeellisena ja onko heidän samansa tieto riittävää. Tutkimuksella saatua tietoa hoitajat voivat käyttää hyväksi ohjattaessaan potilaita. Tutkimus kuuluu kliinisen hoitotieteen tutkimuksen alueeseen.

## 2 ETURAUHASSYÖPÄ

### 2.1 Esiintyvyys

Eturauhassyöpä on Suomessa miesten yleisin syöpä. Suomen Syöpärekisterin (2004) tilaston mukaan vuosina 1997-2001 3532 miestä sairastui syöpään. Ennuste vuodelle 2004 on 3719 sairastunutta. Suomessa eniten eturauhassyöpää esiintyy Uudellamaalla, Helsingissä ja Pirkanmaalla. Vähiten eturauhassyöpätapauksia on Ahvenanmaalla, Kainuussa, Itä-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla. Tässä tutkimuksessa mukana olleiden sairaanhoitopiirien eturauhassyöpään sairastuneiden potilaiden määrät on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Uudet eturauhassyöpätapaukset tutkimusyksiköittäin 1998-2002 (Suomen Syöpärekisteri 2004) n = 816

Tutkimusyksikkö	Pohjois-Pohjanmaa	Lappi	Pohjois-Savo	Keski-Suomi	Pohjois-Karjala	Etelä-Karjala	Päijät-Häme
Potilaiden määrä	148	61	161	153	96	83	114

Eturauhassyöpään sairastuneiden miesten keski-ikä on 76,7 vuotta. Nuorimmat sairastuneista ovat iältään noin 40-45-vuotiaita. Yleisin sairastumisikä on yli 65-vuotta (Suomen Syöpärekisteri 2004). Eturauhassyöpää esiintyy eniten teollistuneissa länsimaissa, Pohjoismaissa, Euroopassa ja Yhdysvalloissa. Euroopan Unionin alueella on arvioitu 85000 miehen sairastuvan vuosittain eturauhassyöpään. Japanissa ja Kiinassa eturauhassyöpää on vähän (Aus ym. 2001, Suomen Urologiyhdistyksen Eturauhassyöpä suositus 1999). Eturauhassyöpään sairastuneista on noin 30 % yli 50-vuotiaita ja 70-80 % yli 80-vuotiaita. Perinnöllisenä eturauhassyöpää esiintyy noin 5 %:lla ja perheittäin 20 %:lla. Oireettomista syövästä muuttuu yksi kymmenesosa kliiniseksi syöväksi (Lukkarinen ym. 2002).

### 2.2 Riskitekijät, ennuste ja diagnostisointi

Perinnöllisyyden on arvioitu olevan yhden tärkeimmistä eturauhassyövän riskitekijöistä. Jos isä tai veli on sairastunut eturauhassyöpään on riski kaksinkertainen. Jos kahdella lähisukulaisella on eturauhassyöpä, on riski sairastua 5-10-kertainen. Tutkimusten mukaan voidaan olettaa, että eksogeeniset tekijät vaikuttavat riskiin eturauhassyövän

kehittymisessä oireettomasta syövästä oireelliseksi syöväksi (Aus ym. 2001). Yhtenä eturauhassyövän riskitekijänä pidetään runsasta rasvojen käyttöä. Myös lihavuuden on todettu lisäävän eturauhassyövän vaaraa. Tupakoivilla on riski kuolla eturauhassyöpään. Alkoholilla ja A-vitamiinilla ei ole todettu olevan yhteyttä eturauhassyövän synnyssä.  $\beta$ -karoteenin on todettu lisäävän sairastavuutta. E-vitamiinilla ja alfatokoferonilla on todettu olevan eturauhassyöpäriskiä pienentävä vaikutus. Testosteronilla ja sen metaboliiteilla on katsottu olevan jonkin verran yhteyttä eturauhassyöpään. (Lukkarinen ym. 1999, Aus ym. 2001, Lukkarinen ym. 2002.)

Eturauhassyöpäpotilaan ennuste riippuu oleellisesti taudin levinneisyydestä hoidon aloittamisen hetkellä. Jos eturauhassyöpä on paikallinen, eturauhaseen rajoittunut, 90 % potilaista on elossa 10 vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Potilaista, joilla on levinnyt eturauhassyöpä, on elossa 20-30 % viiden vuoden kuluttua sairastumisesta, jos lääketieteelliselle hoidolle on saatu suotuisa vaste (Pöllänen ym. 1993).

Noin viidennes syövästä löytyy sattumalta (Nurmi 1993, Lukkarinen 2002). Oireet muistuttavat eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun oireita. Syöväälle tyypillisiä oireita ei ole. Virtsaamiseen liittyvät oireet ovat usein ensimmäinen merkki sairastumisesta (Jakobsson ym. 1997a). Yleisimmät syyt hoitoon hakeutumiselle ovat virtsaamisen aloittamisvaikeudet, heikentynyt virtsasuihku tai tihentynyt virtsaamistarve, akuutti virtsa-retentio, hydronefroosi sekä toistuvat virtsatietulehdukset, joihin liittyy kohonnut jäännösvirtsan määrä tai/ja verivirtsaisuus (da Silva ym. 1993a, da Silva 1993b, Ahmezaï 1995, Braslis 1995, Gustafsson ym. 1995, Lucas ym. 1995, da Silva ym. 1996, Albertsen ym. 1997, Borghede ym. 1997, Clark ym. 1997, Joly 1998, Tyrrell ym. 1998, Jakobsson ym. 2000). Kornblithin ym. (1994) tutkimuksessa neljäsosalla potilaista oli ollut vaikeutta kontrolloida virtsaamistaan ja joka kolmannella potilaalla tihentynyttä virtsaamistarvetta. Virtsaamisongelmilla, etenkin tiheävirtsaaisuudella, on arvioitu olevan vaikutusta potilaiden ja puolisoitten sosiaaliseen elämään (Kornblith ym. 1994, Cleary ym. 1995, Rondorf-Klym & Colling 2003). Tiheän yövirtsaamisen on todettu lisäävän myös uupumista (Jakobsson ym. 1997a, Sahlberg-Blom ym. 2001, Winningham 2001).

Levinnyttä 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. Eturauhassyöpöpotilaiden 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 myös luustokipu. Pitkissä luissa ja selkärangassa tuntuvat luukivut ovat yhteydessä neurologiseen toimintahäiriöön. Nämä kivut voivat johtua etäpesäkkeistä (Payne 1993). Krooninen kipu voi huonontaa potilaiden päivittäisistä toimista selviytymistä ja heikentää siten myös potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Jakobsson ym. 1997a). Kipujen on todettu lisäävän potilaiden uupumusta sekä emotionaalisia ja sosiaalisia ongelmia (Ahmedzai 1995, Cresswell ym. 1995).

Eturauhassyövän diagnostisointi perustuu oireiden kartoitukseen, kliiniseen tutkimukseen, PSA - kokeeseen (prostata spesifinen antigeeni), transrektaaliseen ultraäänikuvaukseen ja kudoksenäytteisiin eturauhasesta. Eturauhasen tunnustelussa peräaukon kautta tarkistetaan eturauhasen koko, mahdolliset kovettumat ja peräaukon seutu. PSA:ta voidaan pitää prostataspesifinä, mutta ei syöpäspesifinä tutkimuksena. Jos jokin tutkimustuloksista on epänormaali, on positiivisen koepalalöydöksen mahdollisuus 6-25 % (Aus ym. 2001). Kokonais-PSA:n ja vapaan PSA:n suhteen ollessa kokonais-PSA 4-10 µg/l ja vapaan PSA:n osuuden 0-10 % on eturauhassyövän todennäköisyys 56 %, vapaan PSA:n ollessa 10-15 % on riski 28 % , 15-20 % on riski 20 % , 20-25 % se on 16 % ja yli 25 % on syöpäriski 8 % (Lukkarinen ym. 1999).

Eturauhassyövän luokituksessa käytetään TNM-luokitusta, WHO:n luokitusta ja Gleason luokitusta. TNM-luokituksessa syöpä jaetaan primaarituumorin (T = tuumori), alueellisten imusolmukkeiden (N = nodus) ja etäpesäkkeiden mukaan (M = metastasis) (Taulukko 2). WHO:n luokituksen mukaan solukon mikroskooppisen kuvan perusteella eturauhassyöpä jaetaan kolmeen luokkaan: Gr1 = hyvin erilaistunut, Gr2 = kohtalaisesti erilaistunut ja Gr3 = huonosti erilaistunut (Lukkarinen ym. 1999). Syöpätyypin histologisessa luokituksessa käytetään Gleason luokitusta tai WHO:n luokitusta (Rannikko 1995, Aus 2001).

Taulukko 2. Eturauhassyövän TNM-luokitus (Suomen Urologiyhdistyksen käypä-hoitosuositus 1999, 1508)

---

Primaarituumori

---

- TX: tuumoria ei voida määrittää
- T0:ei viitettä primaarituumorista
- T1: kliinisesti tuumori ei ole tunnettavissa eikä visualisoitavissa
- T1a: tuumori histologinen sattumalöydös,<5% poistetusta kudoksesta tuumoria
- T1b: tuumori histologinen sattumalöydös,>5% poistetusta kudoksesta tuumoria
- T1c: tuumori todettu (esim. kohonneen PSA - arvon vuoksi) tehdyssä neulanäytteessä
- T2: tuumori rajoittunut eturauhaseen
- T2a: tuumori rajoittunut yhteen lohkoon
- T2b: tuumori rajoittunut molempiin lohkoihin
- T3: tuumori tunkeutuu eturauhaskapselin läpi
- T3a: toispuoleinen tai molemminpuolinen kapselin läpikasvu
- T3b: tuumori tunkeutuu rakkularauhaseen(-iin)
- T4 tuumori on fiksoitunut tai tunkeutuu muihin lähilimiin kuin rakkularauhasiin: rakon kaulaan, ulompaan sulkijalihakseen, peräsuoleen, lantionpohjan lihaksiin ja / tai lantion seinämään

Alueellisten imusolmukkeet

- NX: alueellisia imusolmukkeita ei voida määrittää
- N0: ei alueellisia imusolmuke-pesäkkeitä
- N1: alueellisia imusolmukepesäkkeitä

Etäpesäkkeet kauempana

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

### 3 ETURAUHASSYÖVÄN HOITO JA HOITOTYÖ

#### 3.1 Eturauhassyöpöpotilaiden hoidon valintaan vaikuttavat tekijät

Suomen Urologiyhdistys on laatinut eturauhassyövän Käypä-hoito suosituksen (1999), jonka tarkoituksena on parantaa eturauhassyövän diagnostiikkaa ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja seuranta. Suositus on samansuuntainen Euroopan Urologiyhdistyksen (EAU) laatiman suosituksen kanssa (Lukkarinen ym.1999, Aus ym. 2001). Eturauhassyövän hoitovalintaan vaikuttavat useat tekijät. Tärkeimmät niistä ovat TNM - luokitus (taulukko 1), kasvaimen histologinen luokitus, potilaan ikä, yleiskunto, muut sairaudet, seerumin PSA, odotettavissa olevan eliniän pituus ja potilaan toivomukset (Lukkarinen ym. 2002, Aus ym. 2001). EAU:n suosituksessa T-luokituksen ja PSA:n lisäksi Gleason luokitus on osoittautunut käyttökelpoiseksi ennustettaessa eturauhassyövän lopullista patologista astetta. N-luokitus tehdään, mikäli löydökset vaikuttavat suoraan hoitopäätökseen esimerkiksi, kun potilaalle suunnitellaan kuratiivista hoitoa (Partin ym. 1993). N-luokitus tehdään myös leikkauksen yhteydessä. Tietokonekuvas tehdään potilaille, joilla on vahva epäily imusolmukemetastaaseista. M-luokitusta käytetään määrittäessä luustometastaaseja. Kliinisessä arvioinnissa tehdään isotooppikartoitus, seerumin alkaalisen fosfataasin määrittäminen ja PSA:n määrittäminen (Aus ym. 2001).

Potilaat, joilla on hyvä terveydentila, ovat aktiivisempia osallistumaan hoidon valintaan kuin ne, joilla on jo ennestään huono terveydentila (Saigal ym. 2001). Potilaiden päätöksentekoon vaikuttavat heidän aikaisemmat sekä myönteiset että kielteiset kokemukset. Systemaattinen päätöksenteko pohjautuu tietoon hoitojen sivuvaikutuksista kuten virtsainkontinenssista, erektiohäiriöistä tai suolisto-oireista (Penson 2003). Stegingan ym. (2002) tutkimuksessa yleisimmin lääkäri antoi kolme vaihtoehtoa, joista potilas voi valita hoitonsa. Yli puolet potilaista valitsi radikaalisen prostatektomian, melkein viidennes sädehoidon ja neljäsosa seurannan. Potilaat eivät pitäneet potenssin säilymistä tärkeimpänä kriteerinä valitessaan sädehoitoa, vaan sädehoito nähtiin vaihtoehtona leikkaukselle. Alle puolet potilaista arvioi hoitoa valitessaan alhaista kuolleisuutta ja yli puolet syövän sen hetkistä tilannetta. Yli viidennes potilaista huomioi arvioinnissaan PSA-arvon. Kaksi kolmasosaa potilaista keskusteli hoitovaihtoehdoista lääkäriensä kanssa. Melkein puolet etsi tietoa internetistä päätöksentekoaan varten, noin kolmannes perheen muilta jäseniltä ja melkein neljäsosa

potilaista oli kysynyt joltain toiselta lääkäriltä (Steginga ym. 2002). Yli puolet uusista syöpäpotilaista halusi lääkärin tekemän hoitopäätöksen. Vain 12 % uusista syöpäpotilaista halusi päättää itse hoidostaan (Degner ym. 1992).

### 3.2 Paikallisen eturauhassyövän hoito

Taulukossa 3 on esitetty eturauhassyövän hoitovaihtoehdot syövän kliinisen luokituksen, potilaan iän ja yleiskunnon suhteen.

Taulukko 3. Paikallisen eturauhassyövän hoitomahdollisuudet (Lukkarinen ym. 2002, s.246.)

Kliininen luokitus	Hoitovaihtoehto	Muun asian huomiointi
T1-2N0M0, Gr1	Seuranta	Ikä >70 v, vähäiset oireet
T1b-2N0M0, Gr1-3	Radikaali prostatektomia	Ikä <70 v
T1-3, Gr1-3	Radikaali sädehoito	Ulkoinen tai sisäinen
	LHRH - analogihoito tai kirurginen kastratio	läkäs ja huonokuntoinen potilas, jolla oireita
T1-4, Gr1-3	Bikalutamidi	

### 3.3 Seuranta

Hyvänlaatuisen liikkakasvun leikkaushoidon yhteydessä sattumalöydöksenä todettu syöpä ei yleensä tarvitse hoitoa, jos karsinoomaa sisältävää kudospaloja on vähemmän kuin kolme ja kasvain on hyvin erilaistunut. Seuranta voidaan käyttää hoitona hitaasti etenevissä tapauksissa ja iäkkäillä ihmisillä. Seurannan sivuvaikutuksena potilailla voi olla kuitenkin psyykkisiä oireita ja pelkoja. Yleensä seurannassa olevilla potilailla esiintyy vähän virtsaamiseen ja seksuaalisuuteen liittyviä sivuoireita (Rannikko ym. 1995).

### 3.4 Radikaalinen prostatektomia

Radikaalinen prostatektomia eturauhassyövän hoitona on mahdollinen, kun syöpä ei ole kasvanut kapselin läpi eikä ole etäpesäkkeitä. Prostatektomiapotilaiden tulisi olla alle 70-vuotiaita ja odotettavissa olevan eliniän yli kymmenen vuotta. Leikkauksessa poistetaan koko eturauhanen kapseliseen, rakkularauhaset ja tämän jälkeen yhdistetään

rakonkaula virtsaputkeen. Leikkaus pyritään tekemään siten, että potilaan erektiokyky säilyy (Lukkarinen 2002).

Radikaalisen prostatektomian jälkeen virtsankarkailu on merkittävä sivuvaikutus kolmen ensimmäisen kuukauden aikana. Talcottin ym. (1998) tutkimuksen mukaan runsasta virtsankarkailua oli yli puolella potilaista muutaman viikon ajan leikkauksen jälkeen ja kolmasosalla vielä vuoden kuluttua. Catalanon ym. (1999) tutkimuksessa 11 %:lla potilailla oli virtsankarkailua, joka oli kuitenkin suurimmalla osalla lievää. Potilaat pitivät virtsankarkailua merkittävämpänä sivuvaikutuksena kuin erektiohäiriöitä. Catalanon ym. (1999) tutkimuksessa melkein kaikki alle 70-vuotiaista ja 87 % yli 70-vuotiaista oli kuivia 18 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Virtsakatetrin poiston jälkeen useimmat potilaat olivat kuivia jo muutaman viikon kuluttua. Iäkkäillä potilailla on enemmän virtsaoireita (Litwin ym. 1998, Wei ym. 2002). Iällä onkin todettu olevan yhteyttä virtsanpidätyskyvyn heikkenemiseen prostatektomian jälkeen (Fowler 1995, Fontaine ym. 2000, Litwin ym. 2000, Kielb 2001). Virtsankarkailun on todettu lisäävän potilaiden jännittyneisyyttä, masennusta ja uupumusta. Aikaisempien tutkimusten mukaan virtsankarkailu heikensi myös potilaiden energisyyttä ja sosiaalista hyvinvointia (Lim ym. 1996, Rondorf-Klym & Colling 2003).

Prostatektomian jälkeisen erektion laatu on voimakkaasti yhteydessä potilaan erektiokykyyn ennen leikkausta (Catalona ym. 1999). Kahdella kolmasosalla potilaista on erektiohäiriötä leikkauksen jälkeen (Litwin ym.1995). Useimmilla potilailla erektiokyky alkaa parantua 3-6 kk:n kuluttua leikkauksesta ja paraneminen jatkuu kahteen vuoteen saakka leikkauksen jälkeen (Rossetti & Terrone 1996). Melkein kahdella kolmasosalla iäkkäistä potilaista on erektiohäiriöitä vielä vuodenkin kuluttua prostatektomian jälkeen (Schrader-Bogen ym. 1997). ”Hermoston säästävän leikkaustekniikan” on todettu vähentävän potilaiden erektiohäiriöitä leikkauksen jälkeen (Gralnek ym. 2000, Davis ym. 2001).

Iäkkäät potilaat toipuvat huonommin leikkauksesta kuin nuoremmat. Leikkauksen jälkeen kaiken ikäisillä potilailla on todettu uupumusta. Potilailla voi myös olla mielialan vaihtelua, masennusta, huononmuuden tunnetta miehisyysheikennyksestä tai vaippojen käyttämisestä leikkauksen jälkeen. Muita leikkauksesta johtuvia sivuvaikutuksia voivat olla virtsaputken ahtauma (4 %), verisuoniperäiset

komplikaatiot (2 %), sydäninfarkti, lymfateiden komplikaatiot, infektio, nivustyrä ja muut harvinaisemmat komplikaatiot (Catalona ym. 1999). Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu prostatektomialla olevan vain vähäistä vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun pitemmällä aikavälillä (Rossetti & Terrone 1996).

### **3.5 Sätehoito**

#### **3.5.1 Ulkoinen sädehoito**

Vaihtoehtona prostatektomialle sädehoitoa voidaan harkita potilailla, joilla on paikallinen eturauhassyöpä, ja jotka eivät halua leikkaushoitoa tai heidän terveydentilansa on huono. Sädehoitoon voidaan myös yhdistää hormonihoito. Levinnyttä syöpää sairastaville potilaille voidaan antaa hormonihoiton lisäksi palliatiivinen sädehoito. Sädehoito annetaan megavolttikiihdyttimellä niin, että eturauhasen ja imuteiden alueelle saadaan tasainen annosjakauma. Sädehoito annetaan eturauhaseen, seminaalivesikkeleihin ja lantion imusolmukkeisiin. Kolmen - neljän kentän hoidossa annetaan sädetys ensin eturauhaseen ja lantion imusolmukealueelle 60-70 GY/vrk. Hoitoaika on 6-8 viikkoa. Sädehoito soveltuu potilaille, jotka haluavat aktiivista hoitoa, mutta jotka eivät ole halukkaita tai sopivia radikaali prostatektomiaan. (Lukkarinen 2002.)

#### **3.5.2 Brachyterapia**

Sädehoito voidaan toteuttaa myös kudoksen sisäisenä hoitona eli brachyterapiana. Syöpäluokituksen tulee olla T1-2NXM0 ja luustokartoituksen tuloksen normaali. Kriteerinä brachyterapiaan pidetään, että potilaat ovat alle 75-vuotiaita tai heidän odotettavissa oleva elinikä 10-vuotta eikä heillä ole muita sairauksia, jotka olisivat vasta-aiheisia yleisanestesia tai hankalia virtsaoireita (Vicini ym. 1999, Brachman ym. 2000).

Sädehoidon sivuvaikutuksia ovat tyypillisesti peräsuolen ja virtsarakon ärsytysoireet. Oireet ovat yleensä lieviä ja muutamassa viikossa ohimeneviä. Vakavia komplikaatioita on 3 %:lla potilaista. Niitä ovat pitkä-aikaiset virtsarakon ja peräsuolen ärsytysoireet (proktiitti, enteriitti, kystiitti), virtsaputken ahtauma (striktuura, fibroosi) ja turvotus

sekä peräsuolen verenvuoto. Komplikaationa brachyterapian jälkeen pidetään perineumin mustelmia ja turvotusta sekä harvinaisempaa virtsatieinfektiota. Potilaille voi esiintyä myös virtsanlähtövaikeuksia ja virtsarakon ärsytysoireita. Virtsaampi voi kehittyä vielä myöhemminkin hoidon jälkeen. Puolella potilaista, joille aikaisemmin on tehty eturauhasen höyläys, on virtsankarkailun riski. Myöhäiskomplikaationa voi esiintyä kystiittiä (rakkotulehdusta) tai prostatiittia (eturauhastulehdusta) tai virtsaputken ahtaumaa. Jos brachyterapia annetaan kombinoituna hoitona ulkoisen sädehoidon kanssa suolistoperäiset komplikaatiot lisääntyvät (Gelblum ym. 1999, Brandeis ym. 2000, Bacon ym. 2001, Han ym. 2001, Blasko ym. 2002, Galalae ym. 2002).

Melkein puolella sädehoitopotilaista on hoidon aikana vatsakipuja, ripulia, ulostepakkoa, tiheää ulostamista, kipuja ja verenvuotoa peräsuolesta (Jonler ym. 1994, Litwin ym. 1994, 1995, Adolfsson 2003). Ulkoisen sädehoidon saaneilla potilailla on todettu enemmän suolisto-oireita ja seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia kuin brachyterapiapotilailla (Davis ym. 2001). Erektiohäiriöitä esiintyy noin kolmasosalla sädehoitoa saaneista (Lim ym. 1996, Gelblum 1999, Wei ym. 2002, Downs ym. 2003). Erektiohäiriöitä on melkein kaikilla 3 kk hoidon jälkeen. Yli 65-vuotiailla on todettu useammin erektiohäiriöitä. Seksuaalisen toimintakyvyn heikkenemistä sädehoidon jälkeen kuitenkin voi ilmetä vielä vuodenkin kuluttua hoidosta. Siegelin ym. (2001) mukaan prostatektomian ja sädehoidon jälkeen ei ollut merkittävää eroa erektiohäiriöiden ilmaantumisella. Potilaille, jotka ovat saaneet ennen sädehoitoa neo-adjvanttihoitona anti-androgeenihoitoa, on suurempi riski saada erektiohäiriö (Gelblum ym. 1999, Hoellenbeck ym. 2002, Merrick ym. 2002, Wei ym. 2002). Sädehoidon jälkeen voi potilaiden yleisvointi laskea ja ilmetä myös masennusta ja ahdistuneisuutta (Jonler ym. 1994). Jolyn ym. (1998) tutkimuksessa neljäsosalla sädehoitopotilaista oli myös nukahtamisvaikeuksia.

### **3.6 Hormonihoito adjuvanttihoitona prostatektomian tai sädehoidon yhteydessä**

Potilaille, 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 (Catalona ym. 1999, Aus ym. 2001). Potilailla, joilla on hyvin tai kohtalaisesti erilaistunut syöpä, suurin hyöty adjuvanttihoidosta saavutetaan sädehoidon jälkeen annettavalla hormonihoidolla (Andriole 1997). Sivuvaikutuksena voi potilailla olla uupumusta, fyysisen suorituskyvyn heikkenemistä ja emotionaalista ahdistusta (Herr & O'Sullivan 2000).

Lääkehoitona on käytetty paikallisen eturauhassyövän hoidossa anti-androgeenejä esim. bikalutamidi, flutamidi, nilutamidi ja syprosteroniasetaatti. Iversenin ym (2002) tutkimuksen mukaan bikalutamidi vähensi objektiivista progressioriskiä. Sitä voidaan käyttää sekä monoterapiana että adjuvanttihoitona. Bicalutamidi hoito on hyvin siedetty hoito. Sivuvaikutuksena saattaa kuitenkin esiintyä gastrointestiaalisiä oireita. Bikalutamidi hoidon aikana säilyvät yleensä seksuaalinen kiinnostus ja kyky (Tyrrell ym. 1998, Iverssen ym. 2002, Lukkarinen 2002).

### **3.7 Levinneen eturauhassyövän hoito**

#### **3.7.1 Hormonihoito**

Levinneen eturauhassyövän hoito on ensisijaisesti endokriininen hoito. Eturauhassyöpä on riippuvainen mieshormoneista. Eliminoimalla hormonien vaikutus voidaan vaikuttaa edullisesti syöpään, pysäyttää tai hidastaa taudin eteneminen. Androgeenien vaikutus voidaan eliminoida lääkehoidolla tai orkiektomialeikkauksella, joka voidaan tehdä radikaalisti poistamalla kivekset ja lisäkivekset. Säästävämpi toimenpide on subkapsulaarinen orkiektomia, jossa poistetaan hormonia ja siittiöitä tuottava kudos. Kemiallinen kastratio voidaan saada aikaan LHRH-analogeilla tai ei-streoidaalisilla anti-androgeeneilla. Kombinoituna hoitona LHRH-analogilla ja bikalutamidilla tai flutamidilla saadaan hoitovaste yli puolella metastasoitunutta eturauhassyöpää sairastavista potilaista. Hoidon alkuvaiheessa suositellaan annettavaksi anti-androgeenia kahden viikon ajan, jolla estetään taudin tilapäinen paheneminen ns. flare-reaktio (Lukkarinen 2002).

Hormonihoiton sivuvaikutuksia ovat luukivut, virtsaoireet, seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat, uupuminen, ”kuumat aallot”, rintojen kipeytyminen ja laajeneminen sekä



miehisyyden heikkeneminen. Nämä sivuvaikutukset heikentävät myös potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Herr ym. 1993, Fosså 1996, Clark ym. 1997). Orkiektomian jälkeen miehillä saattaa esiintyä puuskittaista hikoilua, joka häviää yleensä noin vuoden kuluessa (Lukkarinen 2002). Orkiektomia heikentää potilaiden seksuaalisuutta. Miehininen olemus voi myös muuttua feminiiniseksi. Potilailla voi lisäksi esiintyä masentuneisuutta, painon laskua tai virtsaamisvaikeutta. Lucasin ym. (1995) mukaan potilailla ei kuitenkaan ollut seksuaalisuuden heikkenemisestä johtuvaa ahdistusta.

Boccon-Gibod (1998) on arvioinut ei-steroidaalisen anti-androgeenihoidon tehoa eturauhassyövän hoidossa monoterapiana. Tutkimuksissa on verrattu nilutamidin, flutamidin ja bikalutamidin tehoa monoterapiana (Boccon-Gibod 1998). Nilutamidilla hoidettujen potilaiden progressio-vapaa aika oli yhdeksän kuukautta. Puolella potilaista hoito heikensi potenssia. Potilailla oli myös häiriöitä näkökyvyssä, kuten alentunut pimeännäkö 20-65 %:lla. Myös alkoholin sietokyky oli alentunut ja potilailla ilmeni maksan toiminnanhäiriöitä. Flutamidin progressio-vapaassa ajassa oli eri tutkimusten mukaan erilaisia tuloksia, kuitenkin noin 36-69 kuukautta. Flutamidin sivuvaikutuksina voi olla gynekomastiaa, kuumia aaltoja, vatsaoireita ja maksantoiminnan häiriöitä (Rosendahl ym. 1999). Potenssi säilyi 85 %:lla potilaista. Bikalutamidihoidon seuranta aika on lyhyt, mutta sillä aikavälillä tulokset ovat kastration luokkaa. Bikalutamidin on todettu vähentävän merkittävästi eturauhassyövän etenemistä. Tutkimuksen mukaan PSA:n nousu väheni yli puolella ja luustometastasointi kolmasosalla potilaista. PSA:n nousu väheni 59 %:lla ja luustometastasointi 33 %:lla. Tärkeimpiä sivuvaikutuksia ovat maksantoiminnan häiriöt, gynekomastia, rintojen kipeytyminen tai molemmat, kuumat aallot, impotenssi ja ripuli (Boccon-Gibod 1998).

### **3.7.2 Estrogeenihoito**

Estrogeenihoitoa on käytetty orkiektomian ohella eturauhassyövän hoidossa. Estrogeenihoitolla oletetaan olevan neljä vaikutustapaa. Ensinnäkin se vaikuttaa aivolisäkkeen kautta gonadotropiinin eritystä vähentävästi, jolloin kivesten testosteronituotanto vähenee. Toiseksi se vaikuttaa suoraan eturauhassoluihin. Lisäksi estrogeenin on ajateltu estävän kivesten steroidisynteesiä. Estrogeeni lisää plasman sukupuolihormoneja sitovan globuliinipitoisuutta, minkä seurauksena suurempi määrä

testosteronia sitoutuu ja vapaan testosteronin osuus vähenee. Estrogeenihoidon sivuvaikutuksena voi olla nesteiden keräytymistä elimistöön, joka saattaa pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Muita sivuvaikutuksia ovat pahoinvointi, maksassa syntyvien hyytymistekijöiden synteessin häiriintyminen ja tromboosiriskin lisääntyminen. Lisäksi se aiheuttaa feminisoitumista, kuten parrankasvun loppumista, rasvan kertymistä naisille tyypillisiin paikkoihin ja rintojen suurentumista ja kipeytymistä. Miehisyyden heikkenemisestä johtuvat psyykkiset oireet, masentuneisuus ja itsetunnon heikkeneminen ovat tavallisia sivuvaikutuksia. Mikäli sairauteen sopeutuminen ja tuki ovat puutteellisia, psyykkiset oireet voivat olla hyvinkin hallitsevia. Seurauksena voi olla potilaiden eristäytyminen perheestään ja ystävästään. Estrogeenihoidon käyttö on vähentynyt sen useiden sivuvaikutusten takia (Lukkarinen 2002.)

### **3.7.3 Hormoniresistentin eturauhassyövän hoito**

Aluksi hormonihoidolle edullisesti reagoinut levinnyt eturauhassyöpä voi muuttua jossain vaiheessa hormoniresistentiksi. Ensivaiheen endokriinisen hoidon tehon lakattua muu hormonihoito auttaa harvoin. Toisen vaiheen hormonihoitoina on käytetty aminoglutetimidä, megesteroliasetaattia, medoksiprogesteroniasetaattia, estrogeenia, antiandrogeneja, ketokonatsolia, tamoksifeenia, estramustiinia tai predisolonia. (Lukkarinen 2002). Hoitovasteet ovat olleet huonot. Yleiskunnon heikkeneminen voi olla seurausta joko sairaudesta tai hoidon haittavaikutuksesta. Potilaan tilannetta voidaan kohentaa lievittämällä kipuja, parantamalla yleisvointia ja liikuntakykyä sekä varmistamalla hoivan jatkuvuus ja henkinen tuki (Lukkarinen 2002).

Muita palliatiivisia eturauhassyövän hoitoja ovat sädehoito sekä sytostaattihoidot. Sädehoito auttaa useimmiten luustokivuissa. Lisäksi ennen estrogeenihoidon aloitusta voidaan antaa pieni sädeannos rintoihin estämään gynekomastiaa. Luustometastaasien yhteydessä esiintyvän hyperkalsemian hoidossa on käytetty klodronaattia. Kolmasosalla potilaista on hoidolla todettu suotuisa vaikutus kipuihin (Cresswell ym. 1995, Kylmälä ym. 1997).

Eniten käytetty kemoterapiahoito on sinappikaasun ja estrogeenin yhdistelmä. Estramustiinifosfaatti ja estradiolin kombinaatiovalmisteella on saatu subjektiivinen vaste noin kolmasosalla potilaista. Yksittäisillä sytostaateilla saadaan vaste 2-19 %.

Luukivut olivat parempana vain noin 10 % potilaista (Fosså ym. 1990, Kylmä ym. 1997). Käytettyjä sytostaatteja ovat olleet sisplatiini, syklofosfamidi, doksorubisiini, metotreksaatti, vinkristiini, vindesiini ja mitomysiini. Hoitovasteet ovat olleet osittaisia ja potilaiden keskimääräinen elossa oloaika on ollut 6-11 kuukautta. Tällöin hoito on oireiden vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Potilailla voi olla enenevässä määrin kipuja, uupumusta ja gastrointestinaalisia oireita (Fosså ym. 1990).

Hormoniresistenttiä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden pahin vaiva on metastaasikipu. Yksittäisten etäpesäkkeiden aiheuttaman kivun hoitoon voidaan käyttää paikallisesti kohdistettua sädehoitoa, jolla useimmiten saadaan hyvä vaste. Hoidon vaste kestää kuukausia. Lisäksi on käytetty puolikehon sädehoitoja ja isotooppihoitoja kuten strontium, samarium, renium, joista saadut alkukokemukset ovat olleet lupaavia. Hoitovasteen kesto ei ole kuitenkaan kovin pitkä (Lukkarinen 2002). Koska solusalpaajat ja sädehoito vaikuttavat varsinaisia kipulääkkeitä hitaammin, niiden yhteyteen voidaan liittää riittävä ja säännöllinen kipulääkitys, joka aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Keski vaikeiden kipujen hoidossa käytetään tulehduskipulääkkeen rinnalla keskivahvaa opioidia, mutta vaikeissa kivuissa käytetään tulehduskipulääkkeen ja vahvojen opiaattien yhdistelmää. Lisäksi hoitoon voidaan liittää tukilääkityksenä kortisonilääkitystä, psyyken lääkkeitä tai neurolepteja (Elomaa 1993, Kalso 1993, Rannikko 1995, Lukkarinen 2002). Kaikkien hoitojen yhteydessä tulee huolehtia potilaan hyvästä yleiskunnon hoidosta ja emotionaalisten oireiden hoidosta. Virtsanlähtöä voidaan helpottaa myös katetrihoidolla tai eturauhasen höyläyksellä (Lukkarinen 2002).

### **3.8 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitotyö**

Eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta, unen laadusta, tuesta ja tiedon saamiseen liittyvistä asioista haettiin artikkeleita hakusanoilla prostate cancer, quality of life, sleep, education, support, information, needs ja knowledge. Tietoa haettiin Cinahl- ja Medline- tietokannoista.

Potilaiden päivittäisen elämän on todettu muuttuvan syövän toteamisen jälkeen (Sharp 1993). Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitotyön menetelmien valintaan vaikuttavat potilaan ikä, yleiskunto, sairauden vaikeusaste, muut sairaudet ja

lääketieteellinen hoito. Hoitotyössä on tärkeä selvittää, mikä on potilaiden oma arvio terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä: fyysisistä, psyykkisistä, tiedollisista ja sosiaalisista tarpeista ja voimavaroista sekä oireista ja hoitojen sivuvaikutuksista (Meeberg 1993, Parse 1994, Dale 1995, Ferrans 1996, Jakobsson ym. 1997a, Jakobsson ym. 1997b, Riley ym. 1998, Wong ym. 2000).

Potilaiden kyky selviytyä sairauden kanssa lisääntyy emotionaalisen hyvinvoinnin myötä. Emotionaalinen ahdistus, avuttomuus, toivottomuus ja pelko vähenevät henkisen hyvinvoinnin lisääntyessä. Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa potilaat ovat kuvanneet elävänsä usein yksin sairautensa kanssa. He ovat olleet huolissaan sairauden leviämisestä ja tunteneet pelkoa ja epävarmuutta tulevaisuudestaan (Wong ym. 2000, Hedestig ym. 2003).

Jakobsson ym. (1997a, 1997b) arvioivat tutkimuksessaan eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveydentilan vaikutusta päivittäiseen elämään ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tutkimuksessa selvitettiin myös, mitkä potilaiden tarpeet tulevat tyydytettyä sairaalassa oloaikana. Sen mukaan potilaiden fyysiset tarpeet tulevat hyvin huomioituiksi, sen sijaan psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet jäävät huomiotta. Sairauden toteamisen jälkeen tiedon puute, mielialan lasku voivat vaikeuttaa potilaiden osallistumista hoidon valintaan (Hu ym. 2003). Hoitajien antaman tuen sekä tiedon muuttuvasta tilanteesta on todettu edistävän potilaiden selviytymistä sairaudesta ja päivittäisestä elämästä (Kornblith 1994, Krongrad ym. 1996, Boberg ym. 2000, Wong ym. 2000, Steginga ym. 2001, Hung-Ru & Bauer-Wu 2003, Lin ym. 2003). Emotionaalisen ja sosiaalisen tuen on todettu vähentävän stressiä. Potilaiden saamalla tuella on merkitystä varsinkin silloin, kun he odottavat diagnoosin varmistumista ja hoitojen aloitusta (Suominen 1994, Moore & Estey 1999).

Hoitajat voivat vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti syöpäpotilaiden kokemaan toivoon (Skilbeck & Payne 2003). Toivo on yhdistetty hoitotyössä läsnäoloon, tukeen ja tiedon antamiseen. Tieto voi joko lisätä tai vähentää toivoa. Riittävä ja ymmärrettävä tieto lisää potilaan toivoa. Rutiiniomainen tieto heikentää potilaiden kokemaa toivoa (Koopmeiners ym. 1997, Lindvall 1998, Skilbeck & Payne 2003). Hoitajat voivat lisätä potilaiden toivoa olemalla läsnä, antamalla aikaa, olemalla avuliaita ja osoittamalla lämpöä (Koopmeiners ym. 1997). Hoitajien antamalla tuella on merkitystä

emotionaalisen ahdistuksen hoidossa (Hedestig ym. 2003). Potilaiden mielestä keskustelu sairaudesta ja hoidosta lisää luottamusta, turvallisuuden tunnetta ja uskoa tulevaisuuteen (Germino ym. 1998, Hedstig ym. 2003). Eturauhassyöpöpotilaat pitävät luottamusta hoitajan ja potilaan välillä tärkeänä (Jakobsson 1997a, Jakobsson ym. 1997b).

Lääketieteellistä hoitoa valitessaan potilaat tarvitsevat riittävästi tietoa myös elämänlaatuunsa vaikuttavista tekijöistä (Litwin ym. 1995, King & Hinds 1998). Potilaat tarvitsevat sellaista tietoa, joka helpottaa heitä osallistumaan aktiivisesti hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja kontrolloimaan omaa tilannettaan. Tärkeimpinä asioina päätöksenteossa eturauhassyöpää sairastavat potilaat ovat pitäneet tietoa ennusteesta, sairauden vaikeusasteesta, hoitovaihtoehdoista ja sivuvaikutuksista (Jakobsson ym. 1997b, Whelan ym. 1997, Feldman-Stewart ym. 1998, Wong ym. 2000, Davison ym. 2002a, Karhu-Hämäläinen 2002). Sekä potilaat että puoliset pitävät tärkeänä keskustelua, miten sairaus vaikuttaa perhe-elämään. Nuoremmat potilaat pitävät sukupuoliasioista keskustelua tärkeämpänä kuin iäkkäät. Sairauden perinnöllisyydestä ovat kiinnostuneempia miehet, joilla on poikia ja joiden koulutustaso on alempi (Davis ym. 2001, Davison ym. 2003).

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 (Davison ym. 2003). Potilaille tiedon saamisen ajankohta voi olla kuitenkin ongelmallinen. Sairauden toteamisen aikaan potilaat ovat usein emotionaalisesti lomaantuneita voidakseen esittää kysymyksiä (Echlin & Rees 2002). Potilaiden tuleekin saada tietoa ennen hoitopäätöksen tekoa, hoidon aikana ja hoidon lopettamisen jälkeen. Myös eturauhassyöpää sairastavien miesten puolisojen tulisi päästä mukaan ohjaustilanteeseen ja saada sairautta ja hoitoa koskevaa tietoa (Germino ym. 1998, O'Rourke 1998, Echlin & Rees 2001). Tiedon antajiksi sairautta ja hoitoa koskevissa asioissa on aikaisemmissa tutkimuksissa suositettu lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoita (Rees ym. 1998, Faitfull ym. 2001, Patel ym. 2003).

Potilaiden ja heidän omaisensa tulee saada tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä kirjallisena että suullisena. Kirjallisen tiedon tulisi olla toissijaista ja tukea suullista tietoa. Reesin ym.(1998) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten antama

suullinen tieto on ajan puutteen vuoksi usein yksipuolista ja pidättäytyy lääketieteellisiin asioihin. Myös Templetonin ja Coatesin (2001) mukaan potilasohjaus on perinteisesti hoitajälhtöistä, 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 että ohjaus ja neuvonta diagnoosin varmistumisen aikaan tulisi rutiiniksi hoitotyössä (Templeton & Coates 2001). Tutkimuksen mukaan yli puolet potilasta haki tietoa ystäviltä tai sukulaisilta, potilastovereilta ja lääkärin antamista ohjelehtisistä. Alle puolet potilaista oli saanut tietoa lääkäriltä, internetistä ja lehtiartikkeleista. 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 (Templeton & Coates 2001, Davison 2002a).

Grayn ym. (1997) tutkimuksen mukaan yli puolet potilaista sai tietoa lääketieteellisestä tilanteesta, hoidosta ja sairauden fyysistä vaikutuksista. Kolmasosa potilaista oli kuitenkin tyytymättömiä saamaansa informaatioon. Potilaat saivat vähiten tietoa hoitovaihtoehtoista. Prostatektomiapotilaat olivat tyytyväisimpiä saamaansa tietoon. Koska virtsankarkailu on yleistä prostatektomiapotilailla, on hoitajien antamalla tiedolla ja ohjeilla merkitystä leikkauksen jälkeisen hoidon onnistumisessa (Palmer ym. 2003). Crawfordin ym. (1997) mukaan joka viides potilas arvioi saamansa tiedon riittäväksi päätöksentekoa varten. Potilaat olivat saaneet tietoa sivuvaikutuksista, sairauden leviämisestä, impotenssista ja vaikutuksesta parisuhteeseen liittyvistä asioista. Kolmasosa potilaista arvioi tiedon sairauden vaikutuksesta elämänlaatuun liian vähäiseksi (Crawford ym. 1997). Potilaat arvioivat myös saavansa tietoa leikkauksesta ja hoidoista liian monilta henkilöiltä, jolloin annettu tieto oli myös hajanaista (Jakobsson ym. 1997 b).

Tiedon saaminen sairaudesta voi aiheuttaa myös pelkoa ja aktivoida erilaisia selviytymismenetelmiä stressin käsittelyssä. Tämä ilmenee siten, että osa potilaista haluaa etsiä paljon tietoa muilta henkilöiltä ja puhua sairaudestaan, toiset taas vaikkenevat asiasta. Esimerkiksi seksuaalisesti aktiivisten miesten voi olla vaikea puhua potenssin heikkenemisestä. Koska miesten on vaikea puhua asiasta, he mieluummin puhuvat sairauden oireista ja niiden vaikutuksesta elämään (Echlin & Rees 2002, Hedestig ym. 2003).

Tiedon antamisessa tulee huomioida, että potilaat myös ymmärtävät sen (Karhu - Hämäläinen 2002). Tulkinta, että potilaat ovat ymmärtäneet tiedon diagnoosista ja ennusteen älyllisesti, ei välttämättä merkitse, että he olisivat emotionaalisesti yhtä mieltä asiasta. Siksi onkin tärkeää yhdistää nämä kaksi asiaa keskustellessa potilaan kanssa hoidosta. Myös puolisoilla voi olla samanlaisia tuntemuksia kuin potilailla. Epävarmuus, pelko ja ahdistus tulevaisuudesta ovat yleisiä. Potilaiden haluttomuus saada lisätietoa ilmenee siinä, että he voivat uskoa lisätiedon sekoittavan tilannetta, koska lääketieteellinen tieto on usein vaikeasti ymmärrettävää (Davison 2003, Visser & van Andel 2003). Potilaiden kokemana toivottomuus tulee esiin usein tilanteissa, joissa sairaudessa on tapahtunut muutoksia. Tämä voi ilmetä tiedon hakemisena muualta tai vaihtoehtoisten hoitojen etsimisestä. Toivottomuus on kiinteästi yhteydessä pelkoon. Epätarkka, yleisellä tasolla tai rutiininomaisesti annettu tieto voi lisätä pelkoa ja uhata näin potilaiden toivoa selviytyä sairaudesta (Leydon ym. 2000).

Mooren ja Esteyn (1999) tutkimuksen mukaan prostatektomiapotilaat saivat ennen leikkausta tietoa diagnoosista, katetreista ja päätöksenteosta. Hoitajat antoivat tietoa myös leikkauksen jälkeen mahdollisesti ilmenevästä virtsankarkailusta ja lantionpohjan lihasten voimistamisesta. Post-operatiivinen ohjaus annettiin kotiin lähtöä edeltävänä päivänä. Tällöin ohjausta annettiin toistokatetroinnista ja yleensä katetrihoidosta. Potilaat arvioivat ohjauksen kuitenkin puutteelliseksi. He toivoivat hoitajilta enemmän tukea ja kirjallisia hoito-ohjeita (Moore & Estey 1999).

Hedestigin ym. (2003) tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksesta sukupuolielämään vähemmän kuin olivat toivoneet. Vain alle viidesosa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen sukupuolielämään liittyvissä asioissa. Sairaanhoidajien antamassa potilasohjauksessa seksuaalisuus ja siihen liittyvät kysymykset onkin usein huomioitu heikosti (More & Estey 1999). Eturauhassyöpää sairastavat potilaat ja heidän puolisonsa tarvitsevat kuitenkin enemmän tietoa erektiohäiriöistä ymmärtääkseen tilannettaan. Potilaat voivat kokea myös keskustelun seksuaalisuudesta ja sairauden aiheuttamista ongelmista kiusalliseksi, vaikka se olisi sisällöltään yleistä (Hedestig 2003).

Seksuaalisuuteen liittyvässä ohjauksessa korostuukin potilaan ja hoitajan välillä luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde (Helgason ym.1996, Helgason ym. 1997,

Jakobsson ym. 1997a, Moore & Estey 1999, Jakobsson ym. 2001). Potilaiden, joilla on ollut normaali sukupuolielämä ennen hoidon aloitusta, on usein vaikea sopeutua erektiohäiriöihin, jotka ilmenevät sairauden toteamisen jälkeen, hoitojen aikana tai hoitojen jälkeen (Moore & Estey 1999). Etenkin ennen sairastumistaan seksuaalisesti aktiivisten potilaiden on todettu pelkäävän sairauden vaikuttavan heidän miehisyyteensä (Hedestig ym. 2003). Erektiohäiriöihin voivat olla kuitenkin yhteydessä potilaiden ikä, muut krooniset sairaudet (diabetes, sydänsairaus, tupakointi), aikaisemmat kokemukset, kiinnostus sukupuolielämään, yhdyntätiheys sekä ennen sairastumista kyky saada ja ylläpitää erektiota (Jonler ym.1995, Ofman 1995, Helgason ym. 1996, Helgason ym. 1997, Siegel ym. 2001).



## **4 TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN**

### **4.1 Terveyteen liittyvä elämänlaatu**

Kirjallisuudessa terveyteen liittyvää elämänlaatua on määritelty monella tavalla. Useimmin se määritellään moniulotteiseksi ilmiöksi, johon kuuluvat fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen, yhteisöllinen ja roolitoimintakyky, somaattiset oireet ja tyytyväisyys elämään. WHO (maailman terveysjärjestö) on määritellyt terveyteen liittyvän elämänlaadun moniulotteiseksi fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaalseksi toimintakyvyksi ja hyvinvoinniksi. Terveyteen liittyvää elämänlaatua voidaan tarkastella yleisestä ja sairauden näkökulmasta (Bowling 1997). Elämänlaatu voidaan nähdä myös subjektiivisena ilmiönä tyytyväisyytenä tai tyytymättömyytenä elämään ja onnellisuutena. Tyytyväisyys kuvastaa pitkän aikavälin arviointia sisältäen kyvyn hallita elämää. Onnellisuus on puolestaan positiivista tunnetta ja se liittyy tiettyyn tilanteeseen tai hetkeen (Oleson 1990, Bowling 1997a, Bowling 1997b).

Ferransin (1996) näkemyksen mukaan terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuudet ovat terveys ja sosiaalinen, taloudellinen, psykologinen, henkinen toimintakyky ja perhe. Terveyden ja toimintakyvyn alueeseen kuuluvat fyysinen itsenäisyys, hyödyllisyys muille, kyky vastata perheestä, oma terveys, kivut, energisyys tai uupumus, huolet ja murheet, oman elämän kontrollointi, vapaa-ajan aktiviteetit, onnellinen vanhuus, kyky matkustaa lomalla, mahdollisimman pitkä elämä, seksuaalinen elämä ja terveydenhoito. Sosiaaliseen ja henkiseen alueeseen kuuluvat tyytyväisyys elämään, onnellisuus, kyky henkilökohtaisten päämäärien saavuttamiseen, mielenrauha, henkilökohtainen näkemys ja usko Jumalaan (Ferrans 1996). Terveyteen liittyvä elämänlaatu määräytyy potilaan tilanteen, voimavarojen, tarpeiden ja kokemusten mukaan (Lukkarinen 1998). Peplau (1994) puolestaan tarkastelee terveyteen liittyvää elämänlaatua alituisesti muuttavana tilana, johon vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät.

Huonon unen laadun on todettu heikentävän potilaiden terveyttä ja toisaalta heikon terveyden unen laatua. Vakava sairaus voi aiheuttaa mielialan muutoksia, joiden seurauksena unen laatu heikkenee. Virtsankarkailulla on todettu olevan myös yhteyttä unihäiriöihin. Esimerkiksi eturauhassyöpöpotilaiden kokemien virtsaoireiden on todettu

lisäävän potilaiden masentuneisuutta ja uupumusta ja siten heikentäen myös unen laatua (Hodgson 1991, Sharp 1993, Duxbury 1994, Braslis ym. 1995, Gustafsson ym. 1995, Borghede ym. 1997). Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää unen laadun yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa (Gustafsson ym. 1995) ja käytännön hoitotyössä unen laadulla on todettu muuttuvan sairauden toteamisen ja hoidon aloituksen jälkeen.

#### **4.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu**

Eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta haettiin tietoa hakusanoilla prostate cancer ja quality of life Cinahl- ja Medline-tietokannoista. Kansainvälisissä hoitotieteellisissä ja lääketieteellisissä tutkimuksissa eturauhassyövän oireiden, hoitojen sivuvaikutusten ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen on todettu huonontavan potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Lääketieteellisissä tutkimuksissa on terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkasteltu suhteessa hoitojen vaikuttavuuteen (Fosså ym. 1996, Borghede ym. 1997, Jakobsson ym. 1997a, Jakobsson ym. 1997b, Moore & Estey 1999). Iän, muiden sairauksien ja terveydentilan on todettu olevan yhteydessä elämänlaadun huonontumiseen. Potilaille on todettu usein stressiä, uupumista ja univaikeutta jo ennen diagnoosin varmistumista ja välittömästi sen jälkeen (Gustafsson ym. 1995, Whelan ym. 1997). Hoidon alussa terveyteen liittyvää elämänlaatua voivat heikentää pelko sairauden vakavuudesta, hoitojen tehokkuudesta ja kivuliaisuudesta (Steginga 2001, Hu ym. 2003). Hoidon aikana ja sen jälkeen potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavat yksittäiset tekijät voivat muuttua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu fyysisten oireiden, virtsankarkailun, suolisto-oireiden, kipujen ja pelon heikkenevästä seksuaalisesta kyvystä huonontavan eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Sharp 1993, Lucas ym. 1995, Rossetti & Terrone 1996, Litwin ym. 1998, Rustoen ym. 1999, Sneeuw ym. 2001).

Tässä tutkimuksessa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu määritellään moniulotteiseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi ulottuvuudeksi, sisältäen toimintakyvyn ja sairauden aiheuttamat oireet (Bowling 1997b). Terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan potilaiden voimavarojen kautta

erikseen paikallista ja levinyttä eturauhassyöpää sairastavilla. Voimavaroja edistäviksi tekijöiksi lasketaan potilaiden myönteiset tunteet, hyvä unen laatu, hyvä fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja roolitoimintakyky sekä riittävä tiedon saaminen sairaudesta, hoidosta ja päivittäiseen elämään liittyvistä asioista. Voimavaroja heikentäviksi tekijöiksi katsotaan sairauden levinneisyys, muut sairaudet, oireet ja vaivat, kielteiset tunteet sekä tiedon puute. Hyvää unen laatua pidetään potilaiden voimavaroja edistävänä tekijänä. Potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan suhteessa taustamuuttujiin ja potilaiden saamiin hoitoihin vuoden aikana sairauden toteamisen jälkeen.

#### **4.3 Emotionaalisten tekijöiden yhteys eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun**

Ben-Tovim ym. (2002) ovat tutkimuksessaan löytäneet viisi osa-aluetta, jolla oli yhteyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden selviytymisessä. Nämä ovat: positiivinen ongelmien ratkaisu, johon kuuluvat ongelman ratkaisun strategiat, päätös taistella sairautta vastaan ja tiedon etsiminen sairaudesta ja hoidosta. Myös itseluottamus ja sen kehittyminen auttavat potilaita selviytymisessä. Emotionaalinen hyvinvointi helpottaa avointa suhtautumista emotionaaliseen ja sosiaaliseen tukeen. Myös tuen aktiivisen etsimisen on todettu auttavan selviytymisessä ja siten edistävän terveyteen liittyvää elämänlaatua. Toivottomuus, avuttomuus, ahdistuneisuus ja masentuneisuus heikentävät elämänlaatua ja huonontavat selviytymistä sairauden kanssa (Sharp ym. 1999, Ben-Tovim ym. 2002).

Syövän aiheuttamat fyysiset oireet, kivut, yleiskunnon heikkeneminen ja uupumus voivat myös lisätä potilaiden emotionaalisia ongelmia. Epävarmuuden arvioidaan lisäävän puolestaan psyykkistä stressiä ja heikentävän potilaiden sosiaalisia suhteita (Mishel ym. 2003). Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman ahdistuksen ja stressin on todettu olevan yleisempää kuin masentuneisuuden. Ahdistuneisuuden on kuvattu helpottuvan kuitenkin pian hoidon aloituksen jälkeen, kun taas masennusoireiden lisääntyvän (Bisson ym. 2002). Pelkoa voi lisätä myös fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen (Ulrich ym. 2003).

Masentuneisuus on yhdistetty usein potilaiden kokemaan toivottomuuteen,

tyytymättömyyteen, surullisuuteen, uupumiseen, unettomuuteen ja kielteisten tunteiden lisääntymiseen (Pascreta 1997, McGregor 2003). Toivottomuus, itsetunnon heikkeneminen, kyvyttömyys hallita elämää ja haavoittuvuus ovat yleisiä syöpäpotilaille (Leidy 1990, Pollock ym. 1990). Syöpäpotilaiden henkinen hyvinvointi lisää myönteisiä tunteita, mitkä puolestaan parantavat itseluottamusta, stressin sietokykyä, onnistumista, toivoa, tyytyväisyyttä ja merkitystä elämään. (Hung-Ru & Bauer-Wu 2003, Lin & Bauer-Wu 2003).

Toivolla on merkitystä potilaiden selviytymisessä. Toivo on kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa positiiviseksi tunteeksi, sisäiseksi haluksi, luottamuksen tunteeksi ja käyttämättömäksi resurssiksi, mikä antaa voimaa käsitellä vaikeita tilanteita ja päämäärän elämään. Se on suuntautunut tulevaisuuteen ja auttaa toimimaan päämäärän saavuttamiseksi (Rustoen 1995, Davison & Degner 1997, van Wegberg ym. 1998). Eturauhassyöpäpotilaiden kokema toivo lisää potilaiden aktiivista osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoitoon. Toivottomuus puolestaan voi lisätä myös avuttomuuden tunnetta (Davison & Degner 1997, Newshan 1998, Kylmä 2000, Visser 2003).

Riley ym. (1997) tutkimuksen mukaan eturauhassyöpää sairastavien potilaiden uskonnolliset ja filosofiset uskomukset eivät vaikuta suoraan tyytyväisyyteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Kuitenkin potilaat, joilla oli uskonnollinen tai filosofinen vakaumus, olivat tyytyväisempiä, rauhallisempia ja luottavaisempia kuin ne potilaat, joilla ei ole vakaumusta. Potilaat olivat myös energisiä, fyysisesti, sosiaalisesti ja emotionaalisesti hyvinvoivia ja heillä oli hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu. Sen sijaan potilaille, joilla ei ollut mitään vakaumusta, oli paljon fyysisiä, sosiaalisia, emotionaalisia ongelmia ja he olivat passiivisempia myös hoitonsa suhteen (Riley ym. 1997).

#### **4.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unihäiriöt**

Noin kolmasosalla eturauhassyöpäpotilaista on todettu unihäiriöitä. Unettomuuteen vaikuttavat monet tekijät. Osa näistä tekijöistä on yleisiä ja osa syöpäpotilaille spesifejä. Unen laadun heikkeneminen voi olla seurausta psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä (Duxbury 1994, Engströmin ym. 1999, Monga ym. 1999, Davison ym.

2002 b). Useimmat unen häiriöt ilmenevät sairauden toteamisen aikaan, hoitojen aloituksen yhteydessä tai sairauden uusimisen aikaan ja ovat yhteydessä potilaiden kokemaan masennukseen ja ahdistukseen (Hodgson 1991).

Melkein puolella syöpäpotilaista on kuvattu olevan toiminnallista unettomuutta. Unihäiriöt voivat olla tilapäisiä, lyhytkestoisia tai kroonisia (Engström ym. 1999, Savard & Morin 2001). Unihäiriöt voivat ilmetä nukahtamisvaikeutena, yöaikaisina heräämisinä, aikaisena heräämisinä aamuisin tai niiden yhdistelmänä. Unihäiriöiden keston on todettu olevan yhteydessä annettuihin syöpähoitoihin. Unen laatu, unen kesto ja unen vaikuttavuus voivat muuttua syöpähoitojen seurauksena. Myös syöpäpotilaiden unilääkkeiden käytön on todettu lisääntyvän (Savard & Morin 2001, Davison ym. 2002b).

Savard & Morin (2001) jakavat syöpäpotilaiden kokeman unettomuuden syyt kolmeen pääluokkaan: 1) altistavat tekijät, kuten yleinen haavoittuvuus, 2) unettomuutta edistävät tekijät ja 3) unettomuutta ylläpitävät tekijät. Altistavina tekijöinä pidetään ylikiihottuneisuutta, masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta, ikääntymistä ja henkilökohtaista tai perhehistoriaa. Syöpäpotilailla univaje voikin olla seurausta jostain muusta psyykkisestä tai fyysisestä tekijästä, kuten sairauden aiheuttamasta pelosta ja huolesta, hoidoista, sivuvaikutuksista, oireista tai kykenemättömyydestä suunnitella tulevaisuutta. Monet syöpähoidot voivat lisätä unettomuutta emotionaalisten ja fysiologisten vaikutusten takia. Edell-Gustafssonin ym. (2003) tutkimuksen mukaan eturauhasvaivoista kärsivät miehet heräilivät yöllä useammin kuin potilaat, joilla ei ollut näitä vaivoja. Masennus ja ahdistus voivat myös heikentää potilaiden unen laatua. Ahdistuneet potilaat nukkuvat vähemmän aikaa, heiltä kuluu pitempi aika nukahtamiseen ja heräilevät useammin yöllä. Myös painajaisunet ovat syöpäpotilailla yleistä. Unen laadun heikkeneminen toisaalta voi lisätä potilaiden masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja uupumusta (Hodgson 1991, Savard & Morin 2001). Myös vasomotoristen oireiden, esimerkiksi hormonihoidoja saavilla ja orkiektomiapotilailla ilmenevien hikoilupuuskien, on todettu heikentävän unen laatua (Savard & Morin 2001). Sairaalahoido sinällään voi olla syynä potilaiden unen laadun heikkenemiseen. Sairaalassa esimerkiksi melu, hajut, huono ilman laatu ja epämiellyttävä vuode saattavat vaikuttaa unihäiriöiden lisääntymiseen (Kuivalainen ym. 1998).

Syöpäpotilaiden uupumusta pidetään syöpähoitoihin liittyvänä tilapäisenä vaikutuksena. Uupumus voi kestää kuitenkin jopa kuukausia hoidon jälkeen. Uupuminen, somaattiset vaivat, metaboliset muutokset ja unen väheneminen ovat yhteydessä toisiinsa. Uupuminen ilmenee väsymyksenä, energisyyden puutteena ja fyysisenä huonovointisuutena. Yli kolmasosalla eturauhassyöpäpotilaista on todettu väsymystä, levon tarvetta ja energisyyden laskua tai fyysistä huonovointisuutta (Gustafsson ym. 1995, Borghede ym. 1997). Yli puolella potilaista uupumisen on todettu heikentäneen emotionaalista ja seksuaalista toimintakykyä (da Silva ym. 1996, Joly ym. 1998). Emotionaalisilla tekijöillä voi olla myös yhteyttä uupumiseen, mutta ei syy seuraus suhdetta, vaan masennus voi olla seurausta uupumisesta tai masennukseen ja uupumiseen voi olla syynä sama biologinen tekijä. Uupuminen voi olla enemmän seurausta heikentyneestä fyysisestä kunnosta eikä masennuksesta tai unihäiriöistä (Monga ym. 1999, Davison ym. 2002 b). Iällä on todettu olevan vähän vaikutusta unihäiriöihin. Uupumus sen sijaan lisääntyy selvästi iän myötä (Borghede ym. 1997). Uupumus on myös yleisin tekijä unettomuudessa (Borghede ym. 1997, Nygård ym. 2001). Eturauhassyöpäpotilaiden oireilla on todettu olevan yhteyttä uupumisen ja unettomuuden lisääntymiseen (Winningham 2001).

#### **4.5 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen**

Syöpäpotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun arvioinnissa on suositeltu käytettävän pitkäaikaistutkimusta ja miniminä pidetään kolmea mittauskertaa, jolloin muutokset elämänlaadussa saadaan esille. Mittaukset tulee tehdä ainakin ennen hoidon aloitusta, hoidon vaikutusten ollessa huipussaan ja palautumisvaiheessa. Syöpäpotilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadun mittaamiseen tulisi sisältyä fyysinen hyvinvointi (oireet ja toksisuus, kivut, uupumus, pahoinvointi, oksennus, itsehoito, fyysinen aktiviteetti ja työ), psykologinen hyvinvointi (kehokuva, itsetunto, emotiiviset häiriöt, viha ja masennus) ja sosiaalinen hyvinvointi (vaikutus sosiaaliseen aktiivisuuteen, eristäytyminen, sosiaalinen tuki perheeltä ja ystävilta ja seksuaaliset suhteet) (Bowling 1997a, Bowling 1997b). Pitkäaikaistutkimuksessa ongelmana voi olla kuitenkin potilaiden pysyminen tutkimuksessa ja se, että ihmiset asettavat erilaisia tärkeysasteita eri asioille (Faitfull 1997). Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa on osoittautunut myös ongelmalliseksi mittareiden validiteetti ja

reliabiliteetti (Aro ym. 1993, da Silva 1993a, 1993b, Litwin ym. 1995, Litwin ym. 1998, Litwin ym. 1999 b).

Terveyteen liittyvät elämänlaatumittarit jaetaan yksi- ja moniulotteisiin, yleisiin sekä sairausspesifeihin. Globaalien mittareiden on ajateltu antavan elämänlaadusta kokonaiskuvan, mutta globaalit mittarit voivat olla myös liian karkeita hoitotulosten mittaamiseen (Aro ym. 1993). Moniulotteisessa terveyteen liittyvässä elämänlaadun mittaamisessa voidaan käyttää joko yhtä mittaria tai useista mittareista koostuvaa mittarikokonaisuutta. Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa geneeristen mittarien asemasta tai ohella voidaan käyttää myös sairausspesifiä mittaria sairaudesta johtuvien oireiden ja hoitojen odottamattomien sivuvaikutusten mittaamisessa. Mittarikokonaisuuden käytössä voi kuitenkin ilmetä ongelmia, esimerkiksi erilainen mitta- asteikko tai aikaulottuvuus (Haberman ym. 1998).

Eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaatu tutkimuksissa on suositettu mahdollisimman moniulotteisten mittareiden käyttöä. Lääketieteellisissä tutkimuksissa on käytetty terveyteen liittyvien mittareiden ohella myös toimintakykyä (fyysinen, psyykinen, emotionaalinen ja henkinen) ja sairauden oireita mittaavia mittareita (Braslis ym. 1995, Cresswell ym. 1995, Fowler ym. 1995, Litwin ym. 1995, Lubeck ym. 1996, Krongrad ym. 1997, Shrader-Bogen ym. 1997, Lubeck ym. 1997, Whelan ym. 1997, Albertsen ym. 1998). Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on suositettu myös erityyppisten elämänlaatumittarien rinnakkaiskäyttöä. On myös suositeltu samassa tutkimuksessa käytettävän sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä (Kauppinen & Pekurinen 1996, Clark ym. 1997, Jakobsson ym. 1997b).

#### **4.6 Terveyteen liittyvät elämänlaatumittarit 15D, EuroQoL 5D, EORTC QLQ C-30 ja EORTC Pr 25**

Geneerinen terveyteen liittyvä elämänlaatumittari-15D on kehitetty ja standardoitu Suomessa terveystaloustieteessä terveyden ja siinä tapahtuvan muutoksen arviointiin. Mittarin ulottuvuudet ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, puhuminen, syöminen, erityis, päivittäiset toimet, vaivat ja oireet, henkinen toiminta, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. 15D-mittari on todettu kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa herkäksi terveyteen liittyvän

elämänlaadun mittaamisessa (Sintonen & Pekurinen 1989, Aro ym. 1993, Sintonen 1993, Sintonen 1994, Uushonko 1994, Sintonen 1995, Rissanen ym. 1995, Sintonen & Arinen 1997, Nygård ym. 2001).

EuroQoL 5D on myös yleinen terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka on kehitetty eurooppalaisten tutkijoiden yhteistyönä. EuroQoL 5D mittari pohjautuu aikaisempien elämänlaatumittarien kuten 15D- ja NHP-mittarien analyysin tuloksiin. Sen ulottuvuudet ovat liikkuminen, itsestä huolehtiminen, tavanomaiset toiminnot, kipu ja vaiva ja mieliala. 15D- ja EuroQoL 5D-mittareiden ulottuvuudet korreloivat keskenään. EuroQoL 5D-mittaria on käytetty myös lääketieteellisissä eturauhassyöpöpotilaiden tutkimuksissa. (EuroQol Group 1990, O’Hanlon & Buxton 1995, Brooks ym. 1996.)

Sairausspesifi elämänlaatumittari EORTC QLQ-30 (the European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire), joka on kehitetty erityisesti syöpöpotilaiden elämänlaadun mittaamiseen. Mittarilla voidaan mitata syövän oireiden vaikutuksia eri vaiheissa hoitoa (Aaronson ym. 1993, Aro ym. 1993, Niezgodna ym. 1993, Aaronson ym. 1996, Bowling 1997b). EORTC QLQ C-30:ssa on osioita viidestä toiminnallisesta ulottuvuudesta (rooli, fyysinen, kognitiivinen, emotionaalinen ja sosiaalinen ulottuvuus), kolme oireita kuvaavaa osiota (uupumus, kivut, pahoinvointi ja oksennus), kysymyksiä syövästä aiheutuvista yleisistä oireista ja kaksi kysymystä yleisestä terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Mittari on testattu psykometrinen ominaisuuksien suhteen useissa aikaisemmissä kansainvälisissä tutkimuksissa (Aaronson ym. 1993, Niezgodna ym. 1993, Aaronson ym. 1996, Borghede ym. 1997). Prostataspesifinen moduli (EORTC Pr25) on tarkoitettu mittaamaan eturauhassyöpöpotilaiden sairauteen ja hoitoihin liittyviä oireita ja sivuvaikutuksia. Mittarissa on kysymyksiä virtsaoireista (9 osiota), suolisto-oireista (4 osiota), hoidon sivuvaikutuksista (6 osiota) ja seksuaalisesta toimintakyvystä (6 osiota) (Sprangers ym. 1993, Bergman ym. 1994).



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, selittää ja ennustaa eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvää elämänlaatua sen muutoksia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä vuoden kuluessa sairauden toteamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on saada myös tietoa eturauhassyöpöpotilaiden unen laadun muuttumisesta, unen laatuun vaikuttavista tekijöistä sekä unen laadun vaikutuksesta potilaiden terveyteen liittyvään elämäänlaatuun. Tavoitteena on saada myös tietoa hoitajien antaman tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä, jota voitaisiin käyttää hoitotyön menetelmien kehittämiseen ja testaukseen. Tavoitteena on myös kehittää malli tekijöistä, mitkä selittävät eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

### **Tutkimusongelmat:**

1. Muuttuuko paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden kuluessa sairauden toteamisesta ja hoidon aloittamisesta?
2. Mitkä tekijät selittävät ja ennustavat eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvää elämänlaatua ja sen muutoksia vuoden seurannassa?
3. Tuottavatko hoitotoimenpiteet terveyteen liittyvää elämänlaatua paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastaville potilaille vuoden seurannassa?
4. Voidaanko eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua mallintaa?
4. Mikä on potilaiden arvio saamastaan potilasohjauksesta suhteessa heidän terveyteen liittyvään elämänlaatuunsa?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTON KERUU

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat uudet eturauhassyöpää sairastavat potilaat. Tutkimukseen otettiin mukaan kahdesta yliopistosairaalaista ja viidestä keskussairaalaista uusia eturauhassyöpäpotilaita (n = 275), jotka antoivat suostumuksensa tutkimukseen. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin jotain muuta syöpäsairautta sairastavat. Tutkimusyksiköt olivat Kuopion yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopistollinen sairaala, Lapin keskussairaala, Keski-Suomen keskussairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Etelä-Karjalan keskussairaala ja Päijät-Hämeen keskussairaala. Aineisto kerättiin 15.10.2000 - 31.5.2003 välisenä aikana. Tutkimusaikana tutkimusyksiköissä oli uusia eturauhassyöpää sairastavia potilaita 1116. Vertailuaineistona käytettiin ikävalikoitua miesväestöä (Sintonen 2003).

Otoksen koko oli 24 % tutkimusyksiköissä hoidetuista uusista eturauhassyöpäpotilaista. Otanta pyrittiin tekemään siten, että se edustaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Tutkimusyksiköt valittiin yksiköiden halukkuuden ja mahdollisuuksien mukaan osallistua tutkimukseen ja tehdä haastattelut. Tutkimusyksiköt olivat Suomen pohjois-keski- ja itä-osissa, sillä tutkimusaikana muissa yksiköissä oli meneillään useita lääketieteellisiä eturauhassyöpää käsitteleviä tutkimuksia. Kaksi ensimmäistä aineistoa kerättiin strukturoidulla haastattelulla. Haastattelut tehtiin ennen hoidon aloittamista diagnoosin varmistuttua poliklinikalla tai osastolle tullessa ja toinen haastattelu tehtiin noin neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta vastaanottokäynnillä. Kolmas aineisto kerättiin lähettämällä potilaille kotiin kyselylomake, jonka potilaat palauttivat suoraan tutkijalle nimettömänä. Taulukossa 4 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden potilaiden lukumäärä tutkimusyksiköittäin.

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneet potilaat tutkimusyksiköittäin n, %

Tutkimusyksikkö	Mittaukerrat					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Pohjois-Karjalan ks. =1	101	37	96	36	77	34
Oulun yo sairaala =2	41	15	40	16	35	11
Kuopion yo sairaala=6	30	11	30	11	29	13
Keski-Suomen ks. =3	29	11	29	11	25	11
Päijät-Hämeen ks. =5	29	11	28	11	25	11
Etelä-Karjalan ks.=7	23	8	23	9	18	8
Lapin ks.=4	19	7	19	7	16	7
Yhteensä	272	100	265	100	225	100

Ensimmäiseen haastatteluun osallistui 275 potilasta, joista analyysiin hyväksyttiin 272. Kolmen potilaan vastaukset jouduttiin hylkäämään analyysistä: kahden potilaan vastauksista puuttui joko koodinnumero tai kahdella potilaalla oli sama numero. Yksi potilaista ei ollut jaksanut vastata ensimmäisessä haastattelussa kuin muutama kysymykseen. Toinen haastattelu tehtiin 265 (96 %) potilaalle. Kolmas aineisto kerättiin 12 kk hoidon aloituksesta samoilta potilailta postikyselynä. Kyselylomake lähetettiin 265:lle toisen lomakkeen täyttäneelle potilaalle saatekirjelmän kanssa. Postikyselyyn vastasi 225 (82 %) potilasta. (Taulukko 4)

Taulukossa 5 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedot mittauserroittain.

Taulukko 5. Potilaiden taustatiedot, n, %

Taustatiedot	Mittauskerrat		
	I	II	III
<b>Ikä</b>	(n=272)	(n=265)	(n=225)
alle 66-vuotta	33	33	36
66-75-vuotta	47	48	50
<b>yli 75-vuotta</b>	20	19	14
<b>Eturauhassyövän levinneisyys</b>	(n=272)	<b>Asumnon sijainti</b>	(n=272)
Paikallinen	54	Haja-asutusalue	30
Paikallisesti levinnyt	23	Taajama	27
Levinnyt	23	Kaupunki	43
<b>WHO:n luokitus</b>	(n=272)	<b>Asuminen:</b>	(n=272)
Gr1	29	Puolison kanssa	77
GR2	47	Sukulaisen kanssa/	6
Gr3	24	laitoksessa	
		Yksin	17
<b>Siviilisäätö:</b>	(n=272)	<b>Peruskoulutus:</b>	(n=272)
Naimaton	5	Kansakoulu /	75
Naimisissa/ avoliitossa	77	vähemmän	25
Leski/ eronnut	18	Keskikoulu/ ylioppilas	
<b>Ammattikoulutus:</b>	(n=272)	<b>Ammattiryhmä:</b>	(n=272)
Ei ammattikoulutusta	37	Työntekijä	38
Ammattikoulu	41	Toimihenkilö	38
Opisto/ korkeakoulu	21	Yrittäjä/ maanviljelijä	27
<b>Työssä olo:</b>	(n=272)	<b>Hoito:</b>	(n=272)
Työssä/ työttömänä	23	Prostatektomia	33
Eläkkeellä	77	Sädehoito	13
		Hormonihoito	51
		Seuranta	3

## 6.1 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamiseen käytettiin geneerisiä mittareita 15D, EuroQoL 5D ja sairausspesifejä mittareita EOPRTC QLQ C-30 ja EORTC Pr25. Geneeriseksi mittariksi 15D mittari valittiin, koska sen ulottuvuudet sopivat sisällöllisesti hoitotieteen käsitteeseen terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Rinnakkaismittarina käytettiin EuroQoL 5D-mittaria (EuroQoL Group 1990). Sairauden oireita ja hoitojen sivuvaikutuksia mittaamaan valittiin EORTC QLQ C-30, sillä se on testattu kansainvälisissä tutkimuksissa validiksi syöpäpotilaiden elämänlaadun mittaamisessa. EORTC Pr25-mittari valittiin tutkimukseen, sillä prostataspesifillä modulilla on sama asteikko (Likert-tyyppinen asteikko 1-4) ja osioissa on sama aikaulottuvuus kuin EORTC QLQ C-30:ssä.

EORTC Pr25 on EORTC -genitourinary ryhmän kehittämä eturauhassyöpäpotilaiden oireita ja hoidon sivuvaikutuksien mittaamiseen tarkoitettu. Mittari on kehitysvaiheessa (Faasi III). Mittari käännettiin tätä tutkimusta varten englanninkielisestä versiosta suomeksi. Toinen kääntäjä oli urologi, joka on kauan työskennellyt eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kanssa ja on kansainvälisesti arvostettu. Toinen kääntäjistä oli hyvin englantia hallitseva kielenkääntäjä, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairauteen liittyvästä problematiikasta. Käännösten perusteella tehtiin sanojen valinnassa sovittelua kääntäjien kanssa. Suuria näkemyseroja ei käännöksen suhteen ilmennyt. Sen jälkeen englantia alkuperäiskielenään puhuva kielenkääntäjä käänsi käännetyn version takaisin englanniksi. Uusi käännös esitettiin 15 eturauhassyöpää sairastavalla potilaalla. EORTC- Quality of Life ryhmä tarkasti ja hyväksyi käännösraportin.

Potilaiden elämänhallintakykyä mitattiin erillisillä kysymyksillä, mielialan muutoksia ja tyytyväisyyttä elämään Zungin masennusmittarista mukailulla mittarilla (Zung 1972). Unen laatua arvioitiin erillisillä kysymyksillä. Potilaiden tiedon tarvetta ja riittävyyttä mitattiin 16-osioisella eturauhassyöpäpotilaiden tietomittarilla, joka oli modifioitu Nis-mittarista (Nursing Information and Support scale, NIS) (Kattainen ym. 2004). NIS-mittari perustuu tarveorioihin ja kahteen yleiseen (15D ja EuroQoL-5D) terveyteen liittyvään elämänlaatumittarin sisältöalueisiin (yleinen osio) ja siihen lisättiin

eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitoa koskevia erityskysymyksiä (kolme osiota). Lupa mittarin käyttöön saatiin mittarin kehittäjiltä.

Seitsemällä avoimella kysymyksellä kysyttiin taustatietoja (sairauden luokitus, hoito, muut sairaudet, ja lääkitys, syntymävuosi, asuinkunta) ja seitsemällä monivalintakysymyksellä asumista, siviilisäätyä, asuinpaikkaa, peruskoulutusta, ammattikoulutusta, ammattiryhmää, työssäoloa. Monivalintakysymyksiä terveyteen liittyvästä elämänlaadusta oli 20, nukkumisesta 11 ja tyytyväisyydestä 3 (II - III aineistossa 5), Likert-tyyppisiä väittämiä oli mielialasta 16, sairausspesifistä elämänlaadusta 30, prostataspesifejä 25 ja tiedon tarpeellisuudesta 16 ja riittävydestä 16.

Kysymysten ymmärrettävyyttä ja selkeyttä kysyttiin eturauhassyöpää sairastavilta potilailta ennen varsinaista tutkimusta. Esitestausta varten kerättiin aineisto 15 potilaalta 1.7 - 15.9.2000. Vastausten perusteella jätettiin masennusmittarista pois yksi väittämä koskien kuolemaa ja lisättiin väittämä koskien pelkoa miehisyyden heikkenemisestä. Masennusmittarin osioista jätettiin pois eettisistä syistä esitestauksen jälkeen väittämä ”olisi parempi, jos olisin kuollut”. Se oli vastaajien mukaan liian voimakas kysymys ja aiheutti ahdistusta vastaajissa. Mittariin lisättiin väittämä ”tunsin pelkoa miehisyyteni heikkenemisestä”.

## **6.2 Mittareiden luotettavuus**

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata niitä ominaisuuksia, joita sen on tarkoitus mitata. Tutkimuksessa yhdistettiin useita jo valmiiksi testattuja mittareita mittaripaketiksi. Mittareita valittaessa haluttiin koota mittarikokonaisuus, jossa sekä yleiset terveyteen liittyvät että sairausspesifit tekijät tulevat huomioiduksi. Validiutta voidaan pitää ajatusprosessina, jossa tutkija käyttää aiheen tuntemusta, aikaisempia tutkimuksia ja yleistä logiikkaa hyväksi (Alkula ym. 1994). Tutkijan oma kliininen kokemus urologisena hoitajana auttoi ymmärtämään eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevia tekijöitä ja hoitoa.

Luotettavuus sisältää mittarin kyvyn mitata mielenkiinnon kohteena olevaa ilmiötä, kykyä antaa samoja tuloksia toistomittauksessa sekä eri mittaajien huomioiden välistä

vertailukelpoisuutta ja sisäistä johdonmukaisuutta. Sisäinen johdonmukaisuus osoittaa mittarin osioiden keskinäistä riippuvuutta. Mikäli osiot osoittavat korkeaa keskinäistä riippuvuutta, voidaan olettaa niiden mittaavaan ilmiön samaa ulottuvuutta (Burns & Grove 1997). Mittarikokonaisuus koottiin aikaisemmin reliabiliteetin ja validiteetin suhteen testatuista terveyteen liittyvistä elämänlaatumittareista. Geneerinen elämänlaatumittari 15D mittaa yleistä terveyteen liittyvää elämänlaatua ja on aikaisemmissa tutkimuksissa testattu validiksi (Sintonen 1994, Sintonen 1995). EORTC QLQ C-30 mittaa sairausspesifiä terveyteen liittyvää elämänlaatua. EORTC QLQ C-30 mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Aaronson ym. 1993, Niezgodia ym. 1993, Aaronson ym. 1996). Tietomittari oli kehitysvaiheessa ja vaatii vielä jatkotyöskentelyä.

Pr25-mittarissa ei ollut kysymyksiä virtsanlähdevaikeuksien takia katetrihoidossa oleville potilaille. Ne potilaat, joilla oli pysyvästi katetrihoito, eivät voineet vastata virtsaoireita koskeviin kysymyksiin. Tässä tutkimuksessa pysyvästi katetrihoidossa oli vain viisi tutkittua. Mittarissa on myös kysymyksiä seksuaalisuuteen liittyvistä tekijöistä. Tässä tutkimuksessa oli paljon potilaita, jotka eivät olleet seksuaalisesti aktiivisia, joten seksuaalista toimintakykyä kuvaaviin osioihin vastanneiden määrä oli huomattavan pieni.

Mittareiden yhteensopivuutta tässä aineistossa testattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiolla. 15D:n ja EuroQoL 5D:n kokonaiselämänlaatumittarit korreloivat ennen hoidon aloitusta  $r = 0.760$  ( $p = 0.000$ ), noin 4kk hoidon aloituksesta  $r = 0.796$  ( $p = 0.000$ ) ja vuosi hoidon aloituksesta  $r = 0.782$  ( $p = 0.082$ ). 15D:n pisteet korreloivat mittauskerroittain ennen hoidon aloitusta ja noin 4 kk hoidon aloituksesta  $r = 0.636$  ( $p = 0.000$ ). Ennen hoidon aloitusta ja 12 kk hoidon aloitusta pisteiden korrelaatio oli  $r = 0.646$  ( $p = 0.000$ ). EuroQoL 5D:n pisteet korreloivat ennen hoidon aloitusta noin 4 kk:n mittauksen pisteiden kanssa  $r = 0.495$  ( $p = 0.000$ ) ja 12 kk hoidon aloituksesta  $r = 0.274$  ( $p = 0.000$ ). Noin 4 kk kuluttua hoidon aloituksesta tehdyn mittauksen pisteet korreloivat 12 kk:n mittauksessa saatujen pisteiden kanssa  $r = 2.59$  ( $p = 0.000$ ).

Toistomittauksessa mittarin pysyvyyttä voidaan mitata vertaamalla useamman mittauksen tuloksia. Mittarin luotettavuutta voidaan pitää riittävänä, kun reliabiliteettia kuvaava alfa-arvo on yli  $\alpha = 0.70$  ja joissain tapauksissa yli  $\alpha = 0.60$  (Walz ym. 1991,

Burns & Grove 1997, Resnick & Jenkins 2000). Mittarien luotettavuutta testattiin Cronbachin alfa-arvolla erikseen jokaisessa mittauksessa. EORTC QLQ C-30 -mittarin alfa oli ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.92$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.94$  ja vuoden kuluttua hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.90$ . 15D mittarilla mitattuna alfa - arvo oli ennen hoidon aloitusta mittauksessa  $\alpha = 0.90$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.89$ , vuoden kuluttua hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.86$ . EuroQoL 5D:n alfa-arvot olivat ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.79$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.79$  ja vuoden kuluttua  $\alpha = 0.76$ . Masennusmittarin alfa-arvot olivat ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.83$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.81$  ja vuoden kuluttua  $\alpha = 0.85$ . EORTC Pr 25 mittarin alfat olivat ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.84$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.74$  (jos seksuaalista toimintaa kuvaavat osiot jätetään pois, reliabiliteetti oli  $\alpha = 0.84$ ) ja vuoden kuluttua  $\alpha = 0.66$  (ilman seksuaalista toimintaa kuvaavia osioita  $\alpha = 0.90$ ). Tiedon tarpeellisuutta kuvaavien osioiden alfa oli ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.85$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.91$ , vuoden kuluttua  $\alpha = 0.89$ , tiedon ja huomioinnin riittävyys hoidossa ennen hoidon aloitusta  $\alpha = 0.74$ , noin 4 kk hoitojen aloituksesta  $\alpha = 0.94$  ja vuoden kuluttua  $\alpha = 0.95$ . Tietomittari mittari on kehitysvaiheessa ja vaatii vielä jatkotyöskentelyä.

Taulukossa 6 on esitetty EORTC QLQ mittarin osioista muodostettujen toimintakykyä ja oireita kuvaavien yhdistettyjen muuttujien alfa- arvot.

Taulukko 6. EORTC QLQ C-30 ja Pr 25 ulottuvuudet, osioiden määrä ja alfa-arvot mittauskerroittain

Ulottuvuus	Osioiden määrä	Vaihteluväli	Alfat mittauskerroittain		
			I	II	III
Terveysteen liittyvä elämänlaatu	2	6	$\alpha = 0.88$	$\alpha = 0.91$	$\alpha = 0.88$
<b>Funktiot</b>					
Fyysinen	5	3	$\alpha = 0.72$	$\alpha = 0.87$	$\alpha = 0.85$
Rooli	2	3	$\alpha = 0.90$	$\alpha = 0.89$	$\alpha = 0.80$
Emotionaalinen	4	3	$\alpha = 0.88$	$\alpha = 0.88$	$\alpha = 0.89$
Kognitiivinen	2	3	$\alpha = 0.68$	$\alpha = 0.66$	$\alpha = 0.65$
Sosiaalinen	2	3	$\alpha = 0.98$	$\alpha = 0.95$	$\alpha = 0.96$
<b>Oireet</b>					
Uupumus	3	3	$\alpha = 0.82$	$\alpha = 0.86$	$\alpha = 0.86$
Pahoinvointi	2	3	$\alpha = 0.57$	$\alpha = 0.41$	$\alpha = 0.76$
Kipu	2	3	$\alpha = 0.87$	$\alpha = 0.88$	$\alpha = 0.89$
<b>Pr25/ oireet</b>					
Virtsaoireet	9	3	$\alpha = 0.89$	$\alpha = 0.88$	$\alpha = 0.90$
Suolisto- oireet	4	3	$\alpha = 0.58$	$\alpha = 0.54$	$\alpha = 0.63$
Sivuvaikutukset	6	3	$\alpha = 0.60$	$\alpha = 0.79$	$\alpha = 0.63$
<b>Funktio</b>					
Seksuaalinen	6	3	$\alpha = 0.49$	$\alpha = 0.63$	$\alpha = 0.56$

Seksuaalisen funktion alfa-arvot olivat alhaiset kaikissa mittauksissa, mikä johtuu vastaajien vähäisestä määrästä. Havaintoja tulisi olla vähintään 85 % koko aineistosta, mikä tässä aineistossa merkitsisi 234 vastaajaa (Walz & Strickland 1991). Seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin eivät vastanneet ne potilaat, joilla ei ollut lainkaan aktiivista sukupuolielämää (Taulukko 6).

### 6.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Ihmiseen liittyvässä tutkimuksessa on erityisesti noudatettava kolmea periaatetta: ihmisen kunnioittaminen, loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Tutkimuksessa noudatettiin ANA:n (American Nurses' Association) tutkimuseettisiä ohjeita. Sen mukaan tutkimukseen liittyvissä eettisissä ohjeissa painotetaan erityisesti kolmea kohtaa: 1) tutkimuksella ei saa aiheuttaa vahinkoa potilaalle, 2) potilaalla on oikeus säilyttää yksityisyytensä ja arvokkuutensa ja 3) potilaalla on oikeus nimettömyyteen (Jackson 1994, Burns & Grove 1997). Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittava voi keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta. Potilaiden tulee saada tutkimukseen liittyvä informaatio sekä suullisesti että kirjallisesti, mistä käy ilmi tutkimuksen tarkoitus ja osallistumisen



vapaaehtoisuus. Raportoinnissa eettisyys näkyy siten, että tuloksia ei esitetä liian pienissä ryhmissä, jotta tutkimuksen yksityisyys ja nimettömyys toteutuisivat (Alkula 1994, Burns & Grove 1997).

Tutkimusta varten anottiin tutkimusluvut tutkimusyksiköiden eettisiltä toimikunnilta ja sairaaloiden ylilääkäreiltä ja ylihoitajilta: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa no. 329/2000, Kuopion yliopistollisen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa no. 143/01 (tutkimuskoodi:500Ho04), Pohjois-Pohjanmaan yliopistollisen sairaalan lupa no. 17.10/00, Lapin keskussairaala eettisen toimikunnan lupa no. 7/2000, Keski-Suomen keskussairaalan lupa 4.10/00, Päijät-Hämeen keskussairaalan lupa 22.11/00 ja Etelä-Karjalan keskussairaalan lupa 15.2/01.

Tutkimushoitajat valittiin kokeneista urologisista hoitajista. Tutkimushoitajat saivat suullisen ja kirjallisen informaation tutkimuksesta, potilaiden rekrytoinnista, potilaiden haastattelusta ja tutkimuseettisistä asioista. Potilaat saivat tutkimuksesta sekä suullisen että kirjallisen informaation. Potilaille annettiin ensimmäisen haastattelun yhteydessä kirjallinen selvitys tutkimuksesta, potilaiden anonymiteetin turvaamisesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Potilaat antoivat kirjallisen suostumuksen osallistumisesta tutkimukseen ja osoitetietojen luovuttamisesta postikyselyä varten tutkijalle. Eettisistä syistä potilaille, jotka eivät vastanneet postikyselyyn, ei lähetetty uutta kyselyä (Liite 1).

Potilaat olivat tietoisia, ettei vastauksia käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen. Nämä ohjeet on kirjattu myös potilaiden saamaan kirjalliseen ohjeeseen. Potilaille korostettiin, ettei heidän henkilöllisyytensä tule missään vaiheessa tutkimusta esiin. Kyselylomakkeeseen ei kirjattu potilaiden henkilötietoja, vaan potilaat merkittiin havaintotunnuksin vastausten tunnistamiseksi mittauksen välillä. Tutkimusaineisto analysoitiin niin, ettei tutkittavien henkilöllisyys käynyt ilmi missään vaiheessa.

Juridisesti ja eettisesti voidaan tarkastella oikeutta jonkun mittarin käyttämiseen. Tässä tutkimuksessa elämänlaatumittarien käyttöä varten hankittiin luvat mittareiden kehittäjiltä, professori Harri Sintoselta 15D:n käyttöä, EuroQoL tutkimusryhmältä EuroQoL 5D:n, EORTC ryhmältä EORTC QLQ C-30 ja EORTC Pr25 mittareiden käyttöä varten (Liite 2).

## 7 AINEISTON ANALYYSI

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 10.0 tilasto-ohjelmalla ja Amos 4.0-ohjelmalla. Aineistosta laskettiin suorat jakaumat, prosenttiosuudet ja ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa. Taustamuuttujina olivat sairauden luokitus, muut sairaudet, muiden sairauksien hoitoon käytetyt lääkkeet, ikä, kotipaikka, siviilisääty, asuminen, peruskoulutus, ammattikoulutus, ammattiryhmä ja työssäolo tutkimushetkellä. Tutkimuksessa eturauhassyöpä luokiteltiin TNM-luokituksen perusteella: T1-4N0M0 = paikallinen ja T4N1M1 levinnyt syöpä.

### 7.1 Aineiston luokittelu

Tilastollisia vertailuja varten aineistoa tiivistettiin siten, että muut sairaudet luokiteltiin kolmeen luokkaan: ei muita sairauksia, yksi muu sairaus ja useita muita sairauksia. Lisäksi erotettiin omaksi luokakseen sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinsairaudet, diabetes, neurologinen sairaus, tuki- ja liikuntaelinsairaus ja jokin muu sairaus. Muiden sairauksien hoitoon käytetyt lääkkeet luokiteltiin myös sydänlääkkeisiin, antikoagulantti lääkitys, diabeteksen hoitoon käytetyt lääkkeet, hengityselinsairauksien hoitoon käytetyt lääkkeet, kipulääkitys, neurologisen sairauden hoitoon käytetty lääke, virtsaamislääke, unilääke ja muu lääke. Muita sairauksia ei käytetty tässä tutkimuksessa erikseen muuttujina, koska ryhmiä tuli liian monta ja ryhmien koko oli pieni. Analyysissä käytettiin muuttujina kolmiluokkaisia muuttujia.

Siviilisääty luokiteltiin siten, että lesket ja eronneet/asumuserossa olevat luokiteltiin samaan luokkaan. Asuminen luokiteltiin siten, että puolison kanssa asuvat olivat omassa luokassa, lapsen tai sukulaisen kanssa ja laitoksessa asuvat samassa luokassa ja yksinasuvat omassa luokassa. Peruskoulutus luokiteltiin kahteen luokkaan, kansakansalaiskoulu tai vähemmän koulutusta säilyi omana luokkana ja keskikoulu tai ylioppilastutkinto yhdistettiin samaan luokkaan. Ammattikoulutus luokiteltiin yhdistämällä ammattikurssin käyneet ja ammattikoulun käyneet samaan luokkaan ja opistotason ja korkeakoulutason koulutus samaan luokkaan. Ammattiryhmät luokiteltiin uudestaan siten että yhdistettiin luokat alempi ja ylempi toimihenkilö yhteen luokkaan (toimihenkilö) ja yrittäjät ja maanviljelijät samaan luokkaan. Työssäolo luokiteltiin

siten, että työelämässä olevat (työssä tai sairauslomalla) yhdistettiin samaan luokkaan ja eläkkeellä olevat (sairaus- tai kansaneläkkeellä) samaan luokkaan.

Muuttuja ”nukkuminen” luokiteltiin uudelleen yhdistämällä luokat ”melko huonosti” ja ”huonosti” yhdeksi luokaksi. Heräämiskerrat luokiteltiin uudestaan yhdistämällä luokat ”4-6 kertaa” ja ”yli kuusi kertaa” samaksi luokaksi ja nimettiin luokaksi ”yli neljä kertaa”. Aamuvirkeys-muuttuja luokiteltiin uudestaan yhdistämällä luokat ”aina” ja ”usein” samaan luokkaan. Unen laatu luokiteltiin uudestaan yhdistämällä ”jokseenkin huono” ja ”huono” samaan luokkaan ja nimettiin luokaksi ”huono”. Unen muuttuminen luokiteltiin kahteen luokkaan yhdistämällä ”parantunut” ja ”pysynyt ennallaan” samaan luokkaa. Syyt unen muuttumiseen luokiteltiin yhdistämällä ”fyysiset syyt” omaksi luokakseen (kivut, virtsavaivat), ”psykkiset syyt”(painajaiset, pelot) omaksi luokakseen ja ”ulkoiset syyt” (melu, kissan hoito, veljelle ruuan laitto) omaksi luokakseen. Muuttuja tyytyväisyys luokiteltiin yhdistämällä ”ei lainkaan tyytyväinen” ja ”melko tyytymätön” samaan luokkaan ja nimettiin luokaksi ”tyytymätön”. Onni luokiteltiin siten, että ”onneton” ja ”melko onneton” luokat yhdistettiin luokaksi ”onneton” ja muut luokat säilytettiin ennallaan.

15D mittarin ulottuvuuksien puuttuvat arvot korvattiin regressioanalyysin avulla lasketuilla ennustearvoilla ja laskettiin terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksia kuvaavat arvot asteikolla 0-1. Mittarin osiot (asteikko 1-5) luokiteltiin uudestaan kolmiluokkaisiksi muuttujiksi siten, että 1 = normaali, 2 - 3 luokat yhdistettiin samaksi luokaksi 2 = jonkin verran ongelmia, ja 4 - 5 luokat yhdistettiin samaksi luokaksi = 3 paljon ongelmia. Toistomittausta ja mallintamista varten laskettiin muuttujien mittauskertojen keskiarvot, joita käytettiin muuttujina.

Myös EuroQoL 5D:n puuttuvat arvot korvattiin regressioanalyysin avulla lasketuilla ennustearvoilla ja laskettiin ohjelman mukaan terveyteen liittyvää kokonaiselämänlaatua kuvaavat pisteet ja ulottuvuuksia kuvaavat pisteet. Terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuden osiot saivat arvoja asteikolla 0-1.

EORTC QLQ-mittarin osioiden tiivistämiseksi laskettiin elämänlaadun ulottuvuuksien osioista elämänlaatu-pisteet. Terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavat osiot laskettiin yhteen ja jaettiin osioiden lukumäärällä, jolloin saatiin elämänlaatua kuvaaville

funktiolle raakapisteet. Sen jälkeen laskettiin terveyteen liittyvää kokonaiselämänlaatua kuvaavat pisteet kaavalla: elämänlaatuspisteet = ((raakapisteet-1)/asteikko) x 100. Terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavien funktioiden pistemäärien laskemisessa käytettiin kaavaa: funktiopisteet = (1- (raakapisteet-1) / asteikko) x 100. Oireita kuvaavien osioiden pisteet laskettiin kaavalla oireipisteet = ((raakapisteet-1) / asteikko) x 100. Pr25 mittarin osioiden pisteet laskettiin samalla tavalla (Fayers ym. 1999). Toistomittausta varten laskettiin muuttujien mittauskertojen keskiarvot, joita käytettiin muuttujina.

## **7.2 Faktoriansalyysi masennusmittarille**

Eksploraatiivisen faktoriansalyysin avulla muodostettiin masennusmittarista ja tietomittarista yhdistettyjä muuttujia, joita käytettiin aineiston analyysissä muuttujina. Masennusmittarille haluttiin tehdä mittauseroittain faktoriansalyysi, jotta nähtäisiin, miten mieliala muuttuu seuranta-aikana. Faktoriansalyysin toteuttaminen edellyttää riittävää otoskoko, muuttujien keskinäistä korrelaatiota ja riittävää hajontaa. Havaintojen otoskoko oli riittävä. Spearmanin järjestyskorrelaatiolla tutkittiin muuttujien keskinäistä korrelaatiota. Faktoriansalyysiin otettiin mukaan muuttujat, joiden korrelaatio oli vähintään .30 jonkin toisen muuttujan kanssa. Faktoriansalyysi tehtiin pääkomponenttimenetelmällä, mikä on alkuperäisten muuttujien lineaarikombinaatio. (Andreasson 1993, Burns & Grove 1997). Faktoreihin otettiin mukaan sellaiset muuttujat, joiden ominaisarvo oli >1. Analyysissä käytettiin varimax-rotatiota (suorakulmainen rotaatio), jolla pyrittiin parantamaan ratkaisun tulkittavuutta (Burns & Grove 1997). Faktoreiden selitysosuus oli 65 % (Taulukko 7).

Taulukko7. Faktorianalyysi masennusmittarille ennen hoidon aloitusta, faktorilataukset, kommunaliteetit ja selitysosuudet (n = 272) ennen hoidon aloitusta

Faktorit	1	2	3	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus %
Faktori 1(n=271)					50
Minua huolestutti sairauden vaikutus miehisyyteeni	0.75			0.56	
Tunsi itseni surulliseksi	0.73			0.70	
Tunsi itseni jännittyneeksi	0.71			0.63	
Ajatukseni harhailivat	0.71			0.66	
Olin ahdistunut tilanteesta	0.70			0.73	
Mielialani vaihteli jatkuvasti	0.70			0.73	
Tunsin pelkoa tulevaisuudesta	0.66			0.61	
Tunsi itseni avuttomaksi	0.60			0.71	
Faktori 2					8
Minulla oli sydämen tykytystä		0.78		0.64	
Minulla oli hengellisiä huolia		0.71		0.61	
Minulla oli taloudellisia huolia		0.59		0.46	
Minun oli vaikea keskittyä tavallisiin toimiin		0.55		0.64	
Faktori 3					7
Tunsi itseni toiveikkaaksi			-0.83	0.75	
Tunsi itseni rauhalliseksi			-0.80	0.79	
Elämäni tuntui täyteläiseltä			-0.66	0.64	
Kokonais selitysosuus					65

Faktorianalyysin tulosten perusteella muodostettiin mielialaa kuvaavista osioista yhdistettyjä muuttujia mittauskerroittain. Ennen hoidon aloittamista tehdyn mittauksen aineistosta muodostettiin kolme yhdistettyä muuttujaa kuvaamaan sairauden aiheuttamaa mielialan muutosta ”masennus” (osiot 8 osiota), masennuksen ilmeneminen oireina” (4 osiota) ja ”elämänhallinta” (3 osiota) (Taulukko 8). Yhdistetty muuttuja ”masennus” sai arvoja 1-32 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 = ei lainkaan (1-8), 2 = melko vähän (9-16), 3 = melko paljon (17-24), 4 = erittäin paljon (25-32). Yhdistetyn muuttujasta jätettiin pois muuttuja ”oliko taloudellisia huolia,” sillä se latautui kaikille faktoreille vain heikosti. Yhdistetty muuttuja ”Masennuksen ilmeneminen oireina.” sai arvoja 1-16 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1= ei lainkaan (1-4), 2 = melko vähän (5-8) 3 = melko paljon (9-12) ja 4 = erittäin paljon (13-16). Yhdistetty muuttuja ”elämänhallinta” sai arvoja 1-12, se luokiteltiin uudelleen siten, että 1= ei lainkaan (1-3), 2 = melko vähän (4-6), 3 = melko paljon (7-9), 4 = erittäin paljon (10-12).

Taulukko 8. Mielialaa kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot ennen hoidon aloitusta

Yhdistetty muuttuja	Osioiden määrä	Min	Max	Ka	Sd	alfa
Masennus (n=271)	8	1.94	2.40	2.18	0.46	0.92
Masennuksen ilmeneminen oireina (n=271)	4	1.50	2.03	1.78	0.53	0.80
Elämänhallinta (n=271)	3	2.68	2.86	2.77	0.17	0.76

(Muuttujat saivat arvoja 1-4, mitä suurempi arvo, sitä enemmän masennusta, oireita tai elämänhallintaa)

Masennusmittarille tehtiin myös noin 4 kk:n kuluttua kerätyn aineiston tiivistämiseksi faktorianalyysi. Tulokseksi saatiin kolme faktoria, joiden selitysosuus oli 65 %. Tuloksen perusteella muodostettiin kolme yhdistettyä muuttujaa ”Elämänhallinta” ja ”Masennus” ja ”Masennuksen ilmeneminen oireina” (Taulukko 9). Yhdistetty muuttuja ”Elämänhallinta” sai arvoja 1-16, se luokiteltiin uudelleen siten, että 1= ei lainkaan (1-4), 2= melko vähän (5-8), 3= melko paljon (9-12), 4= erittäin paljon (13-16).

Taulukko 9. Faktorianalyysi masennusmittarille noin 4 kk hoidon aloituksesta, faktorilataukset, kommunaliteetit ja selitysosuudet (n=265)

Faktorit	1	2	3	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus %
Faktori 1					51
Olin jännittynyt	0,71				0,69
Olin surullinen	0,61				0,65
Olin huolestunut tilanteestani	0,68				0,70
Mielialani vaihteli	0,76				0,76
Ajatukseni harhailivat	0,74				0,68
Tunsin pelkoa tulevaisuudestani	0,72				0,68
Olin huolissani sairauden vaikutuksesta miehisyyteeni	0,67				0,46
Faktori 2					8
Tunsin itseni toiveikkaaksi		0,83			0,73
Tunsin itseni rauhalliseksi		0,75			0,69
Tunsin avuttomuutta		0,63			0,73
Elämäni tuntui täyteläiseltä sairaudesta huolimatta		0,52			0,41
Faktori 3					6
Minulla oli taloudellisia huolia			0,71		0,64
Tunsin sydämen tykytystä			0,65		0,61
Minulla oli hengellisiä huolia			0,57		0,65
Tunsin fyysistä uupumusta			0,44		0,59
Kokonaisselitysosuus					65

Yhdistetty muuttuja ”masennus” muodostettiin seitsemästä mielialan vaihtelua kuvaavasta osiosta. Yhdistetty muuttuja ”masennus” sai arvoja 1-28 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 = ei lainkaan (1-7), 2 = melko vähän (8-14), 3=melko paljon (15-21), 4 = erittäin paljon (22-28). Yhdistetty muuttuja ” masennuksen ilmeneminen oireina” muodostettiin neljästä osiosta: minulla oli taloudellisia huolia, minulla oli sydämen tykytystä, minulla oli hengellisiä huolia ja tunsin fyysistä uupumusta. Muuttuja sai arvoja 1-16, se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 = ei lainkaan (1-4), 2 = melko vähän (5-8), 3 = melko paljon (9-12), 4= erittäin paljon (13-16) (Taulukko 10).

Taulukko10. Mielialaa kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut, Cronbachin alfa- arvot noin 4kk hoidon aloituksesta

Yhdistetty muuttuja	Osioiden määrä	Min	Max	Ka	Sd	alfa
Elämönhallinta (n=260)	4	2.76	3.20	2.95	0.44	0.82
Masennus (n=262)	8	1.99	2.52	2.13	0.53	0.91
Masennuksen ilmeneminen oireina (n=262)	4	1.51	2.24	1.74	0.74	0.71

(Muuttujat saivat arvoja 1-4, mitä suurempi arvo, sitä enemmän elämönhallintaa tai masennusta )

Vuoden kuluttua kerätylle aineistolle tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Tulokseksi saatiin kaksi faktoria. Ensimmäinen faktori kuvasi mielialan vaihtelusta johtuvia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireita. Toiseen faktoriin latautui elämönhallintaa kuvaavat osiot. Faktoriratkaisun perusteella muodostettiin yhdistetyt muuttujat: 1) ”masennuksen ilmeneminen oireina,” johon kuuluivat faktori yhden muuttujat ja muuttuja 2) ”Elämönhallinta” (Taulukko 11).

Taulukko 11. Faktorianalyysi masennusmittarille vuosi hoidon aloituksesta, faktorilataukset, kommunaliteetit ja selitysosuudet

Faktori	1	2	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus %
Faktori 1				49
Tunsi itsensä jännittyneeksi (n=224)	0.77		0.59	
Tunsi itsensä surulliseksi (n=221)	0.75		0.57	
Tunsi itsensä avuttomaksi (n=221)	0.81		0.65	
Oli vaikea keskittyä tavallisiin asioihin (n=223)	0.80		0.64	
Ajatukset harhailivat (n=222)	0.80		0.65	
Tunsi itsensä uupuneeksi (n=222)	0.74		0.56	
Oli hengellisiä huolia (n=222)	0.69		0.49	
Oli taloudellisia huolia (n=223)	0.64		0.45	
Huoli sairauden vaikutuksesta miehisyyteen (n=223)	0.54		0.41	
Tunsi pelkoa tulevaisuudesta (n=223)	0.77		0.64	
Tunsi itsensä ahdistuneeksi (n=222)	0.83		0.70	
Mieliala vaihteli (n=223)	0.83		0.69	
Faktori 2				11
Tunsi itsensä toiveikkaaksi (n=219)		0.79	0.77	
Elämä tuntui täydelliseltä (n=223)		0.61	0.52	
Tunsi itsensä rauhalliseksi (n=223)		0.60	0.65	
Kokonais selitysosuus				60

Yhdistetty muuttuja ”elämänhallinta” sai arvoja 1-12. Se luokiteltiin uudelleen siten, että arvot 1 = ei elämänhallintaa (1-3), 2 = vähän elämän hallintaa (4-6), 3 = melko paljon elämänhallintaa (arvot 7-9) ja 4 = paljon elämänhallintaa (10-12). Yhdistetty muuttuja ”masennuksen ilmeneminen oireina” sai arvoja 1-48. Se luokiteltiin uudelleen arvot, 1 = ei mielialan vaihtelusta johtuvia oireita (1-12), 2 = vähän oireita (13-24) , 3 = melko paljon (25-36) ja 4 = paljon oireita arvot 37-48. (Taulukko 12).

Taulukko 12. Mielialan vaihtelua kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa-arvot vuoden kuluttua hoidon aloituksesta

Yhdistetty muuttuja	Osioiden määrä	Min	Max	Ka	Sd	alfat
Elämänhallinta (n=220)	3	2.69	2.87	2.81	0.19	0.73
Masennuksen ilmeneminen oireina (n=219)	12	1.52	2.61	1.95	1.09	0.93

(Muuttujat saivat arvoja 1-4, mitä suurempi arvo, sitä enemmän elämänhallintaa tai oireita)



### 7.3 Faktorianalyysi tiedon tarpeellisuutta ja riittävyyttä kuvaaville muuttujille

Tiedon tarpeellisuutta kuvaaville osioille tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi pääkomponentti menetelmällä, varimax - rotaatiolla ja pakottamalla muuttujat kolmeen faktoriin. Kolme faktoria selittävät tiedon tarpeellisuudesta 56 %. Ensimmäinen faktori selittää 39 %, toinen faktori 9 % ja kolmas faktori 8 % (Taulukko 13).

Taulukko 13. Faktorianalyysi tiedon tarpeellisuudesta, faktorilataukset, kommunaliteetit ja selitysosuudet

Faktori	1	2	3	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus%
Faktori 1(n=271)					39
Saada puhua mielialaan liittyvistä asioista	0.82			0.49	
Kirjallisten ohjeiden tarpeellisuus	0.71			0.62	
Itsensä ilmaisemisen tarpeellisuus	0.66			0.57	
Saada tietoa selkeästi hoidosta	0.57			0.47	
Tietoa unesta ja levosta	0.51			0.52	
Sukupuolielämään liittyvien asioiden puhumisen tarpeellisuus	0.52			0.50	
Faktori 2 (n=272)					9
Tiedon tarpeellisuus apuvälineistä		0.66		0.62	
Tiedon tarpeellisuus syöpäyhdistyksen toiminnasta		0.72		0.60	
Saada tietoa parisuhteeseen liittyvistä asioista		0.59		0.44	
Tiedon tarpeellisuus talouteen liittyvistä asioista		0.73		0.58	
Faktori 3(n=272)					8
Tiedon tarpeellisuus elämänlaatuun liittyvissä asioissa			0.73	0.58	
Tiedon tarpeellisuus eritykseen liittyvistä asioista			0.53	0.50	
Tiedon tarpeellisuus hoitovaihtoehtoihin			0.71	0.56	
Tiedon tarpeellisuus tilanteesta			0.61	0.65	
Saada tietoa eturauhassyövästä			0.53	0.49	
Kokonaisselitysosuus					56

Faktoriratkaisun perusteella muodostettiin kolme yhdistettyä muuttujaa, jotka nimettiin 1) ”tiedon tarpeellisuus sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa” (4 osiota), 2) ”tiedon tarpeellisuus hoitoon osallistumista varten” (6 osiota), 3) ”tiedon tarpeellisuus päätöksentekoa varten” (5 osiota) (Taulukko 14). Yhdistetty muuttuja ”tiedon

tarpeellisuus sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa”, joka sai arvoja 1-20, luokiteltiin uudelleen niin, että arvot 1-5 = 1 tarpeeton, 6-10 = 2 melko tarpeeton, 11-15 = 3 melko tarpeellinen ja 16- 20 = 4 tarpeellinen. Muuttuja ”tiedon tarpeellisuus hoitoon osallistumista varten” sai arvoja 1-24. Se luokiteltiin uudelleen niin, että arvot 1-6 = 1 tarpeeton, 7-12 = 2 melko tarpeeton, arvot 13-18 = 3 melko tarpeellinen ja arvot 19-24 = 4 tarpeellinen. Yhdistetty muuttuja ” tiedon tarpeellisuus päätöksentekoa varten” sai arvoja 1-20. Se luokiteltiin niin, että arvot 1-5 = 1 tarpeeton, 6-10 = 2 melko tarpeeton, 11-15 = 3 melko tarpeellinen ja 16-20 = 4 tarpeellinen. Taulukossa 14 on esitetty yhdistettyjen muuttujien alfat.

Taulukko 14. Tiedon tarpeellisuutta kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa - arvot

Tiedon tarpeellisuus	Osioiden määrä	Min	Max	Ka	Sd	alfa
Päätöksentekoon liittyvä tiedon tarve (n=272)	5	3.47	3.72	3.60	0.25	0.73
Tiedon tarve sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa (n=272)	4	2.89	3.26	3.08	0.37	0.76
Tiedon tarve hoitoon osallistumista varten (n=271)	6	3.10	3.61	3.31	0.50	0.84

(Muuttujat saivat arvoja 1-4, mitä suurempi arvo sitä, tarpeellisempaa oli tieto)

Tiedon riittävyttä kuvaaville muuttujille tehtiin myös eksploraatiivinen faktorianalyysi oblimin-rotatiolla. Tulokseksi saatiin kolme faktoria, joiden selitysosuus oli 59 % (Taulukko 15).

Taulukko 15. Faktorianalyysi tiedon riittävyydestä, faktoripisteet, kommunaliteetit ja selitysosuudet

Faktori	1	2	3	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus %
Faktori 1					42
Itsensä ilmaiseminen huomioitu hoidossa	0.85			0.70	
Tiedon saaminen selkeästi huomioitu	0.84			0.67	
Eristysoiminnan huomiointi hoidossa	0.78			0.65	
Tiedon riittävyys elämälaadusta	0.54			0.60	
Tiedon riittävyys parisuhdeasioista	0.51			0.46	
Tiedon riittävyys talouteen liittyvistä asioista	0.50			0.43	
Faktori 2 (n=272)					10
Mielialaan liittyvät asiat huomioitu hoidossa		0.81		0.69	
Uni ja levon huomiointi		0.80		0.62	
Sukupuoliasiat huomioitu hoidossa		0.74		0.61	
Kirjalliset ohjeet huomioitu hoidossa		0.69		0.63	
Tiedon riittävyys syöpäyhdistyksestä		0.69		0.49	
Tiedon riittävyys apuvälineistä		0.31		0.29	
Faktori 3 (n=272)					7
Tiedon riittävyys hoidosta			0.82	0.75	
Tiedon riittävyys nykyisestä tilanteesta			0.70	0.68	
Tiedon riittävyys eturauhassyövästä			0.59	0.61	
Kokonaisselitysosuus					59

Faktorianalyysin tulosten perusteella muodostettiin yhdistetyt muuttujat ”tiedon riittävyys päätöksentekoa varten” (3 osiota), ”tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa”(6 osiota) ja ”tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten” (6 osiota) (Taulukko 16). Yhdistetyt muuttujat ”tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa” ja ”tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten” saivat arvoja 1-24. Ne luokiteltiin uudelleen niin, että arvot 1-6= 1 riittämätön, 7-12 = 2 melko riittämätön, 13-18 = 3 melko riittävä ja 19- 24= 4 riittävä. Muuttuja ”tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten” sai arvoja 1-24. Se luokiteltiin uudelleen niin, että arvot 1-6 = 1 riittämätön, 7-12 = 2 melko riittämätön, arvot 13-18 = 3 melko riittävä ja arvot 19-24 = 4 riittävä. Yhdistetty muuttuja ”tiedon riittävyys päätöksentekoa varten” sai arvoja 1-12. Se luokiteltiin niin, että arvot 1-3 = 1 riittämätön, 4-6 = 2 melko

riittämätön, 7-9 = 3 melko riittävä ja 10-12 = 4 riittävä. Taulukossa 16 on esitetty yhdistettyjen muuttujien alfat.

Taulukko16. Tiedon riittävyyttä kuvaavien yhdistettyjen muuttujien osioiden määrä, min, max, keskiarvot, keskivaihtelut ja Cronbachin alfa -arvot

Tiedon riittävyys	Osioiden määrä	Min	Max	Ka	Sd	alfa
Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa (n=270)	6	2.59	3.22	2.93	0.63	0.85
Tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten (n=271)	6	2.46	3.02	2.74	0.56	0.83
Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten (n=272)	3	3.08	3.23	3.17	0.15	0.72

Alkuperäisten muuttujien mittauksittain saaduista arvoista laskettiin keskiarvot, joita käytettiin muuttujina toistomittausten varainssianalysissä ja Amos-ohjelmalla tehdyssä rekursiivisessa polkumallissa.

#### 7.4 Analysissä käytetyt testit

Normaalijakautuneisuutta aineistossa tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä (Burns & Grove 1997). Aineisto oli vinosti jakautunut. Normaalijakautuneita olivat seksuaalinen funktio toisessa ja kolmannessa mittauksessa, masentuneisuus toisessa mittauksessa, tiedon riittävyys päivittäisistä asioista ja tiedon riittävyys päätöksentekoa varten sekä virtsaamisoireet toisessa ja kolmannessa mittauksessa. Aineiston vinoa jakaumaa selittää se, että aineisto oli kerätty samaa sairautta sairastavilta potilailta.

Normaalijakaumasta poikkeavien muuttujien testauksessa käytettiin Friedmanin-testiä ja ryhmien välistä eroa testattiin Kruskal-Wallis testillä yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Friedmanin testiä käytettiin toistomittausten varianssianalyysin asemasta, kun toistomittausten varianssioletukset eivät toteutuneet. Kruskal-Wallis testi on jakaumasta riippumaton yksisuuntainen varianssianalyysi. Se on voimakkain tutkittaessa kolmea itsenäistä ryhmää. Kruskal-Wallis testiä käytettiin tutkittaessa ryhmien välistä eroa samassa mittauksessa. Aineiston analyysissä käytettiin myös Spearmanin järjestyskorrelaatiota, joka on jakaumasta riippumaton, mittareiden välistä

korrelaatiota selvitettäessä (Burns & Grove 1997). Riippumattomien otosten t-testiä käytettiin verrattaessa, onko eroa eturauhassyöpöpotilaiden ja ikävalikoidun miesväestön (n=915) terveyteen liittyvä elämänlaatu mittarin 15D ulottuvuuksissa (profiilissa) ja 15D-pisteissä kun miesväestön normaalijakauma on potilaiden jakauman mukainen (käytetty painotusta) (Sintonen 2003).

### **7.5 Toistomittausten varianssianalyysi**

Tutkimuksessa tehtiin kolme mittausta. Mittausten välistä eroa terveyteen liittyvässä elämänlaadussa eri ryhmien välillä tutkittiin toistomittausten varianssianalyysillä GLM-menetelmällä. Aineistot ryhmiteltiin sairauden levinneisyyden mukaan. Paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden aineistot analysoitiin erikseen.

Riippuvaksi faktoriksi valittiin qol-muuttuja (terveyteen liittyvä elämänlaatu) ja mittauskerroiksi mittausten lukumäärä (3). Yksilöiden välisiksi tekijöiksi valittiin mittareiden osioiden tai funktioiden mittauksittain lasketut keskiarvot vuorotellen. Boxin testillä testattiin varianssi-kovarianssimatriisien yhtä suuruutta. Yksilöiden sisäisessä testauksessa käytettiin Huyhn-Feldtin epsilon korjauksella tehtyä univariaattia testiä. Kontrastityypiksi valittiin ”repeated”, joka vertaa jokaista ryhmää seuraavaan ryhmään. Plot-toiminnolla tulostettiin toistomittausten arvioitujen keskiarvojen profiilikuvat. Post hoc- testeistä valittiin ryhmien välisen eron testausta varten Bonferronin testi, joka laskee parittaisiin t-testeihin Bonferronin korjauksen. Testauksessa käytettiin lisäksi homogeenisuustestiä, joka testaa selittävän muuttujan varainssien yhtä suuruutta ryhmien välillä sekä esittää tilastolliset tunnusluvut, keskiarvot ja hajonnat. Levenen testiä käytettiin määrittäessä erikseen kunkin mittauksen kohdalla, ovatko virhevariانسsit yhtä suuret. Yksilöiden välisessä testauksessa tehtiin uusi muuttuja laskemalla yhteen toistomittausten arvot ja jakamalla summa toistojen lukumäärän neliöjuurella. Uudelle muuttujalle tehtiin varianssianalyysi. Testissä käytettiin 0.05 luottamusväliä (Kanninen 1999, Mauranen ym. 1999, Howell 2002, Nevanlinna 2002).

## 7.6 Polkuanalyysi

Polkumalli on rakenneyhtälömalli, jonka erityispiirteenä on rekursiivisuus (kausaliiteetti vain yhteen suuntaan). Se tutkii riippumattomien muuttujien suhdetta riippuvaan muuttajaan käyttäen regressioanalyysin tekniikoita, mutta pyrkii täydellisempään tutkittavan ilmiön erotteluun. Polkuanalyysi tutkii kausaalisia (suoria ja epäsuoria) vaikutussuhteita (polkuja) riippumattomien ja riippuvan muuttujan välillä. Rekursiivisella polkuanalyysillä rakennettiin malli, jolla voitiin selittää tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Mallin muuttujiksi valittiin 15D mittarin terveyteen liittyvän kokonaispistemäärän mittauksien keskiarvoista laskettu ”elämänlaatu”-muuttuja selitettäväksi muuttujiksi ja selittävinä muuttujina olivat liikkuminen, päivittäisistä toimista suoriutuminen, nukkuminen, eritystoiminta, sukupuolielämä, energisyys, henkinen toiminta, ikä ja hoidot.

Polkumallissa esitettiin muuttujien väliset kokonaisvaikutukset, suorat vaikutukset ja välilliset vaikutukset. Mallissa käytettiin standardoituja arvoja ( $\beta$ ), joilla voitiin vertailla eri polkujen vaikutusten voimakkuuksia keskenään. Standardoidut kertoimet antavat selittävien muuttujien suhteellisen selitysvoiman verrattuna muihin selittäjiin. Kokonaisvaikutukset kuvaavat sitä, mikä olisi kunkin selittäjän selitysvoima, jos ne olisivat vuorotellen yksinään selittäjinä. Mallin sopivuutta aineistoon ja aineistossa olevien muuttujien suhteita arvioitiin parametrien eroavuutta nolasta. ”Critical ratio” (CR) testaa nolahypoteesia, että parametrin arvo on  $= 0$  (Nummenmaa 1997, Kline 1998, Kenny 2002).

Polkumallin hypoteesina oli, että liikkuminen, päivittäisistä toimista suoriutuminen, sukupuolielämä, eritystoiminta, energisyys, henkinen toiminta, ikä ja hoidot vaikuttavat potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Mallia rakennettaessa tehtiin useita esimalleja mittauskerroittain ja hoidoittain. Näiden pohjalta rakennettiin lopullinen malli selittämään eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Mallissa oli jäännöstermejä ( $\epsilon$ ) muissa, paitsi ikä-muuttujassa. Ikä ja hoidot korreloivat keskenään ( $CR=8.971$ ). Mallin koko oli  $n=272$ . Parametrien estimointi tehtiin GLS- menetelmällä (generalized least squares). Mallin jäännöstermit fiksoitiin (Nummenmaa ym. 1997, Kline 1998). Malliin hyväksyttiin parametrit, joiden ”critical ratio” arvo oli  $CR>2.0$ . Modifikaatioindeksillä tutkittiin, pitäisikö parametreja

lisätä tai poistaa. Rakennettaessa mallia jätettiin pois reitit, jotka olivat teorian vastaisia ja lisättiin modifikaatioindeksin suositteluun yhteys: iästä terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Arbuckle & Wothke 1999).

Selitysosuus ( $R^2$ ) suhteuttaa kullekin latentille muuttujalle muuttujan varianssin laskettuna mallin suhteisiin (Newsom 2003). Selitysosuudet ( $R^2$ ) mallissa olivat: henkinen toiminta  $R^2 = 0.057$ , erityistoiminta  $R^2 = 0.176$ , nukkuminen  $R^2 = 0.272$ , energisyys  $R^2 = -0.207$ , päivittäisistä toimista suoriutuminen  $R^2 = 0.543$ , liikkuminen  $R^2 = 0.312$ , sukupuolielämä  $R^2 = 0.253$  ja terveyteen liittyvän elämänlaatu  $R^2 = 0.661$ .

Mallin sopivuus osoittaa mallin kykyä esittää uudelleen aineistoa.  $\chi^2$ -testin arvoa vastaava p-arvo ilmaisee suoraan mallin sopivuuden aineiston kuvaajaksi.  $\chi^2$ -testin heikkoutena on, että se on luotettava, jos aineiston koko on välillä 75-200. CMIN/DF on  $\chi^2$  suhde vapausasteisiin mallissa. Suhteen  $\chi^2/df$  tulisi olla  $<3$ . (Nummenmaa ym. 1997, Kline 1998, Kenny 2002.) Muut sopivuusindeksiä osoittavat testit ovat standardoituja eivätkä ole niin herkkiä otoskoon suhteen. Bentler-Bonnet indeksi eli normitettu fit indeksi (NFI) määrittää nolla - mallia mallina, jossa kaikki korrelaatiot ja kovarianssit ovat nolla. Nollamalli hylätään liian itsenäisenä mallina. NFI arvon 0.9 - 0.95 katsotaan olevan hyväksyttävän ja NFI  $>0.95$  hyvän. Comparative fit index (CFI) tulkinta on samantapainen kuin NFI:n, mutta siihen vaikuttaa vähemmän otoskoko. CFI huomioi myös ei keskeiset parametrit. Arvon tulisi olla CFI  $>0.9$ . GFI (goodness of fit index) vaihtelee välillä 0-1, jos se on  $>0.90$ , malli on riittävä. RMSEA (root mean square of approximation) mittaa jäännöksiä. Se ilmaisee keskimääräisen jäännöksen otoskorrelaation ja mallin tuottaman sovitettun korrelaation välillä. Jos  $\chi^2$  on pienempi kuin vapausasteet (df) on RMSEA = 0. Hyvässä mallissa arvo on RMSEA  $<0.05$  tai vähemmän. (Kline 1998, Kenny 2002.) Mallin sopivuutta ja riittävyttä kuvaavat indeksit olivat tässä mallissa:  $\chi^2 = 27.182$ ;  $df = 19$ ;  $p = 0,100$ ; CMIN/DF = 1.431; RMR = 0.867; GFI = 0.980; NFI = 0.867; CFI = 0.949; RMSEA = 0.040. Mallia voitiin pitää sopivana aineistoon.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen vuoden seuranta-aikana

Taulukossa 17 on esitetty paikallista ja levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden terveydentila ja terveyteen liittyvä elämänlaatu mitattuna EORTC QLQ C-30 mittarilla.

Taulukko 17. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveydentila ja terveyteen liittyvä elämänlaatu seuranta-aikana %

Terveydentila	Paikallinen syöpä			Levinnyt syöpä		
	Mittauskerta I n=208	II n=204	III n=180	Mittauskerta I n=64	II n=60	III n=44
Erittäin huono	1	3	1	5	5	2
Huono	2	7	1	16	10	9
Melko huono	9	7	7	11	13	11
Kohtalainen	19	19	22	23	17	23
Melko hyvä	26	27	28	20	28	21
Hyvä	32	25	31	19	17	20
Erinomainen	10	12	11	6	10	14
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
<u>Terveyteen liittyvä elämänlaatu</u>	n=208	n=204	n=181	n=64	n=60	n=44
Erittäin huono	1	2	1	6	3	2
Huono	3	8	1	6	7	7
Melko huono	10	9	6	16	12	11
Kohtalainen	14	16	17	12	20	20
Melko hyvä	27	22	24	22	25	21
Hyvä	31	24	35	27	21	25
Erinomainen	14	19	16	11	11	14
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa mitattuna geneerisellä ja sairausspesifillä mittareilla (Taulukko 18).

Taulukko 18. Terveyteen liittyvän elämänlaadun pisteet (\*)

Elämänlaatu-pisteet	Mittauskerrat: I	II	III
Paikallinen eturauhassyöpä			
15D **	0.8342	0.7738	0.6924
EORTC ***	65.349	64.078	68.861
Levinnyt eturauhassyöpä			
15D	0.7433	0.7187	0.5564
EORTC	56.770	59.305	62.121

(\*) Mitä suurempi pistemäärä, sitä parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu, \*\* asteikko 0-1, \*\*\*asteikko 0-100



Taulukossa 19 on esitetty potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen seuranta-aikana mitattuna geneerisellä elämänlaatumittarilla.

Taulukko 19 Terveyteen liittyvän elämänlaatu mittauskerroittain (15D) (Friedman )

Ulottuvuus	n	Mittaus	Ka	Sd	Merkitsevyys $\chi^2$ ,df; p
Elämänlaatu	272	I	0.8343	0.1337	72.761; df=2; p=0.000
		II	0.7735	0.1857	
		III	0.6924	0.3347	
Liikkuminen	224	I	0.9104	0.1697	2.281;df=2; p=0.320
		II	0.8947	0.1711	
		III	0.9003	0.1736	
Näkö	224	I	0.9235	0.1512	0.136;df=2; p=0.934
		II	0.9260	0.1529	
		III	0.9311	0.1411	
Kuulo	224	I	0.8875	0.1668	0.044;df= 2; p=0.978
		II	0.8871	0.1761	
		III	0.8909	0.1612	
Hengittäminen	224	I	0.8610	0.2043	4.111; df=2; p=0.128
		II	0.8510	0.2082	
		III	0.8289	0.2286	
Nukkuminen	224	I	0.8061	0.2177	6.608; df=2; p=0.037
		II	0.7680	0.2218	
		III	0.7855	0.2071	
Syöminen	224	I	0.9816		1.143;df=2; p=0.565
		II	0.9763		
		III	0.9826		
Puhuminen	224	I	0.9801		0.061; df=2; p=0,970
		II	0.9776		
		III	0.9788		
Eritys	224	I	0.7322	0.2227	17.949; df=2; p=0.000
		II	0.7853	0.2622	
		III	0.7778	0.2275	
Päivittäiset toimet	224	I	0.8531	0.2052	23.560; df=2; p=0.000
		II	0.7853	0.2238	
		III	0.8193	0.2126	
Henkinen toiminta	224	I	0.8543	0.2003	12.704;df=2; p=0.002
		II	0.8001	0.2146	
		III	0.8352	0.1965	
Oireet ja vaivat	224	I	0.7684	0.2205	1.984; df=2; p=0.371
		II	0.7590	0.2181	
		III	0.7797	0.2209	
Masennus	224	I	0.8544	0.1745	11.193; df=2; p=0.004
		II	0.8237	0.1758	
		III	0.8671	0.1535	
Ahdistuneisuus	224	I	0.8286	0.1926	4.850; df=2; p=0.088
		II	0.8148	0.1827	
		III	0.8429	0.1707	
Energisyys	224	I	0.8248	0.2929	19.313; df=2; p=0.000
		II	0.7635	0.1972	
		III	0.7917	0.1934	
Sukupuolielämä	224	I	0.6021	0.2929	117.368; df=2;p=0.000
		II	0.3554	0.2655	
		III	0.3931	0.2690	

Paikallista syöpää sairastavien potilaiden fyysinen toimintakyky, roolitoiminta, emotionaalinen ja sosiaalinen toimintakyky olivat alhaisimmillaan noin neljän kuukauden kuluttua hoitojen aloituksesta, mutta paranivat myöhemmin vuoden seuranta-aikana. Potilaat tunsivat itsensä silloin uupuneiksi. Hoidon sivuvaikutukset ja virtsaoireet olivat myös voimakkaimmillaan. Potilaille oli suolisto-oireita ja talouteen liittyviä ongelmia enemmän ennen hoidon aloitusta. Seksuaalinen toimintakyky heikkeni hoidon aloituksen jälkeen seuranta-aikana (Taulukko 20 ).

Taulukko 20. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairausspesifi elämänlaatu  
(ka, sd,  $\chi^2$ , df, p., Friedman)

Ulottuvuus	n	Mittaus	Ka	Sd	Merkitsevyys: $\chi^2$ ;df;p
Elämänlaatu	177	I	68.88	20.11	
	177	II	66.34	24.11	1.955;df=2;p=0.376
	177	III	70.39	18.50	
Fyysinen toiminta	208	I	81.88	18.91	
	208	II	73.45	22.90	26.3486;df=2;p=0.000
	208	III	78.68	20.81	
Roolitoiminta	176	I	80.78	26.21	
	176	II	72.92	28.43	20.711;df=2;p=0.000
	176	III	82.58	23.69	
Emotionaalinen	175	I	74.06	21.71	
	175	II	76.71	21.56	20.340;df=2;p=0.000
	175	III	83.05	19.35	
Kognitiivinen	177	I	82.49	19.89	
	177	II	80.89	21.18	3.542;df=2;p=0.172
	177	III	85.50	17.68	
Sosiaalinen	177	I	85.50	24.55	
	177	II	78.44	27.54	14.699;df=2;p=0.001
	177	III	84.46	23.61	
Uupuminen	177	I	24.98	20.36	
	177	II	29.57	21.80	6.348;df=2;p=0.042
	177	III	26.93	20.19	
Pahoinvointi	176	I	1.71	5.66	
	176	II	3.31	9.09	6.178;df=2;p=0.046
	176	III	2.08	6.81	
Kipu	177	I	18.64	23.11	
	177	II	22.41	24.62	3.981;df=2;p=0.137
	177	III	20.15	25.29	
Hengenahdistus	176	I	12.69	22.75	
	176	II	16.48	24.43	6.395;df=2;p=0.041
	176	III	16.10	25.19	
Unettomuus	177	I	24.67	28.65	
	177	II	26.19	28.19	1.726;df=2;p=0.422
	177	III	25.06	25.06	
Ruokahaluttomuus	177	I	6.21	16.06	
	177	II	8.10	17.86	2.093;df=2;p=0.351
	177	III	5.27	14.12	Taulukko jatkuu

Taulukko 20. jatkoa taulukkoon Paikallista eturauhassyöpöpotilaiden sairausspesifi elämänlaatu (Friedman)

Ulottuvuus	n	Mittaus	Ka	Sd	Merkitsevyys $\chi^2$ ;df;p
Ummetus	177	I	23.29	17.75	63.375;df=2;p=0.000
	177	II	16.57	23.87	
	177	III	10.92	18.97	
Ripuli	178	I	2.06	7.44	12.253;df=2;p=0.002
	178	II	8.24	17.91	
	178	III	7.12	16.60	
Talous	177	I	18.64	23.11	34.401;df=2;p=0.000
	177	II	12.24	22.91	
	177	III	9.42	20.39	
Suolisto-oireet	72	I	25.00	28.64	23.786;df=2;p=0.000
	172	II	9.90	12.62	
	172	III	8.23	11.36	
Sivuvaikutukset	161	I	6.63	16.59	131.747;df=2;p=0.000
	161	II	22.36	15.90	
	161	III	20.72	12.97	
Seksuaalisuus	36	I	55,40	12,98	3.063;df=2;p=0.216
	36	II	51.70	19,46	
	36	III	50.15	15,40	
Virtsaoireet	174	I	24.09	16.94	34.600;df=2;p=0.000
	174	II	31.97	23.32	
	174	III	24.34	17.35	

Taulukossa 21 on esitetty levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen vuoden aikana (EORTC QLQ).

Taulukko 21. Sairausspesifi elämänlaatu levinnyttä syöpää sairastavilla potilailla (Friedman)

Ulottuvuus	n	Mittaus	Ka	Sd	Järjestyspisteet*	Merkitsevyys: $\chi^2$ , df, p
Elämänlaatu	43	I	63.18	24.28	2.09	0.770;df=2;p=0.680
	43	II	63.18	21.76	1.98	
	43	III	63.18	24.82	1.93	
Fyysinen	44	I	67.35	27.16	2.00	0.662;df=2;p=0.718
	44	II	66.67	23.41	1.92	
	44	III	66.36	25.31	2.08	
Roolitoiminta	45	I	67.78	34.89	1.97	0.164;df=2;p=0.921
	45	II	67.78	31.66	2.00	
	45	III	69.26	33.32	2.03	
Emotionaalinen	44	I	69.32	26.22	1.77	7.447;df=2;p=0.024
	44	II	72.73	20.97	1.94	
	44	III	78.22	25.93	2.28	
Kognitiivinen	44	I	77.27	25.69	1.99	0.723;df=2;p=0.697
	44	II	77.65	20.32	1.93	
	44	III	78.41	23.45	2.08	

Taulukko jatkuu

Taulukko 21 jatkuu, Sairauspesifi elämänlaatu levinnyttä syöpää sairastavilla potilailla

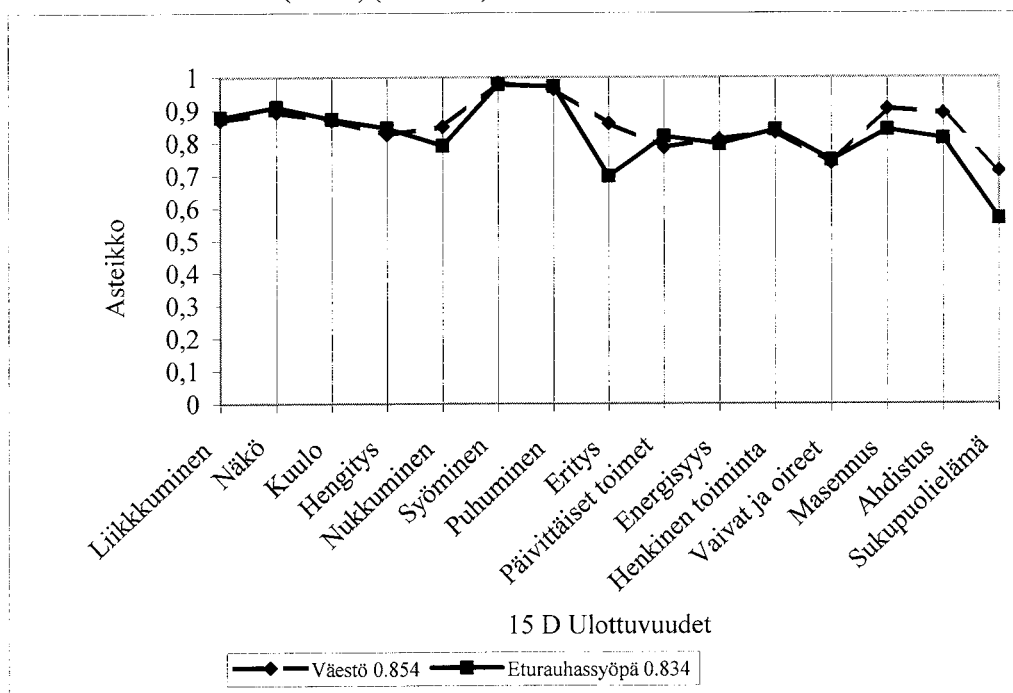
Ulottuvuus	n	Mittaus	Ka	Sd	Järjestyspisteet*	Merkitsevyys: $\chi^2$ , df, p
Sosiaalinen	44	I	73,86	32,23	.94	1.351;df=2;p=0.509
	44	II	75,38	28,41	1.94	
	44	III	77,65	30,28	2.11	
Uupumus	45	I	31,11	25,25	1.98	0.090;df=2;p=0.956
	45	II	33,82	25,29	2.03	
	45	III	34,07	29,81	1.99	
Pahoinvointi	44	I	5,68	14,79	1,99	6.978;df=2;p=0.031
	44	II	2,27	6,81	1.86	
	44	III	9,09	22,58	2.15	
Kipu	44	I	27,27	29,22	2.05	2.254;df=2;p=0.324
	44	II	22,35	22,72	1.85	
	44	III	29,55	28,27	2.10	
Hengenahdistus	44	I	15,15	19,63	1.78	9.705;df=2;p=0.008
	44	II	20,45	30,68	1.87	
	44	III	28,79	28,39	2.25	
Unettomuus	44	I	37,12	34,64	2.06	2.633;df=2;p=0.268
	45	II	28,03	27,79	1.85	
	45	III	36,36	35,81	2.09	
Ruokahalu	45	I	12,59	24,91	2.01	0.700;df=2;p=0.705
	45	II	10,37	19,88	1.94	
	45	III	14,81	26,17	2.04	
Ummetus	44	I	32,07	28,07	2.40	15.145;df=2;p=0.001
	44	II	15,91	22,14	1.85	
	44	III	15,91	25,40	1,75	
Ripuli	44	I	5,68	14,79	1.81	8.273;df=2;p=0.016
	44	II	10,61	20,04	2.01	
	44	III	16,67	24,38	2.18	
Talous- ongelmat	44	I	27,27	29,22	2.35	12.322;df=2;p=0.002
	44	II	17,42	23,28	1.85	
	44	III	17,42	28,29	1.80	
Suolisto-oireet	43	I	4,31	35,30	2.59	30.200;df=2;p=0.000
	43	II	8,72	10,75	1.74	
	43	III	9,30	13,75	1.66	
Sivuvaikutukset	40	I	13,33	25,93	1.38	23.936;df=2;p=0.000
	40	II	30,42	19,93	2.29	
	40	III	29,17	20,04	2.34	
Seksuaalisuus	39	I	55,41	12,71	2.14	4.362;df=2;p=0.113
	39	II	52,28	19,53	2.12	
	39	III	49,00	15,39	1.74	
Virtsaoireet	44	I	39,11	23,86	2.22	3.399;df=2;p=0.183
	44	II	31,25	24,09	1.86	
	44	III	34,47	23,49	1.92	

\* mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä parempi toimintakyky ja enemmän oireita

Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu (0.834) oli vähän heikompi verrattuna ikävalikoituun miesväestöön (0.854) ( $t = 2.208$ ;  $df = 403.860$ ;  $p = 0.028$ ). Potilaat nukkuivat huonommin kuin miesväestö ( $t = 4.116$ ;  $df =$

1185;  $p = 0.000$ ). Myös eritystoiminnassa oli eturauhassyöpöpotilailla enemmän ongelmia kuin vertailuväestöllä ( $t = 9.742$ ;  $df = 370.715$ ;  $p = 0.000$ ). Sen sijaan syöpöpotilaat selviytyivät päivittäisistä toimistaan hieman paremmin ( $t = -2.006$ ;  $df = 1185$ ;  $p = 0.045$ ). Eturauhassyöpää sairastavat potilaat olivat kuitenkin masentuneempia ( $t = 5.260$ ;  $df = 372.207$ ;  $p = 0.000$ ) ja ahdistuneempia ( $t = 5.820$ ;  $df = 373.699$ ;  $p = 0.000$ ) kuin miesväestö. Syöpöpotilaiden sukupuolielämä oli myös heikompi kuin miesväestöllä ( $t = 6.835$ ;  $df = 436.364$ ;  $p = 0.000$ ) (Sintonen 2003) (Taulukko 22).

Taulukko 22. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden ( $n=272$ ) terveyteen liittyvä elämänlaatu verrattuna miesväestöön ( $n=915$ ) (Sintonen)



## 8.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävät tekijät vuoden seuranta-aikana

### 8.2.1 Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua selittävät tekijät

Yli kolmasosa paikallista eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli alle 66-vuotiaita, puolet 66-75-vuotiaita ja yli 75-vuotiaita 13 %. Terveysten liittyvä elämänlaatu oli yhteydessä potilaiden ikään ( $F = 2.607$ ;  $df = 4$ ,  $5.766$ ;  $p = 0.043$ ). Alle 66-vuotiaiden potilaiden elämänlaatu heikkeni hoitojen aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana ja

pysyi sen jälkeen lähes muuttumattomana. Sen sijaan 66-75-vuotiaiden potilaiden elämänlaatu parani vähän ensimmäisten kuukausien aikana, mutta heikkeni entiselleen myöhemmin seuranta-aikana. Yli 75-vuotiaiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 4.805$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.009$ ). Puolison kanssa asuvien potilaiden elämänlaatu parempi kuin sukulaisen kanssa / laitoksessa ( $p = 0.007$ ) tai yksin asuvien ( $p = 0.013$ ) ja muuttui vain vähän seuranta-aikana. Yksin asuvien elämänlaatu heikkeni vuoden aikana hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 4.221$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.041$ ). Paikallista syöpää sairastavien potilaiden peruskoulutuksella, ammattikoulutuksella, ammatilla tai työssä ololla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muutokseen vuoden seuranta-aikana. Potilailta, joilla oli useita sairauksia ja käytössä lääkkeitä, oli myös heikompi elämänlaatu.

Eturauhassyövän levinneisyys oli yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaadun ( $F = 18.950$ ;  $df = 2$ ,  $1.754$ ;  $p = 0.000$ ) ja roolitoiminnan (suoriutumisen työstä ja harrastuksista) muuttumiseen ( $F = 3.305$ ;  $df = 2$ ,  $1.982$ ;  $p = 0.038$ ). Paikallista syöpää sairastavien potilaiden elämänlaatu heikkeni vain vähän seuranta-aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatu heikkeni huomattavasti vuoden kuluessa ( $F = 15.101$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.000$ ). Myös levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden roolitoiminta oli heikompaa jo ennen hoidon aloitusta. Paikallista syöpää sairastavien roolitoiminta parani vuoden kuluessa.

Taulukossa 23 on esitetty potilaiden fyysisen toimintakyvyn muuttuminen.

Taulukko 23. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden fyysinen toimintakyky mittauskerroittain %, ka, Sd

Fyysinen toimintakyky	Määrä	Mittauskerrat		
		I %	II %	III %
Rasittavat työt tuntuivat työläiltä		(n=204, Ka=2.04, Sd=1.035)	(n=204, Ka=2.27, Sd=1.041)	(n=180, Ka=1.89, Sd=0.921)
	Ei lainkaan	39	28	41
	Vähän	32	33	38
	Paljon	29	39	22
	Yhteensä	100	100	100
Pitkät kävely-matkat tuntuivat työläiltä		(n=208, Ka=1.91, Sd=1.045)	(n=204, Ka=2.27, Sd=1.070)	(n=180, Ka=1.98, Sd=0.994)
	Ei lainkaan	47	30	40
	Vähän	27	28	32
	Paljon	26	42	28
	Yhteensä	100	100	100
Lyhyet kävely-matkat tuntuivat työläiltä		(n=207, Ka=1.35, Sd=1.722)	(n=204, Ka=1.64, Sd=0.944)	(n=180, Ka=1.38, Sd=0.749)
	Ei lainkaan	77	61	74
	Vähän	14	21	16
	Paljon	9	18	9
	Yhteensä	100	100	100
Pysyteltävä levolla		(n=208, Ka=1.81, Sd=0.804)	(n=204, Ka=2.01, Sd=0.926)	(n=180, Ka=1.88, Sd=0.834)
	Ei lainkaan	40	35	37
	Vähän	42	37	41
	Paljon	17	28	22
	Yhteensä	100	100	100
Tarvitsee apua ruokailussa, pesuissa		(n=208, Ka=1.09, Sd=0.349)	(n=204, Ka=1.22, Sd=0.632)	(n=180, Ka=1.06, Sd=0.274)
	Ei lainkaan	93	86	96
	Vähän	5	8	3
	Paljon	2	6	1
	Yhteensä	100	100	100

Potilaat, joilla oli huono fyysinen toimintakyky, arvioivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikoksi jo ennen hoidon aloitusta ( $F = 19,877$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Heidän elämänlaatunsa parani neljään kuukauteen saakka. Taulukossa 24 on esitetty sairauden vaikutus potilaiden sosiaaliseen, emotionaaliseen ja roolitoimintakykyyn.

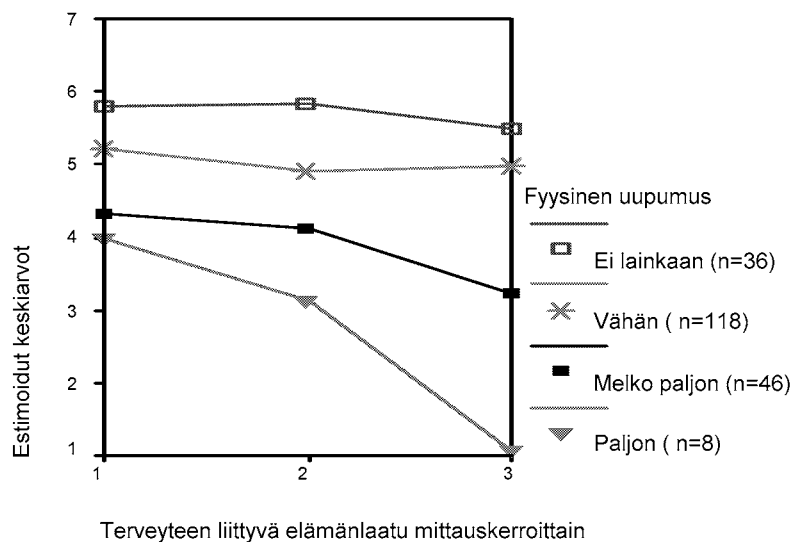
Taulukko 24. Potilaiden sosiaalinen, emotionaalinen ja roolitoiminta mittauskerroittain

Toimintakyky	Määrä	Mittauskerrat: I %	II %	III %
<u>Sosiaalinen toimintakyky:</u>		n=207, Ka=1.50, Sd=0.806	n=204, Ka=1.78, Sd=0.907	n=180, Ka=1.46, Sd=0.727
Perhe-elämä	Ei lainkaan	66	49	66
	Vähän	22	31	25
	Paljon	12	21	9
	Yhteensä	100	100	100
Sosiaalinen elämä		n=207, Ka=1.46, Sd=0.780	n=204, Ka=1.67, Sd=0.879	n=180, Ka=1.44, Sd=0.719
	Ei lainkaan	68	55	67
	Vähän	21	27	24
	Paljon	11	18	9
	Yhteensä	100	100	100
<u>Emotionaalinen toimintakyky:</u>		n=208, Ka=2.00, Sd=0.805	n=204, Ka=1.95, Sd=0.835	n=180, Ka=1.58, Sd=0.732
Huolestunut	Ei lainkaan	28	33	55
	Vähän	49	42	34
	Paljon	23	25	11
	Yhteensä	100	100	100
Masentunut		n=208, Ka=1.71, Sd=0.771	n=203, Ka=1.73, Sd=0.776	n=180, Ka=1.48, Sd=0.656)
	Ei lainkaan	46	44	59
	Vähän	41	42	34
	Paljon	13	14	7
	Yhteensä	100	100	100
Jännittynyt		n=208, ka=1.84, Sd=0.767	n=204, Ka=1.80, Sd=0.873	n=179, Ka=1.47, Sd=0.656
	Ei lainkaan	35	46	61
	Vähän	48	32	31
	Paljon	17	22	8
	Yhteensä	100	100	100
Ärtynyt		n=207, Ka=1.47, Sd=0.656	n=204, Ka=1.55, Sd=0.724	n=180, Ka=1.47, Sd=0.655
	Ei lainkaan	51	56	61
	Vähän	8	36	31
	Paljon	11	8	8
	Yhteensä	100	100	100
<u>Roolitoiminta:</u>		n=208, ka=1.62, Sd=0.872	n=203, ka=1.84, Sd=0.979	n=180, ka=1.42, Sd=0.724
Vaikeus suoriutua työstä	Ei lainkaan	60	48	69
	Vähän	24	30	21
	Paljon	16	22	9
	Yhteensä	100	100	100
Vaikeus suoriutua harrastuksista		n=207, ka=1.61, Sd=0.903	n=203, ka=1.95, Sd=0.979	n=179, ka=1.60, Sd=0.857
	Ei lainkaan	57	39	60
	Vähän	25	37	25
	Paljon	18	24	15
	Yhteensä	100	100	100



Sosiaalisella, emotionaalisella, kognitiivisella ja rooliin liittyvällä toimintakyvyllä oli myös yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaatuun. Potilaiden, joilla oli hyvä sosiaalisen- ( $F = 4,108$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.044$ ) ja emotionaalinen toimintakyky ( $F = 23.031$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ), elämänlaatu muuttui vain vähän seuranta-aikana. Sen sijaan potilaiden, joilla oli heikko emotionaalinen toimintakyky, terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni muita enemmän neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 4.123$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.044$ ). Potilailla, joilla oli huono kognitiivinen toimintakyky (muistihäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia) ja roolitoimintakyky ( $F = 53.677$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ) ennen hoidon aloitusta, oli heikompi terveyteen liittyvä elämänlaatu, mikä heikkeni lisää vuoden kuluessa ( $F = 3.961$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.048$ ,  $F = 5.533$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.020$ ).

Yli kolmasosa potilaista oli tuntenut itsensä hyvin uupuneeksi (fyysisesti tai henkisesti) ja yli puolella oli ollut jonkin verran uupumusta. Yli neljäsosa potilaista tunsi itsensä fyysisesti uupuneeksi. Paikallista syöpää sairastavien potilaiden uupumus vaikutti elämänlaadun muuttumiseen ( $F = 2.890$ ;  $df = 4$ ,  $3.489$ ;  $p = 0.028$ ). Uupuneeksi itsensä tunteneiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni 4-12 kk:n välillä ( $F = 3.476$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.033$ ) (Kuvio 1).



Kuvio 1. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman fyysisen uupumuksen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu asteikolla 1-7, mitä pienempi luku, sitä heikompi elämänlaatu)

Melkein kolmasosalla potilaista oli ollut paljon kipuja ja kahdella kolmasosallakin vähän. Potilaiden kokemilla kivuilla oli myös yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 3.809$ ,  $df = 2, 1.755$ ;  $p = 0.028$ ). Potilailta, joilla oli paljon kipuja, elämänlaatu oli jo ennen hoidon aloitusta heikompi ja heikkeni vielä lisää neljään kuukauteen saakka. Sen sijaan niillä potilailta, joilla oli vain vähän kipuja, terveyteen liittyvä elämänlaatu säilyi lähes muuttumattomana seuranta-aajan ( $F = 4.116$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.044$ ). Myös hengenahdistuksella oli yhteyttä elämänlaatuun ( $F = 15.033$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen hengenahdistuksen määrästä ( $p = 0.001$ ).

Melkein puolella potilaista oli ollut paljon tai melko paljon virtsaamisoireita ja yli puolellakin vähän. Virtsaaoireet ilmenivät tiheänä virtsaamisena päivillä tai/ja yöllä, virtsan karkailuna, kipuna, virtsanlähtövaikeutena ja virtsavaivojen rajoittamisena päivittäistä elämää. Yli puolella potilaista oli päivällä tiheävirtsaaisuutta hoidon aloituksen jälkeen ja kolmasosalla vielä vuoden kuluttua. Yli viidesosalla potilaista oli ollut pakkovirtsaaisuutta jo ennen hoidon aloitusta, melkein puolella 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta ja 10 %:lla vielä vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Melkein puolet potilaista oli joutunut käymään tiheästi yöllä virtsaamassa hoidon aloituksen

jälkeen ja neljäsosa vielä vuoden kuluttua. Virtsankarkailua oli ollut ennen hoidon aloitusta 4 %:lla paikallista eturauhassyöpää sairastavista potilaista, yli neljäsosalla 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta ja 11 %:lla vuoden kuluttua. Kolmasosalla potilaista oli ollut myös hankaluuksia virtsankarkailusuojan käyttämisessä hoidon aikana ja melkein neljäsosalla vielä vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Virtsakatetria oli joutunut käyttämään hoidon aloituksen jälkeen 13 % potilaista ja vielä vuoden kuluttua 3 %. Melkein kolmanneksella potilaista oli ollut virtsanlähtövaikeuksia noin 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksen jälkeen ja vuoden kuluttua 14 %:lla potilaista. Virtsavaivat olivat rajoittaneet yli viidesosalla potilaista heidän päivittäistä elämäänsä neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen. Vuoden kuluttua oli vielä 10 % potilaista kokenut virtsavaivojen rajoittavan elämäänsä.

Potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen virtsaoireiden määrästä ( $F = 13.300$ ,  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Vähän virtsaoireita kokeneiden potilaiden elämänlaatu oli parempi kuin potilailla, joilla oli paljon oireita ( $p = 0.000$ ). Tiheä yövirtsaus ( $F = 2.561$ ;  $df = 6,5.242$ ;  $p = 0.025$ ), virtsankarkailu ( $F = 3.118$ ;  $df = 4,3.543$ ;  $p = 0.019$ ) ja päivittäistä elämää rajoittavat virtsaoireet ( $F = 8.483$ ;  $df = 4, 3.602$ ;  $p = 0.000$ ) oli yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun seuranta-aikana. Potilailla, joilla oli paljon oireita oli myös huonompi elämänlaatu ja se heikkeni vielä lisää seuranta-aikana.

Melkein viidesosalla potilaista oli myös suolisto-oireita. Noin kolmanneksella potilaista oli ollut vatsan turvotusta jo ennen hoidon aloitusta ja 16 %:lla potilaista noin 4 kk hoidon aloituksen jälkeen. Verta oli ollut ulosteessa noin 10 %:lla. Yli viidesosalla potilaista oli ollut ummetusta, 8 %:lla ripulia ja 10 %:lla ruokahaluttomuutta. Suolisto-oireiden määrä vaikutti potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 10.018$ ;  $df = 2, 1.743$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden, joilla oli melko paljon suolisto-oireita, elämänlaatu heikkeni huomattavasti seuranta-aikana. ( $F = 4.377$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.038$ ). Sen sijaan niillä potilailla, joilla oli vain vähän suolisto-oireita, se ei juurikaan muuttunut seuranta-aikana ( $F = 5.659$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.018$ ). Myös niiden potilaiden, joilla oli ripulia ( $F = 3.701$ ;  $df = 4, 3.478$ ;  $p = 0.008$ ), ummetusta ( $F = 6.738$ ;  $df = 4, 3.578$ ;  $p = 0.000$ ), ruokahaluttomuutta ( $F = 5.20$ ;  $df = 4, 1.745$ ;  $p = 0.008$ ) tai pahoinvointia ( $F = 4.348$ ;  $df = 2, 1.740$ ;  $p = 0.018$ ) terveyteen liittyvän elämänlaatu heikkeni vuoden aikana.

Yli puolet paikallista eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli ollut kiinnostunut sukupuolielämästä ennen hoidon aloitusta, melkein puolet neljän kuukauden kuluttua ja yli kolmasosa vuoden kuluttua. Kolmasosa potilaista oli ollut aktiivisia sukupuolielämässään (yhdyntäessä tai muuten) ennen hoidon aloitusta, mutta vain 11 % neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta ja 16 % vuoden kuluttua. Melkein puolella potilaista oli ollut erektiohäiriöitä ja ejakulaatio-ongelmia jo ennen hoidon aloitusta. Melkein puolet potilaista oli tuntenut myös itsensä vaivautuneeksi intiimeissä tilanteissa. (Taulukko 25)

Taulukko 25. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien seksuaalinen toimintakyky mittauseroittain, %	Ennen hoitoa	4 kk hoidon aloituksesta	12 kk hoidon aloituksesta
Seksuaalisuus			
Aktiivinen sukupuolielämässä	33 (n=206)	11 (n=197)	16 (n=178)
Vaikea saada tai ylläpitää erektiota	41 (n=142)	16 (n=58)	22 (n=74)
Ejakulaatio- ongelmia	41 (n=142)	51 (n=57)	63 (n=76)
Vaivautunut intiimeissä tilanteissa	46 (n=143)	48 (n=59)	31 (n=78)

### 8.2.2 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävät tekijät

Melkein viidesosalla levinnyttä syöpää sairastavista potilaista oli vaikeuksia suoriutua työstään tai harrastuksistaan. Terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni huomattavasti niillä potilailla, joilla oli vaikeuksia suoriutua työstään 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 8.699$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.005$ ).

Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla, joilla oli heikko fyysinen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 23.110$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ), sosiaalinen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 19.309$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ), kognitiivinen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.936$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.001$ ) ja emotionaalinen toimintakyky (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.699$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.008$ ), oli myös huono terveyteen liittyvä elämänlaatu

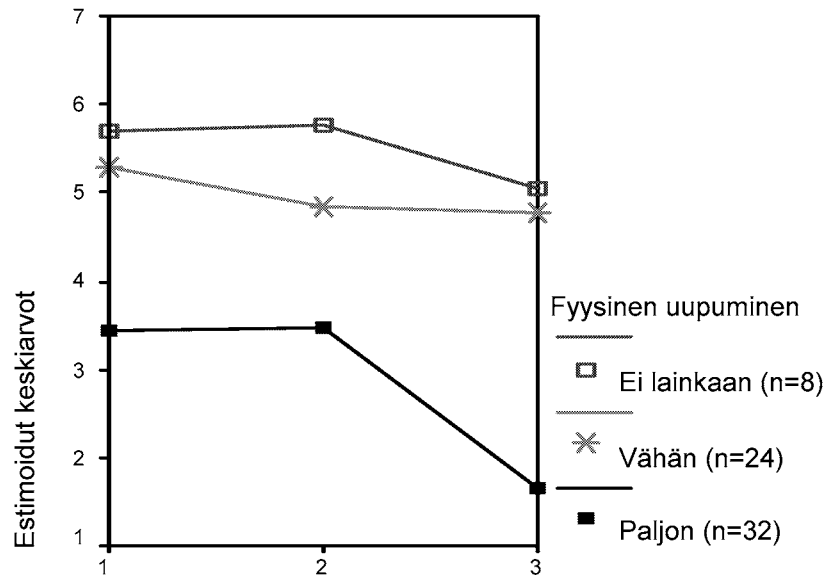
Potilaiden uupumus ilmeni väsymyksenä, lisääntyneenä levon tarpeena tai heikotuksena. Alle puolet potilaista oli tuntenut väsymystä ja levon tarvetta. Taulukossa

26 on esitetty levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tuntema uupumus mittauskerroittain. Potilaiden kokema uupumus väheni vuoden kuluessa (Friedman:  $\chi^2 = 14.857$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.001$ ).

Taulukko 26. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokema uupuminen seuranta-aikana, % Ka ,sd

Uupuminen	Määrä	Mittauskerta I %	II %	III %
Fyysinen uupuminen		n=64, Ka=2.34, Sd=1.057	n=61, Ka=2.41, Sd=0.883	n=45, Ka=2.33, Sd=1.00
	Ei lainkaan	27	16	24
	Vähän	29	36	31
	Paljon	44	48	45
	Yhteensä	100	100	100
Uupumus		n=64, Ka=1.56, Sd=0.68	n=55, Ka=1.63, Sd=0.882	n=34, Ka=1.35, Sd=0.597
	Väsymys	44	40	32
	Levon tarve	45	41	36
	Heikotus	31	15	25
	Yhteensä	100	65	33

Melkein puolet potilaista tunsivat itsensä fyysisesti uupuneeksi (Taulukko 26). Fyysinen uupuminen oli yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen ( $F = 2.319$ ;  $df = 6$ ,  $5.660$ ;  $p = 0.041$ ). Niillä potilailla, jotka eivät tunteneet itseään lainkaan fyysisesti uupuneiksi, elämänlaatu oli hyvä ( $p = 0.000$ ). Itsensä fyysisesti uupuneiksi tunteneiden potilaiden elämänlaatu heikkeni 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 2.899$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.042$ ) (Kuvio 2).



Terveyteen liittyvä elämänlaatu mittauskerroittain

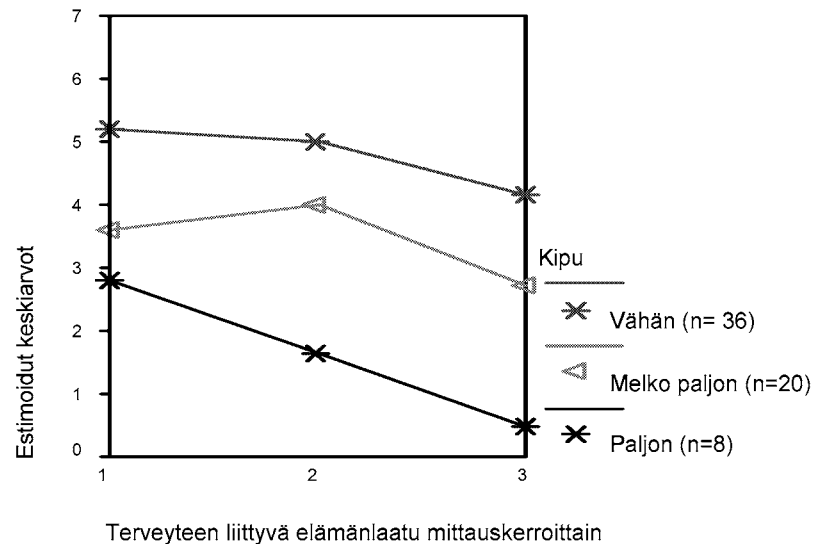
Kuvio 2. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman fyysisen uupumisen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 64) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu 1= erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Yli neljäsosalla levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli paljon kipuja jo ennen hoidon aloitusta, neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta yli viidesosalla ja vuoden kuluttua hoidon aloituksesta 28 %:lla potilaista. Kipu oli häirinyt päivittäistä elämää noin kolmasosalla potilaista ennen hoidon aloitusta, 16 %:lla neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen ja melkein neljäsosalla vuoden kuluttua (Taulukko 27).

Taulukko 27. Levinyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemat oireet mittauskerroittain, %, Ka, Sd

Oireet	Määrä	Mittauskerrat		
		I %	II %	III %
Kipu		n=64, Ka=2.09, d=1.035	n=60, Ka=1.75, Sd=0.959	n=45, Ka=1.41, Sd=1.205
	Ei lainkaan	33	39	36
	Vähän	41	39	36
	Paljon	27	22	28
	Yhteensä	100	100	100
Hengen- ahdistus		n=64, Ka=1.67, d=0.837	n=60, Ka=1.77, Sd=0.981	n=45, Ka=1.89, Sd=0.859
	Ei lainkaan	52	53	38
	Vähän	34	25	40
	Paljon	14	21	22
	Yhteensä	100	100	100
Suolisto- oireet		n=64, Ka=2.250, sd=1.054	n=58, Ka=1.246, Sd=0.503	n=40, Ka=46.090, Sd=0.733
	Ei lainkaan	0	0	0
	Vähän	69	79	93
	Paljon	39	21	7
	Yhteensä	100	100	100

Terveysteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen potilaiden kokemien kipujen määrästä ( $F = 23.816$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Potilailla, joilla oli vähän kipuja, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin niillä potilailla, joilla oli kipuja ( $p = 0.000$ ). Paljon kipua kokeneiden potilaiden elämänlaatu heikkeni koko seuranta-ajan ( $F = 8.938$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.004$ ) (Kuvio 3).



Kuvio 3. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman kivun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n=64) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu asteikolla 1-7, mitä pienempi luku, sitä heikompi elämänlaatu)

Kolmasosalla potilaista oli hengenahdistusta jo ennen hoidon aloitusta ja neljäsosalla oli vähän ja viidesosalla paljon neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta. Vuoden kuluttua melkein puolella potilaista oli vähän hengenahdistusta ja yli viidesosalla paljon (Taulukko 27). Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen potilaiden kokeman hengenahdistuksen määrästä ( $F = 20.365$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ).

Melkein kahdella kolmasosalla levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli vähän ja melkein kolmasosalla melko paljon suolisto-oireita (Taulukko 27). Suolisto-oireet ilmenivät ulostamisvaijoina, jotka rajoittivat päivittäistä elämää, ulosteen karkailuna, veren ilmaantumisenä ulosteeseen tai vatsan turvotuksena. Muutos terveyteen liittyvässä elämänlaadussa riippui potilaiden suolisto-oireiden määrästä ( $F = 12.625$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Potilailta, joilla oli vähän suolisto-oireita, elämänlaatu oli parempi kuin niillä, joilla oli paljon oireita ( $p = 0.000$ ). Potilailta, joilla oli suolisto-oireita, elämänlaatu heikkeni vuoden aikana ( $F = 6.041$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.017$ ). Viidesosalla potilaista oli ripulia vähän ja noin 10 %:lla paljon. Noin 10 %:lla oli pahoinvointia. Myös ripuli ( $F = 11.070$ ;  $df = 2$ , 1.822;  $p = 0.000$ ) ja pahoinvointi ( $F = 7.026$ ;  $df = 2$ , 1.801;  $p = 0.002$ ) olivat yhteydessä elämänlaadun muuttumiseen siten, että se heikkeni 4-12 kk:n välillä enemmän kuin potilailta, joilla oli vain vähän oireita.



Levinnyttä syöpää sairastavien virtsaamisoireet ilmenivät tiheänä virtsaamisena päivällä, pakkovirtsaisuutena, tiheänä yövirtsaamisena, virtsankarkaamisena tai virtsavaivojen rajoittamisena päivittäistä elämää. Taulukossa 28 on esitetty levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden kokemat virtsaioireet mittauskerroittain.

Taulukko 28. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden virtsaioireet mittauskerroittain

Virtsaioireet	Määrä	Mittauskerrat		
		I %	II %	III %
Tiheävirtsaus päivällä		(n=63, Ka=3.03, Sd=0.861)	(n=60, Ka=2.60, Sd=0.924)	(n=44, Ka=2.61, Sd=0.841)
	Ei lainkaan	6	13	11
	Vähän	16	30	27
	Paljon	78	57	61
	Yhteensä	100	100	100
Tiheä yövirtsaus		(n=63, Ka=2.84, Sd=1.003)	(n=60, Ka=2.48, Sd=0.911)	(n=44, Ka=2.66, Sd=0.888)
	Ei lainkaan	11	13	7
	Vähän	25	40	41
	Paljon	64	47	52
	Yhteensä	100	100	100
Virtsavaivojen elämää rajoittaminen		(n=64, Ka=2.11, Sd=1.114)	(n=60, Ka=1.92, Sd=0.962)	(n=44, Ka=1.68, Sd=0.857)
	Ei lainkaan	37	43	52
	Vähän	33	28	32
	Paljon	30	29	16
	Yhteensä	100	100	100
Pakko-virtsaisuus		(n=63, Ka=2.63, Sd=1.112)	(n=60, Ka=2.63, Sd=1.064)	(n=44, Ka=2.41, Sd=0.972)
	Ei lainkaan	22	23	20
	Vähän	19	28	32
	Paljon	59	49	44
	Yhteensä	100	100	100

Melkein puolella levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli vaikeuksia saada riittävästi yöunta, koska he olivat joutuneet käymään yöllä useita kertoja virtsaamassa. Noin kolmannes potilaista oli kokenut myös ulkona liikkumisen vaikeana, kun heidän oli pitänyt käydä tiheästi WC:ssä. Noin viidesosalla potilaista oli ollut virtsankarkailua. Ennen hoidon aloitusta kolmasosa potilaista oli kokenut hankalaksi virtsankarkailusuojien käytön, melkein puolet hoidon aloituksen jälkeen ja yli neljäsosa vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Melkein kolmasosa potilaista arvioi virtsavaivojen rajoittavan päivittäistä elämäänsä. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta vielä 16 % potilaista koki virtsavaivojen rajoittavan elämäänsä. Virtsaioireet olivat

yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 9.528$ ;  $df = 2$ ,  $1.864$ ;  $p = 0.000$ ). Potilailla, joilla oli paljon oireita, elämänlaatu heikkeni 4-12 kk:n välillä. ( $F = 10.176$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.002$ ). Potilailla, joilla oli melko huono tai huono terveyteen liittyvä elämänlaatu, oli myös paljon ongelmia virtsanlähdössä (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 15.941$ ,  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ). Heillä oli enemmän virtsankarkailua (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 210.173$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.017$ ) ja kirvelyä virtsatessa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.987$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.002$ ) kuin muilla potilailla. He olivat joutuneet pitämään useammin virtsakatetria (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.402$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.024$ ).

Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla virtsankarkailu ( $F = 76.360$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.014$ ), virtsanlähtövaikeudet ( $F = 7.331$ ;  $df = 1$ ,  $1.000$ ;  $p = 0.009$ ), tiheä yövirtsaus ( $F = 7.577$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ) ja ongelmat virtsankarkailusuojiin käytössä ( $F = 7.063$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.011$ ) tai virtsakatetrien käyttäminen ( $F = 4.621$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.006$ ) olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen 4-12 kk:n välillä seuranta-aikana. Potilaiden, joilla ei ollut oireita, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi.

Hoitojen sivuvaikutukset ilmenivät hikoilupuuskina, rintojen kipeytymisenä, nilkkojen turvotuksena, painon nousuna tai laskuna tai miehisyyden heikkenemisenä. Yli kolmasosa potilaista oli kärsinyt hikoilupuuskista jo ennen hoidon aloitusta ja yli puolet hoidon aloituksen jälkeen. Noin 15 %:lla oli rinnat kipeytyneet ja 30 %:lla paino noussut hoidon aloituksen jälkeen. Neljäsosa potilaista ei kokenut sairauden vaikuttaneen heidän miehisyytensä ennen hoidon aloitusta. Hoidon aloituksen jälkeen arvioi 69 % potilaista sairauden heikentäneen heidän miehisyyttään ja vuoden kuluttua hoidon aloituksesta noin kaksi kolmasosaa potilaista.

Potilailla, joilla oli melko paljon sivuvaikutuksia, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli heikompi kuin niillä potilailla joilla oli vain vähän oireita ja heikkeni neljän kuukauden aikana huomattavasti ( $F = 12.667$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.001$ ). Kaksi kolmasosaa levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista oli ollut kiinnostunut sukupuolielämästä ennen hoidon aloitusta ja melkein puolet hoidon aloituksen jälkeen. Taulukossa 29 on esitetty potilaiden seksuaalinen toimintakyky.

Taulukko 29. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden seksuaalinen toimintakyky mittauserroittain %, Ka, Sd

Sukupuolielämä	Määrä	Mittauskerrat		
		I %	II %	III %
Erektiohäiriöt		n=31, Ka=2.52, Sd=1.235	n=10, Ka=2.60, Sd=1.35	n=9, Ka=2.56, d=1.424
	Ei lainkaan	29	30	33
	Vähän	23	20	22
	Paljon	48	50	45
	Yhteensä	100	100	100
Ejakulaatiohäiriöt		n=31, Ka=2.52, Sd=1.235	n=9, Ka=2.44, Sd=1.33	n=9, Ka=2.67, Sd=1.414
	Ei lainkaan	29	33	33
	Vähän	23	22	11
	Paljon	48	45	56
	Yhteensä	100	100	100
Vaivautunut intiimeissä tilanteissa		n=31, Ka=2.19, Sd=1.014	n=9, Ka=2.22, Sd=1.302	n=9, Ka=2.00, Sd=1.118
	Ei lainkaan	29	45	45
	Vähän	35	11	22
	Paljon	36	44	33
	Yhteensä	100	100	100
Kiinnostunut sukupuolielämästä		n=64, Ka=2.09, Sd=1.065	n=59, Ka=1.80, Sd=0.886	n=44, Ka=1.95, Sd=0.987
	Ei lainkaan	36	46	42
	Vähän	34	34	25
	Paljon	30	20	33
	Yhteensä	100	100	100

Noin puolet potilaista oli ollut seksuaalisesti aktiivisia ennen hoidon aloitusta. Melkein puolella potilaista, jotka olivat olleet seksuaalisesti aktiivisia (yhdyntäessä tai muuten), oli ollut erektiohäiriöitä paljon jo ennen hoitojen aloitusta ja melkein neljäsosalla vähän. Seksuaalisesti aktiivisia oli ollut vain noin viidesosa potilaista hoitojen aloituksen jälkeen. Näistä potilaista 70 %:lla oli erektiohäiriöitä. Kahdella kolmasosalla oli myös siemensyöksyyn liittyviä ongelmia. Potilailla, joilla oli ongelmia sukupuolielämässä oli myös enemmän ongelmia eritystoiminnassa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 21.843$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.000$ ) ja henkisessä toiminnassa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 13.532$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.009$ ). He selviytyivät myös huonommin päivittäisistä toimistaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 24.658$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.000$ ), olivat masentuneita (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.259$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.024$ ), ahdistuneita (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 18.545$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.001$ ) ja uupuneita (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 17.667$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.001$ ). Terveysten liittyvän elämänlaadun muuttumiseen potilaiden seksuaalisella toimintakyvyllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä seuranta-aikana. ( $F = 0.194$ ;  $df = 2$ ;  $1.890$ ;  $p = 0.812$ ).

### 8.2.3 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua selittävät emotionaaliset tekijät ja unen laatu

Potilaiden sekä myönteiset että kielteiset tunteet olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muutokseen vuoden seuranta-aikana. Myönteisistä tunteista elämänlaatuun vaikuttivat rauhallisuus, tyytyväisyys, onnellisuus, elämän hallinta ja tunne, että elämä sairaudesta huolimatta on täyteläistä. Kielteisistä tunteista terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttivat suru, mielialan vaihtelu, ajatusten harhaileminen, huolissaan oleminen tilanteesta, avuttomuus, pelko tulevaisuudesta ja hengelliset huolet.

Yli puolet potilaista arvioi kykenevänsä hallitsemaan elämäänsä melko hyvin ja neljäsosa hyvin. Elämähallintaan kuului potilaiden kokemaa rauhallisuutta, toiveikkuutta ja elämän tuntuminen täyteläiseltä sairaudesta huolimatta. Alle 66-vuotiaista potilaista 85 % arvioi kykenevänsä hallitsemaan elämäänsä ennen hoidon aloitusta, 66-75-vuotiaista 80 % ja yli 75-vuotiaista 73 %. Alle 66-vuotiaista potilaista ei kyennyt hallitsemaan elämäänsä 15 %, 66-75-vuotiaista 19 % ja yli 75-vuotiaista 27 %. Melkein kaikki alle 66-vuotiaat arvioivat kykenevänsä hallitsemaan elämäänsä hoidon aloituksen jälkeen. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta alle 66-vuotiaista potilaista 81 % ja 66 - 75 vuotiaista koki 80 % hallitsevansa elämäänsä. Yli 75-vuotiaista potilaista 26 % arvioi hallitsevansa vain vähän elämäänsä. Puolison kanssa asuvat arvioivat kykenevänsä hallitsemaan elämäänsä paremmin kuin yksin asuvat. Sukulaisen kanssa tai laitoksessa asuvat arvioivat kykenevänsä vähiten hallitsemaan elämäänsä (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.529$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.014$ ). Hoitojen aloituksen jälkeen laitoksessa asuvat arvioivat kykenevänsä hallitsemaan vähiten elämäänsä (Krsukal-Wallis:  $\chi^2 = 7.322$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.026$ ). Sukulaisen kanssa tai laitoksessa asuvat tunsivat itsensä myös masentuneeksi. Laitoksessa asuvilla oli eniten myös mielialan laskusta johtuvia fyysisiä ja psyykkisiä oireita ennen hoitojen aloitusta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.835$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.007$ ).

Potilaille, joilla oli heikko terveyteen liittyvä elämänlaatu, oli myös vaikeuksia hallita elämänsä (Taulukko 30). Noin viidesosa potilaista tunsivat itsensä rauhalliseksi. Kaksi kolmasosaa potilaista oli tuntenut itsensä myös toiveikkaaksi. Sairaudestaan huolimatta yli 10 % potilaista oli tuntenut elämänsä täyteläiseksi.

Taulukko 30. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänhallinta suhteessa terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Kruskal-Wallis)

Elämänhallinta	Elämänlaatu (*)	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet (**)	Merkitsevyys $\chi^2$
Elämänhallinta ennen hoidon aloitusta	1 2 3 4	10 55 124 83			78.25 110.15 135.01 163.20	26.397;df=3; p=0.000
Yhteensä		272	2.89	1.02		
Elämänhallinta 4 kk hoidon aloituksesta	1 2 3 4	9 53 121 80			102.39 83.04 134.42 164.11	48.155;df=3; p=0.000
Yhteensä		263	3.16	0.65		
Elämänhallinta vuosi hoidon aloituksesta	1 2 3 4	5 41 103 71			104.90 79.30 106.71 134.40	25.881;df=3; p=0.000
Yhteensä		220	3.08	0.66		

1\*)1= huono, 2= melko huono, 3= melko hyvä, 4= hyvä, \*\*) Mitä pienemmät järjestyspisteet, sitä vähemmän elämänhallintaa

Masentuneisuus ilmeni ennen hoidon aloitusta avuttomuutena, pelkona tulevaisuudesta, jännittyneisyytenä, suruna, ahdistuksena tilanteesta, mielialan vaihteluna, pelkona miehisyiden heikkenemisestä, ajatusten harhailuna tai keskittymisvaikeuksina.

Yli puolet alle 66-vuotiaista potilaista tunsi itsensä masentuneeksi ennen hoidon aloitusta, 66-75-vuotiaista puolet ja yli 75-vuotiaista alle puolet ennen hoidon aloitusta. Alle 66-vuotiaista potilaista melkein puolet tunsi itsensä masentuneeksi vuoden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen, melkein kolmasosa 66-75-vuotiaista ja yli 75-vuotiaista melkein puolet (Taulukko 31).

Taulukko 31. Potilaiden kokema masennus iän mukaan vuoden seuranta-aikana %, n = 271, n = 261, n = 219

Masennus	Alle 66 vuotta			Ikä 66-75 vuotta			Yli 75 vuotta		
	Mittauskerta: I %	II %	III %	I %	II %	III %	I %	II %	III %
Ei lainkaan	3	0	0	6	3	5	4	2	13
Vähän	40	49	58	43	55	67	49	53	44
Melko paljon	46	45	37	37	35	21	31	33	34
Paljon	11	6	5	13	6	7	16	12	9
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Potilaiden masentuneisuus ilmeni myös fyysisinä ja psyykkisinä oireina kuten sydämen tykytyksenä, fyysisenä uupumisena tai hengellisinä huolina. Alle 66-vuotiaista viidesosalla oli ollut näitä oireita jo ennen hoidon aloitusta ja melkein kolmanneksella hoidon aloituksen jälkeen. Neljäsosalla 66-75-vuotiaista potilaista oli ollut oireita ja noin kolmanneksella yli 75-vuotiaista ennen hoidon aloitusta. Hoidon aloituksesta noin 4 kk:n kuluttua oireita oli yli neljäsosalla alle 66-vuotiaista, yli kolmanneksella 66-75-vuotiaista ja melkein puolella yli 75-vuotiaista potilaista (Taulukko 32).

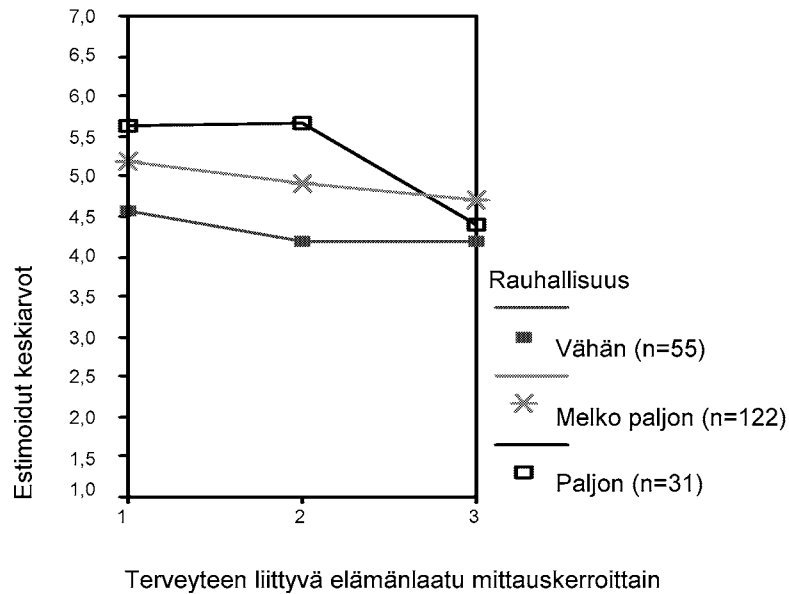
Taulukko 32. Masennuksen ilmeneminen oireina iän mukaan ennen hoidon aloitusta ja noin 4 kk sen jälkeen. n=272, n=261

Masennuksesta johtuvat oireet	Alle 66 vuotta		Ikä 66-75 vuotta		Yli 75- vuotta	
	Mittauskerrat I %	II %	I %	II %	I %	II %
Ei lainkaan	12	0	22	0	13	0
Vähän	68	71	52	65	52	59
Melko paljon	18	26	22	31	27	35
Paljon	2	3	4	4	8	6
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Yli puolet prostatektomiapotilaista tunsi itsensä masentuneeksi ennen hoidon aloitusta ja alle puolet hoidon aloituksen jälkeen. Vuoden kuluttua kolmasosa prostatektomiapotilaista tunsi vielä itsensä masentuneeksi. Puolet sädehoitopotilaista ja hormonihoitopotilaista tunsi itsensä masentuneeksi jo ennen hoidon aloitusta ja noin 30 % hoidon aloituksen jälkeen. Seurantapotilaista tunsi itsensä masentuneeksi vuoden kuluttua vain 11 %. Noin viidesosa potilaista koki masentuneisuuden fyysisinä tai psyykkisinä oireina. Hoidon aloituksesta neljän kuukauden kuluttua melkein puolella hormonihoitopotilaista oli näitä oireita.

Kaupungissa asuvat levinnyttä eturauhassyöpää sairastavat potilaat tunsivat itsensä vähiten masentuneiksi ennen hoidon aloitusta ja noin neljä kuukauden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.123$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.010$ ). Haja-asutusalueella asuvilla potilailla masentuneisuus ilmeni enemmän fyysisinä tai psyykkisinä oireina kuin muilla (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.933$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.031$ ). Kaupungissa asuvat tunsivat itsensä myös vähemmän surullisiksi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.889$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.032$ ) ja avuttomiksi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.198$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.045$ ) ja heidän mielialansa vaihteli vähemmän kuin muualla asuvilla (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.545$ ;  $df=2$ ;  $p = 0.038$ ). Kaupungissa asuvat tunsivat itsensä myös vähemmän fyysisesti uupuneiksi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.940$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.007$ ), heidän ajatuksensa harhailivat vähemmän (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 7.313$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.026$ ), heillä oli vähemmän taloudellisia huolia (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.927$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.031$ ), vähemmän pelkoa tulevaisuudesta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 10.121$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.006$ ) ja vähemmän keskittymisvaikeuksia (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 12.396$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.002$ ). Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden mielialassa ei ollut eroa kotipaikan suhteen. Sukulaisen kanssa tai laitoksessa asuvat potilaat tunsivat itsensä jännittyneiksi, surullisiksi, avuttomiksi, pelkoa tulevaisuudesta, heidän mielialansa vaihteli enemmän, ajatukset harhailivat, heillä oli hengellisiä huolia ja olivat fyysisesti uupuneempia kuin puolison kanssa tai yksin asuvat. Puolison kanssa asuvat sen sijaan tunsivat itsensä rauhallisiksi, toiveikkaaksi ja heidän elämänsä oli täyteläisempää kuin laitoksessa asuvilla. Masentuneeksi tunsivat itsensä eniten potilaat, joilla oli huono terveyteen liittyvän elämänlaatu (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 46,526$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Heillä masentuneisuus ilmeni myös useimmin fyysisinä tai psyykkisinä oireina (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 59.710$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ).

Kaksi kolmasosaa paikallista syöpää sairastavista potilaista tunsivat itsensä sairauden toteamisen jälkeen rauhallisiksi. Potilaiden tuntema rauhallisuus oli yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun seuranta-aikana ( $F = 9.781$ ;  $df = 2$ ,  $1.766$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden, jotka eivät olleet tunteneet itseään rauhallisiksi ennen hoidon aloitusta, elämänlaatu oli heikompi koko seuranta-ajan. Rauhalliseksi itsensä tunteneiden elämänlaatu säilyi lähes muuttumattomana neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksesta ( $F = 2.312$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.130$ ), mutta heikkeni myöhemmin vuoden kuluessa. ( $F = 7.118$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.008$ ) (Kuvio 4).



Kuvio 4. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman rauhallisuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu asteikolla 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3= melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Melkein kolmannes potilaista tunsivat itsensä myös tyytyväiseksi ja yli puolet melko tyytyväisiksi elämäänsä (Taulukko 33). Potilaiden onnellisuus ( $F = 5.940$ ;  $df = 4, 3.385$ ;  $p = 0.000$ ) ja tyytyväisyys ( $F = 6.699$ ;  $df = 2, 1.757$ ;  $p = 0.002$ ) elämään vaikuttivat myös terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen. Onnelliseksi tai tyytyväiseksi itsensä tunteneiden elämänlaatu parani hoidon aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana, mutta heikkeni myöhemmin huomattavasti ( $F = 7.933$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Tyytymättömäksi itsensä tunteneiden potilaiden elämänlaatu heikkeni hieman neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, mutta palautui melkein entiselleen vuoden aikana ( $F = 3.237$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.073$ ). Tyytyväisten potilaiden elämänlaatu oli parempi kuin tyytymättömien ( $F = 15.453$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ).



Taulukko 33. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokema onnellisuus ja tyytyväisyys mittauskerroittain, %

	Mittauskerrat		
	I %	II %	III %
<u>Ulottuvuus</u>			
<u>Onnellisuus</u>	(n=208)	(n=202)	(n=177)
Onneton	18	18	11
Melko onnellinen	61	62	73
Onnellinen	21	20	16
Yhteensä	100	100	100
<u>Tyytyväisyys</u>	(n=208)	(n=204)	(n=179)
Tyytymätön	20	14	12
Melko tyytyväinen	54	57	58
Tyytyväinen	26	29	30
Yhteensä	100	100	100

Kaksi kolmasosaa potilaista oli tuntenut elämänsä sairaudesta huolimatta täyteläiseksi. Myös elämän tuntuminen täyteläiseltä sairaudesta huolimatta ( $F = 8.322$ ;  $df = 2$ , 1.750;  $p = 0.001$ ) ja kyvyllä hallita elämäänsä ( $F = 8.718$ ;  $df = 2$ , 1.669;  $p = 0.001$ ) olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen vuoden aikana. Niiden potilaiden, jotka tunsivat elämänsä sairaudesta huolimatta täyteläiseksi ja kykenivät hallitsemaan elämäänsä, elämänlaatu heikkeni vähän seuranta-aikana. Muilla oli vain vähäistä muutosta ( $F = 5.534$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.020$ ). Potilailla, jotka kykenivät hallitsemaan elämäänsä, oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin niillä, joka eivät hallinneet elämäänsä ( $p = 0.000$ ).

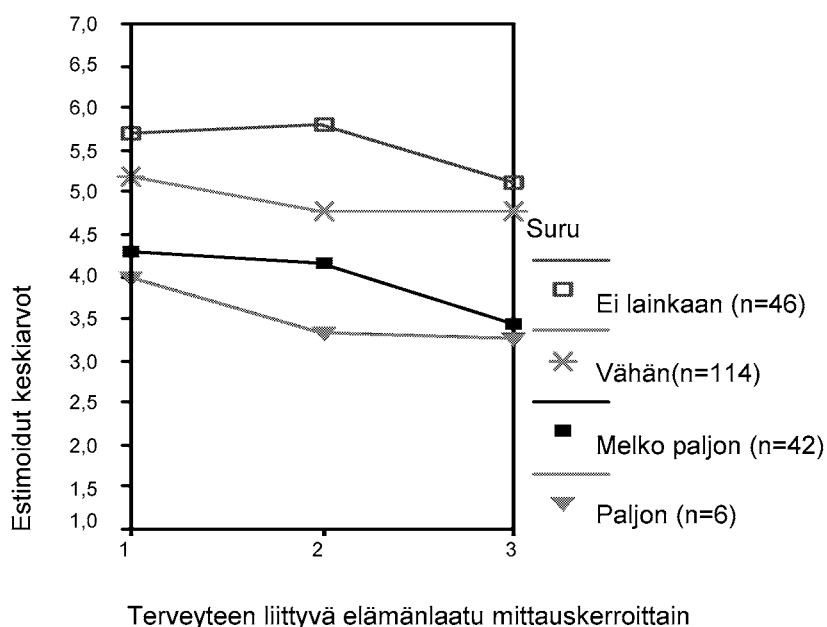
Taulukossa 34 on esitetty paikallista syöpää sairastavien potilaiden tuntemat kielteiset tunteet.

Taulukko 34. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kielteiset tunteet mittauskerroittain, %,Ka, Sd

Mieliala	Määrä	Mittauskerrat I %	II %	III %
Mielialan vaihtelu		n=208, Ka=2.19, Sd=0.902	n=204, Ka=2.10, Sd=0.865	n=178, Ka=1.99, Sd=0.799
	Ei lainkaan	24	26	26
	Vähän	41	44	55
	Paljon	35	30	19
	Yhteensä	100	100	100
Ajatusten harhailu		n=208, Ka=2.13, Sd=0.908	n=204, Ka=2.08, Sd=0.856	n=177, Ka=1.91, Sd=0.841
	Ei lainkaan	30	27	35
	Vähän	34	44	46
	Paljon	37	29	20
	Yhteensä	100	100	100
Huolissaan tilanteesta		n=208, Ka=2.18, sd=0.946	n=204, Ka=2.08, Sd=856	n=178, Ka=2.02, Sd=0.806
	Ei lainkaan	28	26	26
	Vähän	35	46	51
	Paljon	37	28	33
	Yhteensä	100	100	100
Pelko tulevaisuudesta		n=208, Ka=2.14, sd=0.898	n=203, Ka=2.05, Sd=0.883	n=178, ka=1.96, Sd=0.801
	Ei lainkaan	28	30	31
	Vähän	36	40	46
	Paljon	36	54	38
	Yhteensä	100	100	100
Avuttomuus		n=208, Ka=1.90, sd=0.906	n=203, Ka=1.76, Sd=0.828	n=176, Ka=1.70, Sd=0.802
	Ei lainkaan	40	44	47
	Vähän	36	49	39
	Paljon	22	17	14
	Yhteensä	100	100	100
Hengelliset huolet		n=208, Ka=1.51, Sd=0.798	n=204, Ka=1.62, Sd=0.830	n=177, Ka=1.49, Sd=0.675
	Ei lainkaan	64	56	60
	Vähän	24	29	33
	Paljon	12	15	7
	Yhteensä	100	100	100

Paikallista syöpää sairastavien potilaiden kielteisistä tunteista vaikuttivat elämänlaatuun suru ( $F = 4.012$ ;  $df = 2$ ,  $1.762$ ;  $p = 0.023$ ), mielialan vaihtelu ( $F = 4.918$ ;  $df = 2$ ,  $1.745$ ;  $p=0.011$ ), ajatusten harhaileminen ( $F = 4.360$ ;  $df = 2$ ,  $1.748$ ;  $p = 0.017$ ), huolissaan olo tilanteesta ( $F = 19.542$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ), avuttomuus ( $F = 6.334$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.013$ ), pelko tulevaisuudesta ( $F = 14.174$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,000$ ) ja hengelliset huolet ( $F = 4.230$ ;

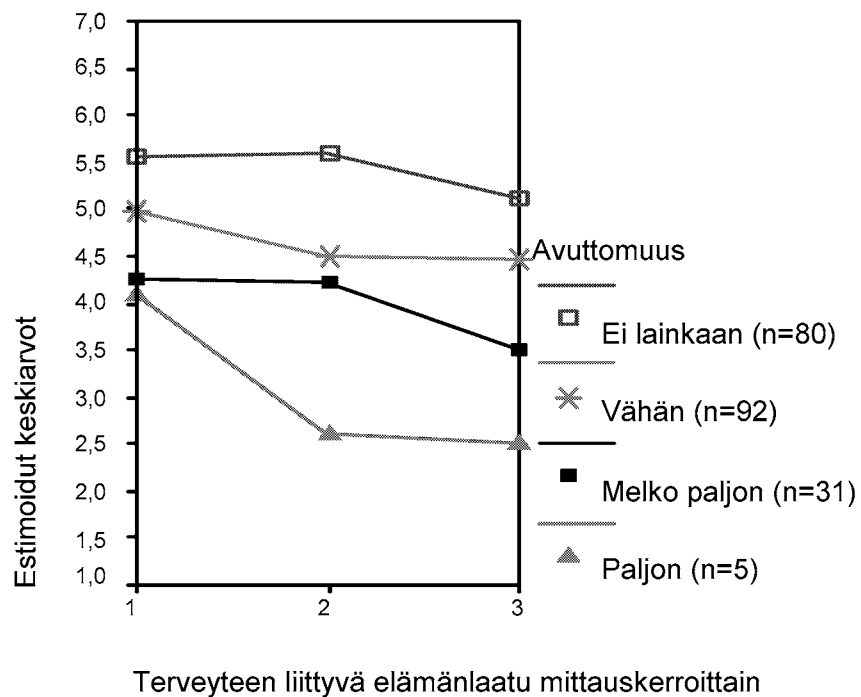
df = 2, 1.765; p = 0.019). Potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen kuinka surulliseksi he tunsivat itsensä (F = 18.571; df = 3; p = 0.000). Potilaiden, jotka tunsivat itsensä hyvin surulliseksi, elämänlaatu heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, mutta pysyi myöhemmin muuttumattomana. Sen sijaan potilaiden, jotka eivät tunteneet itseään lainkaan surulliseksi, elämänlaatu muuttui vain vähän (Kuvio 5).



Kuvio 5. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman surun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Potilailla, joiden mieliala ei vaihdellut, terveyteen liittyvä elämänlaatu parani hieman neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen. Sen sijaan niillä potilailla, joiden mieliala vaihteli paljon, elämänlaatu heikkeni vuoden kuluessa (F = 3.987; df = 1; p = 0.047). Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen siitä, miten paljon potilaiden mieliala vaihteli (F = 22.193; df = 3; p = 0,000). Myös potilailla, jotka tunsivat itsensä avuttomiksi, elämänlaatu heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen. (F = 19.855; df = 2; p = 0.000). Potilaiden, jotka kokivat itsensä avuttomiksi, tunsivat pelkoa tulevaisuudestaan, mieliala vaihteli tai joiden ajatukset harhailivat, oli huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu (p = 0.000) (Kuvio 6). Terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos oli yhteydessä potilaiden kokemuksiin

hengellisiin huoliin seuranta-aikana. Potilailla, joilla oli paljon hengellisiä huolia, elämänlaatu heikkeni muita enemmän.



Kuvio 6. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman avuttomuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208) (Terveysten liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Noin 10 %:lla paikallista syöpää sairastavista potilaista oli taloudellisia huolia. Niiden potilaiden, joilla oli paljon taloudellisia huolia, terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksesta. Elämänlaadussa oli eroa, mikä riippui heidän kokemistaan taloudellisista huolista ( $F = 8.793$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden, joilla ei lainkaan ollut taloudellisia huolia, elämänlaatu oli parempi kuin niiden, joilla oli paljon taloudellisia huolia ( $p = 0.001$ ).

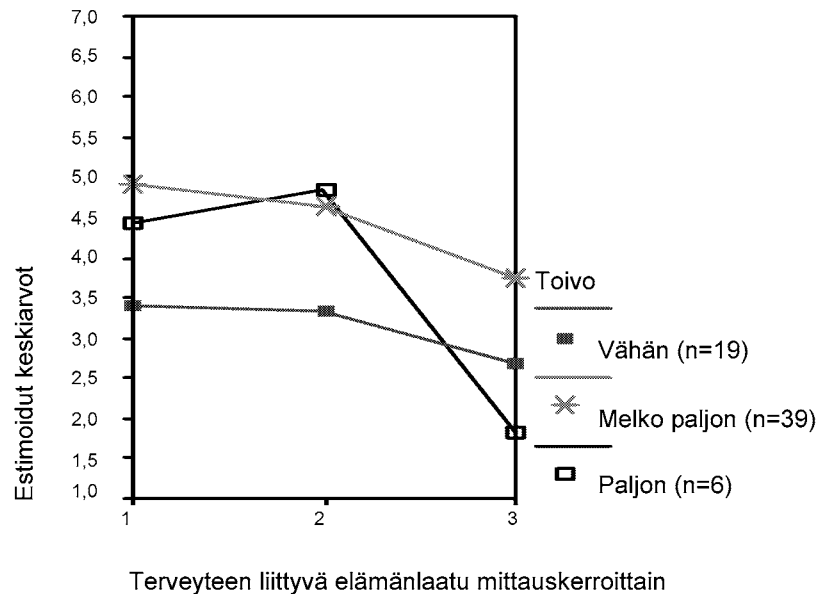
Toivo, tunne elämän täyteläisyydestä, tyytyväisyys, rauhallisuus ja elämänhallinta olivat yhteydessä levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään

elämänlaatuun. Taulukossa 35 on esitetty levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden myönteiset tunteet mittauskerroittain.

Taulukko 35. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden myönteiset tunteet mittauskerroittain %

Myönteiset tunteet	Mittauskerroittain %	Mittauskerta I (n=64) %	II (n=60) %	III (n=39) %
Toivo		(n=64, Ka=2.72, Sd=0.845)	(n=60, Ka=2.63, Sd=0.9209)	(n=45, Ka=2.80, Sd=0.726)
	Ei lainkaan	8	13	4
	Vähän	30	27	24
	Paljon	62	60	72
	Yhteensä	100	100	100
Elämän täyteläisyys		(n=64, Ka=2.72, Sd=0.96)	(n=61, Ka=2.67, Sd=0.889)	(n=45, Ka=2.76, Sd=0.883)
	Ei lainkaan	12	11	8
	Vähän	25	26	27
	Paljon	63	62	64
	Yhteensä	100	100	100
Rauhallisuus		(n=64, Ka=2.77, Sd=0.868)	(n=60, Ka=2.70, Sd=0.979)	(n=45, Ka=2.98, Sd=0.866)
	Ei lainkaan	6	13	7
	Vähän	33	27	18
	Paljon	61	60	76
	Yhteensä	100		100
Elämänhallinta		(n=64, Ka=3.03, Sd=0.816)	(n=60, Ka=3.03, Sd=0.663)	(n=45, Ka=3.16, Sd=0.679)
	Ei lainkaan	5	2	16
	Vähän	17	15	53
	Paljon	78	84	31
	Yhteensä	100	100	100

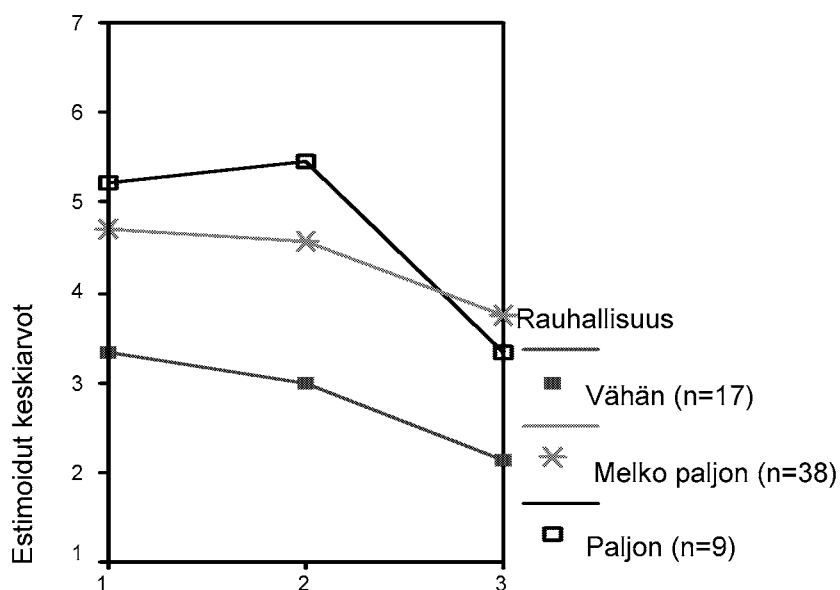
Toivo oli yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 12.098$ ;  $df = 2$ ,  $1.872$ ;  $p = 0.000$ ). Toiveikkaaksi itsensä tunteneiden elämänlaatu parani neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen, mutta heikkeni huomattavasti myöhemmin vuoden aikana ( $F = 15.490$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden, jotka tunsivat melko paljon toivoa, elämänlaatu pysyi muuttumattomana neljään kuukauteen saakka. Niiden potilaiden, jotka tunsivat itsensä vain vähän toivoa, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli heikompi ja heikkeni vielä hoidon aloituksen jälkeen. Elämänlaadussa oli eroa riippuen siitä, miten toiveikkaaksi potilaat tunsivat itsensä ( $F = 4.561$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.014$ ) (Kuvio 7).



Kuvio 7. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman toivon yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 60) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Potilaiden elämän tunteisella täyteläisellä (F = 6.198; df = 2, 1.818; p = 0.004) ja kyvyllä hallita elämäänsä (F = 10.800; df = 2, 1.753; p = 0.000) oli myös yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaatuun. Potilaiden, jotka eivät tunteneet elämäänsä lainkaan täyteläiseksi (F = 6.385; df = 1; p = 0.014) tai eivät kyenneet hallitsemaan elämäänsä (F = 13.461; df = 1; p = 0.001), elämänlaatu heikkeni vuoden kuluessa. Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen siitä, miten täyteläiseksi he tunsivat elämänsä (F = 7.693; df = 2; p = 0.001). Niiden potilaiden, jotka eivät kyenneet hallitsemaan elämäänsä, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompi kuin niiden, jotka hallitsivat hyvin elämäänsä (p = 0.007).

Potilaiden tuntema rauhallisuus oli yhteydessä myös terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen (F = 11.254; df = 2, 1.852; p = 0.000). Rauhalliseksi itsensä tunteneiden potilaiden elämänlaatu parani vähän neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen, mutta myöhemmin heikkeni huomattavasti (F = 13.058; df = 1; p = 0.001). Potilaiden, jotka tunsivat itsensä vain vähän rauhalliseksi, elämänlaatu heikompi tai rauhalliseksi itsensä tunteneiden (p = 0.011) (Kuvio 8).



Terveyteen liittyvä elämänlaatu mittauskerroittain

Kuvio 8. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman rauhallisuuden yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 64) (Terveyteen liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

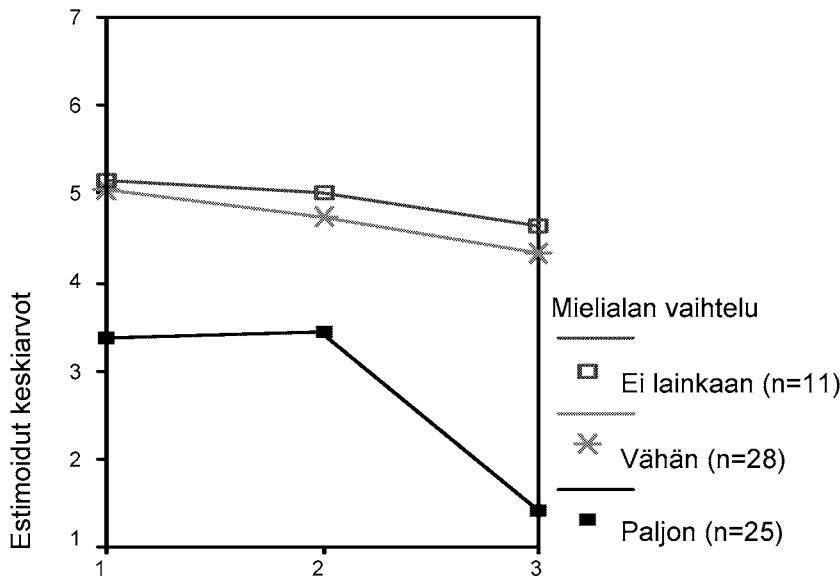
Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavat potilaat olivat tyytymättömiä elämäänsä useimmin neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen (Friedman:  $\chi^2 = 47.638$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi niillä potilailla, jotka olivat tyytyväisiä elämäänsä (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.157$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.001$ ). Taulukossa 36 on esitetty levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden tuntemat kielteiset tunteet. Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden kielteisistä tunteista olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen potilaiden huolissaan olo tilanteestaan ( $F = 3.761$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.057$ ), mielialan vaihtelu ( $F = 7.135$ ;  $df = 2$ , 1.918;  $p = 0.001$ ), avuttomuus ( $F = 8.912$ ;  $df = 2$ , 1.820;  $p = 0.000$ ), pelko tulevaisuudesta ( $F = 5.842$ ;  $df = 2$ , 1.894;  $p = 0.004$ ), keskittymisvaikeudet ja pelko miehekkyyden heikkenemisestä ( $F = 5.842$ ;  $df = 2$ , 1.984;  $p = 0.004$ ).

Taulukko 36. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kielteiset tunteet mittauskerroittain %, Ka, SD

Kielteiset tunteet	Määrä	Mittauskerrat		
		I %	II %	III %
Mielialan vaihtelu		(n=64, Ka=225, Sd=0.943)	(n=60, Ka=2.18, Sd=0.892)	(n=45, Ka=1.98, Sd=0.917)
	Ei lainkaan	22	24	36
	Vähän	44	43	38
	Paljon	34	33	27
	Yhteensä	100	100	100
Ajatusten harhaileminen		(n=64, Ka=2.06, Sd=0.889)	(n=60, Ka=2.25, Sd=0.907)	(n=45, ka=2.2, Sd=0.941)
	Ei lainkaan	31	26	36
	Vähän	36	28	33
	Paljon	33	46	31
	Yhteensä	100	100	100
Huolissaan tilanteesta		(n=64, Ka=2.20, Sd=1.026)	(n=60, Ka=2.13, Sd=0.892)	(n=44, Ka=2.07, Sd=0.998)
	Ei lainkaan	33	25	38
	Vähän	25	45	23
	Paljon	42	30	39
	Yhteensä	100	100	100
Pelko tulevaisuudesta		(n=64, Ka=2.00, Sd=0.968)	(n=61, Ka=2.21, Sd=0.968)	(n=45, Ka=2.16, Sd=1.107)
	Ei lainkaan	42	28	38
	Vähän	25	33	24
	Paljon	33	39	38
	Yhteensä	100	100	100
Avuttomuus		(n=64, Ka=2.03, Sd=1.007)	(n=60, Ka=1.88, Sd=0.865)	(n=45, Ka=1.89, Sd=0.910)
	Ei lainkaan	39	37	42
	Vähän	28	45	31
	Paljon	31	18	27
	Yhteensä	100	100	100
Keskittymisvaikeudet		(n=64, Ka=1.94, Sd=0.990)	(n=61, Ka=2.11, Sd=0.933)	(n=45, Ka=1.98, Sd=0.965)
	Ei lainkaan	44	31	42
	Vähän	26	33	22
	Paljon	30	36	35
	Yhteensä	100	100	100
Hengelliset huolet		(n=64, Ka=1.70, Sd=0.937)	(n=61, Ka=1.77, Sd=0.844)	(n=45, Ka=2.07, Sd=0.998)
	Ei lainkaan	56	48	56
	Vähän	23	29	20
	Paljon	20	23	25
	Yhteensä	100	100	100
Huoli miehisyyden heikkenemisestä		(n=63, Ka=2.10, Sd=0.979)	(n=61, Ka=2.43, Sd=1.24)	(n=45, Ka=2.21, Sd=1.107)
	Ei lainkaan	32	23	20
	Vähän	38	28	27
	Paljon	30	49	53
	Yhteensä	100	100	100



Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen potilaiden mielialan vaihtelusta, huolissaan olosta tai avuttomuudesta. Potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksen jälkeen, jos he olivat huolissaan tilanteestaan ( $F = 10.048$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.002$ ), heidän mielialansa vaihteli tai olivat tunteneet itsensä avuttomaksi ( $F = 1.984$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.164$ ) (Kuvio 9).



Terveysten liittyvä elämänlaatu mittauskerroittain

Kuvio 9. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden mielialan vaihtelun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun ( $n = 64$ ) (Terveysten liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Keskittymisvaikeudet ( $F = 10.056$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.002$ ) ja pelko tulevaisuudesta ( $F = 6.570$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.013$ ) olivat myös yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen myöhemmin vuoden aikana.

Yli puolella levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista ei ollut taloudellisia huolia. Myös potilaiden taloudellisilla huolilla oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen vuoden seuranta-aikana ( $F = 9.512$ ;  $df = 2$ , 1.817;  $p = 0.000$ ). Potilailta, joilla oli melko paljon taloudellisia huolia, elämänlaatu parani neljän

kuukauden aikana hoidon aloituksesta, mutta heikkeni myöhemmin ( $F = 12.193$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.001$ ).

Noin kolmasosa potilaista oli huolissaan miehisyytensä heikkenemisestä ennen hoidon aloitusta, melkein puolet neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta ja yli puolet vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokema pelko miehisyytensä heikkenemisestä oli yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 5.842$ ;  $df = 2$ ,  $1.894$ ;  $p = 0.004$ ). Potilaiden, jotka pelkäsivät paljon miehisyytensä heikkenevän, elämänlaatu heikkeni hieman enemmän vuoden kuluessa ( $F = 6.570$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.013$ ).

Yli neljäsosa potilaista arvioi unensa laadun hyväksi ja noin puolet potilaista jokseenkin hyväksi ennen hoidon aloitusta. Viidennes potilaista arvioi unensa laadun hyväksi 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta ja yli neljäsosa huonoksi. Vuoden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen arvioi melkein neljäsosa unensa laadun hyväksi ja 16 % huonoksi. Potilaiden unen laatu oli huonoin noin neljä kuukautta hoidon aloituksesta, mutta palautui ennalleen vuoden hoidon aloituksesta (Friedman:  $\chi^2 = 6.441$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.041$ ).

Alle 66-vuotiaista potilaista yli neljäsosa arvioi unensa laadun hyväksi, noin kolmasosa 66-75-vuotiaista ja 75-vuotiaista. Unensa laadun arvioi 17 % alle 66-vuotiaista hyväksi 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta, noin neljäsosa 66-75-vuotiaista ja melkein viidesosa yli 75-vuotiaista. Yli neljäsosa alle 66-vuotiaista piti unensa laatua huonona, 66-75-vuotiaista ja yli 75-vuotiaista yli viidesosa. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta kaksi kolmasosaa alle 66-vuotiaista potilaista arvioi unensa laadun hyväksi ja yli 80 % 66-75-vuotiaista ja yli 75-vuotiaista. Melkein kolmasosa hormonihoidopotilaista ja noin viidesosa prostatektomia- ja sädehoitopotilaista arvioi unensa laadun huonoksi.

Yli puolella potilaista, joilla oli huono emotionaalinen toimintakyky (jännittynyt, huolestunut, ärtynyt, masentunut) ennen hoidon aloitusta, oli myös huono unen laatu. Melkein kaikilla, joilla oli hyvä emotionaalinen toimintakyky, oli myös hyvä unen laatu. Neljällä viidesosalla potilaista, jotka tunsivat itsensä uupuneiksi, oli huono unen laatu hoidon aloituksen jälkeen. Yli puolella masentuneeksi itsensä tunteneista potilaista oli myös huono unen laatu ennen hoidon aloitusta, noin 70 %:lla neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen ja melkein puolella vielä vuoden kuluttua

hoidon aloituksen jälkeen. Yli puolella potilaista, jotka eivät tunteneet itseään lainkaan masentuneeksi ennen hoidon aloitusta, oli hyvä unen laatu. Noin neljäsosalla masentuneista potilaista oli huono unen laatu.

Neljällä viidesosalla eturauhassyöpää sairastavista potilaista, joilla oli paljon virtsaoireita, oli myös huono unen laatu (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 41.090$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Unen laatu oli hyvä niillä potilailla, joilla oli vain vähän virtsaoireita. Virtsanlähtövaikeuksilla oli yhteyttä unen laatuun. Puolet potilaista, joilla oli paljon vaikeuksia virtsanlähdössä, koki myös unensa laadun huonoksi. Neljä viidesosaa potilaista, joilla ei ollut lainkaan virtsanlähtövaikeuksia, arvioi sen sijaan unensa laadun hyväksi. Kolmannes potilaista, joilla oli paljon virtsanlähtövaikeuksia tai virtsankarkailua (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 22.512$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ), arvioi vielä vuoden kuluttua unensa laadun huonoksi. Kuitenkin viidesosalla potilaista, joilla ei ollut virtsankarkailua, unen laatu oli huono (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 20.495$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ). Yli puolet potilaista, jotka olivat joutuneet käyttämään virtsakatetria, arvioivat unensa laadun huonoksi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 16,879$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Hoitojen sivuvaikutukset heikensivät myös eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laatua neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksesta. Potilaista 86 %, joilla oli paljon hoidon sivuvaikutuksia, arvioi unensa laadun huonoksi ( $\chi^2 = 49.621$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ).

Unen laatu oli parantunut tai säilynyt ennallaan yli puolella potilaista neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta ja kahdella kolmasosalla vuoden kuluttua. Melkein puolet potilaista arvioi unensa laadun huonontuneen ja vuoden kuluttua vielä neljännes potilaista. Yli 75-vuotiaista potilaista noin puolella unen laatu oli heikentynyt sairauden toteamisen jälkeen. Yli kolmanneksella alle 66-vuotiaista ja 66-75-vuotiaista potilaista unen laatu oli huonontunut. Alle 66-vuotiaista yli puolella unen laatu oli joko parantunut tai pysynyt ennallaan. Yli puolet haja-asutusalueella asuvista potilaista arvioi unensa laadun huonontuneen sairauden toteamisen jälkeen, taajamassa asuvista alle puolet ja kaupungissa asuvista melkein kolmannes (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8,658$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.013$ ).

Muutos unen laadussa ilmeni 10 %:lla potilaista nukahtamisvaikeutena, melkein puolella useina heräämisinä yössä ennen hoidon aloitusta ja yli puolella hoidon aloituksen jälkeen. Alle puolet potilaista heräsi aikaisin aamulla ennen hoidon aloitusta,

melkein kolmasosa noin 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta ja neljäsosa vuoden kuluttua. Painajaisunia oli nähnyt alle 10 % potilaista ennen hoidon aloitusta (Taulukko 37).

Taulukko 37. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laadun muutoksen ilmeneminen ja syyt muutokseen, %

Muutoksen ilmeneminen	Mittauskerrat		
	I	II	III
	n=132, Ka=2.49, Sd=0.786	n=146, Ka=2.27, Sd=0.759	n=101, Ka=2.23, Sd=0.760
Vaikea nukahtaa	9	10	15
Useita heräämisiä yöllä	42	56	53
Herää aikaisin aamulla	40	32	27
Painajaisunia	9	2	5
Yhteensä	100	100	100
Muutoksen syyt	n=134, Ka=1.54, Sd=0.557	n=142, Ka=3.77, Sd=1.163	n=110, Ka=3.66, Sd=1.214
Fyysiset syyt	48	52	60
Psyykkiset syyt	49	20	17
Ulkoiset syyt	3	25	23
Yhteensä	100	100	100

Syyksi unensa laadun muuttumiseen potilaat ilmoittivat fyysinen, psyykkisen tai jonkin ulkoisen syyn (Taulukko 37). Melkein puolet alle 66-vuotiaista arvioi syyksi unensa muuttumiseen fyysisen syyn 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta, yli puolet 66-75-vuotiaista ja 48 % yli 75-vuotiaista. Yli kolmasosa alle 66-vuotiaista arvioi unensa muuttuneen psyykkisen syyn takia, 10 % 66-75 vuotiaista ja 18 % yli 75-vuotiaista. Yli viidesosa alle 66-vuotiaista potilaista, noin kolmasosa 66-75-vuotiaista yli 75-vuotiaista arvioi syyksi unensa muuttumiseen jonkin ulkoisen syyn.

Neljällä viidesosalla potilaista, joilla oli huono emotionaalinen toimintakyky, unen laatu heikkeni sairauden toteamisen jälkeen. Sen sijaan hyvän emotionaalisen toimintakyvyn omaavista unen laatu oli pysynyt ennallaan tai parantunut yli kahdella kolmasosalla potilaista ( $p = 0.000$ ). Puolet potilaista, joilla oli huono emotionaalinen toimintakyky, arvioi unensa laadun heikentyneen neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, kun taas potilailta, joilla oli hyvä emotionaalinen toimintakyky, unen laatu oli säilynyt muuttumattomana tai jopa parantunut (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8,34$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0.015$ ).

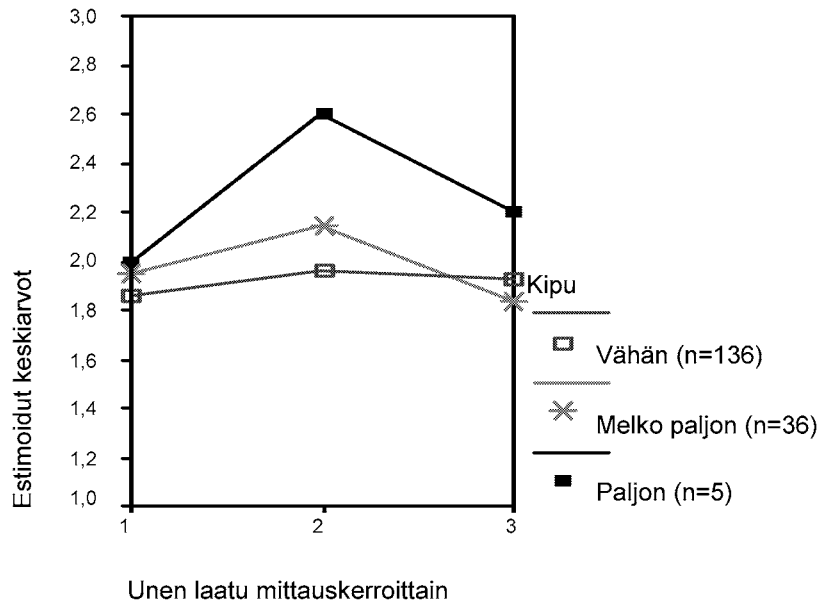
Kotipaikalla oli yhteyttä myös unen laadun muuttumiseen paikallista syöpää sairastavilla ( $F = 3.496$ ;  $df = 2$ ,  $2.000$ ;  $p = 0.031$ ). Kaupungissa asuvien unen laatu oli parempi ennen hoidon aloitusta kuin taajamassa ja haja-asutusalueella asuvien. Haja-asutusalueella asuvien unen laatu parani hoidon aloituksen jälkeen. Kaupungissa asuvien unen laatu säilyi muuttumattomana seuranta-ajan ( $F = 6.399$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.012$ ). Myös potilaiden ammattikoulutuksella oli yhteyttä unen laadun muuttumiseen ( $F = 3.562$ ;  $df = 2$ ,  $2.000$ ;  $p = 0.029$ ). Ennen hoidon aloittamista korkeakoulun tai opiston käyneillä potilailla oli parempi unen laatu kuin ammattikoulun käyneillä. Potilailla, joilla ei ollut ammattikoulutusta, oli huono unen laatu, mikä vielä heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, mutta parani huomattavasti vuoden kuluessa ( $F = 6.772$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.010$ ). Yrittäjillä ja maanviljelijöillä oli hyvä unen laatu ja pysyi vuoden seuranta-ajan lähes muuttumattomana. Työntekijöiden ja toimihenkilöiden unen laatu oli ennen hoidon aloitusta melko hyvä, mutta heikkeni neljän kuukauden aikana. Potilaiden unen laatu parani vuoden kuluessa lähes ennalleen ( $F = 5.639$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.019$ ). Useita sairauksia sairastavien potilaiden unen laatu oli huonompi kuin potilaiden, joilla ei ollut muita sairauksia.

Elämänhallintaan kuuluivat rauhallisuus, toivo ja elämän tuntuminen täyteläiseltä sairaudesta huolimatta. Paikallista syöpää sairastavien potilaiden elämänhallintakyky oli yhteydessä myös unen laatuun ( $F = 3.416$ ;  $df = 2$ ,  $2.00$ ;  $p = 0.034$ ). Potilailla, jotka kykenivät hyvin hallitsemaan elämäänsä, myös unen laatu oli hyvä ennen hoidon aloitusta. Unen laatu heikkeni neljään kuukauteen saakka säilyen sitten samanlaisena koko seuranta-ajan ( $F = 6.691$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.011$ ). Niiden potilaiden, jotka eivät kyenneet hallitsemaan elämäänsä, unen laatu oli heikompi kuin niiden, jotka hallitsivat hyvin elämäänsä ( $p = 0.001$ ).

Unen laadussa oli eroa riippuen, kuinka jännittyneeksi potilaat tunsivat itsensä ( $F = 22,530$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Myös keskittymisvaikeuksilla oli vaikutusta unen laadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 2.242$ ;  $df = 6$ ,  $6.000$ ;  $p = 0.039$ ). Potilailla, joilla oli keskittymisvaikeuksia, oli myös heikompi unen laatu, joka heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta. Niillä potilailla, joilla oli paljon keskittymisvaikeuksia unen laatu parani myöhemmin vuoden kuluessa ( $F = 3.481$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.017$ ).

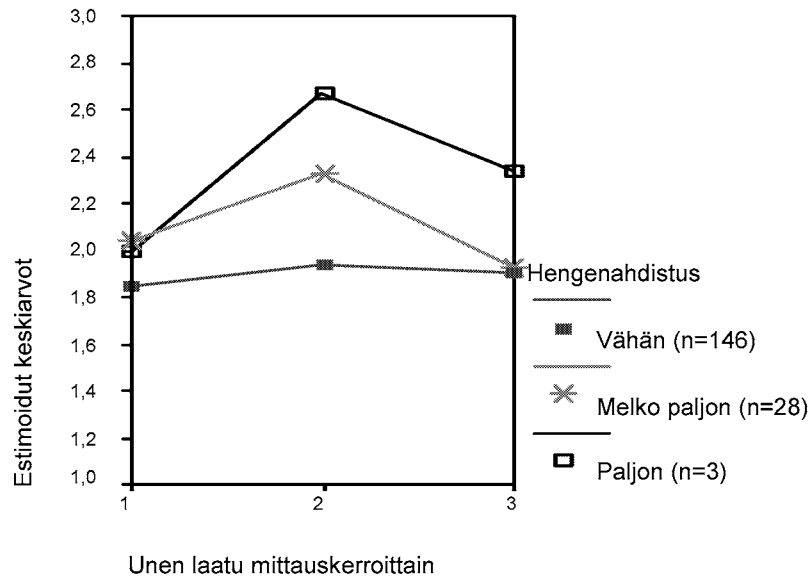
Potilaille, joilla oli huono fyysinen toimintakyky, unen laatu heikkeni vähän neljän kuukauteen saakka, mutta parani myöhemmin vuoden kuluessa. Niillä, joilla oli hyvä fyysinen toimintakyky unen laatu pysyi muuttumattomana koko seuranta-ajan. ( $F = 5.009$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.026$ ). Potilaiden, joilla oli hyvä fyysinen toimintakyky, unen laatu oli parempi kuin niillä potilaille, joilla oli huono fyysinen toimintakyky ( $F = 12.509$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Unen laadussa oli eroa riippuen potilaiden roolitoimintakyvystä ( $F = 9.930$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ). Potilaille, joilla oli heikko roolitoimintakyky, unen laatu oli heikompi kuin niillä potilaille, joilla oli hyvä roolitoimintakyky ( $p = 0.017$ ). Myös potilaille, joilla oli huono sosiaalinen toimintakyky, unen laatu oli heikompi kuin niillä, joilla oli hyvä sosiaalinen toimintakyky ( $F = 20,892$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ).

Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laatuun olivat yhteydessä uupumus, kipu, hengenhädistys, suolisto-oireet, hoidon sivuvaikutukset ja virtsaoireet. Potilaille, jotka kokivat itsensä vain vähän uupuneiksi, oli hyvä unen laatu ennen hoidon aloitusta ja säilyi koko seuranta-ajan samankaltaisena. Melko paljon itsensä uupuneiksi tunteneilla potilaille oli unen laatu vähän heikompi jo ennen hoidon aloitusta ja heikkeni vielä lisää neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 7.347$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.007$ ). Vuoden kuluessa näiden potilaiden unen laatu palautui entiselleen ( $F = 5.553$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.020$ ). Potilaiden, joilla oli paljon kipuja, unen laatu oli melko hyvä ennen hoidon aloitusta mutta huononi neljän ensimmäisen kuukauden aikana ( $F = 5.520$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.012$ ). Myöhemmin seuranta-aikana unen laatu parani lähes entiselleen (Kuvio 10).



Kuvio 10. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemien kipujen yhteys unen laatuun (n = 208), (1 = hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

Myös potilaiden kokema hengenahdistus oli yhteydessä unen laadun muuttumiseen ( $F = 3.051$ ;  $df = 2, 2.000$ ;  $p = 0.049$ ). Potilailla, joilla oli paljon hengenahdistusta, oli ennen hoidon aloitusta melko hyvä unen laatu, mikä heikkeni huomattavasti neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, parantuen vähän vuoden aikana. Melko paljon hengenahdistusta kokeneiden potilaiden unen laatu heikkeni vielä lisää hoidon aloituksesta neljän kuukauteen saakka ( $F = 5.587$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.019$ ), mutta parani myöhemmin entiselleen (Kuvio 11).

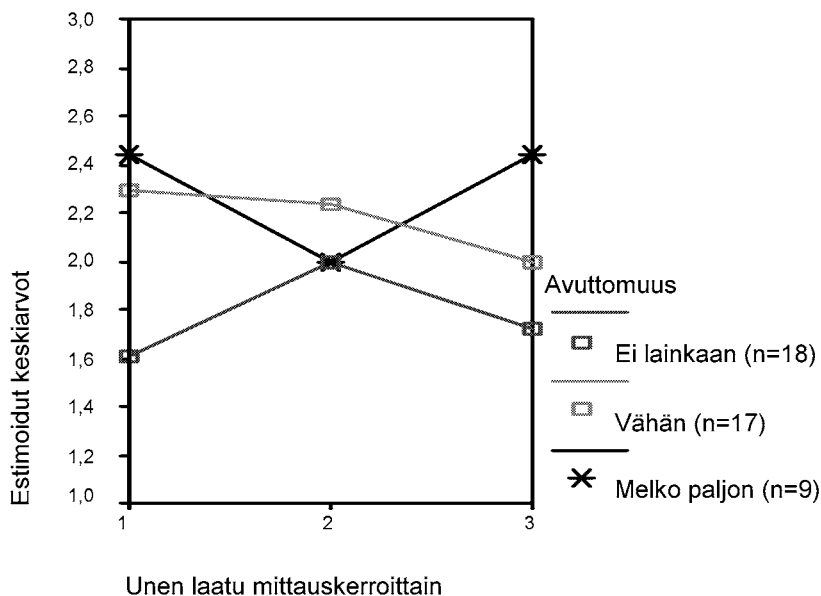


Kuvio 11. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman hengenahdistuksen yhteys unen laatuun (n = 208), (1= hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

Suolisto-oireet olivat yhteydessä unen laatuun ( $F = 4.034$ ;  $df = 2, 2.000$ ;  $p = 0.019$ ). Niillä potilailla, joilla oli vain vähän suolistoon liittyviä oireita unen laatu ei muuttunut. Potilailla, joilla oli melko paljon suolisto-oireita, unen laatu oli huono jo ennen hoidon aloitusta pysyen ensimmäisten kuukausien ajan lähes muuttumattomana, mutta parani 4-12 kk:n välillä huomattavasti. Myös hoitojen sivuvaikutuksilla oli yhteyttä unen laadun muuttumiseen seuranta-aikana ( $F = 5.890$ ;  $df = 2, 2.000$ ;  $p = 0.003$ ). Potilailla, joilla oli vain vähän sivuvaikutuksia, oli hyvä unen laatu koko seuranta-ajan. Melko paljon sivuvaikutuksia kokeneilla potilailla unen laatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen ensimmäisten kuukausien aikana huomattavasti ( $F = 11.098$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.001$ ), parantuen vähän vuoden aikana ( $F = 4.959$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.022$ ). Unen laatu oli huonompi potilailla, joilla oli paljon sivuvaikutuksia ( $F = 9.030$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.003$ ). Myös virtsaoireet olivat yhteydessä unen laadun muuttumiseen ( $F = 4.818$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.009$ ). Potilailla, joilla oli vähän virtsaoireita, unen laatu pysyi lähes muuttumattomana koko seuranta-ajan. Sen sijaan niillä, joilla oli paljon virtsaoireita, unen laatu oli huono ennen hoidon aloitusta ja hoidon aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen heikkeni ( $F = 7.588$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.007$ ), mutta parani vuoden kuluessa huomattavasti ( $F = 6.516$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.012$ ).

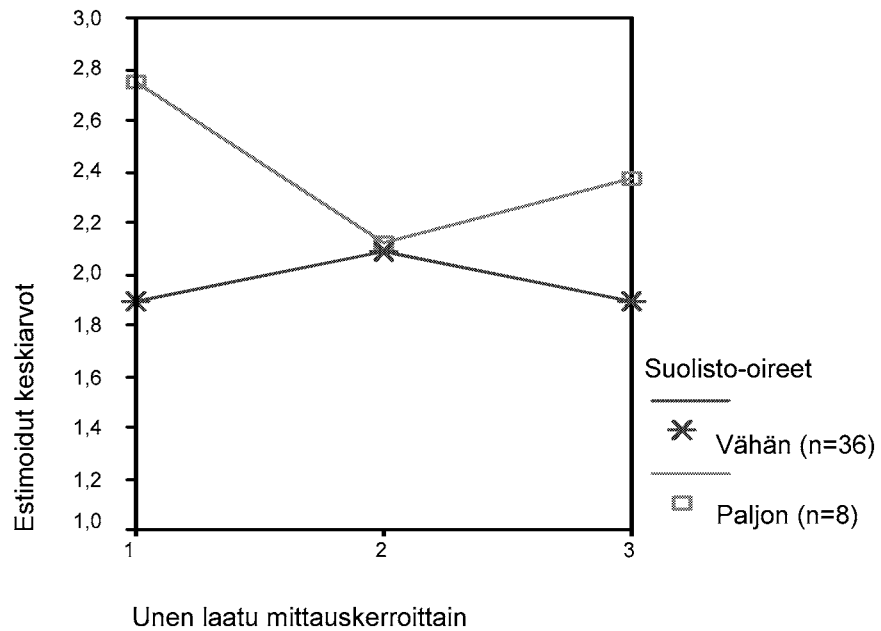


Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokemalla avuttomuudella ja ajatusten harhailemisella oli yhteyttä unen laadun muuttumiseen. Unen laadussa tapahtuva muutos oli riippuvainen siitä, miten avuttomaksi ( $F = 3.264$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.016$ ) potilaat tunsivat itsensä tai miten paljon heidän ajatuksensa harhailivat. Avuttomaksi itsensä tunteneilla potilailla ( $F = 4.711$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.014$ ) ja niillä potilailla, joiden ajatukset harhailivat ( $F = 4.339$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.044$ ), unen laatu parani hoidon aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana mutta heikkeni myöhemmin uudestaan ( $F = 3.841$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.030$ ) (Kuvio 12).



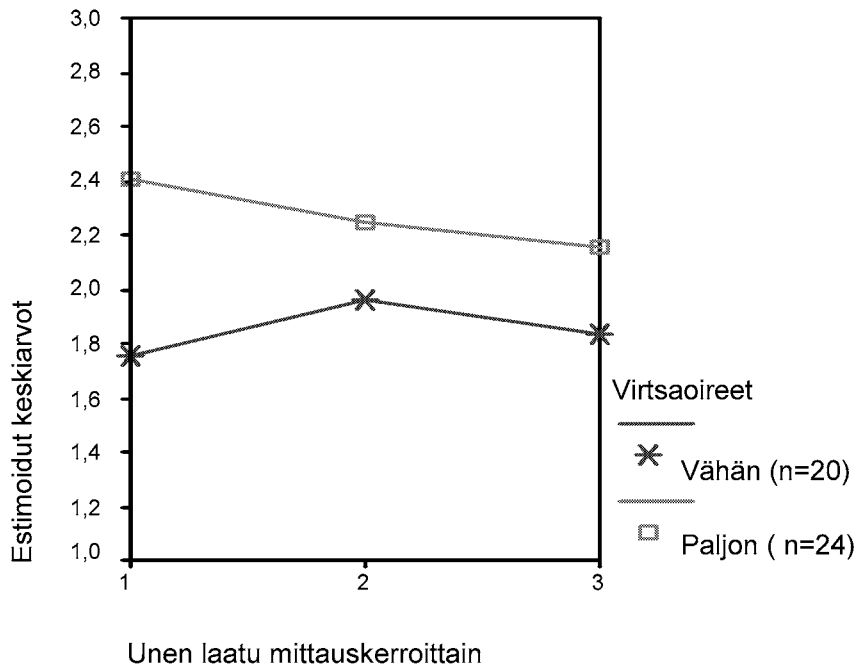
Kuvio 12. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kokeman avuttomuuden yhteys unen laatuun seuranta-aikana ( $n = 44$ ) (1 = hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla unen laadun muuttumiseen olivat yhteydessä myös suolisto-oireet ( $F = 4.5424$ ;  $df = 2$ , 2.000;  $p = 0.014$ ) ja virtsaoireet. Potilailla, joilla oli paljon suolisto-oireita, unen laatu oli huono ennen hoidon aloitusta, mutta parani neljän ensimmäisen kuukauden aikana huomattavasti, huonontuen vähän vuoden kuluessa hoidon aloituksesta ( $F = 8.896$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.005$ ). Vähän suolisto-oireita kokeneilla unen laatu huononi ensimmäisten kuukausien aikana vain vähän ja palasi ennalleen vuoden kuluessa hoidon aloituksesta (Kuvio 13).



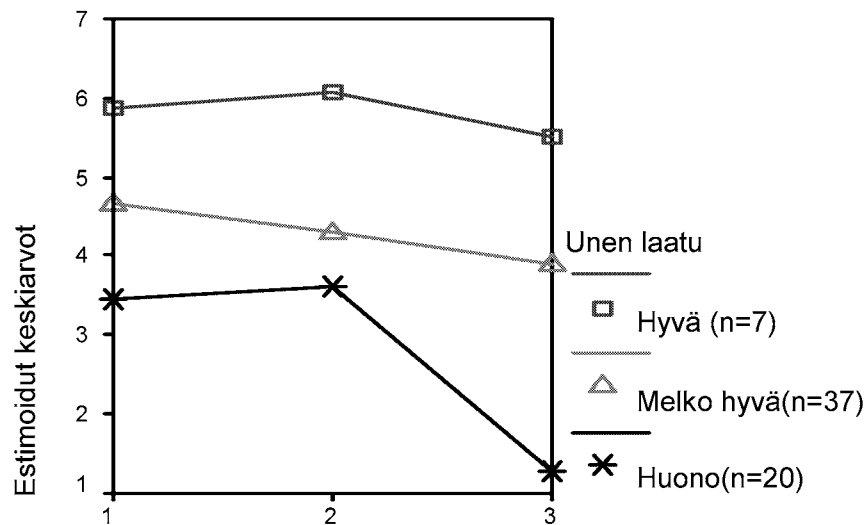
Kuvio 13. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden suolisto-oireiden yhteys unen laatuun (n = 44), (1 = hyvä, 2 = melko hyvä, 3= melko huono, 4 = huono)

Unen laadussa tapahtuva muutos oli riippuvainen virtsaoireiden määrästä ( $F = 4.225$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.018$ ). Potilaille, joilla oli paljon virtsaoireita, unen laatu parani hieman hoidon aloituksen jälkeen. Potilaiden, joilla oli vähän virtsaoireita, unen laatu heikkeni neljään kuukauteen saakka, mutta parani vähän myöhemmin. Niillä potilaille, joilla oli paljon virtsaoireita, unen laatu parani myöhemmin seuranta-aikana ( $F = 8.047$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.007$ ) (Kuvio 14).



Kuvio 14. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien virtsaoireiden vaikutus unen laatuun (n = 44) (1 = hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

Levinnyttä syöpää sairastavilla potilailla unen laatu oli yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen ( $F = 3.253$ ;  $df = 4, 3.808$ ;  $p = 0.016$ ). Potilaille, joilla oli huono unen laatu, myös elämänlaatu heikkeni huomattavasti 4-12 kk:n välillä. ( $F = 4.853$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.011$ ). Potilaiden, joilla oli hyvä unen laatu, myös elämänlaatu oli parempi kuin niillä potilailla, joilla oli huono unen laatu ( $p = 0.000$ ) (Kuvio 15).



Terveyteen liittyvä elämänlaatu mittauskerroittain

Kuvio 15 Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden unen laadun yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 64) (terveyteen liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden nukahtamisvaikeuksilla oli myös yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen ( $F = 6.001$ ;  $df = 2$ , 1.858;  $p = 0.004$ ). Potilaiden, joilla oli silloin tällöin nukahtamisvaikeuksia, elämänlaatu heikkeni vuoden aikana ( $F = 6.369$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.014$ ). Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli ero riippuen potilaiden kokemista nukahtamisvaikeuksista ( $F = 6.784$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.002$ ). Potilailla, joilla oli joka ilta nukahtamisvaikeuksia, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompi kuin niiden, joilla ei koskaan ollut nukahtamisvaikeuksia ( $p = 0.002$ ). Päiväunien nukkumisella oli myös yhteyttä elämänlaadun muuttumisessa ( $F = 6.264$ ;  $df = 2$ , 1.840;  $p = 0.003$ ). Potilaiden, jotka eivät nukkuneet koskaan päiväunia, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompi kuin silloin tällöin tai joka päivä nukkuvien ( $F = 5.872$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.018$ ).

Myös paikallista syöpää sairastavilla potilailla terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhteydessä potilaiden kokemiin nukahtamisvaikeuksiin ( $F = 4.417$ ;  $df = 2$ , 1.752;  $p =$

0.021). Potilaille, joilla oli joka ilta nukahtamisvaikeuksia, elämänlaatu heikkeni vähän ensimmäisten kuukausien aikana parantuen taas myöhemmin ( $F = 5.498$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.020$ ). Terveysteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen siitä, miten paljon potilaille oli nukahtamisvaikeuksia ( $F = 5.169$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.006$ ). Potilaille, joilla oli joka ilta nukahtamisvaikeuksia, elämänlaatu oli heikompi kuin niillä joilla ei ollut koskaan nukahtamisvaikeuksia ( $p = 0.010$ ).

### **8.3 Eturauhassyöpähoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun seuranta-aikana**

Prostatektomiapotilaita oli 33 %. Sädehoitoa (ulkoisen tai brachyterapian) sai 13 % potilaista. Hormonihoitoa sai 51 % ja seurantapotilaita oli 3 %. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat olivat nuorempia kuin hormoni- ja seurantapotilaat. Hormonihoitoa saavista ja seurantapotilaista oli melkein puolet vailla ammattikoulutusta. Yli puolet seurantapotilaista oli työntekijöitä. Sädehoitopotilaista yli puolet ja prostatektomiapotilaista alle puolet oli toimihenkilöitä. Yli puolella seurantapotilaista oli useita muita seurauksia ja lääkitystä (Taulukko 38).

Taulukko 38. Potilaiden saamat hoidot taustamuuttujittain (n=272) ,%

Taustatiedot	Prostatektomia	Sädehoito	Hormonihoito	Seuranta
<b>Ikä</b>				
Alle 66-vuotta	48	43	24	0
66 -75-vuotta	51	57	42	56
Yli 75-vuotta	1		34	44
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Asuminen</b>				
Puolison kanssa	84	77	73	78
Laitoksessa/Sukulaisen kanssa	3	3	9	0
Yksin	12	20	18	22
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Asunnon sijainti</b>				
Haja-asutusalue	31	29	30	22
Taajama	28	23	28	11
Kaupunki	41	49	41	67
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Ammattikoulutus</b>				
Ei ammattikoulutusta	27	17	49	45
Ammattikoulu	52	51	31	44
Opisto/ Korkeakoulu	21	31	20	11
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Ammatti</b>				
Työntekijä	30	23	39	56
Toimihenkilö	42	53	33	22
Yrittäjä/Maanviljelijä	28	24	28	22
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Muut sairaudet</b>				
Ei yhtään	32	28	22	11
Yksi	46	46	41	33
Useita	22	26	37	57
Yhteensä	100	100	100	100
<b>Muu lääkitys</b>				
Ei yhtään	33	23	21	0
Yksi	31	34	22	33
Useita	36	43	57	57
Yhteensä	100	100	100	100

Ennen hoidon aloitusta prostatektomiapotilaille oli paras terveyteen liittyvä elämänlaatu ja heikoin seuranta- ja hormonihoitopotilaille (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 26.29$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ) Orkiektomiapotilaille oli heikoin terveyteen liittyvä elämänlaatu (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 37.31$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0.000$ ). Neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen prostatektomia- ja sädehoitopotilaille oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muita hoitoja saavilla potilailla. Orkiektomiapotilaille oli heikoin terveyteen liittyvä elämänlaatu myös neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta (Kruskal-

Wallis:  $\chi^2 = 14.000$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0.030$ ). Vuoden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa hoidoittain ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Prostatektomia- ja sädehoitopotilailla oli parempi liikuntakyky, näkökyky, kuulo ja hengitys kuin hormonihoito- ja seurantapotilailla. Seurantapotilaiden näkökyvyssä, kuulossa ja hengityksessä ja eritystoiminnassa oli eniten ongelmia. Seurantapotilailla oli paljon oireita ja ongelmia henkisessä toiminnassa. Vähiten ongelmia oli prostatektomiapotilailla. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat suoriutuivat paremmin päivittäisistä toimitaan kuin hormoni- ja seurantapotilaat. Hormonihoitopotilaat nukkuivat huonommin, ja tunsivat itsensä uupuneiksi. Eturauhassyöpä oli vaikuttanut vähiten seurantapotilaiden sukupuolielämään. Useimmin sairaus tai hoito oli heikentänyt hormonihoitopotilaiden sukupuolielämää. Sädehoitopotilailla oli parempi fyysinen toimintakyky, kognitiivinen, sosiaalinen ja roolitoimintakyky kuin seuranta- ja hormonihoitopotilailla. Terveyteen liittyvä elämänlaatu oli prostatektomia- ja sädehoitopotilailla paras ja seurantapotilailla heikoin (Taulukko 39).

Taulukko 39. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden toimintakyky hoidoittain

Toimintakyky	Hoito	n	Järjestyspisteet(*)	Merkitsevyys $\chi^2$
Fyysinen	Prostatektomia	90	152.35	18.337;df=3,p=0.000
	Sädehoito	35	163.84	
	Hormonihoito	138	120.51	
	Seuranta	9	116.72	
Rooliin liittyvä	Prostatektomia	90	160.23	21.693;df=3,p=0.000
	Sädehoito	35	118.38	
	Hormonihoito	138	114.06	
	Seuranta	9	135.50	
Emotionaalinen	Prostatektomia	90	135.50	2.926;df=3,p=0.403
	Sädehoito	35	154.79	
	Hormonihoito	138	132.91	
	Seuranta	9	130.39	
Kognitiivinen	Prostatektomia	90	149.23	10.181;df=3,p=0.017
	Sädehoito	35	151.83	
	Hormonihoito	138	124.54	
	Seuranta	9	132.94	
Sosiaalinen	Prostatektomia	90	141.40	13.746;df=3,p=0.003
	Sädehoito	35	165.91	
	Hormonihoito	138	123.52	
	Seuranta	9	172.11	
Terveyteen liittyvä elämänlaatu	Prostatektomia	90	156.50	17.411;df=3,p=0.001
	Sädehoito	35	156.51	
	Hormonihoito	138	120.16	
	Seuranta	9	109.17	

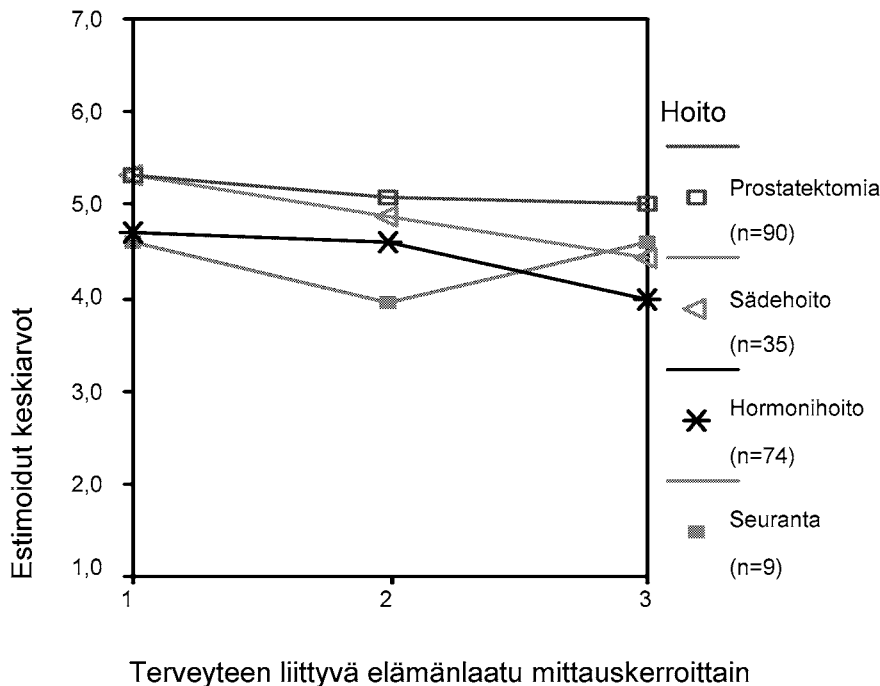
\*) Mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä parempi toimintakyky (Kruskai-Wallis)

Prostatektomiapotilaat olivat vähiten uupuneita (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.278$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.041$ ). Seurantapotilailla oli paljon kipuja ja hengenahdistusta. Sädehoitopotilailla oli vähiten kipuja (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.153$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.011$ ). Sädehoito- ja hormonihoitopotilailla oli paljon univaikeuksia (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.520$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.023$ ). Seurantapotilailla oli eniten ummetusta ja vähiten sädehoitopotilailla (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.750$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.008$ ). Hormonihoitopotilailla oli enemmän taloudellisia ongelmia (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.140$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.027$ ). Hormonihoitopotilailla oli myös paljon hoidon sivuvaikutuksia (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 21.206$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ).

Prostatektomiapotilailla oli enemmän virtsankarkailua kuin muilla. Sädehoitopotilailla oli virtsankarkailua vähiten neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 25.177$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Prostatektomia- ja seurantapotilailla oli myös eniten virtsankarkailua vuoden kuluttua hoidon aloituksesta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.509$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.002$ ). Noin neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta prostatektomiapotilaat olivat joutuneet pitämään virtsakatetria useammin kuin muita hoitoja saavat (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.827$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.032$ ).

Eturauhassyöpähoidoilla oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumisessa vuoden seuranta-aikana. ( $F = 3.222$ ;  $df = 2$ , 1.765;  $p = 0.047$ ). Prostatektomiapotilaiden elämänlaatu muuttui vain vähän. Sädehoitopotilaiden elämänlaatu oli ennen hoidon aloitusta yhtä hyvä kuin prostatektomiapotilaiden, mutta heikkeni tasaisesti hoidon aloituksen jälkeen. Hormonihoitoa saavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu pysyi neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta melkein muuttumattomana ( $F = 5.165$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.024$ ), mutta heikkeni myöhemmin vuoden aikana. Seurantapotilaiden elämänlaatu heikkeni neljään kuukauteen saakka, mutta parani myöhemmin. Eri hoitoja saavilla potilailla oli eroa terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ( $F = 5.419$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ). Prostatektomiapotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin hormonihoitoa saavien ( $p = 0.000$ ) (Kuvio 16).





Kuvio 16. Hoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208) (Terveysteen liittyvä elämänlaatu asteikolla, 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Hoidoilla oli myös yhteyttä potilaiden roolitoimintakyvyn muuttumisessa seuranta-aikana ( $F = 4.915$ ;  $df = 2$ ,  $1.977$ ;  $p = 0.008$ ). Hormonihoitoa saavilla potilailla roolitoimintakyky oli hieman heikompi kuin seurantapotilailla. Kaikkien potilaiden roolitoimintakyky heikkeni neljän kuukauden aikana, mutta seurantapotilailla enemmän kuin muilla ( $F = 6.490$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.011$ ). Prostatektomiapotilaiden roolitoimintakyky parani muita hoitoja saaneita enemmän vuoden kuluessa ( $F = 7.311$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.007$ ).

Yli puolella prostatektomia- ja sädehoitopotilaista fyysinen toimintakyky oli hyvä ja kolmanneksella hormonihoito- ja seurantapotilaista. Potilaiden saamalla hoidoilla oli yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn ( $F = 9.849$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ) seuranta- aikana. Fyysinen toimintakyky heikkeni kaikilla potilailla neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta. Seurantapotilaiden fyysinen toimintakyky heikkeni enemmän kuin muita hoitoja saavilla ( $F = 17.873$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.000$ ). Prostatektomia- ja seurantapotilaiden fyysinen toimintakyky parani 4-12 kk välillä hoidon aloituksen jälkeen.

Seurantapotilaiden fyysinen toimintakyky oli huonompi kuin muita hoitoja saavilla ( $F = 4.667$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.004$ ).

Yli puolella prostatektomiapotilaista oli normaali henkinen toimintakyky (pystyivät ajattelemaan johdonmukaisesti ja muisti toimi moitteettomasti). Sädehoitopotilaista noin puolella ja hormonihoitopotilaista alle puolella oli normaali henkinen toimintakyky. Kahdella kolmasosalla seurantapotilaista oli melkoisia ongelmia henkisessä toimintakyvyssä. Potilaiden saamista hoidoilla oli vaikutusta potilaiden henkiseen toimintakykyyn seuranta-aikana ( $F = 5.440$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.005$ ). Seurantapotilaiden henkinen toimintakyky heikkeni hoidon aloituksen jälkeen neljään kuukauteen saakka. Muita hoitoa saavilla se heikkeni vain vähän ( $F = 9.920$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.002$ ). Seurantapotilaiden henkinen toimintakyky parani vuoden kuluessa samalle tasolle kuin se oli ollut ennen hoidon aloittamista ( $F = 6.242$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.013$ ). Prostatektomiapotilaiden henkinen toimintakyky parempi kuin seurantapotilaiden ( $p = 0.044$ ).

Kolmasosalla prostatektomiapotilaista, neljäsosalla sädehoitopotilaista, viidenneksellä hormonihoitopotilaista ja 11 %:lla seurantapotilaista oli normaali eritystoiminta (virtsaaminen ja ulostaminen). Hoidoilla oli yhteyttä eritystoiminnan muuttumiseen ( $F = 3.868$ ;  $df = 6$ ,  $5.957$ ;  $p = 0.001$ ). Prostatektomiapotilaiden eritystoiminta heikkeni neljän kuukauteen saakka enemmän kuin muita hoitoja saavilla. Myös sädehoitopotilaiden eritystoiminta heikkeni hieman ( $F = 7.090$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Hormonihoitopotilaiden eritystoiminta sen sijaan parani hoidon aloituksen jälkeen seuranta-aikana. Prostatektomiapotilaiden eritystoiminta parani vuoden kuluessa hoidon aloituksesta ( $F = 3.281$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.022$ ).

Hoidoilla oli myös yhteyttä potilaiden suoriutumiseen päivittäisistä toimista seuranta-aikana ( $F = 5.069$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.007$ ). Hormonihoitopotilaiden suoriutuminen päivittäisistä toimista muutti vain vähän ( $F = 9.098$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.003$ ). Seurantapotilaiden suoriutuminen päivittäisistä toimista parani huomattavasti myöhemmin hoidon aloituksen jälkeen. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaiden selviytyminen päivittäisistä toimista heikkeni neljään kuukauteen saakka, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana.

Hoidoilla oli yhteyttä myös potilaiden energisyyteen seuranta-aikana ( $F = 4.166$ ;  $df = 2$ ,  $1.969$ ;  $p = 0.017$ ). Potilaiden energisyys heikkeni neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 7.617$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.006$ ). Seurantapotilaat tunsivat itsensä uupuneimmiksi. Energisyys lisääntyi muilla potilailla paitsi hormonihoitopotilailla 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 3.951$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.048$ ).

Potilailla, joiden hoitona oli seuranta, oli terveyteen liittyvän elämänlaadun alueilla enemmän ongelmia kuin muita hoitoja saavilla potilailla ennen hoidon alkua. Seurantapotilaiden elämänlaatu aluksi heikkeni, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana. Sädehoito- ja prostatektomiapotilailla oli vähiten ongelmia henkisessä toiminnassa, erityistoiminnassa, energisyydessä ja päivittäisistä toimista suoriutumisessa. Prostatektomiapotilaiden erityistoiminnassa oli eniten ongelmia neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta, mutta ne paranivat myöhemmin seuranta-aikana.

Viidesosa paikallista eturauhassyöpää sairastavista potilaista uskoi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa paranevan tulevaisuudessa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.160$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.004$ ). Yli kolmasosa prostatektomiapotilaista arvio elämänlaatunsa paranevan tulevaisuudessa, sädehoito- ja hormonihoitopotilaista 17 % ja seurantapotilaista 11 %. Yli viidesosa prostatektomiapotilaista, yli neljäsosa sädehoitopotilaista, melkein kolmannes hormonihoitopotilaista ja noin viidennes seurantapotilaista arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikentyvän (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.939$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.019$ ). Melkein puolet prostatektomiapotilaista, melkein kolmasosa sädehoitopotilaista ja melkein viidesosa hormonihoitoa saavista potilaista arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa parantuneen hoidon aloituksen jälkeen. Kolmasosalla seuranta-, melkein neljäsosalla sädehoitopotilaista, noin viidesosalla hormonihoitopotilaista ja yli 10 %:lla prostatektomiapotilaista terveyteen liittyvä elämänlaatu oli heikentynyt hoidon aloituksen jälkeen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 12.246$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.007$ ).

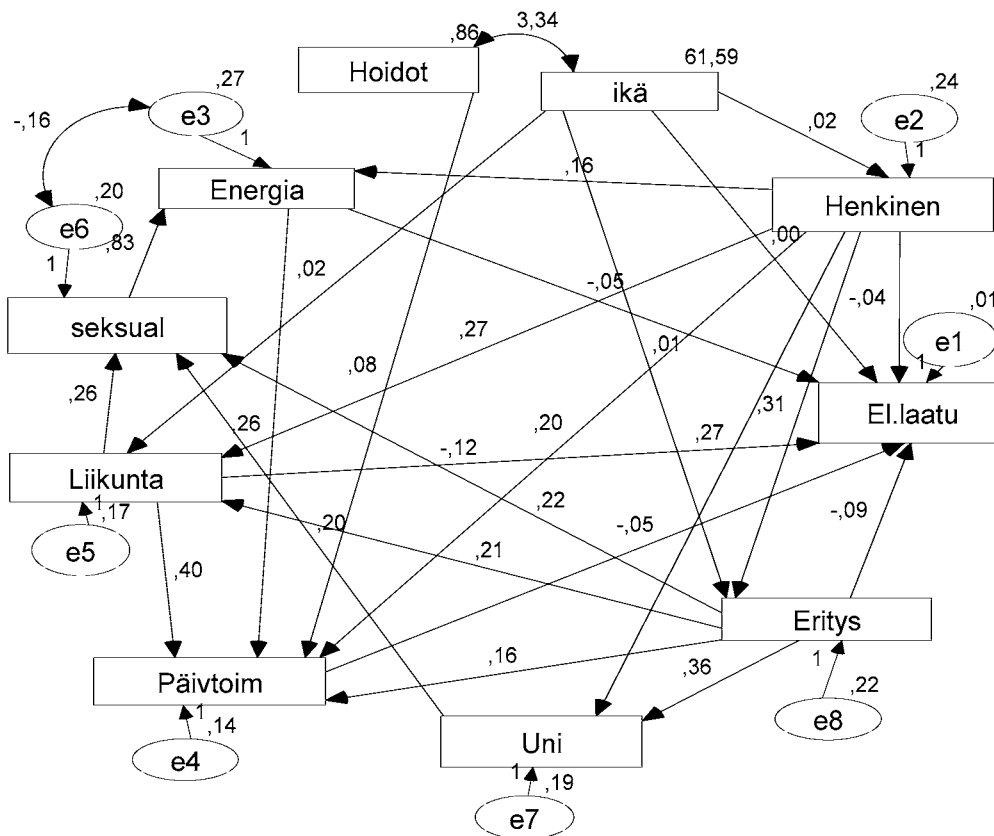
Haja-asutusalueella asuvista joka viides potilas arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikkenevän, taajamassa asuvista 17 % ja kaupungissa asuvista 13 % (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.964$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.046$ ). Yli kolmannes yrittäjistä ja maanviljelijöistä arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikkenevän (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 18.736$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.001$ ). Yli neljäsosa ammattikoulutusta vaille olevista

potilaista arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa tulevaisuudessa heikkenevän (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 12.358$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.015$ ). Viidenneksellä ammattikoulun käyneistä potilaista oli terveyteen liittyvä elämänlaatu heikentynyt vuoden kuluttua hoidon aloituksesta (Kruskal - Wallis:  $\chi^2 = 10.596$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.032$ ).

Alle 66-vuotiaat uskoivat useimmin terveyteen liittyvän elämänlaatunsa paranevan tulevaisuudessa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.843$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.012$ ). Yli kolmasosalla alle 66-vuotiaista, neljäsosalla 66-75-vuotiaista ja 13 %:lla yli 75-vuotiaista potilaista oli elämänlaatu myös parantunut hoidon aloituksen jälkeen. Melkein viidesosalla alle 66-vuotiaista ja yli 75-vuotiaista elämänlaatu oli huonontunut.

#### **8.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli**

Terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaamaan ja selittämään tehtiin rekursiivinen polkumalli. Mallin muuttujiksi valittiin 15D-mittarin muuttujien keskiarvot. Mallissa hoidoilla, iällä, eritystoiminnalla, henkisellä toimintakyvyllä, nukkumisella, energisyydellä, päivittäisistä toimista suoriutumisella, liikkumisella ja sukupuolielämällä oli sekä suoraan että välillisesti vaikutusta potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Kuvio 17).



Kuvio 17. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli (n=272) (seksuaal = sukupuolielämä, päivtoim = päivittäiset toimet, el.laatu= terveyteen liittyvä elämänlaatu, e = jäännöstermi)

Mallissa potilaiden ikä ja hoidot korreloivat keskenään. Hoitoja valittaessa iällä oli merkitystä, sillä esimerkiksi prostatektomia valittiin hoidoksi nuoremmille potilaille (alle 70-vuotta) ja hormonihoito iäkkäämmille potilaille. Hoidoilla oli vaikutusta potilaiden päivittäisistä toimista selviytymiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Ikä vaikutti eritystoimintaan, nukkumiseen, henkiseen toimintaan, energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen, liikkumiseen, sukupuolielämään ja elämänlaatuun. Eritystoiminta (virtsaaminen ja ulostaminen) vaikutti liikkumiseen, nukkumiseen, energisyyteen, sukupuolielämään, päivittäisistä toimista suoriutumiseen,

ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Liikkuminen vaikutti sukupuolielämään, energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja elämänlaatuun. Sukupuolielämällä oli vaikutusta energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Nukkuminen vaikutti sukupuolielämään, energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Energisyydellä oli vaikutusta päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja elämänlaatuun. Henkinen toiminta vaikutti eritystoimintaan, nukkumiseen, energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen, liikkumiseen, sukupuolielämään ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Päivittäisistä toimista suoriutuminen vaikutti potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Taulukko 40)

Taulukko 40. Terveyteen liittyvän elämänlaatumallin standardoidut kokonaisvaikutukset\* (n=272)

Ulottuvuus	Hoito	Ikä	Henkinen toiminta	Eritys	Liikkuminen	Sukupuolielämä	Nukkuminen	Energisyys	Päivittäiset toimet
Henkinen toiminta	0.000	0.238	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Eritys	0.000	0.294	0.308	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Liikkuminen	0.000	0.401	0.345	0.219	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sukupuolielämä	0.000	0.197	0.227	0.338	0.252	0.000	0.195	0.000	0.000
Nukkuminen	0.000	0.170	0.382	0.358	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Ergisyys	0.000	0.221	0.380	0.307	0.229	0.909	0.177	0.000	0.000
Päivittäiset toimet	0.135	0.283	0.443	0.300	0.411	0.203	0.039	0.223	0.000
Terveyteen liittyvä elämänlaatu	-0.022	-0.393	-0.448	-0.421	-0.434	-0.161	-0.031	-0.177	-0.164

\* (taulukossa on esitetty  $\beta$ - kertoimet)

Hoidoilla oli suoraan vaikutusta potilaiden selviytymiseen päivittäisistä toimista. Iän lisääntyminen heikensi henkistä toimintaa, eritystoimintaa, liikkumista ja terveyteen liittyvää elämänlaatua. Henkisen toiminnan muuttuminen vaikutti suoraan eritystoiminnan, liikkumisen, nukkumisen, energisyyden, päivittäisistä toimista suoriutumisen ja elämänlaadun muuttumiseen. Eritystoiminnan parantuminen paransi myös nukkumista, liikkumista, sukupuolielämää, päivittäisistä toimista selviytymistä sekä terveyteen liittyvää elämänlaatua. Potilaiden liikkumisen heikkeneminen huononsi sukupuolielämää, selviytymistä päivittäisistä toimista ja elämänlaatua. Sukupuolielämällä oli vaikutusta potilaiden energisyyteen. Nukkumisen heikkeneminen huononsi suoraan myös potilaiden sukupuolielämää. Ergisyyden väheneminen

huononsi päivittäisistä toimista selviytymistä ja terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen. Päivittäisistä toimista suoriutuminen vaikutti suoraan terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Taulukko 41).

Taulukko 41. Terveyteen liittyvän elämänlaatumallin standardoidut suorat vaikutukset\* (n=272)

Uloottuvuus	Hoito	Ikä	Henki- nen toiminta	Eritys	Liikku- minen	Suku- puoli- elämä	Nukku- minen	Ener- gisyys	Päivit- täiset toimet
Henkinen toiminta	0.000	0.238	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Eritys	0.000	0.221	0.308	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Liikkuminen	0.000	0.270	0.277	0.219	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sukupuoli- elämä	0.000	0.000	0.000	0.213	0.252	0.000	0.195	0.000	0.000
Nukkuminen	0.000	0.000	0.211	0.359	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Energisyys	0.000	0.000	0.174	0.000	0.000	0.909	0.000	0.000	0.000
Päivittäiset toimet	0.135	0.000	0.187	0.152	0.360	0.000	0.000	0.223	0.000
Terveyteen liittyvä elämänlaatu	0.000	-0.076	-0.128	-0.255	-0.334	0.000	0.000	-0.141	-0.164

\* (taulukossa on esitetty  $\beta$ - kertoimet)

Hoidoilla oli välillisesti vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Potilaiden iällä oli välillisesti vaikutusta eritystoimintaan, nukkumiseen, energisyyteen, liikkumiseen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen, sukupuolielämään ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Henkisen toiminnan muuttuminen vaikutti välillisesti liikkumisen, nukkumisen, energisyyden, päivittäisistä toimista suoriutumisen ja elämänlaadun muuttumiseen. Eritystoiminnan heikkeneminen huononsi välillisesti myös potilaiden sukupuolielämää, energisyyttä, päivittäisistä toimista suoriutumista ja elämänlaatuun. Liikkumisella oli välillistä vaikutusta potilaiden energisyyteen, päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sukupuolielämä vaikutti puolestaan välillisesti päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Nukkuminen vaikutti välillisesti päivittäisistä toimista selviytymiseen, energisyyteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Energisyyden heikkeneminen vaikutti välillisesti myös terveyteen liittyvän elämänlaadun huonontumiseen. Potilaiden selviytymisellä päivittäisistä toimista oli välillistä vaikutusta energisyyteen ja sukupuolielämään (Taulukko 42).

Taulukko 42. Terveysteen liittyvän elämänlaatumallin standardoidut välilliset vaikutukset \*  
(n=272)

Ulottuvuus	Hoito	Ikä	Henki- nen toiminta	Eritys	Liikku- minen	Suku- puoli- elämä	Nukku- minen	Energi- syys	Päivit- täiset toimet
Henkinen toiminta	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Eritys	0.000	0.073	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Liikkumi- nen	0.000	0.131	0.068	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sukupuoli- elämä	0.000	0.197	0.227	0.125	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Nukkumi- nen	0.000	0.170	0.111	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Energisyys	0.000	0.221	0.206	0.307	0.229	0.000	0.177	0.000	0.000
Päivittäiset toimet	0.000	0.283	0.256	0.148	0.051	0.203	0.039	0.000	0.000
Terveysteen liittyvä elämänlaa- tu	-0.022	-0.317	-0.320	-0.166	-0.100	-0.161	-0.031	-0.037	0.000

\* (taulukossa on esitetty  $\beta$ - kertoimet)

Mallissa henkisen toiminnan selitysosuus oli  $R^2 = 0.057$ , eritystoiminnan  $R^2 = 0.176$ , nukkumisen  $R^2 = 0.272$ , energisyyden  $R^2 = -0.207$ , päivittäisistä toimista suoriutumisen  $R^2 = 0.543$ , liikkuminen  $R^2 = 0.312$ , sukupuolielämän  $R^2 = 0.253$  ja terveyteen liittyvän elämänlaadun  $R^2 = 0.661$ .

### 8.5 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden arvio saamansa tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä

Taulukossa 43 on esitetty potilaiden arvio saamansa tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä eri ikäisillä potilailla. Tiedon tarpeellisuudessa ja riittävydessä päätöksentekoa varten ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa eri-ikäisillä potilailla. Yli 75-vuotiaat eivät pitäneet niin tarpeellisena saada tietoa sosiaaliseen elämään liittyvissä asioista ja tietoa hoitoon osallistumista varten kuin nuoremmat potilaat. He olivat saaneet myös vähiten tietoa. Yli 75-vuotiaat olivat saaneet myös vähiten ohjausta kotona selviytymisessä (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.192$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.017$ ) ja ongelmatilanteissa toimimisesta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 7.587$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.023$ ). Alle 66-vuotiaat potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa syöpäyhdistyksen toiminnasta ja tuesta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.296$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.043$ ). Parisuhteeseen liittyvissä asioissa 66-75-vuotiaat olivat saaneet tietoa riittävästi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 6.456$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.040$ ). He olivat



saaneet myös riittävästi kirjallisia ohjeita (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 19.433$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.000$ ).

Taulukko 43. Tiedon tarpeellisuus ja riittävyys eri ikäisillä potilailla N, ka, Sd, merkitsevyys (Kruskal-Wallis)

Tiedon tarpeellisuus	n	Ka	SD	Ikä	Järjestyspisteet (*)	Merkitsevyys, $\chi^2$
Päätöksentekoon liittyvä tiedon tarve	272	3.90	0.31	alle 66 66-75 yli75	140.07 138.36 119.92	$\chi^2=5.281$ ; $f=3$ ; $p=0.071$
Tiedon tarve sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa	272	3.38	0.59	alle 66 66-75 yli75	149.92 14.64 95.31	$\chi^2=22.816$ ; $df=3$ ; $p=0.000$
Tiedon tarve hoitoon osallistumista varten	271	3.63	0.51	alle 66 66-75 yli75	147.77 142.77 97.87	$\chi^2=21.918$ ; $df=3$ ; $p=0.000$
Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten	272	3.43	0.57	alle 66 66-75 yli75	143.33 138.36 119.92	$\chi^2=3.938$ ; $df=3$ ; $p=0.140$
Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa	270	3.32	0.55	alle 66 66-75 yli75	131.83 145.91 116.50	$\chi^2=7.456$ ; $df=3$ ; $p=0.024$
Tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten	270	3.41	0.60	alle 66 66-75 yli75	146.14 139.81 105.81	$\chi^2=12.633$ ; $df=3$ ; $p=0.002$

(\*) korkea pisteet, sitä tarpeellisempi tai riittävämpi tieto

Tiedon tarpeellisuudessa ja tiedon riittävydessä päätöksentekoa varten ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa hoidoittain. Prostatektomia -ja sädehoitopotilaat pitivät tietoa sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista ja tiedon saamista hoitoon osallistumista varten tarpeellisimpana (Taulukko 44). Prostatektomiapotilaat halusivat myös tietoa enemmän virtsaamisen apuvälineistä (vaipat, katetrit) (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 10.785$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.013$ ) ja tilanteestaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 17.869$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Prostatektomiapotilaat pitivät tärkeänä mahdollisuutta ilmaista itseään hoitoa koskevissa asioissa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.549$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.023$ ). Sädehoitopotilaat toivoivat uneen ja lepoon ja erityistoimintaan liittyvien asioiden huomioimista. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät keskustelua tärkeänä parisuhteeseen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 =$

19.648;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ) ja sukupuolielämään (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 16.565$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ) liittyvistä asioista. Seurantapotilaat halusivat vähiten tarpeellisena tietoa tilanteestaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 12.045$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.007$ ) ja keskustella parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyvistä asioista.

Taulukko 44 Tiedon tarpeellisuus ja riittävyys hoidoittain (Kruskal-Wallis)

Tiedon tarpeellisuus	n	Ka	SD	Hoito (*)	Järjestyspisteet (**)	Merkitsevyys, $\chi^2$
Päätöksentekoon liittyvä tiedon tarve	272	3.90	0.31	1	142.98	$\chi^2=6.381$ ; $df=3$ ; $p=0.094$
				2	141.26	
				3	132.22	
				4	118.89	
Tiedon tarve sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa	272	3.38	0.59	1	157.74	$\chi^2=14.695$ ; $df=3$ ; $p=0.002$
				2	141.81	
				3	122.40	
				4	119.61	
Tiedon tarve hoitoon osallistumista varten	271	3.63	0.51	1	153.83	$\chi^2=15.358$ ; $df=3$ ; $p=0.002$
				2	145.36	
				3	124.62	
				4	94.50	
Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten	272	3.43	0.57	1	149.07	$\chi^2=4.636$ ; $df=3$ ; $p=0.200$
				2	125.61	
				3	131.13	
				4	135.50	
Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa	270	3.32	0.55	1	150.03	$\chi^2=9.932$ ; $df=3$ ; $p=0.019$
				2	147.00	
				3	122.98	
				4	134.67	
Tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten	270	3.41	0.60	1	159.80	$\chi^2=19.921$ ; $df=3$ ; $p=0.000$
				2	138.26	
				3	119.00	
				4	133.17	

\*)1=prostatektomia,2=sädehoito,3=hormonihoito, 4=seuranta, (\*\*) korkea pisteet, sitä tarpeellisempi tai riittävämpi tieto

Hormonihoitopotilaat olivat saaneet riittämättömästi tietoa päätöksentekoa ja hoitoon osallistumista varten sekä sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista. (Taulukko 44). Prostatektomia- ja hormonihoitopotilaat arvioivat saaneensa riittävästi tilanteestaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 7.858$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.049$ ). Hormonihoitopotilaat arvioivat myös tiedon virtsaamisen apuvälineistä liian vähäiseksi (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 30.553$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Heillä ei ollut myöskään riittävästi mahdollisuutta ilmaista itseään hoitoaan

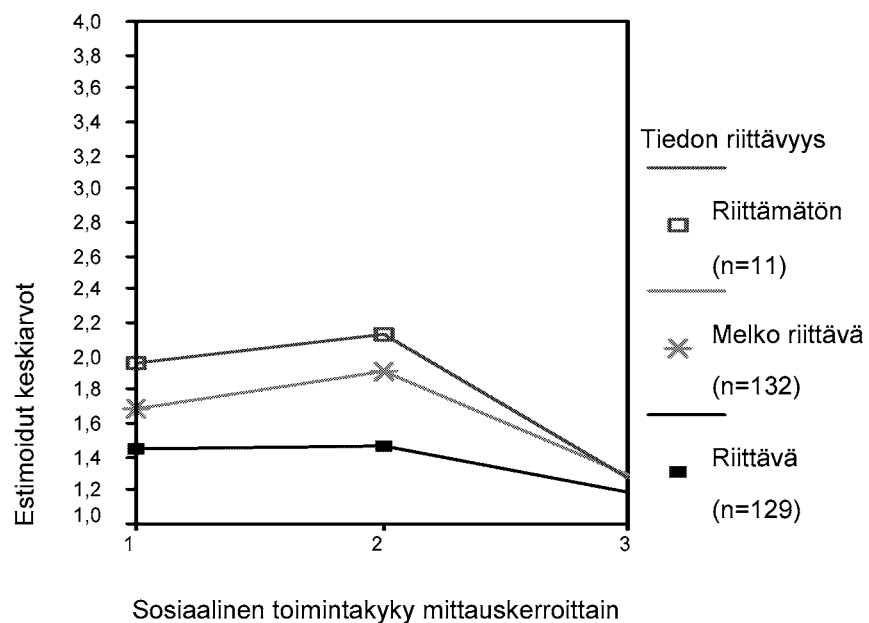
koskevista asioissa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.549$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.023$ ) ennen hoidon aloitusta. Hormonihoitopotilaat arvioivat myös saamansa tietoa eritystoiminnasta riittämättömäksi hoidon aloituksen jälkeen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 20.770$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Prostatektomiotilaat olivat saaneet riittävästi kirjallisia hoito-ohjeita. Hormonihoitopotilaat olivat saaneet kirjallisia ohjeita liian vähän (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 24.746$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Seuranta- ja hormonihoitopotilaat saaneet tietoa vähiten sukupuolielämään liittyvissä asioista olivat (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 13.559$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.004$ ). Prostatektomia- ja seurantapotilaat saivat riittävästi tietoa syöpäyhdistyksen toiminnasta ja tuesta. (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.362$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.002$ ).

Prostatektomiotilaiden omaiset olivat voineet osallistua ohjaustilanteeseen muita hoitoja saavien omaisia useammin (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.349$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.010$ ). Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat olivat saaneet eniten tietoa, miten toimia ongelmatilanteissa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 18.895$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.000$ ). Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat olivat myös tyytyväisimpiä tiedon saamisen ajoitukseen (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 10.801$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.013$ ). Prostatektomiotilaat olivat voineet useimmin keskustella hoitajansa kanssa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 9.532$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.023$ ). Seuranta- ja hormonihoitopotilaat olivat saaneet vähiten ohjausta hoitajilta (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 16.758$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ). Seurantapotilailla ei ollut myöskään mahdollisuutta keskustella hoitajan kanssa asioistaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 10.397$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.015$ ).

Potilaat, jotka tunsivat itsensä surulliseksi, arvioivat saaneensa liian vähän tietoa päätöksentekoaan (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 11.662$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.009$ ), hoitoon osallistumista varten (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 8.270$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.041$ ) ja sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 12.995$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.005$ ). Myös itsensä ahdistuneeksi tilanteestaan tunteneet potilaat arvioivat saamansa tiedon riittämättömäksi päätöksentekoa varten (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.612$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.002$ ), hoitoon osallistumista varten (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 14.588$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.002$ ) ja sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa (Kruskal-Wallis:  $\chi^2 = 10.074$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.018$ ).

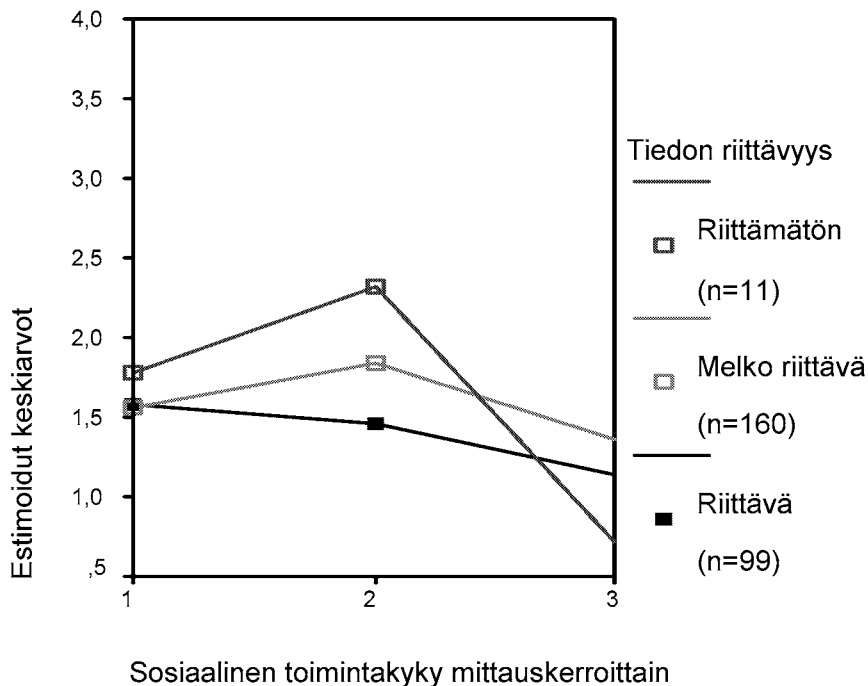
Potilaiden saaman tiedon riittävyydellä oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun alueisiin. Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten oli yhteydessä potilaiden sosiaalisen toimintakyvyn muuttumiseen ( $F = 10.831$ ;  $df = 2$ ,  $1.977$ ;  $p = 0.000$ ). Riittämättömästi

tietoa saneiden potilaiden sosiaalinen toimintakyky heikkeni ensimmäisten kuukausien aikana, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana ( $F = 4.290$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.039$ ) (Kuvio 18).



Kuvio 18. Tiedon riittävyys päätöksentekoa varten suhteessa sosiaaliseen toimintakykyyn ( $n = 272$ ), (sosiaalinen toimintakyky asteikolla 1= hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

Tieto sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista oli yhteydessä potilaiden sosiaalisen toimintakyvyn muuttumiseen ( $F = 4.301$ ;  $df = 4, 3.945$ ;  $p = 0.002$ ). Niiden potilaiden, jotka olivat saaneet riittämättömästi tietoa, sosiaalinen toimintakyky heikkeni neljään kuukauteen saakka parantuen myöhemmin seuranta-aikana ( $F = 4.814$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.009$ ). Riittävästi tietoa saaneiden potilaiden sosiaalinen toimintakyky sen sijaan parani hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 0.514$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.006$ ) (Kuvio 19).



Kuvio 19. Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista suhteessa sosiaaliseen toimintakykyyn (n = 270) sosiaalinen toimintakyky asteikolla (1 = hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = melko huono, 4 = huono)

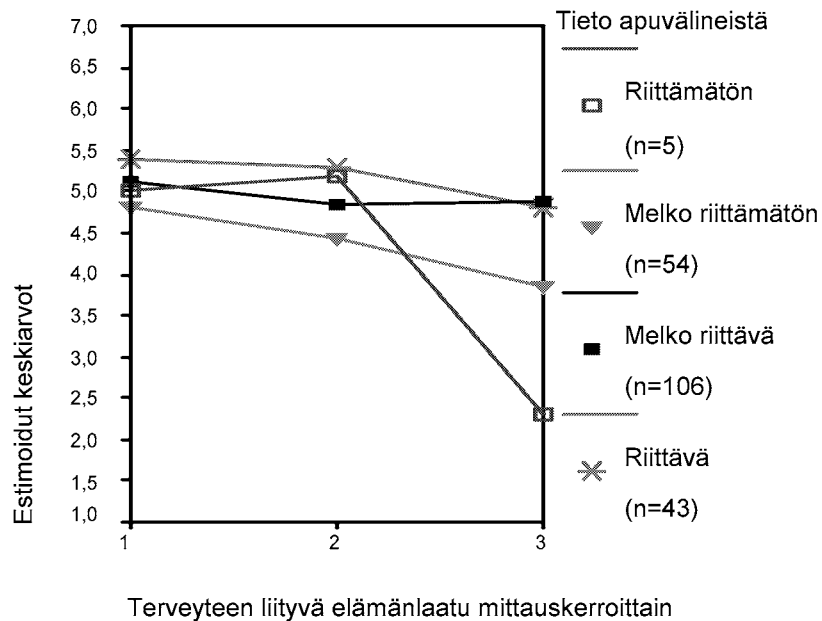
Potilaat, jotka pitivät tietoa tarpeettomana päätöksentekoa varten, olivat masentuneita ( $F = 4.130$ ;  $df = 2$ ,  $1.973$ ;  $p = 0.017$ ). Toisaalta potilaiden masentuneisuus lisääntyi ensimmäisten kuukausien aikana, jos he olivat saaneet riittämättömästi tietoa päätöksentekoaan varten ( $F = 4.869$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.028$ ), mutta väheni myöhemmin seuranta-aikana ( $F = 7.2011$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.008$ ). Tiedon riittävyys päätöksentekoa, hoitoon osallistumista varten ja sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa olivat yhteydessä myös unen laadun muuttumiseen. Riittävästi tietoa sosiaaliseen elämän liittyvistä asioista saaneiden potilaiden unen laatu oli muita parempi. Tieto hoitoon osallistumista varten vaikutti niin, että riittävästi tietoa saaneiden unen laatu aluksi parani, mutta myöhemmin heikkeni ( $F = 3.252$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.041$ ). Riittämättömästi tietoa saaneiden potilaiden unen laatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen huomattavasti, mutta parani myöhemmin ( $F = 5.492$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.005$ ). Riittämätön tieto päätöksentekoa varten vaikutti unen laadun heikkenemiseen 4-12 kk:n välillä hoidon aloituksen jälkeen ( $F = 5.592$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.019$ ).

Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden saama tieto sairaudesta ( $F = 8.807$ ;  $df = 2$ ,  $1.832$ ;  $p = 0.000$ ), tilanteestaan ( $F = 9.518$ ;  $df = 2$ ,  $1.838$ ;  $p = 0.000$ ), parisuhteeseen liittyvistä asioista ( $F = 9.257$ ;  $df = 2$ ,  $1.866$ ;  $p = 0.000$ ), tiedon saaminen selkeästi ja ymmärrettävästi ( $F = 9.473$ ;  $df = 2$ ,  $1.850$ ;  $p = 0.000$ ), uneen ja nukkumiseen liittyvien asioiden huomioiminen hoidossa ( $F = 5.039$ ;  $df = 2$ ,  $1.867$ ;  $p = 0.009$ ) ja tieto syöpäyhdistyksen toiminnasta ja tuesta ( $F = 2.375$ ,  $df = 6$ ,  $5.826$ ;  $p = 0.035$ ) olivat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Myös potilaiden tarve tulla ymmärretyksi oli yhteydessä elämänlaadun muuttumiseen ( $F = 7.132$ ;  $df = 2$ ,  $1.846$ ;  $p = 0.002$ ). Potilaiden, jotka eivät voineet riittävästi ilmaista itseään, elämänlaatu oli heikompi kuin muiden ja heikkeni vielä hoidon aloituksen jälkeen. Potilaiden, joilla tarve ilmaista itseään oli huomioitu hyvin, terveyteen liittyvässä elämänlaadussa oli vain vähäistä muutosta neljään kuukauteen saakka mutta heikkeni myöhemmin vuoden kuluessa. ( $F = 6.944$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.011$ ).

Potilaiden, jotka arvioivat, että uneen liittyvät asiat oli huomioitu hoidossa hyvin, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli ennen hoidon aloitusta parempi kuin muiden ja parani vähän neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, mutta heikkeni myöhemmin huomattavasti ( $F = 6.395$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.014$ ). Myös potilaiden, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa syöpäyhdistyksen toiminnasta ja tuesta, terveyteen liittyvä elämänlaatu parani neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen muita enemmän mutta heikkeni huomattavasti myöhemmin seuranta-aikana. Muiden potilaiden elämänlaatu säilyi seuranta-ajan lähes muuttumattomana. Riittämättömästi tietoa saaneiden potilaiden elämänlaatu oli kuitenkin vähän alhaisempi kuin muilla. ( $F = 11.399$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.001$ ).

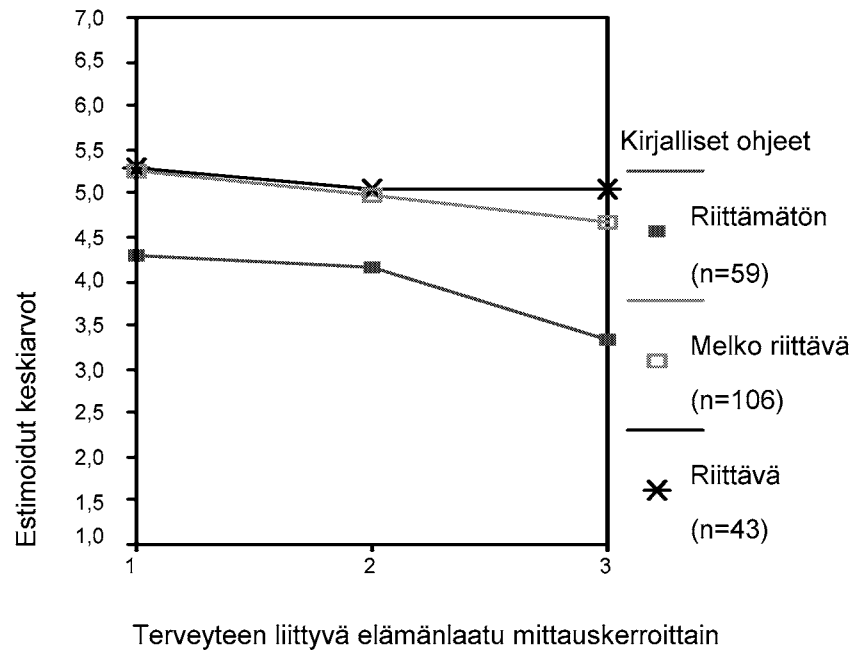
Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen olivat yhteydessä heidän saamansa tieto apuvälineistä ( $F = 2.865$ ;  $df = 6$ ,  $5.349$ ;  $p = 0.013$ ), kirjallisten ohjeiden saaminen hoidosta ( $F = 4.869$ ;  $df = 2$ ,  $1.768$ ;  $p = 0.011$ ), mahdollisuus puhua mieltä painavista asioista ( $F = 6.1999$ ;  $df = 2$ ,  $1.757$ ;  $p = 0.003$ ) ja tieto syöpäyhdistyksen toiminnasta ( $F = 6.003$ ;  $df = 2$ ,  $1.727$ ;  $p = 0.004$ ). Liian vähän tietoa virtsaamisen apuvälineistä saaneilla potilailla elämänlaatu heikkeni huomattavasti myöhemmin seuranta-aikana. Muiden potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa tapahtui vain pientä muutosta ( $F = 12.297$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.001$ )

(Kuvio 20).



Kuvio 20. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tiedon riittävyys apuvälineistä (n = 208), (\*Terveysten liittyvä elämänlaatu: 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Riittämättömästi kirjallisia ohjeita saaneiden potilaiden elämänlaatu säilyi muuttumattomana hoidon aloituksen jälkeen neljään kuukauteen saakka, mutta heikkeni myöhemmin vuoden kuluessa. Muilla tapahtui vain pientä muutosta ( $F = 4.534$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.034$ ) (Kuvio 21).



Kuvio 21. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden kirjallisten ohjeiden saaminen suhteessa terveyteen liittyvään elämänlaatuun (n = 208), (\*Terveysteen liittyvä elämänlaatu asteikolla 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = melko huono, 4 = kohtalainen, 5 = melko hyvä, 6 = hyvä, 7 = erinomainen)

Syöpäyhdistyksen toiminnasta ja tuesta riittävästi tietoa saaneiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi ennen hoidon aloitusta, mutta heikkeni neljään kuukauteen saakka välillä samansuuntaisesti kuin riittämättömästi tietoa saaneiden (F = 8.647; df = 1; p = 0.004). Potilaiden, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa, elämänlaatu parani myöhemmin. Terveysteen liittyvässä elämänlaadussa oli eroa riippuen siitä, kuinka tyytyväisiä potilaat olivat saamaansa tietoon syöpäyhdistyksen toiminnasta (F = 10.286; df = 3; p = 0.000).



## 9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, selittää ja ennustaa eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvää elämänlaatua sen muutoksia sekä niihin yhteydessä oleva tekijöitä vuoden kuluessa sairauden toteamisesta. Terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkasteltiin potilaiden voimavarojen kautta.

Tutkimus oli moni-keskustutkimus, jossa aineisto kerättiin seitsemästä sairaalasta kolme kertaa vuoden aikana. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua ja postikyselyä. Kaksi ensimmäistä aineistoa kerättiin strukturoidulla haastattelulla, kolmas postikyselyllä. Menetelmänä haastattelu on raskas ja aikaa vievä (Alkula ym. 1994). Sen avulla kuitenkin voidaan varmistaa tutkittavien pysyminen tutkimuksessa. Tutkimushoitajat haastattelivat potilaat. Tutkimushoitajiksi valittiin kokeneet urologiset hoitajat, jolla varmistettiin haastattelujen onnistuminen ja potilaiden sisäänotto tutkimukseen. Haastattelun tekemisen ajankohdalla on merkitystä potilaiden halukkuuteen tutkimukseen ja vastaamiseen kysymyksiin. Potilaat haastateltiin potilaiden kontrollikäynnin yhteydessä osastolla tai poliklinikalla, mikä selittää myös osaltaan korkeaa osallistumisprosenttia.

Tutkimukseen haastateltiin 275 potilasta, joista kolmen vastaukset jouduttiin hylkäämään lopullisessa analyysissä. Otos on 24 % tutkimusyksiköissä hoidetuista potilaista, joten sitä voidaan pitää edustavana. Korkea vastausprosentti ja vähäiset puuttuvat tiedot kahdessa ensimmäisessä aineistossa merkitsivät haastattelijoiden onnistumista työssään. Tutkimukseen olisi luultavasti saatu enemmän potilaita, jos olisi käytetty pelkästään kyselyä. Toisaalta puuttuvia tietoja olisi voinut olla enemmän. Henkilökuntatilanne vaikeutui tutkimusyksiköissä keväällä 2002 siinä määrin, että yksiköiden toivomuksesta uusien potilaiden sisäänottoa ei jatkettu lääkäri ja hoitajapulan vuoksi. Yhdessä yksikössä tyydyttiin tästä syystä ottamaan tutkimukseen vain vuodeosastolla olleita potilaita. Myös sijaisten käyttöä tutkimuksessa vältettiin potilaiden haastattelun vaativuuden takia.

Postikyselyä varten tutkija lähetti potilaille kolmannen vaiheen kyselylomakkeen mukana saatekirjelmän, jossa selitettiin vastaamisen tärkeyttä. Postikyselyyn toivottiin

potilaiden vastaavan kahden viikon kuluessa kirjeen saamisesta. Tällä haluttiin varmistaa, että potilaat muistavat vastata kyselyyn. Postikyselyyn vastasi 225 potilasta, mitä voidaan pitää hyvänä.

Mittauksissa syntyvää satunnaisvirhettä voidaan vähentää ja mittauksen luotettavuutta lisätä toistamalla mittaus useaan kertaan. Tässä tutkimuksessa tehtiin kolme mittausta. Mittauskerroittain testattiin mittareiden reliabiliteettia Cronbachin alfa-arvolla (Burns & Grove 1997). Tässä tutkimuksessa mittareiden alfa-arvot olivat yli 0.7. EORTC Pr25 mittarin alfa oli kolmannen mittauksen kohdalla 0.66, mikäli mittaukseen otettiin mukaan seksuaalisuutta kuvaavat osiot. Alfa oli 0.90, jos se jätettiin pois. Potilaista oli seksuaalisesti aktiivisia noin 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksen jälkeen noin kolmasosa ja vuoden kuluttua melkein puolet. Saman käsitteen keskenään korreloivista osioista muodostettiin yhdistettyjä muuttujia. Yhdistetyn muuttujan avulla voidaan käsitteen eri ulottuvuuksia mitata usealla indikaattorilla. Yhdistettyjen muuttujien reliabiliteettia testattiin Cronbachin alfa-arvolla. Se vaihteli 0.70-0.90 välillä. Myös faktorianalyysin perusteella muodostettujen yhdistettyjen muuttujien alfa arvot olivat >0.70, mikä osoittaa tulosten luotettavuutta.

Tutkimusaineistot kerättiin ennen hoidon aloitusta, noin 4 kk:n ja vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Mittaukset haluttiin tehdä ennen hoidon aloitusta ja hoidon ollessa meneillään, jolloin hoidosta johtuvat sivuvaikutukset tulisivat paremmin esiin. Vuoden kuluttua tapahtuvassa mittauksessa haluttiin saada esiin hoidon jälkeinen tilanne, jolloin hoitojen vaikutukset olisivat jo tasaantuneet. Ensimmäisen ja toisen mittauksen välillä oli ehkä liian lyhyt aika, sillä useat oireet tulivat merkitseviksi vasta toisen ja kolmannen mittauksen välillä. Toisen ja kolmannen mittauksen välillä oleva aika saattoi olla liian pitkä ja olisi ollut hyödyllistä tehdä neljäs mittaus puolen vuoden kohdalla. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista resurssipulan takia ja tutkimuksen rahoituksen niukkuuden takia.

Pitkittäistutkimuksen ongelmana voi olla myös tutkittavien oppiminen tai halu vastata tietyllä tavalla kysymyksiin. Toisen haastattelun aikana tämä ilmeni siten, että muutamat potilaat miettivät, mitä olivat vastanneet edellisessä haastattelussa. Myös puuttuvien tietojen vähäisyys osoitti mittareiden selkeyttä.

Tutkimuksessa tehtiin malli selittämään ja ennustamaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Polkumallia voitiin pitää sopivana ja riittävänä mittaamaan tiettyjen muuttujien vaikutusta. Mallin sopivuutta kuvaava indeksi (GFI) oli laskettu selittämään, kuinka malli kuvaa tiettyjen muuttujien variaatiota. GFI indeksi oli tässä mallissa 0.980. Mikäli GFI >0.990 on, voidaan mallia pitää erinomaisena (Kline 1998). Mallissa testattiin sopivuutta  $\chi^2$  testillä, joka oli mallissa  $\chi^2 = 27.182$ ; Df = 19; p = 0.100. Mallia voitiin pitää sopivana. Mallin selitysosuus oli hyvä 66.1 %.

Toistomittauksella saatu tulos osoitti, missä vaiheessa potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa tai sen ulottuvuuksissa tapahtui muutosta. Tulosten perusteella voidaan ennustaa muutoksia eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa hoidon aloituksen jälkeen vuoden aikana. Toistomittaukset tehtiin erikseen paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden aineistoista, jotta sairauden levinneisyyden aiheuttamat muutokset tulisivat paremmin esiin. Muuttujille, jotka eivät täyttäneet varianssianalyysille asetettuja ehtoja (Boxin testi oli tilastollisesti merkitsevä), testattiin Friedmanin testillä ja ryhmien välistä eroa Kruskal-Wallis testillä (Burns & Grove 1997, Mauranen 1999). Koska Suomessa ei ole aikaisemmin tehty hoitotieteellistä eturauhassyöpäpotilaiden elämänlaatatutkimusta pitkittäisasetelmassa, haluttiin selvittää aluetta mahdollisimman laajasti.

Tässä tutkimuksessa geneerinen terveyteen liittyvä elämänlaatumittari 15D antoi paremman kuvan eturauhassyöpäpotilaiden elämänlaadusta kuin sairausspesifi mittari pitkällä aikavälillä. Sen sijaan sairausspesifillä mittarilla saatiin potilaiden oireista ja hoitojen sivuvaikutuksista hyvä kuva lyhyellä aikavälillä (viikko, kuukausi). Tulokset eri mittareiden välillä olivat kuitenkin samansuuntaisia ja toisiaan täydentäviä.

## **10 TULOSTEN TARKASTELUA**

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä vuoden aikana hoidon aloituksen jälkeen. Terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkasteltiin potilaiden voimavaroja edistävien tai heikentävien tekijöiden kautta. Voimavaroja edistäviksi tekijöiksi luettiin sekä fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen että roolitoimintakyky, myönteiset tunteet, hyvä unen laatu ja riittävä tiedon saaminen. Voimavaroja heikentäviä tekijöitä olivat fyysiset oireet, kielteiset tunteet ja riittämätön tieto ja huono unen laatu. Potilaiden myönteiset tunteet ja oireiden väheneminen paransivat terveyteen liittyvää elämänlaatua. Oireiden lisääntyminen ja kielteiset tunteet puolestaan heikensivät elämänlaatua. Paikallista ja levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden elämänlaatuun olivat yhteydessä osittain samat osittain eri tekijät tai samat tekijät vaikuttavat eri aikaan. Levinnyttä syöpää sairastavilla potilailla oli enemmän kielteisiä tunteita, jotka olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen.

### **10.1 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen vuoden seuranta-aikana**

Paikallista ja levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkasteltiin erikseen. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveydentila oli parempi kuin levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla jo ennen hoidon aloitusta ja koko hoidon ajan. Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden terveydentila parani hoidon aloituksen jälkeen niin, että yli puolet potilaista koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mutta heikkeni vuoden seuranta-aikana entiselleen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveydentila on parempi kuin levinnyttä syöpää sairastavien. Tulos on samansuuntainen Albertsenin ym. (1997), Jolyn ym.(1998) ja Sharpin ym.(1999) tutkimusten tulosten kanssa.

Paikallista ja levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden elämänlaadussa oli eroa seuranta-aikana. Paikallista eturauhassyöpää sairastavilla potilailla elämänlaatu oli parempi jo ennen hoidon aloitusta kuin levinnyttä syöpää sairastavilla. Paikallista syöpää

sairastavien potilaiden fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja roolitoimintakyky heikkeni hoidon vaikutusten ollessa suurimmillaan, mutta palautuivat entiselleen vuoden kuluessa. Potilaiden emotionaalinen toimintakyky parani hoidon aloituksen jälkeen. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni enemmän vuoden seuranta-aikana. Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja roolitoimintakyky parani hoidon aloituksen jälkeen. Emotionaalinen toimintakyky parani myöhemmin seuranta-aikana. Jakobsson ym. (1997b) tutkimuksen tuloksiin verrattuna roolitoimintakyky oli hieman heikempi. Tämän tutkimuksen potilailla oli kuitenkin vähemmän uupumusta, kipuja, unettomuutta ja hengenahdistusta. Jakobssonin ym. (1997a, Jakobsson 1997b) tutkimuksessa oli tehty kuitenkin vain yksi mittaus.

Potilaiden iällä oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sen alueiden muuttumisessa. Paikallista eturauhassyöpää sairastavista alle 66-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen, kun taas 66-75-vuotiaiden potilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa tapahtui vain pientä muutosta seuranta-aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista yli 75-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni muita enemmän. Iäkkäät potilaat nukkuivat huonommin ja tunsivat itsensä uupuneemmiksi. Iäkkäämmät potilaat suoriutuivat myös huonommin päivittäisistä toiminnoista ja heidän liikkumisensa ja sukupuolielämänsä oli heikompaa kuin nuorempien potilaiden. Ikä vaikutti suoraan myös henkisen toiminnan, erityistoiminnan ja liikuntakyvyn heikkenemiseen. Iällä oli välillisesti vaikutusta potilaiden energisyyteen, erityistoimintaan, liikkumiseen, nukkumiseen, päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Myös Jakobssonin ym. (1997b) mukaan potilaiden iällä on yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun alueisiin. Litwinin ym. (1999) tutkimuksessa nuoremmilla eturauhassyöpäpotilailla oli parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu, he olivat energisempiä ja toipuivat paremmin myös hoitotoimenpiteistä kuin iäkkäät. Rondorf-Klymin & Collingin (2003) mukaan potilaiden ikä on ennustava tekijä seksuaalisen toimintakyvyn muuttumisessa, virtsaoireiden lisääntymisessä ja terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumisessa.

Tässä tutkimuksessa potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli hieman heikempi kuin ikävalikoidulla suomalaisella miesväestöllä sekä aikaisemmissä kansainvälisissä tutkimuksissa (Borghede ym. 1996, Albertsen ym. 1997, Joly ym. 1998, Sneeuw ym.

2001, Sintonen 2003). Potilaille oli enemmän ongelmia nukkumisessa ja eritystoiminnassa kuin vertailuväestöllä. Sen sijaan eturauhassyöpä potilaat olivat masentuneempia ja ahdistuneempia kuin vertailuväestö. Myös syöpäpotilaiden sukupuolielämässä oli enemmän ongelmia (Sintonen 2003).

Tuloksia verrattiin myös Borgheden ym. (1996) (n=192) ja Jolyn ym. (1998) (n=71) eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyviin elämänlaatututkimusten tuloksiin. Molemmat tutkimukset oli tehty sädehoitopotilaille hoitojen lopettamisen jälkeen. Potilaiden elämänlaatu oli heikompi koko seuranta-ajan kuin Borgheden ym. (1996) tutkimuksessa. Jolyn ym. (1998) tutkimuksessa oli potilaiden elämänlaatu yhtä hyvä kuin tässä tutkimuksessa ennen hoitojen aloitusta. Hoidon aloituksen jälkeen noin 4 kk:n kuluttua potilaiden elämänlaatu oli heikompi kuin kahdessa aikaisemmassa tutkimuksessa, mutta vuoden kuluttua vähän parempi kuin Jolyn ym. (1998) tutkimuksessa. Myös potilaiden fyysinen, emotionaalinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja roolitoimintakyky olivat heikompia tässä tutkimuksessa. Potilaille oli enemmän kipuja, unettomuutta ja ummetusta kuin vertailututkimuksissa. Potilaille oli myös enemmän virtsaoireita kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Kolmasosalla potilaista oli tiheävirtsaisuutta päivällä, yli kolmasosalla tiheävirtsaisuutta yöllä ja hoidon aloituksen jälkeen melkein viidesosalla oli virtsankarkailua ensimmäisten kuukausien aikana. Borgheden (1996) sädehoitoa saavilla potilaille oli vähän virtsaoireita. Sen mukaan 13 %:lla potilaista oli ongelmia virtsanlähdössä, melkein viidesosa kärsi pakkovirtsaisuudesta ja 6 %:lla oli kipuja tai tihentynyttä virtsan tarvetta. Myös Fontainen ym. (2002) tutkimuksessa radikaali prostatektomiapotilaille oli puolen vuoden kuluttua hoidosta noin 14 % virtsaoireita tai lievää virtsankarkailua. Borgheden ym. (1996) tutkimuksessa potilaille oli kuitenkin enemmän ripulia. Potilaiden hoitona oli ollut sädehoito, mikä voi osaltaan selittää asiaa (Taulukko 45).

Taulukko 45. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairausspesifin elämänlaadun pisteet (0-100) verrattuna Jolyn ym. (1998) Borghede ym. (1996) tutkimukseen\*

Ulottuvuus	Mittaus- kerrat: I	II	III	Borghede 1996	Joly ym. 1998
Elämänlaatu	68.0	65.5	70.5	75.0	68.0
Fyysinen funktio	79.0	70.6	78.7	88.8	78.8
Roolifunktio	78.5	70.3	82.9	91.9	86.8
Emotionaalinen funktio	72.5	74.9	83.1	85.6	87.3
Kognitiivinen funktio	80.6	78.8	85.7	87.5	81.0
Sosiaalinen funktio	83.5	75.8	84.7	85.5	88.3
Uupumus	26.7	31.5	26.8	21.7	19.5
Pahoinvointi	2.3	3.8	2.1	2.3	2.3
Kipu	19.5	24.4	19.9	12.5	-
Hengenahdistus	13.0	16.8	15.7	16.7	21.4
Unettomuus	24.4	28.3	25.9	14.5	20.9
Ruokahaluttomuus	6.4	9.5	5.2	1.9	6.6
Ummetus	24.3	18.8	10.9	7.3	19.2
Ripuli	2.3	9.5	7.0	20.8	14.5
Talousoingelmat	19.5	12.9	9.3	3.4	5.1
Virtsaamisoireet	25.8	32.6	24.3	5.5	-
Sivuvaikutukset	6.4	23.6	20.9	-	-
Seksuaalinen funktio	51.6	50.6	47.9	-	-

\*) Korkeammat pisteet merkitsevät parempaa toimintakykyä tai enemmän oireita

Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden sairausspesifää elämänlaatu verrattiin Albertsenin ym. (1997) (remissiossa (n = 60) ja progressiossa (n = 53) olevat potilaat), Jakobssonin ym. (1997) (n = 11), Sharpin ym. (1999) (n = 110) ja Sneeuvin ym. (2001) (n=113) tutkimusten tuloksiin. Terveysteen liittyvä elämänlaatu tämän tutkimuksen potilailla oli vähän heikompi kuin Sneeuvin ym. (2001) ja Albertsenin ym. (1997) tutkimuksessa remissiossa olevilla potilailla, mutta Sharpin ym.(1999) tutkimuksen tulos oli samankaltainen kuin vuoden kuluttua tässä tutkimuksessa. Albertsenin ym. (1997) tutkimuksessa progressiossa olevien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli heikompi kuin tämän tutkimuksen potilailla hoidon aloituksen jälkeen. Jakobssonin ym. (1997) tutkimuksessa potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhtä hyvä kuin Albertsenin ym. (1997) tutkimuksen progressiossa olevilla potilailla. Albertsenin ym. (1997) tutkimuksen progressiossa olevat potilaat olivat uupuneempia, heillä oli enemmän pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta ja talouteen liittyviä ongelmia kuin tässä tutkimuksessa. Sharpin ym. (1999) tutkimuksessa potilaiden fyysinen toimintakyky oli vähän heikompi kuin tässä tutkimuksessa vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Tämän tutkimuksen potilailla oli heikompi fyysinen,

kognitiivinen ja roolitoimintakyky kuin Albertsenin ym. (1997), Sharpin ym. (1999), Sneeuvin ym. (2001) tutkimuksessa. Potilailla oli enemmän virtsaoireita kuin vertailututkimuksissa. Kaksi kolmasosaa potilaista kärsi tiheävirtsaisuudesta päivällä, puolet potilaista pakkovirtsaisuudesta ja tiheävirtsaisuudesta yöllä. Jakobssonin ym. (1997) tutkimuksen potilailla oli heikompi fyysinen toimintakyky, enemmän uupumusta, pahoinvointia, kipuja, ruokahaluttomuutta ja hengenahdistusta. Jakobsonin ym. (1997) tutkimuksen potilaat olivat osastohoidossa ja heidän hoitonaan oli hormonihoito, orkiektomia tai sädehoito (Taulukko 46).

Taulukko 46. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien sairausspesifin elämänlaadun pisteet (0-100) verrattuna aikaisempiin kansainvälisiin tutkimuksiin

Ulottuvuus	Mittauskerrat			Albertsen ym. (1997)	Albertsen ym. (1997)	Jakobsson ym. (1997)	Sneeuvin ym. (2001)	Sharpin ym. (1999)
	I	II	III	Progres-	remissio			
Elämänlaatu	56.8	59.3	62.1	58.3	70.3	58.5	78.7	62.6
Fyysinen funktio	60.0	61.8	65.6	72.5	82.3	58.6	78.6	65.5
Roolifunktio	60.2	60.2	68.1	71.7	81.4	87.9	76.2	72.7
Kognitiivinen funktio	71.6	73.6	78.2	84.0	84.7	80.3	83.8	82.7
Emotionaalinen funktio	70.3	80.0	77.8	76.9	81.4	73.3	78.9	77.3
Sosiaalinen funktio	66.7	70.8	76.7	74.2	80.3	74.3	78.7	76.7
Uupumus	33.5	36.9	34.8	39.4	26.3	46.0	32.6	-
Pahoinvointi	8.6	3.3	9.7	10.1	5.3	18.2	6.5	-
Kipu	34.6	27.2	30.7	33.6	18.3	37.9	27.3	-
Hengenahdistus	22.4	25.6	29.6	18.9	20.0	36.3	18.1	-
Unettomuus	41.7	33.9	37.0	31.4	25.0	30.3	27.8	-
Ruokahalu	16.7	13.3	14.5	26.4	4.5	30.3	12.0	-
Ummetus	40.1	22.8	17.0	27.0	16.7	24.2	19.4	-
Ripuli	8.6	13.3	17.8	9.6	11.1	9.0	12.5	25.1
Talousongelmat	34.7	22.2	17.8	25.0	15.6	0.0	19.9	-
Virtsaamisoireet	43.9	35.4	34.5	24.8	26.0	-	27.1	-
Seksuaalinen funktio	49.6	59.3	50.0	39.0	32.2	-	14.7	-
Sivuvaikutukset	16.7	34.4	29.7	-	-	-	-	-

\*) Korkeammat pisteet merkitsevät parempaa toimintakykyä tai enemmän oireita



## **10.2 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua selittävät ja ennustavat tekijät vuoden seuranta-aikana**

Eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen olivat yhteydessä potilaiden kokema fyysinen ja psyykinen uupuminen, kivut, virtsaamisoireet, suolisto-oireet ja unen laatu. Kipu häiritsi melkein kolmasosalla levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista päivittäistä elämää ja heikensi siten elämänlaatua. Potilaiden kokema kipu oli myös yhteydessä sosiaaliseen toimintakykyyn ja roolitoimintaan sekä unettomuuteen. Hoidon aloituksen jälkeen kivulla oli myös yhteyttä potilaiden uupumiseen. Myös Ahmezei (1995) on kuvannut kivun olevan heikentävän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämää. Kipu on myös tärkeä unen laatua heikentävä tekijä. Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on kivun todettu olevan merkittävä oire levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla ja olevan yhteydessä potilaiden terveydentilaan ja uupumiseen (Ahmezei 1995, da Silva 1996, Borghede 1997, Litwin ym. 1998, Nygård 2001). Tämän tutkimuksen mukaan paikallista syöpää sairastavien potilaiden kivut olivat vähäisempiä, mutta potilaiden kokema kipu oli yhteydessä elämänlaadun heikkenemiseen.

Paikallista eturauhassyöpää sairastavilla potilailla virtsaoireita oli enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Fontaine ym. 2000, Litwin ym. 2000). Potilaiden virtsaoireilla (tiheä päivävirtsaus, yövirtsaus, pakkovirtsaisuus, virtsankarkailu) oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaatuun. Virtsankarkailu ja tiheä yövirtsaus heikensivät potilaiden huomattavasti elämänlaatua hoidon aloituksen jälkeen vuoden aikana. Myös levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla oli enemmän virtsaoireita kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Albertsen 1999, Sneeuw 2001). Kornblithin ym. (1994) tutkimuksessa neljäsosalla eturauhassyöpäpotilaista oli ollut vaikeutta kontrolloida virtsaamistaan ja yli kolmanneksella oli ollut tihentynyttä virtsaamistarvetta. Virtsaamisoireilla on todettu aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Rondorf-Klym & Colling 2001) olevan yhteyttä myös potilaiden kokemaan ahdistuneisuuteen ja itsetunnon heikkenemiseen ja välillisesti vaikuttavan siten myös terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tulos on samansuuntainen kuin Rondorf-Klymin & Collingin (2003) tutkimuksessa.

Virtsaoireiden lisääntyminen heikensi myös unen laatua. Unen laatu oli huono etenkin niillä potilailla, joilla oli ongelmia virtsanlähdessä, joutuivat käyttämään katetria tai

joilla oli virtsankarkailua. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa eturauhassyöpöpotilaille on todettu ongelmia virtsaamisessa (virtsaamisen aloituksessa, hidas virtsasuihku ja heikko virtsan virtaus), jotka häiritsevät potilaiden nukkumista. Jakobsonin ym. (1997a, Jakobsson 1997b) myös kipu virtsaputkessa, katetrit ja virtsankeräyspussit voivat aiheuttaa hoidon aikana unihäiriöitä. Tiheän yövirtsaamisen on myös todettu lisäävän potilaiden uupumista (Jakobsson ym. 1997a, b, Sahlberg- Blomin ym. 2001).

Paikallista eturauhassyöpää sairastavat potilaat olivat uupuneempia kuin aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Borghede ym. 1996, Joly ym. 1998). Potilaiden kokema fyysinen ja psyykinen uupumus heikensivät terveyteen liittyvää elämänlaatua. Potilaat oli uupuneita, heillä oli kipuja, hengenahdistusta, ruokahaluttomuutta, unihäiriöitä, ripulia ja hoidon sivuvaikutuksia enemmän hoidon aikana, mutta ne helpottuivat myöhemmin seuranta-aikana. Potilaiden, joilla oli paljon suolisto-oireita, terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni huomattavasti hoidon aloituksen jälkeen ensimmäisten kuukausien aikana. Albertsenin ym. (1997) remissiossa olevilla ja Sneeuvin ym. (2001) tutkimuksen potilailla oli vähemmän kipuja, unettomuutta, ummetusta, virtsaoireita ja taloudellisia ongelmia kuin tämän tutkimuksen potilailla. Hengenahdistusta oli enemmän hoidon vaikutusten ollessa suurimmillaan. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavista potilaista suolisto-oireet, hengenahdistus ja hoitojen sivuvaikutukset olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen.

Tässä tutkimuksessa levinnyttä syöpää sairastavat potilaat tunsivat itsensä uupuneiksi jo ennen hoidon aloitusta. Fyysisesti tai henkisesti itsensä uupuneiksi tunteneilla potilailla terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni vuoden kuluessa. Albertsenin (1997) tutkimuksessa remissiossa olevilla potilailla oli vähemmän uupumusta kuin tämän tutkimuksen potilailla. Jakobssonin ym. (1997) tutkimuksessa potilaat olivat sen sijaan uupuneempia kuin levinnyttä syöpää sairastavat potilaat. da Silvan ym. (1993) tutkimuksessa hormonihoitoa saavista potilaista yli puolet koki itsensä uupuneeksi puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksen jälkeen. Vaikka syöpöpotilaiden uupumus on tyypillisesti yhdistetty syöpähoitojen tilapäiseen vaikutukseen, se voi myös kestää kuukausia hoidon jälkeen (Borghede ym. 1997). Borgheden ym. (1997) mukaan uupuminen lisääntyy iän myötä. Myös tässä tutkimuksessa yli 75-vuotiaat potilaat olivat uupuneempia kuin nuoremmat. Potilailla oli uupumusta jo ennen hoidon aloitusta ja hoidon aikana yli puolella potilaista. Itsensä masentuneeksi tunteneet olivat

uupuneempia kuin muut. Myös aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Davison ym. 2002b) psykologisilla tekijöillä on todettu olevan yhteyttä uupumiseen, mutta ei kuitenkaan syy- seuraus- suhdetta, vaan masentuneisuudella ja uupumisella on ajateltu olevan syynä sama biologinen tekijä. da Silvan ym. (1996) mukaan uupuminen on yhteydessä emotionaaliseen toimintakykyyn ja seksuaalisuuteen. Jolyn ym. (1998) tutkimuksessa levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla remissiossa olevilla potilaille uupumus oli vähäisempää kuin progressiivista syöpää sairastavien potilaiden.

Eturauhassyövällä ja sen hoidoilla oli yhteyttä potilaiden sosiaalisen- ja roolitoimintakyvyn muuttumiseen ja sosiaalisella ja roolitoimintakyvyllä oli puolestaan yhteyttä potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaatuun. Aikaisemmissa tutkimuksissa emotionaalisen henkinen hyvinvointi syöpää sairastavilla potilaille on kuvattu positiivinen tunteeksi, joka lisää toivoa ja antaa merkitystä elämään (Hung-Ru & Bauer-Wu 2003). da Silvan ym. (1996) tutkimuksen mukaan levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla oli jo ennen hoidon aloitusta ongelmia sosiaalisessa ja roolitoimintakyvyssä. Sairauden on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa vaikuttavan myös potilaiden perhe-elämään ja sosiaaliseen kanssa-käymiseen (da Silva 1993, Braslis ym. 1995, Rosetti & Terrone 1996, da Silva ym. 1996, Albertsen ym. 1997). Clearyn ym. (1996) tutkimuksen mukaan potilaiden sosiaalinen aktiiviteetti ja fyysinen toimintakyky olivat tärkeimpiä tekijöitä, joilla voidaan ennustaa potilaiden selviytymistä eturauhassyövästä. Myös tämän tutkimuksen tulos vahvistaa, että eturauhassyövällä on yhteyttä potilaiden sosiaaliseen elämään. Potilaat, joilla oli huono fyysinen toimintakyky, kokivat myös terveyteen liittyvän elämänlaatusa heikoksi. Potilaiden elämänlaatu parani neljän ensimmäisen kuukauden aikana, mutta heikkeni sen jälkeen melkein ensimmäisten kuukausien tasolle. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on fyysisen kunnon ja oireiden kuvattu olevan yhteydessä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Cleary ym. 1996, Jakobsson ym. 1997b ). Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden sosiaalinen toimintakyky on merkittävä tekijä, jolla voidaan ennustaa terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumista.

Noin puolet paikallista eturauhassyöpää sairastavista oli ollut kiinnostunut sukupuolielämästä ennen hoidon aloitusta ja yli kolmasosa potilaista vuoden kuluttua. Seksuaalisesti aktiivisia (yhdyntäessä tai muuten) oli ollut ennen hoidon aloitusta kolmannes potilaista, neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta 11 % ja vuoden

kuluttua hoidon aloituksesta 16 % potilaista. Melkein puolella seksuaalisesti aktiiveilla potilailla oli ollut erektiohäiriöitä ja ejakulaatio ongelmia jo ennen hoidon aloitusta. Prostatektomiapotilaat olivat kiinnostuneimpia sukupuolielämästä ja seurantapotilaat vähiten kiinnostuneita. Prostatektomiapotilailla oli eniten erektio- ja ejakulaatiohäiriöitä hoidon aloituksen jälkeen. Seurantapotilailla sen sijaan oli huomattavasti vähemmän erektiohäiriöitä. Siegelin ym. (2001) mukaan prostatektomian ja sädehoidon jälkeen ei ollut merkittävää eroa erektiohäiriöiden ilmaantumisella. Prostatektomian jälkeisen erektion laatu on voimakkaasti yhteydessä potilaan kykyyn saada erektio ennen leikkausta ja ikään (Rossetti & Terrone 1995, Litwin ym. 1996, Schrader-Bogen ym. 1998, Litwin ym. 1999). Potilaiden erektiohäiriöön ovat yhteydessä myös aikaisemmat kokemukset, kiinnostus sukupuolielämästä, yhdyntätiheys ja kyky ylläpitää erektiota ennen sairautta (Ofman 1995, Helgason ym. 1996, 1997). Tämän tutkimuksen seurantapotilaat olivat iäkkäitä ja huonokuntoisempia, mikä voi selittää heidän vähäisen kiinnostuksensa sukupuolielämäään. Toisaalta he eivät saaneet mitään lääketieteellistä hoitoa, joka olisi vaikuttanut erektiokykyyn.

Aikaisempien tutkimusten mukaan erektiohäiriöitä esiintyy noin kolmasosalla sädehoitoa saaneista potilaista (Lim ym.1996, Gelblum ym. 1999). Seksuaalisen toimintakyvyn heikkeneminen sädehoidon jälkeen voi ilmetä kuitenkin vielä vuoden kuluttua hoidosta (Merrick ym. 2002). Tämän tutkimuksen mukaan sädehoitopotilailla oli vähiten erektiohäiriöitä. Hormoni- ja seurantapotilaat olivat olleet seksuaalisesti vähiten aktiivisia hoidon aloituksen jälkeen. Hormonihoitopotilailla sairaus ja hoito vaikuttivat sukupuolielämään enemmän kuin muilla potilailla. Seksuaalinen toimintakyky heikkeni paikallista eturauhassyöpää sairastavilla hoidon aloituksen jälkeen. Seksuaalisella toimintakyvyllä oli yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden seksuaalinen toimintakyky oli parempi tämän tutkimuksen potilailla kuin aikaisemmissä kansainvälisissä tutkimuksissa (Albertsen ym. 1997, Sneeuw ym. 2001). Joly ym. (1998) tutkimuksen potilaiden seksuaalinen toimintakyvyllä ei ollut vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Myöskään Rondorf-Klymin & Collingin (2003) tutkimuksen mukaan sukupuolielämän heikkeneminen ei vaikuttanut eturauhassyöpää sairastavien henkisen toiminnan heikkenemiseen ja masennukseen. Kuitenkin miesten, joilla ennen leikkausta tai hoitoja oli ollut normaali sukupuolielämä, oli vaikea sopeutua hoidon aikana tai sen jälkeen ilmeneviin erektiohäiriöihin (Moore & Estey 1999). Tässä tutkimuksessa

seksuaalista toimintakykyä koskeviin kysymyksiin vastasivat kuitenkin vain ne potilaat, jotka olivat olleet viimeisen kuukauden aikana seksuaalisesti aktiivisia. Tutkimuksessa kysyttiin sairauden vaikutusta sukupuolielämään. Monet potilaat kokivat kuitenkin, että jokin muu tekijä (ikä, partnerin puuttuminen) oli heikentänyt heidän sukupuolielämänsä enemmän kuin eturauhassyöpä.

Hoidon aloituksen jälkeen kaksi kolmasosaa potilaista tunsivat sairauden heikentäneen heidän miehisyyttään. Potilaiden tuntema pelko miehisyytensä heikkenemisestä huononsi terveyteen liittyvää elämänlaatua vuoden kuluessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu orkiektomiapotilaiden miehisyden muuttuvan feminiinisempään suuntaan. Myös LHRH-analogihoitoa saavien potilaiden miehisydessä on todettu tapahtuvan muutosta. Bicalutamidia hoitoa saaneilla potilailla on aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa todettu potenssin säilyvän paremmin kuin muita anti-androgeeneja saaneilla potilailla (Lucas 1995, Boccon-Gibod 1998, Rosendahl ym. 1999, Lukkarinen 2002).

Potilaiden tuntemilla myönteisillä ja kielteisillä tunteilla oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden myönteisistä tunteista elämänlaadun muuttumiseen vaikuttivat rauhallisuus, tyytyväisyys elämään, elämän tuntuminen täyteläiseltä sekä kyky hallita elämää. Rauhalliseksi, onnelliseksi ja tyytyväiseksi itsensä tunteneilla potilailla terveyteen liittyvä elämänlaatu pysyi muuttumattomana tai parani hoidon aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana, mutta heikkeni myöhemmin vuoden kuluessa. Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden myönteisistä tunteista olivat yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen potilaiden kokema toivo, rauhallisuus ja kyky hallita elämää. Potilaiden, jotka tunsivat itsensä toiveikkaiksi, elämänlaatu parani hoidon aloituksen jälkeen, mutta heikkeni myöhemmin huomattavasti. Myös aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu potilaiden kokeman toivon olevan yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Syöpä sairautena voi kuitenkin heikentää potilaiden toivoa vaikuttamalla emotionaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen (Rustoen 1995, Davison & Degner 1997, van Wegberg ym. 1998). Eturauhassyöpää sairastavilla potilailla toivo on yhteydessä selviytymiseen sairaudesta lisäämällä potilaiden aktiivista osallistumista hoitoonsa (Davison & Degner 1997, Ben-Tovim ym. 2002). Sen on todettu olevan yhteydessä myös potilaiden kivun kokemiseen, se antaa uskoa kivun

helpottumisesta. Toivottomuus puolestaan lisää avuttomuuden tunnetta (Newshan 1998). Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden tunteilla on merkittävä yhteys elämänlaatuun ja sen muuttumiseen. Tulos eroaa aikaisempien tutkimusten tuloksista siinä, että aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole selvitetty pitkittäisasetelmassa elämänhallinnan yhteyttä eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaadussa tapahtuvaan muutokseen.

Kielteisistä tunteista terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen olivat yhteydessä masentuneisuus, jännittyneisyys, surullisuus, ahdistuneisuus tilanteesta, mielialan vaihtelu, ajatusten harhaileminen, pelkoa tulevaisuudesta, vaikea keskittyä ja huoli sairauden vaikutuksesta miehisyyteen. Masentuneisuus ilmeni myös fyysisinä tai psyykkisinä oireina: sydämentykytyksenä, fyysisenä uupumuksena, avuttomuutena tai hengellisinä huolina. Myös aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Newshan 1998, Leydon ym. 2000) on todettu sosiaalisen ja emotionaalisen toimintakyvyn olevan tärkeitä tekijöitä ennustamaan eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Näissä tutkimuksissa kielteiset tuntemukset oli yhdistetty potilaiden huoleen sairauden etenemisestä ja oireiden lisääntymisestä. Psykologiset tekijät kuten toivottomuus, avuttomuus, ahdistuneisuus, masentuneisuus heikensivät terveyteen liittyvää elämänlaatua ja selviytymistä sairaudesta. Toivottomuus puolestaan lisäsi avuttomuuden tunnetta (Leidy 1990, Pollock ym.1990, Newshan 1998, Leydon ym. 2000). Kansainvälisissä tutkimuksissa (Mishel ym. 2003) on todettu syövän aiheuttamien fyysisten oireiden, kipujen, yleiskunnon heikkenemisen ja uupumuksen lisäävän myös potilaiden psykologisia ongelmia. Pascreta (1997) on kuvannut tutkimuksessaan masentuneisuuden johtuvan heikosta fyysisestä, sosiaalisesta ja roolitoimintakyvystä, mihin vaikuttivat potilaan terveydentila ja lisääntyvät kivut ja muut oireet. Masennusoireet oli yhdistetty toivottomuuteen, tyytymättömyyteen, surullisuuteen, uupumiseen, unettomuuteen ja negatiivisten tuntemusten lisääntymiseen (Pascreta 1997). Tulos tässä tutkimuksessa on samansuuntainen kuin aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa, mutta aikaisemmista tutkimuksista ei käynyt selville myönteisten ja kielteisten tunteiden vaikutusta pitkällä aikavälillä terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja sen muuttumiseen (Fosså ym. 1990, Da Silva 1993, Cleary ym. 1995, Clark ym. 1997, Pascreta ym. 1997, Hedestig ym. 2003).

Potilaiden kokemilla hengellisillä huolilla oli tämän tutkimuksen mukaan yhteyttä

terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumisessa. Potilaiden, joilla oli paljon hengellisiä huolia, terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen. Rileyn ym. (1997) tutkimuksen mukaan eturauhassyöpää sairastavien potilaiden uskonnolliset ja filosofiset uskomukset eivät vaikuttaneet suoraan tyytyväisyyteen elämässä ja elämänlaatuun. Kuitenkin potilaat, joilla on uskonnollinen tai filosofinen vakaumus, ovat tyytyväisempiä, rauhallisempia ja luottavaisempia kuin ne potilaat, joilla ei ole vakaumusta (Riley ym. 1997).

Tässä tutkimuksessa eturauhassyöpäpotilaiden unen laatuun olivat yhteydessä potilaiden kokemat oireet, myönteiset ja kielteiset tunteet. Unen laadun muuttuminen selitti ja ennusti myös terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumista. Potilailla, joiden emotionaalinen toimintakyky oli heikko, oli myös huono unen laatu. Masentuneeksi itsensä tunteneiden potilaiden unen laatu oli huono. Masennus ja ahdistus voivat heikentää unen laatua ja unen laadun heikkeneminen puolestaan voi lisätä masennusta ja ahdistuneisuutta (Savard & Morinin 2001). Ahdistuneilla potilailla on todettu olevan lyhyempi unen kesto, pitempi aika kuluu nukahtamiseen ja on useampia yöllisiä heräämisiä (Edell-Gustafsson ym. 2003). Uupuminen oli myös yhteydessä unen laadun muuttumiseen. Unettomuuden ja unihäiriöiden on todettu lisäävän uupumusta ja uupumus puolestaan unettomuutta (Hodgson 1991). Tulos on samansuuntainen kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, mutta aikaisemmin ei ollut tutkittu unen laadun muuttumista eturauhassyöpäpotilailla.

Aikaisempien tutkimusten mukaan eturauhassyöpäpotilaiden somaattisilla oireilla on todettu olevan yhteyttä unen laatuun. Eturauhasvaivoista kärsivät miehet heräilevät yössä useammin kuin ne, joilla ei ollut vaivoja. Virtsaamisoireiden (virtsaamisen aloituksessa, hidas virtsasuihku, heikko virtsan virtaus, kivut virtsaputkessa, katetrit ja virtsankeräyspussit) on kuvattu olevan yhteydessä unihäiriöihin (Jakobsson ym. 1997a, Sahlberg-Blom ym. 2001). Potilaista 80 %, joilla oli paljon virtsaoireita, kärsi huonosta unen laadusta. Potilailla, joilla oli vain vähän virtsaoireita, unen laatu pysyi lähes muuttumattomana koko seuranta-ajan. Niillä potilailla, joilla oli paljon virtsaoireita unen laatu oli huono ennen hoidon aloitusta, heikkeni vielä hoidon aloituksen jälkeen neljään kuukauteen saakka, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana. Potilaiden kokemat virtsanlätkövaikeudet, virtsankarkailu ja virtsakatetriin käyttäminen olivat myös yhteydessä unen laadun heikkenemiseen.

Myös potilaiden suolisto-oireilla oli yhteyttä unen laadun muuttumiseen. Potilaat, joilla oli paljon suolisto-oireita, unen laatu oli huono jo ennen hoidon aloitusta pysyen ensimmäisten kuukausien ajan lähes muuttumattomana, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla, joilla oli paljon suolisto-oireita, unen laatu oli huono ennen hoidon aloitusta, mutta parani neljän ensimmäisen kuukauden aikana huomattavasti, huonontuen vähän myöhemmin seuranta-aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu syöpähoitojen lisäävän unihäiriöiden riskiä emotionaalisten ja fysiologisten tai hoidon sivuvaikutusten takia (Savard & Morin 2001). Potilaista 86 %, joilla oli paljon hoidon sivuvaikutuksia, arvioi unensa laadun huonoksi. Tämän tutkimuksen mukaan niillä potilailla, joilla oli vain vähän hoidon sivuvaikutuksia, oli hyvä unen laatu koko seuranta-ajan. Unen laatu heikkeni hoidon aloituksen jälkeen ensimmäisten kuukausien aikana huomattavasti, mutta parani vähän vuoden seuranta-aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastaville miehillä, joilla on hoitona anti-androgeenit, voi olla univaikeuksia kuumien aaltojen ja hikoilun vuoksi (Savard & Morin 2001).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu unettomuuden heikentävän fyysistä toimintakykyä ja kykyä selviytyä stressistä. Unettomuuden on myös katsottu olevan yhteydessä kipuihin, oireisiin, selviytymiseen päivittäisistä toimista, elämäntilanteesta, hoidoista, huolista ja kuoleman pelosta (Davison ym. 2002b). Myös tämän tutkimuksen potilaiden unen laatu oli yhteydessä ummetukseen, virtsaoireisiin, hengenahdistukseen, sosiaaliseen toimintakykyyn, uupumukseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Paikallista eturauhassyöpää sairastavilla potilailla unen laatu heikkeni kipujen ja hengenahdistuksen takia neljän ensimmäisen kuukauden aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavilla potilailla unen laadun huonontuminen oli yhteydessä myös terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen. Aikaisempien tutkimusten mukaan unihäiriöitä esiintyy noin kolmasosalla eturauhassyöpäpotilaista. Unihäiriöt voivat olla tilapäisiä, lyhytkestoisia tai kroonisia (Degner ym. 1995, Savard & Morin 2001, Davison ym. 2002 b). Useimmat unen häiriöt ilmenevät diagnoosin toteamisen aikaan, hoitojen aloituksen yhteydessä ja sairauden uusimisen aikaan ja ovat yhteydessä masennukseen ja ahdistukseen (Hodgson 1991). Myös tämän tutkimuksen potilailla unen laatu oli heikoin hoitojen vaikutusten ollessa voimakkaimmillaan ja parani vuoden kuluessa.



### 10.3 Eturauhassyöpähoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Potilaiden saamalla hoidoilla oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumiseen. Ennen hoidon aloitusta prostatektomiapotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin muilla potilailla. Orkiektomia - ja seurantapotilailla oli heikoin terveyteen liittyvä elämänlaatu. Sädehoitopotilaiden fyysinen toimintakyky, sosiaalinen, rooli- ja kognitiivinen toimintakyky olivat muita parempia. Hormonihoitopotilailla oli heikoin toimintakyky. Hormonihoitoa saavat potilaat tunsivat myös itsensä uupuneimmiksi ja heillä oli eniten hoidoista johtuvia sivuvaikutuksia. Seurantapotilailla oli paljon kipuja, ummetusta ja hengenahdistusta. Fyysisiä oireita oli vähiten prostatektomiapotilailla. Sädehoito- ja hormonihoitopotilailla oli paljon unettomuutta. Prostatektomiapotilailla oli useammin virtsankarkailua kuin muita hoitoja saavilla. Vähiten virtsan karkailua oli sädehoitopotilailla.

Prostatektomiapotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu muuttui vain vähän vuoden seuranta-aikana. Sädehoitopotilaiden elämänlaatu oli ennen hoidon aloitusta prostatektomiapotilaiden tasolla, mutta heikkeni tasaisesti hoidon aloituksen jälkeen. Hormonihoitoa saavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu pysyi neljään kuukauteen saakka muuttumattomana, mutta heikkeni myöhemmin seuranta-aikana. Seurantapotilaiden elämänlaatu heikkeni neljään kuukauteen saakka. Potilaiden fyysinen toimintakyky heikkeni kaikissa hoitoryhmissä hoidon aloituksen jälkeen neljän kuukauden aikana. Seurantapotilailla henkinen toimintakyky heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen parantuen myöhemmin.

Prostatektomiapotilaiden eritystoiminta heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen muita hoitoja saavia enemmän, mutta palautui entiselleen vuoden kuluessa hoidon aloituksesta. Seuranta- ja prostatektomiapotilailla oli myös enemmän virtsankarkailua. Prostatektomiapotilailla oli virtsankarkailua eniten noin 4 kk hoidon aloituksesta ja vähiten sädehoitopotilailla. Myös vuoden kuluttua hoidon aloituksesta prostatektomia- ja seurantapotilailla oli virtsankarkailua enemmän kuin muita hoitoja saavilla potilailla. Fontainen ym. (2000) tutkimuksessa melkein 90 % potilaista oli kuivia puolen vuoden kuluttua leikkauksesta. Prostatektomiapotilaat olivat joutuneet pitämään useimmin virtsakatetria hoidon aloituksen jälkeen. Jakobssonin ym. (1997a) tutkimuksen mukaan prostatektomiapotilailla oli virtsankarkailua, jonka takia heidän oli

vaikea liikkua kodin ulkopuolella. Litwinin ym. (1999) tutkimuksessa 7 % potilaista oli kuivia jo kolmen kuukauden kuluessa leikkauksesta. Prostatektomiapotilailla on myös aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan enemmän virtsankarkailua, johon potilaat olivat käyttämään virtsankarkailusuojia (Borghede ym. 1997, Litwin ym. 1998).

Myös sädehoitopotilaiden eritystoiminta heikkeni vähän. Sädehoitopotilailla oli virtsatessa enemmän ärsytysoireita, mutta vähemmän virtsankarkailua. Sädehoitopotilailla on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan vaikeuksia virtsarakon tyhjentämisessä, pakkovirtsaamisesta, kipua virtsatessa ja tiheävirtsaisuutta (Borghede ym. 1996). Jolyn ym. (1998) tutkimuksessa sädehoito- ja brachyterapiapotilaista kolmanneksella oli tiheävirtsaisuutta ja melkein puolella voimakasta virtsan karkailua oli ja lähes kolmanneksella potilaista oli lievää polttelua virtsaputkessa. Yli neljäsosa tarvitsi hoitoa virtsaamisvaivaansa. Joka viides joutui käyttämään virtsankarkailusuojia (Joly ym. 1998). Litwinin ym. (2000) tutkimuksen mukaan sädehoidon jälkeen potilailla oli virtsavaivoja kahden vuoden aikana hoidon jälkeen, vaikkakin ne paranivat merkittävästi vuoden kuluessa hoidosta.

Bacon ym. (2001) on verrannut tutkimuksessaan prostatektomia- ja sädehoitopotilaiden kokemia virtsaoireita. Prostatektomiapotilailla oli enemmän oireita virtsaamisessa kuin sädehoitopotilailla. Myös tämän tutkimuksen mukaan prostatektomiapotilailla oli enemmän virtsaamisoireita kuin sädehoitopotilailla. Kielbin ym. (2001) mukaan virtsanpidätyskyky oli parantunut kolmen kuukauden aikana. Vanhemmilla prostatektomiapotilailla oli heikompi virtsan pidätyskyky (Kielb ym. 2001). Baconin ym. (2001) mukaan seurantapotilailla on vähemmän virtsaamisoireita kuin prostatektomiapotilailla. Tämän tutkimuksen mukaan seuranta- ja prostatektomiapotilailla oli enemmän virtsankarkailua kuin muita hoitoja saaneilla.

Hormonihoitoa saavilla potilailla oli ongelmia eritystoiminnassa jo ennen hoidon aloitusta. Hormonihoitopotilaiden eritystoiminta puolestaan parani hoidon aloituksen jälkeen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa hormonihoitopotilailla on todettu virtsaamisoireita, jotka ilmenevät tiheävirtsaisuutena, virtsapakkona tai virtsankarkailuna, mutta harvemmin verivirtsaisuutena (da Silva ym. 1996, Nygård ym. 2001).

Brachyterapiapotilaita oli 14 ja ulkoisen sädehoidon saaneita potilaita 10. Tutkimuksessa ei ryhmitelty erikseen brachyterapia- ja sädehoitopotilaita, vaan kaikki sädehoitoa saaneet luokiteltiin samaan ryhmään. Sädehoitopotilailla oli useimmin kirvelyä virtsatessa hoidon aloituksen jälkeen. Potilaiden oireet olivat lievempiä kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Gelblum ym.1999, Brachman ym. 2000, Galalae ym. 2002). Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu virtsaamisoireiden ja virtsankarkailun vaikuttavan terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentävästi (Rondorf-Klym & Colling 2003). Tulos on tässä tutkimuksessa samansuuntainen.

Prostatektomiapotilailla oli vähiten suolisto-oireita. Hormoni- ja seurantapotilailla oli ennen hoidon aloitusta useimmin suolisto-oireita, kun taas hoidon aloituksen jälkeen eniten oireita oli sädehoito- ja seurantapotilailla. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta hormonihoitopotilailla oli vähiten suolisto-oireita. Sädehoitopotilailla on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan eniten suolisto-oireita (Brandeis ym. 2000, Litwin ym.2000, Bacon ym. 2001, Downs ym. 2003, Hu ym. 2003). Nygårdin ym. (2001) mukaan hormonihoitoa saavilla potilailla yleisimpiä hoidon sivuvaikutuksia ovat ummetus, uupuminen, kivut ja seksuaalisen toimintakyvyn heikkeneminen. LHRH analogihoitoa saavilla potilailla on todettu olevan enemmän ummetusta kuin orkiektomiapotilailla. Myös tämän tutkimuksen mukaan hormonihoitopotilailla oli paljon suolisto-oireita. Tulos eroaa kuitenkin aikaisemmista tutkimuksista, sillä seuranta- ja hormonihoitopotilailla oli noin 4 kk:n kuluttua hoidon aloituksesta lähes yhtä paljon suolisto-oireita ja seurantapotilailla eniten oireita vuoden kuluttua. Tässä tutkimuksessa seurantapotilaat olivat iäkkäitä ja huonokuntoisia, joten suolisto-oireet voivat johtua muista sairauksista.

Hormonihoitopotilaiden suoriutuminen päivittäisistä toimistaan muuttui vähiten seuranta-aikana. Seurantapotilaat suoriutuivat päivittäisistä toimista paremmin neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen. Seurantapotilaat tunsivat itsensä uupuneimmiksi kuin muita hoitoja saaneet. Hoidon aloituksen jälkeen seurantapotilaiden energisyys lisääntyi, mutta hormonihoitopotilaiden energisyydessä ei juurikaan tapahtunut muutosta.

Ennen hoidon aloitusta yli kolmannes prostatektomiapotilaista arvio elämänlaatunsa paranevan tulevaisuudessa, 17 % sädehoito- ja hormonihoitopotilaista ja

seurantapotilaista 11 %. Sädehoito- ja hormonihoitopotilaat arvioivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa eniten heikentyneen noin neljä kuukautta hoidon aloituksen jälkeen. Vuoden kuluttua seurantapotilaista yli puolet arvioi terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikentyneen. Melkein puolella prostatektomiapotilaista terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parantunut ja kolmanneksella sädehoitopotilaista.

#### **10.4 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli**

Tutkimuksessa tehtiin eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittämään ja ennustamaan teoreettinen malli. Malli oli rekursiivinen polkumalli. Mallin selitysosuus oli  $R = 0.661$ . Päivittäisistä toimista suoriutuminen, liikuntakyky, energisyys ja sukupuolielämä selittävät parhaiten terveyteen liittyvän elämänlaatua. Hoidot vaikuttivat suoraan potilaiden selviytymiseen päivittäisistä toimistaan. Potilaiden ikä oli ennustava tekijä henkisen toiminnan, eritystoiminnan ja liikuntakyvyn muuttumisessa. Iän lisääntyessä eritystoiminta ja liikuntakyky heikkenivät. Iällä oli välillisesti vaikutusta muihin muuttujiin paitsi henkiseen toimintaan. Tieto on tärkeä kliinistä hoitotyötä tekeville. Henkinen toiminta vaikutti suoraan eritystoimintaan, liikuntakykyyn, nukkumiseen, energisyyteen selviytymiseen päivittäisistä toimista. Eritystoiminnan muuttuminen vaikutti myös nukkumisen, liikkumisen, sukupuolielämän ja päivittäisistä toimista suoriutumisen muuttumiseen. Liikuntakyky selitti sukupuolielämää ja päivittäisistä toimista suoriutumista. Terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttivat suoraan potilaiden henkinen toiminta, eritystoiminta, liikkuminen, energisyys ja päivittäisistä toimista suoriutuminen.

Rondorf-Klymin ja Collingin (2003) prostatektomiapotilaiden kausaalisessa polkumallissa ikä, virtsaaminen ja seksuaalinen toimintakyky vaikuttivat välillisesti potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Mallin mukaan virtsaamistoiminnalla, itsetunnolla, vihan tunteen tukahduttamisella, sosiaalisella tuella, masentuneisuudella ja terveydentilalla on suoraan vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Malli selitti 72 % terveyteen liittyvän elämänlaadun vaihtelusta. Mallin mukaan sosiaalinen tuki, itsetunto ja terveydentila ennustivat hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun vaihtelua.

Mallissa oli mukana sekä prostatektomia-, sädehoito-, hormonihoito- ja seurantapotilaita. Hoitojen erilaisuus voi vaikuttaa mallin selitysosuuden suuruuteen.

Rondorf-Klymin ja Collingin (2003) tutkimuksessa oli mukana vain prostatektomiapotilaita. Henkisen toiminnan osalta tulos on samansuuntainen kuin Rondorf-Klymin ja Collingin (2003) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa henkisen toiminnan selitysosuus oli pieni. Myöskään Rondorf-Klymin ja Collingin (2003) tutkimuksessa potilaiden masentuneisuus ja vihan tunteen tukahduttaminen eivät ennustaneet terveyteen liittyvää elämänlaatua.

### **10.5 Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden arvio saamansa tiedon tarpeellisuudesta ja riittävydestä**

Potilaiden saamalla tiedolla oli merkitystä terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä siihen liittyvistä asioista arvioitiin suhteessa terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Potilaat halusivat tietoa sairauteensa ja hoitoonsa liittyvistä asioista ja he saivat sitä melko hyvin. Tiedon tarve ja riittävyys vaihtelivat ennen hoidon aloitusta, hoidon aikana ja sen jälkeen. Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden tiedon riittävydessä päätöksentekoa varten ei ollut eroa eri ikäisillä tai hoitoja saavilla potilailla. Sairaudesta ja hoidostaan potilaat saavat myös tietoa lääkäriltään. Hoitajat antavat neuvoja päivittäiseen elämään liittyvistä asioista, selviytymisestä kotona, hoitojen toteuttamisesta ja tarvittaessa selventävät ja kertaavat lääkärin antamia hoito-ohjeita. Hoitajien antamaa tietoa pitivät tarpeellisimpana nuoremmat, parempikuntoiset ja jotain lääketieteellistä hoitoa saaneet potilaat. He olivat myös saaneet riittävästi tietoa. Riittävä tiedon saaminen päätöksentekoa varten ja sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista edisti potilaiden sosiaalista toimintakykyä. Potilaiden tiedon tarve päätöksentekoa varten oli yhteydessä myös heidän tuntemaansa masennukseen ja unen laatuun. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät tietoa päätöksentekoa, hoitoon osallistumisesta varten ja sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista tarpeellisimpana. Noin puolet potilaista oli tyytyväisiä saamaansa tietoon päätöksentekoaan varten. Sädehoitopotilaat arvioivat kuitenkin tiedon päätöksentekoa varten riittämättömäksi. Grayn ym. (1997) tutkimuksen mukaan yli puolet potilaista sai tietoa lääketieteellisestä tilanteesta, hoidosta ja sairauden vaikutuksista. Crawfordin ym. (1997) tutkimuksen mukaan prostatektomiapotilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon päätöksentekoa varten. Vähiten potilaat olivat saaneet tietoa hoitovaihtoehtoista ja sairauden vaikutuksesta

elämänlaatuun liian vähäiseksi. Jakobssonin ym. (1997b) mukaan potilaat saavat tietoa leikkauksesta ja hoidoista liian monilta henkilöiltä, jolloin annettu tieto on hajanaista (Jakobsson 1997b). Tämän tutkimuksen mukaan prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät tietoa sairaudesta tarpeellisimpana ja hormonihoitopotilaat vähiten tarpeellisena. Prostatektomia ja sädehoitopotilaat olivat myös tyytyväisiä saamaansa tietoon. Nämä potilaat olivat myös nuorempia ja parempikuntoisia. Sädehoito- ja seurantapotilaat pitivät tiedon saamista hoitovaihtoehtoista tarpeellisena. Hoidon aloituksen jälkeen prostatektomiapotilaat pitivät tietoa eturauhassyövästä, sen hetkisestä tilanteestaan ja apuvälineistä tarpeellisena.

Yli 75-vuotiaat potilaat olivat saaneet vähiten tietoa sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista. He olivat saaneet myös vähiten ohjausta kotona selviytymisessä tai miten toimia ongelmatilanteissa. Tiedon riittävyys hoitoon osallistumista varten oli yhteydessä unen laatuun. Tiedon riittävyys sosiaaliseen elämään liittyvissä asioissa oli myös yhteydessä potilaiden masentuneisuuteen. Sosiaalisen tuen ja tiedon on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu edistävän potilaiden selviytymistä sairaudesta ja päivittäisestä elämästä (Kornblith 1994, Krongad ym. 1996, Boberg ym. 2000, Wong ym. 2000, Steginga ym. 2001, Lin ym. 2003). Jakobssonin ym. (1997 a, b) tutkimuksen mukaan kuitenkin potilaiden psyykkiset, sosiaaliset ja tiedolliset tarpeet jäävät usein huomioimatta hoitajien antamassa ohjauksessa.

Tässä tutkimuksessa potilaiden tiedon tarve ei ollut pysyvä, vaan muuttui seuranta-aikana. Sädehoitopotilaat toivoivat uneen ja lepoon ja erityistoimintaan liittyvien asioista neuvoja ennen hoidon aloitusta. Sädehoito- ja prostatektomiapotilaille oli tärkeää saada tietoa sairaudesta ja hoidosta ymmärrettävästi ja mahdollisuus ilmaista itseään hoitoa koskevilla asioilla, tiedon saamista erityistoimintaan liittyvistä asioista ja keskustelua sukupuolielämään liittyvistä asioista. Prostatektomia- ja seurantapotilaat olivat tyytyväisiä syöpäyhdistyksen tuesta ja toiminnasta saamansa tietoon. Kotona selviytymisestä oli saanut vähiten tietoa seurantapotilaat ja eniten prostatektomiapotilaat. Prostatektomiapotilaiden omaiset olivat päässet mukaan useimmin ohjaustilanteeseen. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat arvioivat saaneensa riittävästi tietoa ongelmatilanteista selviytymisessä. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät tiedon saamisen ajankohtaa oikeana. Hoitajat olivat ohjanneet vähiten seuranta- ja hormonihoitopotilaita. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat olivat voineet useimmin

keskustella hoitajansa kanssa ja seurantapotilaat vähiten. Seurantapotilaiden saama tieto hoitajilta voi olla vähäistä, sillä hoitajat yhdistävät tiedon antamisen johonkin lääketieteelliseen hoitoon.

Myös aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden tiedon tarve on erilainen ennen hoidon aloitusta, hoidon aikana ja sen jälkeen (Templeton & Coates 2001, Davison 2002a, Boberg ym. 2003, Davison 2003). Echlinin & Reesin (2002) mukaan potilaiden tarve sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista on suurimmillaan ennen hoidon aloitusta. Potilaille tiedon saamisen ajankohta voi olla kuitenkin ongelmallinen. Diagnoosin varmistumisen aikaan potilaat kokevat olevansa shokissa, mikä voi estää tiedon vastaanottamisen (Germino ym. 1998, O'Rourke 1998). Potilaiden tuleekin saada tietoa ennen hoitopäätöksen tekoa, hoidon aikana ja hoidon lopettamisen jälkeen (Echlin & Rees 2002). Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa.

Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät keskustelua mieltä painavista asioista ja kirjallisten ohjeiden saamista tarpeellisimpina. Hormonihoitopotilaiden saama tieto hoitoon osallistumista varten oli riittämätöntä. Hormonihoitopotilaat olivat saaneet kirjallisia ohjeita aloituksen jälkeen riittämättömästi. Myös Karhu-Hämäläisen (2002) tutkimuksen mukaan sädehoitopotilaat pitivät tärkeänä puhumista ongelmistaan ja saada tietoa ymmärrettävästi. Potilaat eivät pitäneet kirjallista tietoa ensisijaisena, vaan tukena suulliselle tiedolle. Tämän tutkimuksen tulos eroaa siinä, että aikaisemmissa tutkimuksissa ei oltu verrattu eri eturauhassyöpähoitoja saaneiden potilaiden tiedon tarvetta ja saadun tiedon riittävyyttä.

Prostatektomiapotilaat ja sädehoitopotilaat pitivät keskustelua parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyvistä asioista tärkeänä, kun taas seurantapotilaat olivat vähiten kiinnostuneita. Sädehoitopotilaat arvioivat saaneensa riittävästi tietoa parisuhteeseen liittyvistä asioista ennen hoitojen aloitusta. Prostatektomiapotilaat olivat tyytyväisimpiä saamaansa tietoon hoidon aloituksen jälkeen ja vuoden kuluttua sädehoito ja prostatektomiapotilaat olivat yhtä tyytyväisiä. Seuranta- ja hormonihoitopotilaat pitivät tietoa sukupuolielämään liittyvissä asioista riittämättömänä. Davisonin ym. (2002a) mukaan tiedon saaminen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa on etenkin nuoremmille potilaille tärkeä. Potilaiden kokema luottamus lääkäreitä ja hoitajia kohtaan vaikuttaa tiedon tarpeeseen ja hakemiseen (Davison ym. 2003). Alle 66-vuotiaat pitivät tiedon

saamista sukupuolielämään liittyvissä asioissa tärkeänä. Parisuhteeseen liittyvissä asioissa olivat saaneet 66-75-vuotiaat riittävästi tietoa. Hedestigin ym. (2003) mukaan potilaiden voi olla myös vaikea puhua suoraan sukupuolielämään liittyvistä asioista.

Potilaat, jotka olivat tunteneet itsensä surulliseksi ja ahdistuneeksi, arvioivat tiedon päätöksentekoa, hoitoon osallistumista varten ja sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista liian vähäiseksi. Syynä potilaiden saaman tiedon riittämättömyyteen voi olla potilaiden kyky vastaanottaa tietoa ja tiedon antamisen ajankohta. Potilaat saavat paljon tietoa sairauden toteamisen ja hoidon suunnittelun aikaan. Tällöin tiedon vastaanottamiskyky voi olla myös rajoittunut sairauden aiheuttaman psyykkisen reaktion takia. Potilaiden jännittyneisyys, ajatusten harhaileminen, masentuneisuus ja keskittymisvaikeudet voivat estää tiedon vastaanottamista ja ymmärtämistä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että tiedon saaminen eturauhassyövältä toisaalta voi kuitenkin aiheuttaa pelkoa ja aktivoita erilaisia selviytymismenetelmiä stressin käsittelyssä. Sairauden toteamisen aikaan potilaat ovat usein emotionaalisesti lamaanuneita voidakseen esittää kysymyksiä (Germino ym. 1998, O'Rourke 1998, Wong ym. 2000, Echlin & Rees 2002). Tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen. Tämä tulisikin hoitajien ottaa huomioon ohjauksessa ja varmistaa myöhemmin, että potilaat ymmärsivät saamansa tiedon. Hoitajien on tärkeää tuntea potilaansa ja huomioida potilaan mieliala ohjausta annettaessa.

Eturauhassyöpää sairastavat potilaat arvioivat selviytyvänsä paremmin, jos he ovat saaneet riittävästi tietoa (Moore & Estey 1999). Myös Grayn ym. (1997) tutkimuksessa prostatektomiapotilaat olivat saaneet eniten tietoa sairaudesta ja hoidosta. Sen sijaan potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa tietoon vaihtoehtoishoidoista ja mahdollisista emotionaalisista reaktioista. Potilaat, joilla oli huono terveyteen liittyvä elämänlaatu, olivat saaneet vähiten tietoa kotona selviytymisestä ja omaiset olivat päässeet vähemmän mukaan ohjaukseen. Potilaat, joilla oli huono elämänlaatu, arvioivat saaneensa selkeää ja ymmärrettävää tietoa sairaudestaan liian vähän. Tutkimuksen mukaan huonokuntoiset iäkkäät potilaat kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa. Omaisten ottaminen mukaan ohjaustilanteeseen ja riittävän ajan varaaminen ohjaukseen voisivat olla hyödyksi asiassa. Tuloksen tulkintana voisi olla, että hoitajien antama tieto on annettu kiireessä, rutiininomaisesti kuulematta potilaan tarpeita ja huomioimatta potilaan tiedon vastaanottokykyä. Aikaisemmissa tutkimuksissa onkin suositettu, että



tiedon antamisessa huomioidaan myös, että potilaat ymmärtävät sen. Tulkinta, että potilaat ovat ymmärtäneet tiedon diagnoosista ja ennusteen älyllisesti, ei välttämättömästi merkitse, että he olisivat emotionaalisesti yhtä mieltä asiasta. Siksi onkin tärkeää yhdistää nämä kaksi asiaa keskusteltaessa hoidosta potilaan kanssa. Hoitajien antamalla tiedolla ja tuella on suurta merkitystä emotionaalisen ahdistuksen hoidossa (Hedestig ym. 2003, McGregor 2003).

## **11 KESKEISET PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET**

### **11.1 Keskeiset päätelmät**

#### **1. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttuminen vuoden seuranta-aikana**

Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin levinnyttä syöpää sairastavien. Paikallista eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, mutta parani myöhemmin seuranta-aikana. Levinnyttä eturauhassyöpää sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni sairauden toteamisen jälkeen koko seuranta-ajan. Potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli vähän heikompi kuin suomalaisen ikävalikoidun miesväestön.

#### **2. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavat, selittävät ja ennustavat tekijät**

Ikä, hoito, emotionaalinen, sosiaalinen, roolitoimintakyky, myönteiset ja kielteiset tunteet, unen laatu, virtsaoireet, suolisto-oireet, hengenahdistus ja hoidon sivuvaikutukset olivat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Osa näistä tekijöistä vaikutti pian hoidon aloituksen jälkeen, osa myöhemmin seuranta-aikana. Kipu vaikutti terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta. Potilaiden kokemaa kipua oli myös yhteydessä sosiaaliseen toimintakykyyn ja roolitoimintaan sekä unettomuuteen. Hoidon aloituksen jälkeen kivulla oli myös yhteyttä potilaiden kokemaan uupumiseen.

Potilaille oli enemmän virtsaoireita kuin aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Paikallista syöpää sairastavilla virtsankarkailu vaikutti elämänlaadun muuttumiseen. Virtsaoireet olivat pahimmillaan noin neljä kuukautta hoidon aloituksesta, mutta helpottivat myöhemmin seuranta-aikana. Tiheä yövirtsaus heikensi elämänlaatua myöhemmin seuranta-aikana. Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden virtsaoireet, virtsankarkailu, vaikeudet virtsanlähdössä ja virtsakatetriin käyttäminen olivat yhteydessä elämänlaadun muuttumiseen. Virtsaoireilla oli yhteyttä myös potilaiden selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista ja siten myös terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Potilaiden kokemilla myönteisillä tunteilla ja elämänhallinnalla oli yhteyttä terveyteen liittyvää elämänlaatuun. Potilailta, joilla oli myönteisiä tunteita, terveyteen liittyvä elämänlaatu parani ensimmäisten kuukausien aikana, mutta heikkeni myöhemmin vuoden kuluessa. Kielteiset tunteet vaikuttivat niin, että terveyteen liittyvää elämänlaatu joko heikkeni hoidon aloituksen jälkeen tai säilyi ennallaan ensimmäisten kuukausien aikana. Niiden potilaiden, joiden terveyteen liittyvä elämänlaatu säilyi muuttumattomana neljän kuukauden aikana hoidon aloituksen jälkeen, se heikkeni myöhemmin seuranta-aikana.

Virtsaoireet vaikuttivat myös potilaiden nukkumiseen. Potilailta, joilla oli paljon virtsaamisoireita, oli myös huono unen laatu ennen hoidon aloitusta ja vielä neljä kuukautta sen jälkeen. Uupuminen vaikutti koko seuranta-ajan terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja unen laatuun. Hengenahdistus, kivut ja suolisto-oireet olivat yhteydessä unen laadun huonontumiseen. Unen laadun heikkeneminen huononsi myös terveyteen liittyvää elämänlaatu.

### **3. Eturauhassyöpähoitojen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun vuoden seuranta-aikana**

Prostatektomia- ja sädehoito tuottavat yhtä paljon terveyteen liittyvää elämänlaatu. Prostatektomiapotilaiden elämänlaadussa tapahtui vuoden seurannassa vain vähäistä muutosta. Sädehoitopotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli ennen hoidon aloitusta prostatektomiapotilaiden tasolla, mutta heikkeni tasaisesti hoidon aloituksen jälkeen. Hormonihoitopotilaiden elämänlaatu pysyi neljään kuukauteen saakka hoidon aloituksen jälkeen melkein muuttumattomana, mutta heikkeni voimakkaasti myöhemmin vuoden aikana. Seurantapotilaiden elämänlaatu heikkeni neljän kuukauden aikana sairauden toteamisesta, mutta parani myöhemmin.

Sädehoitopotilaiden fyysinen toimintakyky, sosiaalinen, rooliin liittyvä ja kognitiivinen toimintakyky oli parempi kuin muita hoitoja saavilla. Heikoin elämänlaatu oli orkiektomiapotilailta. Hormonihoitopotilaiden erityistoiminta parani hoidon aloituksen jälkeen. Hormonihoitopotilaat tunsivat myös itsensä uupuneimmiksi ja heillä oli eniten hoidoista johtuvia sivuvaikutuksia. Seurantapotilailta oli eniten kipuja, ummetusta ja hengenahdistusta. Sädehoito ja hormonihoitopotilailta oli useimmin unettomuutta.

Prostatektomiapotilaille oli eniten virtsaoireita, jotka heikensivät potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua neljän kuukauden aikana hoidon aloituksesta.

Prostatektomiapotilaat olivat kiinnostuneimpia sukupuolielämästä ja seurantapotilaat vähiten. Prostatektomiapotilaat olivat olleet myös aktiivisempia sukupuolielämässään ennen hoidon aloitusta. Prostatektomian jälkeen melkein puolella potilaista oli erektiohäiriöitä ja ejakulaatio-ongelmia. Sätehoitopotilaille oli myös paljon erektiohäiriöitä. Potilaat olivat vain vähän aktiivisia seksuaalisesti hoidon aloituksen jälkeen. Sukupuolielämällä oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun alueiden muuttumiseen sekä välillisesti että välittömästi.

#### **4. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatumalli**

Tutkimuksella tuotettiin eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävä rekursiivinen polkumalli. Tärkeimpinä selittävinä tekijöinä mallissa olivat potilaiden suoriutuminen päivittäisistä toimista, liikkuminen, nukkuminen, sukupuolielämä ja energisyys. Malli selitti hyvin potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

#### **5. Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden arvio saamastaan tiedosta suhteessa heidän terveyteen liittyvään elämänlaatuunsa**

Tiedon tarve ja riittävyys vaihtelivat ennen hoidon aloitusta, hoidon aikana ja sen jälkeen. Hoitajien antamaa tietoa pitivät tarpeellisimpana nuoremmat, parempikuntoiset ja jotain lääketieteellistä hoitoa saaneet potilaat. He olivat myös saaneet riittävästi tietoa.

Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tiedon tarpeellisuudessa ja riittävyudessa päätöksentekoa varten ei ollut iän ja hoitojen suhteen tilastollisesti merkitsevää eroa. Nuoremmat potilaat ja prostatektomia- ja sädehoitopotilaat pitivät tiedon saamista päätöksentekoa ja hoitoon osallistumista varten tarpeellisena, ja he olivat saaneet myös riittävästi tietoa. Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat olivat saaneet riittävästi tietoa sairaudesta ja hoidosta. Hormonihoito- ja seurantapotilaiden saama tieto oli riittämätöntä. Potilaat toivoivat voivansa ilmaista itseään myös hoitoaan koskevissa

asioissa, kirjallisia ohjeita, uneen ja lepoon sekä eritystoimintaan liittyvien asioiden käsittelyä. Potilaat arvioivat saaneensa tietoa melko hyvin silloin, kun olivat sitä tarvinneet. He olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon sairaudesta ja hoidosta. Tyytymättömämpiä he olivat saamaansa tietoon apuvälineistä, syöpäyhdistyksen toiminnasta, unesta ja levosta sekä sukupuolielämästä. Hoidon aloituksen jälkeen potilaat olivat saaneet riittämättömästi tietoa apuvälineistä, unesta, tilanteestaan ja syöpäyhdistyksen toiminnasta ja sukupuolielämästä. Tiedon puutteellisuus apuvälineistä oli yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen.

Potilaiden saamalla tiedolla oli merkitystä sosiaalisen toimintakyvyn muuttumiseen seuranta-aikana. Riittävästi tietoa saaneiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin niillä potilailla, jotka kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa. Potilaiden saaman tiedon riittävyys oli myös yhteydessä masentuneisuuteen ja unen laatuun. Unen laatu parani niillä potilailla, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa päätöksentekoa ja hoitoonsa osallistumista varten.

## **11.2 Suositukset tulosten hyödyntämiseksi**

Tutkimus oli pitkittäistutkimus, jossa aineisto kerättiin seitsemästä suomalaisesta sairaalasta, joissa hoidettiin eturauhassyöpää sairastavia potilaita. Tutkimuksella saatiin tietoa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitotyöhön terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevista ja siihen vaikuttavista tekijöistä vuoden aikana sairauden toteamisen jälkeen. Vuosi on varsin lyhyt aika syöpäpotilaiden seurannassa, mutta tulokset ovat suuntaa-antavia.

Aineisto kerättiin sekä geneerisellä että sairausspesifillä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarilla. Geneerinen terveyteen liittyvä elämänlaatumittari mittaa tekijöitä, jotka ovat yleisiä kaikille ihmisille sairaudesta riippumatta ilman aikarajoitusta. Sairausspesifillä mittarilla voidaan mitata jonkin tietyn sairauden aiheuttamia oireita viimeksi kuluneen kuukauden tai viikon aikana. Oireita kysyttäessä tämä rajaus oli tarpeen, sillä pitemmällä aikavälillä, potilaat eivät olisi osanneet kuvata oireitaan niin tarkasti. Tässä tutkimuksessa geneerisen terveyteen liittyvän elämänlaatumittarin 15D:n ja sairausspesifin mittarin EORTC QLQ-C30 osiot korreloivat toistensa kanssa, mikä osoittaa, että sairausspesifää mittaria voidaan käyttää

rinnakkaismittarina 15D:lle. Sairausspesifillä mittarilla saatu tulos tarkensi geneerisellä mittarilla tuotettua tietoa terveyteen liittyvän elämänlaadun alueista ja niissä tapahtuvasta muutoksesta. Molemmat mittarit sopivat myös hoitotieteen käyttöön, koska mittareiden osiot ovat samansuuntaisia hoitotieteen käsitteiden kanssa terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksista. Tässä tutkimuksessa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tiedon tarvetta ja riittävyttä mitattiin NIS-mittarista (Nursing Information and Support scale) mukailulla mittarilla eturauhassyöpöpotilaiden tietomittarilla. Tätä tutkimusta voidaan pitää tietomittarin esitestauksena. Tulosten perusteella jatketaan mittarin kehittämistä. Mittaria voidaan käyttää jatkossa tutkittaessa eturauhassyöpöpotilaiden tiedon tarvetta ja riittävyttä ennen hoidon aloitusta, hoidon aikana ja sen jälkeen.

Oireiden ja hoidon sivuvaikutusten lisäksi hoitajien tulee huomioida potilaiden emotionaalinen tilanne sekä myönteiset ja kielteiset tunteet. Hoitajien tulisi myös huomioida eturauhassyöpöpotilaiden unen laatua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan huono unen laatu heikentää potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tulos on tärkeä kliinistä hoitotyötä tekeville heidän tarkkaillessaan potilaita ja suunnitellessaan hoitotyön menetelmiä potilaiden auttamiseksi.

Hoitotyölle haasteena onkin huonokuntoisten, iäkkäiden, hormonihoitoa saavien ja seurantapotilaiden parempi tuki ja tiedon antaminen päivittäiseen elämään liittyvissä asioissa. Hoitajien tulisi huomioida nämä asiat hoitaessaan ja ohjatessaan potilaita. Huonokuntoiset ja iäkkäät potilaat tarvitsevat omahoitajan, jolla on aikaa keskustella heidän ongelmistaan. Myös laitoksessa tai sukulaisen kanssa asuvien huonokuntoisten potilaiden ohjaukseen ja tukemiseen tulisi kiinnittää erityistä huomioita. Omaisten mukana olo ohjaustilanteessa olisi suositeltavaa.

Prostatektomia- ja sädehoitopotilaat arvioivat saamansa tiedon riittäväksi. Hormonihoito- ja seurantapotilaiden saama tieto oli kuitenkin riittämätöntä. Hormonihoitopotilaat ovat myös useammin polikliinisessä hoidossa, jolloin hoitajien ohjaukseen käytettävissä oleva aika ja mahdollisuus ovat rajoitetumpia kuin vuodeosastolla. Seurantapotilaiden riittämätön tiedon saaminen johtunee poliklinikoiden kiireestä ja hoitajien asenteesta, että vain lääketieteelliseen hoitoon liittyvä tieto olisi tarpeellista. Hormonihoito- ja seurantapotilaat olivat myös huonompikuntoisia ja

iäkkäämpiä. Voi olla, että hoitajat eivät ole myöskään riittävästi huomioineet potilaiden voimavaroja ja kykyä ottaa vastaan tietoa. Niiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu parani, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa.

Tutkimuksessa kysyttiin potilaiden tiedon tarvetta ja saamansa tiedon riittävyttä myös syöpäyhdistyksen toiminnasta. Yleensä ne potilaat, jotka pitivät tietoa tarpeellisena, olivat myös saaneet sitä. Prostatektomiapotilaat ja nuoremmat potilaat olivat aktiivisempia asiassa. Syöpäyhdistyksillä on useita eturauhassyöpäpotilaiden tukiryhmiä eri puolilla Suomea. Monissa sairaaloissa onkin otettu jo hoidon alussa potilasohjaukseen mukaan informaatio näistä tukiryhmistä. Tutkimus osoitti kuitenkin, että osa potilaista ei pitänyt tarpeellisena tietoa hoidon alkuvaiheessa. Potilaiden voikin olla vaikea puhua sairaudestaan ulkopuolisille ja kokevat, että päävastuu hoidosta ja tiedon antamisesta on hoitavalla lääkäriellä tai sairaanhoitajalla. Eturauhassyöpäpotilailla tulisi olla mahdollisuus keskustella sairaudestaan ja hoidosta asiantuntijasairaanhoitajan kanssa, joilla on koulutusta ja kokemusta käsitellä potilaille hyvinkin intiimeitä asioita. Monissa sairaaloissa onkin jo järjestetty asiantuntijasairaanhoitajia, joilla on eturauhassyöpäpotilaiden ohjausta varten hoitajien vastaanottoja.

Tutkimuksella saatiin tietoa niistä asioista, joista potilaat haluavat tietoa sekä ajankohdasta, milloin he haluavat sitä. Tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa sekä lääketieteellistä hoitoa että hoitotyötä, kun halutaan tietoa eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittävistä ja ennustavista tekijöistä. Hoitotyön suunnittelussa tulisi ottaa huomioon tutkimuksella saatu tietoa terveyteen liittyvän elämänlaatuun yhteydessä olevista tekijöistä sekä potilaiden tarpeet, voimavarat ja kyky vastaanottaa tietoa paremmin ja luopua rutiininomaisesta informaatiosta. Huonokuntoisten ja iäkkäiden potilaiden neuvontaan tulisi järjestää enemmän aikaa ja ohjauksen tulisi lähteä näiden potilaiden kyvystä ottaa vastaan tietoa. Hoitajien tulisi varmistaa, että potilaat ymmärtävät myös saamansa tiedon. Myös tiedon antamisen ajoitukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Potilaiden tulisikin saada tietoa aina, kun he sitä tarvitsevat. Tiedon antamisen jaksottaminen olisi hyödyksi. Potilaiden saamalla tiedolla sosiaaliseen elämään ja hoitoon osallistumista varten oli yhteyttä sosiaaliseen elämään vuoden aikana. Myös potilaiden saamalla kirjallisilla ohjeilla ja tiedolla apuvälineistä oli yhteyttä terveyteen liittyvän elämänladun heikkenemiseen myöhemmin vuoden kuluessa. Hoitajien tulisi ohjauksessaan

huomioida potilaiden tiedon saaminen myös myöhemmin eikä vain hoidon aloituksen yhteydessä. Tutkimuksen tulos ohjaakin hoitajia, mihin tekijöihin tulisi kiinnittää huomiota eturauhassyöpää sairastavien potilaiden hoitotyössä.

Eturauhassyöpäpotilaiden määrän kasvu tuo haasteita tämän potilasryhmän kanssa työskenteleville hoitajille. Hoitajat tarvitsevat sen tähden tutkittua tietoa potilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Asia tulisi huomioida jo hoitajien peruskoulutuksessa. Etenkin eturauhassyöpää sairastavien potilaiden seksuaalisuuden muuttumiseen liittyvien asioiden huomioiminen on tärkeää, jotta hoitajat myöhemmin työssään osaisivat suhtautua avoimesti eturauhassyöpää sairastavien potilaiden seksuaalisuuteen. Peruskoulutuksen lisäksi tulisi toimipaikalla tapahtuvassa koulutuksessa järjestää hoitajille tilaisuutta pohtia eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tukemiseen ja ohjaukseen liittyviä asioista.

Tutkimuksella saatiin kliinistä hoitotyötä tekevien käyttöön tietoa niistä tekijöistä, joilla on vaikutusta potilaiden selviytymisessä sairautensa kanssa. Tulos vahvistaa tämän potilasryhmän tuen ja ohjauksen tarpeen olevan suuren. Tulosten perusteella voidaan laatia hoitosuosituksia ohjauksesta ja tuesta. Tutkimuksella tuotettu teoreettinen malli helpottaa hoitajia tunnistamaan eturauhassyöpäpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua selittäviä ja ennustavia tekijöitä. Tutkimuksella saatu tieto on helposti siirrettävissä hoitotyön käytäntöön.



## 12 JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Tämä tutkimus osoitti, että Suomessa tarvitaan myös hoitotieteen alalla eturauhassyöpää sairastavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatututkimusta. Jatkossa olisi hyvä tehdä pidemmän aikavälin seurantatutkimusta 0 - 5-vuoden aikana, jolloin terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos tulisi paremmin esiin. Oli myös hyödyllistä tehdä useita mittauksia seuranta-aikana, jolloin muutoksen ajankohta voitaisiin määrittää paremmin ja korreloida tieto potilaan lääketieteelliseen tilaan.

Tulosten perusteella jatketaan eturauhassyöpäpotilaiden tietomittarin kehittämistä ja testaamista. Hyödyllistä olisi tehdä myös interventiotutkimuksia teorian ja mittareiden edelleen kehittämiseksi ja testaamiseksi. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia hoitajien tapaa antaa ohjausta eturauhassyöpää sairastaville potilaille sekä tiedon antamisen ajankohtaa ja millaista tietoa potilaat saavat eri vaiheissa hoitoaan.

Tulosten perusteella on mahdollista suunnitella tietokoneavusteinen ohjelma, jonka avulla hoitajien on helpompi seurata potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muuttumista sekä tiedon ja tuen tarvetta ja riittävyyttä.

**LÄHTEET**

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N J, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes J C, Kaasa S, Klee M, Osoba D, Razavi D, Rofe P B, Schraub S, Sneeuw K, Sullivan M & Takeda F. 1993. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials on oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 85 (5), 365-373.
- Aaronson NK, Cull AM, Kaasa S & Sprangers AG. 1996. The European organization for research and treatment of cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology: an update. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition by Spilker B. Lippincott-Raven. Publishers Philadelphia. New York.
- Adolfsson J. 2003. Health related quality of life assessments in patients with advanced cancer of the prostate. *Pharmacoeconomics* 21(4), 241-247.
- Ahmedzai S. 1995. Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. *European Journal of Cancer* 31A, (Suppl.6), S2-S7.
- Albertsen PC, Aaronson NK, Muller MJ, Keller SD. & Ware JE. 1997. Health-related quality of life among patients with metastatic prostate cancer. *Urology* 49 (2), 207-217.
- Albertsen P C, Nease R F, Potosky Jr. & A. 1998. Assessment of patient preferences among men with prostate cancer. *Journal of Urology* 159, 158-163.
- Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Juva: WSOY
- Andreasson S. 1993. *Faktoranalys en introduktion. Serien; FoU-rapporter vid institution för omvårdningsforskning N.3*. Linköping.
- Andriole GL. 1997. Adjuvant therapy for prostate cancer patients at high risk of recurrence following radical prostatectomy. *European Urology*, 32 (suppl. 3), 65-69.
- Arbuckle JL. & Wothke W. 1999. *Amos 4.0 User's guide*. Copyright by SmallWaters Corporation. Printed in the United States of America.
- Aro AR, Aalto A-M & Mähönen M. 1993. Elämänlaadun mittaaminen eri sairauksissa. *Duodecim* 109 ss. 1512-1519.
- Aus G, Abbou CC, Pacik D, Schmid H-P, van Poppel H, Wolff JM, Zattoni F. & EAU working group on oncological urology. 2001. EAU guidelines on prostate cancer. *European Urology* 40, 97-101.
- Bacon CG, Giovannucci E, Testa M & Kawachi I. 2001. The impact of cancer treatment on quality of life outcomes for patients with localized prostate cancer. *Journal of Urology* 166, 1804-1810.

- Ben-Tovim DI, Dougherty MLG, Stapleton AMF & Pinnock CB. 2002. Coping with prostate cancer: a quantitative analysis using a new instrument, the centre for clinical excellence in urological research coping with cancer instrument. *Urology* 59(3), 383-388.
- Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S & Sullivan M. 1994. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer* 30A.(5), 635-642.
- Bisson JJ, Chubb HL, Bennett S, Mason M, Jones D & Kynaston H. 2002. The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *The British Journal of Urology International* 90(1), 56-61.
- Blasko JC, Mate T, Sylvester J, Grimm P, Cavannagh W. 2002. Brachytherapy for carcinoma of prostate: techniques, patient selection and clinical outcomes. *Seminars in Radiation Oncology* 12(1), 81-94.
- Boberg EW, Gustafsson DH, Hawkings RP, Offord KP, Koch C, Wen K-Y, Kreutz K, Salner A. 2003. Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counseling* 49, 233-242.
- Boccon-Gibod L. 1998. Are non-steroidal anti-androgens appropriate as monotherapy in advanced prostate cancer? *European Urology* 33, 159-164.
- Borghede G & Sullivan M. 1996. Measurement of quality of life in localized prostate cancer patients treated with radiotherapy. Development of a prostate cancer-specific module supplementing the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research* 5, 212-222.
- Borghede G, Karlsson J & Sullivan M. 1997. Quality of life in patients with prostatic cancer: results from a Swedish population study: *The Journal of Urology* 158, 1477-1486.
- Bowling A. 1997a. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales.* Second edition. Open University Press, Buckingham. Philadelphia.
- Bowling A. 1997b. *Measuring disease.* Second edition. Open University Press, Buckingham. Philadelphia.
- Brachman DG, Thomas T, Hilbe J & Beyer DC. 2000. Failure-free survival following brachytherapy alone or external beam irradiation alone for T1-2 prostate tumors in 2222 patients: results from single practice. *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics* 48(1), 111-117.
- Brandeis JM, Litwin MS, Burnison CM & Reiter R E. 2000. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. *Journal of Urology* 163, 851-857.
- Brasils K G, Santa-Cruz C, Brickman A I & Soloway M S. 1995. Quality of life 12 months after radical prostatectomy. *British Journal of Urology* 75, 48-53.

- Brooks R. 1996. EuroQol: the current state of play. *Health policy* 37,53-72
- Burns N & Grove S. 1997. *The practice of nursing research, conduct, critique & utilization*. Third edition. W.B. Saunders Company. USA.
- Catalona WJ, Ramos CG & Carvalhal GF. 1999. Contemporary results of anatomic radical prostatectomy. *Cancer Journal Clinical* 49, 282-296.
- Clark JA, Wray N, Brody B, Ashton C, Giesler B & Watkins H. 1997. Dimensions of quality of life expressed by men treated for metastatic prostate cancer. *Social Science & Medical* 45 (8), 1299-1309.
- Cleary P, Morrissey G & Oster G. 1995. Health-related quality of life in patients with advanced prostate cancer: a multinational perspective. *Quality of Life Research* 4, 207-220.
- Crawford ED, Bennett CI & Stone NN. 1997. Comparison of perspectives on prostate cancer: analysis of survey data. *Urology* 4, 359-365.
- Cresswell S M, English PJ, Hall RR, Roberts JT & Marsh MM. 1995. Pain relief and quality of life assessment following intravenous and oral clodronate in hormone-escaped metastatic prostate cancer. *British Journal of Urology* 76, 360-365.
- Dale AE. 1995. A research study exploring the patient's view of quality of using the case study method. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1128-1134.
- Davis JW, Kuban DA, Lynch DF & Schellhammer PF. 2001. Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences bases on treatment modality. *The Journal of Urology* 196, 947- 952.
- Davison BJ & Degner LF. 1997. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing* 20 (3), 187-196.
- Davison BJ, Gleave ME, Goldenberg SL, Degner LF, Hoffart D & Berkowitz J. 2002a. Assessing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. *Cancer Nursing* 25(1), 42-47.
- Davison JR, Maclean AW, Brundage MD & Schulze K. 2002b. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science Medicine* 54 (9), 1309-1312.
- Davison BJ, Goldenberg LS, Gleave ME, Degner LF. 2003. Provision of individualized information to men and their partners to facilitate treatment decision making in prostate cancer. *Oncoligal Nursing Forum* 30(1), 107-14.
- Degner LF & Sloan JA. 1992. Decison making during serious illness: what role do patients really want to play? *Journal Clinical Epidemiology* 45(9), 943- 950.

- Downs TM, Sadetsky N, Pasta DJ, Grossfeld GD, Kane CJ, Mehta SS, Carroll PR & Lubeck DP. 2003. Health related quality of life patterns in patients treated with interstitial prostate brachytherapy for localized prostate cancer- data from CaPURE. *Journal of Urology* 170, 1822-1827.
- Duxbury J. 1994, b. Understanding the nature of sleep. *Nursing Standard*, 23(9), 25-28.
- Echlin K & Rees C. 2002. Information needs and information- seeking behaviors of men with prostate cancer and their partners: a review of the literature. *Cancer Nursing* 25(1), 35-41.
- Edell-Gustafsson UM, Gustavsson G & Uhlin P. 2003. Effects of sleep loss in men and women with insufficient sleep suffering from chronic disease: a model for supportive nursing care. *International Journal of Nursing Practice* 9, 49-59.
- Elomaa, I. 1993. Sekundaarihoidon vaihtoehdot ja elämän laatu: Kirjassa Eturauhassyövän hoito, konsensuskokous 6-8.9.1993. Suomen Akatemia, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Engström CA, Strohl RA, Rose L, Lewandowski L & Stefanek M. 1999. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nursing* 22( 2),143-148.
- EuroQol Group 1990. EuroQol- a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 16 199-208
- Faithfull S. 1997. Analysis of data over time. A difficult statistical issues. *Journal of Advanced Nursing* 25, 853-858.
- Faithfull S, Corner J, Meyer I, Huddart R & Dearnaley D. 2001. Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British Journal Cancer* 14; 85(12),1853-64.
- Fayers P, Aaronson NK, Bjordahl K, Curran D. & Groenvold Morgens. 1999. EORTC QLQ-C30 scoring manual 2th edition. Eortc quality of life study group. Bryssel. ISBN 2-930064-16-1.
- Feldman-Stewart D, Brundage M, Hayter C, Groome P, Nickel JC, Downes H, Mackillop W. 1998. What prostate cancer patients should know: variation in professional' opinions. *Radiotherapy and Oncology* 49, 111-123.
- Ferrans CE. 1996. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing practice: An International Journal*, 10(3), 293-304.
- Fontaine E, Izadifar V, Barthelemy Y, Desgrippes A, Beurton D. 2000. Urinary continence following radical prostatectomy assessed by a self-administers questionnaire. *European Urology* 37,223-227.
- Fosså SD. 1996. Quality of life in prostate cancer: what are the issues and how are they measured? *European Urology* 29 (suppl. 2), 121-123.

Fosså SD, Aaronson NK, Newking D, van Cangh P-J, Denis L, Kurth K-H, de Pauw M. and the members of the EORTC Genito-urinary group. 1990. Quality of life and treatment of hormone resistant metastatic prostatic cancer. *European Journal Cancer* 26 (11/12), 1133-1136.

Fowler FJ, Barry MJ, Lu-Yao G, Wasson J, Roman A & Wenneberg J. 1995. Effect of radical prostatectomy for prostate cancer on patient quality of life: results from a medicare survey. *Urology* 45 (6), 1007-1015.

Galalae RM, Kovacs G, Schultze J, Loch T, Rzehak P, Wilhelm R, Beterman H, Buschbeck B, Kohr P & Kimmig B. 2002. Long-term outcome after elective irradiation of the pelvic lymphatics and local escalation using high-dose-rate brachytherapy for locally advanced prostate cancer. *Internal Radiation Oncology Biobiological Physiology* 52(1), 81-90.

Gelblum DY, Potters L, Asley R, Waldbaum R, Wang X-H & Leibel S. 1999. Urinary morbidity following ultrasound- guided transperineal prostate seed implantation. *Internal Journal Radiation Oncology Biological Physical* 45(1), 59-67.

Germino BB, Mishell MH, Belyea M, Harris L, Ware A & Mohler J. 1998. Uncertainty in prostate cancer. Ethnic and family patterns. *Cancer Practice* 6(2), 107-113.

Granlek D, Wessels H, Cui H & Dalkin B. 2000. Differences in sexual function and quality of life after nerve sparing and nonnerve sparing radical retropubic prostatectomy. *Journal of Urology* 163 1166-1170.

Grant M, Ferrell BR & Sakurai C. 1994. Defining the spiritual dimension of quality of life assessment in bone marrow transplant survivors. *Oncology Nursing Forum* 21(2), 376.

Gray RE, Fitch MI, Phillips C, Labreque M. & Klotz I. 1997. Presurgery experiences of prostate cancer patients and their spouses. *Cancer practice* 7, 130-135.

Gustafsson O, Theorell T, Norming U, Perski A, Öhström M & Nyman C. 1995. Psychological reactions in men screened for prostate cancer. *British Journal of Urology* 75, 631-636.

Haberman MR & Bush N. 1998. Quality of life. Methodological and measurement issues. Kirjassa King CR & Hinds PS. (editors) *Quality of life. From nursing and patient perspectives. Theory, research, practice.* Pp. 117-140. Jones and Barlett publishers. Sudbury Massachusetts. Boston, Toronto, Singapore, USA.

Han B, Demell K, Wallner K, Ellis W, Yung L & Russel K. 2001. Patient reported complications after prostate brachytherapy. *The Journal of Urology* 166, 953-957.

Hedestig O, Sandman P-O & Widmark A. 2003. Living with untreated localized prostate cancer. *Cancer Nursing* 26 (1), 55-60.

- Helgason AR, Adolfson J, Dickman P, Fredrikson M, Aver S & Steineck G. 1996. Waning sexual function- the most important disease-specific distress for patients with prostate cancer. *British Journal of Cancer* 73, 1417-1421.
- Helgason AR, Adolfson J & Dickman P. 1997. Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. *Journal of Urology* 158(1), 155-159.
- Herr HW. 1987. Strategies for the management of recurrent and advanced urologic cancer, quality of life. *Cancer* 60, 623-630.
- Herr HW & Kornblith AB & Ofman U. 1993. A comparison of the quality of life of patients with metastatic prostate cancer. Who received or did not receive hormonal therapy. *Cancer* 71, 1143-50.
- Herr HW & O'Sullivan M. 2000. Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *Journal of Urology* 163, 1743-1746.
- Hodgson L. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1503-1510.
- Hoellenback BK, Dunn RL, Wei JT, McLaughlin PW, Han M, Sanda M. 2002. Neoadjuvant hormonal therapy and older age are associated with adverse sexual health related quality of life outcome after prostate brachytherapy. *Urology* 59(4), 480-484.
- Howell DC. 2002. Multiple comparisons with repeated measures. [http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More\\_Stuff/RepMeasMu/RepMeasMultComp.htm](http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More_Stuff/RepMeasMu/RepMeasMultComp.htm)
- Hung-Ru L & Bauer-Wu SM. 2003. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 44(1), 69-80.
- Hu J, Kwan L, Saigal C & Litwin M. 2003. Regret in men treated for localized prostate cancer. *The Journal of Urology* 169, 2279-2283.
- Hörnquist J. 1982. The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 10, (2), 57-61
- Iversen P, Tammela TLJ, Vaage S, Lukkarinen O, Lodding P, Bull-Njaa T, Viitanen J, Hoisaeter P, Lundmo P, Rasmussen F, Johansson J-E, Persson B-E & Carroll K. 2002. A randomised comparison of bicalutamide (casodex) 150mg versus placebo as immediate therapy either alone or as adjuvant to standard care for early non-metastatic prostate cancer. *European Urology* 42, 204-211.
- Jackson B. 1994. Legal and ethical issues. Teoksessa LoBiondo- Wood G. & Haber J. 1994. 3:s painos. *Nursing research, methods, critical appraisal and utilization*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, 313-343.

Jakobsson L, Hallberg IR & Loven L. 1997a. Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part. I. *European Journal of Cancer Care* 6, 108-116.

Jakobsson L, Hallberg IR & Loven L. 1997b. Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer. An explorative study. Part II. *European Journal of Cancer Care* 6, 117-123.

Jakobsson L, Hallberg IR & Loven L. 2000 Experiences of micturion problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 59-67.

Jakobsson L, Loven L & Hallberg IR. 2001. Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *Journal of Clinical Nursing* 10, 573-582.

Joly F, Brune D, Coucette J-E, Lesaunier F, Heron J-F, Peny J & Henry-Amar M. 1998. Health-related quality of life and sequelae in patients treated with brachytherapy and external beam irradiation for localised prostate cancer: *Annals of Oncology* 9, 751-757.

Jonler M, Ritter M, Brinkmann R, Messing EM, Rhodes P R & Bruskewitz R C. 1994. Sequelae of definitive radiation therapy for prostate cancer localised to the pelvis. *Urology* 44 ( 6), 876-882.

Kalso E. 1993. Eturauhassyövän aiheuttamien kipujen hoito: Kirjassa, Eturauhassyövän hoito. Konsensuskokous 6-8.9.1993. Suomen Akatemia, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kanninen A. 1999. SPSS 9.0 for windows, perusteet. Oulun yliopisto ATK-keskus. Oulu.

Karhu-Hämäläinen A. 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitojakson aikana. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turun yliopiston julkaisuja sarja C, 188. Painosalama Oy - Turku.

Kattainen E, Meriläinen P & Jokela V. 2004. CABG and PTCA patients' expectations of informal support in health related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *European journal of Cardiovascular Nursing* 3, 149-163.

Kauppinen R & Pekurinen M. 1996. Elämänlaatumittarit astmapotilaan voinnin arvioinnissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 349-354.

Kenny DA. 2002. Measuring model fit. [http:// users.rcn.com/dakenny/fit.htm](http://users.rcn.com/dakenny/fit.htm).

Kielb S, Dunn RL, Rashid MG, Murray S, Sanda MG, Montie JE & Wei JT. 2001. Assessment of early continence recovery after radical prostatectomy: patient reported symptoms and impairment. *Journal of Urology* 166, 958-961.



- King CR & Hinds PP.(edit.) 1998 Quality of life from nursing perspectives. Jones and Bartlett Publishers Canada, Toronto.
- Kline R. 1998. Structural Equation modeling. the Guilford press New York, London.
- Koopmeiners L, Post-White J, Gutknecht S, Ceronsky C, Nickelson KW, Drew D, Mackey K. & Kreitzer M.J. 1997. How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 24 (9),1507-1613.
- Kornblith AB, Herr HW, Ofman MS, Scher HI & Holland JC. 1994. Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. *Cancer* 73, 2791-27802.
- Krongrad A, Lai H, Burke M, Goodkin A & Lai S. 1996. Marriage and mortality in prostate cancer. *Journal of Urology* 156,1696-1700.
- Kronholm E. 1993. Uni ja päivävireys. Psykologinen väestötutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML: 121. Kelan tutkimuskeskus: Turku.
- Kuivalainen L, Ryhänen A, Isola A & Meriläinen P. 1998. Potilaan nukkuminen sisätautien ja kirurgian osastoilla. *Hoitotiede* 3, 134-143.
- Kylmä J. 2000. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others- a substantive theory. Väitöskirjatyö Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisusarja E. Yhteiskuntatieteet 85. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Kylmälä T, Taube T, Tammela T L, Risteli L , Risteli J & Elomaa I. 1997. Concomitant i.v. oral clodronate in the relief of bone pain double-blind placebo-controlled study in patients with prostate cancer. *British Journal Cancer*.76(7), 939-42.
- Leininger M. 1994. Quality of Life a transcultural nursing perspective: *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22-28.
- Leidy NK.1990. A structural model of stress, psychosocial resources, and symptomatic experience in chronic physical illness. *Nursing Research*, 39( 4), 230-236.
- Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M & McPherson K. 2000. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal* 320, 909-913.
- Lim AJ, Brandon AH, Fiedler J, Brickman J, Brickman AL, Boyer CI, Raub WA, Soloway Jr. & M S. 1996. Quality of life: radical prostatectomy versus radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Urology* 154,1420-1425.
- Lin HR & Bauer-Wu S M. 2003. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of literature. *Journal of Advanced Nursing* 44(1), 69-80.
- Lindvall L. 1998. Toivo syöpään sairastuneen kokemuksena. *Hoitotiede*, 10(2), 110-114.

Litwin MS. 1994. Measuring health related quality of life in men with prostate cancer. *Journal of Urology* 152,1882-1887.

Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Leach GE. & Brook RH. 1995. Quality of life outcomes in men treated for localised prostate cancer. *Journal of American Medical Association* (11), 273,2, 129-135.

Litwin MS, Lubeck D, Henning J & Carroll P. 1998. Differences in urologist and patient assessments of health related quality of life in men with prostate cancer: Results of the Capsure Database. *Journal of Urology* 159,1988-1992.

Litwin MS, McGuigan KA, Shpall AI & Dhanani N. 1999 a. Recovery of health related quality of life in the year after prostatectomy: early experience. *Journal of Urology* 161, 515-519.

Litwin MS, Fitzpatrick JM, Fossa SD & Newling DWW. 1999 b. Defining an international research agenda for quality of life in men with prostate cancer. *The Prostate* 41:58-67.

Litwin MS, Pasta DJ, Yu J, Stoddard ML & Flandres SC. 2000. Urinary function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: a longitudinal, multivariate quality of life analysis from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *Journal of Urology* 164, 1973-1977.

Lubeck DP, Litwin MS, Henning JM & Carroll P. 1997. Measurement of health related quality of life in men with prostate cancer: the CAPSURE database: *Quality of Life Research* 6 385-392.

Lubeck DP, Litwin M S, Henning J M, Stier D M, Mazonson P, Fisk R, Carroll P R & the Capsure Research Panel. 1996. The Capsure database: a methodology for clinical practice and research in prostate cancer. *Urology* 48, 773-777.

Lucas MD, Strijdom SC, Berk MB & Hart GAD. 1995. Quality of life, sexual functioning and surgical orchiectomy in patients with prostate cancer. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology* 29, 497-500.

Lukkarinen H. 1998. Quality of life in coronary artery disease. *Nursing Research* 47 (6), 337-343.

Lukkarinen O, Ala-Opas M, Aro J, Elomaa I, Kylmälä T, Laato M, Lammi U-K & Salo J. 1999. Suomen Urologiyhdistys Ry:n asettama hoitosuositusryhmä. Hoitosuositus Eturauhassyövän hoito. *Duodecim* 115(14),1507-16

Lukkarinen O. 2002. Eturauhassyöpä. Kirjassa. Nurmi M, Lukkarinen O, Ruutu M, Taari K. & Tammela T. (toim.) *Urologia* 243-261.

Mauranen K. 1999. Varianssianalyysin jatkotarkasteluista. <http://uku.fi/~mauranen/spss/jatko/anova38.html>.

- McGregor S. 2003. What information patients with localized prostate cancer hear and understand. *Patient Education and Counseling* 49, 273-278.
- Meeberg G. 1993. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18,32-38.
- Merrick GS, Butler WM, Galbreath R, Stipetich RW, Abel RL. & Lief JH. 2002. Erectile function after permanent prostate brachytherapy. *Internal Journal Radiation Oncology Biological Physiology* 52 (4), 893-902.
- Mishel M, Germino B, Belyea M, Stewart J, Bailey jr. D, Mohler J& Robertson C. 2003. Moderators of uncertainty management intervention, for men with localized prostate cancer. *Nursing Research* 52,2, 89-97.
- Monga U, Kerrigan AJ, Thornby J, Monga T. 1999. Prospective study of fatigue in localized prostate cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiation Oncology Investigations* 7,178-185.
- Moore KN. & Estey A. 1999 The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing* 29 (5), 1121-1129.
- Nevanlinna A. 2002. Varianssianalyysi.  
<http://www.helsinki.fi/atk/tilasto/Spssjatko/varianssi/varianssi.html>.
- Newshan G. 1998. Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with. *Journal of Advanced Nursing* 28(6), 1236-1241.
- Newsom USP. 510/610 SEM. 2003. Some clarifications and recommendations on fit indices.
- Niezgoda HE & Pater JL. 1993. A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Quality of Life Research* 2, 319-325.
- Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J & Leskinen E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY Kirjapainoyksikkö Porvoo.
- Nurmi M. 1993. Eturauhassyövän kliininen toteaminen: Kirjassa Eturauhassyövän hoito, konsensuskokous 6-8.9.1993. Suomen Akatemia, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nygård R, Norum J & Due J. 2001. Goserelin (zoladex) or orchiectomy in metastatic prostate cancer? A quality of life and cost-effectiveness analysis. *Anticancer Research* 21, 781-788.
- Ofman US. 1995. Presentation of function in genitourinary cancers: psychosexual and psychosocial issues. *Cancer Investigation* 13(1), 125-131.
- O'Hanlon M & Buxton M. 1995. EuroQol Plenary Meeting. Conference Proceedings Heath Research Report N. 20. Heath Economics Research Group, Brunel University, Uxbridge, Middlesex UB8 3PH.

Oleson M. 1990. Subjectively perceived quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 22.(3), 187-190.

O'Rourke ME. & Germino BB. 1998. Prostate cancer treatment decisions: a focus group exploration. *Oncological Nursing Forum* 25, 97-104.

Palmer MH, Fogarty LA, Somerfield MR & Powel LL. 2003. Incontinence after prostatectomy: coping with incontinence after prostate cancer surgery. *Oncology Nursing Forum* 30(2), 229-238.

Partin AW, Yoo J, Carter HB, Pearson JD, Chan DW, Epstein JI & Walsh P C. 1993. The use of prostate specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *Journal of Urology* 150, 110-114.

Payne R. 1993. Pain management in the patient with prostate cancer. *Cancer (suppl.1)* 71 (3), 1131-1137.

Parse RR. 1994. Quality of life: sciencing and living the art of human becoming. *Nursing Science Quarterly* 7(1),16-21.

Pascreta JV. 1997. Depressive phenomena, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research* 46(4), 214-221.

Patel HRH, Mirsadraee S & Emberton M. 2003. The patient's dilemma: prostate cancer treatment. *Journal of Urology* 169(3), 828-833.

Pelkonen M.1994. Voimavarojen vahvistaminen: haaste hoitotieteellisen tietoperustan ja hoitotyön käytännön kehittämiseksi. *Hoitotiede* 6(4), 177-179.

Penson DF, Litwin MS, Aaronson N K. 2003. Health related quality of life in men with prostate cancer 169(5),1653-1661.

Peplau H. 1994. Quality of Life: An Interpersonal Perspective. *Nursing Science Quarterly* 7(1), 10-15.

Pollock SE, Christean BJ & Sands D.1990. Responses to chronic illness: analysis of psychological and physiological adaptation. *Nursing Research* 39 ( 5), 300-304.

Pöllänen P, Nurmi M & Nikkanen V.1993. Johdatus andrologiaan, Miehen lisääntymiselimet, niiden sairaudet ja hoito. Helsinki, Kustantaja Oy Organon Ab. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

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

Rees CE, Bath PA & Lloyd-Williams M. 1998. The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 28(6), 1249-1258.

Resnick B. & Jenkins L.S. 2000. Testing the reliability and validity of self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research* 49(3), 154-159.

Riley BB, Perna R, Tate DG, Forcheimer M & Anderson C. 1998. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Physicalcal Medical Rehabilitation* 79, 258-264.

Rissanen P, Sintonen H & Pekurinen M. 1995. 15D Terveyyteen liittyvän elämänlaatumittarin, visuaalisen analogimittarin ja koetun terveydentilan mittarin arvot aikuisikäisessä normaaliväestössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 207-211.

Rondorf-Klym LA & Colling J. 2003. Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology Nursing Forum* 30(2), 24-32.

Rosendahl I, Kiebert GM, Curran D, Cole BF, Weeks JC, Denis LJ & Hall RR. 1999. Quality –adjusted survival(Q-twist). Analysis of EORTC trial 30853: comparing goserelin acetate and flutamide with bilateral orchiectomy in patients with metastatic prostate cancer. *The Prostate* 38, 100-109.

Rossetti S. & Terrone C. 1996. Quality of life in prostate cancer patients. *European Urology* 30(suppl 1), 44-48.

Rustoen T. 1995. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: theoretical analysis. *Cancer Nursing* 18(5), 355- 361.

Rustoen T, Moum T, Wiklund I & Hanestad B R.1999. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 490- 498.

Sahlberg- Blom E, Ternstedt B-M & Johansson J-E. 2001. Is good quality of life possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing* 10, 550-562.

Saigal CS, Cornbein J, Nease R & Litwin MS. 2001. Predictors of utilities for health states in early stage prostate cancer. *The Journal of Urology* 166, 942- 946.

Savard BJ & Morin CM. 2001. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology* 19 (3:1), 895-908

Sharp JW. 1993. Expanding the definition of quality of life for prostate cancer. *Cancer suppl.* 71(3), 1078-1082.

Sharp LK, Knight SJ, Nadler R, Albers M, Moran E, Kuzel T, Sharifi R. 1999. Quality of life in low-income patients with metastatic prostate cancer: divergent and convergent validity of three instruments. *Quality of life Research* 461-470.

Shrader-Bogen CL, Kjellberg JL, McPherson CP & Murray CL. 1997. Quality of life and treatment outcomes: prostate carcinoma patients' perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer* 79(10),1977-1986.

- Siegel T, Moul JW, Spevak M, Alvord WG, Costabile RA. 2001. The development of erectile dysfunction in men treated for prostate cancer. *Journal of Urology* 165, 430-435.
- da Silva FC. 1993a. Quality of life in prostatic carcinoma. *European Urology* 24 (suppl. 2), 113-117.
- da Silva FC. 1993b. Quality of life in prostatic cancer patients. *Cancer*, 72, 3803-6.
- da Silva FC, Aaronson N, Serbouti S, Denis L, Casselman J, Whelan P, Hetherington J, Fava C, Richards B & Robinson M. And the Members of the EORTC Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group. 1996. The quality of life of patients with newly diagnosed M1 prostate cancer: experience with EORTC clinical trial 30853. *European Journal Cancer* 32A (1), 72-77.
- Sintonen H.( Ed.). 1993. EuroQoL Conference Proceedings Helsinki, October 1992, Discussion Paper n. 2: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 8.
- Sintonen H. 1994. The 15-D measure of health related quality of life: reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. Working paper 41 Centre for health program evaluation.
- Sintonen H. 1995. The 15-D measure of health related quality of life. II feasibility, reliability and validity of its valuation system. Working paper 42. Centre for health program evaluation.
- Sintonen H. & Arinen S-L. 1997. Suomalaisten terveydentila mitattuna elinajanodotteella, 15D:llä ja QALY:lla vuosia 1992-1995. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 34, 182-188.
- Sintonen H & Pekurinen M. 1989. 15D- askel kohti yleistä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 26, 85-96.
- Sharp J. 1993 Expanding the definition of quality of life for prostate cancer. *Cancer suppl.1* ,71 (3), 135-144.
- Skilbeck J & Payne S. 2003. Emotional support and the role on clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 43(5),521-530.
- Sneeuv KCA, Albertsen PC & Aaronson NK. 2001. Comparison of patient and spouse assessments of health related quality of life in men with metastatic prostate cancer. *Journal of Urology* 165, 478-482.
- Sprangers MAG, Cull A, Borjal M, Groenvold M & Aaronson NK. 1993. The European organization for research and treatment of cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of Life Research* 2, 287- 295.
- Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama hoitosuositusryhmä. 1999. Eturauhassyövän hoito. *Duodecim* 115(14), 1507-1516.

Suominen T. 1994. Rintasyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset tästä asiasta! *Hoitotiede* 6.(3), 127-132.

Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P & Yaxley J. 2001. The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psycho-oncology* 10, 66-75.

Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J & Heathcote P. 2002. Making decisions about treatment for localized prostate cancer. *British Journal of Urology International* 255-260.

Talcott BA, Rieker P, Clark JA, Propter KJ, Weeks JC, Beard CJ, Wishow KI, Kaplan I, Loughlin K R, Richie J P & Kantoff P W. 1998. Patient-reported symptoms after primary therapy for early prostate cancer: results of a prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology* 16 (1), 275-283.

Templeton HRM & Coates VE. 2001. Adaptation of an instrument to measure the international needs of men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 357-364.

Tyrrell CJ, Kaisary AV, Iversen P, Anderson JB, Baert L, Tammela T, Chamberlain M, Webster A & Blackledge G. 1998. A randomised comparison of Casodex (Bicalutamide) 150mg monotherapy versus castration in the treatment of metastatic and locally advanced prostate cancer. *European Urology* 33, 447-456.

Ulrich PM, Carson MR, Lutgendorf SK & Williams RD. 2003. Cancer fear and mood disturbance after radical prostatectomy: consequences of biochemical evidence of recurrence. *Journal of Urology* 169, 1449-1452.

Uushonko U. 1994. Hemodialyysi- ja jatkuvassa peritoneaalidialyysihoidossa olevien potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen 15D-mittarilla potilaiden itsensä arvioimana: Tampereen yliopisto. Tampere

Zung WWK. 1972. The depression status inventory: An adjunct to self-rating depression scale. *Journal of Clinical Psychology* 28: 539-43.

Vicini FA, Kini VR, Edmundson G, Gustafson GS, Strömberg J & Martinez A. 1999. A comprehensive review of prostate cancer brachytherapy: defining an optimal technique. *International Journal of Radiation Oncology Biological Physical* 44 (3), 483-491.

Visser A & van Andel G. 2003. Psychological and educational aspects in prostate cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 49, 203-206

Waltz CF, Strickland OL & Lenz ER. 1991. *Measurement in nursing research*. (2ed.) F.A. Davis Company, Philadelphia.

van Wegberg B, Bacchi M, Heusser P, Helwig S, Schaad R, von Rohr E & Bernhard J. 1998. The cognitive-spiritual dimension- an important addition to the assessment of quality of life: Validation of a questionnaire ( SELT-M) in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology* 9, 1091-1096.

Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, McLaughlin PW, Montie JE, Litwin MS, Nyquist L. & Sanda MG. 2002. Comprehensive Comparison of health related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology* 20 (2), 557-566.

Whelan TJ, Mohide A, Arnold A, Tew M, Ollick S, Gafni M & Levine M. 1997. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer centre. *Cancer* 80, 1518-24.

Winningham ML. 2001. Strategies for managing cancer-related fatigue syndrome:a rehabilitation approach. *Cancer* 92(4 Suppl), 988-97.

Wong F, Stewart DE, Dancy J, Meana M, McAndrews MP, Bunston T & Cheung A M. 2000. Men with prostate cancer: influence of psychological factors on informational needs and decision making. *Journal of Psychosomatic Research* 49,13-19.



## Liite no. 1 a

### ARVOISA VASTAAJA

Eturauhassyöpä on Suomessa yleisin miesten syöpä. Eturauhassyövän hoidot ovat viime vuosia kehittyneet. Potilaat viipyvät sairaalassa entistä lyhyemmän ajan, mikä takia hoitajien antama ohjauksen merkitys tulee entistä tärkeämmäksi. Tämän vuoksi onkin tärkeää selvittää niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä potilaiden elämänlaatuun, jotta voitaisiin mahdollisimman hyvin auttaa potilaita saavuttamaan ja ylläpitämään hyvää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tieto on arvokasta kaikille hoitoon osallistuvilla terveydenhoitohenkilöille sekä lääkäreille että hoitotyöntekijöille, jotta voisimme suunnitella kansanne parhaan mahdollisen hoidon elämänlaatuunne edistämiseksi.

Tämä tutkimus on osa monitieteistä terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimusprojektia. Tutkimusryhmä muodostuu lääketieteen, hoitotieteen ja terveystaloustieteen tutkijoista. Tutkimukseen osallistuu noin 600 eri puolilla Suomea asuvaa eturauhassyöpäpotilasta. Tämän osatutkimuksen ohjaajina toimivat professori Pirkko Meriläinen Kuopion yliopistosta, dosentti Martti Nurmi Turun yliopistollisesta sairaalasta ja dosentti Martti Ala - Opas Kuopion yliopistollisesta sairaalasta.

Tutkimuksessa tehdään kolme haastattelua: 1. hoidon alussa, 2. noin kolme kuukautta hoidon aloituksesta tarkastuskäynnin yhteydessä ja 3. kysely, noin vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta postikyselynä. Haastattelijoina toimivat koulutetut urologiset tutkimushoitajat.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytenne ei tule esiin tuloksia tarkasteltaessa. Tutkimukseen osallistumisesta ei koidu Teille taloudellista uhrausta. Tiedot tulevat vain tutkijan käyttöön eikä henkilöllisyytenne käy selville vastauksista. Toivomme Teidän vastaavan kaikkiin kolmeen kyselyyn, jotta voisimme seurata eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaadun muutoksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimustulokset julkaistaan kansainvälisissä hoitotieteen lehdissä.

Vastaamme mielelläni mahdollisiin kysymyksiinne, jotka koskevat tutkimusta. Teillä on mahdollisuus jäädä pois tutkimuksesta milloin tahansa ilmoittamatta syytä. Toivomme kuitenkin Teidän osallistuvan tähän tutkimukseen, että voisimme tutkimuksella saatujen tietojen avulla kehittää eturauhassyöpäpotilaiden hoitotyötä ja edistää siten potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Kiitos avustanne

Leena Kuivalainen  
THM, terveystieteiden  
jatko-opiskelija  
Kukkospapintie 7 C 4  
80230 Joensuu  
040-5895975

Pirkko Meriläinen  
Professori  
Kuopion yliopisto  
Hoitotieteen laitos

Martti Ala - Opas  
Dosentti  
Kuopion  
yliopistollinen  
sairaala

Martti Nurmi  
Dosentti  
Turun  
yliopistollinen  
sairaala

**Liite no. 1b**

**ARVOISA VASTAAJA**

Eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaatututkimus on edennyt kolmanteen vaiheeseen. Toivomme Teidän vastaavan tähän kolmanteen kyselyyn, jotta voisimme seurata eturauhassyöpää sairastavien potilaiden elämänlaadun muutoksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksella saatujen tietojen avulla voimme kehittää eturauhassyöpöpotilaiden hoitotyötä ja edistää siten potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Tiedot tulevat vain tutkijan käyttöön eikä henkilöllisyytenne käy selville vastauksista. Vastaamme mielelläni mahdollisiin kysymyksiinne, jotka koskevat tutkimusta.

Toivomme Teidän vastaavan kyselyyn ja lähettävän täytetyn lomakkeen oheisessa kirjekuudessa kahden viikon kuluessa sen saamisesta. Mikäli jokin kysymys tuntuu vaikealta vastata tai ette halua jostain syystä vastata siihen, voitte jättää kohdan vastaamatta. Toivomme Teidän kuitenkin palauttavan kyselylomakkeen oheisessa kuudessa. Mikäli haluatte viestittää vielä jotain asiaa, mitä ei ole lomakkeessa kysytty, voitte kirjoittaa viestinne lomakkeen viimeiselle sivulle.

Kiitämme vaivannäöstänne ja osallistumisesta tutkimukseen. Toivomme Teille hyvää vointia ja hyvää kevättä.

Kiitos avustanne

Leena Kuivalainen  
THM, terveystieteiden  
jatko-opiskelija  
Kukkospapintie 7 C 4  
80230 Joensuu  
040-5895975

Pirkko Meriläinen  
Professori  
Kuopion yliopisto  
Hoitotieteen laitos

Martti Ala-Opas  
Dosentti  
Kuopion  
yliopistollinen  
sairaala

Martti Nurmi  
Dosentti  
Turun  
yliopistollinen  
sairaala

**Liite no. 1c**

**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN**

Osallistun eturauhassyöpää sairastaville potilaille suunnattuun terveyteen liittyvään elämänlaatututkimukseen. Minulle on selitetty tutkimukseen liittyvät eettiset asiat. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja olen tietoinen mahdollisuudestani erota tutkimuksesta ilmoittamatta syytä siihen.

Osoitetietoni voidaan luovuttaa tutkijalle myöhempää postikyselyä varten.

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Päivämäärä \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Luvan kysyjät:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





International Association under Belgian Law

Liite no. 2a

### EORTC QLQ-C30 USER'S AGREEMENT

The EORTC Quality of Life Study Group grants permission to Ms. Leena Kuivalainen to employ the EORTC QLQ-C30 in an academic quality of life study entitled:

"

The Study Group will supply Ms. Leena Kuivalainen, with: (1) the QLQ-C30 in the currently available languages; and (2) the standard algorithms for scoring the QLQ-C30. Use of the EORTC QLQ-C30 in the above-mentioned investigation is subject to the following conditions:

1. Ms. Leena Kuivalainen confirms that this study is being conducted without direct or indirect sponsorship or support from pharmaceutical, medical appliance or related, for-profit health care industries.
2. Ms. Leena Kuivalainen will not modify, abridge, condense, translate, adapt or transform the QLQ-C30 or the basic scoring algorithms in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the QLQ-C30.
3. Ms. Leena Kuivalainen will not reproduce the QLQ-C30 or the basic scoring algorithms except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own use and shall in no event distribute copies of the QLQ-C30 to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. Reproduction of the QLQ-C30 as part of any publication is strictly prohibited.
4. Analysis and reporting of QLQ-C30 data by Ms. Leena Kuivalainen should follow the written guidelines for scoring of the QLQ-C30 as provided by the EORTC Study Group on Quality of Life.
5. This agreement holds for the above-mentioned study only. Use of the QLQ-C30 in any additional studies of Ms. Leena Kuivalainen will require a separate agreement.

Signed and dated by:

15 February, 2000  
Karen West  
EORTC Quality of Life Group

Signed and dated by:

22 February 2000

Ms. Leena Kuivalainen  
Kuopio University



International Association under Belgian Law

Karen West  
Admin/Translation Coord  
Quality of Life Unit  
Direct Phone: + 32 02 774 16 67  
QLUnit Fax: + 32 02 779 45 68  
Internet: kwe@eortc.be

Ms. Leena Kuivalainen  
Kukkospapinite 7 C4  
SF - 80230 Joensuu  
Finland

Brussels, 24 February 2000

O/Ref: academic/1856

Dear Dr. Kuivalainen,

Please find enclosed a copy of the *EORTC Quality of Life Study Group Translation Procedure*. As I have now taken over the coordination of the translations, you can send your reports directly to me.

Should you have any other questions, please do not hesitate to contact us.

Yours sincerely,

Karen West

Liite no.2b

The EuroQol Group Business Manager,  
PO Box 4443, 3006 AK Rotterdam, The Netherlands  
( Tel:+31 10 4081545 Fax:+31 10 452 5303)  
( E-mail:Rabin@GBR.FRG.EUR.NL)

---

#### FORM TO REGISTER USAGE OF THE EQ-5D

**In order to update our records, but at the same time enable us to distribute current** literature dealing with the EQ-5D, please can you complete this form and return it to **The EuroQol Business Manager at the above address.**

Name (please print): Leena Kuivalainen

Affiliation: Kuopio university Department of Nursing Science

Postal address: Kukkospapintie 7 C 4

---

---

City: Joensuu

Postal/Zip code: 80230

Contry: FINLAND

Telephone number(s): +358405895975, 35813315570

Fax number(s): \_\_\_\_\_

E-mail address: leena.kuivalainen@kolumbus.fi

**Liite no. 2 c FORM TO REGISTER USAGE OF THE 15D**

In order to follow, how and where the 15D is being/has been used, and thus to serve other users and to enable to distribute current literature dealing with the 15D, please can you complete this form and return it (by mail, fax or email) to: Harri Sintonen, University of Helsinki, Dept of Public Health, P.O. Box 41, 00014 University of Helsinki, Finland, fax +358 9 19127540, email Harri.Sintonen@helsinki.fi.

Name (please print): Kuivalainen Anja Leena

Affiliation: Kuopio university, department of nursing science

Postal address: Kukkospapintie 7 C 4

---

City: Joensuu

Postal/Zip code: 80230

Country: Finland

Telephone number(s): +358-040-5895975

Fax number(s): 013-1712255 (work)

E-mail address: Leena.kuivalainen@kolumbus.fi



**Liite no. 3a****ETURAUHASSYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIDEN ELÄMÄNLAATUKYSELY  
ENNEN HOIDON ALOITTAMISTA, Strukturoitu kyselylomake I (© L. Kuivalainen, 2000)**

Tutkimusyksikkö I \_ I \_ I \_ I Koodi I \_ I \_ I \_ I

**Sairauden luokitus:** Paikallinen: 54 %, paikallisesti levinnyt 23 %, levinnyt: 23%  
gr1: 24 %,gr2: 29 % , gr3:27 %  
Prostatektomia:32 %, Sädehoito:8%,  
**Suunniteltu hoitotoimenpide:** Hormonihoito 54 %, Seuranta 6 %  
**Suunniteltu lääkitys:**

1= ei yhtään 26 %, 2= yksi muu sairaus:43 % , useita sairauksia: 31 %

**Muut sairaudet:****Muihin sairauksiin käytetyt lääkkeet:**

1= ei yhtään:25 %, 2= yksi lääke 27 %, 3=useita 48 %

**VASTAUSOHJE:**

USEIMPIEN KYSYMYSTEN KOHDALLA Teidän tarvitsee vain ympyröidä valitsemanne vastausvaihtoehto

Olkaa hyvä ja vastatkaa kaikkiin kysymyksiin

**TAUSTATIEDOT**

Vastauspäivä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ikä: %

&lt;66-vuotta : 34

66-75-vuotta: 47

&gt;75-vuotta: 19

1. Mikä on syntymävuotenne? \_\_\_\_\_

2. Mikä on asuinkuntanne? \_\_\_\_\_

<b>3. Asutteko</b>	N=272	%
1. Haja-asutusalueella		30
2. Taajamassa tai kuntakeskuksessa maaseudulla		27
3. Kaupungissa		43

<b>4. Mikä on siviilisäätyenne?</b>	N=272	%
1. Naimaton		5
2. Naimisissa / avoliitossa		77
3. Leski		10
4. Eronnut / asumuserossa		8

<b>5. Kenen kanssa asutte?</b>	N=272	%
1. Avio - tai avopuolison kanssa		77
2. Lapsen / lasten kanssa		4
3. Jonkun muun sukulaisen tai tuttavän kanssa		2
4. Laitoksessa / vanhainkodissa		1
5. Yksin		16

<b>6 Mikä on peruskoulutuksenne?</b>	N=271,	%
1. Kansa-, kansalaiskoulu tai vähemmän		75
2. Keskikoulu tai peruskoulu		16
3. Ylioppilastutkinto		9
<b>7. Mikä on ammattikoulutuksenne?</b>	N=271	%
1. Ei ammattikoulutusta		37
2. Ammatti- tai muita kursseja		31
3. Ammattikoulututkinto		11
4. Opistotason ammatillinen koulutus		15
5. Korkeakoulututkinto		6
<b>8. Mihin ammattiryhmään kuulutte tai olette kuulunut työelämässä ollessanne?</b>	N=270	%
1. Työntekijä ( vahtimestari, rakennusmies)		35
2. Alempi toimihenkilö ( esim. toimistotyöntekijä)		15
3. Ylempi toimihenkilö ( esim. opettaja )		23
4. Yrittäjä / Maanviljelijä		27
<b>9. Oletteko tällä hetkellä?</b>	N=272	%
1. Kokopäivätyössä		11
2. Työtön		3
3. Kansaneläkkeellä / työeläkkeellä		77
4. Sairauseläkkeellä		6
5. Sairauslomalla		3

## TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU (15D)

**Valitkaa sitten jokin seuraavista väittämistä, joka kuvaa parhaiten terveydentilaanne tällä hetkellä. Kustakin kysymyksestä ympyröidään yksi vaihtoehto.**

10. **Liikuntakyky**, N = 272, %: 1 = 70 % = 17 % = 10 % = 3 % = 0.

1. Pystyn liikkumaan normaalisti ( vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
2. Pystyn liikkumaan vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja / tai portaissa on pieniä vaikeuksia
3. Pystyn liikkumaan ilman apua sisällä ( apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja / tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
4. Pystyn liikkumaan sisälläkin vain toisen avustamana
5. Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

11. **Näkö**, N=272, % : 1 = 70 %, 2 = 24 %, 3 = 3 %, 4 = 3 %, 5 = 0

1. Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman)
2. Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
3. Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
4. En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälasia tai niiden kanssa, mutta näen (näkisin) kulkea ilman opasta
5. En näe (näkisi) kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea

12. **Kuulo** N=272, %: 1 = 60 %, 2 = 33 %, 3 = 5 %, 4 = 2 %, 5 = 0

1. Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalisti puheääntä (kuulokojeen kanssa tai ilman)
2. Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin
3. Kuulen normaalia puheääntä melkoisin vaikeuksin, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä
4. Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro
5. Olen täysin kuuro

13. **Hengitys**; N=272, %: 1 = 61%, 2 = 27 %, 3 = 3 %, 4 = 5 %, 5 = 1

1. Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia
2. Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä
3. Minulla on hengenahdistusta kävellessä muitten samanikäisten vauhtia tasamaalla
4. Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa
5. Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa

14. **Nukkuminen** N=272, %: 1 = 41 %, 2 = 40 %, 3 = 8 %, 4 = 7 %, 5 = 3 %

1. Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen
2. Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai heräilen satunnaisesti yöllä
3. Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti, uni ei tunnu riittävältä
4. Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja / tai aamuisin liian varhain
5. Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä

15. **Syöminen:**N=272, %: 1 = 94 %, 2 = 5 %, 3 = 4 %.

1. Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia
2. Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin)
3. Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä
4. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää
5. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää joko letkulla tai suonen sisäisellä ravintoliuksella

16. **Puhuminen:**N=272, %: 1 = 91 %, 2 = 5 %, 3 = 4 %.

1. Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti
2. Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta
3. Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen
4. Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani
5. Pystyn ilmaisemaan itseni vain elein

17. **Eritystoiminta:** N=272, %: 1 = 29 %, 2 = 51 %, 3 = 12 %, 4 = 5 %, 5 = 3 %

1. Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta
2. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
3. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli
4. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti ”vahinkoja” tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
5. En hallitse lainkaan virtsaamista ja tai ulostamista

18. **Päivittäiset toiminnot:**N=272,%:1 = 56 %, 2 = 30 %, 3 = 10 %, 4 = 2 %, 5 = 2 %.

1. Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)
2. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin
3. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi
4. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pienetä osin
5. En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista

19. **Henkinen toiminta:**N=272, %:1 = 61 %, 2 = 33 %, 3 = 5 %, 4 = 1 %.

1. Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii moitteettomasti
2. Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
3. Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
4. Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
5. Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan ja paikan tajua

20. **Vaivat ja oireet:** N=272,%: 1 = 35 %, 2 = 48 %, 3 = 12 %, 4 = 4 %, 5 = 1 %.

1. Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipuja, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
2. Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
3. Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa
4. Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa
5. Minulla on sietämättömiä vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

21. **Masentuneisuus:**N=272, %:1 = 41 %, 2 = 42 %, 3 = 8 %, 4 = 2 %, 5 = 1 %.

1. En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
2. Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi, jännittyneeksi tai masentuneeksi
3. Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
4. Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
5. Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi

21. **Ahdistuneisuus:**N=272,%:1=41, 2=43, 3=9,4=2,5=1.

1. En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
2. Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
3. Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
4. Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
5. Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi

23. **Energisyys:**N=272,%:1 = 37 %,2 = 46 %, 3 = 12 %, 4 = 4 %, 5 = 1 %.

1. Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi
2. Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
3. Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
4. Tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes ” loppuun palaneeksi”
5. Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin ” loppuun palaneeksi”

24. **Sukupuolielämä:**N=272, %:1 = 22 %, 2 = 27 %, 3 = 22 %, 4 = 12 %, 5 = 17 %.

1. Terveystilani ei vaikuta mitenkään sukupuolielämääni
2. Terveystilani vaikuttaa hieman sukupuolielämääni
3. Terveystilani vaikuttaa huomattavasti sukupuolielämääni
4. Terveystilani tekee sukupuolielämääni lähes mahdottomaksi
5. Terveystilani tekee sukupuolielämääni mahdottomaksi

**Sairauden toteamisen jälkeen :**

	<b>Erittäin paljon</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Melko vähän</b>	<b>Ei lainkaan</b>
	N=272, %	%	%	%
25. Tunsin itseni jännittyneeksi	15	41	32	12
26. Tunsin itseni toiveikkaaksi	4	25	51	20
27. Minulla oli rauhallinen mieli.	8	29	43	20
28. Tunsin itseni surulliseksi	26	39	28	7
29. Minulla oli sydämen tykitystä	60	30	9	1
30. Olin ahdistunut tilanteeni vuoksi	29	32	29	10
31. Mielialani vaihteli jatkuvasti	23	42	25	10
32. Tunsin itseni avuttomaksi	40	34	19	7
33. Tunsin fyysistä uupumusta	33	38	22	7
34. Ajatukseni harhailivat	30	34	30	6
35. Minulla oli taloudellisia huolia	66	22	9	3
36. Minulla oli hengellisiä huolia	63	24	9	4
37. Tunsin pelkoa tulevaisuudestani	31	34	28	7
38. Minua huolestutti, että sairauteni vaikuttaa miehisyyteeni	N=271 21	38	28	13
39. Minun oli vaikea keskittyä tavallisiin toimintoihini	36	34	23	7
40. Elämäni tuntui sairaudestani huolimatta täyteläiseltä	13	25	42	20

**Arvioikaa hoitajien antamaa tietoa, pidittekö sitä tarpeellisena ja saitteko riittävästi ja ottivatko hoitajat nämä asiat huomioon hoidossanne. Ympyröikää yksi vaihtoehto molemmista kohdista.**

	Kuinka tarpeellisena pidätte tietoa sairaudesta tai sen hoidosta				N	Jos pidätte tarpeellisena, missä määrin olette saanut tietoa			
	Erittäin tarpeellinen	Melko tarpeellinen	Melko tarpeeton	Täysin tarpeeton		Erittäin riittävästi	Melko riittävästi	Melko riittävästi	Täysin riittävästi
	%	%	%	%		%	%	%	%
41. Eturauhassyövästä sairautena N=269	75	20	5		N=270	40	41	15	4
42. Hoitovaihtoehtoista (leikkaus, sädehoito, hormonihoido) N=265	68	25	6	1	N=268	42	36	18	4
43. Sairauden ja hoidon vaikutuksesta elämän laatuun N=268	54	4	10	2	N=267	24	47	21	8
44. Nykyisestä tilanteesta, ennusteesta ja jatkohoidosta N=267	64	30	5	1	N=266	31	47	17	5
45. Apuvälineistä, katetreista, virtsankarkailusuojista, lääkkeistä N=267	49	27	20	4	N=267	29	35	23	13
46. Sairauden taloudellisista vaikutuksista N=267	29	35	23	13	N=263	22	33	30	15
47. Syöpäyhdistyksen toiminnasta N=262	34	34	25	7	N=260	15	27	30	28
48. Sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen N=266	44	35	15	6	N=263	19	40	26	15

	<b>Kuinka tarpeellisena piditte seuraavien asioiden käsittelyä</b>				N	<b>Jos piditte tarpeellisena, kuinka asia on otettu huomioon hoidossanne</b>			
	Erittäin tarpeellinen %	Melko tarpeellinen %	Melko tarpeeton %	Täysin tarpeeton %		Erittäin hyvin %	Melko hyvin %	Melko huonosti %	Erittäin huonosti %
49. Saada tietoa hoitoon liittyvistä asioista henkilökunnalta selkeästi	70	26	3	1	N=266	43	38	16	3
50. Pystyä ilmaisemaan itsenne niin että teitä ymmärretään ja kuullaan	57	34	8	1	N=264	37	41	17	5
51. Uneen ja lepoon liittyvien kysymysten käsittelyä	30	47	20	3	N=257	17	41	29	13
52. Eristoimintaan liittyvien asioiden käsittelyä (virtsaivat, ummetus)	48	42	9	1	N=264	27	35	28	10
53. Muistin tukemista suullisten ohjeiden lisäksi kirjallisilla ohjeilla	48	40	10	2	N=263	29	42	21	8
54. Mielialaan liittyvien asioiden käsittelyä	32	43	20	5	N=260	14	37	30	19
55. Sukupuolielämään liittyvien kysymysten käsittelyä	40	37	17	6	N=263	21	36	29	14

**Seuraavassa kysytään terveyttänne koskevia asioita. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin ympäröimällä parhaiten sopiva numero. EORTC QLQ-C30/2000**

	N	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon	
56. Tuntuvatko rasittavat työt kuten painavan ostokassin tai matkalaukun kantaminen teistä työläältä?	N=272		37	32	17	14
57. Tuntuvatko pitkät kävelymatkat teistä työläiltä?	N=272		41	28	15	16
58. Tuntuvatko lyhyet kävelymatkat kotinne ulkopuolella työläiltä?	N=271		68	17	9	6
59. Pitääkö teidän pysytellä levolla tai istumassa päivän mittaan?	N=272		37	39	17	7
60. Tarvitsetteko apua ruokaillessanne, pukeutuessanne, peseytyessänne tai WC:n käytössä?	N=271		89	7	3	1



<b>KULUNEELLA VIIKOLLA</b>	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
61. Oliko teillä vaikeuksia suoriutua työstänne tai muista päivittäisistä toimistanne?N=272	55	24	13	8
62. Oliko teillä rajoituksia harrastus- tai muissa vapaa-ajan toimissanne? N=271	51	27	14	8
63. Oliko hengenahdistusta? N=272	66	24	7	2
64. Oliko teillä kipuja? N=272	47	38	9	6
65. Tunsitteko levon tarvetta? N=271	22	50	24	4
66. Oliko unettomuutta?N=272	45	33	15	7
67. Tunsitteko heikotusta? N=272	62	28	9	1
68. Oliko ruokahaluttomuutta? N=272	80	14	5	1
69. Oliko pahoinvointia? N=272	88	10	1	1
70. Oksensitteko? N=272	94	3	2	1
71. Oliko ummetusta? N=272	70	21	7	2
72. Oliko ripulia? N=272	78	17	4	1
73. Olitteko väsynyt? N=272	32	47	16	5
74. Häiritsikö kipu päivittäisiä toimijanne? N=272	56	29	10	5
75. Oliko teillä keskittymisvaikeuksia esim. sanomalehteä lukiessanne tai televisiota katsellessanne? N=272	58	27	12	3
76. Olitteko jännittynyt?N=272	36	43	17	4
77. Olitteko huolestunut?N=272	30	44	21	5
78. Olitteko ärtynyt?N=271	50	37	9	4
79. Olitteko masentunut? N=271	45	37	14	4
80. Oliko teidän vaikea muistaa asioita?N=272	47	38	12	3
81. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne sosiaalista kanssakäymistä?N=270	60	23	12	5
82. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne perhe-elämäänne? N=270	63	21	12	4
83. Aiheuttiko fyysinen kuntonne tai hoito taloudellisia vaikeuksia? N=272	73	17	7	3

**Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä numerosarjasta 1-7 Teihin parhaiten sopiva vaihtoehto**

84. Millainen yleinen terveydentilanne oli kuluneella viikolla?

N=272

erittäin huono						erinomainen
%	%	%	%	%	%	%
2	5	10	21	25	29	8

85. Millainen yleinen elämänlaatunne oli kuluneella viikolla?

N=272

erittäin huono						erinomainen
%	%	%	%	%	%	%
2	4	11	13	26	30	14

**Potilaat kertovat toisinaan, että heillä on seuraavia oireita tai ongelmia. Vastatkaa ympäröimällä luku, joka parhaiten kuvastaa teidän tuntemuksianne. Viimeisen viikon aikana**

	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon
	%	%	%	%
86. Oletteko joutunut virtsaamaan usein päivällä? N=269	11	33	42	14
87. Jouduitteko kiirehtimään WC:hen, kun tunsitte virtsaamistarvetta? N=269	34	27	25	14
88. Oletteko joutunut virtsaamaan usein yöllä? N=268	18	39	30	13
89. Oliko teidän vaikea nukkua riittävästi, koska jouduitte nousemaan usein virtsaamaan yöllä? N=270	39	34	20	7
90. Onko teidän ollut vaikea mennä ulos, koska teidän on täytynyt käydä usein WC:ssä? N=272	57	27	12	4
91. Onko teillä ollut tahatonta virtsan karkailua (kastelua)? N=270	68	24	6	2
92. Onko teillä ollut kipua virtsatessa? N=269	68	25	5	2

**Vastatkaa tähän kysymykseen vain, jos olette käyttänyt virtsankarkailusuojaa.**

93. Onko teillä ollut ongelmia siksi, että käytätte virtsankarkailusuojaa? N=160	51	26	17	6
--	----	----	----	---

<b>Jatkakaa tästä:</b>	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
94. Ovatko virtsaamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimianne? N=271	% 56	% 30	% 8	% 6
95. Ovatko ulostamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimijanne? N=271	78	17	4	1
96. Onko teillä ollut tahatonta ulosteenkarkailua (pidätyskyvyttömyyttä)? N=271	87	11	1	1
97. Onko teillä ollut verta ulosteessa? N=271	90	9	1	0
98. Onko teillä ollut vatsan turvotusta? N=271	66	22	10	2
99. Onko teillä ollut äkillisiä hikoilupuuskia (kuumia aaltoja)? N=268	65	23	10	2
100. Ovatko nänninne tai rintanne suurentuneet tai tuntuneet kipeiltä? N=263	92	7	1	0
101. Ovatko jalkanne tai nilkkanne olleet turvonneet? N=272	75	18	4	3
<b>VIIMEKSI KULUNEIDEN NELJÄN VIIKON AIKANA.....</b>				
102. Onko painon lasku aiheuttanut teille ongelmia? N=272	82	11	5	2
103. Onko painon nousu aiheuttanut teille ongelmia? N=272	78	13	8	1
104. Oletteko tuntenut, että sairautenne tai sen hoito on heikentänyt miehekkyyttänne? N=271	30	34	19	17
105. Oletteko ollut kiinnostunut sukupuolielämästä? N=271	21	32	33	14
106. Oletteko ollut seksuaalisesti aktiivinen (yhdyntäessä tai muuten)? N=268	35	35	23	6
<b>Vastatkaa neljään seuraavaan kysymykseen vain, jos olette ollut seksuaalisesti aktiivinen viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana.</b>				
107. Oletteko nauttinut sukupuolielämästä? N=176	10	24	44	42
108. Oliko teidän vaikea saada tai ylläpitää erektiota? N=173	27	31	22	20
109. Oliko teillä siemensyöksyyn liittyviä ongelmia (esim. siemensyöksyn puuttuminen orgasmin aikana?) N=173	27	31	22	20
110. Oletteko tuntenut itsenne vaivautuneeksi seksuaalisesti intiimissä tilanteessa? N=174	44	24	21	11

**Viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana...**

<b>111. Kuinka hyvin olette nukkunut yönnne?</b> N=272	<b>%</b>
1. Hyvin	20
2. Melko hyvin	42
3. Melko huonosti	22
4. Huonosti	6
<b>112 Onko Teidän ollut vaikea nukahtaa illalla?</b> N=271	<b>%</b>
1. Joka ilta	18
2. Joskus	50
3. Ei koskaan	32
<b>113. Montako kertaa olette herännyt yössä?</b> N=272	<b>%</b>
1. En yhtään	5
2. 1-3	78
3. 4-6	14
4. Yli kuusi kertaa	3
<b>114. Jos olette herännyt yöllä useita kertoja, osaatteko kertoa syyn heräämiseenne?</b> N=267	
1. Kivut	7
2. Painajaisunet	10
3. Pelot	3
4. Virtsaamisvaivat	57
5. Jokin muu syy, mikä _____	23
<b>115. Oletteko tuntenut itsenne levänneeksi aamulla?</b> N=272	<b>%</b>
1. Aina	27
2. Usein	46
3. Joskus	23
4. Ei koskaan	4
<b>116. Oletteko nukkunut päiväunia?</b> N=272	<b>%</b>
1. Joka päivä	32
2. Silloin tällöin	52
3. En koskaan	16
<b>117. Oletteko käyttänyt unilääkkeitä nukahtamistanne helpottamaan?</b> N=272	
1. En koskaan	63
2. Joskus	23
3. Joka ilta	14
4. Jos olette käyttänyt unilääkkeitä, niin minkä nimistä lääkettä olette ottanut? _____	
<b>118. Millainen on unenne laatu ?</b> N=272	<b>%</b>
1. Hyvä	27
2. Jokseenkin hyvä	50
3. Jokseenkin huono	19
4. Huono	4

<b>119. Onko unenne laatu muuttunut sairauden toteamisen jälkeen?</b> N=105, %	
1. Parantunut	1
2. On ennallaan	60
3. Huonontunut	39

<b>120 Jos unenne laatu on huonontunut, miten kuvaisitte muutosta?</b> N= 132 , %	
1. Minun on vaikea nukahtaa	9
2. Herään useita kertoja yössä	42
3. Herään aikaisin aamulla saamatta enää unta	40
4. Näen painajaisunia	9

<b>121. Jos unenne laatu on huonontunut, tunnistatteko syyn siihen?</b> N=133 %	
1. Kivut	14
2. Painajaisunet	16
3. Pelot	15
4. Virtsamisvaivat	29
5. Jokin muu syy, mikä _____	26

**Seuraavaksi pyydämme Teitä arvioimaan terveydentilaanne hieman yksinkertaisemmilla kysymyksillä, vaikka ne menevätkin osittain päällekkäin edellisten kysymysten kanssa. (EQ5)**

<b>122.Liikkuminen</b>	N=272	%
1. Minulla ei ole vaikeuksia liikkumisessa		66
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia liikkumisessa		33
3. Olen vuoteenomana		1

<b>123. Itsestä huolehtiminen</b>	N=272	
1. Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni		84
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse		15
3. En kykene peseytymään tai pukeutumaan		1

<b>124. Tavanomaiset toiminnot</b>	N=271	
1. Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)		66
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani		28
3. En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani		4

<b>125. Kipu ja vaiva</b>	N=272	
1. Minulla ei ole kipuja tai vaivoja		57
2. Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja		40
3. Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja		3

<b>126. Mieliala</b>	N=272	
1. En ole ahdistunut enkä masentunut		64
2. Olen melko ahdistunut tai masentunut		30
3. Olen erittäin ahdistunut tai masentunut		6

<b>127. Kuinka tyytyväinen olette tällä hetkellä elämäänne?</b> N=272	<b>%</b>
1. En lainkaan	6
2. Melko tyytymätön	18
3. Melko tyytyväinen	54
4. Tyytyväinen	22
<b>128. Kuinka onnelliseksi tunnette itsenne tällä hetkellä?</b> N=272	
1. Onneton	5
2. Melko onneton	19
3. Melko onnellinen	60
4. Onnellinen	16
<b>129. Minkälaiseksi ajattelette elämänlaatunne tulevaisuudessa olevan?</b> N=266	
1 Parempi kuin nyt	24
2 Samanlainen kuin nyt	29
3 Huonompi kuin nyt	27

**OLKAA HYVÄ JA TARKASTAKAA VIELÄ, ETTÄ VASTASITTE KAIKKIIN  
KYSYMYKSIIN  
KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Liite no. 3b

**ETURAUHASSYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIDEN ELÄMÄNLAATUKYSELY** noin 4kk HOIDON ALOITTAMISESTA, Strukturoitu kyselylomake 2 (© L. Kuivalainen, 2001)

Tutkimusyksikkö I \_ I \_ I \_ I    Koodi I \_ I \_ I \_ I

**Hoitotoimenpiteet tämän sairauden hoidossa:** \_\_\_\_\_

**Lääkitys tällä hetkellä:** \_\_\_\_\_

**Muut sairaudet:** \_\_\_\_\_

**Muiden sairauksien hoitoon käytetyt lääkkeet:** \_\_\_\_\_

**VASTAUSOHJE:**

**USEIMPIEN KYSYMYSTEN KOHDALLA** Teidän tarvitsee vain ympyröidä valitsemanne vastausvaihtoehto tai vaihtoehdot. Olkaa hyvä ja vastatkaa kaikkiin kysymyksiin

**Pidämme antamanne tiedot luottamuksellisina.**

Vastauspäivä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_

1. Kenen kanssa asutte tällä hetkellä? N=262	%
1. Avio - tai avopuolison kanssa	74
2. Lapsen / lasten kanssa	4
3. Jonkun muun sukulaisen tai tuttavien kanssa	2
4. Laitoksessa / vanhainkodissa	1
5. Yksin	19

2. Onko hoitonne tai lääkityksenne muuttunut neljän viimeksi kuluneen kuukauden aikana?

- 1 Kyllä, miten \_\_\_\_\_  
2 Ei

**Valitkaa jokin seuraavista väittämistä, joka kuvaa parhaiten terveydentilaanne tällä hetkellä. Kustakin kysymyksestä ympyröidään yksi vaihtoehto.**

3. **Liikuntakyky:**N=265, %: 1 = 64 %, 2 = 24 %, 3 = 10 %, 4 = 2 % , 5 = 0 .

1. Pystyn liikkumaan normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
2. Pystyn liikkumaan vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja / tai portaissa on pieniä vaikeuksia
3. Pystyn liikkumaan ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja / tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
4. Pystyn liikkumaan sisälläkin vain toisen avustamana
5. Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

4. **Näkö:** N=265, %: 1 = 73 %, 2 = 21 %, 3 = 3 %, 4 = 3 %

1. Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman)
2. Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
3. Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
4. En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen (näkinsin) kulkea ilman opasta
5. En näe (näkinsin) kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea

5. **Kuulo** N= 265, %: 1 = 61 %, 2 = 29 %, 3 = 6 %, 4 = 3 %

1. Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalisti puheääntä (kuulokojeen kanssa tai ilman)
2. Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin
3. Kuulen normaalia puheääntä melkoisin vaikeuksin, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä
4. Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro
5. Olen täysin kuuro

6. **Hengitys** N=265, %: 1 = 56 %, 2 = 32 %, 3 = 5 %, 4 = 6 %, 5 = 1 %.

1. Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia
2. Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä
3. Minulla on hengenahdistusta kävellessä muitten samanikäisten vauhtia tasamaalla
4. Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa
5. Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa

7. **Nukkuminen:** N=265, %: 1 = 34 %, 2 = 39 %, 4 = 14 %, 2 = 12 %, 5 = 1 %.

1. Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen
2. Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai heräilen satunnaisesti yöllä
3. Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti, uni ei tunnu riittävältä
4. Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja / tai aamuisin liian varhain
5. Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä

8. **Syöminen:** N=265, %: 1 = 91 %, 2 = 7 %, 3 = 1 %, 4 = 1 %.

1. Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia
2. Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin
3. Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä
4. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää
5. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää joko letkulla tai suonen sisäisellä ravintoliuksella



9. **Puhuminen:** N=265, %: 1 = 90 %, 2 = 9 %, 3 = 1 %.

1. Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti
2. Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta
3. Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen
4. Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhuttani
5. Pystyn ilmaisemaan itseni vain elein

10. **Eritystoiminta:** N=265, %: 1 = 29 %, 2 = 42 %, 3 = 19 %, 4 = 9 %, 5 = 1 %.

1. Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta
2. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
3. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli
4. Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti ”vahinkoja” tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
5. En hallitse lainkaan virtsaamista ja tai ulostamista

11. **Tavanomaiset toiminnot:** N=265, %: 1 = 39 %, 2 = 42 %, 3 = 12 %, 4 = 4 %, 5 = 3 %.

1. Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)
2. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin
3. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi
4. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pienetä osin
5. En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista

12. **Henkinen toiminta** N=265, %: 1 = 48 %, 2 = 41 %, 3 = 8 %, 4 = 3 %.

1. Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii moitteettomasti
2. Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
3. Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
4. Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
5. Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan ja paikan tajua

13. **Vaivat ja oireet :** N=265, %: 1 = 34 %, 2 = 48 %, 3 = 12 %, 4 = 5 %, 5 = 1 %.

1. Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipuja, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
2. Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
3. Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa
4. Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa.
5. Minulla on sietämättömiä vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia

14. **Masentuneisuus:** N=265, %: 1 = 38 %, 2 = 46 %, 3 = 12 %, 4 = 4 %.

1. En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
2. Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi, jännittyneeksi tai masentuneeksi
3. Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
4. Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
5. Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi

15. **Ahdistuneisuus:** N=265, %: 1 = 40 %, 2 = 45 %, 3 = 12 %, 4 = 2 %, 5 = 1 %.

1. En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
2. Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
3. Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
4. Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
5. Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi

16. **Energisyys :** N=265, %: 1 = 25 %, 2 = 49 %, 3 = 19 %, 4 = 5 %, 5 = 2 %.

1. Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi
2. Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
3. Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
4. Tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes ” loppuun palaneeksi”
5. Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin ” loppuun palaneeksi”

17. **Sukupuolielämä** N=265, %:1 = 5 %, 2 = 14 %, 3 = 19 %, 4 = 13 %, 5 = 49 %.

1. Terveystilani ei vaikuta mitenkään sukupuolielämäni
2. Terveystilani vaikuttaa hieman sukupuolielämäni
3. Terveystilani vaikuttaa huomattavasti sukupuolielämäni
4. Terveystilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi
5. Terveystilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi

**Onko Teillä ollut hoitonne aikana(noin 4kk sairauden toteamisesta) jotain seuraavista tuntemuksista? Ympyröikää seuraavista väittämistä Teidän tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto:**

		<b>Erittäin paljon</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Melko vähän</b>	<b>Ei lainkaan</b>
	N=	%	%	%	%
18. Olen tuntenut itseni jännittyneeksi	265	26	43	23	8
	N=263				
19. Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi	262	5	19	52	24
	N=262				
20. Minulla on ollut rauhallinen mieli	263	7	21	48	24
	N=263				
21. Olen tuntenut itseni surulliseksi	263	27	50	20	3
	N=263				
22. Minulla on ollut sydämen tykytystä	264	53	38	8	1
	N=264				
23. Olen ollut ahdistunut tilanteeni vuoksi	264	26	45	22	7
	N=264				
24. Mielialani on vaihdellut jatkuvasti	263	26	43	24	7
	N=263				
25. Olen tuntenut itseni avuttomaksi	264	43	41	12	5
	N=264				
26. Olen tuntenut fyysistä uupumusta	265	18	45	30	7
	N=265				
27. Ajatukseni ovat harhailleet	265	27	40	27	6
	N=265				
28. Minulla on ollut taloudellisia huolia	265	62	26	10	2
	N=265				
29. Minulla on ollut hengellisiä huolia	264	54	29	13	4
	N=264				
30. Olen tuntenut pelkoa tulevaisuudestani	265	30	38	25	7
	N=265				
31. Minua on huolestuttanut, että sairauteni vaikuttaa miehisyyteeni	264	18	31	34	17
	N=264				
32. Minun on ollut vaikea keskittyä tavallisiin toimintoihini	265	35	37	22	6
	N=265				
33. Elämäni on tuntunut sairaudestani huolimatta täyteläiseltä		6	28	49	17

**Arvioikaa hoitajien antamaa (noin 4kk sairauden toteamisesta) tietoa sairaudestanne ja hoidostanne, oliko se tarpeen, saitteko riittävästi ja ottivatko hoitajat nämä asiat huomioon hoidossanne. Ympyröikää yksi vaihtoehto molemmista kohdista.**

	<b>Kuinka tarpeellisenä olette pitänyt saamaanne tietoa sairaudesta tai sen hoidosta</b>					<b>Jos piditte tarpeellisenä tietoa, saitteko sitä riittävästi</b>			
	Erittäin tarpeellinen	Melko tarpeellinen	Melko tarpeeton	Täysin tarpeeton		Erittäin riittävästi	Melko riittävästi	Melko riittämättä	Täysin riittämättä
	%	%	%	%		%	%	%	
33. Eturauhassyövästä sairautena N=262	69	28	3	0	N=261	39	47	11	3
34. Hoitovaihtoehtoista (leikkaus, sädehoito, hormonihoido)N=263	68	25	6	1	N=260	42	42	13	3
35. Sairauden ja hoidon vaikutuksesta elämän laatuun N=261	52	41	6	1	N=260	28	47	20	5
36. Nykyisestä tilanteesta, ennusteesta ja jatkohoidoista N=263	63	31	5	1	N=262	30	43	20	7
37. Apuvälineistä, katetreista, virtsankarkailusuojista, lääkkeistä N=261	46	36	14	7	N=259	29	31	27	13
38. Sairauden taloudellisista vaikutuksista N=260	27	38	26	9	N=254	19	28	31	22
39. Syöpäyhdistyksen toiminnasta N=259	23	45	25	7	N=258	17	35	26	22
48. Sairauden vaikutuksesta parisuhteeseenN=262	42	37	15	6	N=258	24	41	21	14

	<b>Kuinka tarpeellisena olette pitänyt seuraavien asioiden huomioimista hoidossanne</b>				<b>Jos piditte tarpeellisena, kuinka hyvin se on otettu huomioon hoidossanne</b>			
	Erittäin tarpeellinen %	Melko tarpeellinen %	Melko tarpeeton %	Täysin tarpeeton %	Erittäin hyvin %	Melko hyvin %	Melko huonosti %	Erittäin huonosti %
40. Olen saanut kaikista hoitoon liittyvistä asioista tietoa henkilökunnalta N=261	53	40	4	2 N=261	34	46	16	4
41. Uneen ja lepoon liittyvät asiat on huomioitu hoidossani N=258	28	49	20	3 N=255	18	44	31	7
42. Pystyä ilmaisemaan itsenne niin että teitä ymmärretään ja kuullaan N=261	40	48	11	1 N=257	32	46	18	4
43. Eritystoimintaan liittyvät asiat on huomioitu hoidossa (virtsaivat) N=261	52	37	10	1 N=257	33	33	27	7
44. Suullisten ohjeiden lisäksi olen saanut kirjallisia ohjeita hoidostani N=259	52	36	10	2 N=256	37	34	21	8
45. Minua on rohkaistu puhumaan mieltäni painavista asioista. N=257	30	45	22	2 N=256	22	38	31	9
46. Olen voinut keskustella sukupuolielämään liittyvistä asioista N=260	31	47	17	5 N=253	18	46	29	13
47. Jokin muu asia, mikä N=232				N=229	9	12	26	54

**Seuraavassa kysymyksiä, jotka liittyvät ohjaukseen neuvontaan, jota olette saanut hoidon aikana (noin 4kk sairauden toteamisesta) Arvioikaa neuvonnan laatua**

	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	%	%	%	%
48. Minua ohjattu niissä asioissa, jotka ovat minulle tärkeitä N=263	8	19	44	28
49. Olen saanut ohjeita hoitajilta, miten selviydyn kotona hoidostani N=262	15	27	30	28

	<b>Ei lainkaan %</b>	<b>Vähän %</b>	<b>Melko paljon %</b>	<b>Hyvin paljon %</b>
50. Olen joutunut itse etsimään tarvitsemani tiedon N=262	35	34	23	8
51. Omaiseni on otettu huomioon sairauteni aikana annetussa neuvonnassa N=258	33	29	26	12
52. Minulle on neuvottu, keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa N=262	15	29	31	25
53. Sairauttani ja hoitoa koskevan tiedon olen saanut, silloin kun olen sitä tarvinnut N=263	6	25	40	29
54. Olen saanut ohjausta, monelta eri hoitajalta N=263	16	22	42	20
55. Minulla on ollut oma hoitaja, jonka kanssa olen voinut keskustella hoitoni liittyvissä asioissa N=263	36	23	22	19

**Seuraavassa kysytään terveyttänne koskevia asioita. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin ympäröimällä parhaiten sopiva numero. EORTC QLQ-C30/2001**

	<b>Ei lainkaan %</b>	<b>Vähän %</b>	<b>Melko paljon %</b>	<b>Hyvin paljon %</b>
56. Tuntuvatko rasittavat työt kuten painavan ostoskassin tai matkalaukun kantaminen teistä työläältä? N=264	26	32	23	19
57. Tuntuvatko pitkät kävelymatkat teistä työläiltä? N=264	28	27	24	21
58. Tuntuvatko lyhyet kävelymatkat kotinne ulkopuolella työläiltä? N=264	56	24	12	8
59. Pitääkö teidän pysytellä levolla tai istumassa päivän mittaan? N=264	33	37	22	8
60. Tarvitsetteko apua ruokaillessanne, pukeutuessanne, peseytyessänne tai WC:n käytössä? N=264		9	2	3

<b>KULUNEELLA VIIKOLLA</b>		<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
		%	%	%	%
61. Oliko teillä vaikeuksia suoriutua työstänne tai muista päivittäisistä toimistanne?N=263		45	30	14	11
62. Oliko teillä rajoituksia harrastus- tai muissa vapaa-ajan toimissanne? N=263		39	35	14	12
63. Oliko hengenahdistusta? N=264		61	26	10	3
64. Oliko teillä kipuja? N=264		43	37	16	4
65. Tunsitteko levon tarvetta? N=264		20	46	28	6
66. Oliko unettomuutta? N=264		42	34	18	6
67. Tunsitteko heikotusta? N=264		55	34	9	2
68. Oliko ruokahaluttomuutta? N=264		82	14	3	1
69. Oliko pahoinvointia? N=264		87	11	1	1
70. Oksensitteko? N=264		95	4	1	0
71. Oliko ummetusta? N=264		56	31	10	3
72. Oliko ripulia? N=264		76	17	6	2
73. Olitteko väsynyt? N=264		23	44	26	7
74. Häiritsikö kipu päivittäisiä toimijanne?		50	35	11	4
75. Oliko teillä keskittymisvaikeuksia esim. sanomalehteä lukiessanne tai televisiota katsellessanne? N=264		53	30	14	3
76. Olitteko jännittynyt? N=264		45	31	19	5
77. Olitteko huolestunut? N=263		34	39	22	5
78. Olitteko ärtynyt? N=264		54	39	5	3
79. Olitteko masentunut? N=263		42	41	14	3
80. Oliko teidän vaikea muistaa asioita? N=264		49	37	12	2
81. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne sosiaalista kanssakäymistä? N=264		48	31	15	6
82. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne perhe-elämäänne? N=264		53	27	14	5
83. Aiheuttiko fyysinen kuntonne tai hoito					

taloudellisia vaikeuksia? N=264 69 19 10 2  
**Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä numerosarjasta 1-7 Teihin tällä hetkellä parhaiten sopiva vaihtoehto**

84. Millainen yleinen terveydentilanne oli kuluneella viikolla?

N=264, %

erittäin huono						erinomainen	
%	%	%	%	%	%	%	
3	8	8	18	27	24	12	

85. Millainen yleinen elämänlaatunne oli kuluneella viikolla?

N=264, %

erittäin huono						erinomainen	
%	%	%	%	%	%	%	
2	8	9	17	23	24	17	

**Onko teillä ollut hoidon aikana ( noin 4kk sairauden toteamisesta) virtsaamiseen liittyviä oireita tai vaivoja?**

	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon
	%	%	%	%
86. Onko Teillä ollut ongelmia virtsanlähdössä N=264	36	32	18	14
87. Onko Teillä ollut virtsan karkailua N=264	38	36	16	10
88. Onko Teillä ollut kirvelyä virtsatessa N=264	51	33	11	5
89. Oletteko joutunut pitämään virtsakatetria, sillä en ole saanut muuten virtsattua N=264	70	15	7	8
90. Oletteko joutunut käymään lääkärissä virtsaamiseen liittyvien asioiden takia N=263	68	18	10	4

**Onko Teillä ilmennyt seuraavia oireita tai ongelmia viimeisen viikon aikana? Vastatkaa ympäröimällä luku, joka parhaiten kuvastaa teidän tuntemuksianne.**

	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon
	%	%	%	%
91. Oletteko joutunut virtsaamaan usein päivällä? N=260	10	31	46	14
92. Jouduitteko kiirehtimään WC:hen, kun tunsitte virtsaamistarvetta? N=260	24	31	29	16
93. Oletteko joutunut virtsaamaan usein yöllä? N=260	10	45	34	11
94. Oliko teidän vaikea nukkua riittävästi, koska jouduitte nousemaan usein virtsaamaan yöllä? N=260	40	34	18	8



	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
95. Onko teidän ollut vaikea mennä ulos, koska teidän on täytynyt käydä usein WC:ssä? N=261	44	34	16	6
96. Onko teillä ollut tahatonta virtsan karkailua (kastelua)? N=261	49	34	11	6
97. Onko teillä ollut kipua virtsatessa? N=261	62	30	6	2
<b>Vastatkaa tähän kysymykseen vain, jos olette käyttänyt virtsankarkailusuojaa viimeisen viikon aikana. N=156</b>				
98. Onko teillä ollut ongelmia siksi, että käytätte virtsankarkailusuojaa?	34	33	20	13
<b>Jatkakaa tästä:</b>	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
99. Ovatko virtsaamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimianne? N=264	42	35	14	8
100. Ovatko ulostamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimijanne? N=263	73	20	5	2
101. Onko teillä ollut tahatonta ulosteen karkailua (pidätyskyvyttömyyttä)? N=262	91	7	1	1
102. Onko teillä ollut verta ulosteessa? N=262	89	9	2	0
103. Onko teillä ollut vatsan turvotusta? N=263	54	28	15	3
104. Onko teillä ollut äkillisiä hikoilupuuskia (kuumia aaltoja)? N=263	37	28	18	17
105. Ovatko nänninne tai rintanne suurentuneet tai tuntuneet kipeiltä? N=258	77	12	7	3
106. Ovatko jalkanne tai nilkkanne olleet turvonneet? N=263	66	23	6	5
<b>VIIMEKSI KULUNEIDEN NELJÄN VIIKON AIKANA.....</b>				
107. Onko painon lasku aiheuttanut teille ongelmia? N=263	79	16	4	1
108. Onko painon nousu aiheuttanut teille ongelmia? N=263	68	142	11	7
109. Oletteko tuntenut, että sairautenne tai sen hoito on heikentänyt miehekkyyttänne? N=262	15	22	30	33
110. Oletteko ollut kiinnostunut sukupuolielämästä? N=260	33	29	27	11
111. Oletteko ollut seksuaalisesti aktiivinen				

(yhdyntäessä tai muuten)? N=255 71 20 8 1  
**Vastatkaa neljään seuraavaan kysymykseen vain, jos olette olleet seksuaalisesti aktiivinen viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana.** % % % %

112. Oletteko nauttinut sukupuolielämästä? N=70	26	33	36	55
113. Oliko teidän vaikea saada tai ylläpitää erektiota? N=68	21	23	24	32
114. Oliko teillä siemensyöksyyn liittyviä ongelmia (esim. siemensyöksyn puuttuminen orgasmin aikana?) N=66	35	15	21	29
115. Oletteko tuntenut itsenne vaivautuneeksi seksuaalisesti intiimissä tilanteessa? N=8	37	18	26	19

**Hoidon aloittamisen jälkeen ( noin 4 kk sairauden toteamisesta).....**

<b>116. Kuinka hyvin olette nukkunut yöne hoidon aloittamisen jälkeen?</b>		%
1. Hyvin	N=264	25
2. Melko hyvin		45
3. Melko huonosti		22
4. Huonosti		8

<b>117. Onko Teidän ollut hoidon aikana vaikeutta nukahtaa illalla?</b>	N=264	%
1. Joka ilta		19
2. Joskus		52
3. Ei koskaan		29

<b>118. Montako kertaa olette herännyt yössä?</b>	N=264	%
1. En yhtään		1
2. 1-3		78
3. 4-6		18
4. Yli kuusi kertaa		6

<b>119. Jos olette herännyt yöllä useita kertoja, osaatteko kertoa syyn heräämiseenne?</b>	N=254	%
1. Kivut		5
2. Painajaisunet		4
3. Pelot		3
4. Virtsaamisvaivat		63
5. Jokin muu syy, mikä _____		25

<b>120. Oletteko tuntenut itsenne levänneeksi aamulla?</b>	N=264	%
1. Aina		28
2. Usein		44
3. Joskus		26
4. Ei koskaan		2

<b>121. Oletteko nukkunut päivänia hoidon aloittamisen jälkeen?</b>	N=264	%
1. Joka päivä		40
2. Silloin tällöin		46
3. En koskaan		14

**122. Oletteko käyttänyt unilääkkeitä nukahtamistanne helpottamaan? %**

1. En koskaan	N=264	60
2. Joskus		25
3. Joka ilta		15
4. Jos olette käyttänyt unilääkkeitä, niin minkä nimistä lääkettä olette ottanut? _____		

**123. Millainen on unenne laatu hoidon aloittamisen jälkeen (noin 4kk aikana)?**

1. Hyvä	N=264	20
2. Jokseenkin hyvä		52
3. Jokseenkin huono		21
4. Huono		7

**124. Onko unenne laatu muuttunut hoidon aloittamisen jälkeen (noin 4kk aikana)?**

1. Parantunut	N=264	4
2. On ennallaan		56
3. Huonontunut		40

**125. Jos unenne laatu on huonontunut, miten kuvaisitte muutosta? N=146 %**

1. Minun on vaikea nukahtaa		10
2. Herään useita kertoja yössä		55
3. Herään aikaisin aamulla saamatta enää unta		33
4. Näen painajaisunia		2

**126. Jos unenne laatu on huonontunut hoidon aloittamisen jälkeen, tunnistatteko syyn siihen?**

1. Kivut	N=142	%	7
2. Painajaisunet			9
3. Pelot			11
4. Virtsaamisvaivat			45
5. Jokin muu syy, mikä _____			28

**Seuraavaksi pyydämme Teitä arvioimaan tämänhetkistä terveydentilaanne hieman yksinkertaisemmilla kysymyksillä, vaikka ne menevätkin osittain päällekkäin edellisten kysymysten kanssa. (EQ5)**

**127. Liikkuminen N=265 %**

1. Minulla ei ole vaikeuksia liikkumisessa		65
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia liikkumisessa		34
3. Olen vuoteenomana		1

**128. Itsestä huolehtiminen N=265 %**

1. Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni		84
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse		14
3. En kykene peseytymään tai pukeutumaan		2

**129. Tavanomaiset toiminnot N=265 %**

1. Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)		56
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani		37

3. En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani		7
<b>130. Kipu ja vaiva</b>	N=265	%
1. Minulla ei ole kipuja tai vaivoja		51
2. Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja		42
3. Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja		7
<b>131. Mieliala</b>	N=264	%
1. En ole ahdistunut enkä masentunut		61
2. Olen melko ahdistunut tai masentunut		32
3. Olen erittäin ahdistunut tai masentunut		7
<b>132. Kuinka tyytyväinen olette tällä hetkellä elämäänne?</b>	N=264	%
1. En lainkaan		5
2. Melko tyytymätön		12
3. Melko tyytyväinen		54
4. Tyytyväinen		29
<b>133. Kuinka onnelliseksi tunnette itsenne tällä hetkellä?</b>	N=261	%
1. Onneton		6
2. Melko onneton		14
3. Melko onnellinen		60
4. Onnellinen		20
<b>134. Onko elämänlaatunne muuttunut hoidon aloittamisen jälkeen (noin 4kk sairauden toteamisen jälkeen)?</b>	N=259	%
1. On parantunut		23
2. Pysynyt entisellään		49
3. On huonontunut		28
<b>135. Jos elämänlaatunne on muuttunut, tunnistatteko syyn muutokseen?</b>		
1. En		
2. Kyllä, _____		
<b>136. Minkälaisen ajattelette elämänlaatunne olevan tulevaisuudessa?</b>		%
1. Parempi kuin nyt	N=261	24
2. Samanlainen kuin nyt		59
3. Huonompi kuin nyt		17
<b>137. Oletteko ollut tyytyväinen hoitovalintaanne?</b>	N=261	%
1. Erittäin tyytyväinen		32
2. Tyytyväinen		56
3. Jokseenkin tyytymätön, miksi _____		5
4. Tyytymätön, miksi _____		7

**OLKAA HYVÄ JA TARKASTAKAA VIELÄ, ETTÄ VASTASITTE KAIKKIIN KYSYMYKSIIN**

**KIITOS VAIVANÄÖSTÄNNE JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

©Leena Kuivalainen, 2001

**Liite no. 3c****ETURAUHASSYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIDEN ELÄMÄNLAATUKYSELY 12  
KK HOIDON ALOITTAMISESTA, postikyselyä varten lomake 3 (©Leena Kuivalainen, 2001)**

Tutkimusyksikkö I \_ I \_ I \_ I    Koodi I \_ I \_ I \_ I \_

**Tämän sairauden hoidossa käytettävät lääkkeet ja toimenpiteet:**

prostatektomia 37%, sädehoito 6%, hormoni+leikkaus 3%, hormoni+sädehoito 10%, hormonihoito 33%, orkiektomia 6%, seuranta 5%

**Muut sairaudet:** muuten terve: 29%, yksi sairaus syövän lisäksi 40%, useita sairauksia 30%

**Muiden sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet:** ei lääkkeitä 28%, yksi lääke 19% useita lääkkeitä 53%

**VASTAUSOHJE:**

**USEIMPIEN KYSYMYSTEN KOHDALLA** Teidän tarvitsee vain ympyröidä valitsemanne vastausvaihtoehto tai vaihtoehdot.

Olkaa hyvä ja vastatkaa kaikkiin kysymyksiin **Pidämme antamanne tiedot luottamuksellisina.**

Vastauspäivä \_\_\_\_/\_\_\_\_.\_\_\_\_

1. Kotikunta: \_\_\_\_\_

<b>2. Kenen kanssa asutte?</b>	N=225	%
1. Avio- tai avopuolison kanssa		75
2. Lapsen / lasten kanssa		1
3. Jonkun muun sukulaisen tai tuttavän kanssa		8
4. Laitoksessa / vanhainkodissa		1
5. Yksin		15

<b>3. Oletteko tällä hetkellä?</b>	N=225	%
1. Kokopäivätyössä		13
2. Työtön		3
3. Kansaneläkkeellä / työeläkkeellä		73
4. Sairauseläkkeellä		6
5. Sairauslomalla		5

**4. Onko hoitonne tai lääkityksenne muuttunut 12 viimeksi kuluneen kuukauden aikana?**

1 Kyllä, miten:	23 %
2 Ei	77 %

## TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU

**Valitkaa sitten jokin seuraavista väittämistä, joka kuvaa parhaiten terveydentilaanne tällä hetkellä. Kustakin kysymyksestä ympyröidään yksi vaihtoehto.**

**5. Liikuntakyky:** N=225, 1 = 72 %, 2 = 23 %, 3 = 4 %, 4 = 1 %, 5 = 1 %

- 1 Pystyn liikkumaan normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
- 2 Pystyn liikkumaan vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja / tai portaissa on pieniä vaikeuksia
- 3 Pystyn liikkumaan ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja / tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
- 4 Pystyn liikkumaan sisälläkin vain toisen avustamana
- 5 Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

**6. Näkö:** N=225, 1 = 76 %, 2 = 19 %, 3 = 4 %, 4 = 1 %.

- 1 Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman)
- 2 Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
- 3 Näen lukea lehteä ja / tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
- 4 En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälasia tai niiden kanssa, mutta näen (näköni) kulkea ilman opasta
- 5 En näe (näköni) kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea

**7. Kuulo:** N=225, 1 = 64 %, 2 = 31 %, 3 = 4 %, 4 = 1 %

- 1 Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalisti puheääntä ( kuulokojeen kanssa tai ilman)
- 2 Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin
- 3 Kuulen normaalia puheääntä melkoisin vaikeuksin, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä
- 4 Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro
- 5 Olen täysin kuuro

**8. Hengitys:** N=225, 1 = 58 %, 2 = 28 %, 3 = 7 %, 4 = 7 %

- 1 Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia
- 2 Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä
- 3 Minulla on hengenahdistusta kävellessä muitten samanikäisten vauhtia tasamaalla
- 4 Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa
- 5 Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa

**9. Nukkuminen:** N=225, 1 = 35 %, 2 = 48 %, 3 = 8 %, 4 = 8 %

- 1 Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen
- 2 Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai heräilen satunnaisesti yöllä
- 3 Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti, uni ei tunnu riittävältä
- 4 Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja / tai aamuisin liian varhain
- 5 Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä

10. **Syöminen:** N=225, 1 = 95 %, 2 = 5 %

- 1 Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia
- 2 Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin)
- 3 Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä
- 4 En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää
- 5 En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää joko letkulla tai suonen sisäisellä ravintoliuoksella

11. **Puhuminen:** N=225, 1 = 93 %, 2 = 7 %

- 1 Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti
- 2 Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta
- 3 Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen
- 4 Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhuttani
- 5 Pystyn ilmaisemaan itseni vain elein

12. **Eritystoiminta:** N=225, 1 = 44 %, 2 = 41 %, 3 = 13 %, 4 = 2 %

- 1 Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta
- 2 Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
- 3 Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli
- 4 Virtsarakkoni ja / tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti ”vahinkoja” tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
- 5 En hallitse lainkaan virtsaamista ja tai ulostamista

13. **Tavanomaiset toiminnot:** N=225, 1 = 50 %, 2 = 37 %, 3 = 11 %, 4 = 1 %, 5 = 1 %

- 1 Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)
- 2 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin
- 3 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi
- 4 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pienetä osin
- 5 En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista

14 **Henkinen toiminta:** N=225, 1 = 57 %, 2 = 40 %, 3 = 3 %, 4 = 1 %

- 1 Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii moitteettomasti
- 2 Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
- 3 Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
- 4 Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
- 5 Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan ja paikan tajua

15. **Vaivat ja oireet:** N=225, 1 = 41 %, 2 = 46 %, 3 = 9 %, 4 = 3 %, 5 = 1 %

- 1 Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipuja, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 Minulla on sietämättömiä vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

16. **Masentuneisuus:** N=225, 1 = 51 %, 2 = 42 %, 3 = 6 %, 4 = 1 %

- 1 En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 2 Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi, jännittyneeksi tai masentuneeksi
- 3 Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 4 Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi

17. **Ahdistuneisuus:** N=225, 1 = 49 %, 2 = 44 %, 3 = 6 %, 4 = 1 %

- 1 En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 2 Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 3 Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 4 Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi

18. **Energisyys:** N=225, 1 = 33 %, 2 = 49 %, 3 = 13 %, 4 = 4 %, 5 = 1 %

- 1 Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi
- 2 Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
- 3 Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
- 4 Tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes ” loppuun palaneeksi”
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin ” loppuun palaneeksi”

19. **Sukupuolielämä:** N=225, 1 = 6 %, 2 = 20 %, 3 = 21 %, 4 = 19 %, 5 = 34 %.

- 1 Terveydentilani ei vaikuta mitenkään sukupuolielämääni
- 2 Terveydentilani vaikuttaa hieman sukupuolielämääni
- 3 Terveydentilani vaikuttaa huomattavasti sukupuolielämääni
- 4 Terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi
- 5 Terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi



**Onko Teillä ollut hoitonne aikana(noin 12kk sairauden toteamisesta) jotain seuraavista tuntemuksista? Ympyröikää seuraavista väittämistä Teidän tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto:**

		<b>Erittäin paljon %</b>	<b>Melko paljon %</b>	<b>Melko vähän %</b>	<b>Ei lainkaan %</b>
20.	Tunsin itseni jännittyneeksi N=224	7	22	49	22
21.	Tunsin itseni toiveikkaaksi N=221	19	56	20	5
22.	Minulla oli rauhallinen mieli. N=223	20	53	21	6
23.	Tunsin itseni surulliseksi N=222	4	14	47	34
24.	Minulla oli sydämen tykytystä N=223	2	9	30	59
25.	Olin ahdistunut tilanteeni vuoksi N=222	5	21	45	29
26.	Mielialani vaihteli jatkuvasti N=223	6	14	52	28
27.	Tunsin itseni avuttomaksi N=221	4	12	38	46
28.	Tunsin fyysistä uupumusta N=222	7	23	46	24
29.	Ajatukseni harhailivat N=223	6	16	43	35
30.	Minulla oli taloudellisia huolia N=222	2	13	25	63
31.	Minulla oli hengellisiä huolia N=223	3	8	30	59
32.	Tunsin pelkoa tulevaisuudestani N=223	6	20	42	32
33.	Minua huolestutti, että sairauteni vaikuttaa miehisyyteeni N=223	23	32	27	18
34.	Minun oli vaikea keskittyä tavallisiin toimintoihini N=225	4	19	41	36
35.	Elämäni tuntui sairaudestani huolimatta täyteläiseltä	10	24	24	10

**Arvioikaa hoitajien antamaa (noin 12kk sairauden toteamisesta) tietoa sairaudestanne ja hoidostanne, oliko se tarpeen, saitteko riittävästi ja ottivatko hoitajat nämä asiat huomioon hoidossanne. Ympyröikää yksi vaihtoehto molemmista kohdista.**

	Kuinka tarpeellisenä olette pitänyt saamaanne tietoa sairaudesta tai sen hoidosta				Jos piditte tarpeellisenä tietoa, saitteko sitä riittävästi			
	Erittäin tarpeellinen	Melko tarpeellinen	Melko tarpeeton	Täysin tarpeeton	Erittäin riittävästi	Melko riittävästi	Melko riittävästi	Täysin riittävästi
	%	%	%	%	%	%	%	%
36. Eturauhassyövästä sairautena N=216	71	26	2	1	30	55	12	3
37. Hoitovaihtoehtoista (leikkaus, sädehoito, hormonihoido)N=217	72	25	2	1	38	47	11	4
38. Sairauden ja hoidon vaikutuksesta elämän laatuun N=214	51	45	2	2	25	54	17	4
39. Nykyisestä tilanteesta, ennusteesta ja jatkohoidoista N=213	64	33	2	1	34	48	12	6
40. Apuvälineistä, katetreista, virtsankarkailusuojista, lääkkeistä N=210	49	36	9	6	28	38	26	8
41. Sairauden taloudellisista vaikutuksista N=210	33	41	16	10	19	42	25	14
42. Syöpäyhdistyksen toiminnasta N=205	32	48	15	5	21	40	24	15
43. Sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen N=206	44	44	10	2	24	40	26	11

	N=214	Kuinka tarpeellisena olette pitäneet seuraavien asioiden huomioimista hoidossanne				Jos piditte tarpeellisena, kuinka hyvin se on otettu huomioon hoidossanne			
		Erittäin tarpeellinen %	Melko tarpeellinen %	Melko tarpeeton %	Täysin tarpeeton %	Erittäin hyvin %	Melko hyvin %	Melko huonosti %	Erittäin huonosti %
44. Olen saanut kaikista hoitooni liittyvistä asioista tietoa henkilökunnalta	N=214	59	38	2	1 N=212	35	45	16	4
45. Uneen ja lepoon liittyvät asiat on huomioitu hoidossani	N=209	35	48	14	3 N=204	22	39	30	9
46. Pystyä ilmaisemaan itsenne niin että teitä ymmärretään ja kuullaan	N=211	9	45	5	1 N=206	29	45	24	2
47. Eritystoimintaan liittyvät asiat on huomioitu hoidossa (virtsaavaivat)	N=211	55	39	5	1 N=208	35	39	23	3
48. Suullisten ohjeiden lisäksi olen saanut kirjallisia ohjeita hoidostani	N=210	50	44	5	1 N=206	32	42	19	7
49. Minua on rohkaistu puhumaan mieltäni painavista asioista.	N=212	36	47	14	4 N=208	20	39	31	9
50. Olen voinut keskustella sukupuolielämään liittyvistä asioista	N=207	39	43	12	6 N=204	25	37	28	11
51. Jokin muu asia, mikä	N=205	4	3	2	1 N=203	9	14	27	50

**Seuraavassa kysymyksiä, jotka liittyvät ohjaukseen neuvontaan, jota olette saanut hoidon aikana (noin 12kk sairauden toteamisesta) Arvioikaa neuvonnan laatua**

	Ei lainkaan %	Vähän %	Melko paljon %	Hyvin paljon %
52. Minua ohjattu niissä asioissa, jotka ovat minulle tärkeitä	11	30	40	19
N=215				
53. Olen saanut ohjeita hoitajilta, miten selviydyin kotona hoidostani	14	32	31	23
N=215				

		<b>Ei lainkaan %</b>	<b>Vähän %</b>	<b>Melko paljon %</b>	<b>Hyvin paljon %</b>
54. Olen joutunut itse etsimään tarvitsemani tiedon	N=213	27	31	23	27
55. Omaiseni on otettu huomioon niin halutessani sairauteni aikana annetussa neuvonnassa	N=209	34	25	24	17
56. Minulle on neuvottu, keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa	N=217	21	32	25	21
57. Sairauttani ja hoitoa koskevan tiedon olen saanut, silloin kun olen sitä tarvinnut	N=217	8	22	46	24
58. Olen saanut ohjausta, monelta eri hoitajalta	N=214	16	38	29	17
59. Minulla on ollut oma hoitaja, jonka kanssa olen voinut keskustella hoitooni liittyvissä asioissa	N=215	46	19	22	13

**Seuraavassa kysytään terveyttänne koskevia asioita. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin ympäröimällä parhaiten sopiva numero. EORTC QLQ-C30/2001-2**

		<b>Ei lainkaan %</b>	<b>Vähän %</b>	<b>Melko paljon %</b>	<b>Hyvin paljon %</b>
60. Tuntuvatko rasittavat työt kuten painavan ostoskassin tai matkalaukun kantaminen teistä työläältä?	N=225	38	35	17	9
61. Tuntuvatko pitkät kävelymatkat teistä työläiltä?	N=224	37	29	22	12
62. Tuntuvatko lyhyet kävelymatkat kotinne ulkopuolella työläiltä?	N=224	70	16	10	4
63. Pitääkö teidän pysytellä levolla tai istumassa päivän mittaan?	N=225	36	40	20	4
64. Tarvitsetteko apua ruokaillessanne, pukeutuessanne, peseytyessänne tai WC:n käytössä?	N=225		4	2	0

<b>KULUNEELLA VIIKOLLA</b>	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
65. Oliko teillä vaikeuksia suoriutua työstänne tai muista päivittäisistä toimistanne? N=225	66	22	8	3
66. Oliko teillä rajoituksia harrastus- tai muissa vapaa-ajan toimissanne? N=223	56	24	14	6
67. Oliko hengenahdistusta? N=225	60	28	9	3
68. Oliko teillä kipuja? N=225	48	35	13	4
69. Tunsitteko levon tarvetta? N=225	24	53	9	4
70. Oliko unettomuutta? N=225	39	42	4	5
71. Tunsitteko heikotusta? N=225	54	34	10	2
72. Oliko ruokahaluttomuutta? N=225	83	15	1	1
73. Oliko pahoinvointia? N=225	88	9	2	1
74. Oksensitteko? N=225	96	3	1	0
75. Oliko ummetusta? N=225	70	23	6	1
76. Oliko ripulia? N=225	79	15	6	0
77. Olitteko väsynyt? N=225	31	50	14	5
78. Häiritsikö kipu päivittäisiä toimijanne? N=225	60	25	12	3
79. Oliko teillä keskittymisvaikeuksia esim. sanomalehteä lukiessanne tai televisiota katsellessanne? N=225	74	20	5	1
80. Olitteko jännittynyt? N=224	61	30	7	2
81. Olitteko huolestunut? N=225	54	30	7	2
82. Olitteko ärtynyt? N=225	60	31	8	1
83. Olitteko masentunut? N=225	56	35	7	2
84. Oliko teidän vaikea muistaa asioita? N=225	50	40	9	1
85. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne sosiaalista kanssakäymistä? N=225	64	25	8	3
86. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne perhe-elämääänne? N=225	64	25	8	3
87. Aiheuttiko fyysinen kuntonne tai hoito taloudellisia vaikeuksia? N=225	76	17	4	2

**Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä numerosarjasta 1-7 Teihin tällä hetkellä parhaiten sopiva vaihtoehto**

88. Millainen yleinen terveydentilanne oli kuluneella viikolla? N=224

erittäin huono						erinomainen
%	%	%	%	%	%	%
1	3	8	22	27	27	12

89. Millainen yleinen elämänlaatu oli kuluneella viikolla? N=224

erittäin huono						erinomainen
%	%	%	%	%	%	%
1	2	7	18	24	33	15

**Onko teillä ollut hoidon aikana (noin 12kk sairauden toteamisesta) virtsaamiseen liittyviä oireita tai vaivoja?**

	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon
	%	%	%	%
90. Onko Teillä ollut ongelmia virtsanlähdessä N=223	50	34	11	5
91. Onko Teillä ollut virtsan karkailua N=223	44	44	7	5
92. Onko Teillä ollut kirvelyä virtsatessa N=223	75	21	3	1
93. Oletteko joutunut pitämään virtsakatetria, sillä en ole saanut muuten virtsattua N=223	86	9	3	2
94. Oletteko joutunut käymään lääkärissä virtsaamiseen liittyvien asioiden takia N=222	77	14	7	2

**Onko Teillä ilmennyt seuraavia oireita tai ongelmia viimeisen viikon aikana? Vastatkaa ympäröimällä luku, joka parhaiten kuvastaa teidän tuntemuksianne.**

	Ei lainkaan	Vähän	Melko paljon	Hyvin paljon
	%	%	%	%
95. Oletteko joutunut virtsaamaan usein päivällä? N=223	11	45	37	7
96. Jouduitteko kiirehtimään WC:hen, kun tunsitte virtsaamistarvetta? N=222	26	45	20	9
97. Oletteko joutunut virtsaamaan usein yöllä? N=223	17	49	27	7
98. Oliko teidän vaikea nukkua riittävästi, koska jouduitte nousemaan usein virtsaamaan yöllä? N=223	46	34	14	5

	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
99. Onko teidän ollut vaikea mennä ulos, koska teidän on täytynyt käydä usein WC:ssä N=223	60	29	8	3
100. Onko teillä ollut tahatonta virtsan karkailua (kastelua)? N=223	62	28	6	4
101. Onko teillä ollut kipua virtsatessa? N=222	80	16	3	1

**Vastatkaa tähän kysymykseen vain, jos olette käyttänyt virtsankarkailusuojaa viimeisen viikon aikana.** N=97

102. Onko teillä ollut ongelmia siksi, että käytätte virtsankarkailusuojaa?	36	39	15	9
---	----	----	----	---

**Jatkakaa tästä:**

	<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
103. Ovatko virtsaamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimianne? N=218	60	28	9	3
104. Ovatko ulostamisvaivat rajoittaneet jokapäiväisiä toimijanne? N=219	79	18	2	1
105. Onko teillä ollut tahatonta ulosteen karkailua (pidätyskyvyttömyyttä)? N=220	90	8	1	1
106. Onko teillä ollut verta ulosteessa? N=220	89	10	1	0
107. Onko teillä ollut vatsan turvotusta? N=220	61	29	8	2
108. Onko teillä ollut äkillisiä hikoilupuuskia (kuumia aaltoja)? N=210	42	32	17	9
109. Ovatko nänninne tai rintanne suurentuneet tai tuntuneet kipeiltä? N=216	73	16	9	2
110. Ovatko jalkanne tai nilkkanne olleet turvonneet? N=220	66	25	7	2
<b>VIIMEKSI KULUNEIDEN NELJÄN VIIKON AIKANA.....</b>				
111. Onko painon lasku aiheuttanut teille ongelmia? N=222	93	6	1	0
112. Onko painon nousu aiheuttanut teille ongelmia? N=218	65	26	5	4
113. Oletteko tuntenut, että sairautenne tai sen hoito on heikentänyt miehekkyyttä? N=223	15	29	27	29
114. Oletteko ollut kiinnostunut sukupuolielämästä? N=222	30	32	30	8
115. Oletteko ollut seksuaalisesti aktiivinen (yhdyntäessä tai muuten)? N=221	57	9	13	1

**Vastatkaa neljään seuraavaan kysymykseen vain, jos olette olleet seksuaalisesti aktiivinen viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana.**

		<b>Ei lainkaan</b>	<b>Vähän</b>	<b>Melko paljon</b>	<b>Hyvin paljon</b>
	N=87	%	%	%	%
116. Oletteko nauttinut sukupuolielämästä?		16	39	40	15
117. Oliko teidän vaikea saada tai ylläpitää erektiota?	N=84	17	24	25	34
118. Oliko teillä siemensyöksyyn liittyviä ongelmia (esim. siemensyöksyn puuttuminen orgasmin aikana?)	N=85	20	18	27	35
119. Oletteko tuntenut itsenne vaivautuneeksi seksuaalisesti intiimissä tilanteessa?	N=87	24	30	26	20

**Hoidon aloittamisen jälkeen (noin 12kk sairauden toteamisesta)....**

**120. Kuinka hyvin olette nukkunut yönne hoidon aloittamisen jälkeen?** N=224 %

1. Hyvin	26
2. Melko hyvin	50
3. Melko huonosti	20
4. Huonosti	2

**121. Onko Teidän ollut hoidon aikana vaikeutta nukahtaa illalla?** N=223 %

1. Joka ilta	12
2. Joskus	51
3. Ei koskaan	38

**122. Montako kertaa olette herännyt yössä?** N=224 %

1. En yhtään	6
2. 1-3	80
3. 4-6	13
4. Yli kuusi kertaa	1

**123. Jos olette herännyt yöllä useita kertoja, osaatteko kertoa syyn heräämiseenne?** %

1. Kivut	N=207	8
2. Painajaisunet		8
3. Pelot		1
4. Virtsaamisvaivat		63
5. Jokin muu syy, mikä _____		22

**124. Oletteko tuntenut itsenne levänneeksi aamulla?** N=224 %

1. Aina	28
2. Usein	51
3. Joskus	20
4. Ei koskaan	1



<b>125. Oletteko nukkunut päiväunia hoidon aloittamisen jälkeen?</b>	N=224	%
1. Joka päivä		25
2. Silloin tällöin		59
3. En koskaan		16

**126. Oletteko käyttänyt unilääkkeitä nukahtamistanne helpottamaan hoidon aikana?**

1. En koskaan	N=224	%	64
2. Joskus			23
3. Joka ilta			13
4. Jos olette käyttänyt unilääkkeitä, niin minkä nimistä lääkettä olette ottanut?			

**127. Millainen on unenne laatu hoidon aloittamisen jälkeen (noin 12kk aikana)?**

1. Hyvä	N=225	%	23
2. Jokseenkin hyvä			61
3. Jokseenkin huono			15
4. Huono			1

**128. Onko unenne laatu muuttunut hoidon aloittamisen jälkeen (noin 12kk aikana)?**

1. Parantunut	N=222	%	11
2. On ennallaan			65
3. Huonontunut			24

**129. Jos unenne laatu on huonontunut, miten kuvaisitte muutosta?** N=102 %

1. Minun on vaikea nukahtaa		15
2. Herään useita kertoja yössä		53
3. Herään aikaisin aamulla saamatta enää unta		27
4. Näen painajaisunia		5

**130. Jos unenne laatu on huonontunut hoidon aloittamisen jälkeen, tunnistatteko syyn siihen?**

	N=110	%
1. Kivut		8
2. Painajaisunet		14
3. Pelot		3
4. Virtsaamisvaivat		53
5. Jokin muu syy, mikä _____		23

**Seuraavaksi pyydämme Teitä arvioimaan tämänhetkistä terveydentilaanne hieman yksinkertaisemmilla kysymyksillä, vaikka ne menevätkin osittain päällekkäin edellisten kysymysten kanssa. (EQ5)**

<b>131. Liikkuminen</b>	N=224	%
1. Minulla ei ole vaikeuksia liikkumisessa		67
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia liikkumisessa		32
3. Olen vuoteenomana		1

<b>132. Itsestä huolehtiminen</b>	N=225	%
1. Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni		93
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse		6
3. En kykene peseytymään tai pukeutumaan		1

133. <b>Tavanomaiset toiminnot</b>	N=225	%
1. Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)		74
2. Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani		23
3. En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani		3
134. <b>Kipu ja vaiva</b>	N=225	%
1. Minulla ei ole kipuja tai vaivoja		57
2. Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja		39
3. Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja		4
135. <b>Mieliala</b>	N=223	%
1. En ole ahdistunut enkä masentunut		73
2. Olen melko ahdistunut tai masentunut		23
3. Olen erittäin ahdistunut tai masentunut		4
136. <b>Kuinka tyytyväinen olette tällä hetkellä elämäänne?</b>	N=224	%
1. En lainkaan		3
2. Melko tyytymätön		11
3. Melko tyytyväinen		58
4. Tyytyväinen		28
137. <b>Kuinka onnelliseksi tunnette itsenne tällä hetkellä?</b>	N=222	%
1. Onneton		4
2. Melko onneton		9
3. Melko onnellinen		70
4. Onnellinen		17
138. <b>Onko elämänlaatunne muuttunut hoidon aloittamisen jälkeen (noin 12kk sairauden toteamisen jälkeen)?</b>	N=223	%
1. On parantunut		28
2. Pysynyt entisellään		55
3. On huonontunut		17
135. <b>Jos elämänlaatunne on muuttunut, tunnistatteko syyn muutokseen?</b>		
1. En		
2. Kyllä, _____		
139. <b>Minkälaisen ajattelette elämänlaatunne olevan tulevaisuudessa?</b>		%
1. Parempi kuin nyt	N=222	14
2. Samanlainen kuin nyt		68
3. Huonompi kuin nyt		18
140. <b>Oletteko ollut tyytyväinen hoitovalintaanne?</b>	N=209	%
1. Erittäin tyytyväinen, miksi _____		36
2. Tyytyväinen, miksi _____		50
3. Jokseenkin tyytymätön, miksi _____		10
4. Tyytymätön, miksi _____		4

**OLKAA HYVÄ JA TARKASTAKAA VIELÄ, ETTÄ VASTASITTE KAIKKIIN KYSYMYKSIIN**

**KIITOS VAIVANÄÖSTÄNNE JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

©Leena Kuivalainen, 2001





## Kuopio University Publications E. Social Sciences

- E 95. Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki.** Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja : etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa .  
2002. 258 s. Acad. Diss.
- E 96. Lantto, Eila.** Radiologia Keski-Suomessa. Alueellinen toimintamalli 2000-luvulle ja sen etukäteisarviointi.  
2002. 231 s. Acad. Diss.
- E 97. Pölkki, Tarja.** Postoperative Pain Management in Hospitalized Children.  
2002. 161 s. Acad. Diss.
- E 98. Rasimus, Mirja.** Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla.  
2002. 173 s. Acad. Diss.
- E 99. Partanen, Pirjo.** Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa.  
2002. 189 s. Acad. Diss.
- E 100. Kankkunen, Päivi.** Parents' Perceptions and Alleviation of Children's Postoperative Pain at Home after Day Surgery.  
2003. 91 s. Acad. Diss.
- E 101. Koskinen, Liisa.** To survive, you have to adjust. Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing.  
2003. 150 s. Acad. Diss.
- E 102. Eirola, Raija.** Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi.  
2003. 184 s. Acad. Diss.
- E 103. Paukkunen, Leena.** Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen: koulutuskokeilun arviointitutkimus.  
2003. 141 s. Acad. Diss.
- E 104. Kainulainen, Jari.** Kaiken keskellä, vai kaikesta sivussa? Sukupolvien elämänlaatu ja identiteetti syrjäisessä maaseutukunnassa 2000-luvun alussa.  
2003. 217 s. Acad. Diss.
- E 105. Liikanen, Eeva.** Voiko vierianalytiikka olla laadukasta? Tutkimus sydän- ja verisuonitautien vierianalytiikasta.  
2003. 154 s. Acad. Diss.
- E 106. Vesala, Hilkka-Helena.** Terveyskeskusten radiologinen tuotanto Itä-Suomen neljässä sairaanhoitopiirissä.  
2003. 131 s. Acad. Diss.
- E 107. Korhonen, Marko.** Yksilöllinen eläkevakuuttaminen eläketurvan täydentäjänä.  
2003. 202 s. Acad. Diss.
- E 108. Mshana, Simon.** Health management information system evaluation: lesson from Tanzania.  
2004. 239 s. Acad. Diss.
- E 109. Mäki, Tiina.** Laadun informaatio-ohjauksen haasteet: hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus.  
2004. 269 s. Acad. Diss.