

Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu vuosi diagnoosin jälkeen

EEVA HARJU

TtT

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet, Hoitotiede

MARJA KAUNONEN

TtT, professori

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet, Hoitotiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleishallinto

MIKA HELMINEN

FM, biostatistikko

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tiedekeskus

TIIVISTELMÄ

Eturauhassyöpä on yleinen ja vakava ikääntyneiden miesten sairaus, joka vaikuttaa merkittävästi myös heidän puolisoidensa elämään. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvää elämänlaatua vuoden kuluttua diagnoosista sekä verrata saatuja arvoja suomalaisiin väestöarvoihin. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Aineisto kerättiin postikyselyllä eturauhassyöpöpotilailta (n=179) ja heidän puolisoiltaan (n=166) lokakuun 2014 ja tammikuun 2017 välisenä aikana. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin RAND-36-mittarilla. Saatuja tuloksia verrattiin vuonna 1999 raportoituihin väestöarvoihin. Tulokset esitettiin prosentteina, frekvensseinä ja keskilukuina. Potilaiden ja puolisoiden vertailussa käytettiin Wilcoxonin merkkitestistä ja taustamuuttujien yhteyksien osalta Mann-Whitney ja Kruskall-Wallis-testejä.

Saapunut 21.08.2017

Hyväksytty julkaistavaksi 13.12.2017

TAINA ISOTALO

LT, urologian dosentti

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
Keskussairaala, Urologian poliklinikka

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI

THT, professori

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet, Hoitotiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleishallinto

ABSTRACT

Health-related quality of life in patients with prostate cancer and their spouses one year after diagnosis

Eeva Harju, PhD

Marja Kaunonen, PhD, Professor

Mika Helminen, MSc, Biostatistician

Taina Isotalo, D.Med.Sc, Adjunct Professor

Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor

Prostate cancer is a common and serious illness in older men, and it significantly affects the lives of their spouses. The aim of this study was to describe the health-related quality of life (HRQoL) in prostate cancer patients and their spouses one year after diagnosis, compare the values with the Finnish population values, and describe the HRQoL-related factors. The study material was collected via postal survey from patients with prostate cancer (n=179) and their spouses (n=166) between October 2014 and January 2017, and it used the RAND-36 meter to measure HRQoL. The results were compared with the reported population values from 1999 and were presented as percentages, frequencies, and averages. Patients and spouses were compared with the Wilcoxon test and background tests for Mann-Whitney and Kruskal-Wallis.

Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu oli keskenään hyvin samanlaista ja väestöarvoihin verrattuna merkittävästi parempaa. Parhaaksi elämänlaadun osa-alueeksi vastaajat raportoivat sosiaalisen toimintakyvyn ja heikoimmaksi koetun terveyden. Yli 70-vuoden ikä, yli 40 vuotta jatkunut parisuhde, pitkäaikaissairaudet ja eturauhassyöpön hormonihoito olivat yhteydessä heikompaan elämänlaatuun. Vastaavasti puolisoilla korkea ikä, matalampi pohjakoulutus, työelämän ulkopuolella oleminen ja pitkäaikaissairaudet heikensivät elämänlaatua. Hormonihoidossa olevat, iäkkäät eturauhassyöpöpotilaat, joilla on pitkäaikaissairauksia, tarvitsevat erityisesti hoitotyöntekijöiden tukea. Samoin puoliset, joilla on korkea ikä, matala pohjakoulutus, pitkäaikaissairauksia ja jotka ovat työelämän ulkopuolella, kaipasivat eniten tukea. Tuloksia voidaan hyödyntää eturauhassyöpöpotilaan yksilöllisen hoidon suunnittelussa ja perhekeskeisen hoitotyön kehittämisessä. Jatkossa tulisi selvittää parisuhteen ja perhesuhteiden yhteyttä eturauhassyöpöpotilaan elämänlaatuun.

Avainsanat: elämänlaatu, eturauhassyöpä, potilaat, puoliset

According to this study, the HRQoL scores were very similar between patients and their spouses. Both patients and their spouses reported that their HRQoL scores were significantly better than the population values. The respondents also reported that their best dimension was social function and their weakest was general health. The study showed that patients tended to have lower HRQoL if they were older than 70 years, were married for more than 40 years, had long-term illness, and were using hormone therapy. Correspondingly, spouses of higher age, lower basic education, the out-of-work and long-term illnesses weakened the HRQoL. Elderly prostate cancer patients with long-term illness using hormone therapy need particular support from nurses. Likewise, elderly spouses with a lower basic education, long-term illnesses, and outside working life needed the most support. The results can be utilized in planning individual care for the prostate cancer patient and in developing family-oriented nursing. In the future, the connection between partnership and family relationships with the prostate cancer patient should be investigated.

Key words: quality of life, prostate cancer, patients, spouses

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Eturauhassyöpön ja sen hoidoista aiheutuvien haittavaikutusten, kuten virtsankarkailun ja erektiohäiriöiden on todettu heikentävän potilaiden elämänlaatua.
- Osa puolisoista raportoi suurempaa huolta ja ahdistusta eturauhassyöpöstä kuin potilaat itse.
- Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa sosiodemografisilla, fyysisillä, psyykkisillä ja perheeseen liittyvillä taustatekijöillä on todettu olevan yhteyttä elämänlaatuun.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu on vuosi diagnoosin jälkeen parempi kuin ikä- ja sukupuolivakioidulla suomalaisella väestöllä.
- Potilaan yli 70 vuoden ikä, yli 40 vuotta jatkunut parisuhde, pitkäaikaissairaudet ja eturauhassyöpön hormonihoito ovat yhteydessä potilaan matalampaan elämänlaatuun.
- Puolison yli 70 vuoden ikä, matala pohjakoulutus, työelämän ulkopuolella oleminen ja pitkäaikaissairaudet ovat yhteydessä puolison matalampaan elämänlaatuun.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Erityisesti iäkkäät, hormonihoidossa olevat eturauhassyöpöpotilaat ja heidän puolisonsa tarvitsevat hoitotyöntekijöiden tukea vuosi eturauhassyöpädiagnoosin jälkeen.
- Hoitotyön johtamisessa ja koulutuksessa tulisi ymmärtää aikuispotilaan perheen merkitys.

Tutkimuksen lähtökohdat

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen eturauhassyöpöpotilailla ja heidän puolisoillaan on merkityksellistä, koska eturauhassyövän ilmaantuvuus on lisääntynyt nopeasti, taudinkulku on hidas ja ennuste on erittäin hyvä. Suomessa sairastuu vuosittain eturauhassyöpään lähes 5000 miestä, ja viiden vuoden kuluttua yli yhdeksänkymmentä prosenttia heistä on elossa (Suomen syöpärekisteri 2016). Käsitteenä terveyteen liittyvä elämänlaatu täsmentää elämänlaatu-käsitettä. Se on osa yleistä elämänlaatua, joka on suhteessa ihmisen aikaisempaan terveydentilaan, taustaan, ominaisuuksiin ja tavoitteisiin. Terveyteen liittyvä elämänlaadun määritelmässä korostuvat kokemuksellisuus ja moniulotteisuus, sillä käsitteen perusteena on käsitys terveydestä. Tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvä elämänlaatu määritellään yksilön kokemaksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi ja toimintakyvyksi. (Aalto ym. 1999, Bowling 2004.)

Poikkileikkaus- ja seurantatutkimuksia eturauhassyöpöpotilaiden elämänlaadusta on olemassa, mutta tutkimuksia, joissa olisi tarkasteltu sekä potilaiden että heidän puolisoitensa elämälaatua on niukasti. Eturauhassyövän ja erityisesti sen hoitojen haittavaikutusten on todettu olevan yhteydessä eturauhassyöpöpotilaiden elämänlaatuun (Vanagas ym. 2013). Eturauhassyöpöpotilaiden (n=501) hoitojen päättymisen jälkeen, syöpäspesifillä elämänlaadun mittarilla mitattuna, eturauhassyövän hoitomuodolla oli suurempi merkitys elämänlaadulle kuin itse syöpäkasvaimen laadulla (Vanagas ym. 2013). Potilaiden elämänlaatua alentavia tekijöitä ovat virtsaamiseen liittyvät ongelmat ja erektiohäiriöt (Ottenbacher ym. 2013). Fyysisten sivuvaikutusten lisäksi syöpädiagnoosi heikentää potilaiden, mutta myös heidän puolisoitensa psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia (Lambert ym. 2012). Australialaisen pareille (n=35) suunnatun interven-

tiotutkimuksen pilottivaiheen raportissa (Lambert ym. 2012) havaittiin, että puolisoitensa mukaan ottamisella ohjausinterventioon on vaikutusta jopa hoidon kustannustehokkuuteen. Puolisoiden elämänlaatua on tarpeellista tutkia, koska puoliset ovat tärkeitä psykososiaalisen tuen antajia eturauhassyöpöpotilaille koko sairausprosessin ajan (O’Shaughnessy ym. 2015).

Eturauhassyöpöpotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua on tutkittu hoitomuotojen näkökulmasta ja vertailua aktiivi-seurannan ja leikkaushoidon välillä on tehty. Vuosi diagnoosin jälkeen on todettu, ettei potilasryhmien elämänlaadun arvoissa ollut merkittävää eroa (Sebakk ym. 2017). Sekä yleisellä että eturauhassyöpäspesifillä elämänlaadun mittarilla mitattuna ei tässä poikkileikkaustutkimuksessa (Sebakk ym. 2017) raportoitu eroja aktiivi-seurannassa olevien ja leikkaushoidolla hoidettujen potilaiden elämänlaadun arvoissa. Mittausajankohtina oli vuosi leikkauksen jälkeen ja vähintään kolme kuukautta aktiiviseurannan aloituksesta (Sebakk ym. 2017). Syöpä ei häviä potilaan arjesta syöpähoitojen päätyttyä, sillä sen vaikutukset voivat ilmetä vielä pitkään erilaisissa arjen alueissa (Holmberg 2017). Eturauhassyöpään sairastumisen on todettu heijastuvan potilaan ja hänen puolisonsa psyykkiseen vointiin vielä kolmen ja viiden vuoden kuluttua diagnoosista (Vanagas ym. 2013). Tämän vuoksi on tärkeää tietää eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoitensa elämänlaadusta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä, kun eturauhassyöpädiagnoosista on kulunut yksi vuosi.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoitensa terveyteen liittyvää elämänlaatua vuoden kuluttua diagnoosista sekä verrata saatuja arvoja suomalaisiin väestöarvoihin.

Lisäksi tarkoituksena oli kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää eturauhassyöpäpotilaiden hoitotyön kehittämisessä sekä eturauhassyövän yksilöllistä hoitomuotoa valittaessa.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millainen on eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu vuosi diagnoosin jälkeen?
 - 1.1. Miten eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu poikkeaa toisistaan?
 - 1.2. Miten eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu poikkeaa väestöarvoista?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvään elämänlaatuun vuosi diagnoosin jälkeen?

Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Kobderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat viiden suomalaisen keskussairaalan parisuhteessa elävät eturauhassyöpäpotilaat, joiden diagnoosin toteamisesta oli kulunut vuosi. Tutkimus on osa laajempaa pitkittäistutkimusta, jossa eturauhassyöpäpotilaiden (N=350) ja heidän puolisoidensa (N=350) terveyteen liittyvää elämänlaatua seurattiin diagnoosihetkestä alkaen. Koko tutkimuksen otoskoon määrittämiseksi suoritettiin voimalaskelma, joka on kuvattu artikkelissa Harju ym. (2017). Aineisto tähän tutkimukseen kerättiin postikyselynä lokakuun 2014 ja tammikuun 2017 välisenä aikana. Kyselylomakkeet lähetettiin erikseen eturauhassyöpäpotilaille (N=199) ja heidän puolisoilleen (N=195), jotka olivat olleet mukana seurannassa eturauhassyövän toteamishetkestä alkaen. Eturauhassyöpäpo-

tilaiden (n=179) aineistossa vastausprosentti oli 90 prosenttia ja heidän puolisoidensa (n=166) 85 prosenttia.

Mittari

Potilaiden sekä heidän puolisoidensa terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin kansainvälisellä ”RAND-36 item Health Survey”-mittarilla (RAND-36). Mittarin perustana on määrittely terveydestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ulottuvuutena. Nämä terveyden perusulottuvuudet on mittarissa jaettu kahdeksaan osa-alueeseen: fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen ja psyykkiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn, kivittomuuteen ja koettuun terveyteen. Kysymyksestä riippuen mittarin vastausvaihtoehdot vaihtelevat kahdesta kuuteen. Mittarin pisteytysasteikko on 0–100 niin, että korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa terveyttä ja elämänlaatua. (Aalto ym. 1999.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään yleistä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria. Tällöin tuloksia voitiin verrata potilaiden ja heidän puolisoidensa välillä. Sairausspesifin mittarin kohdalla tämä ei olisi ollut mahdollista. Mittari mahdollisti myös tulosten vertaamisen vuonna 1999 raportoituihin väestöarvoihin (Aalto 1999). Mittaria on käytetty Suomessa (Vasarainen ym. 2013, Harju ym. 2016, Harju ym. 2017) ja kansainvälisesti (Harden ym. 2013a, Harden ym. 2013b) mittaamaan eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Kirjallisuuteen perustuen taustamuuttujiksi valittiin ikä, parisuhteen kesto, pohja- ja ammattikoulutus, työtilanne ja pitkäaikaissairaudet. Lisäksi potilailta kysyttiin eturauhassyövän hoitomuotoa ja hoitopaikkaa.

Aineiston analyysi

Yksittäisten muuttujien jakaumien tarkastelun jälkeen taustamuuttujat luokiteltiin

analyysiä varten seuraavasti. Ikä ja parisuhde luokiteltiin kolmeluokkaisiksi muuttujiksi. Vastaajien työtilanne luokiteltiin kahteen luokkaan ja hoitomuoto neljään. (Taulukko 1.) Kuvailevina tunnuslukuina käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä keski- ja hajontalukuja. RAND-36-mittarin ohjeiden mukaisesti (Aalto ym. 1999) väittämät käännettiin samansuuntaisiksi ja niistä muodostettiin kahdeksan summamuuttujaa, siten että summamuuttujien arvo jaettiin kunkin ulottuvuuden kysymysten määrällä (Gray ym. 2017). Koska summamuuttujien jakaumat eivät täyttäneet normaalijakauman kriteereitä, potilaiden ja heidän puolisoitensa elämänlaadun tarkastelussa käytettiin Wilcoxonin merkkitestistä. Ikä- ja sukupuolivaikoidut keskiarvot terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueille saatiin RAND-36-mittarin ohjeista (Aalto ym. 1999). Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi määriteltiin $p < 0,05$. Taustamuuttujien yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueisiin selvitettiin käyttämällä Mann-Whitneyn ja Kruskal-Wallis testejä. Tarkastelussa huomioitiin Bonferronin korjaus jakamalla merkitsevyyden raja-arvo ($p < 0,05$) testien määrällä (8). Tällöin tilastollisesti merkitsevä tuloksena pidettiin merkitsevyystasoa $p < 0,006$ (Munro 2005). Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS -ohjelmistoa (Statistics for Windows /versio 23 IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Eettiset näkökohdat

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan, TENK (2012) eettisiä vaatimuksia. Koska uusia eturauhassyöpiä todetaan vuosittain lähes 5000 (Suomen syöpärekisteri 2016), aihe koskettaa monia suomalaisia perheitä. Näin ollen tutkimusaihetta pidettiin eettisesti perusteluna tiedostaen, että sairastuminen vakavasti henkeä uhkaavaan sairauteen on sensitiivinen aihe. Tutkimuksen otoskokoa arvioitaessa huomioitiin tutkimuksen eetti-

syys. Tutkimuksen otoskoko määriteltiin voima-analyysiin perusteella, sillä tutkimuksella ei haluttu vaivata liian suurta määrää potilaita ja puolisoita. Tutkimuksen toteuttamiselle saatiin yhden sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Kukin kohdeorganisaatio myönsi tutkimusluvat erikseen ennen aineiston keräämisen aloittamista. Kyselylomakkeen mukana osallistujat saivat tutkimustiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Tiedote sisälsi myös tutkijan yhteystiedot mahdollisia tiedusteluja varten. Osallistujilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilman, että se vaikutti potilaan saamaan hoitoon. Tutkimukseen osallistujat allekirjoittivat tietoon perustuvan suostumuksen siinä vaiheessa, kun he lupautuivat mukaan tutkimukseen. On mahdollista, että tutkimusaihe herätti vastaajissa kysymyksiä ja jopa ahdistusta. Tutkimustiedotteessa tarjottiin mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan, mikäli heille oli herännyt kysymyksiä. Tätä mahdollisuutta käyttivät yksittäiset potilaat ja puoliset.

Tulokset

Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 179 eturauhassyöpäpotilasta ja 166 puolisoa. Potilaiden keski-ikä oli 68 (kh 9, vaihteluväli 41–87) vuotta ja puolisoitensa vastaavasti 66 (kh 9, vaihteluväli 34–86). Vastaajien parisuhde oli keskimäärin 36 vuotta pitkä vaihteluvälin ollessa 1–61 vuotta. Potilaista yli puolella ja puolisoista vajaalla puolella pohjakoulutuksena oli kansa- tai kansalaiskoulu. Koulutuksen tutkinto oli tyypillisin potilaiden ammattikoulutus ja vastaavasti puolisoilla opistotason tutkinto oli tyypillisin. Kaksi kolmasosaa vastaajista ei ollut vastaushetkellä töissä. Vastaajista yli kahdella kolmasosalla

oli todettu jokin pitkäaikaissairaus. Potilaiden yleisimmät eturauhassyövän hoitomuo-

dot olivat sädehoito ja leikkaushoito. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Eturauhassyöpäpotilaiden (n=179) ja heidän puolisoidensa (n=166) taustatiedot.

Taustamuuttuja	Potilaat		Puolisot	
	n	%	n	%
Ikä vuosina				
≤ 59	30	17	40	24
60–69	70	39	68	41
≥ 70	79	44	58	35
Parisuhteen kesto vuosina				
≤ 25	48	27	43	26
26–40	43	24	37	22
≥ 41	88	49	86	52
Pohjakoulutus				
Kansa- tai kansalaiskoulu	101	56	72	43
Perus- tai keskikoulu	48	27	45	27
Ylioppilastutkinto	30	17	49	30
Ammattikoulutus				
Koulutason tutkinto	54	30	50	30
Opistotason tutkinto	47	26	56	34
Korkeakoulutason tutkinto	21	12	27	16
Ei ammatillista tutkintoa	57	32	33	20
Työtilanne				
Töissä	57	32	67	40
Ei töissä	122	68	99	60
Pitkäaikaissairaudet				
Kyllä	127	71	106	64
Ei	52	29	60	36
Hoitomuoto				
Leikkaushoito	63	35		
Sädehoito	66	37		
Hormonihoito	18	10		
Ei kajoava hoito	32	18		
Hoitopaikka				
Sairaala 1	57	32		
Sairaala 2	36	20		
Sairaala 3	18	10		
Sairaala 4	44	25		
Sairaala 5	24	13		

Terveysteen liittyvä elämänlaatu

Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu oli keskiarvojen perusteella kaikilla kahdeksalla elämänlaadun osa-alueella erittäin hyvä. (Taulukko 2.) Potilaiden ja heidän puolisoidensa elämänlaatu oli parhainta sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueella (potilaat: ka 83,8, kh 20,0 ja puoliset: ka 84,4, kh 19,6) ja vastaavasti heikointa koetun terveyden

osa-alueella (potilaat: ka 58,3, kh 21,1 ja puoliset: ka 60,6, kh 20,4). Osallistujaryhmien vertailussa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Kun arvoja verrattiin ikä- ja sukupuoli-vakioituun väestöarvoon, sekä potilaiden että heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämänlaatu oli kaikilla osa-alueilla tilastollisesti merkitsevästi parempi (p-arvot välillä $p < 0,001$ – $p = 0,008$).

Taulukko 2. Terveysteen liittyvä elämänlaatu eturauhassyöpöpotilailla (n=179) ja heidän puolisoillaan (n=166).

Osa-alue	Kysymysten määrä	Potilaat				Potilaat/ Väestöarvo		Puolisot				Puolisot/ Väestöarvo	
		Väestöarvo ‡				p-arvo*	Väestöarvo ‡				p-arvo*		
		Ka†	Kh	Ka	Kh		Ka†	Kh	Ka	Kh			
Sosiaalinen toimintakyky	2	83,8	20,0	77.6	5.9	<0,001	84,4	19,6	78.6	1.8	<0,001	0,934	
Fyysinen toimintakyky	10	79,8	21,1	68.1	10.3	<0,001	78,5	21,6	66.5	12.1	<0,001	0,130	
Psykykinen hyvinvointi	5	78,9	15,7	74.5	2.6	<0,001	76,7	17,1	73.7	2.0	<0,001	0,315	
Kivuttomuus	2	75,4	20,4	67.8	6.3	<0,001	72,1	24,1	65.9	5.1	<0,001	0,061	
Psykykinen roolitoiminta	3	72,9	37,1	63.5	10.4	0,001	74,9	36,9	63.8	8.5	<0,001	0,856	
Tarmokkuus	4	68,3	20,4	62.7	5.8	<0,001	66,7	19,4	59.8	3.6	<0,001	0,350	
Fyysinen roolitoiminta	4	65,4	42,3	54.7	12.3	0,008	67,9	38,1	54.1	13.0	<0,001	0,999	
Koettu terveys	5	58,3	21,1	50.6	4.6	<0,001	60,6	20,4	52.8	6.3	<0,001	0,726	

† Asteikko: 0=buono terveys ja elämänlaatu – 100=hyvä terveys ja elämänlaatu

‡ Ikä- ja sukupuolivakioitu väestöarvo (Aalto ym. 1999)

* Wilcoxonin merkkitesti

Tilastollisesti merkitsevät p-arvo (p<0,05) tummennettu

Terveysteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat tekijät

Potilaan taustamuuttujista iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn (p<0,001), fyysiseen (p<0,001) ja psykiseen (p<0,001) roolitoimintaan, tarmokkuuteen (p=0,006) sekä sosiaaliseen toimintakykyyn (p=0,004). (Taulukko 3.) Yli 70-vuotiailla oli alhaisin fyysinen toimintakyky, fyysinen ja psykkinen roolitoiminta sekä sosiaalinen toimintakyky muihin ikäryhmiin verrattuna. Tarmokkuus oli alhaisin alle 59-vuotiailla. Parisuhteen kestolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn (p=0,002). Yli 41 vuotta parisuhteessa eläneet potilaat raportoivat fyysisen toimintakyvyn heikoimmaksi. Pitkäaikaissairaudet olivat tilastollisesti merkitsevissä yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn (p<0,001), fyysiseen roolitoimintaan (p=0,001), kivuttomuuteen (p<0,001) ja koettuun terveyteen (p<0,001). Pitkäaikaissairaudet heikensivät näitä elämänlaadun osa-alueita. Eturauhassyöpön hoitomuoto oli yh-

teydessä fyysiseen toimintakykyyn (p<0,001) ja fyysiseen roolitoimintaan (p=0,003). Hormonihoidolla hoidettujen eturauhassyöpöpotilaiden fyysinen toimintakyky ja fyysinen roolitoiminta olivat alhaisimpia muihin hoitoryhmiin verrattuna. Potilaiden pohja- ja ammattikoulutuksella, työtilanteella sekä hoitopaikalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueisiin.

Puolisoiden iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys heidän fyysiseen toimintakykynsä (p<0,001) ja koettuun terveyteensä (p=0,006). Puolisot, jotka olivat 59-vuotiaita tai sitä nuorempia kokivat fyysisen toimintakykynsä ja terveytensä parhaimmaksi. Pohjakoulutus (p=0,001) ja työtilanne (p=0,001) olivat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. Ylioppilastutkinnon suorittaneiden puolisoitten fyysinen toimintakyky oli parempi kuin kansa- tai kansalaiskoulun ja perus- tai keskikoulun käyneiden puolisoitten. Työssä olevat puolisot raportoivat fyysisen toimintakykynsä paremmaksi kuin

Taulukko 3. Taustamuuttujien yhteys eturauhasväyöpötitilaiden (n=179) terveyteen liittyvään elämäntilaan.

Taustamuuttuja	Fyysinen toimintakyky		Fyysinen roolitoiminta		Psyykkinen roolitoiminta		Tarmokkuus		Psyykkinen hyvinvointi		Sosiaalinen toimintakyky		Kivuttomuus		Koettu terveys	
	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo
Ikä	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	0,011	0,004	0,054	0,008	0,050	0,054	0,004	0,054	0,008	0,050	0,050
≤ 59	85,2 (20,3)	66,7 (46,4)	74,7 (38,5)	74,7 (38,5)	62,4 (19,5)	73,8 (13,7)	83,2 (19,3)	76,1 (24,5)	73,8 (13,7)	83,2 (19,3)	76,1 (24,5)	83,2 (19,3)	76,1 (24,5)	73,8 (13,7)	83,2 (19,3)	57,8 (20,6)
60–69	87,5 (15,2)	79,7 (34,6)	86,0 (26,4)	86,0 (26,4)	73,4 (19,6)	82,0 (15,7)	89,3 (17,8)	79,4 (24,1)	82,0 (15,7)	89,3 (17,8)	79,4 (24,1)	89,3 (17,8)	79,4 (24,1)	82,0 (15,7)	89,3 (17,8)	62,5 (20,4)
≥ 70	70,7 (22,5)	51,7 (43,3)	60,0 (41,0)	60,0 (41,0)	65,6 (20,7)	78,0 (16,4)	79,1 (21,5)	71,9 (23,1)	78,0 (16,4)	79,1 (21,5)	71,9 (23,1)	79,1 (21,5)	71,9 (23,1)	78,0 (16,4)	79,1 (21,5)	54,3 (21,8)
Parisuhteen kesto	0,002	0,019	0,100	0,100	0,084	0,777	0,099	0,126	0,777	0,099	0,126	0,099	0,126	0,777	0,099	0,008
≤ 25	86,0 (17,1)	77,6 (39,7)	81,3 (30,7)	81,3 (30,7)	71,1 (20,8)	79,5 (17,2)	83,1 (22,1)	80,5 (23,3)	79,5 (17,2)	83,1 (22,1)	80,5 (23,3)	83,1 (22,1)	80,5 (23,3)	79,5 (17,2)	83,1 (22,1)	65,8 (18,5)
26–40	84,8 (18,0)	64,3 (41,7)	77,0 (34,1)	77,0 (34,1)	72,3 (16,5)	79,8 (13,1)	90,0 (15,4)	75,5 (22,8)	79,8 (13,1)	90,0 (15,4)	75,5 (22,8)	90,0 (15,4)	75,5 (22,8)	79,8 (13,1)	90,0 (15,4)	61,0 (17,5)
≥ 41	73,7 (22,9)	58,7 (43,1)	65,9 (41,0)	65,9 (41,0)	64,4 (21,5)	78,0 (16,4)	81,3 (20,7)	72,8 (24,5)	78,0 (16,4)	81,3 (20,7)	72,8 (24,5)	81,3 (20,7)	72,8 (24,5)	78,0 (16,4)	81,3 (20,7)	52,6 (23,0)
Pitkäaikaisairaudet	<0,001	0,001	0,224	0,224	0,057	0,015	0,021	0,001	0,015	0,021	0,001	0,021	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kyllä	76,1 (21,9)	57,9 (44,5)	70,0 (39,1)	70,0 (39,1)	66,3 (21,3)	77,3 (16,1)	82,1 (20,2)	71,7 (15,3)	77,3 (16,1)	82,1 (20,2)	71,7 (15,3)	82,1 (20,2)	71,7 (15,3)	77,3 (16,1)	82,1 (20,2)	53,9 (16,0)
Ei	89,4 (15,0)	84,0 (29,3)	80,3 (31,1)	80,3 (31,1)	73,0 (17,4)	82,9 (14,6)	88,5 (19,4)	85,6 (15,3)	82,9 (14,6)	88,5 (19,4)	85,6 (15,3)	88,5 (19,4)	85,6 (15,3)	82,9 (14,6)	88,5 (19,4)	68,9 (16,0)
Hoitomuoto	<0,001	0,003	0,012	0,012	0,010	0,101	0,007	0,079	0,101	0,007	0,079	0,007	0,079	0,101	0,007	0,026
Leikkaus	87,2 (15,7)	77,5 (37,3)	83,1 (30,8)	83,1 (30,8)	73,1 (18,4)	81,0 (15,5)	87,3 (18,3)	81,0 (15,5)	81,0 (15,5)	87,3 (18,3)	81,0 (15,5)	87,3 (18,3)	81,0 (15,5)	81,0 (15,5)	87,3 (18,3)	63,7 (19,0)
Sädehoito	75,8 (22,5)	61,5 (42,7)	68,3 (40,4)	68,3 (40,4)	68,4 (20,5)	80,0 (16,0)	83,9 (20,5)	73,8 (23,7)	80,0 (16,0)	83,9 (20,5)	73,8 (23,7)	83,9 (20,5)	73,8 (23,7)	80,0 (16,0)	83,9 (20,5)	55,7 (22,6)
Hormonihoito	64,4 (23,9)	36,1 (40,4)	51,9 (40,0)	51,9 (40,0)	54,2 (23,2)	71,3 (18,0)	66,7 (24,3)	66,3 (29,1)	71,3 (18,0)	66,7 (24,3)	66,3 (29,1)	66,7 (24,3)	66,3 (29,1)	71,3 (18,0)	66,7 (24,3)	49,2 (22,9)
Ei kehojauva hoito	82,3 (19,4)	66,1 (44,5)	74,2 (35,2)	74,2 (35,2)	66,3 (19,2)	77,6 (14,3)	87,1 (15,6)	74,1 (25,2)	77,6 (14,3)	87,1 (15,6)	74,1 (25,2)	87,1 (15,6)	74,1 (25,2)	77,6 (14,3)	87,1 (15,6)	55,3 (19,0)

† Astelätkö: 0= huono terveys ja elämäntila - 100=hyvä terveys ja elämäntila
Tilastollisesti merkitsevä, Bonferronin korjattu, p-arvo (p<0,006) tummennettu

Taulukko 4. Taustamuuttujien yhteys puolisoiden (n=166) terveyteen liittyvään elämäntilaan.

Taustamuuttuja	Fyysinen toimintakyky		Fyysinen roolitoiminta		Psykykinen roolitoiminta		Tarmokkuus		Psykinen hyvinvointi		Sosiaalinen toimintakyky		Kivuttomuus		Koettu terveys	
	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo	Ka [†] (Kh)	p-arvo
Ikä	<0,001	0,009	0,019	0,095	0,710	0,386	0,044	0,006								
≤ 59	89,4 (14,1)	78,8 (30,8)	86,7 (27,0)	66,6 (18,2)	78,2 (15,3)	87,2 (16,4)	76,1 (20,8)	66,8 (20,5)								
60–69	80,9 (20,6)	72,1 (36,8)	77,0 (35,6)	69,7 (19,7)	76,6 (18,9)	85,7 (18,5)	75,2 (23,8)	62,7 (21,1)								
≥ 70	68,6 (23,6)	56,8 (41,5)	64,8 (42,3)	63,3 (19,9)	75,9 (16,3)	81,1 (22,8)	66,1 (26,1)	54,7 (17,9)								
Pohjakoulutus	0,001	0,044	0,206	0,905	0,823	0,442	0,018	0,022								
Kansa- tai kansalaiskoulu	73,7 (22,2)	61,6 (40,1)	69,1 (40,6)	66,6 (18,7)	77,6 (16,1)	83,3 (18,3)	68,5 (24,9)	57,2 (19,6)								
Perus- tai keskikoulu	79,4 (21,5)	69,4 (38,4)	80,0 (35,8)	66,6 (22,0)	74,8 (18,9)	84,2 (22,5)	70,4 (25,1)	61,4 (21,4)								
Ylioppilasutkinto	85,4 (19,8)	77,6 (32,8)	79,6 (31,8)	67,2 (18,7)	77,2 (17,2)	86,5 (18,9)	79,5 (21,1)	65,9 (19,8)								
Työtilanne	0,001	0,390	0,602	0,304	0,840	0,389	0,201	0,314								
Töissä	85,0 (19,0)	72,3 (35,4)	77,8 (35,2)	64,7 (20,3)	75,6 (19,0)	83,5 (19,1)	75,4 (23,0)	63,3 (20,0)								
Ei töissä	74,6 (22,6)	66,0 (39,6)	73,5 (38,2)	68,2 (19,0)	77,5 (15,9)	85,2 (20,0)	70,3 (25,0)	59,4 (20,6)								
Pitkäaikaisraudat	<0,001	0,003	0,412	<0,001	0,011	0,007	<0,001	<0,001								
Kyllä	73,5 (23,6)	61,5 (40,2)	73,4 (37,6)	62,5 (21,3)	74,3 (18,3)	80,9 (21,8)	66,3 (26,2)	56,1 (21,0)								
Ei	88,2 (13,7)	80,9 (30,2)	78,5 (36,0)	74,3 (13,0)	81,1 (14,0)	90,9 (12,9)	83,0 (15,5)	69,7 (15,9)								

† Astelkko: 0= huono terveys ja elämäntila - 100=hyvä terveys ja elämäntila
Tilastollisesti merkitsevä, Bonferronin korjattu, p-arvo (p<0,006) tummennettu

puolisot, jotka eivät olleet töissä. Pitkäaikaissairaudet olivat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ($p < 0,001$), tarmokkuuteen ($p < 0,001$), kivuttomuuteen ($p < 0,001$) ja koettuun terveyteen ($p < 0,001$). Puolisot, joilla ei ollut pitkäaikaissairauksia, kokivat nämä elämänlaadun osa-alueet paremmaksi kuin ne puoliset, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus. Puolison ammattikoulutuksella, työtilanteella tai potilaan eturauhassyövän hoitomuodolla ja -paikalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä puolison elämänlaadun osa-alueisiin. (Taulukko 4.)

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Vuosi diagnoosin jälkeen eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoitensa terveyteen liittyvä elämänlaatu oli keskiarvojen perusteella parempaa kuin ikä- ja sukupuolivalikoidulla suomalaisella väestöllä. Lisäksi potilaiden ja puolisoitensa terveyteen liittyvän elämänlaadun arvot olivat keskenään hyvin samanlaisia. Vastaavanlaisia vertailuja suomalaisessa väestössä ei ole raportoitu. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu aikaisemmassa tutkimuksessa, jossa eturauhassyövän seulontaan osallistuvien miesten ($N=80144$) elämänlaatua mitattiin viidessä eri seulonnan vaiheessa satunnaistetuissa koe-kontrollitutkimuksissa (Vasarainen ym. 2013). Toisaalta tulos poikkeaa aikaisemmista tutkimuksista, joissa havaittiin eturauhassyöpöpotilaiden sekä heidän puolisoitensa elämänlaatu väestöarvoja heikommaksi (Garos ym. 2007). On mahdollista, että tässä tutkimuksessa käytetty yleinen elämänlaadun mittari, RAND-36 ei ole tarpeeksi herkkä mittaamaan eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoitensa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Eturauhassyövän hoitojen haittavaikutuksia mittaisivat kyvykkäämmiin sairausspesifit mittarit. Toisaalta potilaiden ja heidän puolisoitensa elämänlaadun vertaaminen keskenään ja väestöar-

voihin ei ole mahdollista sairausspesifeillä mittareilla. Yksi tämän tutkimuksen tulosta selittävä tekijä saattaa olla tutkimusotoksen valikoituminen eli harha. On mahdollista, että tutkimukseen vastasivat juuri ne eturauhassyöpöpotilaat ja heidän puolisonsa, jotka olivat keskimääräisesti tyytyväisimpiä terveyteensä ja elämänlaatuunsa. Terveyteen liittyvän elämänlaadun vertailuarvoina käytetyt väestöarvot on mitattu ennen vuotta 1999 (Aalto 1999). Tämä vajaa kahden vuosikymmenen ero mittausten välillä voi vaikuttaa vertailuun. Toisaalta meillä ei ole tarkkaa tietoa siitä kuinka nopeasti terveyteen liittyvän elämänlaadun arvot muuttuvat väestötasolla.

Tulos vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että potilaiden ja heidän puolisoitensa elämänlaatu vuoden kuluttua diagnoosista on keskenään hyvin samanlaista (Green ym. 2011). Paras elämänlaadun osa-alue oli sosiaalinen toimintakyky ja vastaavasti heikoin oli koettu terveys. Olisi odotettavaa, että potilaiden fyysinen toimintakyky eturauhassyöpöhoitojen jälkeen olisi ollut heikompaa kuin puolisoilla, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa keskiarvoissa ei havaittu. Hoidoista johtuvat mahdolliset haittavaikutukset ovat oletettavasti vuoden kohdalla väistyneet. Toisaalta tuloksiin voi vaikuttaa eturauhassyövän hoitomuoto. Kirurgisesti hoidetuilla potilailla sekä heidän puolisoillaan on todettu elämänlaadun arvot vuoden kohdalla matalammaksi kuin diagnoosihetkellä (Ross ym. 2016). Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat parisuhteessa elävät eturauhassyöpöpotilaat ja heidän puolisonsa. Tulosten perusteella ei tiedetä, onko yksin asuvien eturauhassyöpöpotilaiden elämänlaatu merkittävästi erilainen kuin parisuhteessa elävien. Yksin asumisen on todettu olevan riskitekijä heikentyneelle elämänlaadulle ainakin aktiivi-seurannassa olevilla (Bellardita ym. 2014) ja sädehoidon saaneilla eturauhassyöpöpotilailla (Mc Caughan ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien potilaiden fyysinen toimintakyky, fyysinen ja psyykinen roolitoiminta, tarmokkuus ja sosiaalinen toimintakyky olivat merkittävästi heikompia kuin nuorempien potilaiden. Sama tulos on saatu aikaisemmassa tutkimuksessa (Harrington ym. 2013). Fyysinen toimintakyky oli heikompi yli 40 vuotta parisuhteessa olleilla potilailla. Tätä tutkimustulosta selittää ainakin osittain potilaan ikä. Pitkäaikaissairaudet heikensivät tulosten mukaan erityisesti potilaiden fyysistä terveyttä, sillä fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta, kivuttomuus ja koettu terveys olivat merkittävästi heikompia niillä potilailla, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus. Tämä tulos on osittain yhteydessä myös eturauhassyövän hoitomuotoon. Tulosten mukaan hormonihoitossa olevat potilaat raportoivat fyysisen toimintakykynsä ja fyysisen roolitoimintansa heikommaksi kuin leikkaushoidolla hoidetut potilaat. Näitä tuloksia selittävät eturauhassyövän hoitoratkaisuun vaikuttavat tekijät. Hormonihoitoon valikoituvat potilaat, joille radikaalihoito ei sovellu syöpäkasvaimen, potilaan muiden sairauksien, iän ja yleiskunnon vuoksi (Eturauhassyöpä). Tulos vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että hormonihoitopotilailla on vuoden seurannassa heikompi elämänlaatu kuin leikkaus- tai sädehoidon saaneilla potilailla (Kuivalainen 2004).

Tulosten perusteella 59-vuotiailla ja sitä nuoremmilla puolisoilla fyysinen toimintakyky ja koettu terveys olivat parempia kuin 70-vuotiailla tai sitä vanhemmilla. Tulos on linjassa potilaiden tulosten kanssa. Toisaalta kolmen vuoden seurannassa on havaittu, että juuri nuoremmat, alle 65-vuotiaat puoliset raportoivat psyykkisen elämänlaatussa heikommaksi kuin yli 65-vuotiaat (Harden ym. 2013b). Korkeamman pohjakoulutuksen saaneilla puolisoilla oli parempi fyysinen toimintakyky kuin matalamman koulutuksen saaneilla puolisoilla. Sekä potilaiden, että heidän puolisoitensa korkeampi koulutustausta on todettu olevan myös ai-

kaisemmassa tutkimuksessa yhteydessä parempaan elämänlaatuun (Green ym. 2011). On mahdollista, että korkeamman pohjakoulutuksen saaneet puoliset ovat myös iältään nuorempia ja näin ollen heidän fyysinen toimintakyky on oletettavasti parempi. Työssä olevilla puolisoilla on parempi fyysinen elämänlaatu kuin työelämän ulkopuolella olevilla puolisoilla. Myös pitkäaikaissairaudet heikensivät puolisoitensa fyysistä toimintakykyä, tarmokkuutta, kivuttomuutta ja koettua terveyttä. Huomionarvoista on, että eturauhassyövän hoitomuodon ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan yhteydessä puolisoitensa elämänlaatuun.

Tutkimuksen luotettavuus

Elämänlaadun mittaamisessa käytetty RAND-36-mittari on kansainvälisesti sekä suomalaisessa väestötutkimuksessa validoitu elämänlaadun mittari (Aalto ym. 1999). Mittaria on testattu monipuolisesti ja se on osoitettu sisäisesti johdonmukaiseksi (Ware & Sherbourne 1992, Aalto ym. 1999). Tässä tutkimuksessa mittarin Cronbachin alfakertoimen arvot vaihtelivat potilaiden aineistossa välillä 0,79–0,92 ja puolisoitensa välillä 0,8–0,91. Sisäinen johdonmukaisuus on arvojen perusteella hyvä (Gray ym. 2017).

Tutkimuksen otoksen muodostivat 179 eturauhassyöpäpotilasta ja heidän 166 puolisoaan, jotka osallistuivat laajempaan pitkittäistutkimukseen lokakuun 2013 ja tammikuun 2017 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistujat oli rekrytoitu pitkittäistutkimukseen jo eturauhassyövän diagnoosivaiheessa. Kun diagnoosista oli kulunut vuosi, seuranta-tutkimuksessa oli mukana 199 potilasta ja 195 puolisoa, tähän tutkimukseen heistä vastasi 179 potilasta ja 166 puolisoa, joten vastausprosentti oli erittäin hyvä. On kuitenkin mahdollista, että pitkittäistutkimuksen otokseen valikoitui motivoituneita ja hyväkuntoisia vastaajia. Tämä on huomioitava tulosten yleistettävyydessä.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Vuoden kuluttua diagnoosista eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa terveyteen liittyvä elämälaatu on keskenään hyvin samanlainen ja väestöarvoihin nähden erittäin hyvä.
2. Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa elämänlaadun arvot ovat vuosi diagnoosin jälkeen väestöarvoja merkittävästi parempia.
3. Hoitotyöntekijöiden tehtävänä on tukea erityisesti iäkkäitä ja hormonihoidossa olevia eturauhassyöpöpotilaita ja heidän puolisoitaan.
4. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää parija perhesuhteiden yhteyttä eturauhassyöpöpotilaiden elämänlaatuun.

LÄHTEET

- Aalto A., Aro A.R. & Teperi J. *RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot*. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 101, 1999. PDF-julkaisu. <http://www.thl.fi/toimia/> (5.5.2017).
- Bellardita L., Villa S. & Valdaghi R. (2014) Living with untreated prostate cancer: predictors of quality of life. *Current Opinion in Urology* **24**(3), 311-317.
- Bowling A. (2004) *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 3. painos. Open University Press. Maidenhead.
- Eturauhassyöpä* (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 <http://www.kaypahoito.fi>. (18.8.2017).
- Garos S., Kluck A. & Aronoff D. (2007) Prostate cancer patients and their partners: Differences in satisfaction indices and psychological variables. *The Journal of Sexual Medicine* **4**(5), 1394-1403.
- Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (2017) *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research* 8. painos. Elsevier. St. Louis, Mo.
- Green H., Wells D. & Laakso L. (2011) Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. *European Journal of Cancer Care* **20**(2), 237-247.
- Harju E., Rantanen A., Kaunonen M., Helminen M., Isotalo T. & Åstedt-Kurki P. (2016) Marital relationship and health-related quality of life after prostate cancer diagnosis. *International Journal of Urological Nursing* **11**(2), 73-81.

Kiitokset

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämisrahasto, Suomen Urologiset Hoitajat URHOT ry., Tampereen yliopisto, Urologinen tutkimussäätiö

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: EH, PÅ-K, aineistonkeruu: EH, aineiston analysointi: EH, MH, käsikirjoituksen kirjoittaminen: EH, käsikirjoituksen kommentointi: MK, MH, TI, PÅ-K

- Harju E., Rantanen A., Kaunonen M., Helminen M., Isotalo T. & Åstedt-Kurki P. (2017) The health-related quality of life of patients with prostate cancer and their spouses before treatment compared with the general population. *International Journal of Nursing Practice* **23**(5), 1-9.
- Harden J., Sanda M.G., Wei J.T., Yarandi H.N., Hembroff L., Hardy J. & Northouse L. (2013a) Survivorship after prostate cancer treatment: Spouses' quality of life at 36 months. *Oncology Nursing Forum* **40**(6), 567-573.
- Harden J., Sanda M., Wei J., Yarandi H., Hembroff L., Hardy J., Northouse L. & PROSTQA Consortium Study Group. (2013b) Partners' long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment. *Cancer Nursing* **36**(2), 104-113.
- Harrington J.M., Schwenke D.C. & Epstein D.R. (2013) Exercise preferences among men with prostate cancer receiving androgen-deprivation therapy. *Oncology Nursing Forum* **40**(5), E358-E367.
- Holmberg S. (2017) Selontekoja seksuaalisuudesta syöpään sairastumisen arjessa. *Janus* **25**(1), 21-37.
- Kuivalainen L. (2004) *Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana*. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 115, Kuopion yliopisto.

- Lambert S., Girgis A., Turner J., McElduff P., Kayser K. & Vallentine P. (2012) A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. *Health & Quality of Life Outcomes* **10**(1), 119–129.
- Mc Caughan E., Mc Sorley O., Prue G., Parahoo K., Bunting B., Sullivan J.O. & McKenna H. (2013) Quality of life in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: results from a prospective longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* **69**(1), 53–65.
- Munro B. (2005) *Statistical methods for health care research*. 5. painos. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia (Pa.).
- O'Shaughnessy P.K., Laws T. & Esterman A.J. (2015) The prostate cancer journey: Results of an online survey of men and their partners. *Cancer Nursing* **38**(1), E1–E12.
- Ottensbacher A., Sloane R., Snyder D.C., Kraus W., Spord L. & Demark-Wahnefried W. (2013) Cancer-specific concerns and physical activity among recently diagnosed breast and prostate cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies* **12**(3), 206–212.
- Ross K.M., Ranby K.W., Wooldridge J.S., Robertson C. & Lipkus I.M. (2016) Effects of physical and mental health on relationship satisfaction: a dyadic, longitudinal examination of couples facing prostate cancer. *Psycho-Oncology* **25**(8), 898–904.
- Sebak K.S., Haug E.S., Gullan D. & Grov E.K. (2017) Health-related quality of life in prostate cancer patients' treatment comparisons. *International Journal of Urological Nursing* **11**(2), 98–105.
- Suomen syöpärekisteri. (2016) *Tilastot*. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/> (30.3.2017).
- TENK. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelyminen Suomessa*. PDF-julkaisu. <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut> (28.2.2017).
- Vanagas G., Mickeviciene A. & Ulys A. (2013) Does quality of life of prostate cancer patients differ by stage and treatment? *Scandinavian Journal of Public Health* **41**(1), 58–64.
- Vasarainen H., Malmi H., Maattanen L., Ruutu M., Tammele T., Taari K., Rannikko A. & Auvinen A. (2013) Effects of prostate cancer screening on health-related quality of life: results of the Finnish arm of the European randomized screening trial (ERSPC). *Acta Oncologica* **52**(8), 1615–1621.
- Ware J.E.J. & Sherbourne C.D. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* **30**(6), 473–483.

Eeva Harju, TtT, Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteet, Hoitotiede, PL 100, 33014 Tampereen yliopisto, eeva.j.harju@uta.fi

Marja Kaunonen, TtT, professori, Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteet, Hoitotiede, PL 100, 33014 Tampereen yliopisto, marja.kaunonen@uta.fi

Mika Helminen, FM, biostatistikko, PSHP, Tiedekeskus, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, 33014 Tampereen yliopisto, mika.helminen@uta.fi

Taina Isotalo, LT, urologian dosentti, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, Keskussairaala, urologian poliklinikka, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti, taina.isotalo@pbsotey.fi

Päivi Åstedt-Kurki, THT, professori, Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteet, Hoitotiede, PL 100, 33014 Tampereen yliopisto, paivi.astedt-kurki@uta.fi