

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Koidu Ojala

**RADIKAALSE PROSTATEKTOOMIA LÄBINUD PATSIENTIDE KOGEMUSED
OPERATSIOONIJÄRGSE KODUSE TOIMETULEKUGA: KVALITATIIVNE
INTERVJUU- UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2026

Vastutav juhendaja: Heli-Kaja Kübarsepp, RN, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Marit Kiljako, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega /05.05.2026/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, **Koidu, Ojala**

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose **„Radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga: kvalitatiivne intervjuu - uurimus“**, mille juhendaja on Heli-Kaja Kübarsepp, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada seda Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Koidu Ojala

13.05.2026

TÄNUSÕNAD

Avaldan tänu kõigile, kes aitasid kaasa käesoleva magistritöö valmimisele.

Tänan oma juhendajat Heli-Kaja Kübarseppa toetuse, juhendamise ja asjakohaste nõuannete eest kogu magistritöö kirjutamise protsessi jooksul.

Tänan SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, AS Ida-Tallinna Keskhaiglat, SA Pärnu Haiglat ning Eesnäärmevähi Patsientide Liitu uurimistöö läbiviimisele kaasaaitamise ja uuritavate värbamise toetamise eest.

Avaldan siirast tänu kõikidele uurimuses osalenud meestele, kes jagasid oma kogemusi ja leidsid aega uurimistöös osalemiseks. Teie panus oli käesoleva uurimistöö valmimisel väga oluline.

KOKKUVÕTE

Radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga: kvalitatiivne intervjuu-uurimus

Eesnäärme kasvaja on üks sagedasemaid pahaloomulisi kasvajaid meestel ning selle kirurgiline ravi võib põhjustada füüsilisi ja psühhosotsiaalseid muutusi, mis mõjutavad patsiendi igapäevast toimetulekut. Kuna suur osa taastumisest toimub kodus, on oluline patsiendi iseseisev toimetulek, teadlikkus ja saadav tugi. Eestis ei ole eesnäärme kasvaja operatsioonijärgset kodust toimetulekut patsientide kogemuste põhjal varem uuritud.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga. Uurimistöös osales kaheksa eesnäärme kasvaja operatsiooni läbinud meest. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuude abil ajavahemikul mai–detsember 2025 ning analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil.

Tulemused näitasid, et operatsioonijärgne kodune toimetulek oli seotud nii füüsiliste kui ka psühhosotsiaalsete raskustega. Uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni muutused mõjutasid igapäevaelu, enesehinnangut ja elukvaliteeti ning nõudsid kohanemist muutunud olukorraga. Füüsilist taastumist toetasid vähene valu, liikumine, vaagnapõhjalihaste harjutused ja teadlik tervisekäitumine. Psühhosotsiaalset toimetulekut mõjutasid hirmud, ebakindlus tuleviku suhtes ning muutused enesehinnangus ja enesetajus. Kohanemist toetasid positiivne hoiak, tegevuses püsimine, olukorra aktsepteerimine, lähedaste tugi ning tervishoiutöötajate antud teave, juhendamine ja järelkontrollid. Puudujääke ilmnas eelkõige operatsioonijärgsete kõrvaltoimete, seksuaalsuse, abivahendite kasutamise ja koduse toimetuleku nõustamises.

Uurimistöö tulemused aitavad paremini mõista eesnäärme kasvajaga patsientide operatsioonijärgset kodust toimetulekut ning näitavad tervikliku ja patsiendikeskse toe olulisust. Tulemuste põhjal on vajalik arendada patsientide nõustamist, tervishoiutöötajate koolitamist, eesnäärme kasvajaga patsiendi raviteekonda ning standardiseeritud infomaterjale.

Märksõnad: radikaalne prostatektoomia, operatsioonijärgne kodune toimetulek, patsiendi kogemus, kvalitatiivne uurimistöö

SUMMARY

Experiences of Patients Undergoing Radical Prostatectomy with Postoperative Coping at Home: A Qualitative Interview Study

Prostate cancer is one of the most common malignant diseases among men, and its surgical treatment may cause physical and psychosocial changes that affect patients' everyday coping. As much of the recovery takes place at home, patients' ability to manage independently, their awareness, and the support available to them become especially important. In Estonia, postoperative coping at home after prostate cancer surgery has not previously been studied from the perspective of patients' experiences.

The aim of this study was to describe the experiences of patients who had undergone radical prostatectomy in coping at home after surgery. Eight men who had undergone surgery for prostate cancer participated in the study. Data were collected through semi-structured interviews between May and December 2025 and analysed using inductive content analysis.

The findings showed that postoperative coping at home involved both physical and psychosocial difficulties. Urinary incontinence and changes in sexual function affected daily life, self-esteem, and quality of life, and required adaptation to a changed situation. Physical recovery was supported by low levels of pain, mobility, pelvic floor muscle exercises, and conscious health behaviour. Psychosocial coping was influenced by fear, uncertainty about the future, and changes in self-esteem and self-perception. Adaptation was supported by a positive attitude, staying active, accepting the situation, support from family members and partners, and information, guidance, and follow-up provided by healthcare professionals. However, shortcomings emerged in counselling related to postoperative side effects, sexuality, the use of aids, and coping at home.

The findings improve understanding of postoperative coping at home among patients with prostate cancer and highlight the importance of comprehensive, patient-centred support. Based on the findings, further development is needed in patient counselling, healthcare professionals' training, the care pathway for patients with prostate cancer, and standardised information materials.

Keywords: radical prostatectomy, postoperative coping at home, patient experience, qualitative research

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	4
2. EESNÄÄRME KASVAJAJAGA PATSIENTIDE OPERATSIOONIJÄRGNE KODUNE TOIMETULEK.....	6
2.1 Eesnäärmekasvaja ja selle operatiivne ravi.....	6
2.2 Operatsioonijärgne taastumine ja kodune toimetulek	6
2.3 Radikaalse prostatektoomia järgsed muutused ja nende mõju patsiendi igapäevaelule	7
2.4 Psühhosotsiaalne kohanemine radikaalse prostatektoomia järgsel perioodil.....	9
2.5 Patsiendiõpetuse ja toetuse tähtsus radikaalse prostatektoomia järgsel toimetulekul	10
2.6 Patsientide kogemused radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetulekuga	13
3. METOODIKA	14
3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad	14
3.2 Uuritavad ja nende värbamine	14
3.3 Andmete kogumine.....	15
3.4 Andmete analüüs.....	16
3.5 Uurimistöö usaldusväärsus.....	18
4. TULEMUSED.....	19
4.1 Patsientide kogemused eesnäärmekasvaja operatsioonijärgse koduse toimetulekuga.....	19
4.2 Kogemused terviseprobleemidega ja nendega toimetulekuga	19
4.3 Kogemused psühhosotsiaalsete probleemidega ja nendega toimetulekuga	25
4.4 Kogemused vajalike ressursside ja toega	32
5. ARUTELU	38
5.1 Kogemused terviseprobleemide ja nendega toimetulekuga	38
5.2 Kogemused psühhosotsiaalsete probleemide ja nendega toimetulekuga.....	39
5.3 Kogemused vajalike ressursside ja toega.....	40
5.4 Uurimistöö eetilised aspektid.....	43
5.5 Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad.....	45
5.6 Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad.....	46
6. JÄRELDUSED	48
KASUTATUD KIRJANDUS.....	49
LISAD.....	57
LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	57
LISA 2.Uuritava informeerimise ja teadliku nõusolekuvorm.....	58
LISA 3. Intervjuu küsimused	60
LISA 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus	61

1. SISSEJUHATUS

Eesnäärmeekasvaja on meeste seas üks levinumaid vähivorme ning oluline terviseprobleem kogu maailmas. Rahvusvahelise Vähiuuringute Agentuuri andmetel diagnoositi 2022. aastal maailmas eesnäärmevähk 1 467 854 mehel ning sellesse haigusesse suri 397 430 meest (Ferlay jt, 2024). Põhja-Euroopas on eesnäärmevähi esinemissagedus märkimisväärselt kõrge, mida mõjutavad nii elanikkonna vananemine kui ka eesnäärmespetsiifilise antigeeni (PSA) testimise laialdane levik (European Association of Urology, 2025). Eestis diagnoositi Tervise Arengu Instituudi vähiregistri andmetel 2023. aastal 1518 eesnäärmevähi esmasjuhtu, mis moodustas meestel registreeritud vähkidest ligi 30% (Tervise Arengu Instituut, 2025). Kuigi eesnäärmeekasvaja avastatakse sageli varajases staadiumis ja on seetõttu paljudel juhtudel ravitav, võivad haiguse ja selle raviga kaasneda ulatuslikud füüsilised ja psühhosotsiaalsed muutused. Need võivad mõjutada patsiendi igapäevaelu, elukvaliteeti, enesehinnangut, suhteid lähedastega ja vaimset heaolu ka pärast aktiivse ravi lõppu (Wennick jt, 2017). Eesti Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 vahehindamises rõhutatakse vajadust arendada patsiendikeskset ja terviklikku vähiteekonda, mis hõlmab lisaks diagnoosimisele ja ravile ka sotsiaalset ja psühholoogilist tuge patsiendile ja tema lähedastele, optimaalset järelkontrolli ning elu pärast vähki toetavaid teenuseid (Öeren jt, 2026). Seetõttu on eesnäärmeekasvajaga patsientide operatsioonijärgse koduse toimetuleku uurimine tervishoiu arengu seisukohast oluline, kuna see aitab paremini mõista patsientide tegelikke vajadusi pärast haiglaravi lõppu ning toetab patsiendikesksema nõustamise, järeltoe ja raviteekonna kujundamist.

Vähihaigete koduse toimetuleku õpetamisel keskendutakse tavaliselt ravijärgse taastumise ja remissiooni saavutamisele, jättes tihti tähelepanuta püsivate kõrvaltoimetega toimetuleku (Howell jt, 2021; Skolarus jt, 2017). Selleks, et tervishoiutöötajad saaksid paremini toetada eesnäärmevähihaigete toimetulekut, on oluline mõista, milliseid enesehooldusstrateegiaid patsiendid ise kasutavad (Spendelow jt, 2017). Operatsioonijärgne kodune toimetulek on patsiendile sageli keeruline ja sõltub suuresti nii patsiendi individuaalsetest ressursidest, kui ka saadud tervishoiuteenuste kvaliteedist. Eesnäärmevähi ravi mõjutab lisaks füüsilistele sümptomitele ka vaimset ja sotsiaalset heaolu, suhteid lähedastega, enesehinnangut, intiimsuhteid ning vaimset tervist (Wennerberg jt, 2021). Paljud mehed tunnevad ebapiisavat toetust tervishoiusüsteemilt ning operatsioonijärgne patsiendiõpetus ja struktureeritud rehabilitatsiooniteenuste korraldamine aitaksid parandada patsientide kohanemist uue elukorraldusega ja vähendada ravi negatiivset mõju elukvaliteedile (Wennick jt, 2017).

Varasemate uurimuste järgi ei piirdu meeste ravijärgne kogemus üksnes füüsiliste sümptomitega, vaid hõlmab ka ebakindlust, sotsiaalse toe vajadust, enesehoolduse õppimist ning kohanemist muutunud olukorraga. Samas näitavad need vajadust täiendavate teadmiste järele selle kohta, kuidas patsiente ravijärgselt kõige paremini toetada ning kuidas pakkuda õigeaegset, koordineeritud ja individuaalset tuge enesehoolduse ning igapäevase toimetuleku toetamiseks. (Vyas jt, 2022; Wennerberg jt, 2021.)

Eestis ei ole antud teemal uurimistöid tehtud ning ei ole teada missugused on patsientide kogemused radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetulekuga. Samas on teada, et hästi teostatud patsiendiõpetus aitab paremini toime tulla operatsioonijärgsete terviseprobleemidega ning parandab patsiendi elukvaliteeti. Uurimistöö tulemused võimaldavad mõista, kuidas patsiendid tajuvad enesehoolduse ja taastumise protsessi, milliseid teadmisi ja tuge nad vajavad ning millised on peamised väljakutsed, millega nad koduses keskkonnas kokku puutuvad. Uurimistöö tulemusi saab kasutada patsiendiõpetuse parendamisel ning operatsioonijärgse toe pakkumisel, et parandada patsientide elukvaliteeti pärast operatsiooni.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga.

2. EESNÄÄRME KASVAJAJAGA PATSIENTIDE OPERATSIOONIJÄRGNE KODUNE TOIMETULEK

2.1 Eesnäärme kasvaja ja selle operatiivne ravi

Eesnäärme kasvaja on meestel sage pahalooline kasvaja, mille kulg võib olla erinev. Osa kasvajatest areneb aeglaselt, osa on agressiivsemad. Kui kasvaja on piirdunud eesnäärme ja selle vahetu ümbrusega, võib ravi eesmärk olla kasvaja täielik eemaldamine või haiguse kontrolli alla saamine. Üheks peamiseks ravivõimaluseks sellisel juhul on **radikaalne prostatektoomia**. Ravivõimaluse valik sõltub muu hulgas kasvaja ulatusest, patsiendi üldseisundist, eeldatavast elueast ja patsiendi eelistustest. (European Association of Urology, 2025.)

Radikaalne prostatektoomia on operatsioon, mille käigus eemaldatakse kogu eesnäärme ning vajaduse korral ka ümbritsevaid kudesid. Seega ei ole tegemist ainult sümptomite leevendamisega, vaid raviga, mille eesmärk on haigusest vabanemine või selle pidurdamine. Kuigi operatsioon võib olla kasulik ravimeetod, võivad sellega kaasneda mitmed kõrvaltoimed, nagu uriinipidamatus, erektsioonihäireid ja teised operatsioonijärgsed muutused, mis võivad mõjutada patsiendi elukvaliteeti, enesetunnet ja igapäevast toimetulekut ka pärast haiglast lahkumist. (National Cancer Institute, 2025.)

Varasemate uurimuste põhjal võib radikaalse prostatektoomia järgselt kaasneda lisaks füüsilistele muutustele ka psühholoogilisi ja sotsiaalseid mõjusid. Seetõttu tuleb operatsiooni mõju käsitleda terviklikult, arvestades nii ravi tulemuslikkust haiguse kontrolli all hoidmisel kui ka selle mõju patsiendi hilisemale elukvaliteedile ja igapäevasele toimetulekule (Rogers jt, 2022; Zhang jt, 2025; García-Rodelas jt, 2023).

2.2 Operatsioonijärgne taastumine ja kodune toimetulek

Operatsioonijärgne taastumine on ajas kulgev ja järk-järguline protsess, mis algab kohe pärast operatsiooni ning võib kesta veel nädalaid või kuid pärast haiglast lahkumist ning hõlmab sümptomite vähenemise kõrval ka emotsionaalse tasakaalu taastumist ning igapäevaste tegevuste järkjärgulist ümberkorraldamist. Taastumise tulemus ei pruugi olla sama mis enne operatsiooni ning sageli kujuneb välja uus igapäevaelu korraldus, millega patsient peab kohanema. (Allvin jt, 2008.) Kuna suur osa operatsioonijärgsest taastumisest toimub pärast haiglast lahkumist kodus, on oluline patsiendi võime naasta oma tavapäraste tegevuste juurde ja tulla toime olukorras, kus edasine juhendamine ja tugi võivad olla piiratud (van der Meij jt, 2016).

Operatsioonijärgne taastumine ei kulge alati ühtlaselt ega sirgjooneliselt. Taastumise käigus püüab patsient tasapisi oma tavapärase elu juurde tagasi jõuda, kuid sellel teel võib olla nii paremaid kui ka raskemaid perioode. Taastumist mõjutavad patsiendi valmisolek koju minekuks, piisav taastumisaeg, võimalus kohandada oma tegevusi vastavalt enesetundele ning see, kas pärast haiglast lahkumist on olemas võimalus säilitada kontakt tervishoiutöötajatega. Oluline on ka see, et teavet antaks patsiendi vajadustest lähtuvalt ja õigel ajal, sest vael ajahetkel saadud info ei pruugi patsienti tegelikult toetada. (Allvin jt, 2008.) Patsientide toimetulekut pärast haiglast lahkumist võivad toetada kergesti kättesaadav ja usaldusväärne teave, juhendamine ning võimalus suhelda tervishoiutöötajatega (Nilsson jt, 2020; Howell jt, 2021).

Operatsioonijärgne kodune toimetulek on tänapäeva tervishoius üha olulisem, kuna haiglas viibimise aeg on lühenenud ning suur osa taastumisest toimub pärast haiglast lahkumist patsiendi igapäevases elukeskkonnas (van der Meij jt, 2016). Taastumine ei tähenda seejuures ainult meditsiiniliste näitajate paranemist, vaid ka patsiendi võimet taastada oma igapäevaelu, kohaneda füüsiliste ja emotsionaalsete muutustega ning naasta tavapäraste tegevuste juurde (Allvin jt, 2008). Kodune toimetulek väljendub lisaks meditsiiniliste näitajate paranemisele selles, kuidas patsient pärast haiglast lahkumist igapäevaelus hakkama saab. Pärast haiglast lahkumist võib taastumise juhendamine ja jälgimine olla piiratud ning tavapäraste tegevuste juurde naasmine võtta oodatust kauem aega, mis võib mõjutada patsiendi elukvaliteeti ja toimetulekut (van der Meij jt, 2016). **Patsiendi kogemus** sisaldab nii seda, mis raviteekonna jooksul toimub, kui ka seda, kuidas patsient neid kogemusi ise tajub ja kirjeldab (Ahmed jt, 2014). See kujuneb haiguse ja tervishoiuteenustega kokkupuutumise käigus ning sisaldab lisaks raviteekonnale ka inimese füüsilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid kogemusi (Oben, 2020).

2.3 Radikaalse prostatektoomia järgsed muutused ja nende mõju patsiendi igapäevaelule

Varasemad uurimused näitavad, et radikaalse prostatektoomia järgselt esineb sageli pikaajalisemaid probleeme, mis mõjutavad patsientide igapäevaelu ja elukvaliteeti. Kõige sagedamini tuuakse esile uriinipidamatust ja seksuaalfunktsiooni muutusi, mis võivad avalduda nii füüsiliste sümptomitena kui ka mõjutada enesetunnet, suhteid ja sotsiaalset toimetulekut (Wennick jt, 2017; Anguas-Gracia jt, 2023; Kord jt, 2022; Santaliz-Moreno jt, 2024). Lisaks võib operatsiooniga kaasneda vaimne pinge, mis väljendub ebakindluses, häiritud enesehinnangus ja raskustes muutunud olukorraga kohanemisel (Kelmendi jt, 2024; Xiang jt, 2025).

Operatsioonijärgsete kõrvaltoimete mõju ei piirdu üksnes nende olemasoluga, vaid sõltub ka sellest, kuidas patsiendid neid igapäevaelus kogevad ja nendega toime tulevad. Patsiendid kirjeldavad operatsioonijärgsete tagajärgedega kohanemist individuaalse ja ajas muutuva protsessina, mille jooksul sümptomite tähendus ja nendega toimetulek võivad muutuda (Wennerberg jt, 2021). Samuti on leitud, et uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni häired mõjutavad patsiente sageli rohkem kui teised operatsioonijärgsed kõrvaltoimed, kuna need puudutavad intiimseid ja sotsiaalselt tundlikke valdkondi ning võivad mõjutada enesehinnangut, suhteid ja sotsiaalset toimetulekut (Wennick jt, 2017; Wennerberg jt, 2021; Sun ja Gu, 2024). See võib viia olukorrani, kus patsiendid piiravad oma igapäevaseid tegevusi, väldivad sotsiaalseid olukordi või kohandavad oma elurütmi, et vältida ebamugavust ja piinlikkust (Sun ja Gu, 2024).

Pärast eesnäärme kasvaja operatsiooni halvenesid kõige enam patsientide sotsiaalne toimetulek ja igapäevaste rollidega hakkamasaamine. Paljudel patsientidel esines seksuaalfunktsiooni häireid ning uriinipidamatust (Anguas-Gracia jt, 2023) ning need kõrvaltoimed kujunevad meeste jaoks oluliseks murekohaks, kuna ravi mõju elukvaliteedile erineb sõltuvalt ravimeetodist (Kord jt, 2022). Uriinipidamatus ja erektsioonihäired mõjutavad enesehinnangut, sotsiaalset läbikäimist ja igapäevaelu korraldust. Seetõttu tuleb operatsioonijärgset taastumist vaadata terviklikult, arvestades nii sümptomite raskust kui ka nende tähendust patsiendi elukorraldusele (Wennick jt, 2017).

Operatsioonijärgsete kõrvaltoimete mõju ei sõltu ainult nende olemasolust või raskusastmest, vaid ka sellest, kuidas need patsiendi igapäevaelu mõjutavad ja kui kaua need püsivad. Varajane operatsioonijärgne uriinipidamatus häirib und, sunnib piirama vedeliku tarbimist, muudab kodust väljas käimise keerulisemaks ning võib viia seksuaalelu katkemiseni. Sellega võivad kaasneda negatiivsed emotsioonid, sotsiaalne eemaldumine ja piiratud professionaalne tugi. (Sun ja Gu, 2024.) See näitab, et operatsioonijärgseid kõrvaltoimeid tuleb käsitleda füüsiliste sümptomite kõrval ka teguritena, mis mõjutavad igapäevaelu, elukorraldust ja sotsiaalset aktiivsust (Sun ja Gu, 2024; Wennick jt, 2017; Anguas-Gracia jt, 2023).

Operatsioonijärgsete muutuste mõju võib olla märkimisväärne ka vanemaealiste meeste puhul. Uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni häired põhjustasid vanemaealistel meestel häbitunnet, lootusetust ja suhteprobleeme ning patsiendid ei tundnud, et tervishoiusüsteem toetaks neid nende probleemidega piisavalt terviklikult (García-Rodelas jt, 2023). Samas ei võimalda olemasolev kirjandus teha kindlaid järeldusi selle kohta, et vanemaealised ja nooremad patsiendid kogeksid kõrvaltoimeid selgelt erinevalt. Seetõttu tuleb kõrvaltoimete mõju hinnata eelkõige

individuaalselt, arvestades nii patsiendi isiklikku olukorda kui ka sümptomite tähendust tema igapäevaelule, mitte üksnes vanuse alusel (García-Rodelas jt, 2023; Sun ja Gu, 2024).

2.4 Psühhosotsiaalne kohanemine radikaalse prostatektoomia järgsel perioodil

Operatsioonijärgne taastumine ei tähenda ainult füüsilist paranemist, vaid ka vaimset ja sotsiaalset kohanemist. Uriinipidamatus, seksuaalfunktsiooni muutused ja ebakindlus taastumise kulgemise suhtes võivad mõjutada patsientide enesehinnangut, mehelikkuse kogemist, lähisuhteid ja sotsiaalset aktiivsust (Wennick jt, 2017; Buote jt, 2020; Kelmendi jt, 2024; Xiang jt, 2025). Kui taastumise kulg või kõrvaltoimete kestus jääb patsiendi jaoks ebaselgeks, võib see suurendada vaimset koormust ning raskendada igapäevaelus uue tasakaalu leidmist (Kelmendi jt, 2024; Xiang jt, 2025). Psühhosotsiaalset kohanemist mõjutavad operatsioonijärgsete sümptomite kõrval ka patsiendi varasemad kogemused diagnoosimisel, raviotsuste tegemisel ja saadud info piisavus, mis võivad avaldada mõju hilisemale psühholoogilisele heaolule (Lehto jt, 2015).

Kui patsiendid ei ole piisavalt informeeritud võimalikest kõrvaltoimetest või nende kestusest, võib tegelik kogemus osutuda ootamatult raskeks ning suurendada pettumust, stressi ja kohanemisraskusi. Patsiendid vajavad realistlikku ettevalmistust, et mõista, milliste seksuaalsuse ja taastumisega seotud muutustega nad võivad pärast operatsiooni kokku puutuda (Terrier jt, 2021). Mehed keskenduvad alguses ravile ja ellujäämisele, kuid hiljem muutuvad oluliseks just uriinipidamatusest ja erektsioonihäiretest tingitud raskused. Need võivad põhjustada pettumust, mõjutada enesehinnangut ning muuta suhtlemist ja seksuaalelu (Wennick jt, 2017).

Psühhosotsiaalset kohanemist mõjutab oluliselt ka hirm haiguse taastekke ees. Märkimisväärne osa eesnäärmevähi üleelanutest kogeb püsivat hirmu haiguse taastekke ees ning see seostub halvema elukvaliteedi, suurema psühholoogilise distressi ja suurema haiguskoormusega. Hirmu võivad vallandada ka järelkontrollid, mis tähendab, et patsiendi jaoks võivad jälgimisprotsessid olla samaaegselt vajalikud ja emotsionaalselt koormavad. (van de Wal jt, 2016.) Psühhosotsiaalne kohanemine võib seejuures kujuneda pikaajaliseks protsessiks, mida iseloomustab ebakindlusega elamine, vajadus korduvalt ümber kohaneda ning erinevate toimetulekustrateegiate kasutamine (Xiang jt, 2025; Mardani jt, 2023). Seetõttu tähendab operatsioonijärgne kohanemine nii kõrvaltoimetega harjumist, kui ka püsiva ebakindlusega toimetulekut (van de Wal jt, 2016; Xiang jt, 2025; Mardani jt, 2023).

Eesnäärme kasvaja ravi mõju psühhosotsiaalsele kohanemisele ei piirdu stressi ja ärevusega, vaid võib puudutada ka patsiendi identiteeti laiemalt. Eesnäärmevähi ja selle ravi tagajärgi kogeti sageli mehelikkust kahjustava ja häbivääristava kogemusena, kus uriinipidamatust ja seksuaalfunktsiooni häireid seostati muutunud minapildiga, häbitunde, vaikimise ning hirmuga näida vähem mehelikuna (Buote jt, 2020). Kehapilt, enesehinnang ja mehelikkuse tunne on eesnäärmevähiga meestel tihedalt seotud ning ravi kõrvaltoimed võivad neid kõiki korrada mõjutada (Bowie jt, 2022). Ravi kõrvaltoimed tekitavad sageli vajaduse varasemad arusaamad mehelikkusest, seksuaalsusest ja kontrollist ümber hinnata (Bekele ja Martínez-Hernández, 2025). Seetõttu võib operatsioonijärgne kohanemine tähendada lisaks sümptomitega toimetulekule ka uue minapildi ja uue normaalsuse kujunemist (Buote jt, 2020; Bowie jt, 2022; Bekele ja Martínez-Hernández, 2025).

Psühhosotsiaalset kohanemist mõjutavad ka patsiendi enda toimetulekuviisid. Mehed püüavad haigusega toime tulla erineval moel, näiteks vältides sellele mõtlemist, suunates tähelepanu mujale, otsides tuge, hoides kinni tavapärasest eluviisist ning leides viise sümptomite ja kõrvaltoimetega toimetulekuks (Spendelow jt, 2017), aga lisaks ka see, millist emotsionaalset tuge patsient oma lähedastelt saab. Kui patsient kogeb, et partner või teised lähedased väldivad haigusest rääkimist, vähendavad tema muret või ei võimalda oma kogemust avatult väljendada, võib see olla seotud halvema psühholoogilise heaoluga ka pikema aja jooksul pärast operatsiooni (Kollberg jt, 2017). Mehed võivad haigusega toimetulekuks kasutada ka huumorit, oma kogemuse jagamist teistega ning erinevaid viise stigmatundega toime tulemiseks (Buote jt, 2020). Samuti aitavad aktiivsed toimetulekuviisid, nagu liikumine, eesmärgipärane tegutsemine ja tähenduslike rollide säilitamine, patsientidel hoida kontrollitunnet ning toetavad psühholoogilist kohanemist (Langelier jt, 2022). Samas väldivad mõned mehed oma probleemidest rääkimist või kõhklevad abi küsimisel, mis võib vähendada toetuse saamise võimalust (van Ee jt, 2018). Seetõttu on operatsioonijärgne kohanemine patsientide jaoks erinev ning sõltub sümptomite ulatusest, patsiendi isiklikest ressurssidest ja saadavast toest (Spendelow jt, 2017; van Ee jt, 2018; Langelier jt, 2022; Xiang jt, 2025).

2.5 Patsiendiõpetuse ja toetuse tähtsus radikaalse prostatektoomia järgsel toimetulekul

Operatsioonijärgse taastumise edukus sõltub suuresti sellest, kui hästi on patsient informeeritud, juhendatud ja toetatud. Varasemad uurimused näitavad, et operatsioonieelne ettevalmistus ja nõustamine võivad mängida olulist rolli hilisemas toimetulekus. Kui patsiendid saavad enne operatsiooni piisavalt teavet, piisavat ettevalmistust ja vajadustele vastavat juhendamist, võivad

nad olla operatsiooni järgseteks muutusteks paremini valmis ning kogeda vähem ebakindlust. (Terrier jt, 2021; Pedersen jt, 2025.) Hästi korraldatud ettevalmistus võib suurendada patsientide kontrolli- ja kaasatustunnet taastumise ajal ning toetada enesehooldusvõimet, vaimset seisundit ja elukvaliteeti (Loughney jt, 2021; Pedersen jt, 2025). Samuti viitab varasem kirjandus, et teabe ja toetuse kättesaadavus on oluline osa psühhosotsiaalsest taastumisest ning võib vähendada taastumisprotsessiga seotud ärevust ja ebakindlust (Xiang jt, 2025). Seetõttu ei ole operatsioonieelne nõustamine ainult informatsiooni jagamine, vaid oluline osa operatsiooni järgse koduse toimetuleku ettevalmistamisest.

Eesnäärmevähiga patsientidel jääb sageli puudu vajalikust teabest, enesejuhtimist toetavast juhendamisest ja seksuaalfunktsiooniga seotud nõustamisest ning need kujunevad patsientide jaoks olulisteks rahuldamata vajadusteks (Roberts jt, 2024). Varasemad uurimused näitavad, et meeste seksuaalse heaoluga seotud teabe- ja toevajadused jäävad pärast eesnäärmeekasvaja ravi sageli rahuldamata. Toe vähesuse kõrval võib probleemiks olla ka see, et info on killustatud, halvasti ajastatud ega vasta piisavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele (Charlick jt, 2025). Pärast haiglast lahkumist vajavad patsiendid teavet selle kohta, milliseid muutusi võib operatsiooni järgselt oodata, kuidas kõrvaltoimetega toime tulla ning kelle poole küsimuste või probleemide korral pöörduda. Kergesti kättesaadav, usaldusväärne ja patsiendi vajadustele vastav teave ning juhendamine toetavad iseseisvat toimetulekut kodus keskkonnas ja aitavad saadud teavet igapäevaelus rakendada. (Roberts jt, 2024; Nilsson jt, 2020.)

Operatsiooni järgne enesehooldus ei kujune välja kohe, see areneb järk-järgult, kui patsient õpib oma muutunud seisundit mõistma, igapäevaseid tegevusi kohandama ja leidma sobivaid viise kõrvaltoimetega toimetulekuks. Selleks vajavad patsiendid oma vajadustele vastavat ja järjepidevat tuge. Kui nõustamine jääb väheseks, võivad patsiendid sobivaid toimetulekuviise olla sunnitud ise otsima (Wennerberg jt, 2021). Operatsiooni järgset kodust toimetulekut võib käsitleda ka enesejuhtimisena, sest suur osa vastutusest taastumise eest kandub pärast haiglast lahkumist patsiendile ja tema lähedastele. Enesejuhtimine tähendab võimet toime tulla haiguse sümptomite, ravi tagajärgede ning nendega seotud füüsiliste, sotsiaalsete ja eluviisimuutustega. Pärast kliinikust lahkumist eeldatakse patsientidelt üha enam, et nad jälgivad oma sümptomeid, teavad, millal abi otsida, ning kohandavad oma igapäevaelu vastavalt tervises seisundile. Seetõttu kujundavad kodust toimetulekut patsiendi motivatsioon ning talle antud teadmised, praktilised oskused ja tugi enesehoolduseks ning enesejuhtimiseks. (Skolarus jt, 2017; Howell jt, 2021; Nilsson jt, 2020.)

Patsiendi ebakindlus ei ole seotud ainult vähese infoga, vaid ka sellega, et operatsioonijärgne tugi võib olla katkendlik ja patsiendi jaoks ebaselgelt korraldatud. Patsiendid võivad kogeda ebakindlust siis, kui järelravi korraldus, vastutus ja kontaktivõimalused ei ole neile selged. Tavapraktikas on kirjeldatud killustunud järelravi, ebakindlust ja pikki ooteaegu, mistõttu väärtustatakse lahendusi, mis parandavad rolliselgust, järjepidevust ja õigeaegset toetust. (Taylor jt, 2020; Young jt, 2023.) Vähene või ebaselgelt korraldatud järelkontakt tervishoiusüsteemiga võib suurendada ärevust ja ebakindlust, samas kui järjepidev ja hästi koordineeritud tugi aitab patsientidel taastumisprotsessis paremini orienteeruda (Taylor jt, 2020; Young jt, 2023; Heneka jt, 2023).

Oluline on ka seksuaalsusega seotud nõustamine. Pärast operatsiooni vajavad patsiendid lisaks teabele erektsioonivõime taastumise kohta ka tuge muutunud seksuaalsuse, intiimsuse ja paarisuhtega kohanemisel. Patsientide seksuaalelu mõjutavad lisaks ravile ka raskused usaldusväärse teabe leidmisel ning vajadus ajastatud, konkreetse ja tundlikult pakutud info järele (Haining jt, 2024; Hayashi jt, 2023; Terrier jt, 2021). Samuti vajavad mehed lisaks infole empaatiat tervishoiutöötajatelt, paarisuhete käsitlemist ja võimalust oma kogemust arutada (Hayashi jt, 2023; Rogers jt, 2022; Terrier jt, 2021). Pärast radikaalset prostatektoomiat võivad muutuda nii seksuaalkäitumine, intiimsus kui ka rollitaju ning mõned paarid peavad õppima uusi viise läheduse hoidmiseks (Zhang jt, 2025). Seetõttu peaks seksuaaltervise nõustamine olema terviklik ning hõlmama lisaks meditsiinilistele aspektidele ka intiimsuse, partnerisuhte ja muutunud seksuaalsuse käsitlemist (Rogers jt, 2022; Terrier jt, 2021; Zhang jt, 2025).

Patsientide vajadused ei piirdu ainult info saamisega, vaid tähendavad ka võimalust arutada tundlikke teemasid toetavas keskkonnas. Patsiendid on kirjeldanud, et neil jääb puudu võimalusest arutada tervishoiutöötajatega ravi mõju seksuaalsusele, identiteedile ja enesetajule (Aunan jt, 2021; Rogers jt, 2022). Samuti vajavad patsiendid lisaks professionaalsele toetusele empaatilist suhtumist, huvi ja võimalust rääkida haavatavatel teemadel (Aunan jt, 2021; Buote jt, 2020). Parema info andmine, psühhosotsiaalne tugi ja patsiendi aktiivsem kaasamine võivad aidata vähendada häbitunnet ning parandada patsiendi kogemust tervishoiusüsteemis (Buote jt, 2020; Aunan jt, 2021; Rogers jt, 2022).

Lisaks tervishoiutöötajate toele on oluline ka lähedaste ja sarnase kogemusega inimeste tugi. Psühhosotsiaalse koormuse leevendamisel on oluline võimalus jagada kogemusi, saada emotsionaalset tuge ja mõista, et teised on kogenud sarnaseid raskusi (Vyas jt, 2022; Aunan jt, 2021). Samuti on leitud, et partneri ja pere liikmete tugi on meeste jaoks oluline, aidates toime tulla

haiguse ja ravi mõjuga suhetele, enesetajule ning haavatavuse kogemusele (Chambers jt, 2018; Buote jt, 2020). Seetõttu on oluline eristada lähedaste emotsionaalset ja praktilist tuge ning sama kogemusega inimeste pakutavat kogemuslikku tuge, sest mõlemal on patsiendi kohanemises erinev roll (Vyas jt, 2022; Chambers jt, 2018; Buote jt, 2020; Aunan jt, 2021).

2.6 Patsientide kogemused radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetulekuga

Olemasolevad uurimused on andnud olulist teavet radikaalse prostatektoomia järel esinevate sümptomite, elukvaliteedi muutuste ja toevajaduse kohta, kuid suur osa neist põhineb kvantitatiivsetel meetodidel. Sellised uurimused aitavad kirjeldada sümptomite sagedust, elukvaliteedi muutuste ulatust ja üldisi seoseid, kuid ei võimalda alati piisava sügavusega mõista, kuidas patsiendid oma olukorda ise kogevad ja mõtestavad. On leitud, et seksuaal- ja kuseteede sümptomid ning muutused elukvaliteedis mõjutavad patsiente oluliselt, kuid kvantitatiivne lähenemine ei ava üksikasjalikult nende muutuste tähendust patsientide igapäevaelus. (Anguas-Gracia jt, 2023; Kord jt, 2022.)

Kvalitatiivsed uurimused on toonud esile, kuidas mehed kohanevad muutunud keha, seksuaalsuse, rollide ja igapäevaeluga ning millist tuge nad tegelikult vajavad (Wennick jt, 2017; Wennerberg jt, 2021; Terrier jt, 2021; Vyas jt, 2022; Xiang jt, 2025). Operatsioonijärgne taastumine on palju enam kui füüsiline paranemine ning sisaldab enesehooldust, psühhosotsiaalset kohanemist, seksuaalsuse ümbermõtestamist, häbitunnet, infopuudust ja vajadust individuaalselt kohandatud toe järele (Wennerberg jt, 2021; Buote jt, 2020; Terrier jt, 2021; Haining jt, 2024; Zhang jt, 2025; Xiang jt, 2025). Samuti on rõhutatud, et muutused kehapildis, mehelikkuse kogemises ja identiteedis on operatsioonijärgse kogemuse oluline osa ning nende mõistmine nõuab sügavat kvalitatiivset käsitlust (Buote jt, 2020; Bowie jt, 2022; Bekele ja Martínez-Hernández, 2025).

3. METOODIKA

3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on kvalitatiivne, kirjeldav ning tugineb fenomenoloogilisele lähenemisele. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga. Fenomenoloogia keskendub inimeste kogemuste mõistmisele nende enda vaatenurgast ning aitab avada kogemuste tähendust ja olemust. Seetõttu sobib see lähenemine hästi selliste nähtuste uurimiseks, mille kohta on vähe teadmisi või olemasolev teave on puudulik (Wojnar ja Swanson, 2007). Terviseteadustes on see lähenemine oluline, sest see aitab mõista inimese tervisekogemust tervikuna, mitte ainult haiguse või ravi meditsiinilisi aspekte (Taylor ja Francis, 2013). Fenomenoloogiline lähenemine on käesoleva uurimistöö jaoks sobiv, kuna uurimistöö keskendub meeste operatsioonijärgse koduse toimetuleku isiklike kogemuste kirjeldamisele. Kuna Eestis ei ole varem uuritud radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetuleku kogemusi, võimaldab fenomenoloogiline lähenemine saada sügavamalt arusaama uuritavate kogemustest ning nende kogemustele omistatud tähendustest.

3.2 Uuritavad ja nende värbamine

Käesoleva uurimistöö sihtgrupiks olid täisealised mehed, kes olid läbi teinud radikaalse prostatektoomia ning omasid kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga. Eesnäärme kasvaja operatsioone teostatakse Eestis suuremates regionaal- ja keskhaiglates, kus patsientidele tagatakse operatsioonijärgne jälgimine ambulatoorsete järeelvisiitide kaudu. Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist kaasati uurimistöösse täisealised mehed:

- kellel on kasvaja tõttu eemaldatud eesnääre (teostatud radikaalne prostatektoomia),
- kes on valmis jagama oma kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetuleku kohta,
- kes on nõus oma kogemusi jagama eesti keeles.

Uuritavatele olid nõus uurimistöö kutseid jagama SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, SA Pärnu Haigla ning Eesnäärmevähi Patsientide Liit. Kutsete jagamisel uuritavatele paluti abi kirurgiakliinikute õendusjuhtidelt ning ambulatoorse vastuvõtu õdedelt. Uuritavatele jagati uurimuse kutseid (lisa1) peale operatsiooni toimuvate ambulatoorsete järeelvisiitide lõpus ning Eesnäärmevähi Patsientide Liit edastas kutseid oma liikmetele elektrooniliselt e-posti teel. Kutse sisaldas teavet uurimistöö eesmärgi, osalemise tingimuste ning uurijaga ühenduse võtmise

võimaluste kohta. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ning huvitatud patsiendid võtsid uurijaga ise ühendust uurimuse kutsel toodud kontaktandmete kaudu.

Ambulatoorse vastuvõtu õed edastasid uurimuses osalemise kutse patsientidele ambulatoorse vastuvõtu lõpus, selgitades põhjalikult uurimuses osalemise tingimusi ja uurimuse eesmärki. Kutseid uurimuses osalemiseks jagati patsientidele ainult üks kord vastuvõtu lõpus. Eesnäärmevähi Patsientide Liit edastas kutseid oma liikmetele elektrooniliselt e-posti teel kahel korral. Ambulatoorsel vastuvõtul uurimistöö kutse saanute kontaktandmeid ei kogutud ja neile ei olnud võimalik korduvaid kutseid saata. Patsiendid võtsid uurijaga ühendust uurimistöö kutsel olevate kontaktide kaudu. Kui patsient oli huvitatud intervjuus osalemisest, leppis uurija temaga kokku intervjuu aja ja koha ning küsis luba patsiendi kontaktandmete (telefoninumber ja meiliaadress) salvestamiseks.

Päev enne intervjuud, saadeti vastavalt osaleja soovile talle sõnum telefonile või e-postile meeldetuletusega intervjuu toimumise kohta. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning uuritavatele tagati enne intervjuu läbi viimist põhjalik informatsioon uurimistöö eesmärgi, metoodika ja kogutud materjali edasise kasutamise kohta. Enne intervjuude läbiviimist tutvustas uurija osalejatele uurimistöö eesmärki, kulgu ning andmete kogumise, analüüsi ja kasutamise põhimõtteid. Osalejatele selgitati nende õigusi, sealhulgas võimalust osalemine igal ajal katkestada ning anti võimalus esitada täpsustavaid küsimusi. Pärast informatsiooni jagamist ja nõusoleku saamist allkirjastati uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (lisa 2) kas paber kandjal või digitaalselt kahes eksemplaris, millest üks jäi osalejale ja teine uurijale.

3.3 Andmete kogumine

Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuuga (lisa 3). Poolstruktureeritud intervjuu on sobiv meetod, kuna see võimaldab koguda süvitsi ja detailseid andmeid uuritavate isiklikest kogemustest, hoides samal ajal vestlust fokuseerituna uurimisküsimustele (Taylor ja Francis, 2013). Poolstruktureeritud intervjuu kasutamine aitab tagada, et kõik olulised teemad saavad käsitletud, samas kui osalejad saavad jagada oma kogemusi vabalt ja omas tempos (Grossoehme, 2014). Uurija saab esitada ette valmistatud küsimusi, kuid samal ajal kohandada neid vastavalt vestluse kulgemisele ning uuritava vastustele (Turner, 2010). Poolstruktureeritud intervjuu valiti andmekogumismeetodiks, kuna see võimaldab koguda põhjalikku teavet osalejate kogemuste ja arvamuste kohta. Intervjuus kasutatavate küsimuste koostamisel on lähtutud varasemate uurimistööde tulemustest (Wennerberg jt, 2021; Terrier jt, 2021; Rogers jt, 2022; Kelmendi jt,

2024) ning nendest esile kerkinud olulistest teemavaldkondadest, nagu operatsioonijärgsed muutused ja nendega kohanemine, enesehooldus ja taastumisstrateegiad, tekkinud terviseprobleemid ja kõrvaltoimed, tervishoiutöötajate toetus ning sotsiaalne ja psühholoogiline tugi.

Uuritavate poole pöörduti pärast eetikakomiteelt kooskõlastuse nr 400/T-24 (Lisa 4) saamist. Andmekogumine algas mais 2025 ning lõppes detsembris 2025. Enne põhivestlusi viidi läbi 2 prooviintervjuud, et testida küsimuste selgust, intervjuuprotsessi ja intervjuukava sobivust. Prooviintervjuude abil hinnati, kas küsimused on arusaadavad ja kas need suunavad vastajaid piisavalt sügavale refleksioonile (Turner, 2010). Prooviintervjuu käigus küsimuste sõnastust ei muudetud ning intervjuud kaasati analüüsitava materjali hulka. Intervjuud viidi läbi vaikes ja privaatses keskkonnas, näiteks haiglas selleks broneeritud ruumis, patsiendi kodus või mõnes muus sobivas kohas vastavalt osaleja soovile. Intervjuu alguses küsiti osalejatelt vanust, kuid seda kasutati ainult uuritavate vanuselise koosseisu üldiseks kirjeldamiseks. Ka seda selgitati osalejatele enne intervjuu sisulise osa algust. Vestlused salvestati diktofoniga ja transkribeeriti esimesel võimalusel pärast salvestamist sõna-sõnalt ümber, et tagada andmete maksimaalne usaldusväärsus ja täpsus (Elo ja Kyngäs, 2008). Osalejatel oli võimalus osalemisest loobuda pärast intervjuu andmist ühe päeva jooksul. Kõik osalejate telefoninumbrid ja meiliaadressid kustutati koheselt pärast intervjuu toimumist või osalemisest loobumisel.

Uurimistöös avaldas soovi osaleda 8 meest, vanuses 54-75 aastat. Intervjuude kogupikkus oli kokku 4 tundi ja 41 minutit. Lühim intervjuu kestis 20 minutit ning pikim 1 tund ja 20 minutit. Uuritavaks materjaliks olid intervjuude täistekstid, mille kogumaht oli fondis Times New Roman kirja suurusega 12, reavahega 1,5 kokku 27 lehekülge. Uurimusse planeeriti kutsuda maksimaalselt 20 uuritavat. Varasemates sarnastes uuringutes on uuritavate arv jäänud vahemikku 14-19 (Wennick jt, 2017; Wennerberg jt, 2021; Terrier jt, 2021; Mardani jt, 2023). Osalejate arv oleneb kvalitatiivses uurimuses andmete küllastumisest ehk intervjuusid viiakse läbi seni kuni uut informatsiooni enam ei lisandu (Saunders jt, 2018). Käesolevas uurimistöös oli selleks 8. intervjuu, kus uut informatsiooni juurde ei lisandunud.

3.4 Andmete analüüs

Andmete analüüs toimus (Elo ja Kyngäs, 2008) induktiivse sisuanalüüsi meetodil, mis sobib hästi seni vähe käsitletud teemade uurimiseks, kus uuritava nähtuse kohta ei ole piisavalt andmeid või olemasolev teave on osaliselt katkendlik. Sisuanalüüs võimaldab uurijal keskenduda uuritavate

kogemustele, süstematiseerida saadud andmeid ning luua uusi teadmisi. Kuna Eestis ei ole varem uuritud radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetuleku kogemusi, aitab see meetod süvitsi mõista, kuidas patsiendid tajuvad enesehoolduse ja taastumise protsessi, milliseid teadmisi ja tuge nad vajavad ning millised on peamised väljakutsed, millega nad koduses keskkonnas kokku puutuvad.

Andmeanalüüs algas intervjuude käsitsi sõna-sõnalise transkribeerimisega ning transkriptsioonide korduva läbilugemisega, et mõista sügavuti kogutud andmeid ja luua terviklik arusaam uuritavate kogemustest. Seejärel tõsteti esile tekstilõigud, mis kirjeldasid uuritavat nähtust, ning märgistati need värviliselt edasiseks analüüsiks. Märgistatud tekstilõigud moodustasid tähendusüksused, milleks olid sõnad, laused või tekstiosad, mis sisaldasid uuritava nähtuse seisukohalt olulist informatsiooni.

Tähendusüksused kondenseeriti, säilitades nende algse sisu ja tähenduse, kuid väljendades seda lühemalt ja selgemalt. Kondenseeritud tähendusüksustele omistati nende sisu kirjeldavad koodid. Koodid kujunesid otseselt uuritavate kirjelduste põhjal ning kajastasid nende kogemusi, näiteks „hirm haiguse taastekke pärast“. Avatud kodeerimise käigus (Tabel 1) tuvastati andmetest korduvad mustrid ja teemad ning omistati neile vastavad koodid.

Tabel 1. Näide koodide moodustamisest

Tähendusüksus	Kondenseeritud tähendusüksus	Kood
„Ise mõtlen, et kui mul sai see lõigatud ja oli see kasvaja, nagu arst ütles, et eesnäärme kapsli sees siis rahustan ennast nagu nii, et äkki see saadi kätte ja enam teda ei ole ja mul ei ole vaja sellega tegeleda...aga kindlustunnet ju ei ole ning selle pärast olemegi jälgimise all“	Rahustab end mõttega, et kasvaja eemaldati täielikult, kuid tunneb samas ebakindlust haiguse lõpliku taandumise suhtes, mistõttu on regulaarne järelkontroll vajalik	Hirm haiguse taastekke pärast

Pärast esmast kodeerimist võrreldi koode omavahel ning sarnase sisuga koodid koondati alakategooriateks, mis kirjeldasid uuritavate kogemuste sisuliselt seotud aspekte. Seejärel ühendati omavahel seotud alakategooriad laiemateks ülakategooriateks, mis võimaldasid kirjeldada uuritavate kogemusi üldisemal tasandil. Alakategooriate ja ülakategooriate moodustamine põhines koodide sisulisel sarnasusel ja nende omavahelistel seostel (Tabel 2).

Analüüsi käigus liikus uurija korduvalt algandmete, koodide ning kategooriate vahel, et tagada nende vastavus intervjuude sisule ja säilitada analüüsi usaldusväärsus. Vajadusel täpsustati koodide ja kategooriate sõnastust ning korrigeeriti nende paigutust, kuni kujunes selge ja loogiline kategooriasüsteem, mis kirjeldas uuritavate kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga.

Tabel 2. Näide kategooriate moodustumisest

Kood	Alakategooria	Ülakategooria
Raskused erektsiooni säilitamisega Seksuaalvahekordade vähenemine Seksuaalelu lakkamine Muutused seksuaalse erutuse tekkes Uriinipidamatusest tingitud seksuaalelu katkemine	Seksuaalfunktsiooni muutus	Kogemused terviseprobleemide ja nendega toimetulekuga

3.5 Uurimistöö usaldusväärsus

Kvalitatiivse uurimuse usaldusväärsuse tagavad sobiv uurimismeetod, uuritavate valik, andmete kogumise ja analüüsi läbipaistvus ning tulemuste selge esitamine (Graneheim ja Lundman, 2004). Käesolevas uurimistöös toetati usaldusväärsust sobiva metoodika valiku, sihipärase uuritavate kaasamise ning süstemaatilise andmete kogumise ja analüüsi kaudu.

Uurimismeetodiks valiti kvalitatiivne fenomenoloogiline lähenemine koos poolstruktureeritud intervjuudega, mis sobis patsientide operatsioonijärgsete kogemuste kirjeldamiseks. Uurimusse kaasati eesmärgipäraselt osalejad, kellel oli isiklik kogemus radikaalse prostatektoomia järgse koduse toimetulekuga. Uuritavate värbamine toimus mitme tervishoiuasutuse ja patsientide organisatsiooni kaudu, mis võimaldas kaasata erinevate kogemustega osalejaid. Intervjuud viidi läbi privaatses keskkonnas, salvestati ja transkribeeriti sõna-sõnalt.

Andmete analüüs toimus induktiivse sisuanalüüsi meetodil, tuginedes Elo ja Kyngäs (2008) metoodilisele raamistikule. Analüüs hõlmas tähendusüksuste tuvastamist, kondenseerimist, kodeerimist ning koodide koondamist alakategooriateks ja ülakategooriateks. Usaldusväärsust toetas juhendaja kaasamine alates kodeerimise etapist ning uurija refleksiivse päeviku kasutamine, mis aitas teadvustada võimalikke eelarvamusi andmete tõlgendamisel. Analüüsiprotsessi kirjeldamine võimaldab hinnata uurimistöö läbipaistvust ja usaldusväärsust (Graneheim ja Lundman, 2004). Uurimistöö koostamisel järgiti teadustöö eetika ja akadeemilise kirjutamise põhimõtteid ning kasutati teaduspõhiseid allikaid koos korrektse viitamisega.

Magistritöö koostamisel kasutati abistava vahendina ChatGPT-d (OpenAI, 2025). Tehisintellekti kasutati ingliskeelsete artiklite tõlkimisel ja sünonüümide leidmisel. Töö autor hindas kriitiliselt tehisintellekti poolt antavat teavet ning kasutas seda ainult vajadusel. Magistritöös ei ole kasutatud tehisintellekti poolt genereeritud teksti.

4. TULEMUSED

4.1 Patsientide kogemused eesnäärmeekasvaja operatsioonijärgse koduse toimetulekuga

Andmete induktiivse sisuanalüüsi tulemusena moodustusid eesnäärmevähi operatsioonijärgset kodust toimetulekut kirjeldavad kolm ülakategooriat: „Kogemused terviseprobleemide ja nendega toimetulekuga“, „Kogemused psühhosotsiaalsete probleemidega ja nendega toimetulekuga“, „Kogemused vajalike ressursside ja toega“ (Tabel 3).

Tabel 3. Patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga kirjeldavad ala- ja ülakategooriad

Alakategooria	Ülakategooria
Operatsioonijärgne uriinipidamatus Toimetulek uriinipidamatus Seksuaalfunktsiooni muutus Toimetulek seksuaalfunktsiooni muutusega Kogemused muude terviseprobleemidega Füüsilist taastumist toetavad tegurid	Kogemused terviseprobleemide ja nendega toimetulekuga
Emotsionaalne toimetulek ja kohanemine haigusega Stress ja tervisega seotud hirmud Enesehinnangu muutus Haiguse mõju sotsiaalsetele suhetele Patsiendi iseseisev ettevalmistus ja eneseharimine Kogemused operatsioonijärgse elukorraldusega	Kogemused psühhosotsiaalsete probleemide ja nendega toimetulekuga
Lähedaste toetus Tervishoiutöötajate toetus Sama kogemusega inimeste toetus Vajaliku teabe ja toe puudus Abivahendite kättesaadavuse probleemid	Kogemused vajalike ressursside ja toega

4.2 Kogemused terviseprobleemidega ja nendega toimetulekuga

Kogemused terviseprobleemidega ja nendega toimetulekuga (Tabel 4) kirjeldav ülakategooria moodustus kuuest alakategooriast: „Operatsioonijärgne uriinipidamatus“, „Toimetulek uriinipidamatus“, „Seksuaalfunktsiooni muutus“, „Toimetulek seksuaalfunktsiooni muutusega“, „Kogemused muude terviseprobleemidega“ ja „Füüsilist taastumist toetavad tegurid“.

Tabel 4. Kogemused terviseprobleemidega ja nendega toimetulekuga kirjeldavad koodid ja alakategooriad

Koodid	Alakategooria
Vähene uriinipidamatus Püsiv uriinipidamatus Esiolgu sagedane urineerimine Kiire urineerimisvajadus Uriinileke füüsilisel pingutusel Voolav vesi tekitab urineerimistungi	Operatsioonijärgne uriinipidamatus
Põiekateetri ajutine kasutamine	Toimetulek uriinipidamatus

Pesukaitsete kasutamine esimestel päevadel Vajadus eripesu, sidemete või pesukaitsete järele Igapäevane mähkmete kasutamine Mähkme kasutamine turvatundeks väljaspool kodu Mugavate abivahendite eelistamine Mobiilirakenduse kasutamine Vaagnapõhjalihaste regulaarne treenimine Igapäevaelu ja liikumise planeerimine Jalgade ristamine uriinipidamatuse leevenduseks Istuva töö võimaldamine tööandja poolt	
Raskused erektsiooni säilitamisega Seksuaalvahekordade vähenemine Seksuaalelu lakkamine Muutused seksuaalse erutuse tekkes Uriinipidamatusest tingitud seksuaalelu katkemine	Seksuaalfunktsiooni muutus
Mehed peavad seksuaalsust oluliseks Hea toimetulek erektsiooniprobleemidega Ravimite kasutamine erektsiooniks Sekslelude kasutamine vahekorra ajal Teabe otsimine seksuaalfunktsiooni kahjustusega toimetulekuks Seksuaalelu kadumise aktsepteerimine Seksuaalsuse übermõtestamine Seksuaalelu puudumine ei ole vanemas eas probleem Võidukas tunne vahekorraga toimetulekul	Toimetulek seksuaalfunktsiooni muutusega
Raskendatud urineerimine operatsioonijärgsete anatoomiliste muutuste tõttu Noktuuria tõttu häiritud uni Operatsioonijärgselt tekkinud kõhukinnisus Külmatundlikkus Operatsioonijärgne infektsioon Füüsilise võimekuse langus Füüsiline ja vaimne kurnatus Pikenenud taastumisperiood	Kogemused muude terviseprobleemidega
Valu puudumine Füsioteraapia juhendi olemasolu Füsioterapeudi antud harjutusjuhend toetas taastumist Vaagnapõhjalihaste harjutuste tegemine Enese teadlik väsitamine öiste ärkamiste vähendamiseks Tervislik toitumine Jõusaalis käimine	Füüsilist taastumist toetavad tegurid

Operatsioonijärgne uriinipidamatus avaldus uuritavatel erineva raskusastmega. Osa kirjeldas vähest ja ajutist uriinileket, mis väljendus peamiselt üksikute tilkade lekkimisena operatsioonijärgse perioodi alguses ega piiranud oluliselt igapäevaelu. Teistel püsis uriinipidamatus ka kuid pärast operatsiooni ning tõi kaasa pideva abivahendite kasutamise, ebakindluse taastumise suhtes ja vajaduse arvestada uriinilekkega igapäevategevuste planeerimisel. Operatsioonijärgselt kirjeldati ka esialgset sagedast urineerimist, mille tõttu tuli tualetis käia tavapärasest tihemini. Sellega kaasnes kiire urineerimisvajadus ning olukorrad, kus tualetti tuli minna viivitamatult. Uriinileket esines ka füüsilise pingutuse, püsti tõusmise ja liikumise alustamise ajal ning mõnel juhul vallandus uriinivool voolava vee heli peale, eriti duši all.

„Sorinal püksi ei tulnud kunagi, aga... lihtsalt see viimane piisk, ega see ei häirinud, aga sellega pidi arvestama.“ (4)

„...alguses oli nii, et nii kui trussikud või selle pampersi eest ära võtsid, nii kohe tuli, nüüd seda õnneks enam ei ole.“ (5)

„Uriinipidamatus on siamaani. See hakkab ju kohe, kui kateeter välja võetakse. See ei ole nii, et kohe on stopp.“ (6)

„...Tõin keldrisse puid siin ükspäev, ladusin puid sinna peale kindad olid käes küll käes, aga ma pissisin selle aja jooksul kaks korda.“ (7)

„...pissihäda tuleb, peab kohe minema, muidu läheb liiga kiireks.“ (3)

„...Selliseid naljakaid asju oli ikka alguses, et oled dušši all, vesi jookseb ja siis jookseb sealt alt ka.“ (2)

Toimetulek uriinipidamatusega tähendas abivahendite kasutamist vastavalt sümptomite raskusele ja kestusele. Taastumise alguses kuulus operatsioonijärgsesse perioodi põiekateetri ajutine kasutamine. Pärast kateetri eemaldamist kasutati esimestel päevadel pesukaitseid või sidemeid, sest uriinipidamatus oli siis sageli ettearvamatu. Mõnel osalejal tekkis pikemaajaliselt vajadus kasutada eripesu, sidemeid või pesukaitseid. Püsivama uriinipidamatuse korral kujunes mähkmete kasutamine igapäevaseks osaks elukorralduses, sealhulgas tööpäeva jooksul. Mähkmeid kasutati ka väljaspool kodu turvatunde tõttu, isegi siis, kui kodus oldi uriinipidamatusega paremini toime tulnud. Abivahendite valikul peeti oluliseks nende mugavust ja diskreetsust ning eelistati õhemaid lahendusi, mis ei piiraks liikumist ega paistaks riiete alt välja.

„...Alguses panin need pesukaitseid igaks juhuks, ei teadnud ju, kuidas see pidamine hakkab olema.“ (2)

„...Praegu saan juba tööl käia küll, aga pean seal ka mähkmeid vahetama, kolm, neli korda päevas.“ (6)

„...Kodust välja minnes panen ikka mähkme alla, siis on kindlam tunne.“ (5)

„...Proovisin erinevaid, need paksud on väga ebamugavad, võtad kohe liikumise ära.“ (7)

Lisaks abivahenditele kasutati uriinipidamatusega toimetulekuks aktiivseid eneseabivõtteid ning igapäevaelu kohendamist. Toimetulekut toetas mobiilirakenduse kasutamine, mis tuletas meelde vaagnapõhjelihaste harjutuste tegemist. Oluliseks kujunes ka igapäevaelu ja liikumise planeerimine, sealhulgas tualettide asukohtadega arvestamine kodust välja minnes. Ühe praktilise võttena kirjeldati jalgade ristamist või jala hoidmist kindlas asendis, mis aitas püsti tõusmisel uriinileket leevendada. Mõne osaleja jaoks toetas tööle naasmist ja uriinipidamatusega toimetulekut ka see, kui tööandja võimaldas teha istuvat tööd.

„...Mul on telefonis see äpp, mis annab märku, et nüüd tee harjutusi.“ (3)

„...Kui kuskile minek on, siis mõtlen enne läbi, kus kempsud on.“ (4)

”.., Aga siis ma leidsin sellise hea nõksu, et pidin tõstma ühe jala põlve üles ja niimoodi hoidma natuke üleval. Kui ma püsti hakkasin tõusma, tõusin nagu ühe jala peal tugitoolist püsti ja siis lasksin vaikselt jala maha, siis ei olnud probleemi...” (6)

„... Alguses mind aitas istuv töö. Kui mul oleks olnud püsti seismist, liikumist ja füüsilist pingutust nõudev töö, siis oleks see tõenäoliselt teistsugune.“ (1)

Erektsiooni tekkimine ja püsimine ei olnud enam varasemaga võrreldes iseeneselik ning see muutis seksuaalvahekorra alustamise ja jätkamise keerulisemaks. Selle tulemusena vähenesid seksuaalvahekorrad ning seksuaalelu muutus ebaregulaarsemaks. Mõnel osalejal lakkas seksuaalelu operatsioonijärgsel perioodil täielikult. Lisaks kirjeldati muutusi seksuaalse erutuse tekkes, mille puhul erutus ei tekkinud enam nii kergesti ega spontaanselt kui enne operatsiooni.

„...Kas hakkab nagu, noh, saab ikka korda, keegi tegelikult ei tea... Et vaimselt oli see väga suur muutus nagu enda elus.“ (6)

„...Enne oli nii, et läks iseenesest, nüüd peab nagu rohkem pingutama ja mõtlema.“ (1)

„...Ma ütlen, et seksi ei ole üldse...“ (3)

„... Peale operatsiooni ei tulnud üldse midagi välja ju...see võttis ikka aega, kui see (erektsioon) taastus jälle.“ (2)

Varajasel operatsioonijärgsel perioodil katkestas seksuaalelu osal osalejatest ka uriinipidamatus. Kirjeldati, et seksuaalelu ei olnud veel taastunud, kuna uriinipidamatus muutis seksuaalse läheduse ebameeldivaks ning enne seksuaalelu uuesti alustamist sooviti oodata sümptomite paranemist.

„...No seksuaaluga on nii, et seda praegu ei ole... katsetada on väga ebameeldiv, kui on uriinipidamatus.“ (6)

Toimetulek seksuaalfunktsiooni muutusega tähendas nii aktiivset lahenduste otsimist, kui ka muutunud olukorraga kohanemist. Osalejad pidasid seksuaalsust oluliseks ka operatsioonijärgselt ning seksuaalfunktsiooni muutused ei tähendanud nende jaoks tingimata seksuaalsusest loobumist. Osa kirjeldas, et erektsiooniprobleemidega oli võimalik kohaneda ning seksuaalelu jätkumiseks lahendusi leida. Toimetulekut toetas ravimite kasutamine erektsiooni säilitamiseks. Lisaks ravimitele kirjeldati seksuaalabivahendite kasutamist, mis aitas leevendada füüsiliste piirangute

mõju ja hoida seksuaalset lähedust. Seksuaalfunktsiooni kahjustusega toimetulekuks otsiti teavet nii tervishoiutöötajatelt kui ka iseseisvalt internetist ja teiste patsientide kogemuslugudest.

"...Otsisin kõik võimalikke viise, kuidas kaasa aidata ja katsetasin erinevaid asju erootika poest, mänguasju, erinevaid peenise pumpasid." (1)

Osalejad kirjeldasid, et seksuaalsust ei seostatud enam üksnes seksuaalvahekorraga, vaid üha enam läheduse, helluse ja partneriga emotsionaalse sideme hoidmisega. Mõni osaleja tõi välja, et seksuaalelu puudumine ei olnud vanemas eas tema jaoks probleem ning seda käsitati loomuliku muutusena. Samas tõi operatsioonijärgselt õnnestunud seksuaalvahekord kaasa võiduka tunde ja suurendas enesekindlust, kinnitades, et seksuaalelu on võimalik ka pärast operatsioonijärgseid muutusi.

"...Minu jaoks ei olnud pidamatus, ega ka seksimise kadumine probleem. Vanemas eas, teate tulevad juba teised olulisemad asjad mängu. Vaatad elu teistmoodi. Me oleme selline paar, eluaeg olnud, et saladusi ei ole, räägime kõigest ja nüüd ka, tähtis et elus olen." (2)

„...Musitame ja kallistame, seda ikka teeme, hullamiseks ei lähe ainult, muud midagi.“ (4)

"...Muidugi sellest ereksioonist oli järgi ainult murdosa sellest ja vajas koralikku koostööd, pärast oli selline võidukas tunne, et see ei ole minu elust kadunud."(1)

Lisaks uriinipidamatusele ja seksuaalfunktsiooni muutustele kirjeldasid uuritavad ka kogemusi **muude operatsioonijärgsete terviseprobleemidega**, Üheks vaevuseks oli raskendatud urineerimine, mida seostati operatsioonijärgsete anatoomiliste muutustega. Urineerimine muutus ebamugavamaks ning nõudis rohkem tähelepanu ja kohanemist, eriti jahedates oludes. Kirjeldati ka noktuuriat, mis põhjustas sagedasi öiseid ärkamisi ja häiris und. Operatsioonijärgselt esines ka kõhukinnisust, mis tekitas taastumisperioodil ebamugavustunnet. Mõni osaleja tõi esile ka suurenenud külmakartuse, mis mõjutas üldist enesetunnet ja igapäevast toimetulekut.

„...Kui on jahe, siis on raske üles leida see, millest kinni võtta, et pissida... enne oli lihtsam.“ (7)

„...Kõige suurem mure oli ju pissimine, muudkui sirt ja sirts... öösel ka, äratas üles, ei saanud magada.“ (4)

„...Kõht ei käinud üldse läbi, see tegi olemise väga ebamugavaks.“ (7)

Osal uuritavatest kujunes operatsioonijärgselt välja infektsioon, mis mõjutas taastumist märkimisväärselt. Infektsiooniga kaasnes tervises seisundi halvenemine, palavik, haavapiirkonna

veritsus, täiendava ravi vajadus ning mõnel juhul korduv haiglaravi. Kirjeldati ka füüsilise võimekuse langust, kiiret väsimist ning füüsilist ja vaimset kurnatust, mis vähendasid suutlikkust teha tavapäraseid igapäevaseid tegevusi. Taastumisperiood osutus mõnel juhul oodatust pikemaks ning nõudis rohkem kohanemist ja kannatlikkust.

„...Kui mul see põletik tekkis, siis olin küll väga mures, ma ei saanud aru, mis toimub üldse. Siis oli kõige hullem, kui hakkas siit haava vahelt verd välja ajama.“ (6)

Füüsilist taastumist toetasid osalejate hinnangul nii valu puudumine või vähene valu operatsioonijärgsel perioodil kui ka selged juhised harjutuste tegemiseks. Vähene valu võimaldas varakult liikuma hakata ning vähendas hirmu füüsilise koormuse ees. Oluliseks peeti ka füsioteraapia juhendi olemasolu haiglast koju minnes. Kirjalikud juhised ja füsioterapeudi antud harjutusjuhend andsid kindlustunde, milliseid harjutusi on ohutu ja vajalik teha, ning toetasid iseseisvat toimetulekut koduses keskkonnas. Taastumist toetas ka vaagnapõhjalihaste harjutuste tegemine, mida peeti oluliseks kehalise kontrolli parandamisel ja enesetunde toetamisel.

„...Valu otseselt ei olnudki, see tegi liikumise palju lihtsamaks.“ (4)

„...Terapeut käis mul peale operatsiooni, käskis harjutusi teha. Andis mulle brošüüri ka kaasa, selle järgi on hea teha, muidu poleks meelde jäänudki, et kuidas täpselt teha.“ (5)

„...Ma teen neid vaagnapõhja harjutusi iga päev, see on saanud juba harjumuseks.“ (3)

Lisaks juhendatud harjutustele kirjeldati taastumist toetavate teguritena ka teadlikke tervisekäitumise valikuid. Ühe võttena toodi esile enda teadlik väsitamine päevaste tegevustega, et vähendada öiseid ärkamisi ja parandada une kvaliteeti. Kodust taastumist toetas ka tervislik toitumine, millele pöörati operatsioonijärgsel perioodil varasemast enam tähelepanu. Mõni osaleja tõi esile ka jõusaalis käimise, mis aitas taastada füüsilist võimekust ja parandas enesetunnet.

„...Unega on probleeme, hoian ennast päeval üleval, et öösel magada saaks. Oma maja, siis on tegemist küll, töö otsa ei saa ja see väsitab, puude lõhkumine mulle meeldib, jõudumööda teen naisega kahekesi...“ (6)

„...Püüdsin süüa korralikult ja tervislikult, et keha kiiremini kosuks.“ (1)

”...Hakkasin vaikselt jälle jõusaalis käima, see andis tunde, et jõud tuleb tagasi.“ (7)

4.3 Kogemused psühhosotsiaalsete probleemidega ja nendega toimetulekuga

Psühhosotsiaalseid probleeme kirjeldav ülakategooria (Tabel 5) hõlmas kuute alakategooriat: „Emotsionaalne toimetulek ja kohanemine haigusega“, „Stress ja tervisega seotud hirmud“, „Enesehinnangu muutus“, „Haiguse mõju sotsiaalsetele suhetele“ ja „Patsiendi iseseisev ettevalmistus ja eneseharimine“ ja „Kogemused operatsioonijärgse elukorraldusega“ mis kajastasid nii haiguse mõju enesehinnangule ja ka psüühilisele heaolule.

Tabel 5. Kogemusi psühhosotsiaalsete probleemidega kirjeldavad koodid ja alakatekooriad

Koodid	Alakategooria
Emotsionaalset toimetulekut mõjutab kasvaja raskusaste ja diagnoosist teavitamise viis Emotsionaalset toimetulekut mõjutab paarisuhte kvaliteet Haigusega leppimine Operatsioonijärgne emotsionaalse stressi langus Lootus paranemisele Lootus tavapärasele elule Haiguse meenutamise vältimine vaimse heaolu säilitamiseks Olukorra eelnev läbi mõtlemine Positiivsus toetab taastumist Eneseabi vaimseks toimetulekuks Tunnete jagamine toetab toimetulekut Haigusest rääkimine toetab toimetulekut Vastastikune mõistmine paarisuhtes Enese tegevuses hoidmine käsitöoga	Emotsionaalne toimetulek ja kohanemine haigusega
Hirm haiguse taastekke pärast Kogemuslood tekitavad ebakindlust ja hirmu Mure uriinipidamatuse pärast Mure sagedase öise urineerimise pärast Õised mõtted haigusest Meeleolu kõikumine Kahtlus harjutuste tõhususe suhtes Mure erektsioonivõime taastumise osas Mure tervise seisundi pärast Stress ja emotsionaalne kurnatus Mure erektsioonihäiretega mõjutab vaimset tervist Hirmutav kogemus infektsiooni tõttu	Stress ja tervisega seotud hirmud
Seksuaalfunktsiooni kahjustus mõjutab enesehinnangut ja psüühikat Meheliku soodentiteedi kahjustumine Vajadus säilitada eneseväärikus	Enesehinnangu muutus
Suhted ei muutunud Uriinipidamatusest tingitud piinlikkus Mure ja piinlikkus sideme lekkimisest tingitud lõhna pärast Mähkmetest tingitud väljas käimise vältimine Vajadus diskreetsema abivahendi järele Hirm mähkmete riide alt väljapaistmise ees Mähkmete kasutamine toetab sotsiaalset läbikäimist Hirm erektsioonihäirete mõju osas paarisuhtele Teiste inimeste haletsus alandab Murede varjamine partneri reaktsiooni kartuses Lähedaste säästmine muretsemisest Diagnoosi saladuses hoidmine Lähedaste ärevusega tegelemine lisaks oma haigusega tegelemisele	Haiguse mõju sotsiaalsetele suhetele
Eelnev eneseharimine operatsiooni ja taastumise osas Teadlikkus uriinipidamatuse ja mähkmete vajaduse jätkumisest Ettevalmistuse tähtsustamine koduseks toimetulekuks Ettevalmistatus operatsioonijärgseteks probleemideks Ettevalmistumine uriinipidamatusega toimetulekuks	Patsiendi iseseisev ettevalmistus ja eneseharimine

Eneseharimine enne operatsiooni toetab hiljem küsimuste küsimist	
Uue tavapärase elukorralduse kujunemine Töövõime säilimine Harjumused ei muutunud Terviseprobleemidega kohanemine Tavapärase elu jätkamine Töökäimine taastab elurütmi Igapäevaelu kvaliteedi hoidmine	Kogemused operatsioonijärgse elukorraldusega

Emotsionaalset toimetulekut ja haigusega kohanemist mõjutasid nii haiguse raskusaste, diagnoosist teavitamise viis kui ka paarisuhte kvaliteet. Osalejad kirjeldasid, et emotsionaalset reageeringut mõjutas see, kui tõsiseks haigust peeti ning kuidas arst diagnoosi ja ravivõimalusi tutvustas. Kiire ja vähese selgitusega teavitamine, mis mõjus šokina, võis jääda pikalt meelde ja suurendada vaimset pinget. Samas toetas emotsionaalset toimetulekut toetav ja mõistev paarisuhe. Partneri kohalolu, rahulik suhtumine ja emotsionaalne lähedus vähendasid ebakindlust ning aitasid muutunud olukorraga paremini kohaneda

„... „Kõik, kogu arsti vastuvõtt käis nii kiiresti... arst ütles mulle ära diagnoosi, et pahaloomuline kasvaja ja kaks ravivõimalust on – kiiritus ja lõikus. Kumba te soovite? Ma olin šoki seisundis, ma ei suutnud talle lihtsalt kohe vastata, see on võimatu vastata kohe... siia maani kummitab see.“ (6).
„...Õnneks oli naine väga kaasaaitav /.../ Abikaasa oli täiesti asendamatu.“ (1)

Haigusega leppimine kujunes uuritavate jaoks järk-järguliseks protsessiks. Algne pinge ja emotsionaalne koormus vähenesid operatsioonijärgsel perioodil ning seda toetas lootus paranemisele ja tavapärase elu jätkumisele. Kirjeldati, et ajaga muutus haigus nende jaoks vähem keskseks ning taastumise edenedes kasvas usk, et elu võib kujuneda taas harjumuspäraseks. Mõnel juhul toetas toimetulekut ka olukorra eelnev läbimõtlemine ja vaimne valmisolek võimalikuks diagnoosiks. Positiivne hoiak aitas säilitada usku paranemisse ning toetas taastumise ajal emotsionaalset tasakaalu

„...Aeg parandab kõik haavad, elu läheb vaikselt omasoodu ja mõtled sellele vähem või proovid üldse mitte mõelda.“ (2)
„...Ma südamest loodan, et saadi kõik ikka kätte ja siirdeid ei olnud.“ (2)
„...Tuleb kõik positiivseks keerata ju, ega muidu ei saagi /.../ Ma olin nii sisse elanud, et täitsa normaalne elu.“ (3)

Emotsionaalseks toimetulekuks kasutati ka teadlikke eneseabivõtteid. Osa osalejaid pidas oluliseks haiguse meenutamise vältimist, et hoida vaimset tasakaalu ja vähendada masendust tekitavaid mõtteid. Toetavaks peeti ka tegevuses püsimist ja tähelepanu suunamist muudele

tegevustele, sealhulgas käelistele tegevustele. Tunnete jagamine ja haigusest rääkimine toetasid toimetulekut eeskätt siis, kui seda sai teha turvalises ja mõistvas suhtes. Samas ei soovinud kõik osalejad oma muresid jagada ning mõne jaoks aitas paremini toime tulla just see, kui haigusele ei pööratud liiga palju tähelepanu. Vastastikune mõistmine paarisuhtes aitas anda teineteisele aega ja ruumi ning vähendas vajadust haigusest pidevalt rääkida.

„...Ma ei kannatanud televiisorist vaadata või kuskilt lugeda üldse midagi, mis meenutas vähki, see tuletas meelde seda.“ (2)

„...Kui mehel on mure, siis mees läheb koopasse./.../ Ma naisele lausa kartsin rääkida, sest ma kartsin seda reaktsiooni /.../ Ma oma naist teadsin ja siis on ka nii, et kuna teda hakkab ka see painama, siis ta võtab mingil hetkel selle teema jälle üles. Ma aga tahan sellest vabaneda ja ei taha sellele mõelda. Ma saan temast aru, et ta ju ühtepidi toetab, aga ausalt öeldes, see on isegi segav. (2)“

„...Kui see tablettravi erektsioonile aitaks, siis oleks küll hea, praegu ei ole võimalust proovida (uriinipidamatuse pärast) ja meil abikaasaga on sellest ühine arusaam olemas, nii et ootame.“ (3)

Stress ja tervisega seotud hirmud olid operatsioonijärgsel perioodil seotud nii haiguse võimaliku taastekke, kui ka üldise ebakindlusega tervise edasise kujunemise suhtes. Kuigi operatsioon pakkus lootust paranemisele, ei kadunud hirm haiguse taastekke pärast. Osalejad kirjeldasid, et kindlustunnet täieliku paranemise suhtes ei olnud ning ärevust tekitas ka kontrolluuringute ootamine. Ebakindlust mõjutasid ka teiste patsientide kogemuslood. Kuigi teiste kogemuste lugemine või kuulmine aitas mõnel juhul valmistuda eesootavaks, tekitas see osal osalejatest hirmu, et ka neil võivad sarnased kõrvaltoimed tekkida. Samas võis positiivne kogemuslugu anda lootust ja suurendada usku paranemisse. Lisaks hirmule haiguse taastekke ees, kirjeldati ka üldisemat muret tervises seisundi pärast, eriti olukordades, kus tekkinud sümptomitele ei osatud selgitust leida.

„...Rahustan ennast nagu nii, et äkki see saadi kätte ja enam teda ei ole... aga kindlustunnet ju ei ole.“ (6)

„...Kui loed teiste lugusid, siis mõtled, et äkki läheb mul ka nii.“ (1)

”... Mul on üks sugulane, kes ka käis samal opil... tal oli juba varem see, tema on mul suureks toeks ja saab sellest lobiseda, et kuidas tal oli. Ei tea, kõigil ei ole ühtemoodi, aga tal läks hästi, siis see nagu annab ka lootust, et mul ka siis.“ (5)

Sageli kirjeldati muret operatsioonijärgsete kõrvalnähtude püsimise pärast. Osalejaid häiris uriinipidamatus ning hirm ootamatu uriinilekke ees suurendas valvelolekut ja ebakindlust igapäevaelus. Muret tekitas ka sagedane öine urineerimine, mis katkestas und ja muutis uinumise raskeks. Öiste ärkamiste järel tekkisid mõtted haigusest ja taastumise kulust. Katkendlik uni ja püsiv ebakindlus mõjutasid omakorda meeleolu. Ebakindlust suurendas ka kahtlus vaagnapõhjalihaste harjutuste tõhususe suhtes, eriti siis, kui nende mõju ei olnud kohe tajutav. Samuti kirjeldati muret erektsioonivõime taastumise pärast, kuna ei teatud, kas ja millisel määral seksuaalfunktsioon taastub.

„... Kõige suurem mure oli ju pissimine, see oli küll tüütu ja segas... öösel ka, ei saanud magadagi, äratas üles.“ (4)

„...Ma ei teagi, kas neist harjutustest üldse kasu on.“ (5)

„...Muretsen natuke et uriinipidamatus jääb ja see teine probleem ka (erektsioonihäired).“ (3)

Muremõtted ja tervisega seotud ebakindlus mõjutasid uuritavate vaimset heaolu, väljendudes stressi ja emotsionaalse kurnatusena. Osalejad kirjeldasid nii vaimset kui ka füüsilist väsimust, pidevat pinget ja tunnet, et haigusega seotud mõtted ei lase täielikult rahuneda. Ereksioonihäirete püsimisega seotud mure mõjutas samuti vaimset heaolu, sest seksuaalfunktsiooni muutused ei olnud pelgalt füüsilised, vaid puudutasid enesetunnet laiemalt. Mõnel juhul kujunes hirmutavaks kogemuseks operatsioonijärgne infektsioon, mis tekitas tugevat ärevust ja suurendas kartust tervise edasise halvenemise ees.

„...Väsimus oli nii vaimne kui ka füüsiline, kogu aeg nagu pinge peal.“ (6)

„...See bakter hakkas jälle vohama ja tervis läks järjest kehvemaks /.../ Kui mul see põletik tekkis, siis olin küll väga mures, ma ei saanud aru, mis toimub üldse. Siis oli kõige hullem, kui hakkas siit haava vahelt verd välja ajama.“ (7)

Enesehinnangu muutus avaldus osal uuritavatest seoses seksuaalfunktsiooni kahjustusega, mis mõjutas nende enesehinnangut ja psüühilist heaolu. Muutused kehalises funktsioneerimises ei olnud nende jaoks pelgalt füüsilised, vaid puudutasid ka kindlustunnet, enesekuvandit ja arusaama iseendast. Mõne uuritava jaoks seostus seksuaalfunktsiooni kahjustus otseselt meheliku sooidentiteedi kahjustumisega. Ereksioonivõime langust ja seksuaalelu muutumist kogeti kaotusena, mis puudutas sügavalt enesemääratlust ja mehelikkuse tunnet. Samas ilmnas vajadus säilitada eneseväarikus ka olukorras, kus kehalised võimed olid muutunud. Eneseväarikuse

hoidmine väljendus püüdluses tulla toime võimalikult iseseisvalt ning säilitada kontroll selle üle, kuidas end teistele näidatakse ja millisena iseennast tajutakse.

„...Kõige suurem mure oli nagu ikka kõigil meestel mehelikkus, seksuaalsus. See hävitab selle, mis on väga suur osa sinuks endaks olemisest.“ (1)

„...See, et sa ei ole enam endine, nii võimekas, hakkab vaikselt vaimu peale.“ (6)

Samas ilmnes vajadus säilitada eneseväärikus ka olukorras, kus kehalised võimed olid muutunud. Eneseväärikuse hoidmine väljendus püüdluses tulla toime võimalikult iseseisvalt ning vältida olukordi, mis võinuks tekitada piinlikkust või alandust. Uuritavad kirjeldasid, et ka kõrvaltoimete ja abivahendite kasutamise korral peeti oluliseks säilitada kontroll oma eneseesitluse üle ning mitte lasta haigusel määratleda kogu enesetunnetust.

„...Ma püüan ikka ise hakkama saada, ei taha, et keegi näeks mind kuidagi nõrgana.“ (4)

Haiguse mõju sotsiaalsetele suhetele avaldus uuritavate kogemustes erinevalt. Osa uuritavatest kirjeldas, et suhted lähedaste ja partneriga operatsioonijärgselt oluliselt ei muutunud. Kuigi haigus ja selle kõrvaltoimed mõjutasid igapäevaelu, ei tajutud seda tingimata suhteprobleemina, eriti vanemas eas. Mõnel juhul kaasnes siiski hirm, et erektsioonihäired võivad paarisuhet mõjutada, eriti olukorras, kus seksuaalelu oli varem oluline osa lähedusest. Samas aitas toetav ja mõistev paarisuhe säilitada läheduse tunnet ka muutunud olukorras.

„...Minu jaoks on see (seksuaalelu) oluline osa elust ikka olnud... Noh, alguses ikka kardad, et see hakkab su elu mõjutama ja suhteid naistega, kui enam ei saa (seksuaalelu elada)...“ (2)

„...Suhteid ei ole üldse mõjutanud, me vanad inimesed juba ka ju.“ (3)

Uriinipidamatus mõjutas sotsiaalset läbikäimist peamiselt piinlikkustunde kaudu. Uuritavad kirjeldasid uriinipidamatusest tingitud piinlikkust ning muret selle pärast, et side või muu abivahend võib lekkida ja tekitada ebameeldivat lõhna. Mähkmete kasutamine tekitas osal uuritavatest soovi vältida väljas käimist, sest abivahendi kandmist peeti ebamugavaks ja nähtavaks. Sellega seostus ka vajadus diskreetsema abivahendi järele ning hirm, et mähkmed võivad riiete alt välja paista. Samal ajal toetas mähkmete kasutamine sotsiaalset läbikäimist, sest pakkus turvatunnet ja võimaldas kodust väljuda ka siis, kui uriinipidamatus ei olnud täielikult taandunud.

„...Istun kodus ja kuskil praegu käia ei taha. Kus ma nende pampersitega lähen...“ (5)

„...Ei tahaks ju, et see välja paistaks. Kuidagi tahad ju eneseväärikust säilitada.“ (2)

„...Olen õnnelik, et mulle piisab sellest kõige kõige õhemast... mis isegi ei paista musta värvi aluspükstest välja“ (1)

Sotsiaalseid suhteid mõjutas ka see, kuidas uuritavad otsustasid haigusest teistele rääkida. Mõned uuritavad varjasid oma muresid partneri reaktsiooni kartuses või püüdsid lähedasi säästa liigse muretsemise eest. Samuti hoiti diagnoosi teadlikult kitsas ringis, et vältida haletsust ja teistsugust kohtlemist. Uuritavad kirjeldasid, et lisaks oma haigusega toimetulekule tuli mõnikord tegelda ka lähedaste ärevuse rahustamisega, mis suurendas emotsionaalset koormust. Teiste inimeste haletsust kogeti alandavana, sest see vähendas tunnet, et ollakse endiselt võrdne ja iseseisev.

„...Ma naisele lausa kartsin rääkida, sest ma kartsin seda reaktsiooni.“ (2)

„...Ei taha kõigile rääkida, nagunii hakatakse haletsema.“ (2)

„...Peab teisi ka rahustama kogu aeg, et kõik on korras, kuigi endal ei ole.“ (7)

Patsiendi iseseisev ettevalmistus ja eneseharimine enne operatsiooni toetasid operatsioonijärgset toimetulekut. Uuritavad kirjeldasid, et otsisid enne operatsiooni teadlikult infot nii operatsiooni enda kui ka taastumise kohta. Eelnev eneseharimine aitas kujundada realistlikumat ettekujutust võimalikest kõrvalnähtudest ning vähendas operatsioonijärgset üllatust ja ebakindlust. Teadlikkus sellest, et uriinipidamatus ja mähkmete vajadus võivad jätkuda ka pärast haiglast koju saamist, aitas osal uuritavatest võtta seda loomulikuma osana taastumisest, mitte ootamatu tüsistusena. Ettevalmistatus operatsioonijärgseteks probleemideks toetas vaimset kohanemist ning aitas kõrvalnähtude ilmnemisel olukorda paremini mõista. Samuti valmistuti juba enne operatsiooni uriinipidamatusega toimetulekuks, mõeldes läbi võimalike abivahendite kasutamise ja praktilise korralduse igapäevaelus. Eneseharimine enne operatsiooni toetas hiljem ka küsimuste küsimist, sest teadlikumad uuritavad oskasid paremini sõnastada, mida nad teada tahtsid.

„...No mina teadsin üsna hästi, mis mind ees ootab. Ma olin vaadanud, lugenud teiste kogemusi, vaadanud teiste patsientide kogemusi, mis on salvestatud Youtubes... midagi üllatavat ei olnud /.../ Ma teadsin, et tüüpilised ja tegelikult vältimatud kõrvalnähud on pidamatus ja seksuaalfunktsioon.“ (1)

„...Kui sa tead, mida tahad teada saada, siis sa oskad küsida. Aga kui sa ei tea, mida küsida, siis sa ka ei oska küsida.“ (2)

Oluliseks peeti ka operatsioonieelset ettevalmistust koduseks toimetulekuks. Uuritavad kirjeldasid, et enne operatsiooni mõeldi läbi erinevad vajadused koduseks toimetulekuks, nagu abivahendite olemasolu, kodune keskkond ja igapäevaste tegevuste korraldus. Selline ettevalmistus aitas vähendada operatsioonijärgset segadust ning võimaldas keskenduda taastumisele. Eneseharimine enne operatsiooni toetas hiljem ka küsimuste küsimist, sest teadlikumad uuritavad oskasid paremini sõnastada, mida nad teada tahtsid. Samas kirjeldati, et paljud küsimused tekkisid alles hiljem kodus, kui operatsioonijärgsed probleemid olid juba reaalselt ilmnenu.

„...Mul oli kallis kaasa, tellis mulle Amazonist sellise kotikese... et saan jalutada ja diskreetselt liikuda.“ (1)

„...Kui sa tead, mida tahad teada saada, siis sa oskad küsida. Aga kui sa ei tea, mida küsida, siis sa ka ei oska küsida.“ (2)

Kogemused operatsioonijärgse elukorraldusega väljendusid uuritavate jaoks järk-järgulises kohanemises, mille käigus kujunes välja uus igapäevaelu rütm. Enamasti ei muutunud varasem eluviis täielikult, pigem kohandati harjumusi vastavalt muutunud tervises seisundile. Osa uuritavatest kirjeldas, et töövõime säilis ka pärast operatsiooni või taastus mõne aja jooksul. Intervjuudest selgus, et igapäevased harjumused ei muutunud alati märkimisväärselt ning püüti jätkata tavapärase elu nii palju kui võimalik. Terviseprobleemidega kohanemine kujunes ajapikku osaks igapäevaelust ning operatsioonijärgne elukorraldus muutus tasapisi loomulikumaks. Igapäevaelu kvaliteedi hoidmine tähendas uuritavate jaoks seda, et terviseprobleemidest hoolimata püüti säilitada võimalikult harjumuspärane eluviis ja leida sobivad viisid muutunud olukorraga toimetulekuks.

„...Pooleteise kuuga tulin tööle tagasi ja see pani elu jälle paika.“ (2)

„...Peale operatsiooni algas nagu uus elujärk ja ei ole oma harjumustes mitte midagi muutnud /.../Tänaseks on see nagu tavalise inimese igapäevaelu.“ (2)

Töölkäimine aitas taastada elurütmi ning toetas tavapärase elu jätkamist. Uuritavad kirjeldasid, et tööle naasmine suunas tähelepanu terviseprobleemidelt eemale, taastas päevase struktuuri ja aitas tunda end jälle nagu varem. Samas sõltus tööle naasmine füüsilisest enesetundest ja taastumisest.

„... Tööl käin ka teist nädalat...tunnen, et see on kasulik, aitab oma elurütmi tagasi minna.“ (6)

4.4 Kogemused vajalike ressursside ja toega

Kogemusi igapäevaseks toimetulekuks vajalike ressurssidega (Tabel 6). kirjeldas viis alakategooriat: “Lähedaste toetus“, „Tervishoiutöötajate toetus“, “Sama kogemusega inimeste toetus“, „Vajaliku teabe ja toe puudus“, ja „Abivahendite kättesaadavus“

Tabel 6. Kogemusi vajalike ressurssidega kirjeldavad koodid ja alakategooriad

Koodid	Alakategooria
Abikaasa emotsionaalne tugi aitab hoida lähisuhteid Abikaasa roll on asendamatu Abikaasa toetav ja positiivne suhtumine Lähedussuhted muutusid tugevamaks Lähedussuhe ei muutunud Avatud vestlus erektsiooniprobleemidest toetab lähedussuhet Perekonna toetus ja julgustamine Lähedase praktiline ja informatiivne toetus Lähedaste toetav ja avatud suhtlus Toetuse tajumine segavana Soov haigusega üksi toime tulla Messenger on oluline suhtlemist soodustav vahend	Lähedaste toetus
Kontrollanalüüsid annavad tuleviku suhtes kindlust Regulaarne järelkontroll pakub turvatunnet Regulaarne järelkontroll annab meelerahu Arsti tugi annab kindlustunde	Tervishoiutöötajate toetus
Foorumites sai anonüümselt kogemustest rääkida Soov jagada oma kogemust teistega Soov olemasolevaid teenuseid parandada Olulised on tugigrupist saadud teadmised Tugi sama kogemusega sugulaselt	Sama kogemusega inimeste toetus
Ebapiisav informatsioon haiguse olemuse ja paranemisprotsessi kohta Ebapiisav informatsioon ravimeetodite osas Vähene teadlikkus haigusest takistab küsimuste küsimist Tervishoiutöötajad ootavad küsimusi Ebapiisav informatsioon infektsiooniga toimetulekuks Ebapiisav informatsiooni koduseks toimetulekuks Ebapiisav füsioterapeudi juhendamine Ebapiisav informatsioon füsioteraapia võimaluste kohta Ebakindlus vaagnapõhjalihaste harjutuste korrektse sooritamise suhtes Ebapiisav informatsioon probleemide tekkimisel Ebapiisav nõustamine valu korral Tervishoiutöötajate teadmatuse/oskamatus infot jagada Tervishoiutöötajate puudulik teave abivahendite kohta Patsiendi vajaduste pisendamine tervishoiutöötajate poolt Vajadus tervishoiutöötaja nõustamise ja toe järele Vajadus kogemuslugude järele Süsteemse tugivõrgustiku puudus Ebapiisav psühholoogiline abi Kirjalik informatsioon toetas harjutuste sooritamist ja meeles pidamist teadmatuse erektsiooni ravi võimaluste kohta	Vajaliku teabe ja toe puudus
Puudulik imava aluspesu kättesaadavus Imav aluspesu maksab palju Mähkmed maksavad palju Abivahendeid tuleb tellida välismaisest veebipoest	Abivahendite kättesaadavuse probleemid

Lähedaste toetus oli uuritavate jaoks oluline ressurss operatsioonijärgsel taastumisel. Eriti olulise tähendusega oli abikaasa toetus, mida kirjeldati emotsionaalselt hoidva, julgustava ja kohanemist

toetavana. Uuritavad tõid esile, et abikaasa emotsionaalne tugi aitas hoida lähisuhteid ning vähendas ebakindlust operatsioonijärgsete muutuste keskel. Abikaasa rolli peeti mitmel juhul asendamatuks, kuna toetus väljendus nii kohalolus, kannatlikkuses kui ka praktilises abis igapäevaelus. Oluliseks peeti ka abikaasa toetavat ja positiivset suhtumist, mis aitas säilitada lootust ja turvatunnet. Lisaks partnerile peeti tähtsaks ka perekonna toetust ja julgustamist. Lähedased pakkusid nii emotsionaalset kui ka praktilist ja informatiivset abi, näiteks abivahendite hankimisel, lisainfo otsimisel ja igapäevastes toimingutes abistamisel.

„...Naine oli kogu aeg toetav, mitte kordagi ei andnud tunda, et midagi oleks valesti.“ (2)

„...Arvan, et lähedased ja üldse lähedus on oluline mitte ainult siis, kui mingi haigus tuleb, vaid kogu aeg. Minul on küll toetus olemas ja ikka muretsetakse ju. /.../ Tütar otsib ja soovib mulle igasuguseid harjutusi, uurib, et kas ma ikka teen ja saadab mulle internetist leitud artikleid just mis puudutab uriinipidamatust. Abikaasa toetab nii nagu oskab, ostab mulle mähkmeid ja...tunnen küll, et mind toetatakse...“ (8)

Lähedaste toetus mõjutas ka lähisuhte kvaliteeti. Osa uuritavatest kirjeldas, et haigus ja sellest taastumine muutsid lähedussuhteid tugevamaks, kuna ühine läbielamine ja vastastikune toetus suurendasid teineteisemõistmist. Samas ilmnis ka, et mõnel juhul lähisuhe oluliselt ei muutunud, kuna see oli juba enne haigust stabiilne ja toetav. Lähedussuhet aitas hoida avatud vestlus ereksiooniprobleemidest, mis vähendas pingeid ja aitas vältida arusaamatusi partnerite vahel. Tähtsaks peeti ka lähedaste avatud ja toetavat suhtlust laiemalt, sest regulaarne kontakt aitas säilitada turvatunnet ja vähendada üksildust. Mõne uuritava jaoks kujunes Messenger oluliseks suhtlemist soodustavaks vahendiks, mis võimaldas hoida sidet laste ja lastelastega ka siis, kui vahetud kohtumised ei olnud võimalikud.

„...Meie suhe ei muutunud, see oli enne ka tugev.“ (3)

„...Rääkisime sellest omavahel ausalt, see aitas rohkem kui vaikimine.“ (4)

„...Oleme kokku kasvanud, ja väga lähedased see on ikka hea küll, külg külje kõrval. Lapsed toetavad ikka, lapsed ja lapselapsed kõik. Meil on ühine Messenger, kus me iga päev suhtleme, lapselapsed ka...toetus on väga oluline. See on hea võimalus suhelda. Lapselaps tegi, et me saaks kogu aeg suhelda.“ (8)

Samas ei tajutud lähedaste toetust alati üksnes positiivsena. Mõned uuritavad kirjeldasid, et lähedaste liigne muretsemine või teema korduv ülesvõtmine tekitas lisapingeid ning muutis toetuse

kohati segavaks. Sellistel juhtudel väljendus soov haigusega pigem üksi toime tulla, et vältida teiste emotsionaalset koormust või hoida haigusega seotud mõtteid enda jaoks tagaplaanil. Seejuures ei tähendanud sobiv toetus alati rohket rääkimist, vaid sõltus ka uuritava isiklikust toimetulekuviisist ja vajadusest hoida oma sisemist tasakaalu.

„...Vahel tundus, et nad muretsesid rohkem kui mina ise.“ (6)

„...Kui mehel on mure, siis mees läheb koopasse. /.../ Ma aga tahan sellest vabaneda ja ei taha sellele mõelda. Ma saan temast aru, et ta ju ühtepidi toetab, aga ausalt öeldes see on isegi segav.“ (2)

Tervishoiutöötajate toetus oli uuritavate jaoks oluline, sest see aitas vähendada ebakindlust tuleviku suhtes. Eriti tähtsaks peeti kontrollanalüüsi ja regulaarseid järelkontrolle, mis andsid kindlustunde, et tervises seisundit jälgitakse järjepidevalt ning patsienti ei jäeta oma muredega üksi. Järelkontrollid pakkusid turvatunnet ja meelerahu, sest need vähendasid hirmu haiguse võimaliku taastekke ees ning võimaldasid saada kinnitust, et taastumine kulgeb ootuspäraselt.

„...See, et kutsutakse tagasi ja vaadatakse uuesti üle, annab mingi kindluse, et kõik ei ole juhuse hooleks jäetud.“ (5)

Oluliseks peeti ka arsti toetust, mis väljendus selgitustes, rahulikus hoiakus ja raviprotsessi järjepidevas jälgimises. Uuritavad kirjeldasid, et teadmine, mida edasi oodata, ning võimalus arstiga kohtuda aitasid paremini toime tulla teadmatuses tuleneva ebakindlusega. Arsti tugi aitas säilitada usaldust raviprotsessi vastu ja hoida lootust paranemisele.

„...Kui arst ütleb, kuidas asjad on ja mis edasi saab, siis on endal ka lihtsam edasi minna.“ (3)

Sama kogemusega inimeste toetus pakkus uuritavatele nii praktilist teadmist, kui ka kogemustel põhinevat mõistmist. Veebifoorumid ja internetipõhised kogukonnad võimaldasid anonüümselt kogemustest rääkida, mida peeti oluliseks tundlike teemade, nagu uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni muutused, arutamisel. Anonüümsus võimaldas rääkida avatult ja vähendas hirmu hinnangute ees. Oluliseks peeti ka tugigruppide ja veebikogukondadest saadud teadmisi, kuna need aitasid paremini mõista taastumise kulgu, analüüside tähendust ning operatsioonijärgsete probleemidega toimetuleku võimalusi. Sama kogemusega sugulase tugi oli samuti oluline, sest tema enda läbielatu aitas paremini mõista, mida pärast operatsiooni oodata.

„...Seal foorumis sai rahulikult kirjutada, keegi ei teadnud, kes sa oled.“ (1)

„...Aga eesnäärmevähi grupp on ja sealt sain ma teada, et on olemas selline näitaja nagu PSA, et see peab 0 või midagi olema, et väike tõus tähendab juba suurt riski. Seal saab sarnase probleemiga inimestega rääkida, kõik on natuke erinevad, aga siis tunned, et teistel võib veel kehvem olla ja tead mida oodata, analüüsides ning nendest normidest...ja kuidas nende erektsiooniprobleemidega edasi saab...ma enne ei osanud midagi teada sellest.“ (2)

„...Mul vend oli selle läbi teinud ja tema jutt aitas mind rohkem kui arstid.“ (5)

Sama kogemusega inimeste toetuse olulisus väljendus ka uuritavate soovis oma kogemust teistega jagada. Mitmed uuritavad pidasid oluliseks rääkida ausalt sellest, mis neid aitas või millised raskused operatsioonijärgselt tekkisid, et pakkuda tuge neile, kes seisid alles sarnase olukorra ees. Oma kogemuse jagamist nähti ka võimalusena aidata olemasolevaid teenuseid parandada, et tulevikus saaksid teised patsiendid rohkem infot, paremat juhendamist ja rohkem tuge. Nii nägid uuritavad end lisaks abi saajatele inimestena, kes said oma kogemuse kaudu teisi toetada ja olemasolevaid teenuseid paremaks muuta.

„...Kui mina juba selle läbi tegin, siis miks ma ei peaks teistele rääkima, mis mind aitas.“ (4)

„...Kui keegi küsib, siis ma räägin ausalt ära, mis puudu jäi, et teistel oleks kergem.“ (6)

Vajaliku teabe ja toe puudus muutis pärast operatsiooni keerulisemaks nii emotsionaalse, kui ka praktilise toimetuleku. Uuritavad kirjeldasid, et neile ei antud piisavalt teavet haiguse olemuse, paranemisprotsessi ega ravivõimaluste kohta. See tekitas ebakindlust ning vähendas tunnet, et nad saavad oma ravi puudutavates otsustes kaasa mõelda. Vähene teadlikkus haigusest takistas ka küsimuste küsimist, sest ei osatud aru saada, mida oleks oluline küsida. Samal ajal eeldasid tervishoiutöötajad, et patsient ise küsib. Nii tekkis olukord, kus paljud küsimused tulid alles hiljem, kui oldi juba kodus ja pidi ise hakkama saama.

„...Saad nagu aru, et midagi tehakse, aga päris täpselt ei tea, mis edasi saab.“ (3)

„...Minu arust on väga puudulik see, kuidas patsiente koheldakse enne seda. Nad väga vähe teavad sellest. Kui sain diagnoosi siis ma ütlesin arstile, et hakkan siis uurima sellest. Tundus, et arst oli väga seda meelt, et ei kahtle et loed mingit umbluud või jama aga omalt poolt ka ei pakkunud midagi.“ (1)

„... Kirurg vestles minuga varem, enne operatsiooni ja vestles ka peale operatsiooni ja üks tema ootas ka minult küsimusi ja rääkis mis ta rääkida oskas. Kui selle sees oled siis ei oskagi midagi teisele rääkida, kui teine ei oska küsida midagi.“ (2)

Vajaliku teabe ja toe puudus ilmnis selgelt ka koduseks toimetulekuks valmistumisel. Uuritavad tõid esile, et enne koju minekut oleksid nad vajanud rohkem juhiseid selle kohta, mida võib kodus teha, mida tuleks vältida ja millal abi otsida. Puudulikuks peeti ka teavet selle kohta, kuidas toime tulla infektsiooni, valu ja muude probleemide tekkimisel. Füsioteraapia valdkonnas kirjeldati ebapiisavat juhendamist ning vähest infot füsioteraapia võimaluste kohta. See tekitas ebakindlust vaagnapõhjalihaste harjutuste õige tegemise suhtes, sest ei oldud kindlad, kas harjutusi tehakse õigesti ja kas neist on piisavalt kasu. Samas toodi esile, et kirjalik informatsioon toetas harjutuste tegemist ja aitas juhiseid paremini meeles pidada. Samuti selgus, et tervishoiutöötajatel ei olnud alati piisavalt teadmisi abivahendite kohta või ei osatud anda praktilist nõu, mis oleks toetanud igapäevast toimetulekut kodus.

„...See infektsioon oli kõige hirmutavam, aga keegi ei öelnud täpselt, mida ma ise tegema pean.“
(7)

„...Kodus olles juba tekkis palju igasuguseid mõtteid...mida oleksin tahtnud teada saada üldse, et kodus hakkama saada...arstide poole pealt just, et meile lubati füsioteraapia poole pealt, et tuleb ülesandeid...no meile anti selline paber, milles siis saime lihtsalt teoorias lugeda, et mida me peaksime tegeme noh /.../. Millegipärast kolm päeva lubati järjest ...ja ei tulnudki...füsioterapeut meile millegipärast.“ (6)

„...Ainult, et ma ei tea ju kas ma teen õigesti neid (harjutusi), selles on küsimus. Oleks vaja olnud füsioterapeudi abi. Ma ju ei tea kas ma teen õigesti...“ (4)

Vajaliku teabe ja toe puudus tuli esile ka selles, et uuritavad vajasisid rohkem tervishoiutöötajate nõustamist ja tuge. Kirjeldati, et nende vajadusi ei võetud alati piisavalt tõsiselt ning mõnikord jäi mulje, et probleemid pisendati või tundlikel teemadel ei osatud avatult rääkida. Puudust tunti ka psühholoogilisest abist, eriti diagnoosi saamise järel ja olukordades, kus elu oli pärast operatsiooni oluliselt muutunud. Samuti tuli välja teadmatuse erektsiooni ravi võimaluste kohta, mis suurendas ebakindlust tuleviku suhtes. Toodi esile vajadus põhjalikuma nõustamise, praktiliste soovitude ja selgema toe järele, eriti siis, kui tekkisid probleemid või küsimused taastumise kohta. Lisaks tunti puudust kogemuslugudest ja süsteemsest tugivõrgustikust, mis aitaks mõista, et sarnased raskused on tavapärased ja nendega on võimalik toime tulla.

„...Kui diagnoosi sain, siis oleks vaja olnud psühholoogi juurde saata, sest see oli ikka väga suur šokk. Ma tegelt imestasin, et mulle ei pakutud seda, see oleks suureks abiks olnud.“ (4)

„...Kui see tabletravi erektsioonile aitaks, siis oleks küll hea... Äkki ikka mingisugust abi saab selles suhtes.“ (6)

„...Meil ei ole ka toimivat toimivat patsiendivõrgustikku. Või struktuuri, iseenesest võiks ju olla selline professionaalne meediku, füsioterapeudi nõuanded, aga ka praktikute, patsientide kogemused.“(1)

Vajalike abivahendite kättesaadavus uriinipidamatusega toimetulekuks kujunes probleemiks. Piiratud valik, sobivate toodete keeruline leidmine ning kõrged hinnad muutsid igapäevase toimetuleku majanduslikult koormavaks. Mõned uuritavad pidid sobivamaid tooteid tellima välismaalt, kuna Eestis ei olnud nende jaoks piisavalt diskreetseid ja sobivaid valikuid. Samuti kirjeldati vähest juhendamist abivahendite valikul, mistõttu tuli sobivad lahendused leida katsetamise teel. Abivahendite kättesaadavusega seotud raskused tekitasid ebakindlust ja raskendasid operatsioonijärgset igapäevast toimetulekut.

„...Need mähkmed on ikka päris kallid, eriti kui pead neid kogu aeg kasutama.“ (6)

„...Eestis ei leidnud ma seda, mis oleks päriselt sobinud, pidin tellima välismaalt.“ (1)

„...Keegi ei osanud öelda, kust või mida täpselt osta, pidin ise katsetama.“ (5)

5. ARUTELU

5.1 Kogemused terviseprobleemide ja nendega toimetulekuga

Patsiendid kogesid operatsioonijärgselt mitmesuguseid terviseprobleeme, millest kõige enam mõjutas igapäevast toimetulekut uriinipidamatus. Uuritavate jaoks ei olnud uriinipidamatus pelgalt füüsiline probleem, vaid sellega kaasnesid ebakindlus, häbitunne ja vajadus kohandada oma igapäevaelu. Abivahendite kasutamine ning pidev valmisolek võimaliku lekkega toime tulla mõjutasid enesetunnet ja vähendasid kindlustunnet väljaspool kodu. Lisaks selgus, et ilma piisava juhendamiset pidid uuritavad ise otsima sobivaid toimetulekuviise. Ka varasemates uurimustes on operatsioonijärgset uriinipidamatust kirjeldatud kui üht kõige häirivamat kõrvaltoimet ning seostatud seda unehäirete, negatiivsete emotsioonide, sotsiaalse aktiivsuse vähenemise ja piiratud toetusega. Samuti on leitud, et uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni häired võivad mõjutada enesehinnangut, mehelikkuse tajumist ja igapäevaelu korraldust (Sun ja Gu, 2024; Wennick jt, 2017; Anguas-Gracia jt, 2023). Ka käesoleva uurimistöö põhjal võib järeldada, et vähenenud kontroll oma keha üle mõjutas uuritavate enesekindlust ning nõudis kohanemist muutunud igapäevaelu ja enesetajuga.

Operatsioonijärgne taastumine eeldas patsientidelt aktiivset osalemist ja uute enesehooldusoskuste õppimist. Käesoleva uurimistöö põhjal olid taastumisel olulised füüsiline aktiivsus, vaagnapõhjalihaste harjutused ja tervislikud eluviisid. Enesehooldus tähendas patsientide jaoks harjutuste tegemise kõrval teadlikku ja järjepidevat tegutsemist, et taastada kontroll oma keha üle. Ka varasemalt on leitud, et operatsioonijärgne taastumine on järk-järguline protsess, mille käigus patsiendid õpivad oma igapäevaelu muutunud kehaliste funktsioonidega kohandama ning enesehooldust juhtima (Wennerberg jt, 2021). See sai kinnitust ka käesolevas uurimistöös, kus uuritavad kirjeldasid taastumist protsessina, mis nõudis nii harjutamist, enese jälgimist kui ka uute toimetulekuviiside kujundamist.

Käesoleva uurimistöö tulemused näitasid, et operatsioonijärgsete muutustega kohanemine ei tähendanud patsientide jaoks ainult füüsilist paranemist, vaid ka harjumist muutunud kehalise seisundi, seksuaalfunktsiooni muutuste ja uue elukorraldusega ning kohanemine nõudis neilt aktiivset osalemist taastumisprotsessis. Sarnast mustrit on täheldatud ka varasemates uurimustes, kus operatsioonijärgset taastumist käsitletakse dünaamilise ja järk-järgulise protsessina, mille käigus patsient püüab taastada tasakaalu ning jätkata võimalikult tavapärasel igapäevaelu muutunud olukorras (Allvin jt, 2008). Samuti on leitud, et pärast haiglast lahkumist võib taastumise

juhendamine ja jälgimine jääda piiratuks, mis suurendab ebakindlust ja võib aeglustada tavapäraste tegevuste juurde naasmist (van der Meij jt, 2016). Nende tulemuste põhjal võib järeldada, et operatsioonijärgne kohanemine ei saa jääda ainult patsiendi enda vastutuseks. Kuigi patsiendi aktiivne osalemine taastumisprotsessis on oluline, peab selle kõrval olema tagatud ka süsteemne, patsiendikeskne ja pidev juhendamine. Seetõttu tuleb operatsioonijärgset taastumist käsitleda tervikliku protsessina, mis eeldab patsiendi aktiivsust ja professionaalset toetust. Terviklik lähenemine, mis arvestab nii füüsiliste kui ka psühhosotsiaalsete vajadustega, on oluline, et toetada patsiendi kodust toimetulekut ja elukvaliteedi taastumist.

5.2 Kogemused psühhosotsiaalsete probleemide ja nendega toimetulekuga

Käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et radikaalse prostatektoomia järgne psühhosotsiaalne toimetulek kujunes järk-järguliseks kohanemisprotsessiks, mille keskmes olid ebakindlus tervise ja taastumise suhtes, operatsioonijärgsete muutuste mõju enesetajule ning vajadus taastada kontrollitunne igapäevaelus. Patsiendid pidid toime tulema vähidiagnoosi, taastumise ettearvamatus ja võimalusega, et operatsioonijärgsed kõrvaltoimed võivad püsima jääda. Eriti koormavaks kujunes teadmatus selle kohta, kas uriinipidamatus taandub, kas seksuaalfunktsioon taastub ning milliseks kujuneb edasine elu pärast operatsiooni. Varasemates uurimustes on sarnaselt kirjeldatud eesnäärmevähiga patsientide ebakindlust, vähi taastekke ja mittetäieliku paranemise hirmu, PSA jälgimise ja järelkontrollidega seotud ärevust ning vajadust leida viise haiguse ja ravi tagajärgedega kohanemiseks (Mardani jt, 2023; Xiang jt, 2025; Van Ee jt, 2018).

Operatsioonijärgsed muutused mõjutasid patsientide psühhosotsiaalset heaolu eelkõige enesetaju, mehelikkuse, intiimsuse ja lähisuhete kaudu. Uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni muutused puudutasid enesehinnangut, turvatunnet ja igapäevast toimetulekut ning võisid muuta patsiendi arusaama oma kehast ja rollist lähisuhetes. Varasemates uurimustes on uriinipidamatust pärast radikaalset prostatektoomiat seostatud igapäevaelu häirituse, taastumisega seotud murede, negatiivsete emotsioonide, sotsiaalse eemaldumise ja seksuaalelu muutustega (Sun ja Gu, 2024). Seksuaalfunktsiooni muutused on omakorda mõjutanud seksuaalvajaduste väljendamist, seksuaalkäitumist, paarisuhtelist intiimsust ja rollitaju pärast radikaalset prostatektoomiat (Zhang jt, 2025). Samuti on leitud, et erektsioonihäired ja uriinipidamatus võivad kahjustada meeste mehelikkuse tunnet, enesekuvandit ja valmisolekut oma kogemustest rääkida (Buote jt, 2020). Seksuaalfunktsiooni muutuste mõju on kirjeldatud ka seoses enesehinnangu, kehakuvandi, mehelikkuse tunde, identiteedi ja psühholoogilise distressiga (Bowie jt, 2022; Rogers jt, 2022; García-Rodelas jt, 2023). Lisaks võivad muutused seksuaalsuses mõjutada intiimsust,

partnerisuhet ja partneritevahelist suhtlemist ning tuua kaasa vajaduse kohaneda muutunud keha, seksuaalelu ja igapäevase normaalsusega (Hayashi jt, 2023; Haining jt, 2024; Mumuni jt, 2025). Käesoleva uurimistöö tulemused haakuvad nende seisukohtadega, sest uuritavate kirjeldustes mõjutasid seksuaalfunktsiooni muutused ja uriinipidamatus lisaks kehalisele toimetulekule ka enesetunnet, sotsiaalsel osalemist ja psühholoogilist kohanemist. Seetõttu on oluline käsitleda operatsioonijärgseid kõrvaltoimeid patsiendi tervikliku kogemuse osana. Kui kõrvaltoimed puudutavad intiimseid ja identiteediga seotud valdkondi, võib nende mõju olla patsiendi jaoks märksa laiem kui sümptom ise.

Psühhosotsiaalset kohanemist mõjutasid ka patsientide toimetulekuviisid. Osa uuritavaid püüdis hoida positiivset hoiakut, püsida tegevuses ja säilitada tavapärase elurütmi. See aitas neil tunda, et nad saavad oma olukorda mingil määral ise mõjutada, ning vähendas haiguse ja taastumisega seotud muret. Varasemates uurimustes on samuti kirjeldatud, et kontrollitunde taastamine, sotsiaalse seotuse hoidmine, aktiivne osalemine oma taastumises ja muutustega leppimine võivad toetada psühholoogilist kohanemist pärast eesnäärmevähi ravi (Langelier jt, 2022; Xiang jt, 2025). Käesolevas uurimistöös väljendus positiivne hoiak eelkõige keskendumises nendele tegevustele ja valikutele, mida patsient sai ise mõjutada.

Samas ilmnes ka vältivamaid toimetulekuviise. Mõned patsiendid püüdsid hoiduda haigusega seotud mõtetest, vähiteemalistest aruteludest või oma muredest rääkimisest. Selline käitumine võis aidata emotsionaalset pinget ajutiselt vähendada, kuid pikemas vaates võib see piirata toe ja abi otsimist. Varasemates uurimustes on kirjeldatud, et eesnäärmevähiga mehed võivad oma kogemusi varjata häbi, piinlikkuse, stigma, enesevääriskuse säilitamise soovi või mehelikkusega seotud ebakindluse tõttu (Buote jt, 2020; Van Ee jt, 2018; Xiang jt, 2025). Seksuaalse heaoluga seotud abi otsimist võivad takistada ka soov mitte tervishoiutöötajaid koormata, tajutud ajapuudus arsti vastuvõttudel ning tunne, et seksuaalsuse käsitlemiseks ei ole piisavalt sobivat tuge ega järjepidevat nõustamist (Charlick jt, 2025). Käesoleva uurimistöö tulemused osutavad, et murede varjamine ja tavapärase elurütmi hoidmine võivad olla patsiendi jaoks viis säilitada kontrollitunnet muutunud olukorras.

5.3 Kogemused vajalike ressursside ja toega

Operatsioonijärgne toimetulek kujunes patsiendi enda pingutuse, kättesaadava toe ja olemasolevate ressursside koosmõjus. Lähedaste ja eriti partneri toetus oli operatsioonijärgsel

toimetulekul väga oluline. Partneri emotsionaalne kohalolu, mõistev suhtumine ja valmisolek muutustega kohaneda vähendasid ebakindlust ning aitasid hoida psühholoogilist tasakaalu. Varasemates uurimustes on samuti kirjeldatud, et partneri kaasatus aitab meestel paremini toime tulla uriinipidamatuse ja seksuaalfunktsiooni muutustega, sest nende muutuste mõju ulatub patsiendist ka lähisuhteni. Toetav partner võib aidata meestel avatumalt rääkida intiimsusega seotud teemadest ning kohaneda muutunud seksuaalsusega. Samuti on leitud, et partneri kaasamine toetab uue normaalsuse kujunemist, eriti siis, kui seksuaalfunktsioon ei taastu ootuspäraselt. (Terrier jt, 2021; Mumuni jt, 2025.) Käesolevas uurimistöös ei olnud toetus alati ainult positiivne ning mehed vajasisid tasakaalu toetuse ja iseseisvuse vahel. Ka varasemalt on leitud, et sotsiaalne tugi võib vähendada psühholoogilist pinget ja toetada kohanemist, kuid selle mõju sõltub toetuse laadist, suhete kvaliteedist ning patsiendi individuaalsetest vajadustest (Xiang jt, 2025).

Oluline on ka kommunikatsiooni ja nõustamise roll. Mida paremini patsient mõistab taastumise kulgu, võimalike kõrvaltoimete kestust ja seda, millal tuleks abi otsida, seda vähem jääb ruumi hirmule ja kõige halvema kartmisele. Varasemad uurimused on näidanud, et teadmatus, ebapiisav teave ja kontrollitunde puudumine võivad süvendada hirmu haiguse taastekke ees ning raskendada psühholoogilist kohanemist (Mardani jt, 2023). Samuti on leitud, et patsiendid vajavad teavet ja tuge eriti raviteekonna kriitilistes etappides, nagu diagnoosi saamine, ravi aeg ja elu pärast ravi. Järjepidev info ja võimalus küsimusi esitada aitavad suurendada turvatunnet ja toetavad kohanemist (Aunan jt, 2021; Xiang jt, 2025). Käesoleva uurimistöö tulemused osutavad vajadusele käsitleda psühhosotsiaalset tuge raviteekonna loomuliku osana. Tugi peaks olema kättesaadav kogu raviteekonna jooksul, eriti perioodidel, mil kõrvaltoimed, ebakindlus või tulevikuga seotud hirmud mõjutavad patsiendi toimetulekut kõige enam.

Oluline oli ka tervishoiutöötajate pakutud teave ja juhendamine, sest nende kvaliteet mõjutas otseselt patsiendi kindlustunnet ja valmisolekut enesehoolduseks. Samuti näitab see, et operatsioonijärgsel perioodil ei piisa ainult üldisest infost, vaid patsiendid vajavad pidevat ja individuaalselt kohandatud tuge ja nõustamist. Varasemad uurimused näitavad, et iseseisvat kodust toimetulekut pärast operatsiooni kujundavad patsiendi enda aktiivsus ning õigel ajal antud selge, kättesaadav ja praktiline teave selle kohta, mida taastumisperioodil oodata (Nilsson jt, 2020). Sarnasele järeldusele jõudsid ka Charlick jt (2025), kelle uurimuses kirjeldasid mehed, et seksuaalse heaoluga seotud tugi oli sageli killustatud, halvasti ajastatud ja vähese järeldusega ning paremini toetaks neid järjepidev ligipääs vastava väljaõppega spetsialistile, kes suudab pakkuda isikupärastatud ja tõenduspõhist nõustamist. Samuti on leitud, et rahuldamata vajadused

puudutavad sageli just kõrvaltoimete kestust, seksuaalfunktsiooni muutusi, rehabilitatsioonivõimalusi, intiimsusega kohanemist ning enesejuhtimise toetust (Rogers jt, 2022; Haining jt, 2024; Roberts jt, 2024). Kui juhendamine on pealiskaudne või ei jätku pärast haiglast lahkumist, võivad patsiendid jääda oma probleemidega üksi ega pruugi olla piisavalt ette valmistatud pikaajalisteks muutusteks (Heneka jt, 2023). Käesoleva uurimistöö tulemused kinnitavad seda, sest patsiendid vajasid rohkem praktilist juhendamist, mis aitaks neil muutunud igapäevaelu ja kõrvaltoimetega toime tulla. Puudujääk ei seisnenud üksnes info hulgas, vaid ka selle sisus, ajastuses ja praktilises kasutatavuses patsiendi jaoks. Seetõttu peaks patsiendiõpetus hõlmama meditsiiniliste faktide edastamise kõrval praktilist toimetulekut ja psühhosotsiaalse kohanemise toetamist.

Seksuaaltervise alane nõustamine ja tugi on sageli ebapiisavad või puuduvad üldse, mistõttu võivad mehed jääda oma muutunud seksuaalsusega üksi. Samuti on kirjeldatud, et seksuaalse heaoluga seotud teave on sageli killustatud, halvasti ajastatud ega vasta piisavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele, mis võib raskendada abi otsimist ja muutunud olukorraga kohanemist (Rogers jt, 2022; Charlick jt, 2025). Eriti ilmnes see seksuaalfunktsiooni muutuste puhul, mille korral tunti puudust paremast teavitamisest, realistlike ootuste kujundamisest ja partneri kaasamisest. Ka seksuaalfunktsiooniga seotud muutuste osas on varasemates uurimustes välja toodud, et patsiendid ei ole sageli operatsiooni tagajärgedeks piisavalt ette valmistatud ning vajavad sihipärast patsiendiõpet ja tuge (Terrier jt, 2021). See tähendab, et ravi eel ei pruugi patsiendid alati täielikult teadvustada, kui suurel määral võivad operatsioonijärgsed muutused mõjutada enesetunnet, suhteid ja arusaama iseendast. Seetõttu ei piisa operatsioonijärgsel perioodil ainult füüsilise taastumise toetamisest, vaid vajalik on ka seksuaalsuse, enesehinnangu ja lähisuhetega seotud nõustamine.

Operatsioonieelne nõustamine oli uuritavate jaoks samuti oluline, sest see lõi aluse hilisemale kodusele toimetulekule. Varasemad uurimused näitavad, et operatsioonieelne ettevalmistus hõlmab info jagamise kõrval patsiendi realistlike ootuste kujundamist taastumise, võimalike kõrvaltoimete ja nende kestuse suhtes. See on oluline eriti siis, kui seksuaalfunktsiooni või uriinipidamatusega seotud muutused püsivad oodatust kauem, sest ebapiisav ettevalmistus võib suurendada ehmatust, pettumust ja ebakindlust (Terrier jt, 2021). Samuti on leitud, et operatsioonieelne ettevalmistus võib suurendada patsiendi optimismi, valmisolekut aktiivselt osaleda ning tunnet, et ta saab ise oma taastumisse panustada (Loughney jt, 2021; Pedersen jt, 2025). Ka käesoleva uurimistöö põhjal võib järeldada, et operatsioonieelne nõustamine ei ole ainult taustainfo andmine, vaid oluline osa taastumisprotsessi ettevalmistamisest. Kui patsient

teab, mida oodata, millised sümptomid on tavapärased ja millal tuleb abi otsida, väheneb ebakindlus ning suureneb valmisolek aktiivseks enesehoolduseks.

Seetõttu ei toimi lähedaste toetus, tervishoiutöötajate juhendamine ja arusaadav teave eraldi, vaid täiendavad üksteist. Kui mõni neist jääb puudulikuks, suureneb patsiendi ebakindlus ja koormus. Nende tulemuste põhjal võib järeldada, et operatsioonijärgset toetust tuleb käsitleda tervikuna, see algab operatsioonieelsest ettevalmistusest, jätkub professionaalse ja praktilise juhendamisega ning hõlmab ka emotsionaalset ja sotsiaalset tuge koduses taastumisperioodis.

5.4 Uurimistöö eetilised aspektid

Käesoleva uurimistöö kavandamisel, läbiviimisel ja tulemuste esitamisel lähtuti eetilistest põhimõtetest ja andmekaitseõuetest, et tagada osalejate privaatsus, õigused ja heaolu. Uurimistöö aluseks olid Hea Teadustava (2023) põhimõtted, mille keskseteks väärtusteks on vabadus, vastutus, ausus, austus ja hoolivus. Uurija tagas osalejate vabatahtlikkuse, autonoomsuse, inimväärikuse, privaatsuse ja heaolu ning vältis nende kahjustamist. Uurimistöö läbiviimiseks taotleti kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

Osalemine uurimistöös oli vabatahtlik. Enne intervjuud anti osalejatele teavet uurimistöö eesmärgi, meetoodika ja kogutud andmete kasutamise kohta. Uurimuses osalemise kutse jagati vastuvõtu lõpus, et vähendada võimalikku survet osalemisotsuse tegemisel. Kutse saamine ei kohustanud patsienti kohe otsustama, vaid võimaldas tal materjaliga rahulikult tutvuda, vajadusel lisaküsimusi esitada ja teha otsus endale sobivas tempos. Uurimuses osalemise soovi korral võtsid osalejad uurijaga ise ühendust kutsel toodud kontaktide kaudu.

Kuna intervjuudes käsitleti isiklikke ja tundlikke teemasid, teavitati osalejaid sellest eelnevalt. Osalejal oli õigus keelduda ebamugavate teemade arutamisest, katkestada intervjuu igal hetkel ning loobuda uurimistöös osalemisest. Kui osaleja otsustas osalemise katkestada, siis tema andmeid uurimistöös ei kasutatud. Osalemisest oli võimalik loobuda enne intervjuu transkribeerimist ning kuni ühe päeva jooksul pärast intervjuu toimumist. Pärast helisalvestise transkribeerimist salvestis hävitati ning osaleja ei olnud tekstifaili põhjal enam tuvastatav. Uurimuses osalemine või mitteosalemine ei mõjutanud osaleja ravi ega suhteid tervishoiutöötajatega.

Uurija arvestas, et intervjuud võivad puudutada osalejate jaoks tundlikke teemasid ning tekitada emotsionaalseid reaktsioone või vaimset koormust. Samuti võis uurija naissoost olemine põhjustada mõnes osalejas ebamugavust või piinlikkustunnet. Osalejatel võis olla keeruline rääkida operatsioonijärgsetest probleemidest, kohanemiskustustest või muutustest peresuhetes. Selleks viidi intervjuud läbi toetavas ja hinnanguvabas õhkkonnas, kus osalejal oli võimalik rääkida segamatult ja omas tempos. Vajadusel suunas uurija osalejat terviseprobleemidega seotud abi saamise võimaluste juurde. Intervjuud viidi läbi poolstruktureeritud küsimuste alusel, et hoida vestlus uurimistöö eesmärgiga seotud teemadel.

Uurija vastutas osalejate privaatsuse ja konfidentsiaalsuse eest. Kui patsient soovis intervjuus osaleda, lepiti kokku intervjuu aeg ja koht ning küsiti luba kontaktandmete salvestamiseks. Telefoninumber või e-posti aadress, mille kaudu uurijaga ühendust võeti, kustutati kõigist elektroonilistest andmekandjatest kohe pärast intervjuu läbiviimist. Andmeid koguti individuaalintervjuude kaudu. Intervjuud toimusid vaikselt ja privaatsetes keskkonnas, näiteks haiglas selleks broneeritud ruumis, uuritava kodus või muus osalejale sobivas kohas. Enne intervjuu läbiviimist allkirjastati vastavalt osaleja soovile digitaalselt või paberkandjal uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm.

Intervjuude helifailid transkribeeriti esimesel võimalusel, kuid mitte hiljem kui seitsme päeva jooksul pärast intervjuu toimumist. Seejärel helifailid kustutati. Andmeid koguti isikustatult, kuid pärast transkribeerimist kodeeriti tekstifailid viisil, mis ei võimaldanud osalejaid tagantjärele tuvastada. Osalejatelt küsiti intervjuu alguses vanust, kuid seda kasutati ainult uuritavate vanuselise koosseisu üldiseks kirjeldamiseks. Ka seda selgitati osalejatele intervjuu alguses.

Digitaalselt allkirjastatud nõusolekuvormid ja transkribeeritud intervjuude failid hoiustati Tartu Ülikooli OneDrive'i pilvesalvestusruumis, mis oli seotud uurija Tartu Ülikooli kasutajakontoga ja millele oli ligipääs ainult uurijal. Paberkandjal nõusolekuvormid skaneeriti intervjuu läbiviimise päeval, laaditi samuti Tartu Ülikooli OneDrive'i ning paberdokumendid hävitati turvaliselt. Intervjuude helifailid laaditi kohe pärast intervjuud Tartu Ülikooli OneDrive'i ja kustutati diktofonist. Allkirjastatud nõusolekuvorme ja anonüümseks muudetud tekstifaile säilitati Tartu Ülikooli pilvesalvestusruumis kuni 2026. aasta juulini, seejärel need hävitatakse. Andmeanalüüs ja tulemuste esitamine toimusid viisil, mis välistas osalejate tuvastamise. Tulemuste illustreerimisel kasutati tekstikatkeid nii, et välditi intiimseid detaile ja osalejate äratundmist võimaldavat teavet.

5.5 Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad

Käesoleva uurimistöö usaldusväärsust toetas kvalitatiivse uurimistöö jaoks sobiva uurimismeetodi valik, uuritavate sihipärane kaasamine, andmete kogumise ja analüüsi läbipaistvus ning tulemuste selge esitamine. Uurimuses kasutati poolstruktureeritud intervjuusid, mis võimaldasid uuritavatel kirjeldada oma operatsioonijärgse koduse toimetuleku kogemusi põhjalikult ja oma vaatenurgast. Intervjuud viidi läbi privaatses keskkonnas, kõik intervjuud salvestati ja transkribeeriti sõnasõnalt, mis vähendas andmete kadumise või moonutamise võimalust ning toetas täpset analüüsi. Analüüsi käigus liikus uurija korduvalt algandmete, koodide ja alakategooriate vahel, et tagada nende vastavus intervjuude sisule ning kujundada loogiline kategooriasüsteem. Usaldusväärsust toetas ka tulemuste esitamine viisil, mis võimaldas seostada uurija tõlgendusi uuritavate kirjeldustega, säilitades samal ajal osalejate anonüümsuse. Tulemuste illustreerimisel kasutati tekstikatkeid nii, et vältiti intiimseid detaile ja osalejate äratundmist võimaldavat teavet. Tulemuste usaldusväärsust suurendas ka see, et uuritavate kirjeldustes ilmnis korduvaid teemasid ja sarnaseid kogemusi, mis viitab andmete küllastumisele.

Samas tuleb tulemuste tõlgendamisel arvestada ka uurimistöö piirangutega. Üks peamisi kitsaskohti oli valimi väiksus. Kuigi piiratud arv uuritavaid võib vähendada tulemuste ülekantavust laiemale patsientide rühmale, ei ole kvalitatiivse uurimistöö eesmärk teha üldistusi kogu populatsiooni kohta, vaid mõista uuritavate kogemusi sügavuti. Käesolevas uurimistöös ilmnis uuritavate kirjeldustes korduvaid teemasid ja sarnaseid kogemusi, mis toetas tulemuste sisulist koondumist. Samas ei tähenda see, et täiendavate intervjuude käigus ei oleks võinud esile tulla uusi nüansse, erinevaid kogemusi või täpsustavaid detaile. Seetõttu võimaldas ka käesolev valim saada sisukat teavet patsientide operatsioonijärgsete kogemuste kohta, kuid tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et uuritavate kogemuste mitmekesisus ei pruugi olla täielikult ammendunud.

Uurimistöös ei kaasatud kõiki haiglaid, kus tehakse radikaalset prostatektoomiat. See võis mõjutada tulemuste ülekantavust, kuna patsientide kogemused võivad erineda sõltuvalt raviasutusest, ravikorraldusest ja pakutavast toest. Rohkemate raviasutuste kaasamine oleks võimaldanud saada mitmekesisema ülevaate patsientide kogemustest. Piiranguna tuleb arvestada ka uurija vähest varasemat kogemust kvalitatiivsete intervjuude läbiviimisel. See võis mõjutada intervjuude läbiviimist ja andmete kogumist. Samuti ilmnis, et mõned intervjuukava küsimused olid uuritavatele keerulised ja vajasis lisaselgitusi. Kuigi see võis mõjutada vastuseid, aitas

küsimuste täpsustamine tagada, et uuritavad mõistsid küsimusi õigesti ja said oma kogemusi selgemalt kirjeldada.

5.6 Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad

Käesoleva uurimistöö põhjal on näha, et operatsioonijärgne kodune toimetulek ei sõltu ainult meditsiinilise ravi tulemusest, vaid suurel määral ka sellest, kui hästi on patsient enne operatsiooni ja pärast haiglast lahkumist informeeritud, juhendatud ja toetatud. Tulemused näitavad, et patsiendid vajavad praktilist, arusaadavat ja usaldusväärset teavet, mis aitaks neil mõista operatsioonijärgseid muutusi ning nendega kodus keskkonnas toime tulla. Seetõttu on oluline pöörata tervishoius rohkem tähelepanu patsiendiõpetusele ning sellele, et patsient ei jääks vajalikku teavet iseseisvalt otsima. Erilist tähelepanu tuleks pöörata operatsioonieelsele ettevalmistusele, sest just see loob aluse hilisemale kodusele toimetulekule. Patsient peab enne operatsiooni teadma, millised muutused võivad pärast operatsiooni tekkida, millised sümptomid on tavapärased, millal tuleb abi otsida ja kuidas igapäevaelu muutunud olukorras korraldada. Selline ettevalmistus võib vähendada ebakindlust ning suurendada patsiendi valmisolekut aktiivseks enesehoolduseks.

Uurimistulemused viitavad ka vajadusele arendada struktureeritud nõustamisprogramme, mis toetaksid patsienti kogu raviteekonna vältel. Nõustamine ei peaks piirduma ainult haiglas antava suulise infoga, vaid peaks sisaldama ka kirjalikke juhendeid, meeldetuletusi ja võimalust võtta tervishoiu töötajaga ühendust juhul, kui patsiendil tekivad küsimused või probleemid kodus taastumisperioodis. Oluline oleks välja töötada ühtsed ja tõenduspõhised patsiendi infomaterjalid, mida kasutatakse eri raviastutustes sarnasel kujul, et patsiendile antav teave oleks arusaadav, järjepidev ja sarnase kvaliteediga.

Praktilise tähendusega on ka see, et tervishoiutöötajad vajavad ettevalmistust, et käsitleda lisaks füüsilistele probleemidele ka psühhosotsiaalseid teemasid. Uurimistööst ilmnes, et operatsioonijärgsed muutused võivad mõjutada enesehinnangut, mehelikkuse tajumist, lähisuhteid ja psühholoogilist heaolu. Seetõttu peaks nõustamisel tähelepanu pöörama ka emotsionaalse kohanemise, seksuaalsuse ja paarisuhtega seotud küsimustele. Eriti oluline võib see olla nooremate patsientide puhul, kelle jaoks seksuaalfunktsiooni muutused võivad olla tugevamalt seotud enesehinnangu ja lähisuhtega.

Uurimistulemuste põhjal on oluline vaadata ka lähedaste rolli operatsioonijärgses toimetulekus. Lähedased ja partner võivad olla patsiendi jaoks oluline ressurss, kuid selleks vajavad nad samuti teavet ja juhendamist. Praktikas võiks see tähendada patsiendi lähedaste suuremat kaasamist nõustamisse, et toetada nii patsiendi kui ka tema partneri valmisolekut operatsioonijärgsete muutustega kohaneda. Lisaks viitavad tulemused vajadusele arendada eesnäärmekasvajaga patsientide raviteekonda tervikuna. Raviteekond peaks olema patsiendi jaoks selge, järjepidev ja toetav alates diagnoosi saamisest kuni operatsioonijärgse taastumiseni. Patsiendil peab olema arusaam, millist tuge ta saab, kelle poole ta saab pöörduda ning kuidas on korraldatud edasine jälgimine ja nõustamine.

Edasised uurimused võiksid keskenduda sellele, kuidas kujundada ja rakendada patsientide nõustamisprogramme, mis toetaksid võimalikult hästi operatsioonijärgset kodust toimetulekut. Samuti oleks oluline uurida operatsioonieelse nõustamise mõju patsientide psühholoogilisele heaolule, enesehooldusvõimele ja elukvaliteedile. Täiendavalt vajaks uurimist, milline on tervishoiutöötajate valmisolek käsitleda seksuaalsuse, psühhosotsiaalse kohanemise ja lähisuhetega seotud teemasid ning millist koolitust nad selleks vajavad. Oluline oleks uurida ka lähedaste kogemusi ja toetuse vajadust, et kujundada patsiendi kõrval ka partnerit ja perekonda arvestav lähenemine operatsioonijärgsele taastumisele.

6. JÄRELDUSED

Radikaalse prostatektoomia järgne kodune toimetulek kujuneb füüsiliste terviseprobleemide, psühhosotsiaalse kohanemise ja patsiendile kättesaadava toe koosmõjus. Kodust toimetulekut tuleb käsitleda tervikliku taastumisprotsessina, milles on seotud kehaline taastumine, emotsionaalne kohanemine, igapäevaelu ümberkorraldamine ja toetuse olemasolu. Uriinipidamatus ja seksuaalfunktsiooni muutused on peamised operatsioonijärgsed probleemid, mis mõjutavad patsiendi igapäevaelu, enesehinnangut, turvatunnet, mehelikkuse kogemist ja lähisuhteid. Nende kõrvaltoimetega toimetulek eeldab praktilisi oskusi, sobivaid abivahendeid, teadlikku enesehooldust ja aega muutunud olukorraga kohanemiseks.

Operatsioonijärgne psühhosotsiaalne toimetulek on seotud ebakindluse, tervisega seotud hirmude, muutunud enesetaju ja vajadusega taastada kontrollitunne igapäevaelus. Kohanemist toetavad haiguse aktsepteerimine, positiivne hoiak, tegevuses püsimine, tavapärase elurütmi säilitamine ning patsiendi aktiivne osalemine taastumisprotsessis. Lähedaste, partneri ja sama kogemusega inimeste tugi on oluline osa operatsioonijärgsest kohanemisest. Emotsionaalne, praktiline ja kogemuslik tugi aitab patsiendil toime tulla taastumisega seotud ebakindluse, elukorralduse muutuste ja tundlike teemadega, millest tervishoiutöötajatega alati ei räägita.

Tervishoiutöötajate antud teave, juhendamine ja järelkontrollid toetavad patsiendi valmisolekut koduseks toimetulekuks. Operatsioonieelne ja operatsioonijärgne nõustamine peab olema süsteemne, tervishoiutöötaja algatatud ning patsiendi vajadustele vastav. Nõustamisel tuleb käsitleda taastumise kulgu, võimalikke kõrvaltoimeid, uriinipidamatusega toimetulekut, seksuaalfunktsiooni muutusi, abivahendite kasutamist, kodust enesehooldust, järelkontrolle ja abi otsimise võimalusi. Selget ja praktilist teavet tuleb pakkuda ka teemadel, mida patsiendid võivad ise häbi, ebakindluse või teadmatuses tingituna mitte algatada. Nõustamine, infomaterjalid, järelkontrollid ja tugiteenustele suunamine peavad moodustama patsiendi jaoks ühtse ja kergesti mõistetava raviteekonna.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Ahmed, F., Burt, J., Roland, M. (2014). Measuring patient experience: Concepts and methods. *Patient*, 7(3), 235–241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., Idvall, E. (2008). Experiences of the postoperative recovery process: An interview study. *The Open Nursing Journal*, 2, 1–7. <https://doi.org/10.2174/1874434600802010001>
- Anguas-Gracia, A., Antón-Solanas, I., Echániz-Serrano, E., Subirón-Valera, A. B., Rodríguez-Roca, B., Juárez-Vela, R., Satustegui-Dordá, P. J., Fernández-Rodríguez, M. T., Gea-Caballero, V., Tejada-Garrido, C. I. (2023). Quality of life after radical prostatectomy: A longitudinal study. *Nursing Reports*, 13(3), 1051–1063. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030092>
- Aunan, S. T., Wallgren, G. C., Hansen, B. S. (2021). The value of information and support: Experiences among patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1653–1664. <https://doi.org/10.1111/jocn.15719>
- Bekele, D., Martínez-Hernández, A. (2025). Qualitative studies on men with prostate cancer: A systematic meta-synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 20, 2436720. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2436720>
- Bowie, J., Brunckhorst, O., Stewart, R., Dasgupta, P., Ahmed, K. (2022). Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(1), 95–110. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01007-9>
- Buote, R., Cameron, E., Collins, R., McGowan, E. (2020). Understanding men's experiences with prostate cancer stigma: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), 577–585. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.577-585>

- Chambers, S. K., Hyde, M. K., Laurie, K., Legg, M., Frydenberg, M., Davis, I. D., Lowe, A., Dunn, J. (2018). Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: A qualitative study. *BMJ Open*, 8, e019917. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019917>
- Charlick, M., Murphy, M., Murphy, B., Ettridge, K., O'Callaghan, M., Sara, S., Jay, A., Beckmann, K. (2025). Sexual wellbeing support for men with prostate cancer: A qualitative study with patients. *Translational Andrology and Urology*, 14(4), 913–927. <https://doi.org/10.21037/tau-2024-682>
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- European Association of Urology. (2025). *EAU guidelines on prostate cancer*. <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer> , vaadatud 31.03.2026
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today/>
- García-Rodelas, L. V., Martínez-Bordajandi, Á., Puga-Mendoza, A. P., Hernández-Padilla, J. M., Jiménez-Lasserrotte, M. M., Fernández-Sola, C. (2023). Quality of life in elderly men after a radical prostatectomy: A qualitative study. *Journal of Men's Health*, 19(1), 7–14. <https://doi.org/10.22514/jomh.2023.004>
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grossoehme, D. H. (2014). Overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 109–122. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660>

- Haining, Z., Xiaoli, Z., Jiping, Z., Beibei, Z., Ping, M., Yunfei, G. (2024). Sexual experiences and information needs among patients with prostate cancer: A qualitative study. *Sexual Medicine*, 12(2), qfae019. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae019>
- Hayashi, S., Sato, K., Oishi, F., Fukuda, H., Hayama, Y., Ando, S. (2023). Care needs of Japanese men for sexual dysfunction associated with prostate cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 31, 378. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07837-w>
- Heneka, N., Chambers, S. K., Schaefer, I., Dunn, J. (2023). Acceptability of a virtual prostate cancer survivorship care model in regional Australia: A qualitative exploratory study. *Psycho-Oncology*, 32(4), 569–580. <https://doi.org/10.1002/pon.6101>
- Howell, D., Mayer, D. K., Fielding, R., Eicher, M., Verdonck-De Leeuw, I. M., Johansen, C., Soto-Perez-De-Celis, E., Foster, C., Chan, R., Alfano, C. M., Hudson, S. V., Jefford, M., Lam, W. W. T., Loerzel, V., Pravettoni, G., Rammant, E., Schapira, L., Stein, K. D., Koczwara, B. (2021). Management of cancer and health after the clinic visit: A call to action for self-management in cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(5), 523-531. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa083>
- Young, K., Xiong, T., Pfisterer, K. J., Ng, D., Jiao, T., Lohani, R., Nunn, C., Bryant-Lukosius, D., Rendon, R., Berlin, A., Bender, J., Brown, I., Feifer, A., Gotto, G., Cafazzo, J. A., Pham, Q. (2023). A qualitative study on healthcare professional and patient perspectives on nurse-led virtual prostate cancer survivorship care. *Communications Medicine*, 3, 159. <https://doi.org/10.1038/s43856-023-00387-6>
- Kelmendi, N., Nilsson, M., Taloyan, M., Sundberg, K., Langius-Eklöf, A., Craftman, Å. G. (2024). Preferences for Tailored Support – Patients’ and Health Care Professionals’ Experiences Regarding Symptoms and Self-Management Strategies During the First Year After Curatively Intended Prostate Cancer Treatment. *Patient Preference and Adherence*, 18, 275–288. <https://doi.org/10.2147/PPA.S440689>

- Kollberg, K. S., Thorsteinsdottir, T., Wilderäng, U. (2017). Social constraints and psychological well-being after prostate cancer: A follow-up at 12 and 24 months after surgery. *Psycho-Oncology*, 27(2), 668–675. <https://doi.org/10.1002/pon.4561>
- Kord, E., Flores, J. P., Posielski, N. (2022). Patient-reported outcomes and health-related quality of life in localized prostate cancer: A review of current evidence. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 40(304–314).
<https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2022.04.008>
- Langelier, D. M., Jackson, C., Bridel, W., Grant, C., Culos-Reed, S. N. (2022). Coping strategies in active and inactive men with prostate cancer: A qualitative study. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(3), 421–431. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01037-3>
- Lehto, U.-S., Helander, S., Taari, K., Aromaa, A. (2015). Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A Finnish national survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.018>
- Loughney, L., McGowan, R., O'Malley, K., McCaffrey, N., Furlong, B., Walsh, D. (2021). Perceptions of wellbeing and quality of life following participation in a community-based pre-operative exercise programme in men with newly diagnosed prostate cancer: A qualitative pilot study. *PLOS ONE*, 16(6), e0253018.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253018>
- Mardani, A., Farahani, M. A., Khachian, A., Vaismoradi, M. (2023). Fear of cancer recurrence and coping strategies among prostate cancer survivors: A qualitative study. *Current Oncology*, 30(7), 6720–6733. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070493>
- Mumuni, S., O'Donnell, C., Doody, O. (2025). Lived experience of men with prostate cancer in Ireland: A qualitative descriptive study. *Healthcare*, 13(9), 1049.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13091049>

National Cancer Institute. (2025). *Prostate cancer treatment (PDQ®)–Health professional version*. National Cancer Institute.

<https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-treatment-pdq> vaadatud 23.03.2026

Nilsson, L., Hellström, A., Wennerberg, C., Ekstedt, M., Schildmeijer, K. (2020). Patients' experiences of using an eHealth tool for self-management support after prostate cancer surgery: A deductive interview study explained through the FITT framework. *BMJ Open*, 10(6), e035024. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035024>

Oben, P. (2020). Understanding the patient experience: A conceptual framework. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 906–910. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>

OpenAI. (2025). *ChatGPT*. <https://chat.openai.com/>

Pedersen, M. B., Villumsen, B. R., Saxton, J. M., Birch, S., Jensen, J. B., Nielsen, A. H. (2025). Prostate cancer patient experience of prehabilitation prior to radical prostatectomy: A hermeneutical phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 75, 102810. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102810>

Roberts, N. A., Esler, R., Pearce, A., Wyld, D., Smith, M., Woollett, K., Mazariego, C., Roberts, M. J. (2024). Exploring unmet needs in prostate cancer care: A cross-sectional descriptive study. *European Urology Open Science*, 62, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.euros.2024.01.018>

Rogers, F., Rashidi, A., Ewens, B. (2022). Education and support for erectile dysfunction and penile rehabilitation post-prostatectomy: A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 130, 104212. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104212>

Santaliz-Moreno, I., Lewis-Thames, M. W., Khan, S., Langston, M. E., Rice, H. E., L'Hotta, A. J., Sijević, A., Houston, A. J. (2024). The hidden costs: A qualitative analysis exploring the experience of prostate cancer treatment-related side effects on sexual function and urinary incontinence among Black survivors and their caregivers. *Journal of Cancer Survivorship*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01681-5>

- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Skolarus, T. A., Wittmann, D., Hawley, S. T. (2017). Enhancing prostate cancer survivorship care through self-management. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 35(8), 564–568. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.05.008>
- Spendelow, J. S., Joubert, H. E., Lee, H., Fairhurst, B. R. (2017). Coping and adjustment in men with prostate cancer: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(6), 749–764. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0654-8>
- Sun, N., Gu, Y. (2024). Exploring the hidden struggles: A qualitative insight into urinary incontinence among prostate cancer survivors post-surgery. *Patient Preference and Adherence*, 18, 1047–1058. <https://doi.org/10.2147/PPA.S461027>
- Tartu Ülikooli eetikakeskus, Eesti Teadusagentuur. (2023). Hea teadustava. Tartu Ülikooli eetikakeskus.
- Tervise Arengu Instituut. (2025). *Eestis diagnoositi 2023. aastal rekordiliselt palju vähijuhte*. <https://www.tai.ee/et/uudised/eestis-diagnoositi-2023-aastal-rekordiliselt-palju-vahijuhte>
vaadatud 31.03.2026
- Taylor, S., Johnson, H., Peat, S., Booker, J., Yorke, J. (2020). Exploring the experiences of patients, general practitioners and oncologists of prostate cancer follow-up: A qualitative interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101820. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101820>
- Taylor, B., Francis, K. (2013). *Qualitative Research in the Health Sciences: Methodologies, Methods and Processes* (1st ed.). Routledge
- Terrier, J. E., Ruffion, A., Hamant, C., Rousset, V., Kalecinski, J., Baudot, A., Dumas, A., Chauvin, F., Bourmaud, A. (2021). Patient education for radical prostatectomy:

- Development of a program tailored to the needs of prostate cancer patients. *American Journal of Men's Health*, 15(6), 1–11. <https://doi.org/10.1177/15579883211063317>
- Turner, D. W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754–760. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1178>
- van der Meij, E., Huirne, J. A. F., Bouwsma, E. V. A., van Dongen, J. M., Terwee, C. B., van de Ven, P. M., den Bakker, C. M., van der Meij, S., van Baal, W. M., Leclercq, W. K. G., Geomini, P. M. A. J., Consten, E. C. J., Schraffordt Koops, S. E., van Kesteren, P. J. M., Stockmann, H. B. A. C., ten Cate, A. D., Davids, P. H. P., Scholten, P. C., van den Heuvel, B., Schaafsma, F. G., Meijerink, W. J. H. J., Bonjer, H. J., Anema, J. R. (2016). Substitution of usual perioperative care by eHealth to enhance postoperative recovery in patients undergoing general surgical or gynecological procedures: Study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e245. <https://doi.org/10.2196/resprot.6580>
- van de Wal, M., van Oort, I., Schouten, J., Thewes, B., Gielissen, M., Prins, J. (2016). Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. *Acta Oncologica*, 55(7), 821–827. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2016.1150607>
- van Ee, I. B., Hagedoorn, M., Smits, C. H. M., Kamper, A. M., Honkoop, H. A., Slaets, J. P. J. (2018). This is an older men's world: A qualitative study of men's experiences with prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 37, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.11.002>
- Vyas, N., Brunckhorst, O., Fox, L., Van Hemelrijck, M., Muir, G., Stewart, R., Dasgupta, P., Ahmed, K. (2022). Undergoing radical treatment for prostate cancer and its impact on wellbeing: A qualitative study exploring men's experiences. *PLOS ONE*, 17(12), e0279250. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279250>
- Wennick, A., Jönsson, A.-K., Bratt, O., Stenzelius, K. (2017). Everyday life after a radical prostatectomy: A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>

- Öeren, M., Kelner, E., Lee, G. L., ja Raja, M. (2026). *Eesti Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 vahehindamine*. Tallinn: Causalis OÜ, Mõttekoda Praxis.
- Wennerberg, C., Schildmeijer, K., Hellström, A., Ekstedt, M. (2021). Patient experiences of self-care management after radical prostatectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101894. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101894>
- Wojnar, D. M., Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172–180. <https://doi.org/10.1177/0898010106295172>
- Zhang, H., Liu, Z., Ye, Y., Long, X., Yu, T., Zhang, Y., Dai, Z., Du, J., Chen, L. (2025). Experience of sexual relationship of patients after radical prostatectomy: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1516544. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1516544>
- Xiang, J., Dai, L., Tan, L., Lv, D., Chen, Y., Tang, L., Zhang, J., Yi, X., Liu, X. (2025). Psychosocial experiences of prostate cancer survivors after treatment: A systematic review of qualitative studies. *Frontiers in Public Health*, 13, 1625611. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1625611>

LISAD

LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

Hea patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli magistrant Koidu Ojala ja kutsun Teid osalema uurimistöös „Radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga: kvalitatiivne intervjuu - uurimus“

Andmeid kogutakse ajavahemikul aprill 2025 – detsember 2025. Uurimuses on võimalik osaleda Teile sobival ajal ning intervjuu läbi viimiseks sobivas kohas.

Uurimuse eesmärk on kirjeldada eesnäärmeekasvaja patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga ning mõista, kuidas patsiendid tajuvad enesehoolduse ja taastumise protsessi, milliseid teadmisi ja tuge nad vajavad ning millised on peamised väljakutsed, millega nad koduses keskkonnas kokku puutuvad. Uurimuse tulemused aitavad parandada patsiendiõpetust ja operatsioonijärgse toe pakkumist, et parandada patsientide elukvaliteeti pärast operatsiooni. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli eetikakomitee poolt.

Kutsun uurimuses osalema patsiente, kellele on teostatud eesnäärmeekasvaja eemaldamise operatsioon, kes omavad kogemust operatsioonijärgse toimetulekuga koduses keskkonnas ja on nõus kogemust eesti keeles jagama.

Uurimuses osalemine on vabatahtlik. Teie jaoks tähendab uurimistöös osalemine osavõttu ühest 30-60 minutit kestvast intervjuust, mis viiakse läbi privaatselt Teile sobivas kohas, salvestatakse ja kirjutatakse ümber tekstifailiks. Uurimistöös osalemine on konfidentsiaalne ning tulemused avaldatakse magistratöös üldistatud kujul. Te võite uurimistöös osalemast loobuda ilma põhjenduseta ning loobumine ei mõjuta Teie ravi ja hooldust.

Kui olete nõus uurimistöös osalema või soovite selle kohta täpsemat teavet, palun võtke uurijaga ühendust telefoni +372 55604112 või e-posti , koidu.ojala@ut.ee teel.

Koidu Ojala,

Tartu Ülikooli õendusteaduse magistrant

Lugupeetud patsient!

Teid on kutsutud osalema uurimistöös „**Radikaalse prostatektoomia läbinud patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga: kvalitatiivne intervjuu – uurimus.**“ Uurimistöö eesmärk on kirjeldada eesnäärme kasvaja patsientide kogemusi operatsioonijärgse koduse toimetulekuga ning mõista, kuidas nad tajuvad enesehoolduse ja taastumise protsessi, millist teavet ja tuge nad vajavad ning milliste peamiste väljakutsetega nad koduses keskkonnas kokku puutuvad. Uurimistöö tulemused aitavad parandada patsiendiõpetust ja operatsioonijärgse toe pakkumist, et tõsta patsientide elukvaliteeti.

Olete oodatud osalema uuringus, kui olete läbinud eesnäärme kasvaja eemaldamise operatsiooni ja omate kogemust operatsioonijärgse toimetulekuga koduses keskkonnas. Osalemine on vabatahtlik. Uuringu läbiviimiseks on saadud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus. Uuring viiakse läbi ajavahemikus mai–detsember 2025. Uuringus osalemine hõlmab ühte eesti keeles toimuvat intervjuud, mille kestus on 30–60 minutit. Intervjuu viiakse läbi privaatsetel Teile sobival ajal ja kohas ning salvestatakse diktofoniga. Vestluses võib esineda privaatseid ja tundlikke teemasid, millele vastamine on vabatahtlik. Teile tagatakse konfidentsiaalsus ning uurimistöö tulemused avaldatakse magistritöös üldistatud kujul. Uurimistöö tulemuste kirjeldamiseks võidakse kasutada intervjuust tekstikatkeid, kuid uurija tagab, et Te ei ole äratuntav. Intervjuu alguses küsitakse Teie vanust, et kirjeldada uuritavate grupi üldist vanuselist koosseisu.

Teil on õigus loobuda uurimistöös osalemisest enne intervjuu transkribeerimist (tekstifailiks ümberkirjutamist) ning pärast intervjuu andmist ühe päeva jooksul.

Loobumise korral Teie intervjuud andmete analüüsis ei kasutata ning salvestis kustutatakse. Transkribeerimine toimub esimesel võimalusel pärast intervjuud, kuid hiljemalt seitsme päeva jooksul. Tekstifail ei sisalda Teie isikuandmeid ning seda ei ole võimalik Teiega seostada. Intervjuu helisalvestis kustutatakse pärast transkribeerimist. Teie telefoninumber või e-posti aadress, mille kaudu uurijaga ühendust võtsite, kustutatakse kõikidest elektroonsetest andmekandjatest kohe pärast intervjuu läbiviimist.

Allkirjastatud nõusolekuvorme ja anonüümseid tekstifaile säilitatakse Tartu Ülikooli pilvesalvestusruumis kuni 2026. aasta juulini, pärast mida need hävitatakse. Nimetatud failidele

on ligipääs ainult uurimistöö teostajal. Uurimistöö tulemused on kättesaadavad pärast magistratöö kaitsmist Tartu Ülikooli keskkonnas ADA.

Kui Teil on uuringu kohta küsimusi või soovite täiendavat informatsiooni palun pöörduge uurimistöö teostaja poole: +372 55604112; koidu.ojala@ut.ee.

Kui Teil tekib küsimusi uurimistöös osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole.

Kontakt: eetikakomitee@ut.ee, komitee sekretär: 737 6215

Kui Teil on kaebusi isikuandmete töötlemise osas, siis palun pöörduda Tartu Ülikooli andmekaitse spetsialisti poole e- posti aadressil: andmekaitse@ut.ee

NÕUSOLEKU KINNITUS

Mind _____ /ees-ja perekonnanimi/
on informeeritud uurimistööst „Eesnäarmekasvajaga patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga: kvalitatiivne intervjuu- uurimus“ ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, meetodikast ning uurimistöö andmete kogumise protsessist. Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uurimistöö teostajalt.

Kinnitan oma vabatahtliku nõusoleku uurimistöös osalemiseks ja oma isikuandmete töötlemiseks oma allkirjaga.

Osaleja allkiri _____

Kuupäev, kuu, aasta _____

Informeeris uurimistöö läbiviija Koidu Ojala, allkiri _____

Kuupäev, kuu, aasta _____

LISA 3. Intervjuu küsimused

1. Rääkige, kuidas on Teie elu muutunud peale eesnäärme operatsiooni?
 - Millised muutused on kõige enam mõjutanud Teie igapäevaelu?
 - Missugused on olnud Teie peamised väljakutsed peale operatsiooni?
 - Kuidas olete nende probleemidega toime tulnud?
2. Kirjeldage, mida olete kodus teinud, et oma igapäevaelu kergemaks muuta peale operatsiooni?
 - Kuidas olete hakkama saanud uriinipidamatusega või sellega seotud muredega?
 - Millised terviseprobleemid või vaevused on olnud teil kõige keerulisemad pärast operatsiooni?
3. Kuidas on operatsioon mõjutanud teie seksuaalelu ja lähedust partneriga?
4. Millist abi või toetust olete saanud arstilt või teistelt tervishoiutöötajatelt pärast operatsiooni?
 - Kas on midagi, mida oleksite tahtnud rohkem teada saada?
5. Kuidas olete emotsionaalselt toime tulnud vähidiagnoosi ja operatsiooniga seotud terviseprobleemidega?
6. Millist tuge olete saanud pereliikmetelt ja teistelt lähedastelt, ning kuidas see on mõjutanud teie igapäevaelu?
7. Kas saaksite tuua näiteid, mis aitavad paremini mõista teie igapäevast elu ja toimetulekut pärast operatsiooni?

Suunavad küsimused: "Kas te võiksite tuua näite?" või "Kuidas see teid mõjutas?", Kas saaksite tuua näiteid oma kogemustest?

**Suunavaid küsimusi küsitakse vaid juhul, kui infot ilma nendeta ei kogune.*

LISA 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 400/T-24

koosolek: 21.04.2025

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, eetikakomitee esimees

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, teadur
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uuringute keskuse juhataja
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Raivo Puhke	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor
Atko-Sulhan Remmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Anni Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur
Maarja Torga	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Eesnäärme kasvaja patsientide kogemused operatsioonijärgse koduse toimetulekuga- kvalitatiivne intervjuu- uurimus

Vastutav uurija (asutus):

Heli-Kaja Kübarsepp (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avalduse kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 30.04.2025
2. SA Tartu Ülikooli Kliinikum kooskõlastus uurimistöö läbiviimise kohta
3. Lisa 2. Kutse uurimistöös osalemiseks
4. Lisa 3. Informeeritud nõusoleku vorm, 30.04.2025
5. Lisa 4. Intervjuu kava

6. Uurimistöö läbiviijate CVd (H.-K. Kübarsepp, K. Ojala)

Tartu Ülikool tel 737 6215 grandikeskus
e-post etikakomitee@ut.ee Raekoja plats 9
www.ut.ee/teadus/etikakomitee
51004 Tartu

Uurimistöö lõpp: 30.06.2026

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/* **Komitee sekretär:** Kaire Kallak
/allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/