



# Kivessyöpä ja seksuaalisuuden muutokset

Atte Hermunen

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Kivessyöpä ja seksuaalisuuden muutokset

Atte Hermunen  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2021

Atte Hermunen

### Kivessyöpä ja seksuaalisuuden muutokset

Vuosi 2021

Sivumäärä 30

---

Kehittämistyyppisen opinnäytetyön tarkoituksena oli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa kivessyöpäpotilaan seksuaalisuudesta sekä hoitajien asenteista ja valmiuksista ottaa seksuaalisuus puheeksi hoitotyön yhteydessä. Opinnäytetyön tilaajana toimi erään yliopistollisen keskussairaalan syöpätautien vuodeosasto.

Tarkoitus oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa, joka kertoisi millaisia ongelmia potilaat kokevat kivessyövän sekä sen hoitojen aikana seksuaalisuuden suhteen. Tämän pohjalta osastolle tehtiin esimerkkinä seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta potilaan kanssa.

Tutkimuskysymyksenä toimivat seuraavat: minkälaisia tutkimuksia on tehty kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuudesta ja sen muutoksesta sairastumisen sekä hoidon aikana ja minkälaisia tutkimuksia on tehty hoitajien asenteista ja valmiuksista ottaa seksuaalisuus puheeksi hoitotyössä?

Aihetta rajattiin siten, että työssä käsiteltiin ainoastaan vuosien 2010-2020 sijoittuvia tutkimuksia, jotka käsittelevät kivessyöpäpotilaan seksuaalisuutta. Haun ulkopuolella rajattiin esimerkiksi seksuaalisuutta koskevat tutkimukset, jotka eivät käsittele kivessyöpää. Käsitellyssä priorisoitiin mahdolliset kotimaiset tutkimukset, kansainvälisiä tutkimuksia tarkastellessa otettiin huomioon maa, jossa tutkimus on tehty.

Tiedonhaku tehtiin sähköisiä tietokantoja käyttäen ja kaikki rajausten mukainen materiaali oli kansainvälistä. Työhön hyväksyttiin valintakriteerien perusteella viisi tutkimusta, jotka olivat julkaistu 2012-2019 välillä.

Tulosten pohjalta miesten seksuaalisuudessa tapahtuu negatiivisia muutoksia kivessyövän hoitojen aikana sekä niiden jälkeen. Tutkimukset nostivat esille tarpeen seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta kivessyöpäpotilaiden keskuudessa ja alleviivasivat diagnoosin sekä hoitojen aiheuttamia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia vaikutuksia kaiken ikäisten ja kaikkien siviilisäätyjen kohdalla. Ainoastaan yksi tutkimus keskittyi hoitohenkilökunnan valmiuksiin ottaa seksuaalisuutta puheeksi hoitotyön yhteydessä puutteellisen tietotaidon sekä väärinymmärrysten pelossa.

Opinnäytetyö näytti, että jatkotutkimukselle varsinkin hoitajien asenteista sekä valmiuksista ottaa seksuaalisuutta puheeksi olisi tarvetta. Suomalaisia tutkimuksia ei kivessyöpäpotilaisiin liittyvästä seksuaalisuudesta ollut löydettävissä.

Asiasanat: kivessyöpä, seksuaalisuus, puheeksi ottaminen

Atte Hermunen

Testicular neoplasms and changes in sexuality

Year	2021	Pages	30
------	------	-------	----

---

The purpose of the thesis was to summarize valid and recent information on the changes of sexuality in patients with testicular neoplasms with the help of a descriptive literature review. The aim was to form an example model of how to bring up the topic of sexuality among the testicular cancer patients. The thesis was commissioned by the cancer treatment ward of a central hospital.

The research questions were the following: what kind of research there has been on the sexuality of testicular cancer patients, how the sexuality changes during and after the treatments and nurses attitudes and abilities to discuss about sexuality with patients.

The scope of the thesis was limited to qualitative studies were published between years 2010 and 2020. The research had to focus on testicular neoplasms and the sufferers' sexuality. Finnish research were prioritised over international ones.

The information was retrieved by using various digital databases and all the material that was discovered was international. Five different studies were selected and those fell between the years 2012 and 2019. Only one of the studies covered the subject of nurses' attitudes and abilities to discuss sexuality with patients.

The results showed that the sexuality of men had negative impacts during and after cancer treatments. There was clear need for taking up the subject of sexuality and studies underlined the psychological, mental and physical consequences of illness. The research also pointed that the consequences were not restricted to specific age groups and affected men of all marital statuses. One research that covered nurses' attitudes and abilities showed that many professionals are afraid to be misconceived or do not feel knowledgeable enough to discuss about sexuality with patients.

It became clear that there is not nearly enough research carried out in the field of sexuality among testicular cancer patients. There is only one research published focusing on how professionals take up the subject when moment is the most crucial. No Finnish studies exist on either subject in last 10 years. Future studies should address the problems of discussing sexuality and pay attention to lack of education.

Keywords: testicular neoplasms, testicular cancer, sexuality, discussing sexual issues

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kivessyöpä, oireet ja hoito .....	7
3	Seksuaalisuus ja seksuaalisuuden ohjaus.....	8
4	Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	12
5	Tutkimusmenetelmät .....	13
5.1	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä .....	13
5.2	Kirjallisuuskatsauksen toteutus .....	14
6	Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset .....	14
7	Puheeksi ottamisen mallin toteutus .....	19
8	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet .....	21
9	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	22

## 1 Johdanto

Kivessyöpä on harvinainen sairaus ja sitä todetaan vuosittain Suomessa noin 130 uutta tapusta. Esiintyvyys esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa on yli kaksinkertainen Suomeen nähden. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013). Ilmaantuvuus on kuitenkin Suomessakin kasvanut parinkymmenen vuoden aikana kaksinkertaiseksi. Ilmiöön ei tiedetä syytä. (Sankila 2013). Nuorilla pojilla (alle 14 v) kivessyöpä esiintyy lähes aina teratoomana (yleensä hyvänlaatuinen) tai ruskuaisspussikasvaimena. Nuorilla ja nuorilla aikuisilla todetaan sekä seminomia eli itusolukasvaimia, että ei-seminomia. (Ylönen ym. 2013.)

Kasvaimet jaetaan seminomaan ja ei-seminomaan. Suurin osa kiveksen syöpäkasvaimista lähtee itusoluista, jos kasvain on sekamuotoinen eli sisältää itusolukasvaimia sekä ei-seminomia kudoksia, se hoidetaan ei-seminomana. Seminomien ja ei-seminomien kasvaimien hoidoissa on joitakin eroja. (Janes 2018.)

Aihe on rajattu koskemaan kivessyöpää ja siihen liittyvää seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista, koska kivessyöpä on nuorilla, fertiilitteetti-ikäisillä miehillä esiintyvä sairaus, joka vaikuttaa lähes poikkeuksetta jollain tavoin seksuaalisuuteen. Aihe valikoitui oltuani harjoittelussa TAYS:n syöpätautien vuodeosastolla, jonka aikana kävin tutustumassa seksuaaliterapeutin työnkuvaan. Olin jo aikaisemmin päättänyt, että opinnäytetyöni tulee käsittelemään seksuaalisuutta ja juteltuani tutustumisen päätteeksi olin saanut häneltä ajatuksen lähteä käsittelemään seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista hoitotyön yhteydessä. Tilajaksi sain lopulta TAYS:n osaston RS2, jossa kivessyöpäpotilaita hoidetaan.

Kehittämistyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla haluttiin selvittää millaisia tutkimuksia kivessyöpäpotilaan seksuaalisuuden muutoksesta on tehty ja millaisia ovat hoitajien asenteet sekä valmiudet ottaa seksuaalisuutta puheeksi. Tavoite oli kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta muodostaa yhteistyössä tilaajan kanssa puheeksi ottamisen malli käytettäväksi syöpäosaston hoitajille. Teoriaosassa käydään läpi kivessyöpää ja sen hoitomuotoja, koska niiden vaikutus seksuaalisuuteen on ilmeinen.

## 2 Kivessyöpä, oireet ja hoito

Kivessyöpä saa todennäköisesti alkunsa sikiökehityksen aikana. Tunnettuja riskitekijöitä syöpään ovat piilokiveksisyys, häiriintynyt siittiöntuotanto ja nivustyrä. Jopa kymmenellä prosentilla kivessyöpäpotilaista on todettu lapsena piilokives. Piilokives lähes viisinkertaistaa nuoren miehen riskiä sairastua. (Ylönen ym. 2013.)

Yleisin ensioire on kyhmy kiveksessä, jonka joko henkilö itse tai hänen partnerinsa huomaa (Janes 2018). Noin 20% kiveskyhmy on kivulias ja kymmenesosalla oireet muistuttavat kiveksen tulehdusta (epididymo-orkiitti). Epäily tulehduksesta voi pitkittää oikean diagnoosin saamista. Ei-seminoomaa sairastavilla tavataan harvoin myös rintarauhasen kasvua mutta kyseessä on harvinainen oire. Levinneenä kivessyöpä voi aiheuttaa yskää, väsymystä sekä selkä- tai kylkikipuja. (Ylönen ym. 2013.)

Potilaan ollessa nuori mies, tulee kivessyöpä sulkea pois pitkittyneessä kivistulehduksessa sekä pitkittyneissä epämääräisissä kipu-, vatsa- ja hengenahdistusoireiden yhteydessä. Selvitely voidaan aloittaa nopeasti kiveksen kaikukuvauksella, joka toimii hyvänä tutkimuksena lisäselvittelyiden aloittamiselle. Kaikukuvauksen lisäksi tietokonekerroskuvaus toimii toisena peruskuvantamistutkimuksena. Magneettikuvaus, luuston gammakuvaus sekä PET-TT ovat täydentäviä tutkimuksia, joita voidaan tarvittaessa käyttää. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

Tilanteessa, jossa kivessyöpä leviää, se leviää ensisijaisesti aortan ja alaonttolaskimon haaraumiskohdan ja munuaislaskimon välisen alueen imusolmukkeisiin. Seuraavassa vaiheessa kohteena ovat imusolmukkeet etuvälikarsinan ja soliskuopan alueella. Vain harvoin kasvain leviää toisen puolen kivekseen. Hematogeenisiä eli verisyntyisiä tai veren kautta kulkeutuneita metastaaseja voi mahdollisesti löytyä keuhkoista, maksasta tai keskushermostosta. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

Levinneisyysluokitus perustuu ensisijaisen eli primaarikasvaimen histologiseen tutkimukseen, edellisessä kappaleessa mainittuihin kuvantamistutkimuksiin sekä kasvainmerkkiainepitoisuuksiin (Ylönen ym. 2013.)

Kasvainmerkkiaineisiin kuuluu AFP (alfafetoproteiini), hCG (beetaistukkagonadotropiini) ja LDH (laktaattidehydrogenaasi). Suurentunut merkkiainepitoisuus on yhteydessä kasvaimen olemassaoloon. Seminoomat eivät kuitenkaan usein eritä mitään näistä, poikkeuksena hCG-tason kohoaminen noin 10%:lla seminoomapotilaista. Ei-seminoomissa AFP tai hCG on koholla suurimmassa osassa tapauksista (85%). Kohonnut LDH-taso liittyy yleisesti ottaen metastasoituneeseen syöpään. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

Kivessyövän hoidossa uusiutumistaipumuksen ja tämän perusteella tehtävään hoidonsuunnitteluun vaikuttaa kasvaimen laatu (seminooma tai ei-seminooma), etäpesäkkeiden sekä emokasvaimen sijainti ja näiden tautikuorma (Janes 2018). Yleisin ensimmäinen hoito on sairaan

kiveksen täydellinen poisto (orkiektomia) nivusviillon kautta. Nivusviiltoa käytetään, koska ihon läpi otettavassa koepalassa olisi syövän leviämiskirski. Radikaalin poiston sijaan voidaan harkita osapoistoa, jos veren testosteronipitoisuus on normaali ja kasvain on potilaan ainoassa kiveksessä tai molemmissa kiveksissä. (Janes 2018, Ylönen ym. 2013.)

Orkiektomia pyritään tekemään mahdollisimman nopeasti, sillä osa syövästä kasvaa nopeaa vauhtia (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013). Ainoastaan tilanteissa, joissa potilaalla huomataan massiiviset ja henkeä uhkaavat etäpesäkkeet aloitetaan solunsalpaajahoidot ennen orkiektomia. Tällöin kiveksen poisto tehdään tilanteen rauhoituttua (Ylönen ym. 2013.)

Post-kirurginen hoito tarkoittaa retroperitoneaalista lymfadenektomiaa, jossa alueelliset imusolmukkeet poistetaan. Imusolmukkeissa voi esiintyä jäännöstuumoreita. 10-20% niistä sisältää karsinoomaa ja 30-35% teratoomia eli yleensä hyvänlaatuisia itusolukasvaimia. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

Imusolmukkeisiin levinnyt pienimassainen seminooma hoidetaan sädehoidolla ja ei-seminooma solunsalpaajilla, lymfadenektomiaa käytetään tilanteissa, joissa lääkehoidon jälkeinen tuumorimassa on yli 1 senttimetriä (Ylönen ym. 2013, Janes 2018.)

Sädehoitoon liittyviä sivuvaikutuksia on jokseenkin vähänlaisesti, limakalvoärsytys voi aiheuttaa vatsavaivoja ja pahoinvointia. Pienellä osalla potilaista se aiheuttaa myös mahahaavan. Sädehoito aiheuttaa osalle potilaista myöhemmin kehittyvän atsoospermian (tilan, jossa siemennesteessä ei ole havaittavaa määrää siittiöitä), joka on riippuvainen annoksesta ja saattaa korjaantua itsellään seuraavan kolmen vuoden. Tästä syystä lisääntymisikäisillä miehillä on mahdollisuus tutkituttaa hormoniprofiili ja siemenneste ennen hoitojen aloittamista. Siemennestettä voidaan pakastaa siltä varalta, että mies tarvitsee sitä myöhemmin hedelmöitykseen. Spermatogeneesi eli siittiöiden muodostus voi olla kuitenkin häiriintynyt jo diagnosihetkellä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

Solunsalpaajahoito sisältää kivessyövässä maksimissaan neljä sykliä, jolloin pitkäaikaisvaikutukset jäävät mahdollisesti pienemmiksi. Joillain potilailla esiintyy ääreishermodhäiriöitä ja verenkiertohäiriöitä. Solunsalpaajahoidolla on myös mahdollisuus kehittää atsoospermiaa, joka usein korjaantuu ajan myötä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013.)

### 3 Seksuaalisuus ja seksuaalisuuden ohjaus

WHO on julkaisussaan (2010) määritellyt seksuaalisuuden ”luonnolliseksi osaksi ihmisen kehitystä kussakin elämänvaiheessa ja käsittää fyysisiä, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä”. Se on myös ehdottanut laajempaa määritelmää, jossa määritellään seksuaalisuuden käsittävän myös

sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolien, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, sukupuolisuhteet sekä lisääntymisen. Laajemmassa määrittelyssä seksuaaliset kokemukset ja seksuaalisuuden ilmenemismuodot sisältäisivät fantasiat, ajatukset, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, roolit, suhteet ja seksuaalisuuden harjoittamisen. Toisaalta ihminen ei aina koe tai ilmennä kaikkia edellä mainittuja seksuaalisuuden muotoja. Ehdotetun määritelmän pohjalta myös biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, lailliset, eettiset, historialliset sekä uskonnolliset että hengelliset tekijät vaikuttavat seksuaalisuuteen vuorovaikutuksessa. (Maailman terveysjärjestö 2010.)

Seksuaalisuus on siis tärkeä ja olennainen osa ihmisen identiteettiä. Vakavaan tai pitkäaikaiseen sairauteen sairastuessa seksuaalisuus ei katoa, sen merkitys ja ilmenemismuodot saattavat tosin muuttua. Läheisyys ja hellyys ovat osa seksuaalisuutta ja ihminen sairastaessaan tarvitsee näitä erityisen paljon. Syöpäsairauksissa leikkaushoito, hormonihoitot, solunsalpaajalääkitykset ja sädehoito vaikuttavat seksuaalisiin toimintoihin. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat heikentävät elämänlaatua ja seksistä puhumisen vaikeus potilaiden sekä kumppanien, että potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä on tullut toistuvasti esille. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

10-50%:lla kivessyöpäpotilaista esiintyy eri tutkimusten mukaan jonkinasteisia seksuaalitoimintojen häiriöitä, esimerkiksi erektio- ja orgasmivaikeuksia tai seksuaalisen halun vähentymistä. Imusolmukkeiden poistolla on todettu olevan yhteys retrogradisen ejakulaation eli ennenaikaisen siemensyöksyn ja ejakulaatin pienemmän tilavuuden välillä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Rossenin ym. (2012) tutkimuksessa 24.4%:lla kivessyöpäpotilaista oli ilmennyt madaltunutta seksuaalista halukkuutta ja 42.6% ilmoitti seksuaalisen aktiivisuuden vähentyneen. Halukkuuden vähenemiseen liittyi vahvasti kehonkuvan muutokset, korkea ikä ja liikalihavuus. Aktiivisuuden vähenemiseen vaikuttivat eniten kehonkuvan muutokset ja korkea ikä. Tutkittavista 82% oli ollut seksuaalisesti aktiivisia viimeisen neljän viikon aikana ja heistä 14.3% raportoi seksuaalisen nautinnon vähentyneen, 17.6% kertoi kokeneensa erektio-ongelmia ja 7.3% ejakulaatio-ongelmia. Ejakulaatio-ongelmat olivat vahvasti yhteydessä tutkittaviin, jotka olivat käyneet läpi solunsalpaajahoidot sekä retroperitoneaalisen lymfadenektomian. Noin 17% kivessyöpäpotilaista oli kokenut kehonkuvan muutosta negatiiviseen suuntaan. He raportoivat muun muassa maskuliinisuutensa kärsineen syövän ja sen hoitojen seurauksena. (Rossen ym. 2012.)

Rossenin ym. tutkimuksessa (2012) diagnoosin saamishetkellä yksin olevat miehet esittivät usein huolta siitä, kuinka sairaus ja hoidot vaikuttavat heidän tulevaisuuden parisuhteisiin. Myös tutkittavat, jotka olivat muodostaneet parisuhteen hoitojen jälkeen raportoivat heiken-

tynyttä aviollista tyytyväisyyttä muihin verrattuna. Lisäksi kivessyöpäpotilaat, jotka olivat olleet seksuaalisesti aktiivisia viimeisen neljän viikon aikana mutta eivät parisuhteessa ilmoittivat merkittävästi suurentuneesta seksuaalisesta turhautumisesta. Toisaalta Maria Olsson ym. tutkimuksessaan (2018), jossa tutkimusryhmänä olivat nuoret ja nuoret aikuiset syöpäsairaat, ei löytänyt merkittävää yhteyttä parisuhteen ja seksuaalisen tyytymättömyyden välillä mikä tarkoittaisi, että yksinäisten kivessyöpäpotilaiden ryhmä on seksuaalisesti haastavassa asemassa.

Seksuaalisuuteen liittyvässä ohjauksessa on kuitenkin ongelmia. Vaikka tutkimuksista käy ilmi, että ongelmia seksuaaliasioiden kanssa koetaan kivessyöpäpotilaiden parissa, jätetään siihen liittyvät ongelmat vaille huomiota. Hoitajat eivät mielellään puhu seksuaaliasioista potilaiden kanssa, eivätkä myöskään lähetä potilaita muiden ammattilaisten luo keskustelemaan ongelmista. Potilaat harvoin uskaltavat ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi ja jäävät tästä syystä vajaavaisesti tiedotetuksi. Potilaan ohjaukseen tulisi kuulua neuvontaa myy-teistä, uskomuksista sekä hoitojen aiheuttamista muutoksista. Myös hoitojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen, ehkäisystä hoitojen aikana sekä seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista tulisi informoida potilasta hoitotyön yhteydessä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa kuitenkin linjataan, että seksuaaliohjaus ja neuvonta kuuluvat osaksi normaaleja terveyspalveluja sekä hoitokontakteja. Asian käsitteleminen ja puheeksi ottaminen on hankalaa, sillä jokaisella hoitohenkilökunnan jäsenellä on myös yksilöllinen suhde seksuaalisuuteen. Vaikeutta lisää jos potilas ei ole heteroseksuaali. Hoitaja saattaa myös pyrkiä suojelemaan potilasta, että itseään seksuaalisuuden synnyttämiltä epä mukavuuden tunteilta. Näin saattaa syntyä tilanteita, missä seksuaalisuus jätetään pois potilaan hoidon kokonaisuudesta. Myös hoitajan omalla asenteella sekä verbaalisella, että non-verbaalisella suhtautumisella on merkitystä siihen, tunteeko potilas itsensä seksuaalisesti eheäksi ihmiseksi. Mikäli potilas kokee, ettei hoitaja ymmärrä häntä ja hänen seksuaalisuuttaan, voi se vaikeuttaa potilaan itsensä hyväksymistä. (Ryttläinen & Valkama 2010, 129-132.)

Osa hoitajan ammatillisuutta on se, että pystyy kohtaamaan potilaan seksuaalisuuden sekä pohtimaan siihen liittyviä asioita heidän kanssaan. Lähtökohtaisesti hoitajan tulisi tuntea oma seksuaalisuutensa ja olla työstänyt asiaa yksityiselämässä sekä hoitotyön tekijänä. On vaikeaa antaa potilaalle lupa puhua käsitellä seksuaalisuuttaan, jos hoitotyöntekijä ei ole itse antanut itselleen lupaa käsitellä asiaa. Oman seksuaalisuuden kohtaaminen tarkoittaa, että ihminen on tietoinen omasta kannastaan seksuaalisuuteen liittyvien tunteiden, arvojen, normien, asenteiden ja uskomusten kanssa. Hoitotyöntekijän oma vaivaantuneisuus asiasta puhumiseen usein johtaa, että potilaan kanssa asiaa ei oteta puheeksi. Osa korkeatasoista hoitotyötä on,

että hoitaja pystyy kohtaamaan ammatillisesti ja laadukkaasti myös ei-heteroseksuaaliset potilaat, jottei heidän tarvitse salata suurta osaa elämästään. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 133.)

Tutkiessaan onkologisten sairaanhoitajien itsensä kokemaa osaamista ja suhtautumista seksuaaliasioista keskusteluun miesten kanssa, joilla oli diagnosoitu kivessyöpä Annamarie Moore ym. (2013) sai selville, että hoitajat kokivat epämukavaksi keskustella intiimeistä asioista seksuaalisuuteen liittyen. Hoitajat myös raportoivat tiedon puutetta asiaan liittyen. Lähes 30% vastanneista kertoi ettei ole saanut minkäänlaista koulutusta seksuaaliasioihin liittyen missään vaiheessa koulutusta tai työelämässä.

Ainoastaan 10% osallistujista olivat ilmoittaneet usein tai hyvin usein olevansa valmiita keskustelemaan seksuaaliasioista. Hieman yli puolet informoivat potilasta joskus ja 39% eivät olleet koskaan informoineet potilasta. Puolet kertoivat, että yksikään heidän potilaistaan ei ollut pyytänyt saada keskustella seksuaaliasioista, kun taas 40% ilmoitti yhden viidestä potilaasta pyytäneen saada keskustella aiheesta. Ainoastaan yksi hoitaja raportoi keskustelleensa yli 10 potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä huolista. Hoitajat kommentoivat muun muassa: ”Tunnen pystyväni keskustelemaan joistakin aiheista potilaiden kanssa mutta aiheen liityessä spesifiin miessukupuolen ongelmaan kuten erektiohäiriöön tai impotenssiin, en tunne omaavani riittävästi informaatiota” sekä ”työpajat ja avoimempi ilmapiiri seksuaalisuuteen liittyen rohkaisisi minua henkilökohtaisesti ottamaan asiaa esille keskusteluissa. Jos minulla olisi enemmän tietoa asiasta, se tekisi oloni helpommaksi keskustella asiasta luottamuksellisesti”. (Moore ym. 2013.)

Vastaajat olivat sitä mieltä, että kolme suurinta syytä mitkä estivät puheeksi ottamista olivat yksityisen tilan puute, palveluiden tai asiantuntijoiden puute, joille potilasta ohjata sekä työn kuormituksesta johtuva ajanpuute. (Moore ym. 2013.)

Ammattieettisesti on oikein, että hoitaja lähtee kehittämään seksologista ja seksuaaliterveyden osaamistaan tietoisesti sen sijaan, että kaikki oppi tulisi potilaiden kautta. Seksuaalisuuden kohtaaminen on kuitenkin asia, jota voi oppia potilailta tai asiakkailta, omat käsityksemme seksuaalisuudesta on väistämättäkin rajoittuneita ja näissä tilanteissa potilas voi auttaa ymmärtämään uutta tai outoa asiaa. Tärkeää on, että hoitaja on avoin ja valmis myöntämään ettei tiedä tarpeeksi. Tämä usein lähentää potilassuhdetta, mutta vain jos hoitajalla on valmius ymmärtää potilaan tai asiakkaan seksuaalisuutta. Kuten muissakin ammatillisuuden osioissa, myös seksuaalisuuden kohdalla on hoitajan velvollisuus hankkia lisää tietoa asioista, joissa kokee ammattitaitonsa olevan riittämätöntä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 135.)

#### 4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa osastolle esimerkki puheeksi ottamisen mallista, jota voidaan soveltaa jokapäiväisen hoitotyön ohessa. Esimerkkimalli tulee olemaan käytettävissä sähköisessä sekä fyysisessä, paperisessa muodossa. Tarkoitus on myös lisätä tietoutta tutkimusten kautta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tarpeesta sekä hoitohenkilökunnan siinä kokemista ongelmista.

Tavoitteena on tuottaa tiivistettyä tietoa seksuaalisuuteen liittyvän puheeksi ottamisen haasteista, ongelmista ja jo olemassa olevista malleista sekä nostaa esille kivessyöpään, miessukupuoleen sekä miehen seksuaalisuuteen liittyviä seikkoja, jotka saattavat omalta osaltaan vaikuttaa puheeksi ottamiseen. Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta luodaan puheeksi ottamisen malli, jossa pyritään huomioimaan mahdolliset katsauksessa esiin nousseet ongelmat puheeksi ottamisessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Minkälaisia tutkimuksia on tehty kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuudesta ja sen muutoksesta sairastumisen sekä hoidon aikana?
2. Minkälaisia tutkimuksia on tehty hoitajien asenteista ja valmiuksista ottaa seksuaalisuus puheeksi hoitotyössä?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoitus on selvittää, kuinka paljon kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuutta on tutkittu ja missä konteksteissa. Tarkoitus on selvittää, onko tutkimuksissa käyty läpi puheeksi ottamista potilaiden kanssa sekä mahdollisesti potilaiden omaa tarvetta seksuaalisuudesta keskustelulle. Tähän kysymykseen haetaan vastauksia narratiivista kirjallisuuskatsausta käyttäen sekä kotimaisia, että kansainvälisiä tutkimuksia.

Toisessa tutkimuskysymyksessä haetaan hoitajien asenteista ja valmiuksista tutkimustietoa. Samassa yritetään saada tietoa mahdollisista syistä olla ottamatta seksuaalisuutta puheeksi hoitotyössä ja siitä, kuinka paljon seksuaalisuutta otetaan puheeksi hoitotyön yhteydessä. Myös tähän kysymykseen haetaan tutkimuksia käyttäen narratiivista kirjallisuuskatsausta. Haussa otetaan huomioon kansainväliset sekä kotimaiset tutkimukset.

## 5 Tutkimusmenetelmät

### 5.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on niin sanotusti kirjallisuuskatsauksista ”keyyin” versio. Se mahdollistaa käsiteltävän aiheen laajan ja monipuolisen kuvailun sekä mahdollisuuden havainnollistaa aiheen syntyä tai kulkua. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on tuottaa helposti luettava kokemus, joka kuitenkin tuo ajankohtaista ja luotettavaa tietoa käsiteltävästä aiheesta. Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta voidaan irrottaa kolme erilaista toteutustapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Tässä opinnäytetyössä käytetään menetelmänä yleiskatsausta. Siinä kyse on laajemmasta katsauksesta, jonka tarkoitus on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Lähtökohtaisesti tämän menetelmän avulla hankittu tutkimustieto ei ole käynyt läpi mitään erityisen systemaattista seulaa mutta sen avulla on mahdollista päätyä johtopäätöksiin mikä on myös tämän opinnäytetyön kannalta oleellista. (Salminen 2011.)

Tyypillisesti narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan julkaistuja tieteellisiä artikkeleita ja se keskittyykin erityisesti vertaisarvioitujen tutkimusten tarkasteluun. Aineiston kerääminen sisältää materiaalin hankinnan sekä tekstiaineiston synteessin taulukoidussa muodossa. Tämä mahdollistaa tutkimuksen arvon analysoimisen tai kontribuution osoittamisen suhteessa tutkimuskysymyksiin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

Yleiskatsauksessa tiivistetään aikaisempaa tutkimustietoa sekä sen analyysia. Tässä työssä tarkoitus on kuvata olemassa olevien tutkimuksien luonnetta sekä ominaispiirteitä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 12.)

Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaus tulee rajata tarkasti aihepiirin mukaisesti. Sen saavuttamiseksi on luotava teoreettinen viitekehys, jonka avulla määritetään työssä käytettävät käsitteet. Käsitteiden ja viitekehysten avulla toteutetaan systemaattinen tiedonhaku eri tietokannoista. Tässä työssä käytettyjä tietokantoja ovat Medic, Finna, Laurea Finna, LibGuides, PubMed ja Google Scholar. Kirjallisuuskatsauksessa tulee selvästi esille, kuinka työstettävänä oleva asia liittyy jo valmiiksi tehtyihin ja hyväksytyihin tutkimuksiin. Tärkeää on myös lähteiden luotettavuuden arviointi, lähdekriittisyys ja muistiinpanojen tekeminen, sillä kaikki lähteet tulee näkyä lähdeluettelossa. Tällä tavoin lukija voi itse tarkastella käytettyjä lähteitä halutessaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.)

## 5.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Opinnäytetyön aineistohakuun käytetään sähköisiä tietokantoja, joilla on mahdollista saada tarkkaan rajattuja hakutuloksia hakutermien pohjalta. Haussa tullaan käyttämään luotettavaksi todettuja tietokantoja Medic, Finna, Laurea Finna, LibGuides, PubMed ja Google Scholar. Google Scholarin käytössä tulee silti olla huolellinen tutkimusten laadun arvioinnissa varsinkin kansainvälisten tulosten kanssa. Hakutermeinä tullaan käyttämään kivessyöpä, seksuaalisuus ja puheeksi ottaminen sekä näiden MeSH-tietokannasta haettuja englanninkielisiä termejä *sexuality* ja *testicular neoplasms*. Hakutulosten rajaaminen tulee sijoittumaan vuosien 2010-2020 välille. Haun ulkopuolella rajataan esimerkiksi seksuaalisuutta koskevat tutkimukset, jotka eivät käsittele kivessyöpää. Haussa priorisoidaan mahdolliset kotimaiset tutkimukset. Kansainvälisiä tutkimuksia tarkastellessa otetaan huomioon maa, jossa tutkimus on tehty. Tarkoitus on löytää tutkimustietoa länsimaista, joissa terveydenhuoltojärjestelmä vastaa Suomen järjestelmää, jotta kulttuurierot asian käsittelyssä olisivat mahdollisimman pienet.

Liian laajat kysymykset tuottavat ongelmia liiallisen aineiston vuoksi, eikä tutkijalla ole mahdollisuutta käsitellä kaikkia tuloksia. Liian suppealla kysymyksellä aineistoa voi olla vaikeaa löytää lainkaan. Kirjallisuushaussa voidaan tässä tapauksessa tyytyä vähemmän systemaattiseen lähestymistapaan valitun tutkimusmenetelmän vuoksi. Edellisessä kappaleessa mainitut mukaanotto- ja poissulkukriteerit varmistavat katsauksen fokuksen. Niela-Vilénin ja Hamarin (2016) tekstissä todetaan, että ideaalitalanteessa katsaukseen otetaan mukaan millä tahansa kielellä kirjoitettuja tutkimuksia mutta toteaa myös tämän olevan harvoin mahdollista. Kieli-valintojen (suomi ja englanti) aiheuttamat rajoitukset on huomioitu (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24-26).

Kirjallisuushaku toteutetaan mukaanotto- ja poissulkukriteerien ohjaamana. Ensin tutkitaan valinnat otsikkotasolla sitten abstraktitasolla ja lopuksi tarkastellen kokotekstejä. Haun aikana tehdään muistiinpanoja mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista. Liitessä 1 on esitetty hakusanat, hakutulosten määrä ja valitut tutkimukset. Valitut tutkimukset valikoituivat lopullisten kokotekstien tutkimisen jälkeen. Jotkut valikoituneet tutkimukset löytyivät useammilla hakusanoilla.

## 6 Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset

Rossenin ym. (2012) tutkimukseen osallistui kaikki kivessyöpää sairastaneet potilaat, jotka oli hoidettu Aarhusin sairaalassa Tanskassa vuosien 1990-1999 välillä. 695 potilaan tiedot lisättiin Germinative Tumour Database -tietokantaan. Vuonna 2007 kaikki tietokannassa olleet potilaat, joiden osoite oli tiedossa ja jotka olivat käyneet läpi syöpähoidot yli kolme vuotta sitten kutsuttiin osallistumaan kyselyyn.

Kaikista tietokannan potilaista 18 oli kelpaamattomia maastamuuton, salaisen osoitteen tai viimeaikaisten syöpähoitojen takia. 66 potilaista oli kuollut. Kaikkiaan 611 potilasta olivat kelpoisia kyselyyn. Vastajaat jaettiin neljään ryhmään riippuen heidän saamastaan hoidosta: potilaat joille oli tehty orkiektomia ilman muita hoitoja, potilaat jotka olivat orkiektomian jälkeen saaneet sädehoitoa, potilaat joita oli orkiektomian lisäksi hoidettu sytostaateilla mahdollisen sädehoidon lisäksi sekä potilaat joita oli hoidettu orkiektomian lisäksi kaikilla hoitomuodoilla. (Rossen ym. 2012.)

Validoitua kyselylomaketta kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyen ei ole saatavilla, joten kyselyssä käytettiin eturauhassyöpäpotilaille suunnattua kyselylomaketta (QLQ-PR25). Lomakkeelta valittiin kuusi kysymystä ja vastaukset tuli antaa välille 1-4, jossa 1 oli ei lainkaan ja 4 erittäin paljon. (Rossen ym. 2012.)

Osallistumiseen vaadittavat kriteerit täytti 611 potilasta. 401 heistä vastasi kyselyyn. Huomatavimmat eroavaisuudet neljän ryhmän välillä tulivat iän, siviilisäädyn ja painoindexin pohjalta. Sytostaattihoitoryhmässä potilaat olivat nuorempia kuin ainoastaan orkiektomian läpi käyneessä ryhmässä. Kaikkien hoitojen läpi käyneissä potilaissa oli naimattomia huomattavasti enemmän muihin ryhmiin verraten. Sädehoitoja saaneessa ryhmässä oli ylipainoisia potilaita muihin ryhmiin verraten enemmän. (Rossen ym. 2012.)

Vastanneista 17,2% koki kehonkuvansa muuttuneen. 24,4% potilaista koki seksuaalisen kiinnostuksen vähentyneen ja 42,6% ilmoitti seksuaalisen aktiivisuuden vähentyneen. Kiinnostuksen väheneminen oli selvässä yhteydessä potilaiden kehonkuvan muutokseen, vanhaan ikään sekä ylipainoon. (Rossen ym. 2012.)

Potilaista 82%, jotka olivat olleet seksuaalisesti aktiivisia viimeisen neljän viikon aikana, 14,3% ilmoitti seksuaalisen nautinnon vähentyneen, 17,6% raportoi erektiohäiriöistä, 7,3% koki ejakulaation kanssa olleen ongelmia ja 3% epämukavuutta seksin aikana. Nautinnon vähentämisen taustalla näkyi kehonkuvaan kohdistuneet muutokset, erektiohäiriöihin liittyi vanhempi ikä sekä kehonkuvan muutokset ja ejakulaatioon liittyvien ongelmien kanssa taustalla oli kehonkuvan muutos, korkea ikä sekä useat hoitomuodot syöpähoitojen aikana. (Rossen ym. 2012.)

Tutkimuksessa todetaan tulosten olevan aiempien tulosten kanssa samankaltaisia. Erektioon ja ejakulaatioon liittyvien ongelmien kohdalla näyttäisi hoitomuodoilla olevan merkitystä. Noin 17% koki kehonkuvassa negatiivisia muutoksia, muun muassa vähentynyttä maskuliinisuutta hoitojen yhteydessä. (Rossen ym. 2012.)

Tutkimus osoittaa, että miehet jotka ovat naimattomia ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Sinkkumiehet osoittavat suurta huolta siitä, kuinka sairaus vaikuttaa heidän tuleviin suhteisiin. (Rossen ym. 2012.)

Capogrosson ym. (2016) tutkimus tehtiin 448 potilaan kohorttiryhmälle, jotka olivat läpikäyneet joko tois- tai molemminpuolisen orkiektomian, saanut sytostaattihoidoja, retroperitoneaalisen lymfadenektomian tai sädehoitoa kivessyöpään vuosien 1986 ja 2011 välillä. Vuonna 2012 kaikki elossa olevat potilaat kutsuttiin kyselytutkimukseen.

Osallistujista 305 miestä jätettiin pois tutkimuksista, koska he eivät täyttäneet erinäisiä kriteerejä. Lopulta 143 potilasta sisällytettiin tutkimukseen. Potilaille lähetettiin kysely, jonka he täyttivät itse ja vastaus lähetettiin sähköpostilla tutkijoille. (Capogrosso ym. 2016.)

Kyselylomakkeessa kysyttiin kysymyksiä sosiodemografisista seikoista, seksuaaliterveydestä sekä potilastiedoista sairauteen liittyen. Kyselyssä oli myös mukana osio, jossa potilaat täyttivät pidemmän aikavälin ajalta seksuaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita joista voitiin tehdä johtopäätöksiä seksuaalisen toimintakyvyn palautumisesta siihen mitä se on ollut ennen sairastumista. (Capogrosso ym. 2016.)

Seksuaalista toimintakykyä koskeviin vastauksiin laskettiin 143 kivessyöpäpotilasta, jotka vastasivat kyselyyn 3-348 kuukauden jälkeen hoidoista. Vastanneista 35 (24.5%) potilasta kärsi erektiohäiriöistä vielä keskimäärin 71 kuukauden jälkeen hoidoista, joista vielä 10% kyselyn mukaan vaikeasta erektiohäiriöstä. Hoidoista sädehoito nousi ainoana yksittäisenä tekijänä, joka saattaa ennustaa ongelmia erektion kanssa. Toisaalta sytostaattihoido tai sytostaattihoido yhdistettynä retroperitoneaaliseen lymfadenektomiaan tai retroperitoneaalinen lymfadenektomia yksinään ei aiheuttanut merkittävää vaikutusta normaalin seksuaalisen toimintakyvyn palautumiseen. (Capogrosso ym. 2016.)

Noin 75%:lla potilaista kyky erektioon oli normaali. 60%:lla seksuaalinen halukkuus palasi normaaliksi ja 64% ilmoitti olevansa kohtuullisen tyytyväisiä yleisesti seksuaaliseen toimintakykyynsä. (Capogrosso ym. 2016.)

Tutkimus siteeraa useita muita tutkimuksia joiden pohjalta toteaa, että psykologinen osatekijä sisältäen miehen tunteen maskuliinisuuden menetyksestä yhdessä syöpädiagnoosiin ja hoitoihin liittyvän ahdistuksen ja masentuneisuuden kanssa saattaa olla merkittävä tekijä seksuaalifunktioiden palautumisessa. Yleisesti ottaen myös naimattomat miehet ilmoittivat enemmän ongelmista kuin potilaat, jotka olivat pysyvässä parisuhteessa. (Capogrosso ym. 2016.)

Pallotti ym. (2019) tutkimuksessa "Long-Term Follow Up of the Erectile Function of Testicular Cancer Survivors" tutkittiin 241 seksuaalisesti aktiivista potilasta joilla oli äskettäin todettu kivessyöpä ja jotka olivat antaneet spermaansa säilöön ennen syöpähoitojen aloittamista vuosien 2006 ja 2018 välillä. Kaikki potilaat olivat käyneet orkiektomian viimeisen 30 päivän sisällä tutkimuksesta.

Kontrollijoukkona käytettiin 223 tervettä yksilöä, jotka olivat tuntemattomasta syystä lisääntymiskyvyttömiä. Potilaat sekä kontrolliryhmä vastasivat samaan kyselyyn, jossa arvioitiin seksuaalitoimintoja. Kysely tehtiin kivessyöpäpotilaille orkiektomian jälkeen ennen sytostaattihoidoja, sekä 6, 12, 18, 24 ja 48 kuukautta hoitojen jälkeen. Viimeinen kysely tehtiin 5 ja 12 vuotta hoitojen jälkeen. Jokainen potilas kävi läpi ennen sytostaattihoidoja tehtävän kyselyn sekä ainakin yhden hoitojen jälkeisen kyselyn. Jotkut kivessyöpäpotilaista kävivät verikokeissa hormonitasojen testauksessa, jotta pystyttiin tutkimaan hormonitasojen korrelaatiota kyselyn tulokseen. (Pallotti ym. 2019.)

Tuloksista ilmenee, että orkiektomian jälkeen mutta ennen sytostaattihoidoja kivessyöpäpotilaat ilmoittivat 37.8%:lla ilmenevän erektiohäiriöitä. Kontrolliryhmässä sama luku oli 9.9%. Kivessyöpäpotilaista 23.2%:lla häiriö oli vaikea, 4.1% keskivaikea ja 10.4%:lla lievä. Kontrolliryhmässä kaikkien erektiohäiriö oli lievää. Hormonianalysissa ei löytynyt korrelaatiota testosteronitasojen ja kyselytulosten välillä. (Pallotti ym. 2019.)

Erektiohäiriöt vuoden jälkeen sytostaattihoidoista olivat pienentyneet ollen tällöin 23.6% ja pudoten kahden vuoden jälkeen 16%:iin. Kivessyöpäpotilaat saivat kautta kyselyn huomattavasti heikompia pisteitä kontrolliryhmään verrattuna. (Pallotti ym. 2019.)

Tutkimuksessa pohditaan myös syövän ja sen hoitojen aiheuttamien psykologisten seikkojen vaikutusta tuloksiin. Yhtenä piilevänä syynä pidettiin myös diagnosoimatonta hypogonadismia (testosteronin puutos), koska kaikki kivessyövän hoitomuodot voivat aiheuttaa sitä. Myös useat sytostaattihoidoissa käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa erektio- tai ejakulaatiohäiriöitä. (Pallotti ym. 2019.)

Alacacioglun ym. (2014) tutkimuksen "Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors" tarkoitus oli tutkia ahdistuksen, masennuksen ja seksuaalisen tyydytyksen tasoja kivessyöpäpotilailla ja verrata niitä terveiden miesten tuloksiin. Tutkimukseen valikoitui 41 yhdessä sairaalassa hoidettua kivessyöpäpotilasta vuosien 2012 ja 2014 välillä. Kontrolliryhmäksi valittiin 38 tervettä miestä.

Kysely oli neliosainen jossa kysyttiin kysymyksiä liittyen psyykkeeseen, seksuaaliseen tyytyväisyyteen ja yleiseen elämänlaatuun. Keski-ikä kyselyyn osallistuneilla kivessyöpäpotilailla oli 36.5 vuotta ja terveillä yksilöillä 38 vuotta. Jokainen terveestä ryhmästä oli naimisissa ja 63.4% kivessyöpäpotilaista oli naimisissa. (Alacacioglun ym. 2014.)

Tuloksista selvisi, että seksuaalisen tyytymättömyyden ja masentuneisuuden välillä kivessyöpäpotilailla oli selvä yhteys. Elämänlaatua mittaavassa kyselyssä kivessyöpäpotilaat olivat selvästi masentuneempia verrokkiryhmään verrattuna. Ne kivessyöpäpotilaat, joiden ahdistuneisuustulokset olivat korkeita saivat matalia pisteitä emotionaalisesta toimintakyvystä sekä yleisestä elämänlaadusta. (Alacacioglun ym. 2014.)

Tutkimuksessa todetaan, että toisen tutkimuksen mukaan kivessyövästä selvinneet kärsivät ahdistuneisuushäiriöistä 14%:ssa tapauksista ja masennuksesta 9%:ssa viiden vuoden aikana hoitojen aloituksesta. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt selkeää eroavaisuutta ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden kanssa terveen kontrolliryhmän ja syöpäpotilaiden väliltä. (Alacacioglu ym. 2014.)

Masentuneisuuden todetaan olevan normaali psykologinen reaktio jonkin asian menettämiseen ja normaalia kivessyöpädiagnoosin yhteydessä. Tutkimuksessa saatiinkin tulokseksi, että masentuneisuus vaikuttaa erityisesti seksuaaliseen tyydyttyneisyyteen, kosketukseen ja vältte-lyyn sekä erektiohäiriöiden esiintymiseen. (Alacacioglu ym. 2014.)

Tutkimuksessaan ”Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer” Moore ym. (2013) tarkoitus oli tutkia onkologisten hoitajien itsensä mieltämää osaamista sekä valmiutta ottaa puheeksi seksuaalisuus miesten kanssa, joilla oli diagnosoitu kivessyöpä. Tutkimus pyrki myös tunnistamaan esteitä ja tekijöitä, jotka estivät tai vaikeuttivat puheeksi ottamista.

Tutkimus toteutettiin itse täytettävällä anonyymillä kyselyllä viidessä eri onkologian keskuksessa. Kyselylomake sisälsi 71 kysymystä jaettuna neljään eri kategoriaan. Viimeisessä lomakkeessa oli vapaa kommenttikenttä, johon hoitajat saivat täyttää vapaasti kommenttejaan aiheesta. (Moore ym. 2013.)

Kahdestasadasta onkologisesta hoitajasta, jotka kutsuttiin täyttämään kysely 105 vastasivat kyselyyn. 16 jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten takia, jättäen jäljelle 89 vastaajaa. (Moore ym. 2013.)

Jokainen vastaajista oli 31-40 vuotias nainen, näistä 90% harjoittivat roomalais-katolilaista uskoa. Lähes 30% ilmoitti ettei ole saanut minkäänlaista seksuaalikoulutusta. Yksi kolmesta vastasi saaneensa yhdestä viiteen tuntia koulutusta, 6% kertoi saaneensa yli 10 tuntia koulutusta aiheesta hoitajaksi rekisteröimisensä jälkeen. (Moore ym. 2013.)

Osallistujista 10% kertoi informoivansa usein tai hyvin usein potilaitaan, että heillä on mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. 51% informoi potilasta satunnaisesti ja 39% ilmoitti ettei ole koskaan informoinut asiasta potilasta. Puolet vastaajista vastasi, että yksikään heidän potilaistaan ole pyytänyt keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista. 40% raportoi, että yksi viidestä potilaasta oli pyytänyt keskustelua. Yksi vastaaja oli keskustellut asioista yli kymmenen potilaan kanssa. (Moore ym. 2013.)

Vastaajista 69% koki pystyvänsä vastaamaan potilaan vääriin tulkintoihin, 67% pystyi keskustelemaan spermankista ja siihen liittyvistä asioista, 60% lisääntymiseen liittyvistä ajatuksista ja 57% syövästä ja sen hoidoista johtuvaan seksuaalisuuden muutokseen. Toisaalta yli puolet

vastaajista eivät kokeneet tietävänsä riittävästi keskustellakseen potilaiden kanssa implantaista, impotenssin vaikutuksista, siemensyöksyn ongelmista tai erektiohäiriöistä. Kvalitatiivisissa vastauksissa osallistujat ilmaisivat puutteellisen tietotaidon edellä mainituista osa-alueista. Vastauksissa koettiin miessukupuolta koskevien ongelmien olevan sellaisia, jota hoitajat eivät koe hallitsevansa. (Moore ym. 2013.)

Suurimmiksi ongelmiksi ympäristön suhteen koettiin yksityisen tilan puute, palveluiden puute johon ohjata potilasta sekä kuormituksesta johtuva kiire. 46% vastaajista tunsu, ettei tunne oloaan mukavaksi puhua seksuaaliasioista potilaan kanssa, jolla on psyykkisiä sairauksia. Eräs vastaaja oli kommentoinut, että kokee eri kielen sekä uskonnon olevan este muista kulttuurista tulevien potilaiden kanssa keskustelulle. (Moore ym. 2013).

Vastaajista 63% ilmoitti ajattelevansa, että potilaat saattavat jättää vastaamatta, 67% että potilaat eivät ole kiinnostuneita, 74% pelkäsi potilaan ymmärtävän keskustelun tarkoituksen väärin ja 78% mietti, että kollegat saattavat ajatella seksuaalisuudesta keskustelemisen rikko- van potilaan yksityisyyttä. (Moore ym. 2013.)

Tutkimuksessa tullaan lopputulokseen, että seksuaalikoulutuksen saatavuus ja laatu ovat kriit- tisiä kehittämiskohteita varsinkin onkologisille hoitajille. Koulutuksessa tulisi ottaa huomioon myös intiimimmät alueet seksuaalisuudesta kuten kivesten tutkiminen tai kivesimplantit. (Moore ym. 2013.)

## 7 Puheeksi ottamisen mallin toteutus

Useissa kansainvälisissä, samoin kuin kansallisissa seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista koskevissa artikkeleissa ja tutkimuksissa tuodaan esille se, että erilaiset potilasryhmät odotta- vat terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa, tukea, neuvoja ja lupaa kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Miehillä ongelmat ovat useimmiten erektio-ongelmia tai siemensyöksyihin liittyviä ongelmia. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa seksuaalisuuden pu- heeksiottoa käsitelläänkin jonkin verran. Varsinainen seksologian tietotaito hankitaan kuiten- kin täydennyskoulutuksena. Tutkimuksista selviää, että seksologista osaamista tulisi kehittää edelleen lisäämällä asian opetusta alan peruskoulutuksessa sekä jatko-opinnoissa ja tukea seksuaalisuuden johdonmukaiseen puheeksi ottamiseen. (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016.)

Suomessa käytetyimmät ja tehokkaaksi todetut seksuaalisuuden puheeksiottamisen mallit ovat PLISSIT ja BETTER. Plissit-malli on Suomen tunnetuin ja käytetyin puheeksiottamisen malli. Sen on alunperin kehittänyt amerikkalainen Jack Annon vuonna 1976 (THL 2017), jota ovat myöhemmin kehittäneet muut eteenpäin. Annonin malli sisältää neljä erilaista tasoa, joilla ongelmia ja kysymyksiä on mahdollista lähestyä (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016):

P = permission eli normalisointi, salliminen ja luvan antaminen, LI = limited information eli kohdennetun tai rajatun tiedon antaminen, SS = specific suggestions eli erityisohjeiden antaminen sekä IT = intensive therapy eli intensiivinen terapia (THL 2017).

Ensimmäisellä tasolla annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta ja normalisoidaan ongelmakoh-  
tia. Toisella tasolla annetaan tietoa johonkin potilaan rajattuun ongelmaan, kolmannella ta-  
solla taas annetaan erityisohjeita tai harjoituksia, joiden avulla pyritään muutokseen potilaan  
tilassa. Viimeisellä tasolla puhutaan pitkäkestoisesta seksuaaliongelman hoitamisesta erilai-  
silla terapiamenetelmillä. Mallissa ajatuksena on, että suurinta osaa tapauksista voidaan aut-  
taa jo ensimmäisellä tasolla, eli sillä että potilaalle annetaan lupa puhua. Luvan antaminen ja  
rajattu tieto (taso 2) kuuluvat jokapäiväiseen hoitotyöhön ja potilaan ohjaamiseen. Viimeis-  
ten tasojen hyödyntäminen vaatii erityisosaamista ja täydennyskoulutusta. Plissit-malli on to-  
dettu tehokkaaksi ja toimivaksi malliksi, sitä on tutkittu erilaisilla potilas- ja asiakasryhmillä.  
(Sinisaari-Eskelinen ym. 2016.)

Better-malli on suunniteltu tekemään puheeksi ottamisesta konkreettisempaa jäsentelemällä  
sen vaiheita yksityiskohtaisesti. Se muodostuu kuudesta vaiheesta, jotka seuraavat toisiaan.  
Ensimmäisessä vaiheessa (asian puheeksiotto = bring up the topic) luodaan otollinen ilmapiiri  
seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle. Toisessa vaiheessa (huolen ilmaisu = explain) kerro-  
taan, miksi asian esille ottaminen on tärkeää ja tarjotaan mahdollisuutta kertoa eri huolenai-  
heista. Kolmannessa vaiheessa (asiasta kertominen = tell) käsitellään asiakkaan tai potilaan  
omia huolenaiheita ja haetaan niille ratkaisutapoja, tässä vaiheessa myös työntekijä kertoo  
oman osaamisensa rajat sekä antaa potilaan tietoon sen, että tietoa on saatavilla lisää. Nel-  
jännessä, eli oikea-aikaisuuden vaiheessa (=timing) tarkastellaan, onko asian puheeksi ottami-  
nen asiakkaan kannalta hyvään aikaan. Asiakkaalle tulee jäädä tunne, että hän voi ottaa asian  
puheeksi sillä hetkellä kun hän sitä itse haluaa. Viidennessä vaiheessa (ohjaus = educate) asi-  
akkaalle informoidaan sairauden ja hoitojen vaikutuksista sekä mahdollisista haittavaikutuk-  
sista sekä ohjataan esimerkiksi liukasteiden käyttöön. Viimeinen vaihe on kirjaaminen (=re-  
cord) ja se sisältää ohjauskeskustelun sisällön kirjaamisen sekä tilanteen arvioinnin potilastie-  
toihin. (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, THL 2017.)

Tämän mallin on todettu olevan asiakaslähtöinen ja helpottavan puheeksi ottamista. Malli on  
myös helposti omaksuttavissa sekä yksinkertainen. Tästä syystä käytän puheeksi ottamisen  
mallissa Better-mallia, joka on koettu olevan yksinkertaisempi ja helpommin omaksuttavissa  
(Sinisaari-Eskelinen ym. 2016.)

Mallissa mukaillaan Betterin vaiheita mukailtuna kivessyöpäpotilaan tilanteeseen. Tarkoitus  
on esimerkin avulla rohkaista syöpäosaston hoitajia ottamaan seksuaalisuus puheeksi potilai-  
den kanssa. Ensimmäisessä vaiheessa otetaan seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa, toisessa  
vaiheessa selitetään potilaalle seksuaalisuudesta puhumisen olevan hyväksyttävää tilanteesta

riippumatta ja sen olevan tärkeä osa elämää ja kokonaisvaltaista terveyttä. Kolmannessa vaiheessa potilaalle kerrotaan, että kysymyksiin vastataan ja jos vastausta ei ole heti saatavilla niin sitä voidaan etsiä. Neljännessä vaiheessa tehdään selväksi, että jos ajoitus ei ole potilaalle sopiva niin potilas voi ottaa asiaan puheeksi milloin tahansa. Viidennessä vaiheessa potilaalle kerrotaan syövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin ja lopuksi kuudennessä vaiheessa kirjataan potilastietojärjestelmään käydyt keskustelut, jotta muut potilasta hoitavat tahot näkevät asiaa käsiteltäneen hoidon yhteydessä. (Liite 2.)

## 8 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet

Kivessyöpäpotilaan seksuaalisuuteen liittyviä tutkimuksia viimeisen kymmenen vuoden aikana on julkaistu jokseenkin vähän. Ainoastaan Mooren ym. (2013) tutkimus vastasi kysymykseen hoitajien asenteista ja valmiuksista ottaa seksuaalisuutta puheeksi. Muut tutkimukset nostivat esille tarpeen seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta kivessyöpäpotilaiden keskuudessa ja alleviivasivat diagnoosin sekä hoitojen aiheuttamia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia vaikutuksia.

Suomessa kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuuteen ja sen muutoksiin liittyviä tutkimuksia ei haussa löytynyt. Hoitohenkilökunnan asenteita tai valmiuksia ottaa seksuaalisuutta puheeksi ei myöskään ole juurikaan edes kansainvälisesti tutkittu. Tarvetta seksuaaliselle ohjaukselle tai keskustelulle kuitenkin tutkimusten pohjalta on olemassa, esimerkiksi Suomessa tehtävä tutkimus voisi herättää hoitohenkilökuntaa tai esimiehiä ottamaan aihetta esille myös työyhteisöissä.

Haussa tuloksia saatiin runsaasti mutta suurin osa käsitteli muita urologisia syöpiä, eturauhasen syöpiä tai seksuaalisuutta ilman miesnäkökulmaa. Kivessyövän vaikutuksia miehen seksuaalisuuteen viimeisen kymmenen vuoden aikana on löydettävissä vähäisesti, mikä todettiin myös Pallottin ym. (2019) pohdintaosiossa.

Voidaan todeta, että molempiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Toiseen tutkimuskysymykseen hoitajien asenteista löytyi yhden tutkimuksen pohjalta vastauksia. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kivessyöpäpotilaiden seksuaalisuudesta ja sen muutoksista saatiin vastauksia useamman tutkimuksen pohjalta.

Puheeksi ottamisen malli (liite 2) käytiin esittelemässä syöpäosaston hoitajille paikan päällä. Ennen esittelyä mallista kerättiin palautetta sekä kehitettävää sähköisesti täytettävän anonyymin kyselyn pohjalta. Osastonhoitaja jakoi linkkiä sähköpostitse osaston hoitajille. Vastauksia tähän saatiin yhdeksän kappaletta, kysymyksiä oli neljä erilaista:

- miten koet mallin sopivan osastolle käyttöön?

- puuttuuko mallista jotain oleellista?
- miten mallia voisi kehittää käytön helpottamiseksi?
- helpottaisiko mallin käyttö seksuaalisuuden puheeksi ottamista hoitotyön yhteydessä?

Vastauksia saatiin kaikkiin muihin paitsi kysymykseen ”puuttuuko mallista jotain oleellista”. Vastausten pohjalta arvioitiin tarvetta muuttaa puheeksi ottamisen mallia. Vastaukset avasivat hoitajien kokemaa tietotaidon puutetta sekä ajallisten resurssien puutetta, mikä vastaa myös toiseen tutkimuskysymykseen saatuja vastauksia. Toisaalta he kokivat, että puheeksi ottamisen malli voisi helpottaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista hoitotyössä ja asian pinnalle nostaminen mahdollisesti herättäisi hoitajia asian suhteen.

## 9 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatettiin jokaista Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) asettamaa kriteeriä hyvän tieteellisen käytännön keskeisistä lähtökohdista. Työssä oltiin rehellisiä, noudatettiin yleistä huolellisuutta. Tarkkuutta pidettiin yllä tutkimustyössä ja tulosten arvioinnissa. Huomioon otettiin muiden tutkijoiden työ ja sitä kunnioitettiin viittaamalla asianmukaisesti käytettyihin lähteisiin. Kaikki tietoaineisto, jota työssä saatiin aikaan tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Allekirjoittanut ei ollut esteellinen, eikä sidonnainen mihinkään opinnäytetyön tekemisen kannalta merkittävään tahoon. (Arene 2018.)

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen luonne voi olla tekijästä riippuen jopa kriittinen, vaikease oletusarvoisesti kuulukaan katsaukseen. Kuvailevana narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarjoaa ajantasaisen tutkimustiedon mutta ei varsinaisesti mitään analyttistä tulosta. Kirjallisuuskatsauksen luonteen takia se saattaa kuitenkin olla johdatteleva tai puolueellinen. (Salminen 2011.)

Luotettavuusongelmia voi syntyä kun rajataan pois hakutuloksia, joiden kieli ei ole suomi tai englanti ja kirjallisuuskatsauksesta voi saada tietyllä tavalla vääristyneen kuvan. Käytettäessä liian tiukkoja hakukriteerejä on mahdollista, että rajataan pois myös tutkimuksia jotka sopisivat aiheeseen. Tämä ei kuitenkaan ollut katastrofaalinen asia narratiivisen kirjallisuuskatsauksen suhteen, koska siinä luodaan ajankohtaista yleiskuvaa aiheesta. Kansainvälisen materiaalin kanssa luotettavuusongelma saattoi syntyä käänösvaiheessa tapahtuvien virheiden takia, jotka muuttivat tutkimustulosta tai tutkimuksen johtopäätöstä merkittävästi. Kansainvälisissä tutkimuksissa otettiin huomioon maa, jossa tutkimus on tehty. Kaikkia tutkimuksia ei ollut myöskään mahdollista saada hakupalveluiden välityksellä mikä mahdollisesti poisti työn kannalta arvokasta tutkimustietoa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

Opinnäytetyössä käytettiin ainoastaan empiirisiä tutkimuksia, joiden käyttäminen lähteinä lisää luotettavuutta. Samojen hakutermien käyttö ja yksi tekijä takasi sen, että tiedonhaku pysyi yhtenäisenä läpi koko opinnäytetyöprosessin. Englannin kielen hallinta vähensi käännösvirheiden riskiä mutta ei poistanut sitä kokonaan.

Opinnäytetyön toistettavuus sekä luotettavuus ilmenee hakuprosessin ja sitä kautta löydettyjen alkuperäistutkimusten kautta. Hakutuloksiin päästään käyttämällä samoja hakutermejä, kuin opinnäytetyötä tehdessä.

## Lähteet

## Painetut

Alacacioglu, A., Ulger, E., Varol, U., Yavuzsen, T., Akyol, M., Yildiz, Y., Yildiz, I., Bayoglu, V., Dirican, A., Demir, L., Salman, T., Kucukzeybek, Y., Alacacioglu, I., Can, H. & Tarhan, M. 2014. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors. *Julkaisussa Medical Oncology*, Vol. 31(7); 1-6.

Capogrosso, P., Boeri, L., Ferrari, M., Ventimiglia, E., La Croce, G., Capitanio, U., Briganti, A., Damiano, R., Montorsi, F. & Salonia, A. 2016. Long-term recovery of normal sexual function in testicular cancer survivors. *Julkaisussa Asian Journal of Andrology*, Vol 18(1).

Dennison S. 2001. Sexuality and cancer. Teoksessa Corner J. & Bailey C. (toim). *Cancer nursing: care in context*. Blackwell Science Ltd 2001: 420-428.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kariston Kirjapaino, Hämeenlinna.

Kellokumpu-Lehtinen P-L., Salminen E. & Tammela T. 2013. Kivessyöpä. Teoksessa Joensuu H., Roberts PJ., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkiö S., Kouri M. & Teppo L (toim.). *Syöpätaudit*. Kustannus Oy Duodecim 2013.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Julkaisussa Duodecim* 2003; 119:237-46.

Moore, Annamarie., Higgins, Agnes., Sharek, Danika. 2013. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *Julkaisussa European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* August 2013, Vol.17(4), pp.416-22.

Niela-Vilén, H & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim). *Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto 2016: 24-26.

Olsson, Maria., Steineck, Gunnar., Enskär, Karin., Wilderäng, Ulrica., Jarfelt, Marianne. 2018. Sexual function in adolescent and young adult cancer survivors—a population-based study. *Julkaisussa Journal of Cancer Survivorship* 2018, Vol.12(4), pp.450-459.

Pallotti, F., Petrozzi, A., Cargnelutti, F., Radicioni, A., Lenzi, A., Paoli, D. & Lombardo, F. 2019. Long-Term Follow Up of the Erectile Function of Testicular Cancer Survivors. *Julkaisussa Frontiers in endocrinology*, Vol. 10; 196.

Rossen, P., Pedersen, A F., Zachariae, R., Von Der Maase, H. 2012. Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *Julkaisussa European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* March 2012, Vol.48(4), pp.571-8.

Ryttläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Edita Helsinki 2010: 129-139.

Sankila, R. 2013. Muiden syöpien yleisyys ja vaaratekijät. Joensuu H., Roberts PJ., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkiö S., Kouri M. & Teppo L. (toim). Teoksessa *Syöpätaudit*. Kustannus Oy Duodecim 2013.

Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M.-R., Tervo, P., & Väisälä, L. 2016. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Julkaisussa Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 53(4).

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim). Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto 2016: 7-22.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Ylönen, O., Jyrkkiö, S., Varis, J., Perheentupa, A., Ruohola, J., Minn, H. & Boström, P. 2013. Kivessyövän hoito ja seuranta räätälöidään riskiluokituksen mukaan. Suomen Lääkärilehti 2013;68: 407-413.

#### Sähköiset

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 20.5.2019.

[http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikorkeakoulujen\\_opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen_opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222)

Janes, R. 2018. Lääkärikirja Duodecim. Kivessyöpä. Luettu 2.4.2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00629](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00629)

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa: suuntaviivat poliittiselle päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille- Luettu 15.4.2019.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80220/039844e2-c540-4e81-834e-6f11e0218246.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Luettu 19.5.2019.

[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Terveyden ja hyvinvoinnin liitto. 2017. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malleja. Luettu 5.4.2019.

[https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 19.5.2019.

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

## Liitteet

## Liite 1: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
FINNA	Testicular, neoplasm*, sexuality	kokoteksti, 2010-2020, vertaisarvioitu	69 hakutulosta	<p>Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer (Rossen ym. 2012)</p> <p>Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer (Moore ym. 2013)</p> <p>Long-term recovery of normal sexual function in testicular cancer survivors (Capogrosso ym. 2016)</p> <p>Sexual function in adolescent and young adult cancer survivors—a population-based study (Olsson ym. 2018)</p>
FINNA	Testicular, cancer, sexuality	kokoteksti, 2010-2020, vertaisarvioitu	562 hakutulosta	Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors (Alacacioglu ym. 2014)

				Long-Term Follow Up of the Erectile Function of Testicular Cancer Survivors (Pallotti ym. 2019)
FINNA	Discuss*, sexuality, testicular, neoplasm*	kokoteksti, 2010-2020, vertaisarvioitu	60 hakutulosta	Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer (Moore ym. 2013)
Medic	Kives*, syöpä, seksuaalisuus	kokoteksti, 2010-2020, kaikki julkaisutyytit	0 hakutulosta	
Medic	Seksuaalisuus, puheeksi, otta*	kokoteksti, 2010-2020, kaikki julkaisutyytit	5 hakutulosta	Ei sopivia tuloksia
Google Scholar	Kivessyöpä, seksuaalisuus	2010-2020, kaikki hakutulokset	50 hakutulosta	Ei sopivia tutkimuksia

## Liite 2: Esimerkki puheeksi ottamisen mallista syöpäosastolle

Kivessyöpään sairastuminen, syövän eri hoitomuodot sekä sairauteen liittyvät psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset muutokset aiheuttavat usein miesten seksuaalisuuteen muutoksia. Esimerkiksi Rossenin ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa 611 erilaisia kivessyöpähoitoja saaneista seksuaalisesti aktiivisista miehistä 82% koki seksuaalisuudessaan negatiivisia muutoksia. Erityisesti sinkkumiehet osoittivat suurta huolta siitä kuinka sairaus vaikuttaa heidän tuleviin suhteisiinsa.

Capogrosson ym. (2016) tutkimuksessa nousi esiin, että sädehoito oli suurin yksittäinen tekijä aiheuttamaan erektiohäiriöitä ja tutkimukseen osallistuneista 24.5% ilmoitti vielä 71 kuukauden jälkeen hoidoista kärsivänsä erektio-ongelmista.

Useat tutkimukset toteavat, että psykologinen osatekijä sisältäen miehen tunteen maskuliinisuuden menetyksestä yhdessä syöpädiagnoosiin ja hoitoihin liittyvän ahdistuksen sekä masentuneisuuden kanssa saattaa olla merkittävä tekijä seksuaalifunktioiden palautumisessa.

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on muun muassa Mooren ym. (2013) tutkimuksessa tuli ilmi ettei 39% tutkimukseen osallistuneista hoitajista koskaan ilmoittanut, että heillä on mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tästä lähti ajatus tähän puheeksi ottamisen malliin, jossa pyritään esimerkin avulla havainnollistamaan puheeksi ottamisen rakennetta Better-mallin avulla. Tämän on todettu olevan asiakaslähtöinen, yksinkertainen sekä helposti omaksuttavissa.

Better-malli toimii seuraavalla tavalla:

B Bring up the topic

*Ota seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa.*

Varmista, että tila ja tilanne ovat soveliaita asian puheeksi ottamiselle. Aihe kannattaa ensimmäisellä kerralla ottaa esille kun potilas on yksin huoneessaan tai muuten rauhallisessa tilassa. Juttele ensin potilaan kanssa tavanomaisesti jotta pääset kiinni hänen vallitsevaan mielialaan. Akuutissa sairauden vaiheessa potilaalla voi keskittyminen olla täysin sairaudessa, tämä ei kuitenkaan ole este asian esille ottamiselle, koska se saattaa palata mieleen myöhemmässä vaiheessa kun asia on potilaalle ajankohtaisempi.

Hyviä tapoja ottaa asia esille on esimerkiksi ilmoittaa potilaalle että “jos on mitään seksiin liittyviä asioita mitkä alkaa mietityttämään niin saat kysyä mitä tahansa”. Tämä jättää potilaalle tilaa ajatella eikä asia kuulosta tungettelevalta. Samalla annetaan potilaalle tieto, että asia on hyväksyttävää nostaa esille. Useissa tutkimuksissa painotetaan henkilökunnan vastuuta ottaa asia esille ensimmäistä kertaa, potilaat voivat usein ajatella ettei seksistä tai seksuaalisuudesta puhuminen ole soveliaista tilanteessa.

#### E Explain

*Selitä potilaalle seksuaalisuuden olevan tärkeä osa elämää ja kokonaisvaltaista terveyttä. Kerro, että seksuaalisuudesta puhuminen on hyväksyttävää tilanteesta riippumatta.*

Jos potilas ei välittömästi kieltäydy tai kiellä puhumasta aiheesta enempää, voidaan asiaa jatkaa kertomalla että seksuaalisuus on kuitenkin loppujen lopuksi iso osa henkistä hyvinvointia. Muistuta potilasta luottamuksellisuudesta sekä vaitiolovelvollisuudesta. Keskustelussa on hyvä alkuun käyttää neutraalimpia sanamuotoja ja keskustelun edetessä potilaalle luontevampaa kieltä (penis, vehje, lekkeri jne).

#### T Tell

*Kerro potilaalle, että kysymyksiin vastataan ja jos vastausta ei ole heti saatavilla niin sitä voidaan etsiä.*

Ilmoita, että jos sinulla ei ole vastauksia joihinkin potilaan kysymyksiin, löydät varmasti jonkun joka osaa auttaa potilasta aiheessa tai otat itse selvää asiasta. Esimerkiksi vaikeissa tilanteissa voidaan ohjata seksuaaliterapeutin luo.

#### T Timing

*Jos ajoitus ei ole sopiva, tehdään selväksi potilaalle että kysymykset voi ottaa puheeksi milloin tahansa.*

Tärkeää on muistuttaa potilaalle, että jos tilanne ei ole sopiva niin asiaan voidaan palata myöhemmin. Annetaan mahdollisuus potilaalle jutella asiasta kiireettömässä tilanteessa, mikä

tarkoittaa että jos itselläsi on päivä jolloin et ehdi asiasta keskustelemaan, voit sopia ajan myöhemmäksi.

## E Educate

*Potilaalle kerrotaan syövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin.*

Esimerkiksi sytostaattihoidoja saavalle potilaalle muistetaan kertoa kuinka sytostaattihoidot vaikuttavat myös seksuaalisuuteen. On hyvä muistaa, että hoitojen vaikutukset voivat epäsuorasti vaikuttaa seksuaalisuuteen. Hiusten lähteminen ja ihon kuivuminen voivat vaikuttaa siihen, että ihminen kokee itsensä vähemmän haluttavana. Hoidoista aiheutuva voimattomuus ja sairautteen sekä sen hoitoihin liittyvä yleinen haluttomuus ovat täysin normaaleja reaktioita ja on normaalia jos ei hoitojen tai akuutin sairauden aikana seksin harrastaminen kiinnosta. Potilasta on hyvä muistuttaa, että mahdolliselle kumppanille samoista asioista keskusteleminen voi selkeyttää tilannetta.

Potilaalle on hyvä kertoa kuinka kehonkuvan muutokseen menee luonnollisestikin aikaa tottua. Monet miehet kokevat orkiektomian seurauksena kiveksen menettämisen vähentyneenä maskuliinisutena ja koetaan olevansa ”vähemmän miehiä”.

## R Record

*Kirjataan käydyt keskustelut potilastietojärjestelmään, jotta muut potilasta hoitavat tahot näkevät, että asiaa on käsitelty hoidon yhteydessä.*

Käydystä keskustelusta on hyvä kirjata lähinnä pääaiheet ja mahdolliset potilaan huolenaiheet. Samoin jos asia on otettu esille mutta potilas ei ole ollut halukas siitä keskustelemaan on syytä kirjata.