

Minna Lähteenmäki

”Tunsin itseni vain niin särjetyksi. Pujahdin nopeasti peiton alle piiloon ja kyynel vieräi tyynylle.”

SEKSUAALISUUDEN JA PARISUHTEEN KOETINKIVENÄ
GYNEKOLOGINEN SYÖPÄ

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2013

"Tunsin itseni vain niin särjetyksi. Pujahdin nopeasti peiton alle piiloon ja kyynelvieri tyynylle." SEKSUAALISUUDEN JA PARISUHTEEN KOETINKIVENÄ GYNEKOLOGINEN SYÖPÄ

Lähteenmäki, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Liimatainen-Ylänne, Elina
Sivumäärä: 51

Asiasanat: seksuaalisuus, naiseus, parisuhde, gynekologiset syövät, sisällönanalyysi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia kokemuksia naisilla on seksuaalisuudesta ja parisuhteestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esiin tietoa gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten seksuaalisuudesta ja parisuhteesta, jotta heitä ja heidän läheisiään osattaisiin paremmin tukea ja ohjata. Opinnäytetyön yhteistyökumppani oli Satakunnan Syöpäyhdistys ja yhdistyksen henkilökunta voi hyödyntää esiin tuotua tietoa sairastuneita ja heidän läheisiään auttaessaan.

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin monipuolisesti käsitteet seksuaalisuus, naiseus, parisuhde ja gynekologiset syövät sekä niiden väliset suhteet. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin tärkeimmät asiat laadullisesta tutkimuksesta ja sisällönanalyysistä. Tutkimusaineistona oli valmis Riitta Laineen vuonna 2007 toimittama kirja ”Miksi minä ja mikä on ennusteeni?” Kirjassa kuusi naista kertoo elämästään gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena käyttäen tutkimusmenetelmänä aineistolähtöistä ja teoriaohjaavaa sisällönanalyysia.

Kokemuksiin seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen sisältyi elementtejä kehollisuudesta, seksuaalisesta identiteetistä ja elämänlaadusta. Sairauden myötä käsitys itsestä naisena ja puolisona muuttui ja itsetunto mureni. Erityisesti muutokset ulkonäössä ja tunteet naiseuden menettämisestä kuvattiin merkityksellisinä. Naiseuden menettämistä heijastettiin hyvin vahvasti sukupuolielimiin ja niiden poistoleikkauksiin. Elämänlaadun kuvattiin kuitenkin parantuneen muuttuneiden elämänarvojen ja asioiden tärkeysjärjestyksen parantumisen myötä.

Kokemuksiin parisuhteesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen sisältyi elementtejä vuorovaikutuksesta, tuesta ja rakkaudesta. Tunteella puolison tuesta ja rakkaudesta oli erityisen tärkeä merkitys. Puolison tuki, niin emotionaalinen kuin konkreettinenkin, kuvattiin viestittävän välittämistä. Puhumattomuus kuvattiin ongelmalliseksi parisuhteessa. Toisaalta se ei välttämättä suoraan heikentänyt parisuhteen laatua. Tärkeämpänä kuvattiin, että puolisoilla oli joku, jolle puhua, kuin se, että puoliset puhuivat keskenään.

"I just felt so broken. I sneaked quickly under my blanket to hideout and a tear rolled on a pillow." GYNECOLOGICAL CANCER AS A TOUCHSTONE IN SEXUALITY AND INTIMATE RELATIONSHIP

Lähteenmäki, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2013

Supervisor: Liimatainen-Ylännö, Elina

Number of pages: 51

Keywords: sexuality, womanhood, intimate relationship, gynecological cancers, content analysis

The purpose of this thesis was to describe, what kind of experiences does women have about their sexuality and intimate relationship after falling ill with gynecological cancer. The aspiration of the thesis was to bring forth information about the sexuality and intimate relationship of the women who has fallen ill with gynecological cancer, that we know better how to support and guide them and their relatives. The information produced in this thesis will be used by the thesis' cooperation partner Satakunnan Syöpäyhdistys. Their staff can utilize the information when they help women who have fallen ill and their close-knit.

Overview of the literature was processed versatile terms sexuality, womanhood, intimate relationship and the gynecological cancers and theirs connection. In the literature was also processed the most important things about qualitative research and the analysis of the content. The research material was Riitta Laine's in year 2007 edited book "Miksi minä ja mikä on ennusteeni?" In the book six women tell about their life after falling ill with gynecological cancer. Thesis was executed as a qualitative research and the material was analyzed using material-based and theory-oriented content analysis.

Experiences about sexuality, after falling ill with gynecological cancer, contained elements of body image, sexual identity and the quality of life. Along the disease awareness herself as a woman and as a partner was converted and self-worth fallen in to pieces. Especially changes in physical appearance and the feelings about losing womanhood were represented as a significant. Loss of womanhood was reflected very highly on genitals and their ablation. However the quality of life was represented as improved because of the changed life values and priority list of things got better.

After falling ill with gynecological cancer the experiences of intimate relationship contained elements about interaction, support and love. The feeling of partners support and love had very important meaning. The support of the partner, both emotional and concrete, was described as a stand for caring. Speechlessness was described as a problematic in an intimate relationship. By contrast it didn't necessarily directly weaken the quality of relationship. The most important thing mentioned, was the fact, that partner had someone to talk to, rather than the fact, that spouses talked with each other.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	YHTEISTYÖKUMPPANI.....	6
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	7
4	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	7
4.1	Seksuaalisuus osana ihmisyyttä ja naiseutta.....	8
4.2	Onnellisen parisuhteen avaimet.....	13
4.3	Gynekologisten syöpien laaja kirjo.....	15
4.3.1	Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan syöpä.....	16
4.3.2	Kohtusyöpä.....	18
4.3.3	Munasarja- ja munanjohdinsyöpä.....	18
4.4	Kun seksuaalisuus kohtaa gynekologisen syövän.....	20
4.5	Parisuhde puntarissa gynekologisen syövän vuoksi.....	25
4.6	Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi kokemusten kuvaamisessa.....	28
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	32
5.1	Tutkimusaineisto ja menetelmä.....	32
5.2	Aineiston analysointi.....	33
6	TULOKSET.....	35
6.1	Särkynyt naiseus - Kokemuksia seksuaalisuudesta.....	35
6.2	Hellyys ja läheisyys voimavarana - Kokemuksia parisuhteesta.....	38
7	POHDINTA.....	43
7.1	Tulosten tarkastelu.....	43
7.2	Luotettavuuden pohdinta.....	45
7.3	Eettiset kysymykset.....	47
	LÄHTEET.....	48

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu vuosittain reilu 1 500 naista gynekologiseen syöpään (Salmi & Leminen 2007, 451). Gynekologisilla syöville on merkittävä vaikutus seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen (Malinen 2002, 161). Sairastuessaan nainen joutuu kohtaamaan kipeitä naiseuteen liittyviä kysymyksiä (Rosenberg 2000, 172). Tutkimusten mukaan syöpään sairastuneet ja heidän läheisensä kaipaavat nykyistä enemmän tukea ja ohjausta (Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki & Paavilainen 2004, 29). On tärkeää tietää naisten kokemuksia seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan syöpään sairastumisen jälkeen, jotta oikeanlaista tukea ja ohjausta heille ja heidän läheistensä auttamiseksi osattaisiin tarjota (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto & Miettinen 2008, 152). Tämän opinnäytetyön tavoitteena on olla mukana lisäämässä tämänkaltaista tärkeää tietoa.

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Satakunnan Syöpäyhdistys, jonka henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön tarjoamaa tietoa sairastuneita ja heidän läheisiään auttaessaan. Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu huomioida ihminen psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Tällöin on otettava huomioon myös seksuaalisuuteen kuuluvat osa-alueet. Opinnäytetyön tarjoamasta tärkeästä tiedosta on siis hyötyä kaikille hoitotyötä tekeville. Opinnäytetyö on tehty laadullisena tutkimuksena käyttäen tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysia. Laadullinen tutkimus sopii erityisen hyvin opinnäytetyöhön, jossa kuvataan ihmisten kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä ja tavoitteena on ilmiön syvälinen ymmärtäminen.

Seksuaalisuus on keskeinen laatutekijä naisen elämässä. Seksuaalisuus sisältää biologisen, psyykkisen, sosiaalisen, eettisen ja kulttuurisen ulottuvuuden. Ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, miten nainen kokee seksuaalisuutensa. (Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2011, 14–15.) Seksuaalisuus on ainutlaatuinen kokemus, joka vaihtelee elämäntilanteiden mukaan (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 152). Syöpään sairastuminen on vakava

kriisi, joka heikentää elämänlaatua. Sairastuminen vaikuttaa aina koko perheeseen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 19.) Syöpä voi vaikuttaa seksuaalisuuteen fyysisesti, emotionaalisesti ja psykososiaalisesti (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 283). Sairastuminen vaikuttaa naisen minäkuvaan, mielialaan, ihmissuhteisiin ja niiden kautta seksuaalisuuteen. Minäkuva on osa seksuaalista identiteettiä ja on yhteydessä naiseuden kokemuksiin. Syöpään sairastuessa suuri osa seksuaalisista ongelmista liittyy särkyneeseen minäkuvaan. Sairastuminen voi vaikuttaa pitkän aikaa myös parisuhteeseen. Vaikutus voi olla joko myönteistä tai kielteistä. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.) Sairastuminen saattaa syventää parisuhdetta ja lisätä puolisojen yhteenkuuluvuuden tunnetta. Toisaalta parisuhde saattaa myös heiketä ja puoliset vieraantua toisistaan, etenkin jos puoliset eivät keskustele avoimesti keskenään. (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 152; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.)

2 YHTEISTYÖKUMPPANI

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Satakunnan Syöpäyhdistys, jonka kanssa tehtiin tutkimussopimus opinnäytetyön tekemisestä. Satakunnan Syöpäyhdistys on maakunnallinen kansanterveys- ja potilasjärjestö. Yhdistys on perustettu vuonna 1974. Toiminnan tavoitteena on syövän ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen sekä potilaiden ja heidän läheistensä auttaminen. Yhdistys tarjoaa ammatillisia palveluja, kouluttaa vapaaehtoisia tukihenkilötoimintaan sekä järjestää erilaista jäsenoimintaa. Satakunnan Syöpäyhdistys on Suomen Syöpäyhdistyksen jäsenjärjestö. Satakunnan Syöpäyhdistyksellä on yhdeksän kuntajäsentä ja yksi yhteisöjäsen. Satakunnan Syöpäyhdistys tekee yhteistyötä Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Satakunnan ammattikorkeakoulun tavoitteena on yhteistyössä Satakunnan Syöpäyhdistyksen kanssa arvioida yhdistyksen toiminnan vaikutusta ja osallistua toiminnan kehittämiseen. (Satakunnan Syöpäyhdistyksen www-sivut 2013.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia naisilla on seksuaalisuudesta ja parisuhteestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Tutkimustehtävinä ovat seuraavat kuvauskohteet:

1. Millaisia kokemuksia naisilla on seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen?
2. Millaisia kokemuksia naisilla on parisuhteestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin tietoa gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten seksuaalisuudesta ja parisuhteesta, jotta heitä ja heidän läheisiään osataan paremmin tukea ja ohjata.

4 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on luoda opinnäytetyön tekijälle kuva tutkimusilmioista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 69). Kirjallisuuskatsauksen viitekehys muodostuu käsitteistä seksuaalisuus, parisuhde ja gynekologiset syövät. Kirjallisuuskatsauksessa kuvataan monipuolisesti nämä käsitteet ja niiden väliset suhteet. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa käsitellään tärkeimmät asiat laadullisesta tutkimuksesta ja sisällönanalyysistä. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus aloitettiin hakemalla kirjallisuutta informaation avulla eri tietokantoja apuna käyttäen. Käytettyjä tietokantoja olivat muun muassa Arto, Linda, Medic, Nelli, Terveysportti, Theseus ja Tyrni. Lisäksi kirjallisuutta haettiin Satakunnan maakuntakirjaston tietokannasta. Hakusanat muodostettiin opinnäytetyön viitekehysten käsitteistä ja niiden synonyymeista. Haku tehtiin hakusanoja eri tavoin yhdistäen ja eri kohdista katkaisemalla kunkin tietokannan ohjeiden mukaan. Saatujen hakutulosten luotettavuutta arvioitiin lähdekritiikin periaatteiden mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksessa on käytetty lähteinä oppikirjoja, tieteellisiä lehtiartikkeleita ja tieteellisiä tutkimuksia.

Syöpään sairastumisen vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen on jonkin verran tehty Suomessa tutkimuksia, joissa asiaa on selvitetty eri näkökulmia painottaen. Näistä keskeisimmät ovat Hautamäki-Lammisen väitöskirja ”Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa – Tiedontarpeet ja tiedonsaanti”, Leinon väitöskirja ”Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä – Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana” sekä Mesiäislehto-Soukan ja kumppaneiden tutkimus ”Munasarjasyöpää sairastavan potilaan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa”. Hautamäki-Lammisen väitöskirjaan kuuluu lisäksi viisi osajulkaisua, joissa on ollut mukana muitakin tekijöitä. Osajulkaisuja on julkaistu muun muassa *Hoitotiede*- ja *Tutkiva Hoitotyö* lehdissä. Lisäksi on julkaistu useita eri asiantuntijoiden kirjoittamia tieteellisiä artikkeleita esimerkiksi *Lääkäri*- ja *Duodecim*lehdessä. Ulkomaalaisia tutkimuksia aiheesta on tehty runsaasti. Niitä ei kuitenkaan tässä opinnäytetyössä ole käytetty lähteinä, koska ne ovat olleet jo edellä mainittujen tutkimusten keskeisimpiä lähteitä. Näiden tutkimusten lisäksi on syöpään sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen tehty myös opinnäytetöitä, jotka kuitenkin jätettiin lähdekritiikkiin vedoten pois tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksesta.

4.1 Seksuaalisuus osana ihmisyyttä ja naiseutta

Yksilön käsitys ihmisyydestä ja arvoista luo perustan seksuaalisuudelle. Ihmiskäsitys kertoo millainen ihminen pohjimmiltaan on. Se ohjaa ajatuksia, tekoja ja tapaa elää. Seksuaalisuus on sidoksissa ihmiskäsitykseen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 27, 132.) Seksuaalisuus on merkittävä osa ihmisen identiteettiä (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237). Seksuaalinen identiteetti ja minäkuva kypsyvät hitaasti. Minäkuva, itsetunto ja seksuaalinen identiteetti rakentuvat kehollisuuden kautta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 35–36.)

Seksuaalisuus on yksi ihmisen perustarpeista ja jokainen ihminen on luonnostaan seksuaalinen (Malinen 2002, 161). Seksuaalisuus vaikuttaa kaikkiin ihmisen elämän osa-alueisiin ja kaikki elämän osa-alueet vaikuttavat seksuaalisuuteen. Seksuaalisuus muodostaa laajan kaikkeen ulottuvan kokonaisuuden. Seksuaalisuudesta ei voi päästä eroon. (Rosenberg 2000, 172–173.) Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmisyyttä

(Ryttyläinen & Valkama 2010, 11). Seksuaalisuuteen voi sisällyttää kaiken, mitä olemme, tunnemme, ajattelemme ja teemme (Pietiläinen 2007, 539).

Seksuaalisuus on mukana ihmisen elämänkaareissa syntymästä kuolemaan (Rosenberg 2000, 172). Ihmisen seksuaalisuus ei ole koskaan valmis, vaan se muuttuu elämänkulun mukana. Seksuaalisuus on myös vahvasti kokemuksellinen ja subjektiivinen asia, jonka ihminen itse määrittelee. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13.) Seksuaalisuus on sidoksissa elämänmuutoksiin ja kulttuuriin (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13; Väisälä 2006, 241). Seksuaalisuus on myös yksineläjien oikeus (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14).

Seksuaalisuutta on kirjallisuudessa jaettu ulottuvuuksiin ja tasoihin muutamalla eritavalla. Perinteisesti seksuaalisuus on jaettu biologiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, eettiseen ja kulttuuriseen ulottuvuuden. Biologinen ulottuvuus sisältää fyysisen seksuaalisuuden ja sukupuolisuutta ja perinnöllisyyttä koskevat asiat, psykologinen ulottuvuus mielikuvat seksuaalisuudesta, tunteet, kokemukset, asenteet, seksuaalisen käyttäytymisen, minäkuvan ja käsitykset itsestä seksuaalisena olentona, sosiaalinen ulottuvuus läheiset ihmissuhteet, eettinen ulottuvuus ihanteet, moraalin ja arvot ja kulttuurinen ulottuvuus lait, uskonnon, opit, hyväksytyt normit, yhteisössä vallitsevat seksuaalitavat, seksuaalimoraalin, seksuaalisuutta koskevat tiedot ja uskomukset sekä seurusteluun ja avioliittoon liittyvät kulttuurit ja sukupuoliroolit. Lisäksi seksuaalisuuteen kuuluu kehonkuva. (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 152; Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 14–15.)

Seksuaalisuus voidaan myös jakaa neljään ulottuvuuteen, jolloin ulottuvuudet ovat seksuaalireaktiot ja seksuaalikäyttäytyminen, kehollisuus ja ulkonäkö, läheisyys ja tunteiden ilmaiseminen sekä hedelmällisyys ja hormonitoiminta (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237). Lähes samoin seksuaalisuus voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen, jolloin ulottuvuudet ovat seksuaaliset suhteet, seksuaalisen minän käsite ja seksuaaliset toiminnot. Seksuaalisiin suhteisiin kuuluvat keskustelu ja intimitteetti suhteessa, seksuaaliseen minään kehonkuva, seksuaalinen itsetunto ja käsitys itsestä seksuaalisena olentona ja seksuaalisiin toimintoihin seksuaalinen halukkuus, kiihottuminen ja tyydyttyminen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 24.)

WHO:n määritelmä jakaa seksuaalisuuden neljään tasoon. Ensimmäiseen seksuaalisuuden tasoon sisältyy sukupuoli, sukupuoli-identiteetti, sukupuoliroolit, seksuaalinen suuntautuminen, erotiikka, nautinto, intiimiys ja lisääntyminen. Toisessa seksuaalisuuden tasossa seksuaalisuus ilmenee ajatuksissa, fantasioissa, toiveissa, uskumuksissa, asenteissa, arvoissa, käyttäytymisessä, tavoissa, rooleissa ja suhteissa. Kolmas taso jakaa seksuaalisuuden biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, kulttuuristen, eettisten, juridisten, historiallisten, uskonnollisten ja henkisten tekijöiden vuorovaikutukseen. Neljännessä tasossa seksuaalisuuteen sisältyy hellyys, kosketus ja intiimiys, joita ilmaistaan ajatuksissa, tunteissa ja teoissa. (Kontula 2008, 15.)

Hautamäki-Lamminen ja kumppanit (2008, 156; 2012, 64) toteavat seksuaalisuuteen kuuluvan kumppanuuden, hellyyden, läheisyyden, vahvan sukupuoli-identiteetin, käsityksen omasta viehättävyydestä, puolison vetovoimaisuuden ja seksuaalisen nautinnon. Hautamäki-Lammisen (2012, 64) mukaan vahva sukupuoli-identiteetti on tahtoa edustaa roolia naisena. Sukupuoli-identiteettiin kuuluu käsitys minuudesta, kehonkuvasta, naisidentiteetistä, roolista ja sukupuolten keskinäisestä suhteesta.

Seksuaalisuuteen liittyy aistillinen nautinto sekä mielihyvään kuuluva läheisyyden tarve ja sen tyydyttäminen. Seksuaalisuus on yhteydessä ihmisen tunneperäiseen kiintymykseen toisiin ihmisiin. (Pietiläinen 2007, 539.) Ihmisen seksuaalisuus näkyy ajattelussa, puheessa, tunteissa, arvoissa, normeissa ja ei-eroottisessa käyttäytymisessä (Virtanen 2002, 21). Seksuaalisuus on keskeinen osa hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä (Eskola & Hytönen 2002, 65). Terve seksuaalikäyttäytyminen perustuu kypsään tunne-elämään ja rakkauteen ja käyttäytymistä ohjaavat tietoiset valinnat (Pietiläinen 2007, 550). Parisuhteen toimivuus, yleinen elämäntilanne, stressi, hormonit, lääkkeet ja terveydentila vaikuttavat merkittävästi seksuaalisuuteen (Rantanen & Hurskainen 2006, 2122, 2124). Seksuaalisuus voi toisinaan aiheuttaa surua ja vaikeuksia. Huono itsetunto, selkeytymätön tai haavoittunut sukupuoli-identiteetti, vaikeat ihmissuhteet ja elämäkokemukset, sairaus, vammaisuus tai syrjäytyminen voi rikkoa seksuaalisuuden eheyden. (Rosenberg 2000, 173.)

Naisen seksuaalisuus koostuu persoonallisuudesta, naisena olemisesta ja elämisestä, vuorovaikuttamisesta ja kaikista mielihyvää tuottavista asioista (Rosenberg 2000,

173). Seksuaalisuudessa merkitystä on sillä, miten koemme itsemme naisena (Malinen 2002, 161). Seksuaalisuus merkitsee naiselle monenlaisia kokemuksia. Tärkeää on kokemusten herättämät tunteet, identiteetti, ihmissuhteet ja tavat, joilla nainen antaa ja ottaa vastaan rakkautta. Seksuaalisuus ulottuu naisen koko elämään. (Eskola & Hytönen 2002, 64.)

Seksuaalisuus on sukupuoliviettiin perustuvaa käyttäytymistä (Pietiläinen 2007, 539). Seksi on seksuaalisuuden osa, jolla ihmiset tyydyttävät luontaisia seksuaalisia tarpeita. Seksi on kokonaisuus, johon ihminen osallistuu sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Rosenberg 2000, 173.) Seksi on yhteydessä itsetuntoon, identiteettiin ja omanarvontunteeseen. Seksi muuttaa muotoaan, kun mielialat tai asenteet muuttuvat. (Eskola & Hytönen 2002, 64.) Seksi on osa seksuaalisuutta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14). Naiselle seksuaalisuus on paljon muutakin kuin vain seksiä (Eskola & Hytönen 2002, 65).

Seksuaalisuus on monimutkainen biofysiologinen ilmiö, jossa vaikuttavat sekä keskus- että ääreishermosto. Tästä seuraa biokemiallisia, hormonaalisia ja verenkierröllisiä muutoksia. (Ruusuvaara 2006, 198.) Häiriöt verenkierrossa, hermostossa, hormoneissa tai psyykkisissä tekijöissä, voivat saada aikaan seksuaalitoiminnan häiriöitä. Häiriöt voivat olla seurausta psyykkisistä tai emotionaalisista tekijöistä, vähäisestä seksuaalisesta tai yleisestä itsetunnosta, masennuksesta, ahdistuneisuudesta, stressistä tai seksuaalisuuden ja seksin kokemisesta hävettäväksi. Häiriöiden syynä voivat olla myös puolison ongelmat, sairaudet tai lääkkeet. (Kajan 2006, 115.)

Sukupuoliset toimintahäiriöt ovat erilaisia puutteita, joita ihmisellä on kyvyssä olla sukupuolisuhteessa toivomallaan tavalla. Toimintahäiriöt voivat olla kiinnostuksen puutetta, nautinnon puutetta tai fysiologisten vasteiden heikkoutta. Sukupuolisten toimintahäiriöiden taustalla on yleensä sekä psykologisia että somaattisia syitä. Naisilla on useimmin subjektiivisen kokemuksen puutetta, kuten nautinnon tai kiinnostuksen puutetta, kuin fysiologisen vasteen puuttumista. (Väisälä 2006, 244.)

Seksuaalinen halu eli libido tarkoittaa seksuaalista motivaatiota (Kontula 2008, 42). Seksuaalinen halu jaotellaan usein kolmeen osaan, jotka ovat sukupuolivietti, seksuaaliset toiveet ja odotukset sekä sukupuolinen motivaatio (Venhola & Brusila 2006,

4703–4704). Seksuaalinen halukkuus vaihtelee fysiologisista ja hormonaalisista syistä johtuen (Kajan 2006, 114; Räsänen 2003, 221). Seksuaaliseen haluun vaikuttavat monet aivojen välittäjäaineet ja sukupuolihormonit. Testosteronin ajatellaan olevan tärkein seksuaalista halua lisäävä ja ylläpitävä hormoni. (Väisälä 2011, 2487.) Estrogeenilla on tärkeä merkitys naisten seksuaalitoiminnoille, mutta sen määrä elimistössä ei ole suhteessa seksuaaliseen halukkuuteen (Venho & Brusila 2006, 4705). Hormonit vaikuttavat seksuaalisuuteen säätelemällä halukkuutta keskushermoston kautta (Sairaanhoitajan käsikirja 2012). Hormonien merkitys ja syy-yhteys naisen seksuaalisuuteen on kuitenkin vielä epäselvä (Väisälä 2011, 2487). Kuukautiskierto ja sen aikana tapahtuvat biologiset muutokset vaikuttavat naisen seksuaaliseen halukkuuteen yksilöllisesti (Pietiläinen 2007, 550).

Halu on monitahoinen psyykinen, sosiaalinen, emotionaalinen, hormonaalinen ja kulttuurinen kokonaisuus (Kajan 2006, 113; Väisälä 2011, 2485). Halu on yksilötasolla tapahtuneiden kokemusten summa (Ruusuvaara 2006, 198). Haluun kuuluvat seksuaaliset ajatukset ja mielikuvat ja tarve kokea seksuaalista jännitystä ja sen laukeamista (Räsänen 2003, 221). Seksuaalisen halun herääminen perustuu keskushermoston vireystilaan (Pietiläinen 2007, 544). Seksuaalinen halu vaihtelee ihmisen elämäntilanteen ja -vaiheen mukaan, mutta koskaan se ei kokonaan lopu (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 135). Seksuaaliseen haluun vaikuttavat muun muassa stressi, aiemmat seksuaalikokemukset, psyykinen ja fyysinen terveys, lääkkeet, persoonallisuus, yleinen ja seksuaalinen itsetunto, suhtautuminen seksuaalisuuteen ja seksiin sekä parisuhde (Kajan 2006, 114). Tärkeimmät haluun vaikuttavat asiat ovat puolisojen suhde, heidän seksuaalinen menneisyytensä, itsensä hyväksyminen sekä hyvinvointi (Ruusuvaara 2006, 198). Omien tunteiden ilmaiseminen ja kuulluksi tuleminen parisuhteessa lisäävät seksuaalista halua (Sairaanhoitajan käsikirja 2012).

Seksuaalinen haluttomuus on yksi tavallisimmista naisten seksuaalisista ongelmista. Haluttomuuden syynä voi olla monia asioita, kuten parisuhdeongelmia, elämäntapa-ongelmia tai toimimatonta seksiä. (Väisälä 2006, 246.) Heikentynyt seksuaalinen halu on seksuaalisten fantasioiden, ajatusten tai seksuaalisen kanssakäymishalun puuttumista. Kaksi tärkeää tekijää haluttomuuden määrittelyssä ovat tilan pysyvyys ja haluttomuuden kokeminen henkilökohtaiseksi ongelmaksi. (Räsänen 2003, 220.) Haluttomuus muuttuu ongelmaksi silloin, kun se tulkitaan rakkauden puutteeksi (Rytty-

läinen & Valkama 2010, 165). Taustalla on usein sekä fyysisiä että psyykkisiä ongelmia (Eskola & Hytönen 2002, 66). Suurin osa haluttomuusongelmista johtuu psykologisista ristiriidoista. Monet psykologiset tekijät estävät seksuaalisia vasteita keskushermostossa, esimerkiksi jännittyneisyys, seksuaalinen alemmuudentunto, syyllisyys ja väärät käsitykset. (Räsänen 2003, 222.) Seksuaalisen haluttomuuden psykologiset syyt ovat useimmiten mukana, vähintään ylläpitämässä tilannetta (Väisälä 2011, 2488).

4.2 Onnellisen parisuhteen avaimet

Parisuhteen perusta on ystävydessä, molemminpuolisessa kunnioittamisessa, luottamuksessa, huolenpidossa ja päivittäisissä hellyydenosoituksissa. Ystävyys on laadukasta, kun ollaan kiinnostuneita toisesta, muistetaan toiselle tärkeät asiat, ollaan helliä, rakastavia ja kunnioittavia ja huomioidaan toisen tarpeet. (Malinen & Kumpula 2006, 368, 370.) Avaimia kestävään ja onnelliseen parisuhteeseen ovat ystävyys, puolison ihailu, kiintymyksen tunne puolisoa kohtaan, kyky ja halu ratkaista ristiriitoja, kuulluksi tuleminen ja yhteisiin asioihin vaikuttaminen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 107). Parisuhteen laadukkuuteen kuuluu myös seksuaalinen toiminta, romantiikka ja intohimon laatu. Parisuhteessa seksuaalisuudessa yhdistyvät halu ja rakkaus. Halu on sitä, että vaatii, mitä itse tarvitsee ja rakkaus sitä, että antaa, mitä toinen tarvitsee. (Malinen & Kumpula 2006, 368.) Rakkaus liitetäänkin usein seksuaalisuuteen. Rakkaus on tärkeä elämää kantava ja siihen vaikuttava voima. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 133.)

Turvallinen, luottamuksellinen, toista kunnioittava ja arvostava suhde luo mahdollisuuden kokea intiimiyttä, antaa hellyyttä ja läheisyyttä sekä ilmaista itseään seksuaalisena olentona (Ryttyläinen & Valkama 2010, 101). Toisen kunnioittamisen ehtona on itsekunnioitus. Parisuhde on turvallinen, kun molemmat puoliset ovat sekä huolenpidon antajia että saajia. Turvallisessa parisuhteessa uskalletaan olla avuttomia ja haavoittuvaisia ja luotetaan siihen, että asiat pystytään ratkaisemaan. Turvallisessa parisuhteessa on mahdollisuus kuunnella itseään ja puolisoa. (Malinen & Kumpula 2006, 367–368, 373–374.) Onnellisin parisuhde on parisuhde, joka kykenee keskustelemaan (Järvi 2006, 4675). Kuulluksi tuleminen pitää yllä rakkautta ja ystä-

vyyttä (Malinen & Kumpula 2006, 367–368). Avoimella vuorovaikutuksella ja puhumisella oppii puolisoista myös seksuaalisesti enemmän (Ryttyläinen & Valkama 2010, 102). Läsnaolon, aidon kohtaamisen ja silmiin katsomisen puute heikentävät parisuhteen hyvinvointia ja onnellisuutta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 57).

Parisuhde kehittyy sen mukaan, minkälaista tukea puoliset pystyvät toisilleen antamaan ja kuinka hyvin he osaavat käsitellä toistensa kokemuksia. Keskeinen merkitys on sillä, miten parisuhteessa kyetään jakamaan ja käsittelemään pettymyksiä, vastoinkäymisiä ja negatiivisia tunteita. Pettymysten käsittely on parisuhteen kulmakivi. Pettymyksiä syntyy, kun parisuhteessa ei ole aitoa läsnäoloa. (Malinen & Kumpula 2006, 367–368.) Kaikissa parisuhteissa on ristiriitoja ja on tärkeää, että puoliset osaavat käsitellä niitä. Onnistunut parisuhde syntyy, kun puolisoilla on halua ja kykyä toimia vaalien toisen hyvinvointia itseään laiminlyömättä. Parisuhteessa pitää olla mahdollisuus jakaa ilot ja surut. (Paajanen 2003, 31, 41.) Parisuhteen olennainen perustaito on uskaltaa näyttää oma haavoittuvuutensa ja saada siihen vastakaikua (Malinen & Kumpula 2006, 373).

Seksuaalisuus on oleellinen osa parisuhdetta, joka antaa voimaa parisuhdesiteelle. Kun parisuhteessa opitaan toimimaan yhdessä seksuaalisesti, se lisää seksuaalista tyytyväisyyttä. (Malinen & Kumpula 2006, 370–371.) Läheisyys on edellytys kauneimmille eroottisille ja seksuaalisille kokemuksille (Huttunen 2006, 18). Kosketus lisää läheisyyden tunnetta. Onnellinen parisuhde on vaikea saavuttaa ilman intiimiä läheisyyttä ja toimivaa seksuaalista suhdetta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 103, 106.) Seksuaalisuuteen kuuluu paljon ei-kielellistä, kosketukseen, ilmeisiin ja eleisiin perustuvaa ja alitajuista vuorovaikutusta (Malinen & Kumpula 2006, 371). Rakkauttellinen seksi on ennen kaikkea eroottisen aistillinen. Se on ihoa, tuoksua, ääniä, katseita ja kosketusta. Vastavuoroinen nautinto voi muodostua rakastavien yhteenkuuluvuutta syventäväksi kokemukseksi. (Huttunen 2006, 18.) Hellyys on merkki laadukkaasta parisuhteesta ja hellyydenosoituksin parannetaan ja ylläpidetään parisuhteen laatua. Fyysisen läheisyyden kokemukset ja tyytyväisyys parisuhteeseen kulkevat käsi kädessä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 107.)

Seksi vahvistaa parisuhdetta ja seksiin liittyvät ongelmat aiheuttavat helposti huononmuuden tunnetta. Tällöin aletaan herkästi vältellä toisen läsnäoloa. (Bildjuschkin

& Ruuhilahti 2010, 57.) Kielteiset kokemukset laajenevat nopeasti isommiksi ongelmiksi, jos niihin ei puututa ajoissa. Jos omaa haavoittuvuuttaan suojaa hyökkävällä käyttäytymisellä, se saa puoliossa aikaan vastareaktion eli suojautumisen. Tämä taas johtaa vetäytymiseen ja sulkeutumiseen. Tällöin voi seurauksena olla seksuaalielämän niukkuus, kaavamaisuus tai puuttuminen. Suhteen elinvoima ja intiimiys kuluu, jos seksuaalisuudessa on häiriöitä tai se puuttuu. (Malinen & Kumpula 2006, 371.)

Jos puoliset ovat kykenemättömiä käsittelemään ristiriitojaan tai kielteisiä tunteitaan, on heidän seksielämänsä todennäköisesti laimeaa tai sitä ei ole ollenkaan. Jos käsittelemättömiä tunteita kertyy paljon, vievät ne puolisoita etäämmälle toisistaan. Sulkeutuneisuutta aiheuttavat häpeä, itseinho, riittämättömyys ja arvottomuuden tunne. Tällöin omien tarpeiden ja toiveiden ilmaisusta seksin suhteen tulee erittäin vaikeaa. Puolisolta edellytetään kykyä kohdata häpeää ja surua, sen sijaan, että tunteita kieltämällä ja torjumalla päädytään negatiiviseen kierteeseen. Pelko tunteena liittyy parisuhteisiin, joissa on vakavia ongelmia. Yleisimpiä pelkoja parisuhteissa ovat pelko hylätyksi tai torjutuksi tulemisesta tai pelko siitä, että jää ilman rakkautta tai joutuu toisen kontrollin alle. Jos tunteita ei parisuhteessa osata käsitellä, on seurauksena seksuaalista haluttomuutta ja kyvyttömyyttä. (Malinen & Kumpula 2006, 373–374.) Haluttomuudella on vahva yhteys siihen, millaiseksi parisuhde koetaan. Toistuva haluttomuus aiheuttaa ongelmia vuorovaikutuksessa ja tyytyväisyydessä. (Kontula 2008, 62, 67.) Ongelmia ilmenee haluttomuuden ohella vaikeutena sovittaa yhteen parisuhteen osapuolten erilaisia haluja (Kontula 2006, 33).

4.3 Gynekologisten syöpien laaja kirjo

Gynekologinen syöpä on naisen sukuelimistä lähtenyt pahanlaatuinen kasvain (Pakarinen 2011, 17). Gynekologista syöpää esiintyy yleensä vaihdevuosien jälkeen. Syöpää voi olla missä tahansa sukuelimissä. (Eskola & Hytönen 2002, 342.) Se voi olla munasarjassa, munanjohtimessa, kohdussa, kohdunkaulassa, emättimessä tai ulkosynnyttimessä (Ihme & Rainto 2008, 242). Oireet ovat hyvin monimuotoisia ja vaihtelevat eri syöpien kesken (Eskola & Hytönen 2002, 342; Pakarinen 2011, 17).

Opinnäytetyössä käsitellään gynekologisista syövistä yleisimmät eli kohtusyöpä, munasarjasyöpä ja kohdunkaulan syöpä. Harvinaisimmista gynekologisista syövistä käsitellään ulkosynnyttimien syöpä, emätinsyöpä ja munanjohdinsyöpä, koska näillä syöpämuodoilla on kiinteästi merkitystä siihen, miten naiset kokevat seksuaalisuutensa. Opinnäytetyön lähtökohdat ovat naisen seksuaalisuudessa ja parisuhteessa. Gynekologisia syöpiä on kuitenkin käsitelty melko laajasti, koska tässä opinnäytetyössä naisen seksuaalisuutta ja parisuhdetta tarkastellaan gynekologisten syöpien näkökulmasta.

4.3.1 Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan syöpä

Vuosittain Suomessa todetaan noin 60–80 ulkosynnyttimien syöpätapausta eli vajaa 5 % kaikista gynekologisista syövistä. Kyseessä on iäkkäiden naisten syöpä. Sairastuneista 2/3 on yli 65-vuotiaita. (Heinonen 2011a; Mäenpää & Pakarinen 2011, 221.) Ulkosynnyttinsyövän eli vulvakarsinooman syy on tuntematon, mutta papilloomaviruksen (HPV) aiheuttamilla infektioilla on merkitystä esiasteiden synnyssä. Myös limakalvoa vaurioittavat muutokset lisäävät alttiutta pahanlaatuisiin solumuutoksiin. (Eskola & Hytönen 2002, 345; Salmi & Leminen 2007, 452.) Samoin ylipaino, verenpainetauti ja diabetes voivat olla altistavia tekijöitä (Mäenpää & Pakarinen 2011, 221). Ulkosynnyttimissä on samoja syöpiä kuin iholla (Kivelä 2007, 581). Ulkosynnyttimissä syövän tyypillinen oire on epänormaali haavauma (Pakarinen 2011, 17). Oireena voi myös olla kutina, kirvely, kipu tai joskus verinen vuoto. Hoitona on pääsääntöisesti leikkaus, toisinaan lisäksi sädehoito. (Salmi 2000, 260.)

Emätinsyöpä eli vaginakarsinooma on hyvin harvinainen (Salmi & Leminen 2007, 454). Emätinsyöpää todetaan Suomessa vuosittain 10–20 naisella (Ihme & Rainto 2008, 246). Sen osuus kaikista naisten gynekologisista syövistä on vain 1 %. Potilaat ovat suurimmaksi osaksi 50–60-vuotiaita. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223.) HPV-viruksella on merkitystä syövän esiasteiden synnyssä (Salmi & Leminen 2007, 454). Emätinsyöpä on aluksi vähäoireinen tai oireeton (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223). Syöpä on usein jo diagnosointihetkellä metastasoitunut (Salmi & Leminen 2007, 454). Syöpää esiintyy joko kasvaimena tai haavaumana (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223). Emätinsyövän yleisin oire on verenvuoto. Alueen infektoituessa myös valko-

vuodon määrä lisääntyy. (Salmi & Leminen 2007, 455.) Oireina voi myös olla painontunne tai kipu (Ihme & Rainto 2008, 246). Pääasiallisin hoitomuoto on leikkaushoito (Eskola & Hytönen 2002, 347).

Kohdunkaulan syöpä on maailman yleisin ja Suomen kolmanneksi yleisin gynekologinen syöpä. Syöpätapauksia todetaan Suomessa vuodessa noin 150–160. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223.) Kohdunkaulan syöpä on yleinen hedelmällisessä iässä olevilla naisilla (Gissler 2007, 56). Syövän suurin ilmaantuvuus on 35–39-vuotiailla (Salmi & Leminen 2007, 456). Kohdunkaulan syöpään sairastuneista 30–40 % on alle 40-vuotiaita (Mäenpää & Pakarinen 2011, 224). Kohdunkaulan syöpä on gynekologisista syövästä kuitenkin vähiten riippuvainen iästä (Hakulinen 2004, 10). Vuosittain Suomessa todetaan noin 2 000 kohdunkaulan syövän esiastetta (Mäenpää & Pakarinen 2011, 219). Syöpä on hyvin estettävissä esiasteita seulomalla, jolloin varsinaista syöpää ei kehity (Gissler 2007, 56). Valtaosa syövästä löydetään taudin alkuvaiheessa (Kivelä 2007, 581). Muuttuminen syöväksi on useimmiten hidasta ja voi kestää jopa toistakymmentä vuotta (Eskola & Hytönen 2002, 348).

Riskitekijöitä kohdunkaulan syöväälle ovat varhain aloitetut yhdynnät, suuri seksikumppanien määrä tai puolison suuri seksikumppanien määrä, pitkäaikainen ehkäisytablettien käyttö, nuori ikä infektiotahalla, useat raskaudet ja tupakointi. Tärkein tekijä on HPV-infektio ja se on ehdoton edellytys syövän synnylle. HPV-infektiot ovat yleisiä, mutta vain pieni osa niistä muuttuu syöpää aiheuttaviksi. Myös herpesryhmän viruksilla on merkitystä, mahdollisesti myös klamydiainfektioilla. (Hakulinen 2004, 11–12; Mäenpää & Pakarinen 2011, 224.)

Pääasiallisin oire kohdunkaulan syövässä on epäsäännöllinen verenvuoto, erityisesti yhdynnän jälkeen (Kivelä 2007, 581). Kohdunkaulan syövän oireena voi myös olla pahanhajuinen valkovuoto. Suurin osa sairastuneista on kuitenkin oireettomia. (Heinonen 2011a.) Hoito vaihtelee syövän levinneisyyden mukaan. Leikkaus hoitona on kuitenkin ensisijainen vaihtoehto, jossa tavallisimmin poistetaan koko kohtu. Pidemmälle edenneessä syövässä poistetaan kohdun lisäksi munasarjat. (Eskola & Hytönen 2002, 349; Kivelä 2007, 581.)

4.3.2 Kohtusyöpä

Kohtusyöpä on Suomen yleisin gynekologinen syöpä ja kolmanneksi yleisin syöpä naisilla rintasyövän ja paksusuolisyövän jälkeen. Puolet kaikista gynekologisista syöivistä on kohtusyöpiä. Vuosittain todetaan noin 800 syöpätapausta. Kohtusyöpä on yleisempää ylemmissä sosiaaliluokissa ja kaupungeissa. (Grenman & Auranen 2011, 227, 232.) Kohtusyöpä on alle 40-vuotiailla harvinainen. Tapauksista 90 % todetaan yli 50-vuotiailla. (Salmi & Leminen 2007, 461.) Sairastuneiden keski-ikä on 65 vuotta (Heinonen 2011a).

Kohtusyövän riskitekijöitä ovat aikaisin alkaneet kuukautiset, myöhäinen vaihdevuosi-ikä, synnyttämättömyys, estrogeenia tuottavat munasarjakasvaimet, hormonikorvaushoito, jota on annettu ilman keltarauhashormonia, perimä, verenpainetauti ja diabetes (Ihme & Rainto 2008, 245; Salmi 2000, 260). Keskeisenä riskitekijänä on ylipaino, erityisesti keskivartalolihavuus. Iän myötä riskitekijöiden merkitys korostuu. (Grenman & Auranen 2011, 232.) Ehkäisy pillereiden käyttö puolestaan suojaa kohtusyövältä (Salmi & Leminen 2007, 461).

Fertiili-ikäisillä naisilla kohtusyövän oireita ovat runsaat kuukautiset tai välivuodot ja postmenopausaalisilla naisilla verinen vuoto (Salmi & Leminen 2007, 462). Myös runsasta valkovuotoa voi olla (Pakarinen 2011, 17). Pitkälle edenneessä syövässä voi esiintyä kipua ja yleiskunnon laskua (Grenman & Auranen 2011, 235). Ensisijainen hoito on leikkaus, jolloin poistetaan kohtu, munatorvet ja munasarjat (Kivelä 2007, 577).

4.3.3 Munasarja- ja munanjohdinsyöpä

Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä ja neljänneksi yleisin naisten syöpä Suomessa (Salmi & Leminen 2007, 471). Vuodessa todetaan noin 450–500 tapausta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012). Munasarjasyövän riski lisääntyy iän mukana ja on suurin 60–64-vuotiailla (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, 28; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012). Keskimääräinen sairastumisikä on 61 vuotta (Kivelä 2007, 580). Syöpä on harvinainen nuorilla, vain 3 % sairastuneista on

alle 30-vuotiaita (Salmi & Leminen 2007, 471). Munasarjasyöpä on gynekologisista syöivistä pahamaineisin (Eskola & Hytönen 2002, 352). Syöpä voi levitä jo taudin alkuvaiheessa (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, 28). Syöpä on varhaisvaiheessa lähes oireeton ja siksi yli 60 % syöpätapauksista todetaan vasta myöhäisessä vaiheessa, kun se on jo ehtinyt lähettää etäpesäkkeitä. Tämän vuoksi munasarjasyövän ennuste on huono. (Eskola & Hytönen 2002, 352; Leminen & Loukovaara 2011, 240.) Syöväälle on tyypillistä, että se on molemmissa munasarjoissa. Munasarjasyöpään kuolee enemmän potilaita kuin muihin gynekologisiin syöpiin yhteensä. (Salmi & Leminen 2007, 475, 479.)

Munasarjasyövän syytä ei tunneta. Riskitekijöitä ovat hedelmättömyys, munasolun irtoamishäiriöt ja monirakkulaiset munasarjat sekä mahdollisesti hedelmättömyyden hormonihoitot, ovulaatiovuosia lisäävät tekijät, synnyttämättömyys tai myöhäinen ensisynnytysikä, ylipaino ja korkea elintaso. (Leminen & Loukovaara 2011, 243; Salmi & Leminen 2007, 472.) Ehkäisytablettien käyttö pienentää munasarjasyöpäriskiä. Muita suojaavia tekijöitä ovat raskaus, imetys, sterilisaatio ja kohdunpoisto. (Leminen & Loukovaara 2011, 243; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012.)

Munasarjasyöväällä ei ole selkeitä oireita. Tauti voi olla aluksi pitkään oireeton ja myöhemminkin vähäoireinen. Oireina voivat olla epäselvät yleisoireet, esimerkiksi lievät vatsavaivat, ruokahaluttomuus, pahoinvointi, täyttymisen tunne, yleinen väsymys ja haluttomuus, alaraajojen turvotus, lievä painon lasku ja joskus pientä lämpöilyä. (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, 28; Salmi & Leminen 2007, 473–474.) Syöpäkasvaimen kasvaessa voi esiintyä oireita viereisissä elimissä, esimerkiksi virtsapakkoa, tihentynyttä virtsaamisen tarvetta, ummetusta, ilmavaivoja, painontunnetta, alavatsakipuja ja yhdyntäkipuja. Vatsan turpoaminen on hyvin tavallinen ja ensimmäinen näkyvä oire. Sen aiheuttaa munasarjasyöpään kiinteästi liittyvä askites. Kuukautisvuotohäiriöitä ja välivuotoja voi esiintyä silloin, kun syöpä on tuhonnut munasarjakudosta tai levinnyt kohtuun. Kipu on yleensä vasta myöhäisoire. (Salmi & Leminen 2007, 474.) Tärkein ja ratkaisevin hoitomuoto on leikkaus, jolloin poistetaan kohtu ja munasarjat (Eskola & Hytönen 2002, 352; Kivelä 2007, 580). Leikkauksessa on hyvä poistaa myös munanjohtimet (Leminen & Loukovaara 2011, 245). Myös sytostaattihoidoita annetaan (Ihme & Rainto 2008, 246). Munasarjasyöpään liittyy suuri uusiutumistaipumus (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012).

Munanjohdinsyöpä on harvinainen käsittäen vain reilu 5 % gynekologisista syövästä. Syöpää todetaan Suomessa vuodessa 80–100 tapausta. Keskimäärin sairastuneet ovat 50–60-vuotiaita. Syövän syytä ei tiedetä. (Leminen & Loukovaara 2011, 253.) Noin 50 % potilaista on lapsettomia. Syövän yleisimmät oireet ovat verinen vuoto, valkovoitto ja munanjohdinten venymisestä johtuva epämääräinen painontunne ja kipu lantiossa. (Salmi & Leminen 2007, 470.) Tärkein hoito on leikkaus (Leminen & Loukovaara 2011, 248).

4.4 Kun seksuaalisuus kohtaa gynekologisen syövän

Sairastuminen vaikuttaa aina seksuaalisuuteen, omaan naiseuteen ja koko ihmisyyteen. Sairastumisen aiheuttama kriisi pakottaa ihmisen kohtaamaan vaikeita asioita ja tunteita. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 103.) Syöpään sairastumiseen liittyy pelkoa, häpeää, syyllisyyttä ja ahdistusta (Malinen 2002, 161). Pelot ja pettymykset liittyvät muun muassa parisuhteen kestämiseen, oman seksuaalisuuden ja nautinnon menettämiseen, nautinnon antamisen menettämiseen, torjutuksi tulemiseen, yksinäisyyteen, viehättävyyden tai haluttavuuden menettämiseen, hedelmättömyyteen tai uusien ihmissuhteiden solmimisen vaikeuteen (Rosenberg 2006, 283; Ryttyläinen & Valkama 2010, 204). Naista voi myös mietityttää kykynsä rakastaa ja olla rakastettu. Hän voi jopa kadottaa kokonaan seksuaalisen identiteettinsä. (Rosenberg 2000, 175.)

Syöpä voi vaikuttaa seksuaalisuuteen fyysisesti, emotionaalisesti tai psykososiaalisesti. Psykososiaalisesti seksuaalisuuteen vaikuttavat erityisesti ulkonäön ja minäkuvan muutokset ja vakava sairaus. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283.) Syövän vaikutus potilaan seksuaalisuuteen voidaan jakaa psyykkisiin ja toiminnallisiin ongelmiin (Rosenberg 2000, 174). Syövän yhteydessä mielialan vaihtelut, heikentynyt itsetunto, häpeä, viha, masennus ja ahdistus saattavat vaikuttaa kielteisesti sairastuneen ihmissuhteisiin, elämänlaatuun ja seksuaaliseen aktiivisuuteen. Muutoksia seksuaalisuudessa ovat haluttomuus, fysiologiset ongelmat, kielteinen kehonkuva, naiseuden menetys ja seksuaalisen itsetunnon muuttuminen. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.)

Tavallisin ja vaikein ongelma sairastumisen yhteydessä on minäkuvan muutokset (Malinen 2002, 161). Minäkuvan muutokset voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin (Rosenberg-Ryhänen 2012). Minäkuva kuuluu seksuaaliseen identiteettiin ja yhteydessä naiseuden kokemukseen. Iso osa seksuaalisista ongelmista liittyy heikentyneeseen minäkuvaan. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.) Sisäisen minäkuvan muutoksen vaikutus kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen voi olla merkittävä. Ulkoisen minäkuvan muutos saattaa myös vaikuttaa suuresti oman kehon ja seksuaali-identiteetin hyväksymiseen. Ulkoisen minäkuvan muutos voi pelottaa, aiheuttaa häpeää ja rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä. Tällöin seurauksena voi olla seksuaalinen haluttomuus, eristäytyminen parisuhteesta, perheestä ja ystävistä tai masennus. (Rosenberg 2006, 286–287.)

Kehonkuva on mielikuva omasta kehosta, ulkonäöstä, terveydestä, eheydestä, normaalitoiminnoista ja seksuaalisuudesta. Syöpään sairastumisen vaikutus kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen voi olla suuri. Sairastunut voi tuntea itsensä rikkinäiseksi ja ehjää kehonkuvaa on vaikea muodostaa. Kielteinen kehonkuvan muutos voi aiheuttaa sen, että suhde omaan naiseuteen katoaa. Tällöin kehonkuva ja kyky ilmaista seksuaalisuutta voi vaarantua. Iso osa seksuaalisista ongelmista johtuu syöpään sairastuneen heikentyneestä kehonkuvasta. (Hautamäki-Lamminen 2012, 31–32.) Sairastuessa oma vartalo voi tuntua rumalta, vastenmieliseltä ja epäeroottiselta, mistä syystä on vaikea kuvitella puolison pitävän itseä puoleensavetävänä (Ryttläinen & Valkama 2010, 204). Monesti tunteiden käsittely ja kumppanin tuki ovat riittäviä, jotta suhde omaan kehoon muodostuu. Joskus kuitenkin kehonkuvan muutos johtaa elämänlaadun laskuun, psykososiaalisiin ongelmiin ja ongelmiin parisuhteessa. (Rosenberg 2006, 287.)

Vakava sairaus laskee usein ihmisen itsetuntoa. Itsetunto on tärkeä seksuaalisuuden osa-alue ja sen puuttuessa seksuaalinen eheytyminen ja minäkuvan korjaantuminen tapahtuvat hitaasti, joskus jopa seksuaali-identiteetti voi hämärtyä. (Rosenberg 2006, 282; Ryttläinen & Valkama 2010, 203–204.) Hyvä itsetunto ja toimiva parisuhde auttavat kestäämään vajavaisuutta seksuaalisen minän kärsimättä (Venhola 2007, 15).

Vakava sairastuminen saa aikaan ihmisessä yksilöllisen kriisireaktion. Kriisin shokkivaiheessa eivät seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvät asiat useimmiten tule edes mie-

leen. (Rosenberg 2006, 282.) Sairauden alkuvaiheessa ja hoitajaksojen aikana naisen voimavarat kuluvat sairaudesta ja hoidoista selviämiseen ja tällöin sukupuolinen kiinnostus yleensä vähenee (Rosenberg 2000, 174–175). Seksuaalisuus voi kuitenkin olla heti isossa osassa, jos naisen sairaus on seksuaalisuuteen liittyvillä alueilla tai seksuaalitoiminnot ovat uhattuina. Nainen saattaa pelätä kumppanin menettämistä tai menetettyä mahdollisuutta solmia ihmissuhteita. Seksuaalisen nauttimisen kyvyn menettäminen, hedelmättömyys ja muut vastaavat asiat voivat mietityttää. Kriisin shokkivaiheen jälkeen alkaa uudelleen suuntautumisen vaihe, jolloin sairaus hyväksytään vähitellen ja opitaan elämään sen kanssa. Uudelleen suuntautumisen vaiheessa nainen kykenee usein miettimään minäkuvaansa naisena laajemmin. Tärkeää on tarve eheytyä kokonaisuutena. (Rosenberg 2006, 281–282.)

Tunne naiseuden menettämisestä vaatii surutyön, jolle on annettava aikaa (Malinen 2002, 161; Toikkanen 2001, 2419). Kriisistä selviytyminen ja elämän halun palautuminen luovat edellytykset naisena eheytymiselle. Seksuaalinen eheytyminen ja itsetunnon palautuminen sekä tasapainoinen naiseus luovat puolestaan pohjan muulle selviytymiselle. Hyvä itsetunto, sosiaalinen verkosto ja parisuhde voivat auttaa selviytymään nopeasti. Toipuminen edellyttää, että tunteet käydään läpi. Joillekin seksuaalisuuden haavat voivat olla niin syviä, että eheytymiseen voi kulua aikaa tai sitä ei koskaan tapahdu. (Rosenberg 2000, 175.)

Leinon (2011, 94) mukaan naisen sisäinen eheytyminen etenee vaiheittain. Nainen käy läpi itsessään tapahtunutta muutosta ja voimaantumisen kautta vähitellen hyväksyy muuttuneen itsensä. Näin hän kokee itsensä jälleen arvokkaaksi. Haavoittuneisuus ja rikkinäisyyden tunne väistyvät ja nainen sopeutuu elämään uuden minänsä kanssa. Eheytyksen kautta nainen tottuu kehon ulkoisiin muutoksiin ja uuteen kehonkuvaan. Menetetty itsetunto korjaantuu, kun naiseuden palaset kootaan jälleen yhteen. Samalla elämänarvot ja asioiden tärkeysjärjestys muuttuu. Sairaus ei enää hallitse koko elämää ja nainen saavuttaa elämässään tasapainon.

Naiseutta peilataan monesti sukupuolielimiin tai niiden toimintoihin (Rosenberg 2006, 283). Merkittävä vaikutus on sairauksilla, jotka liitetään kiinteästi seksuaalisuuteen, kuten gynekologiset syövät tai rintasyöpä (Malinen 2002, 161). Gynekologiseen syöpään sairastunut joutuu sairauden vuoksi monesti vastakkain kipeiden nai-

seuteen liittyvien kysymysten kanssa (Rosenberg 2000, 172). Naisen kokemus omasta kehostaan muuttuu ja aiheuttaa muutoksia käsitykseen seksuaalisuudesta. Naiseuteen liittyvä menetys ja kasvaminen uuteen naiseuteen vaativat aikaa. Naiselle on tärkeää, että puoliso hyväksyy hänet. Seksuaalisuus useimmiten palautuu ennalleen, mutta vaatii aikaa. (Ihme & Rainto 2008, 242–244.) Vaikeuden pahenevat, jos asioista ei kehdata tai uskalleta puhua (Rosenberg 2000, 172).

Sairastuminen vakavaan sairauteen ei kadota ihmisen seksuaalisuutta, sillä seksuaalisuus on kokemuksellista eikä sairaus estä kokemuksen syntymistä (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203). Seksuaalisuus voi kuitenkin siirtyä taka-alalle ja sen tärkeys ja ilmenemistapa voivat muuttua (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237). Seksuaalisuus vaikuttaa keskeisesti elämänlaatuun. Elämänlaatu muodostuu tyytyväisyydestä, mielihyvän tunteesta, onnellisuudesta ja tarpeiden tyydyttämisestä. Gynekologista syöpää sairastavien naisten elämänlaatua heikentävät ennenaikaiset vaihdevuodet ja niiden oireet, väsymys ja muutokset seksuaalisissa toiminnoissa. Elämänlaatu palautuu yleensä ennalleen, mutta tyytymättömyys seksuaalisuuteen jatkuu kauemmin. (Hautamäki-Lamminen 2012, 30–31.)

Gynekologiset syövät vaativat yleensä suuren leikkauksen. Kirurginen hoito poistoleikkauksineen muuttaa naisen kehonkuvaa ja minäkuvaa ja rikkoo turvallisen eheyden. (Rosenberg 2000, 175.) Gynekologinen syöpä vaikuttaa naisen näkemykseen itsestään naisena, seksuaalisena olentona ja puolisona. Arvet, turvotus, karvojen lähteminen, inkontinenssi ja mahdolliset avanteet vaikuttavat negatiivisesti ihmisen käsitykseen kehostaan. Ongelmina ovat muuttunut käsitys itsestä, huonontunut itsetunto ja itseluottamus sekä tuntemus naiseuden menetyksestä. Hyvä itsetunto ja käsitys naiseudesta ja haluttavuudesta ovat seksuaalisen nautinnon perusedellytyksiä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240–241.) Jokaiseen gynekologiseen leikkaukseen liittyy seksuaalisten ongelmien lisääntymisen mahdollisuus. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 175; Väisälä 2006, 262.)

Kohdunpoistoja tehdään Suomessa vuosittain noin 7 000. Se on yleisin gynekologinen leikkaus Suomessa. Noin 15 % kohdunpoistoista tehdään gynekologisen syövän vuoksi. (Heinonen 2011b, 277.) Kohtu poistetaan kohtu- ja kohdunkaulan syövässä sekä useimmiten myös munasarjasyövässä (Kivelä 2007, 588). Kohdunpoistoon liit-

tyy vielä nykypäivänäkin paljon uskomuksia ja virheellisiä käsityksiä. Monet tutkimukset kuitenkin osoittavat, että kohdunpoisto itsessään ei aiheuta seksuaalisia ongelmia. Monet jopa kokevat tilanteensa paremmaksi leikkauksen jälkeen. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240; Kivelä 2007, 588; Rantanen & Hurskainen 2006, 2122; Ryttyläinen & Valkama 2010, 176.) Sen sijaan kohdunpoisto voi aiheuttaa masentuneisuutta ja naiseuden menettämisen pelkoa ja häpeää (Ihme & Rainto 2008, 244; Ryttyläinen & Valkama 2010, 176). Kohdunpoisto voi aikaistaa vaihdevuosia parilla vuodella (Väisälä 2006, 263).

Munasarjojen poisto voi vaikuttaa negatiivisesti naisen seksuaalielämään (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240). Munasarjojen poisto aiheuttaa menopausin ja elimistön testosteronipitoisuus pienenee puoleen, joka voi johtaa elämänlaadun heikkenemiseen, haluttomuuteen ja masentuneisuuteen (Hovatta 2011, 137; Kajan 2006, 115; Ryttyläinen & Valkama 2010, 176; Räsänen 2003, 225; Väisälä 2006, 263). Vaikein ja seksuaalisesti haittaavin leikkaus naisilla on ulkoisten sukupuolielinten poistoleikkaus. Poistoleikkauksen jälkeen lisääntyvät tuntopuutokset ja yhdyntä hankaloituu teknisesti. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240; Ryttyläinen & Valkama 2010, 176; Sairaanhoidajan käsikirja 2012; Väisälä 2006, 263). Nainen kokee monesti sukupuolielinten poistamisen korvaamattomana menetyksenä (Eskola & Hytönen 2002, 354). Ulkoisten sukupuolielinten leikkauksista on tehty vain pieniä tutkimuksia, mutta kaikissa niissä naisilla on ilmennyt suuria seksuaalisia vaikeuksia (Ryttyläinen & Valkama 2010, 177).

Sairaus ja sen aiheuttama kriisi ja stressi heikentävät herkästi erityisesti naisten seksuaalista halukkuutta. Syövästä ja sen hoidoista seuraa uupumusta, joka vähentää testosteronin pitoisuutta. (Huttunen 2006, 17.) Syöpähoidot voivat myös aiheuttaa kuumakautisten poisjäämisen ja käynnistää vaihdevuodet (Rosenberg 2000, 176). Gynekologisen syövän hoito saattaa aiheuttaa häiriöitä hormonieritykseen, mikä heijastuu mielialassa ja vuorovaikutuksessa (Eskola & Hytönen 2002, 354). Haluttomuusongelmat ovat sitä voimakkaampia, mitä vaikeammasta sairaudesta on kyse. Erityisesti gynekologiset syövät aiheuttavat välttämiskäyttäytymistä ja johtavat näin seksuaaliseen haluttomuuteen. Vaikeat sairaudet vievät ajatukset pois seksistä ja halu katoaa, esimerkiksi kivun tai psyykkisen kuormituksen vuoksi. Yleensä halu kuitenkin ajan kanssa palautuu. Toisinaan jotkut kaipaavat läheisyyden tarvetta ja toivovat seksuaa-

lista vuorovaikutusta puolison kanssa sairauden vaivatessa. (Venhola & Brusila 2006, 4705–4706.)

Syöpä ja sen hoidot aiheuttavat seksuaalisuuteen toiminnallisia ongelmia, joiden syitä ovat kriisi, kirurgiset toimenpiteet, lääkehoito ja sädehoito (Rosenberg-Ryhänen 2012). Syövän aiheuttamiin toiminnallisiin ongelmiin liittyy sekä psyykkisiä että sosiaalisia ulottuvuuksia (Rosenberg 2000, 175). Yleisimpiä ongelmia ovat limakalvojen ärtyminen ja kuivuminen, kuukautisiin liittyvät häiriöt, yhdynnässä esiintyvä kipu tai inkontinenssivaivat (Ihme & Rainto 2008, 247). Gynekologisten syöpien kohdalla erityisesti emättimeen kohdistuva sädehoito kurouttaa ja ahtauttaa emättimen limakalvoja, kuivattaa ja saa ne aristaviksi (Grenman & Auranen 2011, 237; Sairaanhoidajan käsikirja 2012). Limakalvo on yleensä tällöin arpista ja paikoitellen tunnotonta. Yhdyntä ei ehkä onnistu pitkään aikaan. (Eskola & Hytönen 2002, 354.) Kivuliaasta yhdynnästä seuraa jännittämistä ja kipukierre, jonka seurauksena nainen kieltäytyy yhdynnästä (Rosenberg 2006, 293). Tällöin parisuhteessa muut yhdessäolon muodot korostuvat (Eskola & Hytönen 2002, 354).

Hautamäki-Lammisen ja kumppaneiden (2008, 163) mukaan syöpään sairastuminen aiheuttaa seksuaalisuuteen muutoksia. Muutokset ovat pääosin kielteisiä, jotka liittyvät oman kehon muuttumiseen ja seksuaaliseen haluttomuuteen. Puolison suhtautumisella ja puolisoitten välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä siihen, miten muutokset seksuaalisuudessa koetaan.

4.5 Parisuhde puntarissa gynekologisen syövän vuoksi

Sairastuminen vakavaan sairauteen vaikuttaa aina parisuhteeseen (Malinen 2002, 161). Kun vaikea elämäntilanne kohtaa, tapahtuu parisuhteessa muutoksia. Sairaus alkaa määrätä elämää. Osa parisuhteista kestää ja jopa vahvistuu, osa huononee ja osa ei kestä. (Rosenberg 2006, 287.) Sairaudella voi olla myös myönteisiä vaikutuksia, sillä vakava sairaus muuttaa arvomaailmaa ja asioiden tärkeysjärjestystä ja näin parisuhde voi vahvistua (Toikkanen 2001, 2418). Toisinaan sairaus parantaa suhdetta lisäämällä yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vähentämällä itsestäänselvyttä (Malinen 2002, 162). Sairastumisen myötä voidaan myös nähdä seksuaalisuus uudella tavalla

ja löytää parisuhteessa puoliso entistä läheisempänä ja tärkeämpänä (Sairaanhoitajan käsikirja 2012). Se, missä vaiheessa parisuhde on sairastumishetkellä, vaikuttaa sairaudesta selviämiseen. Mitä parempi parisuhde on ollut, sitä paremmin kriisistä yleensä selvitään. (Malinen 2002, 161–162.)

Tasapainoisessa suhteessa nainen saa tukea eheytymiselleen ja suhteen fyysinen yhteys palautuu nopeammin. Hyvä, tasapainoinen suhde, jossa puoliset ovat tottuneet keskustelemaan avoimesti vaikeistakin asioista, yleensä kestää. (Rosenberg 2000, 180–181.) Parisuhde paranee sairastumisen myötä, kun sairastunut saa kokea puolison rakkautta, huolenpitoa, hellyyttä ja lisääntyntä empatiaa (Hautamäki-Lamminen 2012, 37–38). Monesti suhde kuitenkin joutuu kovalle koetukselle. Tällöin puoliset saattavat erkaantua toisistaan sekä fyysisesti että psyykkisesti. Esteet paranemisessa, masentuneisuus tai mielialavaihtelut ja itkuherkkyys saattavat olla parisuhteen vaikeuden merkkejä. (Rosenberg 2000, 181.) Herkästi parisuhde heikkenee, mikäli puoliset eivät keskustele avoimesti seksuaalisuuden muutoksista (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15).

Hautamäki-Lamminen ja kumppanit (2008, 162–163) toteavat, että syöpään sairastuminen voi aiheuttaa parisuhteeseen muutoksia. Parisuhde voi muuttua joko myönteisesti tai kielteisesti. Puolison suhtautumisella ja puolisoitten välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä parisuhteen laatuun. Sairauden aiheuttama muutos parisuhteessa on myönteinen silloin, kun puoliso tukee sairastunutta ja asioista keskustellaan. Sen sijaan, jos asioista ei pystytä keskustelemaan tai jompikumpi puolisoista kieltää parisuhteen sairastumisen jälkeen, on muutos kielteinen.

Hautamäki-Lammisen ja kumppaneiden (2008, 160) mukaan syöpään sairastuessa parisuhteen syveneminen sisältää vuorovaikutuksen ja puolison tarpeiden huomioon ottamisen lisääntymisen, konkreettisen tuen ja läheisyyden lisääntymisen sekä uusien seksuaalimuotojen hakemisen. Parisuhteen syvenemiseen vaikuttavat hellyyden, läheisyyden ja kumppanuuden lisääntyminen. Parisuhde puolestaan heikkenee sairastuneen itsetunnon heikkenemisen, parisuhteen kieltämisen, puolison tiedolta eristämisen, puhumattomuuden kuoleman mahdollisuudesta ja seksuaalisen nautinnon häviämisen myötä. Parisuhteen kieltäminen ilmenee fyysisenä koskemattomuutena tai eristäytymisenä, joko sairastuneen tai puolison osalta.

Vakava sairaus aiheuttaa stressiä sairastuneen puolisolle, perheenjäsenille ja muille läheisille (Hautamäki-Lamminen 2012, 36). Parisuhteen terve osapuoli kamppailee puolison sairastumisen aiheuttamien tunteiden kanssa (Rosenberg 2000, 181). Sairastuneen puoliso voi kokea masennusta, vihaa, ahdistusta ja pelkoa. Muutoksia voi esiintyä parisuhteessa, keskustelutavoissa ja rooleissa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 36.) Sairastuminen voi sekoittaa parisuhteen vakiintuneet roolit ja terve puoliso voi joutua hoitajan rooliin. Sairastunut voi kokea hyvin vaikeana asiana sen, että hän ei olekaan enää tasavertainen kumppani vaan joutuu pyytämään ja ottamaan vastaan apua. Erityisesti tilanne on vaikea silloin, jos sairastunut on ollut suhteen vahvempi osapuoli ja tottunut hoitamaan asioita. Tällöin tuen saanti puolisolta on erityisen tärkeää. Joskus puolison suhtautuminen voi olla pettymys ja tarvittavaa tukea ei löydykään ja nainen kokee yksinäisyyttä. Toisinaan taas sairastunut voi tuntea katkeruutta puolisonsa terveydestä ja eristäytyy eikä hyväksy toisen tukea. Selviytymisessä auttaa toisen kunnioittaminen, rakkaus, yhdessä aiemmin opitut selviytymiskeinot ja toisen tunteminen. Halu ymmärtää toista on tärkeää. Toisen tunteiden mitätöinti puolestaan on parisuhdetta tuhoavaa. Niin voi käydä, jos toisen ajatuksia ja pelkoa ei ymmärretä. Jos puolisoitten selviytymiskeinot ovat kovin erilaiset, voi yhteistä säveltä olla vaikea löytää. (Rosenberg 2006, 287–288.)

Seksuaalisuus on yksi parisuhteen tärkeimmistä osa-alueista. Syövän vaikutukset seksuaalisuuteen ja naiseuteen ovat suorassa suhteessa parisuhteeseen ja sukupuolielämään. Kun syöpä täyttää koko elämän, ei seksuaalisuudelle jää tilaa. Syövän aiheuttama kriisi, pelot ja ahdistus saattavat vähentää kiinnostusta seksiin. Parisuhteissa, joissa seksuaalisuus ja seksi ovat olleet tärkeitä asioita, palautuu sukupuolielämä ennalleen, kun kriisi on voitettu. Toisinaan terveen osapuolen on vaikea lähestyä puolisoaan torjutuksi tulemisen pelossa. Mikäli läheisyys katoaa suhteesta, liukuu pari hiljalleen kauemmas toisistaan ja lähestyminen tulee entistä vaikeammaksi. (Rosenberg 2000, 182–183.) Avoimen keskustelun puuttuminen vähentää parisuhteen tyytyväisyyttä ja lisää seksuaalisuuden ongelmia (Hautamäki-Lamminen 2012, 38). Yksinelävälle sairastuminen voi tuntua esteeltä luoda uusia ihmissuhteita ja antautuminen uuteen ihmissuhteeseen voi muodostua liian korkeaksi kynnykseksi torjutuksi tulemisen pelon takia. Tällöin eristäydytään muista eikä uusille ihmissuhteille anneta edes mahdollisuutta. (Rosenberg 2006, 288.)

Haluttomuus, joka vaikuttaa parisuhteeseen, on yleinen ongelma vaikeiden sairauksien yhteydessä. Sen normaali tehtävä on antaa tilaa henkisten voimavarojen käytölle tilanteessa selviytymisessä. (Rosenberg 2006, 283.) Parisuhteen fyysinen yhteys tulee kuitenkin säilyttää, koska pelkkä henkinen yhteys ei monesti ole riittävää (Toikkanen 2001, 2419). Hellyyden ja kosketuksen avulla välimatka ei muodostu liian pitkäksi (Rosenberg 2006, 284). Nainen saattaa tuntea haluttomuudestaan syyllisyyttä, joka ahdistaa (Rosenberg 2000, 182). Myös kumppani voi olla haluton pelätessään satuttavansa tai sairauden pahenemista. Selviytymiseen haluttomuuden aiheuttamista ongelmista vaikuttavat sairauden laatu, ennuste, kulunut aika, elämäntilanne, muut ongelmat, ikä, seksuaalisuuden tärkeys, yhdyntöjen tärkeys, aikaisempi suhde omaan kehoon, parisuhteen laatu, yksinäisyys, tiedon määrä, ennakkoluulot, rohkeus ja avoimuus. (Rosenberg 2006, 284.)

Mesiäislehto-Soukka ja kumppanit (2004, 30) toteavat perheen läsnäolon olevan sairastuneen paras selviytymiskeino. Sairastuneet korostavat erityisesti puolison merkitystä.

4.6 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi kokemusten kuvaamisessa

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänpiirinsä (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu merkityksiin eli siihen, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät maailmansa (Kananen 2008, 25). Tutkimuksessa korostuu kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaation tutkiminen, joihin liittyvät uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49). Laadullisessa tutkimuksessa ollaan tekemisissä kertomusten ja tarinoiden kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Tutkimus on kuvailevaa ja tutkijaa kiinnostaa ilmiön ymmärtäminen sanojen, tekstien ja kuvien avulla (Kananen 2008, 25). Tarkoituksena laadullisessa tutkimuksessa on ilmiön tarkka kuvaaminen, syvälinen ymmärtäminen ja tulkinta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49). Laadullisen tutkimuksen tulokset vastaavat kysymyksiin miksi, miten tai millainen (Aira 2005, 1074).

Laadullista tutkimusta käytetään erityisesti, kun aiheesta on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tietoa tai tutkittavaan asiaan halutaan uusi näkökulma. Laadullisessa tutkimuksessa tulee perustella tarve tutkia tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja kuvata aikaisempia tutkimuksia. Edellytyksenä on kunnollisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen. Laadulliseen tutkimukseen valitaan henkilöitä, jotka tietävät eniten tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Henkilöiden määrä on yleensä pieni. Liian suuri aineisto voi vaikeuttaa oleellisten asioiden löytämistä aineistosta. Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 610–611.)

Laadullisessa tutkimuksessa kohteena olevaa ilmiötä tutkitaan avoimesti ilman sitovaa etukäteissuunnitelmaa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään jäsentämään tutkittavaa todellisuutta ryhmittelemällä elementtejä ja näin tuottamaan tutkittavaa asiaa kuvaavia käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. (Kylmä ym. 2003, 609–610.) Tulokset esitetään usein teema-alueina tai käsitekarttoina (Aira 2005, 1076). Niiden avulla voidaan laajentaa tietoa ja tuottaa teoreettisia kuvauksia ennestään tuntemattomasta ilmiöstä tai löytää uusia näkökulmia jo tunnettuihin ilmiöihin (Kylmä ym. 2003, 609). Tutkimuksen tuloksiin liitetään usein suoria lainauksia aineistosta, jotta lukija voi muodostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysistä (Aira 2005, 1076).

Laadullisessa tutkimuksessa keskeistä on kuvata tutkimusmenetelmä ja analysointitapa selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Menetelmän yksityiskohtainen kuvaaminen auttaa lukijaa muodostamaan mielipiteensä siitä, millaisessa viitekehyksessä tutkimus on tehty ja arvioimaan, missä määrin tuloksia voidaan yleistää. Yleistäminen on yleensä joiltakin osin mahdollista, vaikkakaan ei suoraan. Se edellyttää, että tutkimuksen viitekehys on sama, muissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia ja tulokset ovat samankaltaisia aiemmin esitetyn teorian kanssa. (Aira 2005, 1075–1076.) Tutkijan on annettava riittävästi tietoa tutkimukseen osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta voidaan arvioida tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä ym. 2003, 613).

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pohditaan, miten totuudenmukaista tietoa on kyetty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereissä painotetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. Uskottavuutta lisää,

että tutkija on ollut riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Luotettavuuden arvioinnissa on myös tärkeää vahvistettavuus, joka tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin. Tutkijan on kuvattava analyysin perustana olevan aineiston avulla, miten hän on päätenyt tuloksiinsa ja päätelmiinsä. (Kylmä ym. 2003, 612–613.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos analysoijia on useampia (Aira 2005, 1076). Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin korostetaan, että toinen tutkija ei samankaan aineiston perusteella välttämättä päädy aivan samaan tulkintaan. Erilaiset tulkinnat eivät siis aina merkitse tutkimuksen luotettavuusongelmaa. (Kylmä ym. 2003, 613.) Usein luotettavuuden lisäämiseksi käytetään myös tutkittavien henkilöiden palautetta analyysistä (Aira 2005, 1076).

Refleksiivisyys on yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteeri. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana ja arvioitava, kuinka hän tutkijana vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa, eli luotettavuuden arviointikohteena on tutkimusprosessin kokonaisuus lähtökohdista raportointiin. Tällöin kiinnitetään huomiota tutkittavan ilmiön tunnistamiseen ja laadullisen tutkimuksen valinnan perustelemiseen, tutkimustehtävien nimeämiseen, aineiston keruuseen, analyysiin ja raportointiin. (Kylmä ym. 2003, 613.)

Tärkeitä eettisiä periaatteita laadullisessa tutkimuksessa ovat tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). On myös arvioitava tutkimusaiheen arkaluonteisuutta ja tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuutta. Eettistä pohdintaa edellyttävät lisäksi tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja on arvioitava tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien suhdetta aineiston keruussa, analyysissä ja raportoinnissa. Keskeisiä eettisiä periaatteita laadullisessa tutkimuksessa ovat itsemäärääminen, hyvän tekeminen, vahingon välttäminen ja oikeudenmukaisuus. (Kylmä ym. 2003, 612.)

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2012, 91). Sisällönanalyysissä on eri vaiheita, jotka ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely, aineiston tulkinta ja luotettavuuden arviointi. Analyysiyksikkönä käytetään tavallisimmin

sanaa, lausetta, lauseen osaa, ajatuskokonaisuutta tai sanayhdistelmää. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään niin, että tutkittava asia voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla ja asioiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Olennaista on, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja eroavuudet. Aineistoa kuvaavien ryhmien pitää olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–25.) Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108).

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä on pyrkimyksenä luoda aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen. Ensiksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan, tämän jälkeen ryhmitellään eli klusteroidaan ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet eli abstrahoidaan. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108, 110.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämässä aineistosta etsitään vastauksia tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26). Pelkistämässä aineistosta karsitaan epäolennainen pois (Tuomi & Sarajärvi 2012, 109). Pelkistämisen jälkeen aineisto tulee ryhmitellä. Aineiston ryhmittelyssä ilmaisut käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään alakategorioiksi ja nimetään muodostuneet kategorian sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tällöin aineisto tiivistyy. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 28; Tuomi & Sarajärvi 2012, 110.) Tämän jälkeen yhdistetään samansisältöisiä alakategorioita kategorioiksi ja nimetään kategoriat sisällön mukaan. Kategoriat yhdistetään vielä yhdeksi koko sisältöä kuvaavaksi yhdistäväksi kategoriaksi. Aineiston käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tällöin edetään ikään kuin yksityisestä yleiseen. Tuloksena kuvataan ryhmittelyn pohjalta muodostetut käsitteet ja kategoriat sisältöineen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan käsitteitä yhdistämällä vastaus tutkimustehtävään. Johtopäätösten tekemisessä on pyrittävä ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 101, 110–113.)

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi on perinteikäs analyysimuoto. Analyysin taustalla on usein aikaisemman tiedon testaaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 97.) Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa ryhmittely perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Analyysia ohjaa tällöin teema tai käsitekartta. Ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissa on analyysirungon muodostaminen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30; Tuomi & Sarajärvi 2012, 113.) Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa pelkistäminen ja ryhmittely toteutetaan etsimällä aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 32). Tällöin edetään ikään kuin yleisestä yksityiseen (Tuomi & Sarajärvi 2012, 115).

Teoriaohjaavassa analyysissa yhdistetään aineistolähtöiseen analyysiin teorialähtöistä analyysia. Teoriaohjaavassa analyysissa teoria toimii apuna analyysin etenemisessä. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa analyysia. Tutkimuksen tekijän ajattelussa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 96–97.) Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissa käsitteellistämässä empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2012, 117).

Ryhmittelyn tai kategorioiden muodostamisen jälkeen voidaan jatkaa sisällönanalyysia kvantifioimalla aineisto. Tällöin lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa tai kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 34; Tuomi & Sarajärvi 2012, 120.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusaineisto ja menetelmä

Opinnäytetyön empiirinen osuus tehtiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Laadullinen tutkimus sopii erityisen hyvin opinnäytetyöhön, jossa kuvataan ihmisten kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä ja tavoitteena on ilmiön syvällinen ymmärtäminen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

lyysi valittiin, koska ajateltiin näin saatavan paremmin vastauksia tutkimustehtäviin ja onnistuttavan kokemusten kuvaamisessa. Tavoitteena ei myöskään ollut olemassa olevan tiedon testaaminen, jossa käytetään teorialähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi muutettiin teoriaohjaavaksi puolen välin jälkeen analyysia, koska kategorioille alettiin antaa nimiä deduktiivisen päättelyn keinoin. Nimeämisessä käytettiin siis kirjallisuudesta aiemmin tuttuja käsitteitä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esiin tietoa gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten kokemuksista seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan sairastumisen jälkeen. Analyysiaineistona käytettiin valmista aineistoa, eli kirjaa ”Miksi minä ja mikä on ennusteeni?” Kirja on julkaistu vuonna 2007. Kirjan on toimittanut Riitta Laine ja siinä kuusi naista kertoo elämästään gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä kirjan kustannustoimittaja Sanna-Mari Hoviin Editalta, joka puolestaan otti yhteyttä kirjassa tarinansa kertoneisiin naisiin ja kertoi heille opinnäytetyön tekemisestä. Koska aineistona oli julkaistu teos, ei varsinaista tutkimuslupaa tarvittu. Kohteliaisuusyistä oli kuitenkin hyvä asiasta tiedottaa.

Kirjassa tarinansa kertoneet naiset olivat syöpään sairastuessaan 32-, 35-, 47-, 52-, 53- ja 65-vuotiaita. Heistä kahdella oli kohtusyöpä, yhdellä munasarjasyöpä, kahdella kohdunkaulan syöpä ja yhdellä emätinsyöpä. Naisista parisuhteessa sairastumishetkellä oli viisi ja yksi naisista oli eronnut jo ennen sairastumistaan. Kirjassa naiset kertovat avoimesti arasta aiheesta, joten syvällisen kokemusten kuvauksen uskottiin onnistuvan aineiston pohjalta. Analysoitavan tekstin osuus kirjassa oli noin 100 sivua.

5.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin aluksi aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla. Myöhemmin analyysitapa muutettiin teoriaohjaavaksi sisällönanalyysiksi, koska kategorioille alettiin antaa nimiä deduktiivisen päättelyn keinoin. Tarkoituksena oli löytää aineistosta seksuaalisuuden ja parisuhteen merkityksiä kuvaavia ilmaisuja ja ryhmitellä ne merkitysten mukaisesti kategorioihin.

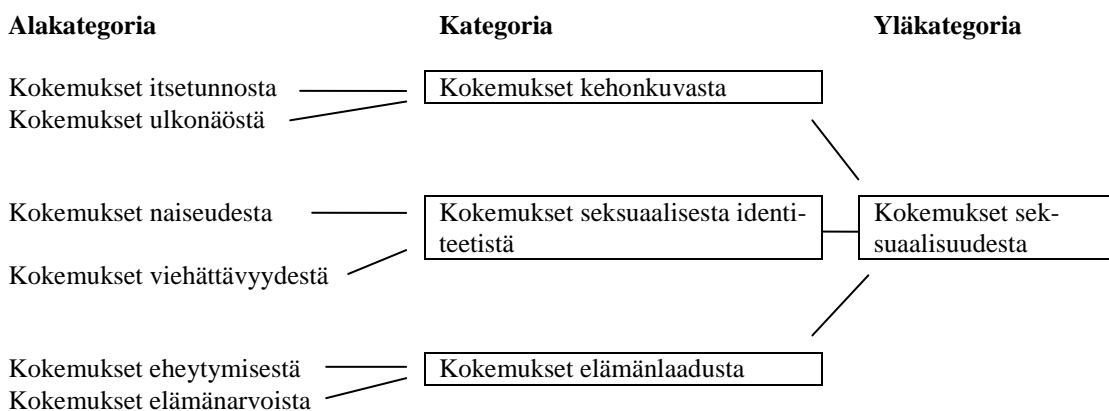
Sisällönanalyysi eteni vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin aineistoon lukemalla se kolme kertaa läpi. Tämän jälkeen valittiin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuus, joka vastaisi tutkimustehtäviin. Ajatuskokonaisuus voi olla yksi tai useampi lause. Seuraavaksi aineisto luettiin uudelleen läpi alleviivaamalla sieltä teemanmukaisia ajatuskokonaisuuksia. Sopivia ilmaisuja löytyi lopulta 127. Ilmaisut kuvasivat seksuaalisuutta ja parisuhdetta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Ilmaisujen lopulliseen määrään vaikutti tulkinta siitä, kuinka pieniin osiin ajatuskokonaisuudet jaettiin. Tässä vaiheessa aineisto luettiin uudelleen läpi, jotta varmistettiin kaikkien analyysiyksiköiden löytyminen. Seuraavassa vaiheessa ajatuskokonaisuudet kirjoitettiin koneella Word-tiedostoon. Tämän jälkeen ajatuskokonaisuuksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Seuraavaksi samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiteltiin omiksi alakategorioiksi. Tämän jälkeen alakategoriat nimettiin sisältöä kuvaavasti. Alakategoriat muodostettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Samaa tarkoittavat alakategoriat yhdistettiin kategorioiksi ja nimettiin kategoriat sisältöä kuvaavasti. Tässä vaiheessa analyysitapa muutettiin teoriaohjaavaksi sisällönanalyysiksi, koska kategorioille alettiin antaa nimiä deduktiivisen päättelyn keinoin. Nimeämisessä käytettiin siis kirjallisuudesta aiemmin tuttuja käsitteitä. Ryhmittelyä jatkettiin yhdistämällä kategorioita ja muodostamalla yläkategoriat. Yläkategoriat nimettiin sisältöä kuvaavasti: kokemukset seksuaalisuudesta ja kokemukset parisuhteesta.

Analyysin tuloksena muodostuneet kategoriat on esitetty kuvioissa 1 ja 2. Luotettavuuden lisäämiseksi alkuperäisilmausten pelkistäminen ja ryhmittely tarkastettiin huolellisesti. Tarkastuksen yhteydessä joitakin sanavalintoja korvattiin osuvimmilla. Aineistoon palattiin lukuisia kertoja analyysin aikana tulkinnan oikeellisuuden takaamiseksi. Aineiston tiivistymisen havainnollistamiseen käytettiin suoria lainauksia. Lopuksi aineisto luettiin vielä kokonaisuudessaan läpi.

6 TULOKSET

6.1 Särkynyt naiseus - Kokemuksia seksuaalisuudesta

Kokemuksiin seksuaalisuudesta sisältyy kuvauksia kehonkuvasta, seksuaalisesta identiteetistä ja elämänlaadusta (Kuvio 1). Kuvaukset seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen ovat pääasiassa kielteisiä. Myönteisiä kuvauksia on eheytyksen tunteesta, elämänarvojen paranemisesta ja itsestäänselvyksien vähenemisestä. Nainen, joka ei ollut parisuhteessa sairastumishetkellä kuvaa selkeästi vähemmän kielteisiä asioita seksuaalisuudestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen, kuin parisuhteessa sairastumishetkellä olleet naiset.



Kuvio 1. Kokemukset seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen

Kokemuksiin kehonkuvasta sisältyy kuvauksia itsetunnosta ja ulkonäöstä. Kokemuksiin itsetunnosta sisältyy kuvauksia häpeän, riittämättömyyden, minuuden menettämisen sekä petetyksi ja hylätyksi tulemisen tunteista. Lisäksi kuvataan tunteita särkymisestä ja mielialan laskusta. Minäkuva tuntuu vieraalta ja hävettävältä. Myös syöpää sairautena hävetään. Tunne rikkoutuneesta itsestä aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta. Sairastuneet eivät enää arvosta itseään ja ajattelevat, että kukaan muukaan ei arvosta. Ero puolisoista heikentää itsetuntoa entisestään.

”Tunsin itseni vain niin särjetyksi. Pujahdin nopeasti peiton alle piiloon ja kyynel vieräi tyynylle.”

”Tunsin itseni niin riittämättömäksi hänelle.”

”En tiedä, olisinko minä kestänyt, jos olisin mennyt nuoren ja terveen ihmisen kanssa naimisiin ja 15 vuoden kuluttua puolisonsa olisi rampa ja sairas ihminen.”

Kokemuksiin ulkonäöstä sisältyy kuvauksia mielialan laskusta, itseinhosta ja häpeän tunteesta omaa muuttunutta ulkonäköä kohtaan sekä kaipuusta sairautta edeltävään aikaan. Oma muuttunut ulkonäkö kuvataan vieraana. Naiset ajattelevat olevansa vastenmielisiä muun muassa laihtumisen ja hiusten, kulmakarvojen ja ripsien lähdön vuoksi.

”Ulkonäköni muuttui vahvan kortisonilääkityksen myötä ja se tuntui aluksi aivan kamalalta. Olin ulkonäöltäni vieras itselleni ja läheisilleni. Huomasin, että ulkonäköni oudostutti heitä.”

”Silmäripset ja kulmakarvat lähtivät. Niiden menetystä surin paljon enemmän kuin hiusten. Ne vaikuttivat niin paljon ulkonäköön.”

”Olin laihtunut kaksitoista kiloa. Peiliin ei voinut katsoa, sillä olin suoraan hirveän näköinen. Voisiko sen näköinen ihminen olla hengissä, muistan ihmetelleeni.”

Kokemuksiin seksuaalisesta identiteetistä sisältyy kuvauksia naiseudesta ja viehättävyydestä. Kokemuksiin naiseudesta sisältyy kuvauksia epätoivosta naiseuden menettämisen suhteen sekä kaipuusta parempaan. Naiseuden menettämistä heijastetaan hyvin vahvasti sukupuolielimiin ja niiden poistoleikkauksiin. Epätoivoa tunnetaan, koska pelätään, että naiseus on lopullisesti menetetty. Lisäksi kuvataan surua hedelmällisyyden ja biologisen äitiyden menettämisestä.

”Oliko emättimeni leikattu niin tyngäksi, etten voi olla nainen enää seksuaalisesti? Tunsin itseni siinä tutkimuspöydällä maatessani sukupuolettomaksi olennoksi.”

*”Kohtuni saatetaan joutua poistamaan. Se aiheutti minulle valtavan tunne-
myllerryksen. Hyvänen aika, ajattelin. Jos kohtu joudutaan poistamaan, mi-
ten käy naiseuteni? Se kun on niin tärkeä tuo naiseus aivan elämän loppuun
asti.”*

Kokemuksiin viehättävyydestä sisältyy kuvauksia viehätysvoiman katoamisesta. Naiset kuvaavat itseään luotaantyöntävän näköisiksi, eivätkä ajattele voivansa olla puolisonsa mielestä viehättäviä tai haluttavia.

*”Syöpä aiheuttaa melkoisen kriisin perheessä, ja vielä pahempi se on, jos ky-
seessä on gynekologinen syöpä. Silloin on naiseus kadoksissa ja usko omaan
viehätysvoimaan vähissä.”*

Kokemuksiin elämänlaadusta sisältyy kuvauksia eheytymisestä ja elämänarvoista. Kokemuksiin eheytymisestä sisältyy kuvauksia onnellisuudesta seksuaalisuuden pala-
loutuessa sekä kuvauksia toivosta ja luottamuksesta tulevaan. Eheytyiskokemuksis-
ta tunnetaan suurta riemua. Toisaalta kuvataan myös epävarmuutta tulevaisuuden
suhteen. Täysin ei kyetä luottamaan, että eheytyminen jatkuu ja tulee kestämään.
Eheytyminen ottaa myös välillä takapakkia. Varsinkin ero puolisosta hidastaa ehey-
tymisprosessia.

*”Seksuaalisuutenikin alkoi herätä uuteen kesään, olinhan nainen kaikesta
huolimatta.”*

*”Nyt elämä näyttää hymyilemisen merkkejä ja olen saanut koottua palasia
yhteen. Säröjä löytyy ja joskus hauraus nostaa päätään, mutta pikkuhiljaa
menen eteenpäin.”*

Kokemuksiin elämänarvoista sisältyy kuvauksia asioiden tärkeysjärjestyksen paran-
tumisesta ja itsestään selvyyksien vähentymisestä. Myös tyytyväisyyden elämään
kuvataan lisääntyneen. Muun muassa rahan ja ulkonäön merkitys vähenee ja läheis-
ten tärkeys ymmärretään paremmin. Elämästä osataan nauttia enemmän ja turhista
asioista ei enää murehdita.

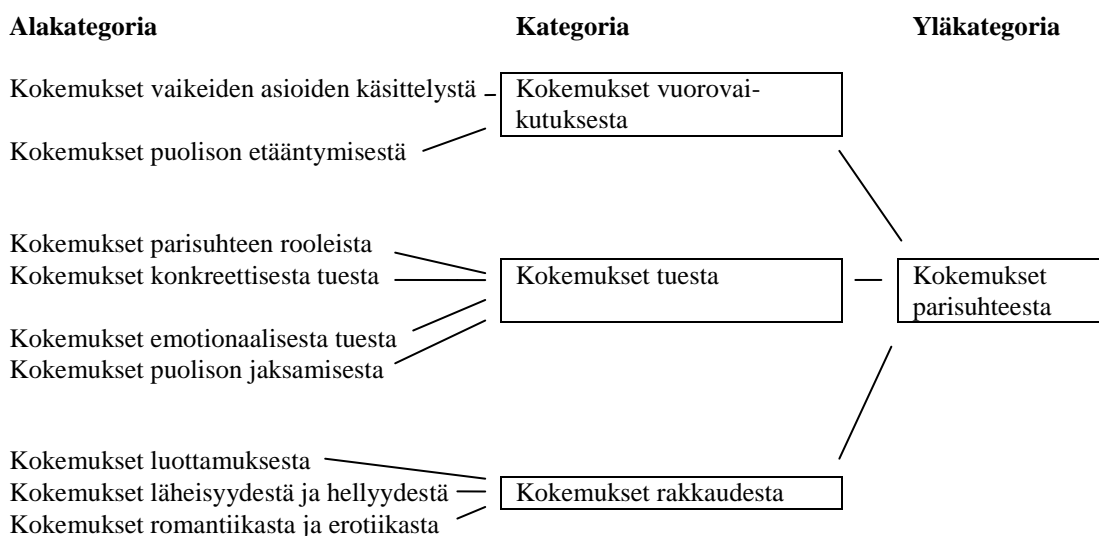
”Luulen, että elämänarvot ovat nyt paremmassa järjestyksessä.”

”Elämä ei ole minulle enää itsestäänselvyys, kuten se oli ennen.”

”Tyytyväisyys elämään on parantunut.”

6.2 Hellyys ja läheisyys voimavarana - Kokemuksia parisuhteesta

Kokemuksiin parisuhteesta sisältyy kuvauksia vuorovaikutuksesta, tuesta ja rakkaudesta (Kuvio 2). Sairastuminen gynekologiseen syöpään merkitsee paljon myös sairastuneen puolisolle. Kolmella naisista parisuhde pysyy vähintäänkin ennallaan tai jopa syvenee gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Naisista kahden parisuhde päättyy eroon. Yksi naisista ei ole sairastumishetkellään parisuhteessa.



Kuvio 2. Kokemukset parisuhteesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen

Kokemuksiin vuorovaikutuksesta sisältyy kuvauksia vaikeiden asioiden käsittelystä ja puolison etääntymisestä. Kokemuksiin vaikeiden asioiden käsittelystä sisältyy kuvauksia puhumattomuudesta ja vaikeudesta sovittaa yhteen puolisoitten erilaisia tapoja käsitellä vaikeita asioita ja surua. Puhumattomuuden kuvataan vaikeuttavan tilannetta. Toisaalta se ei välttämättä merkitse parisuhteen heikkenemistä. Tärkeänä kuvataan, että molemmilla puolisoilla on joku, jolle puhua, jos he eivät keskenään

kykene puhumaan. Syöpään sairastumisen myötä ymmärretään myös paremmin puolison erilaisia tapoja käsitellä vaikeita asioita.

”Mieheni kanssa emme puhuneet sairaudesta lainkaan, koska emme pystyneet. Se oli vain pelkkää itkemistä, jos yritti ajatuksistaan kertoa. Toisaalta ei ehkä tarvinnutkaan puhua, sillä toisen ajatukset kyllä tiesi. Jälkeenpäin ajatellen puhumattomuus oli virhe. Minusta tuntuu, että emme sen jälkeenkään ole oppineet puhumaan vaikeista asioista.”

”Meillä ei asioista ole paljon keskusteltu, mutta niistä ei silti ole muodostunut ylitsepääsemättömiä ongelmia. Vaikeuksista ja vähästä puhumisesta huolimatta olemme olleet mieheni kanssa yhdessä melkein kolmekymmentä vuotta.”

”Meillä on tyystin erilainen tapa käsitellä vaikeita asioita - minä tykkään puhua kun hän taas pitkälti käsittelee asioita hiljaisuudessa. Joskus minulla oli vain sellainen tunne, että hän ei olisi halunnut, että puhun näistä asioista niin paljon.”

Kokemuksiin puolison etäännyttämisestä sisältyy kuvauksia puolison mielialan laskusta, sulkeutuneisuudesta ja vetäytymisestä. Lisäksi kuvataan tunteita puolison epävarmuudesta ja pelosta tilannetta kohtaan, jota he eivät osaa käsitellä tai kykene hallitsemaan. Puolison vetäytymistä edeltää aina puhumattomuutta ja tilanteesta pakeneamista.

”Mieheni oli ajoittain hyvinkin hiljainen, yritin lohduttaa häntä ja näyttää reippaalta. Mieheni käytös alkoi kuitenkin pikkuhiljaa muuttua etäisemmäksi.”

”Mieheni masentui ja etäännyimme. Hän matkusti paljon ja oli poissa kotoa. En jaksanut tukea häntä. Olisin tarvinnut itse hänen tukensa.”

Kokemuksiin tuesta sisältyy kuvauksia parisuhteen rooleista, konkreettisesta tuesta, emotionaalista tuesta ja puolison jaksamisesta. Kokemuksiin parisuhteen rooleista

sisältyy kuvauksia roolien muuttumisen haasteellisuudesta. Lisäksi kuvataan myönteisiä kokemuksia muuttuneista rooleista. Sairastuneet eivät tunne asemansa olevan uhattuna tai itsetuntoaan loukattavan terveen puolison ottaessa enemmän vastuuta arjen pyörittämisestä.

”Mieheni ei ollut tottunut järjestämään lapsille hoitoa. Hän ei huomannut, että minä en jaksanut hoitaa tyttöä lainkaan, vaan hänen olisi pitänyt ottaa se huomioon omissa menoissaan. Tuntui ikävältä, kun jouduin asiasta erikseen sanomaan.”

”Joissakin asioissa hän ylitti odotukseni. Ruokakaupassa käynti alkoi sujua ja kaapista löytyi jo melkein aina jotain syötävää.”

Kokemuksiin konkreettisesta tuesta sisältyy kuvauksia puolison konkreettisen tuen aikaan saamasta onnellisuuden tunteesta. Konkreettisen tuen myötä naisille syntyy tunne puolison välittämisestä.

”Hän jakoi kanssani kotityöt.”

”Mieheni tuli joka päivä kesken työpäivänsä laittamaan minulle ruokaa. Hän huolehti minusta kaikin tavoin ja se tuntui hyvältä.”

Kokemuksiin emotionaalisesta tuesta sisältyy kuvauksia emotionaalisen tuen tärkeydestä. Emotionaalisen tuen kuvataan olevan uskon ja taistelutahdon valamista, lohduttamista ja rauhoittamista. Puolisot tukevat erityisesti silloin, kun naisen omat henkiset voimavarat ovat erityisen vähissä ja suru suurimmillaan. Sairastuneet kuvaavat puolisoitten tuen poikkeuksellisen tärkeänä.

”Mieheni sanoi minulle moneen otteeseen, että selviydymme tästä yhdessä; me voitamme tämän sairauden.”

”Joka kerta kun heräsin, näin mieheni istuvan sänkyyni vieressä. Hän istui siinä koko illan ja se tuntui todella hyvältä.”

”Hän oli suuri tuki ja turva, johon saatoin aina nojata ja olen hänelle ikuisesti kiitollinen siitä, että hän jaksoi seistä vierelläni.”

Kokemuksiin puolison jaksamisesta sisältyy kuvauksia huolesta puolison jaksamisen suhteen. Lisäksi kuvataan tarvetta lohduttaa ja tukea tervettä puolisoa. Tärkeänä kuvataan, että puolisollla on joku, johon tukeutua. Myös asiantuntijatiedon kuvataan tukevan puolison jaksamista.

”Mieheni romahti, makasi viikonloppuna vuoteessa, eikä jaksanut nousta ylös. Yritin tukea häntä kertomalla, etten aio kuolla, selviän kyllä.”

”Pohdin aika ajoin mieheni jaksamista ja mietin sitä myllerrystä, jonka hänkin kävi läpi.”

”Ihmettelen joskus, miten mieheni jaksoi olla tukenani ja turvanani. Olen kysynyt häneltä, että tiedusteliko kukaan ikinä hänen vointiaan, kuinka hän jaksoi.”

Kokemuksiin rakkaudesta sisältyy kuvauksia luottamuksesta, läheisyydestä ja hellyydestä sekä romantiikasta ja erotiikasta. Kokemuksiin luottamuksesta sisältyy kuvauksia toivosta ja uskosta, mutta myös kuvauksia epävarmuudesta tulevaisuuden suhteen. Lisäksi kuvataan kiitollisuutta puolisoa kohtaan. Yhteistä tulevaisuutta uskalletaan vähitellen alkaa suunnitella eteenpäin.

”Meillä on onneksi hyvä parisuhde, joka on vielä iän myötä vahvistunut. Me ymmärrämme ja kunnioitamme toisiamme.”

”Kysyin mieheltäni, kannattaako meidän alkaa rakentaa. Siis uskooko hän, että meidän liittomme kestäisi. Eihän avioliittomme enää vuosiin ollut ollut mikään tavallinen liitto.”

Kokemuksiin läheisyydestä ja hellyydestä sisältyy kuvauksia läheisyyden ja kosketuksen kaipuusta, puolison läsnäolon tärkeydestä ja yhdessä tekemisen ainutlaatuisuudesta. Puolisolta kaivataan hellyyttä ja tunteiden osoittamista sen suhteen, että on

edelleen tärkeä. Arkipäiväiset yhdessä tehtävät asiat saavat uuden merkityksen. Yksinäisyys kuvataan hyvin vaikeana asiana sairauden keskellä.

”Kaipasin läheisyyttä, rohkaisua ja hyväksyntää, että olisin edelleen rakas, tärkeä ja läheinen.”

”Minä yksin, toisilla miehet mukana pitämässä kädestä kiinni. Tunsin itsenä yksinäiseksi. Olisin kyllä halunnut hänet, edes yhden kerran sairaalaan lähel- leni.”

”Mieheni tuki minua lämpimällä läheisyydellään kaikin tavoin. Sairaus on tavallaan tuonut mukanaan enemmän lämpöä ja läheisyyttä, mutta myös pel- ko toisen menettämisestä on tullut lähemmäksi.”

Kokemuksiin romantiikasta ja erotiikasta sisältyy kuvauksia erotiikan ja romantiikan jäämisestä vakavan sairauden myötä taka-alalle. Mutta myös kaipuuta romantiikkaan ja erotiikkaan kuvataan. Henkisen puolen lisäksi fyysiset oireet ja väsymys kuvataan vaikeutena romantiikan ja erotiikan saralla.

”Niin romantiikka kuin erotiikkakin jäävät todella helposti vakavan sairau- den varjoon.”

”Juhlitaan mieheni kanssa, kynttiläillallinen viineineen, suunnitellaan tule- vaisuutta, haaveillaan yhteisestä vanhuudesta, puhutaan, tanssitaan, rakas- tellaan aamuun. Kaikki on hyvin ja nythän osataan nauttia elämästä. Luu- lin.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Kuvauksissa seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen on elementtejä kehollisuudesta, seksuaalisesta identiteetistä ja elämänlaadusta. Sairauden myötä käsitys itsestä naisena ja puolisona muuttuu ja itsetunto murenee. Ero puolisoista murentaa itsetuntoa entisestään. Erityisesti muutokset ulkonäössä ja tunteet naiseuden menettämisestä kuvataan merkityksellisinä. Naiseuden menettämistä heijastetaan hyvin vahvasti sukupuolielimiin ja niiden poistoleikkauksiin. Viehätysvoiman kuvataan olevan kaukana kadoksissa, mikä tuntuu todella pahalta. Kuvaukset seksuaalisuudesta sairastumisen jälkeen ovat pääsääntöisesti kielteisiä. Elämänlaadun kuvataan kuitenkin parantuneen muuttuneiden elämänarvojen ja asioiden tärkeysjärjestyksen parantumisen myötä. Myös eheytyminen kuvataan palkitsevana. Ero puolisoista hidastaa eheytymisprosessia.

Kokemukset seksuaalisuudesta ja naiseudesta vaikuttavat kokemuksiin parisuhteesta. Toisaalta kokemukset parisuhteesta vaikuttavat kokemuksiin seksuaalisuudesta ja naiseudesta, erityisesti itsetunnon vahvistumisen tai heikkenemisen kautta. Näin on käynyt ilmi jo aiemmissakin tutkimuksissa. (vrt. Hautamäki-Lamminen 2012.) Kuvauksissa parisuhteesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen on elementtejä vuorovaikutuksesta, tuesta ja rakkaudesta. Kokemuksilla puolison tuesta ja rakkaudesta on erityisen tärkeä merkitys. Puolison tuki, niin emotionaalinen kuin konkreettinenkin, kuvataan viestittävän välittämistä. Yksinäisyyden tunteet kuvataan erittäin vahingollisiksi sairaudesta toipumisen kannalta. Puhumattomuus kuvataan ongelmalliseksi parisuhteessa. Toisaalta se ei välttämättä suoraan heikennä parisuhteen laatua. Tärkeämpänä pidetään, että puolisoilla on joku, jolle puhua, kuin se, että puoliset puhuvat keskenään. Toisinaan puhumattomuus johtaa puolison vetäytymiseen ja jopa eroon. Sairastuneet tuntevat poikkeuksetta huolta puolisonsa jaksamisesta ja yrittävät tukea tätä.

Sairastumisen myötä opitaan hyväksymään paremmin erilaisia tapoja käsitellä vaikeita asioita. Parisuhteessa roolien muuttuminen kuvataan haasteelliseksi. Uusien

roolien vakiinnuttua asiaa pidetään kuitenkin myönteisenä. Sairastuneet eivät tunne asemansa olevan uhattuna tai itsetuntoaan loukattavan terveen puolison ottaessa enemmän vastuuta arjen pyörittämisestä. Vakavaan sairauteen sairastumisen myötä romantiikka ja erotiikka jäävät helposti taka-alalle. Tätä ei kuitenkaan tuoda kuvauksissa esille isona ongelmana. Tärkeämpää on, että parisuhteessa säilyy läheisyys ja hellyys. Romantiikkaan ja erotiikkaan liittyvät asiat tulevat uudelleen pintaan vasta eheytymisvaiheessa ja silloin, kun sairastuminen aiheuttaa joitakin kroonisia oireita.

Yhdellä gynekologiseen syöpään sairastuneista naisista ei ollut parisuhdetta sairastumishetkellä. Hänen kertomuksessaan on selkeästi vähiten ilmauksia seksuaalisuudesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Kertomuksesta ei myöskään käy ilmi, että sairastuminen olisi esteenä uuden parisuhteen solmimiselle. Kyseinen nainen oli sairastumishetkellä 53-vuotias ja kirjan julkaisuhetkellä hänellä oli jo aikuiset lapset ja lapsenlapsia. Mahdollisesti nuorempi, hedelmällisessä iässä oleva nainen, saattaisi ottaa hedelmällisyyden menettämisen raskaasti ja kokea uuden parisuhteen solmimisen haasteellisenä. Tällöin seksuaalisuuteen liittyvät asiat saattaisivat korostua enemmän.

Vaikka sisällönanalyysin taustalle ei tässä opinnäytetyössä ole aiemman tiedon testaaminen, niin selkeitä yhtäläisyyksiä aiempiin tutkimustuloksiin kuitenkin löytyy. Kokemukset seksuaalisuudesta vakavaan sairauteen sairastumisen jälkeen ovat pääsääntöisesti kielteisiä. Naiseuden menettämistä heijastetaan hyvin vahvasti sukupuolielimiin ja niiden poistoleikkauksiin. Nämä tulokset ovat käyneet ilmi jo aiemmissa tutkimuksissa. (vrt. Hautamäki-Lamminen ym. 2008.) Aiempien tutkimusten lailla sairastuneet kuitenkin ilmaisevat elämänarvojensa, asioiden tärkeysjärjestyksen ja tyytyväisyyden elämään parantuneen (vrt. Hautamäki-Lamminen ym. 2008; Leino 2011).

Parisuhteet joko heikkenevät tai vahvistuvat syöpään sairastumisen myötä. Osa pareista on jatkanut yhdessä ja osa eronnut. Tämä tukee aiempia tutkimustuloksia. (vrt. Hautamäki-Lamminen ym. 2008.) Puhumattomuuden parisuhteessa ei sen sijaan kuvata olevan aivan niin suuri ongelma kuin aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu. Tärkeämpänä kuvataan, että puolisoilla on joku, jolle puhua, kuin se, että puoliset puhuvat keskenään. Toisaalta puolison vetäytymistä ja eroa edeltää aina puhumatto-

muutta. Aiempien tutkimusten lailla sairastuneet kuvaavat puolison tuen ja läheisyyden suhteessa poikkeuksellisen tärkeänä romantiikan ja erotiikan jäädessä vakavan sairauden vuoksi taka-alalle (vrt. Hautamäki-Lamminen ym. 2008; Mesiäislehto-Soukka ym. 2004). Sairastuneet myös ilmaisevat aiempien tutkimusten lailla huolta puolison jaksamisesta ja pitävät tärkeänä, että puoliset saavat asiantuntijatietoa tuekseen (vrt. Hautamäki-Lamminen ym. 2010; Mesiäislehto-Soukka ym. 2004).

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten puolisoitten kokemuksia parisuhteesta sairastumisen jälkeen. Toinen mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi selvittää miesten kokemuksia seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan sukupuolielinten alueelle (esimerkiksi eturauhas- tai kives-syöpä) kohdistuneen syövän jälkeen.

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia naisilla on seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyö on tehty laadullisena tutkimuksena sisällönanalyysin keinoin. Aineiston avulla saadaan vastaukset tutkimustehtäviin eli kyetään kuvaamaan, millaisia kokemuksia naisilla on seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen. Tältä osin opinnäytetyö on onnistunut. Yhdellä gynekologiseen syöpään sairastuneista naisista ei ollut parisuhdetta, joten hänen osaltaan ei aineistoa jälkimmäiseen yläkategoriaan, kokemukset parisuhteesta gynekologiseen syöpään sairastumisen jälkeen, saatu. Luotettavuusasiat on pidetty mielessä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tekijä on ollut pitkään tekemisissä tutkitavan asian kanssa ja on perehtynyt aiheeseen muun muassa tekemällä kunnollisen kirjallisuuskatsauksen.

Analyysiprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja tulosten kuvauksissa on käytetty suoria lainauksia aineistosta, jotka lisäävät sisällönanalyysin luotettavuutta. Suoria lainauksia on käytetty aineiston tiivistymisen ja päättelyketjujen havainnollistamiseen. Aineistoon palattiin useasti analyysin edetessä. Sisällönanalyysissä ei väkisin pitäydytty aineistolähtöisyydessä, vaan vaihdettiin teoriaohjaavaan

analyysiin, kun huomattiin deduktiivisen päättelyn mukana olon kategorioiden nimeämisessä. Opinnäytetyön tekijällä on kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perehtymisen kautta tietoa asiasta, mutta mieli on pyritty pitämään avoinna uusille näkökulmille. Sisällönanalyysissa on käytetty tulkintaa siinä, kuinka pieniin osiin ajatuskokonaisuudet on jaettu, sillä samassa ajatuskokonaisuudessa saattaa olla osia, jotka sopivat useampaan eri kategoriaan. Eri tavoin jaettuna ajatuskokonaisuuksien määrä vaihteli noin 90 ja 140 välillä. Opinnäytetyön tekijä päätyi jakamaan ajatuskokonaisuudet lopulta 127 osaan. Tulkinta hyväksytään kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa, joten se ei heikennä sisällönanalyysin luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijä on esittänyt tulokset totuudenmukaisesti.

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi sisällönanalyysin tulosten tulkinnan oikeellisuus kannattaisi varmistaa analyysin jälkeen antamalla sisällönanalyysin tulokset tutkittaville kommentoitavaksi. Opinnäytetyön yhteistyökumppani on kuitenkin Satakunnan Syöpäyhdistys, joten ennemminkin kommentteja olisi voitu pyytää yhdistyksen kautta toisilta gynekologiseen syöpään sairastuneilta naisilta. Tällä kertaa kuitenkin luotettavuutta on lisätty tarkastamalla alkuperäisilmausten pelkistäminen ja ryhmittely huolellisesti. Tarkastuksen yhteydessä joitakin sanavalintoja on korvattu osuvimmilla. Toista analysoijaa ei ollut käytettävissä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin tietoa gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten seksuaalisuudesta ja parisuhteesta, jotta heitä ja heidän läheisiään osattaisiin paremmin tukea ja ohjata. Tässä mielessä opinnäytetyö on onnistunut ja Satakunnan Syöpäyhdistys voi hyödyntää esiin tuotua tietoa sairastuneita ja heidän läheisiään auttaessaan. Tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä, koska tutkittavien määrä on pieni. Tulokset ovat kuitenkin pääpiirteiltään yhteneviä aiempien tutkimusten kanssa, joten yleistäminen on jossain määrin mahdollista, jos viitekehys on samanlainen. Tuloksia voi siis jossain määrin yleistää naisiin, jotka ovat sairastuneet gynekologiseen syöpään. Tutkittavien taustatiedot ovat kaikkien vapaasti luettavissa kirjasta ”Miksi minä ja mikä on ennusteeni?”

7.3 Eettiset kysymykset

On tärkeää tietää naisten kokemuksia seksuaalisuudestaan ja parisuhteestaan syöpään sairastumisen jälkeen, jotta oikeanlaista tukea ja ohjausta heille ja heidän läheistensä auttamiseksi osattaisiin tarjota (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 152). Tämän opinnäytetyn tavoitteena on olla mukana lisäämässä tämänkaltaista tärkeää tietoa, joten aihe on eettisesti perusteltu. Satakunnan Syöpäyhdistyksen syöpäsairaanhoitajien lisäksi opinnäytetyöstä hyötyvät kaikki terveyden- ja sairaanhoitajat, sillä seksuaalisuus tullaan huomioimaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä päivä päivältä enemmän. Eettiset näkökohdat on huomioitu opinnäytetyön tekemisen kaikissa vaiheissa. Anonymiteetin suojaaminen ei tässä opinnäytetyössä ole tarpeen, koska tutkimusaineisto on julkaistu teos. Naiset ovat siis kertoneet tarinansa jo aiemmin julkisesti. Seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvät asiat ovat hyvin arkaluontoisia ja siksi naisille ilmoitettiin hyvien tapojen mukaisesti opinnäytetyön tekemisestä ja he saivat opinnäytetyön tekijän yhteystiedot. Heille myös ilmoitetaan Editan välityksellä, kun opinnäytetyö on valmis. Aiheen arkaluontoisuus huomioiden on pidetty mielessä, että ketään ei loukata. Varsinaista tutkimuslupaa ei kuitenkaan tarvittu.

Eettisten asioiden pohtiminen uudelta kantilta on opettanut opinnäytetyön tekijälle paljon. Eettisten asioiden pohtimisen lisäksi osaaminen laadullisen tutkimuksen ja sisällönanalyysin tekemisessä on lisääntynyt. Ihmisten asioille antamien merkitysten kuvaileminen on kuitenkin haastavaa ja vaatii useamman sisällönanalyysin tekemisen, ennen kuin voi sanoa kyseisen tutkimusmenetelmän kunnolla hallitsevansa. Opinnäytetyötä tehdessä pitkäjänteisyyden, suunnitelmallisuuden ja johdonmukaisuuden merkitys korostui. Lisäksi opinnäytetyön tekijä on oppinut paljon seksuaalisuudesta ja gynekologisista syövistä ja voi tätä tietoa jatkossa, työskennellessään terveyden- tai sairaanhoitajana, varmasti hyödyntää.

LÄHTEET

- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 10, 1074–1076. Viitattu 2.3.2013.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Viro: Tallinna Raamatutrukikoda.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Gissler, M. 2007. Tutkimustietoa lisääntymisestä, raskaudesta ja synnytyksestä. Teoksessa U-K. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. 1.-2. p. Helsinki: Edita Prima, 56.
- Grenman, S. & Auranen, A. 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 227, 232, 235, 237.
- Hakulinen, T. 2004. Kohdunkaulan syövän epidemiologia. Focus Oncologiae 5, 10–12.
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Hoitotiede 3, 152, 156, 160, 162–163.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. Tutkiva Hoitotyö 3, 14–15.
- Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: Mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? Hoitotiede 4, 283.
- Heinonen, P. K. 2011a. Gynekologiset kasvaimet. Lääkärin käsikirja. Viitattu 24.2.2013.
http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00627&p_haku=gynekologinen%20sy%C3%B6p%C3%A4
- Heinonen, P. K. 2011b. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 277.

- Hovatta, O. 2011. Seksologiaa. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 137.
- Huttunen, M. O. 2006. Seksuaalisuuden monet kasvot. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 17–18.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Järvi, U. 2006. Naisen haluttomuus on länsimaista ylellisyyttä. Suomen Lääkärilehti 45, 4675. Viitattu 22.2.2013. <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL452006-jarvi.pdf>
- Kajan, M. 2006. Naisen seksuaalianatomia ja fysiologia. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113–115.
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 3, 237, 240–241. Viitattu 24.2.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93410.pdf>
- Kivelä, A. 2007. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa U-K. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. 1.-2. p. Helsinki: Edita Prima, 577, 580–581, 588.
- Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 33.
- Kontula, O. 2008. Halu & intohimo. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – Mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 7, 609–613. Viitattu 2.3.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Juva: WS Bookwell Oy, 23–26, 28, 30, 32, 34, 39.
- Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.

Leminen, A. & Loukovaara, M. 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 240, 243, 245, 248, 253.

Malinen, L. 2002. Syöpä ja seksuaalisuus. Kättilölehti 4, 161–162.

Malinen, V. & Kumpula, S. 2006. Parisuhde, intiimiys ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 367–368, 370–371, 373–374.

Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E. 2004. Munasarjaa sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö 3, 28–30.

Mäenpää, J. & Pakarinen, P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 219, 221, 223–224.

Paajanen, P. 2003. Parisuhde koetuksella – Käsityksiä parisuhteesta ja sen purkautumisesta. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Pakarinen, P. 2011. Gynekologisen syövän kirurgia. Syöpä 5, 17.

Pietiläinen, S. 2007. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa U-K. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kättilötyö. 1.-2. p. Helsinki: Edita Prima, 539, 544, 550.

Rantanen, K. & Hurskainen, R. 2006. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 17, 2122, 2124. Viitattu 24.2.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95979.pdf>

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa E. Eriksson & M. Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY – Kirjapainoyksikkö, 172–176, 180–181, 183.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 281–284, 286–288, 293.

Rosenberg-Ryhänen, L. 2012. Syöpä ja seksuaalisuus. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 24.2.2013. http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04671&p_haku=seksuaalisuus

Ruusuvaara, L. 2006. Raskaudenehkäisy ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 198.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 3, 220–222, 225. Viitattu 22.2.2013.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93408.pdf>

Sairaanhoitajan käsikirja. 2012. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Viitattu 22.2.2013.

http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk25090&p_haku=seksuaalisuus

Salmi, T. 2000. Gynekologiset syövät tänään. Kätilölehti 7, 260.

Salmi, T. & Leminen, A. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) syöpätaudit. 3. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 451–452, 454–456, 461–462, 470–475, 479.

Satakunnan Syöpäyhdistyksen www-sivut 2013. Viitattu 14.3.2013.

<http://www.satakunnansyopayhdistys.fi>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2012. Munasarjasyöpä. Käypä hoito. Viitattu 24.2.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25050>

Toikkanen, U. 2001. Vakava sairaus on aina kriisi. Syöpäpotilaita rohkaistava puhumaan seksuaalisuudesta. Suomen Lääkärilehti 22–22, 2418–2419.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uud. p. Vantaa: Hansaprint Oy.

Venhola, M. 2007. Sairaudet ja seksi. Yleislääkäri 2, 15. Viitattu 24.2.2013.

http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl2_2007.pdf

Venhola, M. & Brusila, P. 2006. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Suomen Lääkärilehti 45, 4703–4706. Viitattu 22.2.2013.

<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL452006-venhola.pdf>

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: Tummuvuoren Kirjapaino Oy.

Väisälä, L. 2006. Naisen ja miehen seksuaalisuuden erityispiirteitä. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 241, 244, 246, 262–263.

Väisälä, L. 2011. Haluttomuuden monet kasvot. Suomen Lääkärilehti 35, 2485, 2487–2488.

Lisäksi

Laine, R. (toim.) 2007. Miksi minä ja mikä on ennusteeni? Helsinki: Edita Prima Oy, 9-112.