



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Kalliomäki ja Sanna Mäkelä

RINTALEIKATUN POTILAAN KEHONKUVAN MUUTOKSET JA NIIDEN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN

Potilasohje onkologian poliklinikalle rintaleikatuille potilaille

Sosiaali- ja terveysala

2015

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Laura Kalliomäki ja Sanna Mäkelä
Opinnäytetyön nimi	Rintaleikatun potilaan kehonkuvan muutokset ja niiden vaikutukset seksuaalisuuteen. Potilasohje onkologian poliklinikalle rintaleikatuille potilaille
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	62+ 5 liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalle rintasyöpäleikatuille potilaille. Potilasohjeen tarkoituksena on antaa tietoa seksuaalisuudesta leikkauksen jälkeen sekä tietoa erilaisten tukien ja lisätietojen löytymisestä, joista potilas saa tukea ja apua leikkauksen jälkeen.

Työn teoreettinen viitekehys käsittelee rintasyöpäleikattua potilasta, seksuaalisuutta, kehonkuvaa, parisuhdetta, potilaan ohjausta ja potilasohjetta. Teoreettinen viitekehys on koottu käyttäen kotimaisia ja kansainvälisiä ammatillisia hoitotieteellisiä julkaisuja, terveysalan kirjallisuutta sekä Terveysportin kotimaisia artikkeleita. Lisäksi kotimaista ja kansainvälistä tietoa on etsitty käyttäen Cinahl, PubMed sekä Medic-tietokantoja.

Potilasohjetta pyritään jakamaan onkologian poliklinikalla rintasyöpäleikatuille potilaille. Ohjeella pyritään selkiyttämään hoitajien toimintaa, kun tiedon voi antaa myös kirjallisena suullisen tiedon lisäksi. Potilasohjeen laatimista varten haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalta. Haastattelun aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tämä potilasohje rintaleikatun potilaan kehonkuvan muutoksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen laadittiin kotimaisen ja kansainvälisen teorian tiedon sekä haastatteluaineiston perusteella. Potilasohje otetaan käyttöön Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalla keväällä 2015.

Avainsanat Rintasyöpäleikattu potilas, seksuaalisuus, kehonkuva, parisuhde, potilaan ohjaus, potilasohje

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Laura Kalliomäki and Sanna Mäkelä
Title	Changes in the Body Image after a Breast Surgery and the Effect on Sexuality. A Patient Guide to Breast Surgery Patients in the Oncology Outpatient Clinic
Year	2015
Language	Finnish
Pages	62+ 5 Appendices
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to make a patient guide for the breast cancer surgery patients of oncology outpatient clinic in Vaasa Central Hospital. The purpose of the patient guide is to provide information about sexuality after the surgery and to also provide information about the various forms of support.

The theoretical frame deals with breast cancer surgery patient, sexuality, body image, the intimate relationship, patient guidance and patient guide. The theoretical framework is based on professional, nursing science publications from Finnish and foreign databases, nursing literature and domestic articles from Terveystieto. Also Finnish and foreign information were searched from the databases Cinahl, PubMed and Medic.

The patient guide will be given to breast cancer surgery patients in the oncology outpatient clinic. The aim of the guide is to provide an additional tool for the nurses when providing the patient with information. The nurses in the oncology outpatient clinic in Vaasa Central Hospital were interviewed for the patient guide. The interview material was analyzed with material-based content analysis. This patient guide was based on Finnish and international research information and the interviews carried out in the clinic. The patient guide will be taken into use in the oncology outpatient clinic in Vaasa Central Hospital in spring 2015.

Keywords Breast cancer surgery patient, sexuality, body image, intimate relationship, patient guidance, patient guide

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	8
2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA.....	10
2.1 Projektin määrittelyä.....	10
2.2 SWOT-analyysin määritelmä.....	11
3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	14
4 RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUNUT NAINEN	15
4.1 Rintasyöpä.....	15
4.2 Diagnostiikka ja hoito	18
5 SEKSUAALISUUS RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUESSA	22
5.1 Rintasyövän ja sen hoitojen aiheuttamat muutokset seksuaalisuudessa	23
5.2 Minäkuvan ja kehonkuvan muutokset	25
5.3 Parisuhde.....	27
5.4 Seksuaalinen haluttomuus.....	28
6 SAIRAANHOITAJIEN ANTAMA OHJAUS JA NEUVONTA.....	31
6.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen ja puheeksi ottaminen	31
6.2 Hyvä potilasohje	34
7 PROJEKTIN TOTEUTUS.....	36
7.1 Projektin esisuunnittelu.....	36
7.2 Aineiston kokoaminen	37
7.3 Aineiston keruumenetelmän arviointi.....	38
7.4 Aineiston analysointi	40
7.5 Projektituotoksen kokoaminen.....	41
8 HAASTATTELUIJEN TULOKSET	44
8.1 Potilaan ohjaus leikkausprosessin aikana	44
8.2 Seksuaalineuvonnan toteutuminen ohjauksessa.....	46
8.3 Kehonkuvan muuttuminen ja sen vaikutus ihmissuhteisiin	47
8.4 Seksuaalisuuden ja ihmissuhteiden muutokset	49
9 POHDINTA	51
9.1 Projektin arviointi SWOT-analyysia käyttäen	52
9.2 Projektin toteutuksen arviointi	53

9.3 Projektin luotettavuus ja eettisyys.....	54
9.4 Jatkoprojektiaiheita	57
LÄHTEET.....	58
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO**Taulukko 1.** SWOT-analyysi.

s.13

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Haastattelurunko**LIITE 3.** Aineistolähtöinen sisällönanalyysi 1**LIITE 4.** Aineistolähtöinen sisällönanalyysi 2**LIITE 5.** Potilasohje

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalle. Onkologian poliklinikalla ei ollut aiemmin käytössä potilasohjetta rintaleikatuille potilaille. Projektin sisältöä kartoitettiin yksilöhaastatteluilla, joissa haastateltiin Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalta kolmea sairaanhoitajaa. Haastatteluiden yhteydessä mietittiin tulevan potilasohjeen sisältöä ja ulkonäköä. Potilasohje koottiin näyttöön perustuvan kansainvälisen ja kotimaisen lähdetiedon perusteella sekä laadullisen haastatteluaineiston pohjalta. Lisäksi eri tahot ovat antaneet luvan, että potilasohjeessa saadaan käyttää heidän yhteystietojaan. Potilasohje otetaan käyttöön Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalla keväällä 2015.

Rintasyöpään sairastuu vuodessa noin 5000 suomalaista (Suomen syöpäjärjestöt 2013; Syöpäsäätiö 2015). Suomen syöpärekisteri on tutkinut, että pelkästään Vaasassa sairastui vuonna 2012 rintasyöpään 137 ihmistä. Lisäksi rintasyövän ilmaantuvuuden on ennustettu kasvavan pelkästään naisten kohdalla kolminkertaiseksi vuodesta 1982 vuoteen 2027 mennessä. (Suomen syöpärekisteri 2014.)

Kehonkuva kertoo millaisena ihminen näkee ja kokee oman olemuksensa ja millaiselta oma keho tuntuu. Käsitys omasta kehonkuvasta ulottuu koko kehoon, kaikkiin sen osiin tuntemuksiin, rajoihin ja reaktioihin. (Promama 2009.) Rintasyöpään sairastumiseen ja sen hoitoihin liittyy usein minäkuvan muutos. Muutokset minäkuvassa saattavat vaikuttaa vahvasti seksuaali-identiteettiin ja siitä millainen kuva itsestä on naisena. (Rosenberg 2010, 20.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on hoitohenkilökunnan tehtävä, kuten muutkin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (STM 2007) lukee, että potilaan tulee saada seksuaaliohjausta ja neuvontaa osana terveystalvueluita ja hoitopalveluita. Hoitajat suhtautuvat yleensä yleisellä ja teoreettisella tasolla myönteisesti seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen potilaan kanssa ja ymmärtävät ja mieltävät sen olevan osa hoitotyön kokonaisuutta, mutta käytännössä potilaan seksuaalisuutta tuetaan ja huomioidaan

hoitotyössä liian vähän. Potilaat kokevatkin seksuaalisuuteen liittyvän tiedon saannin usein liian vähäisenä ja riittämättömänä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129-132.)

Se, miten rintasyöpä vaikuttaa potilaan seksuaalisuuteen on saatavilla kohtalaisen vähän tutkittua tietoa. Seksuaaliasiat jäävät potilaan hoidossa valitettavan usein huomioimatta. Rintasyöpään sairastumisella, sen aiheuttamalla muutoksella ja kriisillä sekä syövän eri hoitomuodoilla on merkittävä vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen. (Rosenberg 2010.) Rintasyöpään sairastuminen ja sen hoidot heikentävät sairastuneiden kehonkuvaa ja aiheuttavat muutoksia seksuaalisuuteen. Tämän vuoksi rintasyöpäpotilaiden seksuaaliohjauksen kehitys on tärkeää. (Hautamäki-Lamminen 2012, 45.)

Suosittelun mukaan potilasohje on selkeää, havainnollista yleiskieltä sekä hyvää suomea. Potilasohjetta laadittaessa tulisi miettiä, miten ilmaisisi asian potilaalle kasvojen kautta, koska tällöin on helpompaa välttää sairaalan erikoissanastoa ja miettiä, mitä potilas haluaa tietää. (Lampinen & Matilainen, 2005, 50; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35-59.)

2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallisen opinnäytetyön tehtävänä on tavoitella käytännön toiminnan ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai opastamista. Se voi olla esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus kuten potilasohje. Toteutustapana voi olla kirja, kansio, vihko, opas, portfolio, kotisivut tai jokin tapahtuma. Opinnäytetyön tulisi olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9-10.)

2.1 Projektin määrittelyä

Projekti määritellään seuraavasti: projekti on selkeisiin tavoitteisiin pyrkivä ja tiettyyn aikaan rajattu ja kerran tapahtuva tehtävä, jonka toteuttamisesta vastaa juuri sitä varten perustettu organisaatio. Organisaatiolla on käytössään selvästi määritellyt panokset ja resurssit. (Silfverberg 1996, 11.)

Projektin toteutus, valvonta, seuranta ja projektin arviointi ovat osa niin kutsuttua oppimisprosessia, jollainen jokaisen projektin tulisi olla. Näillä tavoin oppimista sekä projektin vaikuttavuutta ja kestävyyttä pystytään arvioimaan koko projektin ajan. Projektin suunnitelmaa pystytään muuttamaan, mikäli projektin suunnitelman tavoitteet ovat epärealistiset tai jos suunnitelman avulla tehtyjä tavoitteita ei pystytä saavuttamaan. (Silfverberg 2013, 7.)

Hyvään suunnitelmaan kuuluu, että erilaiset suunnittelu-, suunnitelmien arviointi- ja päätöksentekovaiheet erotetaan selvästi toisistaan. Näin vältetään se ongelma, että projektia mietitään alusta loppuun ensimmäisen keksityn idean pohjalta ilman, että mietitään kriittistä toteutettavuuden arviointia. (Silfverberg, 1996, 16.) Projektin vaiheet ovat seuraavat: projektin alustava valinta, päätös aloittaa projektivalmistelu, hankkeen tausta- ja perustietojen kokoaminen, projektin esisuunnitelma, päätös varsinaisen projektisuunnitelman aloittamisesta, projektin suunnittelu, suunnitelman arviointi, toteutuspäätös ja sopimukset, projektin toteutus sekä projektin tulosten arviointi (Silfverberg, 1996, 17–25).

2.2 SWOT-analyysin määrittelmä

Lyhenne SWOT tulee englannin kielen sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). SWOT-analyysia käytetään usein strategisessa suunnittelussa arviointimenetelmänä. SWOT-analyysi liitetään usein myös yritystoimintaan ja sen avulla kartoitetaan yrityksen vahvuuksia, heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia. Vahvuudet ja heikkoudet on jaettu edelleen sisäisiin tekijöihin ja ulkoisia tekijöitä ovat mahdollisuudet ja uhat. (Opetushallitus 2014; Silfverberg 2007, 52.) Taulukossa 1 on tämän projektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet sekä uhat.

Tämän projektin vahvuuksia on iso organisaatio, jolle tämä projekti tehdään. Käytännössä on lisäksi tarve tällaiselle potilasohjeelle, koska Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalla ei ole tästä aiheesta aiempaa ohjetta. Vaasassa sairastui vuonna 2012 rintasyöpään 137 ihmistä, joten potilasohjeelle on tarvetta (Suomen syöpärekisteri 2014). Onkologian poliklinikka on toiselle projektintekijälle tuttu paikka, sillä hän on ollut siellä harjoittelussa. Yhteistyö Vaasan keskussairaalan kanssa on myös projektin tekijöiden vahvuus, koska se on iso organisaatio, joka on lähellä projektityöntekijöitä. Lisäksi aiheen ajankohtaisuus on tämän työn vahvuus, sillä seksuaalisuuden huomiointi sekä seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan kehittäminen ovat ajankohtaisia aiheita rintaleikatun potilaan hoitotyössä. (Hautamäki-Lamminen 2008, 162-163.)

Projektin heikkoudet ovat projektin tekijöiden yhteisen aikataulun sovittaminen, koska käytännön harjoittelut ja muut koulutyöt ovat vieneet aikaa projektin lisäksi. Heikkouksia ovat myös kansainvälisten lähteiden etsiminen sekä mielte siitä, miten kielitaito riittää lähteiden ymmärtämiseen. Mahdollisuuksina ovat projektin tekeminen, sillä projektin tekijöillä ei ole siitä aiempaa kokemusta. Mahdollisuuksia ovat myös aiheen kiinnostavuus ja sen tarve Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalla sekä toimiva potilasohje, josta on suoraa apua rintasyöpäleikatuille potilaille. Lisäksi on mahdollisuus tehdä uusia projekteja valmiina sairaanhoitajana.

Uhkia ovat, että potilasohje ei tule käyttöön, jos potilasohje ei palvelekaan käytäntöä. Aikataulussa pysyminen voi myös tuottaa ongelmia, sillä yhteinen aikataulu on tiukka ja lisäksi aiemmat ongelmat projektin teossa ovat vieneet projektintekijöiden aikaa. Haastatteluajojen sopiminen kohdeorganisaation kanssa on myös uhka, sillä kohdeorganisaatiossa on kesälomat, jotka siirtävät haastatteluajoja vasta syksyyn. Toimintasuunnitelman hyväksymisen viivästyminen aiheutui ongelmista, jotka olivat projektityöntekijöistä riippumattomia ja veivät ylimääräistä aikaa näin siirtäen kaikkea projektiin liittyvää toimintaa.

Taulukko 1. SWOT-analyysi

<p>Vahvuudet (S)- sisäiset</p> <p>Iso organisaatio, jolle projekti tuotetaan</p> <p>Käytännössä on tarve potilasohjeelle</p> <p>Tuttu paikka</p> <p>Yhteistyö</p> <p>Aiheen ajankohtaisuus</p>	<p>Heikkoudet (W)- sisäiset</p> <p>Yhteisen aikataulun sovittaminen projektin tekijöiden kesken</p> <p>Kansainvälisten lähteiden löytäminen</p> <p>Opiskelun ja projektin yhteensovittaminen</p>
<p>Mahdollisuudet (O)- ulkoiset</p> <p>Projektin tekeminen, sillä projektin tekijöillä ei siitä aiempaa kokemusta</p> <p>Aiheen kiinnostavuus ja potilasohjeen tarve</p> <p>Toimiva potilasohje, josta on suoraa apua rintasyöpäleikatuille potilaille</p> <p>Myöhemmässä vaiheessa uusia projekteja valmiina sairaanhoitajana</p>	<p>Uhat (T)- ulkoiset</p> <p>Potilasohje ei tule käyttöön tai ei palvele käytäntöä</p> <p>Aikataulussa pysyminen</p> <p>Opinnäytetyön teon ajan rajallisuus</p> <p>Haastatteluajkojen sopiminen kohdeorganisaation kanssa</p> <p>Toimintasuunnitelman hyväksymisen viivästyminen</p>

3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen projektin tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikan rintahoitajille. Tarkoituksena oli, että rintahoitajat jakavat potilasohjeen rintaleikatuille potilaille heidän ollessa potilaskäynnillä. Ohje sisältää tietoa seksuaalisuudesta leikkauksen jälkeen sekä tietoa erilaisten tukien ja lisätietojen löytymisestä.

Projektin tavoitteena on:

1. Antaa potilaalle tietoa seksuaalisuudesta rintaleikkauksen jälkeen.
2. Antaa potilaalle ajankohtaista tietoa kehonkuvan muutoksista.
3. Potilas voi rauhassa lukea kotona tietoa seksuaalisuuden muutoksista eikä potilaskäynnillä tarvitse sisäistää kaikkea kerrottua.
4. Selkiyttää ja yhtenäistää hoitajien toimintaa, kun tiedon voi antaa kirjallisena.
5. Tuottaa selkeä ja ajankohtainen potilasohje.

4 RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUNUT NAINEN

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat: rintasyöpäleikattu potilas (*breast cancer surgery patient*), seksuaalisuus (*sexuality*), kehonkuva (*body image*), parisuhde (*intimate relationship*), potilaan ohjaus (*patient guidance*) ja potilasohje (*patient guide*). Teoreettinen viitekehys on koottu käyttämällä alan metodikirjallisuutta sekä kotimaisista että kansainvälisistä tietokannoista haettuja ammatillisia ja tieteellisiä artikkeleita. Kotimaisia artikkeleita on etsitty Terveystietokannasta sekä Medic-tietokannasta. Kansainvälisiä artikkeleita on etsitty PubMed sekä Cinahl-tietokannoista.

Rintasyöpä on eturauhassyövän jälkeen yleisin syöpämuoto Suomessa. Lisäksi se on naisten syövästä yleisin. Vuonna 2011 Suomessa todettiin 4 865 uutta rintasyöpää. (Suomen syöpäjärjestöt 2014; Pellinen, Rosenberg-Ryhänen & Palva 2011, 6.) Rintasyöpä on yleisin syöpä naisilla maailmanlaajuisesti (WHO 2013). Vuoden 2011 lopussa rintasyöpää sairastavia sekä jo sairastaneita oli Suomessa elossa 57 508 henkilöä (NORDCAN 2013).

4.1 Rintasyöpä

Noin joka 9. nainen sairastuu jossain vaiheessa elämäänsä rintasyöpään (Hakulinen 2008, 8; Joensuu 2013,6). Suomen syöpärekisterin tutkimuksen mukaan on ennustettu, että rintasyövän sairastuvuus kasvaa pelkästään naisilla kolminkertaiseksi vuodesta 1982 vuoteen 2027 mennessä (Suomen syöpärekisteri 2014). Miesten rintasyöpä sen sijaan on harvinainen, Suomessa todetaan vain noin 15–20 uutta sairastumista vuodessa. Vuonna 2010 miehillä todettiin 21 uutta sairastapausta. (Joensuu, 2013, 6.) Suomessa sekä muissa Pohjoismaissa rintasyövän ilmaantuvuus on maailman korkeimpia (Hakulinen 2008, 8; Joensuu 2013, 6).

Neljäsosa rintasyövästä todetaan 49 ikävuoteen mennessä, neljäsosa 59 ikävuoteen mennessä ja noin puolet sairastumisista todetaan 60 ikävuodesta eteenpäin (Suomen syöpärekisteri 2014). Kehittyneiden hoitokeinojen ja varhaistuneen toteamisen myötä rintasyövän ennuste on parantunut, tällä hetkellä noin 89 %

sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua sairauden toteamisesta. Se tarkoittaa noin yhdeksää kymmenestä sairastuneesta. (Suomen syöpärekisteri 2014; THL 2014 a.) Suomessa syöpään sairastuneella on Euroopan parhaimmiston kuuluva ennuste (Joensuu, 2013).

Suomessa järjestetään joka toinen vuosi maksuttomia seulontoja 50–59-vuotiaille naisille sekä niille 60–69-vuotiaille, jotka ovat syntyneet vuonna 1947 tai sen jälkeen. Seulonnan avulla rintasyöpä pyritään löytämään sen ollessa varhaisvaiheessa, jolloin se on vielä oireeton. Seulonta tapahtuu tekemällä mammografia eli rintojen röntgenkuvaus, jossa rinnat asetetaan puristelevyjen väliin ja rinnoista otetaan yhden tai useamman suunnan röntgenkuva. (Syöpäjärjestöt 2014; Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys 2015; Pellinen ym. 2011, 10.) Vuonna 2007 Suomessa todetuista päälle 4000 rintasyövästä noin 1200 todettiin seulontojen avulla (Suomen syöpärekisteri 2014; Pellinen ym. 2011, 8).

Huolimatta siitä, että uusien rintasyöpien määrä on Suomessa viime vuosikymmeninä moninkertaistunut, rintasyöpäkuolemien kasvu on ollut vähäistä (Suomen syöpärekisteri 2014).

Rintasyöpään sairastumisen syitä ei vielä suurelta osin tiedetä. Syitä kuitenkin tiedetään olevan monia. (Joensuu 2013, 6; Syöpäjärjestöt 2014; Pellinen ym. 2011, 7.)

Rintasyövän perinnöllisyyttä on tutkittu paljon viime aikoina. Näissä tutkimuksissa on selvinnyt, että 5-10 % rintasyövistä johtuu perinnöllisyydestä. Perinnöllistä syöpäalttiutta on hyvä selvittää, mikäli kolmella tai useammalla lähisukulaisella on tai on ollut rinta- tai munasarjasyöpä ja ainakin yksi näistä on todettu alle 50 vuoden iässä. Mikäli kahdella lähisukulaisella on tai on ollut rinta- tai munasarjasyöpä ja ainakin toisella näistä syöpä on todettu alle 40 vuoden iässä tai rintasyöpä on molemmin puolinen tai toinen sairastuneista on mies. Kaksi lähisukulaista on sairastunut munasarjasyöpään. Potilas on sairastunut rinta- tai munasarjasyöpään alle 30-vuotiaana tai hän on sairastunut sekä rinta- että munasarjasyöpään riippumatta siitä, minkä ikäinen hän on ollut. (Syöpäjärjestöt 2014; Pellinen ym. 2011, 7.)

Hormonaalisilla tekijöillä on todettu olevan jonkin verran vaikutusta rintasyövän synnyssä. Ihmisen ikä, varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhään alkavat vaihdevuodet, lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys päälle 30-vuotiaana sekä mammografiassa todettu tiivis rintakudos altistavat joissakin määrin rintasyöväälle (Joensuu 2013, 7). Pitkäaikainen hormonikorvaushoito vaihdevuosien jälkeen lisää rintasyövän riskiä (Syöpäjärjestöt 2014; Joensuu 2013, 7; Pellinen ym. 2011, 7).

Muita syitä rintasyöpäriskin lisääntymiseen ovat ylipaino vaihdevuosi-ikänsä jälkeen, runsas alkoholin käyttö sekä naisen altistuminen ionisoivalle säteilylle. Ionisoivaa säteilyä nainen on voinut saada esimerkiksi nuorella iällä annetusta sädehoidosta rinnan alueelle. Jos ihmisellä on jokin näistä riskitekijöistä, ei tarkoita sitä, että hän sairastuisi rintasyöpään. Toisaalta taas yli puolilla naisista, jotka ovat rintasyöpään sairastuneet, ei ole ollut yhtään edellä mainituista riskitekijöistä. (Joensuu 2013, 7; Syöpäjärjestöt 2014; Rintasyöpä.fi 2014; Vehmanen 2012.)

Osa rintasyöpään sairastumisista saattaa syntyä sattumalta ilmaantuneiden mutaatioiden vuoksi. Rintasyövän riskitekijät saattavat vaihdella sitä mukaa, mikä rintasyövän biologinen alatyyppejä on kyseessä. (Joensuu 2013, 7.)

Liikunnan tiedetään ehkäisevän rintasyövän syntyä. Ravinnon merkitys rintasyövän syntyyn on jäänyt vielä epäselväksi. Tiedetään ainoastaan, että beetakaroteeni vähentää syövän riskiä. Antiestrogeenien, esimerkiksi tamoksifeenin, tiedetään vähentävän myös rintasyöpään sairastumisen riskiä. (Hakulinen 2008, 10–11.)

Tavallisin rintasyövän oire on rinnassa tuntuva kyhmy. Se on yleensä aristamaton. Lisäksi kainalossa kyhmyä tuntuva, suurentunut imusolmuke, saattaa olla rintasyövän ensioire. Muita rintasyöpään liittyviä oireita ovat nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste, rinnan ihon tai nännin sisään vetäytyminen, rintarauhasen punoitus, turvotus tai kasvu, nännipihan ihottuma sekä rintarauhasessa esiintyvä nesterakkula eli kysta. (Suomen syöpäjärjestöt 2013; Rintasyöpä.fi 2014; Pellinen ym. 2011, 8.) Useimmiten rintasyöpä on kivuton, mutta joskus se saattaa aiheuttaa myös kipua tai pistelyä rinnan alueella (Suomen syöpäjärjestöt 2013;

Pellinen ym. 2011, 8). Noin neljännes rintasyövistä todetaan kuitenkin täysin oireettomilla naisilla mammografian yhteydessä (Suomen syöpärekisteri 2014; Pellinen ym. 2011, 8).

Joskus rintasyöpä voidaan löytää vasta sen levittyä laajalle alueelle etäpesäkkeiden kautta. Tällöin etäpesäkkeen sijainnista riippuen syöpä voi aiheuttaa moninaisia oireita, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinkipuja, hengitystieoireita, keltaisuutta, vatsavaivoja, kyhmyjä tai keskushermosto-oireita, esimerkiksi päänsärkyä ja pahoinvointia. (Rintasyöpä.fi 2013.)

4.2 Diagnostiikka ja hoito

Rintamuutosten tutkimisessa käytetään kolmoisdiagnostiikan periaatteita. Nämä periaatteet ovat rinnan inspektio eli katselu ja palpaatio eli tunnistelu, kuvantamistutkimukset sekä neulanäytteiden histopatologiset tutkimukset. Ensisijainen kuvantamismenetelmä rintamuutosten tai löydösten arvioimisessa on mammografia. Alle 30-vuotiailla ensisijainen perustutkimus on ultraäänitutkimus. (Sudah 2013, 9.) Kaikki rintasyöpädiagnoosit täytyy varmentaa aina ohut- tai paksuneulanäytteellä (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen. 2007, 485–486). Jos yksikin kolmoisdiagnostiikan osista viittaa pahanlaatuisuuteen tai muutos jää epävarmaksi, muutos poistetaan kirurgisesti. Jos kaikki kolmoisdiagnostiikan osat viittaavat siihen, että muutos on hyvänlaatuinen, voidaan tilannetta jäädä seuraamaan. (Sudah, M. 2013, 9.) Lisäksi seulontamammografioita tarjotaan Suomessa 50-69-vuotiaille naisille (Syöpäjärjestöt 2014; Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys 2015; Pellinen ym. 2011, 10).

Ennen kuin rintasyövän hoito aloitetaan, sairaus luokitellaan sen biologisten ennustekijöiden sekä levinneisyyden mukaan. Se, mikä hoito potilaalle valitaan, päätetään tämän luokituksen mukaan sekä potilaan yleiskunto, mahdolliset muut sairaudet ja potilaan mielipide huomioon ottaen. (Suomen syöpäjärjestöt 2014; Jähkölä, Hietanen, Kuokkanen, Rosenberg & Rautalahti 2007, 5.)

Rintasyövän hoidossa käytetään kolmea eri menetelmää: leikkaushoito, sädehoito sekä lääkehoito, johon kuuluu solunsalpaajat, hormonit sekä vasta-ainehoito.

Useimmiten rintasyöpää hoidettaessa yhdistetään näitä eri hoitomuotoja. (Suomen syöpäjärjestöt 2014; Pellinen ym. 2011, 10.) Hoitojen tavoitteena on elämän laadun säilyminen mahdollisimman hyvänä, ja hoitojen hyödyt arvioidaan aina suhteessa potilaalle aiheutuviin haittoihin (Joensuu 2007, 122-129).

Yleensä rintasyövän hoito alkaa leikkaushoidosta. Leikkaushoidon tarkoituksena on poistaa syöpäkasvain rinnasta ja kainalosta. Leikkaus voi olla joko rinnan säästävä leikkaus eli rinnan osapoisto tai masektomia eli koko rinnan poisto. Tällä hetkellä yli puolet tehdyistä leikkauksista on rinnan säästäviä leikkauksia. Rinnan säästävän leikkauksen teon mahdollisuus riippuu kasvaimen koon ja sijainnin lisäksi muun muassa rinnan koosta. Näin ollen päätös leikkauksesta on aina yksilöllinen. Jos koko rinta joudutaan poistamaan, voidaan harkita samalla kertaa tehtävää rintarekonstruktiota eli rinnan korjausleikkausta. Korjausleikkaus voidaan tehdä myös myöhemmin, mikäli tauti ei ole uusiutunut. (Syöpäinfo.fi 2014; Pellinen ym. 2011, 11-13.)

Rintasyöpäleikkauksen yhteydessä tehdään myös vartijaimusolmuketutkimus tai vaihtoehtoisesti kainaloimusolmukkeiden poisto. Mikäli vartijaimusolmuketutkimuksessa kainalosta löydetään rintasyövän etäpesäkkeitä, kaikki kainaloimusolmukkeet täytyy poistaa. (Syöpäinfo.fi 2014; Pellinen ym. 2011, 11-12; Jahkola ym. 2007, 6.)

Sädehoito on suurienergistä ionisoivaa säteilyä, joka tuhoaa syöpäsoluja vaikuttamalla erityisesti jakautumisvaiheessa oleviin soluihin. Sädehoitoa voidaan antaa joko ulkoisesti sädehoitolaitteesta tai sisäisesti kudoksen sisään asennettavasta säteilylähteestä. (Syöpäjärjestöt 2014; Palva & Rosenberg-Ryhänen 2013, 4; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 17.)

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen sädehoitoa annetaan leikkausalueelle sekä paikallisille imusolmukkeille. Sädehoito tuhoaa mahdollisesti leikkauksen jälkeen elimistöön jääneitä syöpäsoluja ja näin ollen vähentää uusiutumiseriskiä ja parantaa kokonaisennustetta. (Syöpäjärjestöt 2014; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 17.)

Rinnanpoiston jälkeen sädehoitoa annetaan, mikäli kinalon imusolmukkeet ovat sisältäneet rasvakudosta. Rinnan säästävän leikkauksen jälkeen taas sädehoitoa annetaan käytännössä aina. Välittömiä sivuvaikutuksia sädehoidolla on oikeastaan melko vähän. Useimmilla ihmisillä, joille sädehoitoa annetaan, rinnan iho alkaa hoidoista punoitaa, kuumottaa sekä hieman arkuutta voi esiintyä lisäksi iho saattaa hilseillä. Sädehoitoa saava voi myös olla väsynyt. (Syöpäjärjestöt 2014; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 17-18.)

Leikkauksen jälkeen annettavaa lääkehoitoa suositellaan niille potilaille, joiden kinalon imusolmukkeista on löydetty syöpäsoluja (Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 20). Liitännäislääkehoitoa annetaan siis uusiutumisvaaran välttämiseksi (Huovinen 2009; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 5). Lääkehoitoa ehdotetaan myös niissä tapauksissa, joissa kinalosta ei ole löydetty kasvainkudosta, mutta kasvaimen liittyy muita tekijöitä, jotka viittaavat rintasyövän korkeaan uusiutumisvaaraan (Syöpäjärjestöt 2014; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 5). Liitännäislääkehoitona voidaan antaa joko solunsalpaaja- tai hormonaalista lääkehoitoa tai sitten molempia. Solunsalpaajakuureja annetaan yleensä kuusi kertaa kolmen viikon välein. (Huovinen 2009.) Solunsalpaajahoidot vaikuttavat sekä normaaleihin että pahanlaatuisiin soluihin estäen näiden lisääntymistä ja kasvua (Palva & Rosenberg-Ryhänen 2011; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 7).

Jos rintasyöpäkasvain on suuri tai se on ihoon tai vaihtoehtoisesti rintakehän seinämään kiinnittynyt, voidaan kasvaimen poiston hoitaminen aloittaa lääkehoidolla leikkauksen sijaan. Tätä kutsutaan neoadjuvanttihoidoksi tai vaihtoehtoisesti primääriksi lääkehoidoksi. Ennen leikkausta annettavalla solunsalpaajahoidolla pyritään pienentämään rintasyöpäkasvainta rinnan säästävän leikkauksen mahdollistamiseksi. Tätä käytetään myös tapauksissa, jossa rintasyöpäkasvainta ei sen ympäristöön kiinnittymisen vuoksi ole mahdollista leikata ennen lääkehoitoa. (Syöpäjärjestöt 2014.) Syöpäsairauksien haitallisiksi koetuista ongelmista, monet ovat yhteydessä syövän hoitoon (Roberts, 2007; Ojala, 2011).

Miesten rintasyövän hoitolinjaukset vastaavat naisten rintasyövän hoidossa käytettyjä hoitolinjauksia. Hormonihoito auttaa miesten rintasyöpään lähes yhtä usein kuin naistenkin hoidossa, ja antiestrogeenia voidaan käyttää uusiutuneen taudin hoidossa. Solunsalpaajahoidot ovat samoja kuin naisilla käytetyt lääkkeet. (Syöpäjärjestöt 2014.)

5 SEKSUAALISUUS RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUESSA

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee seksuaalisuuden seuraavalla tavalla: "Seksuaalisuus on olennainen osa jokaisen ihmisen persoonallisuutta. Tämä koskee niin miehiä, naisia kuin lapsiakin. Se on perustarve ja yksi ihmisyyden osa, jota ei voida erottaa muista elämän osa-alueista. Seksuaalisuus ei ole yhdynnän synonyymi. Se ei liity ihmiseen kykyyn saada orgasmeja, eikä se myöskään ole yhteenveto elämämme eroottisista piirteistä. Ne voivat kuulua seksuaalisuuteemme mutta eivät välttämättä ole osa sitä. Seksuaalisuus on paljon enemmän: se on mukana energiassa, joka saa meidät etsimään rakkautta, ihmissuhteita, lämpöä ja läheisyyttä; se ilmenee tavassamme tuntea ja herättää tunteita sekä koskettaa toisiamme. Seksuaalisuus vaikuttaa ajatuksiin, tunteisiin, tekoihin ja reaktioihin sekä sitä kautta henkiseen ja ruumiilliseen terveyteemme." (Suomen RFSU 2015.)

Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä koko hänen elämänsä. Seksuaalisuuteen kuuluvat seksuaalinen kehitys, seksuaalinen suuntautuminen, sosiaalinen sukupuoli-identiteetti sekä sen mukainen rooli, ihmisen biologinen sukupuoli ja suvun jatkaminen. Seksuaalisuus voidaan kokea ja ilmaista monin eri tavoin: asenteissa, uskomuksissa, arvoissa ja suhteessa itseen sekä toisiin ihmisiin. (Suomen RFSU 2015.)

Seksuaaliterveys on fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa ihmisen seksuaalisuuteen; se ei ole ainoastaan sairauden tai vajaatoiminnan poissaolemista (Väestöliitto 2015 a).

Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista sekä kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja sisältää ihmisen sitä halutessa mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, riistoa ja väkivaltaa. Jotta hyvä seksuaaliterveys voidaan saavuttaa sekä ylläpitää, kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa ja suojata. (Väestöliitto 2015 a.)

Rintasyöpä ja siihen liittyvät hoidot herättävät monia seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Rintasyövän vaikutus naisen seksuaalisuuteen on luonnollisesti

yksilöllistä ja riippuu sairastuneen persoonasta, syövän laadusta vakavuudesta ja hoitomuodoista. (Rosenberg 2007, 4.) Rinta on yksi vahva osa naisen seksuaalista identiteettiä. Seksuaalinen identiteetti on herkästi vaurioituva osa ihmisestä, ja rintaan kohdistuvat leikkaukset herättävätkin mielessä kysymyksiä ja ahdistusta. Alemmuuden-, ja rikkinäisyydentunne voivat estää seksuaalista aktiivisuutta ja johtaa kumppanin torjumiseen. (Syöpäjärjestöt 2015.)

5.1 Rintasyövän ja sen hoitojen aiheuttamat muutokset seksuaalisuudessa

Suuri osa seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista syöpään sairastuessa liittyy syöpäpotilaiden heikentyneeseen minäkuvaan. Syöpään sairastuessa mielialan vaihtelut, häpeän ja vihan tunteet, heikentynyt itsetunto, ahdistus ja masennus voivat vaikuttaa syöpäpotilaiden läheisiin ihmissuhteisiin, elämänlaatuun ja seksuaaliseen aktiivisuuteen. (Hughes 2009, 241-246; Rosenberg 2006, 281-304.) Syöpäpotilaat ovat kuvanneet muutoksia seksuaalisuudessaan fysiologisiksi ongelmiksi, haluttomuudeksi, kielteiseksi kehonkuvaksi, peloksi hedelmällisyyden menettämisestä, mieheyden tai naiseuden menetykseksi, ajatuksista itsestä seksuaalisesti vähemmän viehättävänä, ahdistukseksi ja masennukseksi sekä myös seksuaalisen itsetunnon muuttumiseksi. (Rosenberg 2006, 281-304; Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto, Miettinen 2008, 151-165; Gilbert, Ussher, Perz 2010, 397-407.)

Rintasyöpään sairastuessa ulkonäköön liittyvät muutokset, kuten hiustenlähtö tai rinnan menetys voivat muuttaa sairastuneen minäkuvaa ja hän voi kokea itsensä puolinaiseksi, rikkinäiseksi ja jopa rumaksi. Sairastunut voi kokea, että jotain omasta ehjästä itsestä voi olla poissa ja minäkuvan muuttumisen myötä seksuaalinen identiteetti voi joutua uudelleen tarkisteltavaksi. Moni rintasyöpään sairastunut voi luulla, että kumppani voi pitää häntä rumana tai outona ja tämä voi johtaa ongelmiin seksuaalisuudessa ja parisuhteessa. Rintasyövän aiheuttama huoli, väsymys ja haavakipu siirtävät usein seksuaalisuuden ja seksin harrastamisen taka-alalle. Seksuaalisuus ei kuitenkaan häviä ihmisestä ja sairaudesta ja sen hoidoista toipumisen jälkeen seksuaaliset asiat palaavat taas ajankohtaisiksi. Usein nainen joutuu kuitenkin kohtaamaan monia uusia haasteita leikkauksen seurauksena syntyneen sisäisen tai ulkoisen minäkuvan muutoksen

myötä. Minäkuvan muutoksen onkin katsottu aiheuttavan usein toipumisaikaa suuremman seksuaalisuuteen liittyvän ongelman. (Hautamäki-Lamminen 2012, 27; Rosenberg 2010, 18.)

Rintasyövän kaikilla hoitomuodoilla on vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin toimintoihin. Eri hoidot ja toipuminen, jotka saattavat venyä pitkäksi ajaksi ovat ruumiillisesti ja henkisesti raskasta aikaa rintaleikatulle potilaalle. (Rosenberg 2010, 17.)

Rinnanpoisto on amputaatio, joka vaurioittaa vahvasti naisen kehonkuvaa ja saattaa tukahduttaa seksuaaliset suhteet ja ajatukset pitkäksi ajaksi (Sheppard & Ely 2008, 180). Myös Hautamäki-Lamminen (2012, 27) kertoo, että kokonaisen elimenpoiston usein aiheuttavan potilaalle eriasteisia ohimeneviä tai pysyviä fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. Näin ollen rinnanpoistoon saattaa usein liittyä haitallisia ja pitkäkestoisia minäkuvan muutoksia. Säästävän leikkauksen jälkeen henkisen toipumisen ja minäkuvan eheytyksen on todettu olevan nopeampaa kuin rinnan kokopoiston jälkeen (Leino 2011, 31).

Useasti solunsalpaajat aiheuttavat hiusten ja ihokarvojen tilapäistä irtoamista. Tämä muuttaa osaltaan sairastuneen ulkoista minäkuvaa. Ulkoinen olemus saattaa tuntua erilaiselta, ehkä jopa rumalta ja luotaantyöntävältä. Sopeutuminen tähän voi viedä paljon aikaa ja tilannetta voi helpottaa hankkimalla esimerkiksi peruukin. Solunsalpaajat aiheuttavat myös limakalvojen kuivumista ja ärtymistä sekä kuukautiskierron häiriöitä ja vaihdevuosisoireita. Useimmiten solunsalpaajista aiheutuvat oireet häviävät hoidon loppumisen jälkeen, mutta esimerkiksi kuukautiset voivat jäädä pois aiheuttaen ennenaikaiset vaihdevuodet. Sytostaattihoidot voivat aiheuttaa myös pahoinvointia, väsymystä ja masennusta, mitkä osaltaan heikentävät sairastuneen seksuaalisuutta ja seksuaalisia haluja. (Syöpäjärjestöt 2008; Rintasyöpä.fi 2015; Väestöliitto 2015 b.)

Sädehoidosta aiheutuvat sivuvaikutukset ovat vähentyneet, sillä sädetettävä alue pystytään rajaamaan entistä tarkemmin (Rosenberg 2010, 18). Sädehoito aiheuttaa kuitenkin jonkinasteisia vaurioita myös säteilyn kohteeksi joutuville normaalisoluille. Ihoärsytys, joka ilmenee punoituksena, kipuna ja turvotuksena

ovat sädehoidon tavallisempia sivuvaikutuksia. Suuret sädeannokset voivat aiheuttaa iholle pysyviä pigmentaatiomuutoksia sekä sidekudoksen arpeutumismuutoksia. Arpeutumisprosessi saattaa aiheuttaa esim. sädehoidossa olleen rinnan kovettumista. (Hautamäki-Lamminen 2012, 28; Pellinen & Rosenberg 2014, 18-19.) Sädehoidosta johtuvia muita sivuoireita ovat mm. väsymys, tulehdusreaktiot ja ruokatorviärsytys, jotka saattavat osaltaan vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen. (Pellinen & Rosenberg 2014, 18).

Hormonihoidon aiheuttamat vaikutukset seksuaalisuuteen ovat usein merkittäviä rintasyöpään sairastuneella naisella. Antiestrogeenihoito aiheuttaa kuukautisten loppumisen ja vaihdevuosisioireita. Se voi aiheuttaa myös hikoilua ja lihassmassan vähenemistä. Hormonihoito voi aiheutua myös masennusta, väsymystä, ärtyneisyyttä painonvaihtelua ja mielialan muutoksia. (Väestöliitto 2015 b; Syöpäjärjestöt 2008; Rosenberg 2007, 19.)

Syöpähoidossa käytetyt kipulääkkeet voivat aiheuttaa osaltaan myös väsymystä ja heikentää kosketusherkkyyttä vaikeuttaen kiihottumista ja orgasmin saamista. Myös rintasyöpän itsessään aiheuttamaa ahdistusta saatetaan joutua hoitamaan mielialalääkkeillä, joiden tavallisia sivuvaikutuksia voivat olla haluttomuus, väsymys ja orgasminsaannin vaikeus. (Väestöliitto 2015 b; Rosenberg 2007, 19.)

5.2 Minäkuvan ja kehonkuvan muutokset

Minäkuva vastaa kysymykseen millainen minä olen. Se on käsitys omasta itsestä sekä suhteesta ympäröivään maailmaan. Minäkuva kehittyy ja muuttuu koko elämän ajan, kun ihminen saa vuorovaikutuksessa palautetta omasta itsestään. Minäkuva tarkoittaa yksilön itseensä liittyvien ajatusten ja tunteiden kokonaisuutta. Minäkuva on sosiaalinen ilmiö siten, että opimme tuntemaan itsemme vuorovaikutussuhteissa muiden kanssa ja vastaavasti minäkuvamme vaikuttaa sosiaaliseen käyttäytymiseemme. (Räisänen 2007,3.)

Minäkuvaa pidetään moniulotteisena, hierarkkisesti kuvailtavissa olevana kehityksellisenä rakenteena, jossa on kolme toisistaan erotettavissa olevaa tasoa. Ylimpänä rakenteessa on suhteellisen pysyvä yleinen minäkuva. Keskimmaisella

tasolla ovat yleisen minäkuvan erityiset osa-alueet, kuten sosiaalinen, emotionaalinen ja fyysinen minäkuva. Minäkuvan alimman tason muodostavat suppeammin rajautuneet ja eriytyneet minäkuvan osa-alueet, kuten käsitys omasta viehättävyydestä fyysisen minäkuvan osana. (Räisänen 2007,3.)

Kehonkuvalla tarkoitetaan ihmisen käsitystä omasta kehostaan. Kehonkuva on tärkeänä osana minäkuva. Kehonkuva kertoo, millaisena ihminen näkee ja kokee oman olemuksensa ja millaiselta oma keho tuntuu. Käsitys omasta kehonkuvasta ulottuu koko kehoon, kaikkiin sen osiin tuntemuksiin, rajoihin ja reaktioihin. (Promama 2014.) Kaksi kehonkuvan tärkeintä osatekijää ovat ihmisen oma mielipide kehostaan sekä ihmisen omalle keholleen antama arvo. Arvolla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, kuinka merkityksellisenä ihminen pitää omaa ulkonäköään. Kehonkuva voidaan määrittää sisäiseksi kehon fyysisen ulkomuodon ja kehon kokemisen mielikuviksi. Kehonkuva voidaan käsittää myös identiteetin ytimenä, jolla on kognitiivinen, emotionaalinen, behavioristinen sekä aisteihin perustuva ulottuvuus. (Leone 2008, 24.)

Rintasyöpään sairastumiseen ja sen hoitoihin liittyy usein vahvasti minäkuvan muutos. Ihmisestä riippuen muutokset ja niiden kokeminen minäkuvassa ovat erilaisia, ja ovat yhteydessä sairastuneen kehonkuvan vahvuuteen. Vaikutukset voivat vaihdella henkilöstä riippuen pienestä hetkestä usean vuoden rikkiinäisyyden kokemiseen. Muutokset minäkuvassa saattavat vaikuttaa vahvasti seksuaali-identiteettiin ja siitä millainen kuva itsestä on naisena. Minäkuvan muuttumiselle sairastumisen ja rintaleikkauksen jälkeen on tyypillistä, että se aiheuttaa vaillinaisuuden tunteita ja näin ehjää kehonkuva itsestä naisena voi olla vaikeaa muodostaa. Tyypillistä on, että rintaleikkauksen läpikäynyt kokee itsensä rumana ja ajatukset omaa muuttunutta kehoa kohtaan voivat olla hyvinkin kielteisiä ja tämä vaikuttaa vahvasti henkilön seksuaaliseen käyttäytymiseen. (Rosenberg 2007, 20-22.) Useasta tutkimuksesta selviää, että rintasyövän mukanaan tuomilla muutoksilla kehossa voi olla suoria vaikutuksia sairastuneen seksuaalisuuteen, seksuaaliseen herkkyyteen, seksuaalisiin rooleihin ja ihmissuhteisiin (Pelusi 2006, 32). Minäkuva voi muuttua vahvasti hiustenlähdön, laihtumisen tai rinnanpoiston myötä ja varsinkin pysyvät muutokset vaativat

rankkaa prosessia minäkuvan eheytyemisessä. Muniz da Costa Vargensin ja Berterö Carinan (2007, 476) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että joillekin naisille hiustenmenetys tarkoittaa tärkeän asian menetystä. Sitä, että menettää jotakin, joka mieltää heidät naiseksi. Osa sairastuneista mukautuu uuteen tilanteeseen ja muutoksiin nopeasti. Osalla muutoksen tajuaminen ja sisäistäminen vie aikaa, osa ihmisistä ei välttämättä totu koskaan minäkuvan muutoksiin. (Pelusi 2006, 32; Rosenberg 2007, 20-22.)

Minäkuva voi muuttua sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäinen minäkuvan muutos tarkoittaa tilannetta, jossa muutos ei näy päällepäin tai peiliin katsottaessa, mutta sairastunut tietää ja kokee sen olemassa olon ja se aiheuttaa rikkiäisyyden tunnetta, esimerkiksi jonkun sisäelimen poisto tai kehon toiminnon menettäminen. Ulkoisella minäkuvan muutoksella taas tarkoitetaan tilannetta, jossa muutos näkyy sekä itselle, että muille, esimerkiksi rintojen poisto, hiusten menetys tai ihon arvet. Rintojen poistoon liittyvän muutoksen henkilö kokee päivittäin ainakin riisuutuessaan ja peiliin katsoessaan. Se voi vaikuttaa myös kanssa ihmisten käytökseen. Ulkoiset minäkuvan muutokset saattavat vaikuttaa vahvasti naisellisuuden kokemiseen. (Rosenberg 2010, 22; Hautamäki-Lamminen 2012, 32.) Rintasyöpään sairastunut kokee usein sairauden ja sen mukanaan tuomat muutokset kehossa hyökkäyksenä naisellisuuden ytimeen ja tuntee surua visuaalisen naiseuden symbolin eli rintojen menetyksen myötä. Myös rintasyöpäleikkauksen aiheuttama arpi saatetaan kokea naisellisuutta heikentävänä tekijänä. (Leino 2011, 31.)

5.3 Parisuhde

Parisuhde on kahden aikuisen välinen suhde ja yksi elämän merkittävimmistä ihmissuhteista. Parisuhde on perheen ydin ja sen laatu vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Henkinen ja fyysinen hyvinvointimme lisääntyy jos parisuhde voi hyvin ja se heijastuu myös lähiympäristöömme. (Väestöliitto 2014; Suomen mielenterveysseura 2015.)

Vaikeat elämäntilanteet aiheuttavat väistämättä muutoksia myös parisuhteeseen. (Rosenberg 2007, 29). Syöpä ja siihen liittyvät hoidot vaikuttavat vahvasti

potilaan minäkuvaan, mielialaan, ihmissuhteisiin ja niiden kautta väistämättä myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. (Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2011, 15; Rosenberg 2006, 281-304; Hughes 2009, 241-246.) Kun kumppani sairastuu syöpään, joutuvat molemmat sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Tulevaisuus voi alkaa näyttämään epävarmalta ja tuttuja rooleja joudutaan muokkaamaan. (Rosenberg 2007, 29-31.) Osa parisuhteista kärsii ja tulee tiensä päähän tai sitten osa vain paranee ja lujittuu (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 151-165; Sheppard & Ely 2008 176-181; Rosenberg 2007, 29).

Parisuhteen selviytymistä uudessa tilanteessa tukevat toisen kunnioittaminen, rakkaus, kyky ottaa asioita esille, yhdessä opitut selviytymiseen liittyvät keinot ja toisen tukeminen (Rosenberg 2007, 31). Muutokset seksuaalisuudessa voivat heikentää parisuhdetta, mikäli puoliset eivät keskustele niistä yhdessä. Leino (2011, 32) korostaa, että rintasyöpään sairastunut nainen odottaa avointa keskustelua puolisonsa kanssa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa, sillä sairastuminen voi ajaa suhteen myös kriisiin. Hyvään parisuhteeseen kuuluu myös yhteisten selviytymisen keinojen käyttö yhdessä pariskuntana, mutta myös toisen osapuolen yksilölliset keinot täytyy sallia. Kuitenkin parisuhteesta huolimatta, sairastunut joutuu yksin kohtaamaan sairautensa ja siihen liittyvät ajatukset ja pelot, sillä kukaan ei voi sairautta hänen puolestaan sairastaa. Kumppani voi kuunnella, tukea ja myötäelää sekä lähteä mukaan hoitokerroille ja siten osoittaa olevansa puolisonsa tukena ja mukana taistelussa. Tervettä puolisoa ei kuitenkaan saa sitoa sairauteen. Hänen tulee saada elää terveen ihmisen elämää ja kokea olevansa terve eikä tuntea syyllisyyttä siitä. (Rosenberg 2007, 29-32.)

5.4 Seksuaalinen haluttomuus

Seksuaalisesta haluttomuudesta kärsivälle henkilölle on tyypillistä jatkuva seksuaalisen halun, tai seksuaalisten mielikuvien vähäisyys tai niiden kokonaan puuttuminen (Terveyskirjasto 2015). Monet sairaudet niin fyysiset kuin psyykkiset voivat vaikuttaa ihmisen seksuaaliseen haluun. Sairastuessa seksuaalinen halukkuus voi vähentyä, mutta palaa usein ajan mittaan. (Venhola & Brusila 2006, 4705.)

Rintasyöpään sairastuessa varsin yleistä on seksuaalisen haluttomuuden kokeminen ja se voi kestää kauankin aikaa. Haluttomuus on kuitenkin erittäin yksilöllistä ja sen kokeminen on luonnollista ja sallittua. Voimavaroja seksuaaliseen kanssa käymiseen ei ehkä riitä, sillä syöpään sairastuessa niitä tarvitaan muualla. (Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2014, 33.) Seksuaalista haluttomuutta lisää myös mm. hormonaalinen lääkitys, sytostaattihoidot, sädehoito tai hermovauriot, jolloin toiminnallisiksi ongelmiksi naisella voi nousta limakalvojen kuivuus, tuntopuutokset emättimen alueella, yhdyntäkivut ja orgasmivaikeudet. Toimiva keino emättimen limakalvojen kuivuuden hoitoon on liukuvoiteen käyttö. Saatavilla on myös estrogeenivalmisteita, joilla voidaan limakalvojen kuntoa parantaa. Yhdyntäkipu voi käynnistää myös noidankehän, jonka seurauksena nainen voi alkaa pelkäämään yhdyntään liittyvää kipua, jolloin siitä tulee vieläkin kivuliaampaa. Useimmiten tilanteeseen auttaa pieni luovuus, sillä yleensä on löydettävissä kuitenkin semmoinen asento yhdynnässä, jossa kipu ei tunnu. Tämäkin vaatii aikaa, rauhaa ja yhdessä kokeilua puolison kanssa. (Rosenberg 2015.)

Rintasyöpään kuuluvan ablaatiroleikkauksen jälkeen naisen kehonkuva muuttuu voimakkaasti, jonka seurauksena hän voi nähdä itsensä epäviehättävänä torjuen omat seksuaaliset tarpeensa, ajatukset seksistä ja mahdollisen kumppanin tarpeet (Venhola & Brusila 2006, 4705). Alasti näyttäytyminen, koskettelu ja rakastelu voivat olla asioita, joihin muodostuu korkea kynnyks. Usein tarvitaankin aikaa ja rauhaa, jotta rintasyöpään sairastunut voi kohdata seksuaalisuudessaan uusia haasteita. (Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2014, 33-34.) Seksuaalisen aktiivisuuden puuttuessa nainen tarvitseekin seksitöntä läheisyyttä, yhteenkuuluvuutta ja hellyyttä puolisoltaan (Leino 2011, 3). Nämä voivat tuntua hyvältä haluttomuudesta huolimatta ja tukevat parisuhdetta, lohduttavat ja kertovat rakkaudesta (Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2014, 34). Rosenbergin (2007, 31) mukaan fyysinen yhteys on tärkeää säilyttää parisuhteessa, sillä parisuhde voi vaarantua jäädessään pelkän henkisen yhteyden varaan. Haluttomuudesta ja sen aiheuttamista tunteista on hyvä keskustella puolison kanssa avoimesti ja yhdessä voidaan sopia, että suhteessa harrastetaan väliaikaisesti läheisyyttä ja hellyyttä, mutta yhdynät saatetaan unohtaa

toistaiseksi. Seksuaalisen tyydytyksen tarve on yksilöllistä, mutta kuitenkin yksi ihmisen perustarpeista, joten siksi on hyvä muistaa, että itsetyydytys voi olla sallittu ja toimiva tapa yleensäkin, mutta varsinkin tässä tilanteessa.

6 SAIRAANHOITAJIEN ANTAMA OHJAUS JA NEUVONTA

Laadukas potilasohjaus on hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuseen perustuvaa potilaan ja hoitohenkilöstön kanssa sidoksissa olevaa, tavoitteellista ja aktiivista vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa toimintaa, joka on riittävää ja vaikuttavaa ja asianmukaisin resurssein toteutettua. Ohjaussuhde muodostuu kohtelusta, tukemisesta, ymmärtämisestä ja yhteistyöstä. Potilaat haluavat useimmiten myös läheisensä mukaan ohjaukseen. (Kääriäinen 2007; Kääriäinen 2008, 10-15). Rintahoitajat voivat olla tärkeässä roolissa keskustellessa seksuaalisuudesta ja kehonkuvasta potilaan ja hänen kumppaninsa kanssa, mutta ajan vähyys saattaa olla este (Sheppard & Ely 2008, 180).

Hautamäki-Lamminen toteaa väitöskirjassaan (2012,7), että syövän aiheuttamat ongelmat seksuaalisuudessa ovat yleisiä. Rintasyöpää sairastavien on tutkittu kokevan eniten haittavaikutuksia seksuaalisissa toiminnoissaan. Kuitenkin keskustelua potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista käydään yleisellä tasolla harvoin ja keskustelu käydään useimmiten potilaiden aloitteesta.

6.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen ja puheeksi ottaminen

Seksuaaliohjaus on tavoitteellista, tilannekohtaista ja kaikissa hoitoon liittyvissä tilanteissa tapahtuvaa ja kaikille hoitoalalla työskenteleville ihmisille kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta, jossa keskeistä on tiedon antaminen potilaalle ja hänen seksuaalisuutensa hyväksyminen. Potilaita tulee parhaiten autetuksi kun annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta, asioista joita siihen liittyy ja mahdollisista ongelmista ja annetaan näistä ohjeita ja tietoa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.)

Seksuaaliohjausta ja -neuvontaa tulee olla tarjolla erilaisissa elämäntilanteissa oleville ihmisille seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja sukupuolisuuteen liittyvissä kysymyksissä, kriisitilanteissa ja ongelmissa. Onnistunut seksuaalineuvonta- ja ohjaustilanne koostuu hoitotyön ammatillisuuden ja eettisyyden huomioimisesta, hoitotyön periaatteiden noudattamisesta sekä ammatillisesta vuorovaikutuksesta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on hoitohenkilökunnan tehtävä, kuten muutkin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (STM 2007) lukee, että potilaan tulee saada seksuaaliohjausta ja neuvontaa osana terveystalveluita ja hoitopalveluita. Seksuaalioikeuksien mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa sairautensa, hoitonsa ja lääkityksensä vaikutuksista seksuaalisuuteen ja niistä johtuviin seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin ja ongelmiin. Hoitohenkilökunnan täytyy olla aloitteen tekijänä seksuaalisuudesta puhumiseen, mikä antaa potilaalle luontevan tavan ja luvan puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Hoitajat suhtautuvat yleensä yleisellä ja teoreettisella tasolla myönteisesti seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen potilaan kanssa ja ymmärtävät ja mieltävät sen olevan osa hoitotyön kokonaisuutta, mutta käytännössä potilaan seksuaalisuutta tuetaan ja huomioidaan hoitotyössä liian vähän. Potilaat kokevatkin seksuaalisuuteen liittyvän tiedon saannin usein liian vähäisenä ja riittämättömänä. (Rytyläinen & Valkama 2010, 129-132.) Hoitajien tulisikin keskustella nykyistä enemmän seksuaalisuudesta potilaiden kanssa. Syöpäpotilaita hoitavissa yksiköissä tulisi sopia menettelytavat seksuaalisuuteen liittyvässä potilasohjauksessa. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011.)

Hoitohenkilökunta jättää usein potilaan seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat huomiotta. Hoitajat ovat vastahakoisia ottamaan seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi, eivätkä lähetä heitä muiden alan ammattilaisten, kuten seksuaaliterapeutin luokse juttelemaan ongelmista. Syynä voivat olla esimerkiksi tiedon vähäisyys, asenne seksuaalisuuteen tai ajan puute. Keskustelemattomuuden syitä voivat olla myös vaikeus löytyä keskustelun aloittamiselle sopivaa ajankohtaa tai rauhallista tilaa sekä hoitajan henkilökohtainen epämukavuus ja kiusaantuneisuus arasta aiheesta. (Rytyläinen & Valkama 2010, 131.) Potilaat eivät saa riittävästi seksuaaliohjausta sillä he eivät rohkene ottaa siihen liittyviä ongelmia puheeksi ja usein he odottavat hoitohenkilökunnan aloittavan keskustelun seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Yleensä sairauden ja hoidon vaikutuksista seksuaalisuuteen keskustellaan vain, mikäli potilas tekee aloitteen. (Burt, Caelli, Moore & Anderson 2005, 883-890; Darst 2007, 534-541; Hautamäki ym. 2007.) Hyvin usein hoitajat ajattelevat, ettei potilas halua puhua seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä tai, että aloittamalla

keskustelun seksuaalisuudesta he puuttuisivat liikaa potilaan yksityisyyteen. Potilaat ja heidän puolisonsa kaipaavat kuitenkin käytännöllisiä neuvoja ja emotionaalista tukea siihen, miten elää kun seksuaalisuus ja minäkuva kokee muutoksia. (Hordern & Street 2007; Sheppard & Ely 2008.) Yleensä kaikki potilaat haluavat, että aloite keskusteluun tulee lääkäriltä tai hoitajalta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131.)

Ilmonen (2006, 43) kertoo hoitajan ammatillisuuden edellyttävän, että hänen tulisi työssään uskaltaa olla aloitteen tekijä ja toimia täten luvan antajana seksuaalisuudesta ja siihen liittyvien ongelmien puhumiseen potilaan kanssa. Luvan antaminen tarkoittaa myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa muodoissa (Ilmonen 2006, 47). Hoitajan voi olla vaikeaa antaa potilaan puhua seksuaalisuudesta jos hän ei ole sallinut tätä ensin itselleen. Mikäli hoitaja on vaivaantunut, kokee hän usein myös keskustelun seksuaalisuudesta potilaan kanssa vaikeaksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010,133.) Luonteva seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittely ja puheeksi ottaminen edistää potilaan seksuaaliterveyttä (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129).

Sairaanhoitajalta vaaditaan tietynlaista herkkyyttä havainnoidakseen ja huomatakseen, milloin seksuaalisuuteen liittyvistä asioista on sopivaa puhua potilaan kanssa. Aloitteena keskustelulle voidaan käyttää suoraa kysymystä, opaslehtistä tai pientä vihjausta liittyen aiheeseen. Potilaat lähettävät usein vihjeitä ja merkkejä, joihin hoitajan tulisi osata tarttua tilanteen tullessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137- 138.) Oikea-aikainen puheeksi ottaminen edellyttää hienotunteisuutta, hyviä vuorovaikutus taitoja, kykyä dialogiin ja tiedollisia taitoja (THL 2014 b).

Usein potilas tulee autetuksi jo siten, että häntä kuunnellaan, hänen asiansa otetaan tosissaan ja seksuaalisia kysymyksiä pidetään oikeina ja todellisina ongelmia ja kysymyksinä. Parhaimmillaan seksuaalineuvontahetkissä mahdollistuu kokonainen kohtaamisen ulottuvuus. Aito kohtaaminen on tärkeämpää kuin neuvontaan käytetty aika. Seksuaalineuvonta tilanne on onnistunut, kun potilas voi tuntea olevansa turvallisessa ympäristössä ja saa tuntea olevansa kunnioitettu ja tulevansa nähdyksi ja kuulluksi omana itsenään. Hoitaja

voi havainnoida, kysellä ja kuunnella ja hiljentyä hiljaisuuteen yhdessä potilaan kanssa tavoittaakseen sen, mitä potilas haluaa kertoa ja miten asiakas haluaa ongelmansa tuoda nähdyksi. Seksuaaliongelmista puhuttaessa tärkeää on dialogisuus ja keskustelun kielenä voi toimia myös keholliset ilmaukset. On hoitajasta kiinni miten hän lähestyy potilasta ja tämän seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Jokaisen yksikön täytyy varmistaa, että potilaalla on mahdollisuus saada seksuaalineuvontaa. Joskus sairaanhoitaja voi tarvita apua työssään kohdata ja ymmärtääkseen asiakkaan ongelmaa ja tämän tarpeita. Silloin hän voi ohjata potilaan koulutuksen saaneelle seksuaaliterapeutille. (Bildjeschkin & Ruuhilahti 2010, 86-72.)

6.2 Hyvä potilasohje

Hyvä potilasohje voidaan määritellä monin tavoin. Lampinen ja Matilainen (2005, 50) määrittelevät hyvän potilasohjeen olevan sellainen, joka puhuttelee potilasta. Tämä on erityisen tärkeää varsinkin silloin, kun ohje sisältää jonkinlaisia käytännön toimintaohjeita. Tällä tavoin ohjeen lukijalle selviää heti, että ohje koskee juuri häntä. Otsikon lisäksi ohjeesta tulee heti selvitä se, mistä ohjeesta on kysymys. (Torkkola ym. 2002.) Lisäksi potilasohjeen tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista sekä ajan tasalla olevaa. Sisällöstä täytyy myös löytyä vastaukset kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Asiaa voidaan selkiyttää myös konkreettisilla esimerkeillä sekä kuvauksilla. (Lampinen & Matilainen 2005, 50.)

Suosittelun mukaan potilasohje on selkeää, havainnollista yleiskieltä sekä hyvää suomea. Potilasohjetta laadittaessa tulisi miettiä, miten ilmaisisi asian potilaalle kasvojen kautta, koska tällöin on helpompaa välttää sairaalan erikoissanastoa ja miettiä, mitä potilas haluaa tietää. (Lampinen & Matilainen 2005, 50; Torkkola ym. 2002.)

Potilasohjeeseen kannattaa aina kirjoittaa tärkein asia aina ensimmäisenä. Tällöin myös ne, jotka lukevat ohjeista vain alkuosan saavat tarvitsemansa tiedon. (Torkkola ym. 2002.)

Potilasohjeessa on tärkeää muistaa ilmoittaa hoitavan yksikön yhteystiedot ja viitteet lisätietoihin. Hyvässä potilasohjeessa siis potilas ohjataan ottamaan yhteyttä auttaviin tahoihin, mikäli hän ei ole ymmärtänyt jotain kohtaa ohjeesta tai asiasta on herännyt kysymyksiä (Lampinen & Matilainen 2005, 50; Torkkola ym. 2002). Näiden asioiden lisäksi potilasohjeessa tulee olla aina merkintä siitä, koska alkuperäinen ohje on tehty sekä merkintä viimeisestä päiväyksestä (National University Hospital 2002, 5).

Hyvä kuvitus potilasohjeessa lisää potilaiden mielenkiintoa lukea tekstiä sekä auttaa häntä ymmärtämään luetun tekstin. Kuvat myös tukevat ja täydentävät tekstiä. Kuvissa täytyisi aina olla myös kuvateksti, koska se auttaa kuvien lukemisessa sekä kertoo kuvasta sellaista, jota siitä ei voi suoraan nähdä. Kuvien käytössä tulee myös muistaa tekijänoikeudet. (Torkkola ym. 2002; National University Hospital 2002, 5.)

Tärkeää hyvässä potilasohjeessa on myös hyvä ulkoasu. Hyvä ulkoasu ei vaadi hienoa paperia, mutta ohjeesta saa houkuttelevan näköisen ja ymmärrettävän hyvällä tekstillä sekä kuvien asettelulla. (Torkkola ym. 2002.)

7 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projekti toteutettiin Vaasan keskussairaalan ja Vaasan ammattikorkeakoulun hyväksytyin toimintasuunnitelman ohjaamana. Projekti koostui Vaasan keskussairaallalle tuotetusta potilasohjeesta ja kirjallisesta opinnäytetyöraportista. Projektituotos eli potilasohje koostui ammatillisen, hoitotieteellisen teorian tiedon sekä laadullisin metodein kerätyn aineiston pohjalta. Yksilöhaastatteluihin osallistui kolme eri sairaanhoitajaa onkologian poliklinikalta. Saadut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Liitteenä on kaksi taulukkoa sisällönanalyysistä. Teoreettisen viitekehyksen aineisto kerättiin käyttämällä erilaisia tietokantoja, kuten PubMed, Cinahl ja Medic. Lisäksi tietoa etsittiin erilaisista alan tutkimuksista.

7.1 Projektin esisuunnittelu

Aluksi ongelmalähtöisten ja tavoitteellisen suunnittelun mallissa mietitään projektin tarvetta ja sen ongelmia sidosryhmien ja alustavan rajauksen näkökulmasta. Projektin suunnittelun aikana arvioidaan myös sen vahvuuksia, mahdollisuuksia ja toteutukseen tarvittavia resursseja. (Silferberg 2007, 21.)

Projekti aloitettiin helmikuussa 2014 valitsemalla Vaasan keskussairaalan opinnäytetyöpankista työntekijöitä kiinnostava opinnäytetyöaihe. Projektin tekijät olivat yhteydessä Vaasan keskussairaalan silloiseen yhteyshenkilöön, jonka kanssa aihetta rajattiin. Projektin alussa olleen yhteyshenkilön kanssa keskusteltiin projektin aiheesta ja millaista tuotosta aiheesta tarvittaisiin onkologian poliklinikalle. Onkologian poliklinikan kahden sairaanhoitajan kanssa sovittiin aikataulusta ja valmiista tuotoksesta. Sähköpostien välityksellä keskusteltiin haastattelujen aikataulusta sekä sovittiin valmiin tuotoksen painattamisesta.

Potilasohjeen tekemisestä keskusteltiin yhdessä keskussairaalassa työskentelevän seksuaalineuvojan kanssa, joka etsi hyviä sivustoja valmista potilasohjetta ajatellen. Sovittiin, että valmiin potilasohjeen lopullisesta sisällöstä keskustellaan vielä lähempänä työn valmistumista.

Suunnitteluvaihe esitettiin toimintasuunnitelmassa, jonka projektin ohjaava opettaja hyväksyi huhtikuussa 2014. Toimintasuunnitelma lähetettiin Vaasan keskussairaalan ylihoitajalle, joka antoi virallisen opinnäytetyöluvan kesäkuussa 2014. Tällöin saatiin myös lupa käyttää Vaasan keskussairaalan logoa ja nimeä projektissa. Projektista ilmoitettiin Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalle kesäkuussa 2014.

7.2 Aineiston kokoaminen

Projekti tehtiin Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalle. Projektiin hankittiin tietoa yksilöhaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui onkologian poliklinikalta kolme sairaanhoitajaa. Alun perin suunnitelmana oli tehdä kyselylomake rintaleikatuille potilaille, mutta tähän ei lopuksi saatukaan lupaa työn araan aiheen vuoksi. Haastattelun pohjana oli valmiiksi mietitty haastattelurunko (LIITE 2). Haastattelurunko sisälsi kysymyksiä rintaleikkattujen potilaiden ohjaamisesta, heidän seksuaalisuuden ja kehonkuvan muutoksista, rintaleikkauksen vaikutuksesta potilaiden läheisiin ihmissuhteisiin sekä potilasohjeen suunnittelusta.

Yksilöhaastattelu on käytetyin haastattelumuoto. Yksilöhaastattelun aikana haastatellaan vain yhtä henkilöä kerrallaan, jolloin tilanteessa ei ole muita henkilöitä vaikuttamassa haastateltavan vastauksiin. Yksilöhaastattelu voidaan toteuttaa myös puhelimen välityksellä, mikäli haastatteli ja haastateltava eivät löydä yhteistä aikaa haastattelulle. (Vuorela 2005, 40.) Haastattelu on ennalta suunniteltu vuorovaikutteinen keskustelutilanne haastateltavan ja haastattelijan välillä. Haastattelun avulla pystyy motivoimaan haastateltavaa helpommin verrattuna kyselylomakkeen käyttöön. Haastattelun aikana on myös helppo esittää tarkentavia kysymyksiä, jolloin väärin ymmärryksen vaara on pienempi. (Vuorela 2005, 37-40.)

Haastattelu toteutettiin suomeksi. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluna noin viikon sisään toisistaan. Kysymyksiä oli yhdeksän, mutta haastattelussa keskusteltiin myös aiheista, joita tuli mieleen haastattelun toteutuksen aikana. Haastattelussa oli tarkoituksena saada selville tietoa rintaleikkattujen potilaiden

kehonkuvan ja seksuaalisuuden muutoksista leikkauksen jälkeen. Myös potilaiden ohjaaminen leikkausprosessin aikana oli tärkeä osa haastattelua sekä se, mitä hoitajat haluaisivat sisällyttää potilasohjeeseen ja minkälainen tuotos siitä tehtäisiin.

Haastattelut kestivät 20-40 minuuttia hoitajasta riippuen. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla ja molemmat projektin tekijät olivat paikalla haastattelemassa. Haastattelujen nauhoitukseen kysyttiin lupa haastateltavalta hoitajalta ennen haastattelun aloitusta. Kun tutkimuksen aineisto oli kerätty, haastattelut muutettiin tekstiksi eli ne litteroitiin. Tämä tehtiin heti haastattelujen jälkeen. Litterointi toteutettiin käyttämällä Microsoft Word- tekstinkäsittelyohjelmaa. Auki kirjoittamisessa käytettiin fonttia Times New Roman, fonttikokoa 12 ja riviväliä 1,15. Litteroitua aineistoa tuli 30 sivua. Haastattelujen litterointivaiheessa työn tekijät eivät kokeneet tarpeelliseksi kirjoittaa haastatteluja sanasta sanaan, vaan joitakin täytesanoja kuten ”tota” ja ”niinku” on jätetty pois. Projektin tekijöiden tavoitteena oli keskittyä haastateltavien vastauksiin eikä esimerkiksi vastaajien lauserakenteisiin. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 132) kirjoittavat, että yleensä nauhoitettu materiaali kirjoitetaan auki sanatarkasti. Sana tarkasti auki kirjoittaminen ei toteutunut aivan täysin tässä projektissa. Kuitenkaan sillä ei ollut suurta merkitystä, sillä lauseiden merkitys ei muuttunut.

Potilasohjeen tekemisestä keskusteltiin yhdessä keskussairaalassa työskentelevän seksuaalineuvojan kanssa, joka etsi hyviä sivustoja valmista potilasohjetta ajatellen. Valmiin potilasohjeen lopullisesta sisällöstä keskusteltiin vielä lähempänä työn valmistumista onkologian poliklinikan sairaanhoitajien sekä opetuslihoitajan kanssa.

7.3 Aineiston keruumenetelmän arviointi

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013,126) kertovat, että tutkijan täytyy pohtia haastattelumenetelmän puutteita ja etuja. Haastattelumenetelmän suuri etu on, että aineistoa pystytään keräämään haastattelutilannetta mukailemalla. Haastattelutilanteessa saatuja tietoja ja vastauksia selventää ja syventää tarvittaessa lisäkysymyksiä kysymällä. Etuna on myös se, että haastateltava

henkilö on aktiivinen, merkityksiä luova osallistuja. Haastatteluun osallistujiksi mietityt henkilöt saadaan useimmiten mukaan, ja tarvittaessa heidät voidaan tavoittaa myöhemmin ja tämä mahdollistaa jälkikäteen aineiston täydentämisen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205-206.) Haastattelun etuna voidaan pitää myös sitä, että haastatteluun voidaan valita ne henkilöt, joilla on omakohtaista kokemusta tutkitusta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Haastattelujen haittana voidaan pitää sitä, että aineistonkeruu tällä menetelmällä vie paljon aikaa (Hirsjärvi ym. 2009, 206; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Haastatteluihin liitetään myös paljon mahdollisia virhelähteitä, jotka saattavat johtua esimerkiksi haastattelutilanteesta. Haittaa saattaa aiheutua myös siitä, että haastateltavat henkilöt saattavat puhua haastattelutilanteessa eri tavalla kuin normaalisti. Lisäksi haastattelijan rooliin oppiminen on haastavaa ja vie aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 206-207.)

Haastattelun tarkoituksena on saada vastaajilta mahdollisimman paljon tietoa tutkitusta aiheesta. Tämän takia on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet haastateltaville henkilöille etukäteen ennen haastattelua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelukysymyksiä ei annettu haastateltaville etukäteen vaan vasta haastattelutilanteessa. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että ensimmäinen haastattelu oli hieman kankea. Lisäksi haastattelijat eivät olleet aikaisemmin haastatelleet ketään, joten tilanne oli heille aivan uusi. Haastateltavat tiesivät etukäteen haastattelun aiheen, ja työkokemuksensa vuoksi heillä oli paljon tietoa haastattelun aiheesta.

Haastateltaville kerrottiin, että tavoitteena on tuottaa potilasohje, joka tulisi myös käyttöön ja olisi heidän tarpeitaan vastaava. Haastattelussa kysyttiin vastaajien mielipidettä siitä, millaisen potilasohjeen he haluaisivat. Tällöin potilasohje olisi sellainen, joka vastaisi käytännön tarpeita ja tuottaisi mahdollisimman paljon tietoa potilasohjeen tekemisestä työn tekijöille. Haastattelutilanteet etenivät joustavasti ja hyvin vastaajien ollessa aktiivisia. Haastattelutilanteissa haastattelijat pystyivät esittämään lisäkysymyksiä aiheista, joiden avulla pystyttiin tarkentamaan ja selventämään haastateltavien antamia vastauksia. Kaikki

haastateltavat olivat olleet alalla kauan, joten jokaiseen kysymykseen saatiin kattavat vastaukset.

Ennen haastatteluja haastateltaville henkilöille lähetettiin saatekirjeet (Liite 1), joissa kerrottiin työn laadusta ja että kenenkään henkilöllisyys ei valmiissa työssä paljastu. Lisäksi kerrottiin, että valmis työ julkaistaan Theseuksessa ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa. Haastattelutilanteen alussa haastateltaville vielä kerrottiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja että haastattelut nauhoitetaan ja tuhoaan asianmukaisesti kun työ on valmis. Kukaan haastatteluun suunnitelluista henkilöistä ei kieltäytynyt haastattelusta, mitä myös Tuomi ja Sarajärvi (2009, 74) kertovat haastattelujen etuja määritellessään. Haastateltavien myöhempään tavoittamiseen haastattelujen jälkeen ei koettu tarvetta.

Haastatteluihin kului noin 20-40 minuuttia haastattelua kohden ja haastatteluja oli kolme. Haastattelujen jatkokäsittelyyn kului sen sijaan enemmän aikaa ja se oli työlästä. Haastattelutilanteet olivat hieman vaikeita, sillä projektin tekijät huomasivat haastattelijan roolin olevan melko haasteellinen varsinkin, kun he eivät olleet aiemmin toteuttaneet tällaista haastattelua. Haastattelukysymykset olivat oikeita ja haastateltavat pystyivät antamaan niiden pohjalta tarpeellisen tiedon projektia varten. Muutamia lisäkysymyksiä kysyttiin, mutta ne vain syvensivät käsiteltävää asiaa.

Haastattelut toteutettiin haastateltaville tutussa ympäristössä Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikalla. Jotta haastattelut olisi mahdollisimman helppo järjestää ja niihin osallistua, ne toteutettiin virka-aikana.

7.4 Aineiston analysointi

Projekti oli kvalitatiivinen eli laadullinen työ. Aineiston litteroinnin jälkeen projektille tehtiin induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jonka aikana saadut haastattelut litteroitiin eli haastattelut kirjoitettiin nauhalta tekstiksi ja tämän jälkeen luokiteltiin kysymys kysymykseltä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 41.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, ymmärtää sekä selittää ilmiöitä ja näiden välisiä suhteita tutkittavien henkilöiden näkökulmasta. Aineiston keruussa voidaan käyttää muun muassa teema- ja syvähaastatteluja tai havainnointia. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on induktiivinen ja sanallinen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 20.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on ilmiön laaja mutta samalla tiivis esitys. Sen avulla pystytään analysoimaan erilaisia aineistoja ja kuvaamaan niitä. Sillä myös kyetään esittämään tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 2013, 165–166.)

Aineiston analyysin aikana ensin etsittiin kysymyksiin vastaavia lauseen osia tai sanoja, jotka sitten pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 134–135). Vastaukset on analysoitu sillä tavoin, että niiden alkuperäinen sanoma säilyi.

7.5 Projektituotoksen kokoaminen

Projektin tekeminen aloitettiin helmikuussa, kun projektin tekijöillä oli ensimmäinen opinnäytetyöseminaari. Tämän jälkeen projektin tekijät etsivät ja löysivät sopivan aiheen Vaasan keskussairaalan opinnäytetyöpankista. Projektin tekijät halusivat tämän aiheen, sillä se tuntui mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta aiheelta.

Alun perin tarkoituksena oli antaa rintahoitajille kyselylomakkeita, joita he olisivat jakaneet rintaleikatuille potilaille. Projektin tekijöille oli luvattu suullisesti, että näin saataisiin toimia. Kun tekijät olivat lähettäneet toimintasuunnitelman opetusylihoitajalle, he saivat viestin, että he eivät saa kuitenkaan laittaa kyselylomakkeita potilaille työn ajan aiheen vuoksi. Tämän vuoksi projektin tekijät olivat tehneet turhaa työtä noin kuukauden verran ja he joutuivat muokkaamaan toimintasuunnitelmansa.

Aluksi projektin tekijät olivat yhteydessä syöpäjärjestöön jos heiltä saisi apua ja väylän jakaa kyselylomakkeita. Hekään eivät siihen kuitenkaan suostuneet ja he kertoivat, että työ olisi muutenkin liian arka ja vaativa opinnäytetyön aiheeksi ja

se vaatisi projektin tekijöille seksuaaliterapeuttikoulutuksen käyneen ohjaajan. Syöpäjärjestö ehdotti kuitenkin, että projektissa voitaisiin tehdä yhteistyötä jos he olisivat voineet auttaa jollakin muulla tavalla projektissa. Tämä olisi kuitenkin vaatinut projektin aiheen muokkaamista. Projektin tekijät eivät ottaneet syöpäjärjestöä mukaan yhteistyöhön projektiin, sillä oikeata väylää yhteistyön merkeissä ei löytynyt sille, että projektin tekijät voisivat tehdä sellaisen työn kuin oli suunniteltu ja keskittyä rintaleikatun potilaan kehonkuvan ja seksuaalisuuden muutoksiin. Vaasan keskussairaala ehdotti projektin tekijöille, että onkologian poliklinikalta haastateltaisiin kolme sairaanhoitajaa ja projekti tehtäisiin heidän haastatteluihinsa pohjautuen. Toimintasuunnitelma hyväksyttiin muokkauksien jälkeen kesäkuun alussa.

Haastattelut toteutettiin syyskuussa, sillä hoitajat olivat jo lomilla, kun tutkimussuunnitelma hyväksyttiin. Haastattelut litteroitiin saman kuukauden aikana. Sen jälkeen projektin tekijät ovat tehneet projektin tekstiosuutta ja miettineet projektin tuotosta.

Projektilla oli koko ajan selkeä tavoite: luoda selkeä ja käyttöön tuleva potilasohje onkologian poliklinikalle, jonka pääteema oli rintaleikatun potilaan seksuaalisuudessa. Lisäksi toinen tärkeä asia, jonka projektin tekijät halusivat potilasohjeeseen tulevan, olivat yhteystiedot potilaan tuen ja avun saantiin. Tämä tavoite saavutettiin, tosin hieman erilaisessa muodossa kuin alun perin sitä oli ajateltu. Projektin tekijät olivat aluksi suunnitelleet toteuttavansa potilasohjeen yhdelle A4 sivulle ilman taittoa ja tekstin tulevan vain toiselle puolelle paperiarkkia.

Potilasohje on tuotettu A4 kokoiselle paperille Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmalla ja niin, että paperiarkki on taitettu keskeltä kortin malliseen muotoon. Tekstiosuutta on kahdella sivulla ja viimeiselle sivulla yhteystiedot, joista potilasohjeen käyttäjä voi lähteä apua ja tukea etsimään. Potilasohjeen kuvittaja löytyi toisen projektin tekijän lähipiiristä. Vaasan keskussairaalan logon käyttöön on saatu asianmukainen lupa. Potilasohje löytyy liitteestä 5.

Potilasohjetta pidettiin hyvänä ja selkeänä kohdeorganisaatiossa. Potilasohjeeseen haluttiin ainoastaan, että yksi lause muutetaan ja muutama blogiosoite otetaan pois, sillä niitä ei voida pitää luotettavana lähteenä.

Projekti on antanut sen tekijöille paljon valmiuksia tulevan sairaanhoitajan ammattiin. Se on tuonut lisää tietoa rintasyövästä ja siihen liittyvästä hoitoprosessista sekä potilaiden kohtaamista kehonkuvanmuutoksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tämän projektin ansiosta tekijät ovat oppineet sitoutumaan pitempiaikaisempiin projekteihin. Projektin tekemistä verotti yhteisen ajan puute, muut koulutehtävät sekä projektia tehtäessä matkalla tulleet ongelmat. Parasta projektin tekemisessä on ollut ammatillinen kasvu projektia tehdessä sekä oman aikaansaannoksen näkeminen.

8 HAASTATTELUJEN TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi haastateltujen henkilöiden vastauksia yksilöhaastatteluista ja siitä saatuja tuloksia. Haastattelujen tulokset tukivat potilasohjeen tekoa, tarpeellisuutta ja sen lopullista ulkomuotoa.

8.1 Potilaan ohjaus leikkausprosessin aikana

Haastatteluissa kävi ilmi, että potilaan hoitoprosessiin osallistuu monta eri hoitotyön ammattihenkilöä. Preoperatiivisen vaiheen aikana potilas tapaa kirurgin, jossa hän saa kuulla diagnoosin ja saa leikkausajan. Tämän jälkeen hän käy verikokeissa ja menee preoperatiiviselle poliklinikalle keskustelemaan leikkauksesta. Lopuksi hän vielä käy yleensä rintahoitajan vastaanotolla, jossa hänen kanssaan keskustellaan tulevasta leikkauksesta ja siihen liittyvistä mietteistä. Lisäksi potilas saa tarvitsemaansa tukea.

” Ja se, että mitä mä kerron potilaalle niin, että mä kyllä, ja sehän on paljon niinku mun tehtävä tukea potilasta, ja että mä tapaan aina kysyä, että mitä kirurgi sano ja tuliko esille semmosta mitä sä et ymmärrä, mitä sä haluat, että mä niinku kerron lisää ja tämmöstä, että se on paljon kyllä tämmöstä potilaan tukemista.”

” Lähinnä se mitä potilas tarvitsee preoperatiivisessa vaiheessa on se, tietoa leikkauksesta, että mitä tullaan tekemään ja millainen vointi leikkauksen jälkeen on ja miten se leikkaus prosessi normaalisti menee ja kuinka lähete eteenpäin tänne puolelle tarvittaessa sitten ohjataan tai tapahtuu.”

Potilasta ohjaa hoitoprosessin edetessä monet eri henkilöt. Ohjaukseen osallistuvat kirurgian puolelta niin leikannut kirurgi kuin leikkauksen jälkeen, ennen kotiutumista, kirurgian puolen hoitajat. Lisäksi osastolla ohjaukseen osallistuu fysioterapeutti, joka antaa jumppausohjeita leikatulle potilaalle.

Onkologian puolelta ohjaukseen osallistuu onkologian lääkäri ja hoitajat sekä poliklinikan puolella että myöhemmin päiväosaston puolella sytostaattihoidoita saataessa. Lisäksi rintahoitajat ovat tärkeä osa rintaleikatun potilaan ohjauksessa.

Potilasta ohjataan koko hoitoprosessin ajan monin eri tavoin. Kun potilas on lähtenyt kotiin leikkauksen jälkeen, hänellä on kolmen viikon kuluttua jälkitarkastus kirurgian vastaanotolla. Tällä käynnillä potilaalle voidaan kertoa mitä patologi on löytänyt näytteestä ja mitä hoitoja potilas tulee saamaan jatkossa. Lisäksi hän saa halutessaan tunnin mittaisia tukikeskusteluita onkologian poliklinikalla rintahoitajien kanssa.

Rintahoitajan kanssa potilas katsoo myös yhdessä leikkaushaavan paranemisen jälkeen hänelle sopivat silikoniproteesin ja rintaliivit. Rintahoitaja myös soittaa yleensä leikkauksen jälkeisen viikonlopun jälkeen kun potilas on kotiutunut ja kysyy mikä hänen vointinsa on ja onko jotain, mistä hän haluaisi kysyä tai keskustella. Rintahoitaja voi myös käydä tapaamassa potilasta onkologian päiväosastolla tapahtuvien sytostaattihoidojen aikana, mikäli potilas kokee siihen tarvetta. Sitä mukaa kun potilas menee hoitoprosessissa vaiheesta toiseen rintahoitajat antavat alustavan infon tulevasta potilaan hoitoon liittyen.

”No se seuraa sen mukaan kun potilas menee hoitoprosessissa vaiheesta toiseen. ja yritetään olla niinkun sitä seuraavaa vaihetta mukana tavallaan niinku kertomassa alustavasti että ei tarvitsisi olla pelokas, että mitä tapahtuu seuraavalla käynnillä.”

”Meillä on tämmönen niin sanottu mamma meetinki aina torstai-iltapäivisin ja siinä istuu kirurgi, patologi, röntgenlääkäri, onkologi, jompikumpi meistä rintahoitajista siinä sit keskustellaan, että mitä patologia on löytäny, riittääkö tämä leikkaus vai pitääkö leikata vielä lisää tai sitten että mitä jatkohoitoja vaaditaan.”

”Potilaat voivat tulla rintahoitajan vastaanotolle jos alkaa hoidot täällä niin me voidaan käydä tapaamassa potilasta että se yhteys pidetään mutta sen täytyy olla vähän potilaasta lähtevä koska eihän me voida soittaa kaikille yhtä monta kertaa, eihän kaikki kaipaakaan.”

Rintaleikatun potilaan ohjaukseen on olemassa monenlaisia tapoja ja apuvälineitä. Potilas saa rintahoitajien vastaanotolla syöpäyhdistyksen tukipaketin, lisäksi hoitajilla on erilaisia ohjelehtisiä aiheesta, joita potilaalle annetaan.

Aluksi potilaan ohjaus liittyy aika pitkälti haavanhoitoon, mitä potilas saa ja ei saa tehdä. Haavan parannuttua rintahoitajat järjestävät potilaalle rintaproteesin. Haastattelun mukaan rintahoitajat eivät oikeastaan puhu potilaiden kanssa seksuaalisuudesta vaan he ohjaavat tarvittaessa potilaat eteenpäin puhumaan seksuaalineuvojan kanssa. Rintahoitajat voivat keskustella potilaan kanssa seksuaalisuudesta, mikäli potilas sitä itse haluaa, mutta haastattelussa kävi ilmi, että potilaat eivät halua tai uskalla keskustella tästä aiheesta. Rintahoitajat keskustelevat potilaiden kanssa seksuaalisuutta sivuavista aiheista esimerkiksi limakalvojen kuivumisesta, mutta haastattelussa selvisi, että yleensä keskustelu ei jatku tästä pidemmälle.

”Mä oon nyt kaks vuotta ollu täällä töissä niin mä luulen että se on aivan yhden käden sormilla mitä potilaat on itse ottanu sitä keskusteluun ja tota niin sillonhan me keskustellaan tietenkin.”

”Me puhutaan joka potilaalle kuivien limakalvojen hoidosta koska se on tärkeätä, se ehkäsee virtsatieinfektioita mutta niin jos ei potilas mee siitä eteenpäin niin mekään ei mennä. ja tota niin et se on täällä ollu vähän niinku käytäntönä.”

”Tietenkin me annetaan sit ohjeita jos potilas pyytää niitä. mut me harvemmin otetaan ite oma-aloitteisesti puheeksi.”

8.2 Seksuaalineuvonnan toteutuminen ohjauksessa

Haastatteluista selvisi, että seksuaalineuvontaa on todella vähän rintahoitajien vastaanotolla. Hoitajat kertoivat, että aiheesta keskustelu rajoittuu melkein aina pelkästään kuivista limakalvoista ja niiden hoidosta kertomiseen. Seksuaalineuvonta tapahtuu neutraaleina palasina kokonaisuohjauksesta, joista potilas sitten voi tarpeen ja halunsa mukaan jatkaa itse aiheesta lisää puhumista. Aiheesta puhuminen tapahtuu potilaan tarpeen ja elämäntilanteen mukaan. Hoitaja

ei voi pakottaa potilasta puhumaan, mikäli potilas ei sitä itse halua. Toisaalta hoitajat sanoivat, että seksuaalineuvonta on asia, jota pitäisi parantaa. Mikäli potilas haluaa rintahoitajat voivat kehottaa potilasta ottamaan yhteyttä seksuaalineuvojaan.

”...toisaalta hoitaja ei voi pakottaa potilasta, että se pitää tavallaan viestiä ja olla se aloitteen ottaja kyllä.”

”Pyritään kyllä, että rakennetaan se semmosina neutraaleina palasina tähän kokonaisuohjaukseen, eli mainitaan ja kerrotaan ne yleisimmät, mutta sehän on potilaasta kiinni, mitä hän haluaa henkilötasolla paljastaa. Et yleisohjaukselta on kyllä aika helppo antaa. Mutta se että menee ihan potilaskohtaiseen ohjaukseen, niin mä luulen, että siinä on hankalampaa.”

”Kyllä mä kehotan ottamaan yhteyttä eteenpäin eli hakemaan apua just jonku seksuaaliterapeutin kautta ja kyllä ne on ollu ihan tyytyväisiä, mutta se on ollu tosi vähästä täällä.”

8.3 Kehonkuvan muuttuminen ja sen vaikutus ihmissuhteisiin

Haastatteluissa kävi ilmi, että monet potilaat kokevat rinnan menetyksen olevan suuri menetys varsinkin nuoremmille potilaille. Joidenkin potilaiden mielestä ei kuitenkaan ole pahinta menettää rinta vaan sytostaattihoidoista johtuva hiusten lähtö. Jotkut potilaat pohtivat, että he pystyvät menettävään rintansa mutta eivät hiuksiaan vaikka ne kasvavatkin takaisin.

Potilaat saattavat lisäksi kokea, että eivät ole samanarvoisia niiden kanssa, joilla on vielä molemmat rinnat. Tästä johtuen he eivät halua näyttäytyä ja välttävät esimerkiksi uimahalliin menoa.

Lisäksi rintaleikatut potilaat kokevat kehossaan fyysisiä muutoksia. Heidän kyntensä ja ihonsa käsissä sekä jaloissa saattaa olla arka ja haavainen. Laihtumista esiintyy erityisesti potilailla, jotka saavat pitempiaikaisia sytostaattihoidoja. Tämän lisäksi potilailla esiintyy hiusten lähtöä, väsymystä, nivelten oireilua, joka johtaa siihen, että potilaat eivät pääse kävelemään samalla lailla kuin aiemmin,

potilailla saattaa esiintyä myös neuropatiaoireita. Kuivat limakalvot ovat yleinen oire sytostaattihoidosta saavien potilaiden keskuudessa.

”no onhan se suuri menetys se, että rinta poistetaan varsinkin nuoremmalle naiselle”

”kyllä moni on kokenu sen niin, että he tuntevat tavallaan, että he eivät ole samanarvoisia.”

”jotkut vanhemmat potilaat sanoo, että se ei oo pahinta menettää rintansa vaan naisille on pahinta menettää hiuksensa”

Hoitajia haastatellessa kävi myös ilmi, että kun proteesien sovituksesta tehdään positiivinen tapahtuma, siihen varataan tarpeeksi aikaa, tuetaan sekä muistetaan kehua naista, lohduttaa potilaita sopeutumisprosessin aikana. Lisäksi tieto mahdollisuudesta rinnankorjausleikkaukseen tuo myös lohdutusta naisille. Kuitenkaan osa ei enää tähän leikkaukseen halua ryhtyä vaan he hyväksyvät oman uuden kehonkuvansa.

”kun sovitat proteesia et siitä tehdään positiivinen tapahtuma. se ei oo vaan yks kappale mitä otetaan hyllystä ja pannaan kassiin. vaan se pitää olla se et sä tuet sitä ja sä kehut tavallaan sitä naista ja annat niinku paljon aikaa siihen, et sä löydät sen joka istuu parhaiten”

”tota tää lohduttaa kyllä monia nää hyvät proteesit ja potilaat voi hakeutua rinnan korjausleikkaukseen”

Rinnanpoisto on monille potilaille traumaattinen kokemus. Varsinkin nuoremmille se on suuri trauma ja he saattavat haluta rakentaa uuden rinnan menetetyin tilalle. On kuitenkin yleistä että vielä vanhemmillekin ihmisille kokemus on traumaattinen, sillä ulkonäön merkitys on heillekin todella tärkeää.

Toiset potilaat eivät halua nähdä koko leikkausarpea vaan he sulkevat sen pois mielestään, toiset taas ovat realistisempia; parempi olla ilman toista rintaa, kuin että olisi kuollut. Lisäksi saatetaan pelätä sitä, että perhe-elämä kärsii ja mies

jättää. Tätäkin tapahtuu hoitajien mukaan aina toisinaan. Tämän riski on suurempi, mikäli mies ei millään tavalla osallistu hoitoprosessiin.

Toisaalta haastattelussa tuli myös toisenlainen mielipide, jonka mukaan osalla potilaista ei olisi ongelmia katsoa peiliin, vaan he hyväksyvät leikkausarven jo pian leikkauksen jälkeen. Haastatellun hoitajan mukaan hän on tavannut vain harvoja, joilla olisi vaikeuksia oman kehonkuvansa kanssa vielä pitkään leikkauksen jälkeen, mutta suurin osa hyväksyy uuden minäkuvansa jo pian rinnanpoiston myötä.

”Ne ensimmäiset, et ne halua nähdä, et ne niinku sulkee pois kokonaan sen, että sit on tietysti toiset jotka on erittäin niinku sanotaan realistisia ja toteaa, että kyllä minä näin voin elää, että parempi näin kuin, että olisi kuollut”

”kyl joku on sanonu täällä heti leikkauksen jälkeen, että kun tulee tänne ensimmäiseen kontrolliin kun sovittaa rintaproteesia niin on sanonu, että ajatteli, ettei leikkauksen jälkeen pysty katsomaan peiliin, mut et se meni hirveen äkkiä ohi”

”Oon mä pari tavannu, joilla on ollut tosi vaikeeta oman kehonkuvan kanssa vielä pitkän aikaa leikkauksen jälkeen, mutta niitä on tosi harvassa.”

8.4 Seksuaalisuuden ja ihmissuhteiden muutokset

Haastatteluissa selvisi, että itse rintaleikkaus ja syöpähoidot eivät vaikuta parisuhteeseen mikäli se on aiemmin ollut hyvä. Hoitajat kokevat, että mikäli parisuhde on päättynyt eroon hoitoprosessin aikana, on suhteessa ollut ongelmia jo ennen sairastumista.

Hoitajat kertoivat kuulleen potilailta, että sairastuminen vaikuttaa kuitenkin ystävyys-suhteisiin. Aluksi ystävät soittelevat paljon, mutta pikkuhiljaa soitot vähenevät. Hoitajat kokivat asian niin, että ystävät eivät uskalla olla mukana hoitojen aikana. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että yhteiskunnassa on tietynlaisia odotuksia syöpäsairaista ja sana syöpä kuulostaa negatiiviselta ihmisten korvaan.

Potilaiden odotetaan olevan ja näyttävän sairailta ja ihmiset saattavat yllättyä mikäli näin ei sitten olekaan.

Lisäksi on potilaita, jotka eivät halua kenenkään tietävän sairaudestaan vaan haluavat käydä hoitoprosessin ja sairastumisen yksin läpi. Tätäkin päätöstä hoitajien täytyy kunnioittaa, vaikka se koettiin välillä vaikeaksi.

”kyllä joskus kuulee, että mies on jättänyt, mutta se ei kyllä johdu sitten rinnasta, että siinä on kyllä suhde ollu ennen leikkaustakin huono”

”melkein ois pitänyt tuntea syyllisyyttä siitä, että miks mä en näytä riutuneelta. Että se on tiettyjä odotuksia, mitä ihmisillä on yhteiskunnassa syöpäpotilaasta.”

”toki on semmosiakin potilaita, jotka haluaa, että kukaan ei tiedä mistään mitään ja ne haluaa kantaa sen asian itse ja mennä sen itse läpi, ilman että he kertovat yhtään kenellekään. Ja sitäkin pitää kunnioittaa vaikka se on välillä vaikeaa.”

Hoitajat kokivat, että itse rinnanpoisto ei vaikuta seksuaaliseen kanssakäymiseen vaan koko hoitoprosessi. Enemmänkin sytostaattihoidot vaikuttivat tähän, sillä ne kuivattavat limakalvoja ja potilas voi olla väsyneempi ja huonovointisempi. Sytostaattihoidojen myötä kuukautiset voivat jäädä pois eli potilaalle tulee ennen aikainen menopaussi. Lisäksi pelko sairaudesta vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen. Yhdyntä saattaa olla myös kivuliasta kuivista limakalvoista johtuen.

Osa potilaista on kertonut hoitajille, että he eivät ota rintaproteesia pois yölläkään. Potilaat myös saattavat vältellä paikkoja, joissa he joutuvat olemaan alasti muiden joukossa ja näyttämään leikkausarpensa. Potilaat saattavat kokea lisäksi, että uimahallissa saatetaan suurin piirtein ajaa saunasta ulos, jos on uimapuku päällä, vaikka heillä olisikin syöpäyhdistykseltä saatu merkki uimapuvussaan.

”Kyllä se on enempi nää sytostaattihoidot, kun limakalvot on kuivat ja potilas voi olla enempi tällänen väsyneempi ja on huonovointisuutta ja pelkoa tästä sairaudesta”

”Kyllä se vaikuttaa, niin ja monet, mä oon tavannu potilaita, jotka sanoo, että ne ei ikinä riisu sitä proteesiliivejä yöllä ja äkkiä vetää sen yöpaidan sinne päälle.”

”Ne tykkää, että halut on häipyny ihan tai sitten, että limakalvot on niin kuivunu näitten lääkityksien takia.”

9 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan projektin tuloksia ja lopputulosta sekä projektin onnistumista. Lisäksi tässä luvussa mietitään projektin etenemistä ja sitä kohdanneita haasteita. Luvussa arvioidaan myös työn esisuunnitteluvaiheessa tehtyjen projektin vahvuuksien ja heikkouksien paikkansapitävyyttä. Luvussa arvioidaan lisäksi toiminnallisen projektin ja siihen kuuluvan potilasohjeen toteutusta. Lopuksi esitetään muutamia jatkotutkimusaiheita, joita olisi hyvä tutkia jatkossa lisää.

9.1 Projektin arviointi SWOT-analyysia käyttäen

Projektin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia kartoitettiin SWOT-analyysissa projektin esisuunnitteluvaiheessa. Projektin vahvuuksiksi tekijät määrittivät ison organisaation, jolle projekti tuotetaan, käytännössä on tarve potilasohjeelle, tuttu paikka sekä yhteistyö. Projektin heikkouksiksi arvioitiin yhteisen aikataulun sovittaminen projektin tekijöiden kesken, kansainvälisten lähteiden löytäminen sekä opiskelun ja projektin yhteensovittaminen. Mahdollisuuksiksi arvioitiin projektin tekeminen, sillä tämän projektin tekijöillä ei ole aiempaa kokemusta, aiheen kiinnostavuus ja potilasohjeen tarve, toimiva potilasohje, josta on suoraa apua rintasyöpäleikatuille potilaille sekä myöhemmässä vaiheessa mahdollisesti uusia projekteja valmiina sairaanhoitajana. Uhkina projektin tekijät arvioivat olevan se, että potilasohje ei tule käyttöön tai ei palvele käytäntöä, aikataulussa pysyminen muiden koulutehtävien ja harjoittelujen vuoksi, opinnäytetyön teon ajan rajallisuus, haastatteluajkojen sopiminen kohdeorganisaation kanssa sekä toimintasuunnitelman hyväksymisen viivästyminen.

Projektin tekijöiden mielenkiinto projektin aihetta kohtaan voidaan laskea yhdeksi projektin vahvuuksista. Oli mielenkiintoista etsiä lähdekirjallisuutta sekä projektin tekijät löysivät myös kansainvälisiä lähdekirjallisuuksia kiitettävästi aiheesta. Mielenkiinto projektia kohtaan säilyi koko projektin ajan, sillä tiedossa oli koko ajan, että lopullinen tuotos saattaa olla tärkeä monille ihmisille, jotka tulevat hoitoon rintasyöpäleikkauksen jälkeen onkologian poliklinikalle. Lisäksi projektin

aiheen ajankohtaisuus piti projektin tekijöiden mielenkiintoa yllä. Projektin tekijät löysivät paljon yhteistä aikaa projektin tekemisellä vaikka aluksi näytti siltä, että yhteistä aikaa ei niin paljon löytyisi. Opiskelun ja projektin yhteensovittaminen oli välillä hieman haastavaa käytännön harjoittelujen ja muiden koulutehtävien vuoksi, mutta niistäkin selvittiin aikatauluttamalla tehtäviä.

Projektin teon prosessin aikana opituista tiedoista on ollut paljon hyötyä jo tähän mennessä projektin tekijöille, esimerkiksi tiedonhaku prosessista opittua tietoa projektin tekijät ovat käyttäneet omassa työelämässään ja muissa koulutehtävissä. Projekti tarjoaa varmasti mahdollisuuden hyödyntää sitä kautta saatuja tietoja tulevaisuudessa työelämässä ja mahdollisissa jatko-opinnoissa.

Alustava suunnitelma aikatauluista ei projektin tekijöillä pitänyt vaan projektin valmistuminen siirtyi muutamalla kuukaudella. Toiminnallinen opinnäytetyö kuitenkin valmistui vuoden 2015 alussa sopivissa määrin ennen työn tekijöiden valmistumista. Opinnäytetyö esitettiin koulun esitysseminaarissa tammikuussa 2015.

Haastatteluajan siirtyivät kesän alusta kesän loppuun työntekijöiden lomien takia ja projektin tekijöiden toimintasuunnitelman hyväksymisen viivästymisen vuoksi. Kuitenkin haastattelut saatiin tehtyä hyvissä ajoin heti syyskuussa työntekijöiden lomien jälkeen ja kaikki haastattelut saatiin tehtyä viikon sisään toisistaan. Näin projektin tekijät pääsivät tekemään nopeasti sisällönanalyysiä. Lisäksi tekijät olivat kesällä tehneet työn kirjallista osuutta jo jonkin verran.

On vaikeaa vielä arvioida, kuinka potilasohjeen toimiminen käytännössä onnistuu. Tätä voisi arvioida myöhemmällä jatkotutkimuksella.

9.2 Projektin toteutuksen arviointi

Projekti toteutettiin yhteistyössä Vaasan keskussairaalan onkologian poliklinikan kanssa. Projektia ja siihen sisältyvää potilasohjetta pohdittiin toimintasuunnitelmaa laadittaessa sekä työn toteutusvaiheessa. Osaa alkuperäisestä toimintasuunnitelmasta muutettiin esisuunnitteluvaiheessa.

Potilasohjetta suunniteltiin haastattelujen aikana haastateltavien kanssa sekä lisäksi osastolla toimivan seksuaalineuvojan kanssa.

Onkologian poliklinikan osastonhoitajaan pidettiin yhteyttä sähköpostin välityksellä työtä suunniteltaessa ja sen edetessä. Lisäksi projektia suunniteltiin ja arvioitiin myös Vaasan ammattikorkeakoulussa pidetyissä väliseminaareissa ja henkilökohtaisissa ohjauskeskusteluissa projektin ohjaajan kanssa. Lisäksi projektin ohjaajaan pidettiin yhteyttä myös sähköpostin välityksellä.

Yhteydenpito onkologian poliklinikan kanssa olisi voinut olla tiiviimpää, mutta siihen ei projektin toteutusvaiheessa koettu tarvetta. Haastatteluissa saadut tiedot korvasivat projektin teon aikana muun yhteydenpidon tarpeen.

Laajan lähdetietouden ja haastatteluaineiston laajuuden pohjalta pystyttiin laatimaan potilasohje, joka vastasi työn tilaajan ja projektin tekijöiden odotuksia. Myös projektin tekijöiden suuntautuminen sisätautikirurgiseen hoitotyöhön auttoi tämän toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä.

9.3 Projektin luotettavuus ja eettisyys

Useasti tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetti kertoo tutkimuksessa saatujen tulosten toistettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan puolestaan, että tutkimuksessa on tutkittu luvattua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137.) Luotettavuutta parantaa laadullisen tutkimuksen toteutuksesta annetun selostuksen tarkkuus. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa vaaditaan tarkkuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Päivi Kankkunen ja Katri Vehviläinen-Julkunen (2013, 197) puhuvat uskottavuuden ja siirrettävyyden käsitteistä. Uskottavuus edellyttää tutkimuksen tuloksien kertomista siten, että lukija ymmärtää, kuinka tutkimuksen analysointi on tehty ja miten tämä on johtanut saatuihin tutkimustuloksiin. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyys kertoo, kuinka saadut tulokset pystytään siirtämään toiseen tutkimusympäristöön. Tutkimustulosten siirrettävyys varmistetaan kuvaamalla tarkasti tutkimuksen toteutuksen vaiheet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Projektin luotettavuutta lisää tarkka projektin suunnittelu sekä toteutusvaiheiden kuvaus. Projektissa perustellaan työn tarve sekä tuodaan julki työn vahvuudet ja heikkoudet.

Luotettavuutta lisää erilaiset käytetyt tietokannat, joista on etsitty tutkittua tietoa. Lisäksi projektissa on käytetty erilaisia pro graduja, väitöskirjoja sekä alan tutkittua kirjallisuutta. Saatua tietoa ollaan arvioitu hakuprosessin jokaisessa vaiheessa. Tiedon luotettavuutta ja sen käyttöarvoa lisää myös saadun tiedon tarkka kirjaaminen. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 32.) Luotettavuutta lisää myös se, että valmis työ tullaan lisäämään Theseukseen. Lisäksi projektia on arvioitu SWOT- analyysin avulla kartoittaen sen vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Luotettavuuden lisäämiseksi on pohdittu, miten kyseiset asiat saattavat vaikuttaa projektin tekoon.

Projektissa on tutkimuksen vaiheet, saadut tulokset sekä vahvuudet ja rajoitukset esitetty niin, että lukija ymmärtää ne. Lisäksi luotettavuutta lisää vahvistettavuus. Aiheesta on olemassa paljon tutkittua tietoa, jota on tässä projektissa hyödynnetty.

Molemmat projektin tekijät olivat paikalla haastattelutilanteissa. Tämä lisää luotettavuutta. Lisäksi haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla ja tuhottiin asianmukaisesti projektin tekemisen jälkeen.

Lisäksi projektin luotettavuutta lisää uskottavuus eli se, kuinka projektin tekijöiden persoonat ja päätelmät haastatteluista ovat vaikuttaneet työn tuloksiin. Tämä saattaa myös vähentää projektin luotettavuutta. Projektin tekijät ovat saattaneet ymmärtää jonkin asian erilailla, kuin haastateltava on omasta mielestään asian ilmaissut.

Projektin luotettavuutta vähentää se, että haastateltujen henkilöiden määrä oli liian pieni, että saataisiin tarkka tutkimustulos. Lisäksi haastatelluilla oli ristiriitaisia kokemuksia potilaiden kehonkuvan muutoksista työuransa ajalta.

Kummallakaan projektin tekijällä ei ole omakohtaista kokemusta aiheesta, joten projektin on rakennettu aivan alusta alkaen uutena asiana. Projekti olisi voinut saada eri tulokset, mikäli projektin olisi tehnyt esimerkiksi aiheeseen perehtynyt

seksuaaliterapeutti. Lisäksi projektin tekijät eivät saaneet ottaa tutkimuksen kohderyhmäkseen rintaleikattuja potilaita, joilta olisi voinut saada luotettavampaa tietoa aiheeseen liittyen. Tämä vähentää osittain tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavuutta vähentää myös projektin tekijöiden tuleminen sokeaksi omalle tekstilleen. Vaikka kuinka yrittää lukea ja arvioida tekstiään kriittisesti tekstissä on silti aina parantamisen varaa.

Tutkimuslupa opinnäytetyöhön haettiin ja saatiin medisiinisen klinikkaryhmän ylihoitajalta. Eettisenä kysymyksenä työ teossa on työn arka aihe. Koska projektin aihe on arka, eettisyys korostuu tässä työssä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 223.)

Aiemmat tutkimustulokset todistavat, että rintasyöpään sairastumisella ja sen hoidoilla on monia haitallisia vaikutuksia potilaiden seksuaalisuuteen (Greenwald & McCorkle 2008, 955-963; Tuinman, Hoekstra, Vidrine, Gritz, Slejfer, Flear & Hoekstra-Fleebbers 2010, 238-247). Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä ja jokaisella ihmisellä omanlaisensa. Se on lisäksi erittäin herkkää ja haavoittuvaa sekä hyvin yksityinen asia. (Hermanson 2012.) Riittävän seksuaalisuuteen liittyvän tiedonsaannin on tutkimuksissa todettu vähentävän pelkotiloja sekä lisäksi edesauttavan rintasyöpäpotilaiden seksuaalista eheytymistä (Park, Norris & Bober 2009, 74-77), joten projektin tekijät ajattelivat aiheen olevan tärkeä käsitellä. Aihetta pidettiin lisäksi eettisesti perusteltuna ja samalla projektin tekijät tiedostivat, että aihe on arka ja näin ollen itse potilaita ei millään tavalla haastateltu tässä projektissa vaan onkologian poliklinikan sairaanhoitajia. Kansainvälisiä tutkimuksia tästä aiheesta on saatavilla todella paljon, mutta kotimaisia tutkimuksia rintaleikattujen potilaiden seksuaalisuudesta on saatavilla vain muutamia.

Projekti tehtiin eettisesti luotettavalla tavalla; haastateltavat suostuivat vapaaehtoisesti haastatteluun ja sen nauhoitukseen, heidän anonymiteettinsä säilyi koko tutkimuksen ajan sekä opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen, vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja hävitettiin asianmukaisesti tutkimustulosten raportoimisen jälkeen. Lisäksi vastauksen säilytettiin erillisellä muistitikulla, jota

eivät päässeet katsomaan kuin projektin tekijät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 171–184.)

Tutkimustulosten oikeellisuuden maksimoimiseksi sekä väärin tulkintojen välttämiseksi haastatteluihin osallistui molemmat projektin tekijät. Yksilöhaastattelujen analysointiin osallistui samaten molemmat projektin tekijät.

Tätä projektityötä ohjasi muun muassa Helsingin julistus (1964), kansallinen lainsäädäntö ja hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat eettiset ohjeet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173). Eettisesti tehtävän tutkimuksen normien kantaäitinä voidaan pitää toisen maailmansodan jälkeen julkaistua Nürnbergin säännöstöä sekä lisäksi kansainvälistä ihmisoikeuksien julistusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 286). Tutkimusetiikan mukaan tutkijan täytyy pyrkiä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien mahdollisten riskien minimointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177).

Projektin tekijät olivat myös vapaita tieteen ulkopuolisista vaikuttavista seikoista tutkimusaiheen valintaan ja siihen, miten asiaa tutkitaan liittyen. Projektia ei esimerkiksi rahoita mikään ulkopuolinen taho. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

9.4 Jatkoprojektiaiheita

Seuraavat jatkotutkimusaiheet antavat lisätietoa sekä tukevat rintaleikattujen potilaiden hoitotyötä.

1. Seksuaaliterapeutin järjestämä täydennyskoulutus rintahoitajille
2. Tyytyväisyyskysely potilaiden ja läheisten tyytyväisyydestä seksuaalisuuteen liittyvään tiedonsaantiin ja ohjaukseen

LÄHTEET

Bildjuskin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta: Ammatillisiakohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki. Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa / Kirjapaja.

Body image and sexuality. The American journal of nursing. vol. 106 no. 3 32-28
Burns, N., Grove, S. 2001. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. 4. painos. Philadelphia. W.B. Saunders company.

Bono, P. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. 3. uud. painos. Ohjeita sinulle, joka saat syöpälääkehoitoa. Helsinki. Painotalo Redfina Oy.

Burt, J., Caelli K., Moore K & Anderson M. 2005. Radical prostatectomy: men`s experiences and postoperative needs. Journal of Clinical Nursing 14, 883-890.

Da Costa Vargens, M., Berterö, C. 2007. Living With Breast Cancer: Its Effect on the Life Situation and the Close Relationship of Women in Brazil. Cancer Nursing 30, 6, 471-478.

Darst EH. 2007. Sexuality and prostatectomy: nursing assessment and intervention. Urologic Nursing 27 (6) 534-541

Gilbert, E., Ussher JM., PerZ., J. 2010. Sexuality after breast cancer. Maturitas 66 (4) , 397-407.

Greenwald, H. P. & McCorkle, R. 2008. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. Journal of Women`s Health 17, 6, 955-963.

Hakulinen T. 2008. Rintasyövän epidemiologia. Teoksessa Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja- No 9,2008. Rintasyöpä. Toim. Javanainen M. & Immonen P. Syöpäsäätiö. Painotalo Miktor.

Hautamäki-Lamminen K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa, Tiedon tarpeet ja tiedonsaanti. Akateeminen väitöskirja Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Hautamäki-Lamminen K., Lipiäinen L., Åstedt-Kurki P., Lehto J. & Kellokumpu-Lehtinen P. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet. Tutkiva hoitotyö 3, 14- 21.

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P., Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Hoitotiede 20 (3), 151-165.

Hermanson, E. 2012. Seksuaalikasvatus. Terveyskirjasto. Viitattu 25.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00307

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.painos. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7.painos. Helsinki: Tammi.

Hordern AJ., Street AF. 2007. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *The Medical Journal of Australia* 186 (5) 224-227.

Hughes MK. 2009, Sexuality and Cancer. The Final frontier for nurses. *Oncology Nursing Forum* 36, s. 241- 246.

Huttunen, M. 2013. Seksuaalinen haluttomuus. *Terveyskirjasto*. Viitattu 12.1.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00493

Ilmonen T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa *Seksuaalisuus*. 43-47. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

J. & Hoekstra-Weebers J. E. H. M. 2010. Sexual function, depressive symptoms, and marital status in nonseminoma testicular cancer patients: a longitudinal study. Jahkola, T., Hietanen, H., Kuokkanen, H., Rosenberg, L. & Rautalahti, M. 2007. *Rinnankorjausleikkauksen käsikirja*. Helsinki. Syöpäjärjestöt.

Joensuu H. 2013. Rintasyövän yleisyys, ennuste, riskitekijät ja ehkäisy. Teoksessa *Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoito suositus*. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. Viitattu 19.6.2014 <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/9cdf6f389e5136b3dec4a75b42a9f9b/1389611829/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoitosuositus2013.pdf>

Joensuu, H. 2007. Hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa *Syöpätaudit*. 3. painos. Toim. Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L., Tenhunen, M. Helsinki. Duodecim.

Joensuu, H., Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. *Rintasyöpäpotilaan opas*. Helsinki. Redfina Oy.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen, *Acta Universitatis Oulunsis. D Medica* 937. Oulu.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6(4), 10-15.

Lampinen, M. & Matilainen, K. 2005. Potilaan voimavaroja tukeva kirjallinen ohjausmateriaali. Teoksessa *Potilasohjausta kehittämässä — innostusta ja*

innovaatioita. 49-50.Toim. Liimatainen, L., Hautala, P., Perko U. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Leino K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaansosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.Ojala, A. 2010. Sädehoito osana syövän hoitoa. 18-32. Teoksessa Jussila, A-L., Kangas, A. & Haltamo, M. Sädehoitotyö.

Leone, J. E. 2008. Predictors of Body Image Dissatisfaction Among Selected Adolescent Males. Southern Illinois University at Carbondale. Health Education.

National University Hospital 2002.Guidelines for Developing Written Patient Education Materials. Viitattu 5.1.2015. http://www.nuh.com.sg/healthinfo/guid_dev_PEM/guidelines.pdf

NORDCAN Association of the Nordic Cancer Registries. 2013. Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti Suomi –Rinta. Viitattu 17.12.2014 <http://www.dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?can-cer=180&country=246>

Opetushallitus. SWOT-analyysi. 2014. Viitattu 7.6.2014. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Palva, T. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2011. Rintasyöpöpotilaan opas. Suomen syöpöpotilaan ry. Redfina Oy.

Park, E. R., Norris, R. L. & Bober, S. L. 2009. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. The Cancer Journal 15, 1, 74–77. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. Painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Pellinen S. & Rosenberg-Ryhänen L. 2014. Rintasyöpöpotilaan opas. Suomen syöpöpotilaat ry. 3.painos. Redfina Oy

Pellinen, S, Rosenberg-Ryhänen, L, Palva, T. 2011. Rintasyöpöpotilaan opas 2011. Suomen syöpöpotilaat ry. 2. painos. Redfina Oy.

Pelusi J. 2006. Sexuality and body image: research on breast cancer survivors, documents altered body image and sexuality. The American journal of nursing. vol. 106 no. 3 32-28.

Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys. 2015. Neuvonta- ja tukipalvelut. Mammografiatutkimus. Viitattu 14.1.2015. <http://www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi/neuvonta-ja-tukipalvelut/mammografiatutkimus/>

Promama. 2014. Kehonkuva. Viitattu 11.11.2014 <http://www.promama.fi/fi/kehonkuva/kehonkuva>

- Psycho-Oncology 19, 238–247.
- RFSU. Seksi ja suhteet. 2015. Viitattu 6.1.2015.
<http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/>
- Rintasyöpä.fi. 2014. Rintasyövän oireet. Viitattu 20.12.2014.
<http://www.rintasyopa.fi/rintasyopa-oireet/>
- Rintasyöpä.fi. 2015. Hoitojen yleiset haittavaikutukset. Viitattu 12.1.2015.
<http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/hoitojen-haittavaikutukset/>
- Roberts, P. J. 2007. Kirurginen hoito. Teoksessa Syöpätaudit, 130-136. Toim. Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. 3. painos. Helsinki. Duodecim.
- Rosenberg L. 2007. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen syöpäpotilaat ry:n potilasopas. Mainostoimisto Contra Oy.
- Rosenberg L. 2010. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen syöpäpotilaat ry:n potilasopas. Mainostoimisto Contra Oy.
- Rosenberg L. 2010. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen syöpäpotilaat ry:n potilasopas. Mainostoimisto Contra Oy. Viitattu 12.1.2015
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/seksi/>
- Rosenberg L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa: D. Apter, L. Väisälä, K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 281-304.
- Rosenberg, L. 2015. Syöpäjärjestöt. Potilaat ja läheiset. Parisuhde ja seksuaalisuus. Seksi. Syöpäpotilaat ja seksi. viitattu 12.1.2015
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/seksi/>
- Ryttyläinen, K., & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki. Edita.
- Räisänen, H. 2007. Äitien minäkuva ja parisuhdetyytyväisyys: pitkittäistutkimus siirtymästä vanhemmuuteen. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Sheppard L. & Ely S. 2008. Breast cancer and sexuality. The Breast Journal vol. 14 no. 2, 176-181.
- Silfverberg, P. 1996. Ideasta projektiksi. Helsinki. Edita.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Kustannustoimisto Planpoint Oy. Työministeriö. Viitattu 17.12.2014.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Silfverberg, P. 2013. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Edita.

STM 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 17. Helsinki: STM.

Sudah M. 2013. Rintasyövän diagnostiikka. Teoksessa: Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. Viitattu 19.6.2014

Suomen mielenterveysseura. Ihmissuhteet. Parisuhde. 2015. Viitattu 10.1.2015. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/parisuhde/parisuhde-%E2%80%93vaiheesta-vaiheeseen>

Suomen Syöpäjärjestöt. 2008. Rintasyövän hoito. Viitattu 14.1.2015. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>

Suomen syöpäjärjestöt. 2013. Rintasyöpä. Viitattu 7.6.2014. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Suomen syöpärekisteri. 2014. Naisten uusien syöpätapausten vuosittain todettu määrä vuosina 1982-2009 ja ennustettu tapausmäärä vuoteen 2027 asti. Viitattu 7.6.2014. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/grafiikkaa-syopa-suomessa-2011-j-naisten-uusien-syopatausten-vu/>

Suomen syöpärekisteri. 2015. Joukkotarkastukset. Rintasyövän seulonta. Viitattu 12.1.2015. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/ammattilaisille/rintasyovan-seulonta/>

Syöpäjärjestöt. 2008. Rintasyövän hoito. Viitattu 12.1.2015 <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>

THL. 2014 a. Seulonnat. Rintasyövän seulonta. Viitattu 11.1.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/seulonnat/rintasyovan-seulonta>

THL. 2014 b. Seksuaalisuus puheeksi. Verkkodokumentti. Viitattu 14.1.2015. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/seksuaalisuus

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.

Tuinman, M. A., Hoekstra, H. J., Vidrine, D. J., Gritz, E. R., Slejfer, D. Th., Fleer, Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5 uud. painos. Helsinki. Tammi.

Vehmanen, L. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. 2012. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Viitattu 11.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

Venhola, M. & P, Brusila. 2006. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Suomen lääkäri-lehti. 45. 4703-4707. Viitattu 12.1.2015
<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL452006-venhola.pdf>

WHO. 2013. Breast cancer: prevention and control. Viitattu 14.1.2015.
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>

Vilka, H., Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus.

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Teoksessa Ovaska, S.; Aula, A.; Majaranta, P. Käytettävyytutkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos. 37-52.

Väestöliitto. 2014. Parisuhde. Parisuhteen lähtökohtia. Viitattu 28.12.2014.
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_lahtokohtia/

Väestöliitto. 2015 a. Seksuaalisuus. Tietoa seksuaalisuudesta. Hoitomuotojen vaikutus seksuaalisuuteen. 2015. Viitattu 12.1.2015
http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/aikuiset/ongelmia_haasteita_sairauksia/seksuaalisuus_seksi_ja_sairaudet/syopa_ja_seksuaalisuus/hoitomuotojen_vaikutus_seksuaali/

Väestöliitto. 2015 b. Seksuaalisuus. Tietoa seksuaalisuudesta. 2015. Viitattu 6.1.2015. <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

Liite 1. Saatekirje**SAATEKIRJE**

VAASA 14.4.2014

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme Vaasan keskussairaalalle opinnäytetyömme, jonka aiheena on rintaleikatun potilaan kehonkuvan muutos ja sen vaikutukset potilaan seksuaalisuuteen.

Tarkoituksenamme on toteuttaa opinnäytetyönä potilaslomake, jossa on hyödyllisiä Internet-sivuja sekä numeroita eri syöpäyhdistyksiin ja tukihenkilöille, joista rintaleikattu potilas voi etsiä tietoa ja tukea. Lisäksi lomakkeessa on tiivis tietopaketti seksuaalisuudesta leikkauksen jälkeen.

Haluaisimme tulla haastattelemaan Teitä ajatuksistanne tämän työn suhteen sekä tiedustelemaan Teidän ajatuksianne ja tarpeitanne tämän työn suhteen.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyön tuloksissa ei paljasteta kenenkään vastaajan tietoja.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Riitta Koskimäki Vaasan ammattikorkeakoulusta, puh. 040 011 3930, sposti. riitta.koskimaki@vamk.fi. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin

Laura Kalliomäki

Sanna Mäkelä

Liite 2. Haastattelurunko

Miten potilasta ohjataan preoperatiivisessa vaiheessa?

Kuka ohjaa rintaleikkauksen läpikäynyttä potilasta?

Missä vaiheessa rintaleikkaus prosessia potilasta ohjataan?

Miten rintaleikkauksen läpikäynyttä potilasta ohjataan (keskustelu, lehti, seksuaalineuvoja?)

Miten koette seksuaalineuvonnan toteutuvan rintaleikkauksen läpikäyneen potilaan ohjauksessa?

Mitä haluaisitte sisällyttää potilasohjeeseen?

Miten potilaat kokevat kehonkuvansa muuttuneen rintaleikkauksen jälkeen?

Millainen käsitys potilaille on omasta ulkonäöstään rintaleikkauksen jälkeen?

Vaikuttaako rintaleikkaus potilaiden läheisiin ihmissuhteisiin kuten parisuhteeseen?

Vaikuttaako rintaleikkaus yleensä potilaiden seksuaaliseen kanssakäymiseen? Jos vaikuttaa niin miten?

Liite 3. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi 1

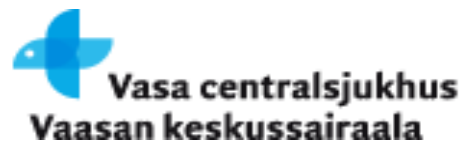
Miten rintaleikkauksen läpikäynyttä potilasta ohjataan?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”Kerrotaan sitten haavan hoidosta ja mitä saa tehdä ja mitä ei saa tehdä.”</p> <p>”Niin ne näyttää sitten että kuinka tää dreeni hoidetaan, kuinka se tyhjennetään ja antaa ihan paperille päivämäärän et koska se poistetaan.”</p>	<p>Haavanhoidosta kertominen</p> <p>Dreenin hoito-ohjeet</p>	Haavanhoito	Leikkaushaavan hoito	Potilaan kokonaisvaltainen ohjaus
<p>”Fysioterapeutti tulee myös tapaamaan potilasta ja kertoo nää, käy läpi nää liikkeet mitä niinku tehdään leikkauksen jälkeen.”</p>	<p>Fysioterapeutin kanssa liikkeiden läpikäynti</p>	Kuntoutus		
<p>”Ja kirurgi myös tukee ja tietysti on niinku empaattinen potilasta kohtaan.”</p> <p>”Mitä rintahoitaja tekee tän potilaan tukeminen.”</p> <p>”Potilas käy Leikolla ja juttelee hoitajan kanssa.”</p>	<p>Kirurgi tukee potilasta</p> <p>Rintahoitaja tukee</p> <p>Leikon hoitajan kanssa keskustelu</p>	<p>Potilaan tukeminen</p>	<p>Potilaan henkinen tukeminen</p>	
<p>”Et se on tarkoitus mulla, että rakennettais semmonen palvelu, että olis seksuaalineuvojan vastaanotto vaikka yks päivä viikossa.”</p>	<p>Seksuaalineuvojan vastaanoton rakentaminen</p>	Seksuaalineuvonta		
<p>”Mehän käydään aina, tuota niin tapaamassa potilasta leikkauksen jälkeen seuraavana aamuna, tai nyt kun on alkanu uutena tää päiväkirurginen, niin me käydään siellä tapaamassa.”</p>	<p>Rintahoitaja tapaa potilaan leikkauksen jälkeen</p>	Potilaan tapaaminen		

Liite 4. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi 2

Millainen käsitys potilailla on omasta ulkonäöstään rintaleikkauksen jälkeen?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”Yleensä nuoremmat naiset haluaa sitten, että rakentaa uuden rinnan ja vanhemmat naiset sanoo, että se ei oo enää heille tärkeitä.”</p> <p>”Kyllä meillä on niin paljon näitä lähempänä kahdeksankymmentäkin, joka on erittäin tärkeitä ulkonäöstään.”</p>	<p>Nuoremmat haluavat yleensä rakentaa uuden rinnan, vanhemmille ei enää niin tärkeää.</p> <p>Vanhemmille ulkonäkö myös tärkeä.</p>	Ulkonäön tärkeys	Ulkonäön muutos	Mielipide omasta ulkonäöstä muuttuu
<p>”Että ajatteli, ettei leikkauksen jälkeen pysty katsomaan peiliin, mut et se meni hirveen äkkiä ohi.”</p> <p>”Oon mä pari tavannu, joilla on ollut tosi vaikeeta oman kehonkuvan kanssa vielä pitkän aikaa leikkauksen jälkeen, mutta niitä on tosi harvassa.”</p> <p>”Toiset, jotka on erittäin niinku sanotaan realistisia, ja toteaa, että kyllä minä näin voin elää. Että parempi näin kuin, että olisi kuollut.”</p>	<p>Tunne ettei pysty katsomaan peiliin äkkiä ohi.</p> <p>Harvalla on vaikeaa oman kehonkuvan kanssa.</p> <p>Toiset realistisia, parempi kuin olisi kuollut.</p>	Ulkonäön hyväksyminen		
<p>”Kyllä moni on semmonen, että he eivät halua katsoa itseänsä peiliin.”</p> <p>”Totta kai se on nuorille ihan siis suuri trauma.”</p>	<p>Moni ei halua katsoa peiliin</p> <p>Nuorille suuri trauma</p>	Traumaattinen kokemus	Traumatisoivaa	

Liite 5. Potilasohje

RINTASYÖPÄ JA SEKSUAALISUUS

Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto Suomessa. Noin joka 9. nainen sairastuu siihen jossain vaiheessa elämäänsä. Lisäksi rintasyövän sairastuvuus on koko ajan kasvussa. Suomessa sekä muissa Pohjoismaissa rintasyövän ilmaantuvuus on maailman korkeimpia.

Kehittyneiden hoitokeinojen ja varhaisen toteamisen myötä rintasyövän ennuste on parantunut. Suomen syövänhoito on erittäin korkeatasoista kansainvälisesti tarkasteltuna. Viiden vuoden kuluttua syöpään sairastuneista on elossa noin yhdeksän kymmenestä.

Rintasyövän hoitoon käytetään kolmea eri menetelmää: leikkaushoitoa, sädehoitoa sekä lääkehoitoa, johon kuuluvat solunsalpaajat, hormonit sekä vasta-ainehoido. Useimmiten hoidoissa yhdistellään useampaa näistä hoitokeinoista.

Tavallisimmin rintasyövän hoito aloitetaan leikkauksella, jolloin syöpäkudos pyritään poistamaan rinnan sekä kainalon alueelta. Normaalisti pyritään rinnan säästävään leikkaukseen. Tarve leikkauksen jälkeisille hoidoille arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Rintasyöpä ja seksuaalisuus

Rintasyöpä ja sen hoidot herättävät monia naiseuteen ja seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Seksuaalisuus on laajasti ja voimakkaasti naisen elämään liittyvä peruskysymys, jonka jokainen toteuttaa ja kokee eri tavalla. Rinnan poisto, ulkonäön muuttuminen, hiusten lähtö tai muut muutokset hoidon aikana saattavat muuttaa naisen minäkuvaa ja luoda rikkinäisyyden tunnetta. Itsensä voi tuntea puolinaiseksi tai jopa rumaksi ja luotaantyöntäväksi. Jotain ehjistä itsestä, omasta naiseudesta voi tuntea olevan poissa. Tämän myötä seksuaalinen identiteetti voi joutua kokonaan uudesti tarkasteltavaksi. Alasti näyttäytymiseen, kosketukseen ja rakasteluun saattaa nousta korkea kynnyks. Sinulla on oikeus päättää, milloin, missä ja kenen kanssa haluat näistä tunteista ja vaikeuksista selviytyä ja nousta askel askeleelta ylöspäin. Sinulla on oikeus uuden kehonkuvan totutteluun ja tunteiden kokemiseen. Anna itsellesi aikaa ja rauhaa, mutta muista, että sairaus ei ole este uusille ihmissuhteille, rakkaudelle tai seksuaaliselle nautinnolle. Porras se voi olla, mutta täysin mahdollinen ylittää.

Se, miten kumppani suhtautuu minäkuvan ja kehonkuvan muutokseen rintasyövän myötä saattaa mietittyttää ja pelottaa. Kumppanin kanssa asiat kannattaa ottaa rohkeasti keskusteltavaksi ja käydä läpi molempien tunteet ja pelot. Seksuaalinen haluttomuus voi myös askarruttaa ja sen kokeminen on yleistä tässä vaikeassa elämäntilanteessa. Voimavaroja tarvitaan nyt muualla ja ajatus erotiikasta voi olla kaukana. Läheisyys, lämpö ja ihon kosketus voivat tuntua hyvältä haluttomuudesta huolimatta ja ne tukevat myös parisuhdetta, lohduttavat ja ovat keino kertoa rakkaudesta.

Apua on saatavilla

Rintasyöpään sairastuminen saattaa heikentää elämänlaatua sekä aiheuttaa erilaisia ongelmia niin parisuhteessa kuin seksuaalisuudessaakin. Myös masennusta saattaa ilmentyä. Mikäli koet vaikeana käsitellä yksin sairauden aiheuttamia tunteita, käänny rohkeasti hoitohenkilökunnan puoleen. He osaavat neuvoa Sinua seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä ja tarvittaessa ohjaavat Sinut erilaisten tukien sekä esimerkiksi seksuaaliterapeutin- tai neuvojan puoleen. Myös minäkuvan ongelmiin on saatavissa erilaisia apuja. Erilaiset terapiamuodot, kuten esimerkiksi psyko-, taide- sekä seksuaaliterapiat auttavat Sinua näissä ongelmissa.

Eri syöpäjärjestöt tarjoavat tukea, neuvoja ja lisätietoa omilla sivuillaan. Heillä on syöpään erikoistuneita sairaanhoitajia, joilta voit kysyä neuvoa puhelimen, sähköpostin tai Internetin välityksellä. Myös rintasyöpäpotilaiden omia keskustelupalstoja ja ryhmiä on olemassa. Myös vertaistuki antaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja antaa tukea tässä uudessa elämäntilanteessa.



ET OLE YKSIN!**Lisätietoa ja tukea löydät mm. seuraavilta Internet-sivuilta:**

Vaasan keskussairaala Onkologian poliklinikka (06) 2132910

Rintasyöpähoitajat (06) 213 2924

Pohjanmaan syöpäyhdistys
www.pohjanmaancancer.fi
puh. 010 843 6000

Suomen syöpäyhdistys
www.cancer.fi
puh. (09) 135 331

Suomen syöpäpotilaat
www.syopapotilaat.fi
puh. (09) 135 331

Europa Donna
www.europadonna.fi
puh. 040 147 0757

Sexpo
www.sexpo.fi
puh. 0800-90044

Väestöliitto
www.vaestoliitto.fi
seksuaalineuvonta
puh. 040 1679005

Valtakunnallinen neuvontapalvelu Syöpäyhteys
neuvonta@cancer.fi
puh. 0800 194 14

Facebook -ryhmät

Vaasan alueen nuoret siskot
vaasansiskot@mail.com
<https://facebook.com/groups/1396525280646837>

Siskot – matka, jolle kukaan ei halunnut
(pieni potilasryhmä, Siskopäivien järjestäjä)

sairaanhoitajaopiskelijat Laura Kalliomäki ja Sanna Mäkelä
Vaasan ammattikorkeakoulu
2015