



LAUREA

Sytostaattihoitoja saavien potilaiden
seksuaaliohjaus: systemaattinen
kirjallisuuskatsaus



Lappalainen, Tuula

2010 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Sytostaattihoitoja saavien potilaiden seksuaaliohjaus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tuula Lappalainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2010

Tuula Lappalainen

Sytostaattihoidoja saavien potilaiden seksuaaliohjaus: kirjallisuuskatsaus

Vuosi **2010** **Sivumäärä** **29**

Syövän merkitys on muuttunut hoitojen tehokkuuden vuoksi kuolemantuomiosta pitkäaikaissairaudeksi, jonka kanssa yhä useammat ihmiset elävät. Syövän hoitoon käytettävät sytostaattilääkeaineet heikentävät sairastuneiden elämänlaatua aiheuttamallaan haittavaikutuksilla, ja ne vaikuttavat vahvasti seksuaalisuuteen. Hoitotyössä sytostaattihoidojen haittoja seksuaalisuudelle voidaan helpottaa potilasohjauksen keinoin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koostaa työelämän toimijoille luotettavaa tietoa sytostaattihoidojen vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä tuoda näyttöä potilasohjauksen kehittämiseen. Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan kysymykseen: Mitä tuloksia on saatu tutkittaessa sytostaattihoidoja saavien potilaiden seksuaalisuuteen liittyvää potilasohjausta?

Aineisto haettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin suomalaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Aineistoksi valikoitui kymmenen englanninkielistä hoitotieteellistä julkaisua jotka käsittelevät sytostaattihoidojen vaikutuksia seksuaalisuuteen ja potilasohjausta seksuaalisuuden tukemisessa. Sytostaattihoidot vaikuttavat syöpäsolujen lisäksi elimistön nopeasti jakautuviin soluihin. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat hiusten ja ihokarvojen lähteminen, pahoinvointi, vatsan toiminnalliset häiriöt, neuropatia, limakalvojen ärsyntyminen ja haavaumat, immuniteetin heikkeneminen ja infektiot. Fyysisiä oireita seuraavat psyykkiset oireet kuten väsymys, masennus ja kehonkuvan muutokset. Sairastuminen ja hoitojen aiheuttamat muutokset vaikuttavat sairastuneen sosiaalisiin suhteisiin. Seksuaalisuuden käsittely potilasohjauksessa jää usein pinnalliseksi ja potilas kokee jäävänsä yksin ongelmiensa kanssa. Syitä ohjauksen pinnallisuuteen ovat hoitajien tiedon vähäisyys seksuaalisuudesta ja hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen, potilaan yksityisyyden kunnioittaminen välttämällä keskustelua seksuaalisuudesta, keskustelun avauksen jättäminen potilaalle, ajan puute, ohjausmateriaalin puute ja hoitajan henkilökohtainen asennoituminen seksuaalisuuteen. Koulutus, resursointi ja johtaminen ovat avainasemassa kehitettäessä seksuaaliohjausta.

Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheiksi tutkimuksen aineistosta nousi kaksi aihetta. Toinen aihe on hoitotieteen lähtökohtainen heteronormatiivisuus ja parisuhdenormatiivisuus seksuaalisuutta käsitellessä. Toinen aihe on seksuaaliohjaukseen kehitettyjen potilasohjausmallien tuominen käytännön hoitotyöhön.

Asiasanat Solunsalpaajat, seksuaalisuus, potilasneuvonta, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tuula Lappalainen

Sexual counselling of patients undergoing cytostatic drug therapy: systematic review

Year	2010	Pages	29
-------------	-------------	--------------	-----------

Cancer treatments have improved, reducing mortality, and thus made cancer a long-term illness with which an increasing number of people live. Cytostatic drugs used in the treatment negatively affect patient's quality of life and also their sexuality. In nursing practice, the negative effects on sexuality can be reduced by counselling. The aim of this bachelor thesis is to compose reliable knowledge about the effects of cytostatic drug treatments on sexuality and also give evidence for developing patient counselling. This paper tries to answer the following question: What have been the results in studies concerning sexual counselling of patients undergoing cytostatic drug therapies?

The material for this review was searched using Finnish and international databases. Ten published articles were selected as the material for this thesis. All articles discuss the effects of cytostatic drug therapies on sexuality and the methods of patient counselling on supporting sexuality. Cytostatic drugs have an effect on some of the body's healthy cells alongside cancer cells. The most common side-effects are alopecia, nausea, digestive dysfunction, neuropathy, mucositis, immunosuppression and infections. Psychological symptoms such as fatigue, depression and changes in self-image and body-image often occur due to physical changes. Life-threatening illness and intense treatments also impact the patient's social relations. During counselling discussion about sexuality is too often superficial and the patient feels left alone with the questions and problems he/she has. Lack of knowledge about sexual issues and the effects of the treatments on sexuality, avoiding discussion about sexuality in order to respect the patient's privacy, leaving the initiative for the discussion to the patient, lack of time and proper material, and the caregivers' personal attitudes toward sexuality are factors that lead to superficial counselling. Education, resourcing and governance are key factors in developing sexual counselling.

Two follow-up themes emerged from the material. The first theme is the heteronormative and relationshipnormative basis of the concept of sexuality in nursing. Another theme is bringing theoretical models into practice.

Keywords Cytostatics, sexuality, patient education, systematic literature review

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Tutkimuskysymys.....	6
3	Seksuaalisuus, potilasohjaus ja solunsalpaajat	6
3.1	Seksuaalisuuden historiaa ja psykologiaa	6
3.2	Potilasohjaus hoitotyön menetelmänä	8
3.2.1	Taustatietojen selvittäminen	8
3.2.2	Ohjausmenetelmät ja tavoitteiden asettaminen	9
3.3	Solunsalpaajien farmakodynamiikka ja fysiologiset haittavaikutukset	10
4	Tutkimusmenetelmät.....	11
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	11
4.2	Aineiston haku	12
5	Aineiston kuvaus ja arviointi	12
5.1	Aineiston haun kuvaus.....	12
5.2	Aineiston arviointia	13
6	Sytostaattihoidoja saavien potilaiden seksuaaliohjaus ja tulokset	14
6.1	Potilasohjauksen teoreettiset mallit	14
6.2	Seksuaalisuuden kartoittaminen.....	16
6.3	Ohjauksen tiedollinen sisältö	18
6.3.1	Syövän ja sen hoitojen aiheuttamat ongelmat seksuaalisuuteen naisilla ja miehillä	18
6.3.2	Solunsalpaajien psyykkiset ja sosiaaliset haittavaikutukset	21
6.4	Haasteita seksuaalisuuden käsittelyssä ohjauksessa	23
7	Pohdinta	24
	Lähteet	28

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on Pohjois-Karjalan keskussairaalan osasto 1G:n toimeksianto sytostaattihoitoja saavien potilaiden seksuaaliohjauksesta. Osastolla on käynnissä potilasohjaushanke, johon toimeksiantona toteutettava opinnäytetyö tuo lisää tietoa. Hankkeessa pyritään kehittämään aiemman ja ajantasaisen tiedon hyödyntämistä potilasohjauksessa, minkä vuoksi opinnäytetyö toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. (Hentunen-Varis 2008.)

Syöpähoidot ovat kehittyneet viime vuosien aikana radikaalisti. Syöpään sairastuneiden elinikä on noussut, ja syöpää on alettu pitää pitkäaikaissairautena (Hughes 2000, 477; Jenkins & Ashley 2002, 13). Syövän hoidossa kuitenkin keskitytään usein välittömiin elämää uhkaaviin ongelmiin ja helposti unohdetaan elämän laatuun vaikuttavat tekijät, kuten seksuaalisuus (Schwartz & Plawecki 2003, 1). Seksuaalisuus on tärkeä osa-alue elämänlaatua mitattaessa. Syöpään sairastuminen ja solunsalpaajahoidot aiheuttavat monia erilaisia ongelmia ja haasteita seksuaalisuuden toteutumiseen. Ongelmat voivat johtua niin fyysisistä, psyykkisistä kuin sosiaalisistakin tekijöistä. Hoitotyön keinoin on mahdollista vaikuttaa positiivisesti potilaan seksuaalisuuteen ja lieventää solunsalpaajien aiheuttamia haittoja. (Schwartz & Plawecki 2003, 1 - 2; Tierney 2004, 43.) Kun tähdätään kokonaisvaltaiseen potilaan elämänlaatua kohottavaan hoitotyöhön, on kehitystyöhön sitouduttava kaikilla organisaation tasoilla. Potilasohjaus ja seksuaalisuus tulee ottaa huomioon hoidon kehittämistä edistävissä hankkeissa, hoitotyön resursseja suunniteltaessa ja hoitotyön johtamisessa. (Schwartz & Plawecki 2003, 2.)

Seksuaalisuus on aihe, jonka käsitteleminen ja josta puhuminen rakentavasti on haasteellista niin hoitotyön ammattilaisille kuin potilaillekin (Wilmoth 2006, 905 - 906). Hoitotyön avuksi on kehitetty erilaisia malleja ja menetelmiä, joita voidaan käyttää työvälineenä seksuaalisuuden tukemisessa. Menetelmät pohjautuvat keskustelulle ja kommunikaatiolle hoitajan, potilaan ja mahdollisesti myös tämän kumppanin välillä. (Krebs 2006, 315; Tierney 2004, 45.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään potilasohjausta yksilöohjauksen näkökulmasta, ja esitellään lyhyesti kaksi tutkimusaineistosta esille tullutta potilasohjausmallia, ALARM- ja PLISSIT-mallit. Yksilöohjaus on valittu tämän työn kohteeksi, koska vuodeosastolla annettava ohjaus on pääsääntöisesti yksilöohjausta.

Kirjallisuuskatsauksen aineistosta nousi keskeisesti esille hoitotyön prosessimalli ja seksuaalisuuden sisällyttäminen hoidon tarpeiden määrittelyyn ja hoitotyön prosessiin. Tämän vuoksi työssä käsitellään potilasohjausta ja seksuaalisuuden tukemista prosessimallin viitekehyksessä. Prosessimalli on ajattelun apuväline hoitotyöhön, ja sen mukaisesti tapahtuu myös hoitotyön kirjaaminen. Prosessi jakaantuu kolmeen osaan: hoitotyön suunnitelmaan,

hoidon toteutukseen ja hoidon arviointiin. Hoitotyön suunnitelma voidaan jakaa vielä tiedon keräämiseen ja arviointiin, hoidon tarpeen arviointiin, tavoitteiden asettamiseen ja suunnitelman tekemiseen tavoitteiden toteutumiseksi. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6 - 9.)

2 Tutkimuskysymys

Tämän työn pääasiallisena tarkoituksena on palvella työelämää ja tarjota tutkimusnäyttöä sytostaattihoitoja saavien potilaiden seksuaalisuuteen liittyvästä ohjaamisesta Pohjois-Karjalan keskussairaalan osaston 1G hoitajille.

Tämän työn tutkimuskysymys on: mitä tuloksia on saatu tutkittaessa sytostaattihoitoja saavien potilaiden seksuaalisuuteen liittyvää potilasohjausta?

3 Seksuaalisuus, potilasohjaus ja solunsalpaajat

3.1 Seksuaalisuuden historiaa ja psykologiaa

Länsimainen ajattelu, Aristoteleen filosofia kaiken toiminnan luonnollisesta tehtävästä ja kristinusko ovat rajoittaneet seksuaalisuutta edellisten kahdentuhannen vuoden ajan. Aristoteleen mukaan seksuaalisuuden luonnollinen funktio on lisääntyminen ja kaikki muu seksuaalisuus on luonnotonta. Kristinusko on pyrkinyt rajoittamaan seksuaalisuutta, ja seksuaalisuutta ilmaiseva ihminen on nähty syntisenä ja heikkona. Monesti synnistä on ollut palkkana rovio. Pitkä tukahduttamisen ja kontrolloinnin historia heijastuu seksuaalisuuteen liittyvinä asenteina ja ennakkoluuloina vielä 2000-luvullakin. (Virtanen 2001, 28 - 34.) Apterin ym. (2006, 31 - 32) mukaan suomalaisten asenteet seksuaalisuutta kohtaan ovat muuttuneet vapaamielisemmiksi: esimerkiksi seksi tilapäissuhteissa on hyväksyttyä ja homoseksuaalisuus koetaan yksityisasiana, johon yhteiskunnan ei ole syytä puuttua.

Seksuaalisuudelle on olemassa monia erilaisia määritelmiä, ja sitä on vaikea rajata tarkasti. Seksuaalisuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Esimerkiksi biologia, lääketiede, käyttäytymistieteet, antropologia, sosiologia, teologia ja oikeustiede määrittelevät kaikki seksuaalisuuden eri tavoin painottaen eri osa-alueita. Biologisesta näkökulmasta seksuaalisuus palvelee lisääntymistä ja lajinkehitystä, lääketiede keskittyy toimintahäiriöihin ja niiden parantamiseen, antropologia ja sosiologia tutkivat seksuaalisuuden ilmenemistä yhteisöissä, teologia keskittyy moraaliin seikkoihin ja oikean ja väärän seksuaalisuuden määrittelemiseen ja oikeustiede tutkii myös oikeaa ja väärää seksuaalisuuden ilmenemistä lainsäädännön ja sanktioiden näkökulmasta. (Virtanen 2001, 21 - 23.)

Seksuaaliterveys on laaja käsite, johon sisältyy yksilön fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset aspektit. Käsite normaalista ja hyvästä seksuaalisuudesta on aina hyvin yksilöllinen, joten seksuaaliohjauksen tai -kasvatuksen tulisi aina lähteä potilaan tarpeista ja lähtökohdista. (Taylor & Davis 2006, 35.) Seksuaaliterveydellä käsitteenä on pitkä historia. Viime vuosisadan alussa seksuaaliterveys oli sukupuolitautien ehkäisyä ja hoitoa sekä poikkeavan seksuaalikäyttäytymisen diagnostiikkaa. Vuosisadan puolestavälistä alkaen kiinnostuksen kohteiksi nousi lisääntyminen ja sen säätelemisen mahdollisuudet ja 70-luvulta alkaen pohdittiin ”lisääntymisoikeuksia” eli naisten oikeutta saada abortti. Suomessa ryhdyttiin 80-luvulta lähtien edistämään äitien ja lasten terveyttä ja termi ”lisääntymisterveys” otettiin käyttöön. (Virtanen 2001, 11 - 12.) Useat eri tahot ovat nykypäivänä määritelleet seksuaaliterveyttä; yhteistä näille kaikille määritelmille on ajatus yksilön vapaudesta nauttia seksuaalisuudesta ilman pelkoa tai häpeää, ja ajatus seksuaalisuuden tuottaman nautinnon merkityksestä ihmisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille ja terveydelle. (Virtanen 2001, 12 - 14.) Seksologian maailmankongressi (World Association for Sexology) on tehnyt vuonna 1999 seksuaalioikeuksien julistuksen. Seksuaalioikeudet nähdään julistuksessa edellytyksenä yksilön ja yhteisöjen hyvinvoinnille. Julistuksessa erikseen mainitaan, että yksilöllä tulisi olla oikeus seksuaaliterveyden hoitopalveluihin kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa. (World Association for Sexology, 1999.)

Seksuaalinen reaktiosarja tarkoittaa seksin aikana tapahtuvia muutoksia elimistössä. Virtanen (2001) viittaa Mastersiin ja Johansonisiin jotka jakoivat seksuaalisen reaktiosarjan kiihottumiseen, tasannevaiheeseen, orgasmiin ja laukeamiseen. Apterin, Väisälän ja Kaimolan (2006, 33 - 34) mukaan seksuaalinen toimintakyky muodostuu halusta, kiihottumisesta ja nautinnon kokemisesta. Ongelmat toimintakyvyssä voivat johtua kaikkien näiden alueiden häiriöistä. Yleisimpiä ongelmia ovat haluttomuus tai halujen sovittaminen yhteen parisuhteessa, naisten vaikeus kokea orgasmeja ja kiihottumisongelmat molemmilla sukupuolilla.

Psykologian kehitysteorioiden mukaan jokainen aikuinen etsii niin kutsuttua kantarakkauden kokemusta seksuaalisista suhteistaan. Kantarakkauden eli primaarisen rakkauden kokemus syntyy äitinsä rintaa imevälle vauvalle. Rakkaudellisen seksin luonteeseen kuuluu aistillisuus; kosketus sekä ruumiillisella että henkisellä tasolla. Myös aistillisuuden kokemiseen on lapsuuden kokemuksilla vaikutusta - myönteisen ruumiillisen kosketuksen puute lapsuudessa voi vaikeuttaa kykyä nauttia kosketuksesta myös aikuisiällä, ja hylkäämisen kokemukset lapsuudessa voivat aiheuttaa läheisyyteen liittyviä pelkoja aikuisen seksuaalisissa suhteissa. Sosiaalinen ympäristö kasvattaa yksilöt häpeämään seksuaalisuuden avointa ilmaisemista. Häpeä on tietystä määrin hyödyllistä yhteiskunnan toimivuuden kannalta, mutta liiallinen häpeä voi aiheuttaa toiminta- ja kohdehäiriöitä. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 18.)

3.2 Potilasohjaus hoitotyön menetelmänä

Ohjaus on tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, joka tapahtuu hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa, johon sekä potilaan että hoitajan taustatekijät vaikuttavat (Kääriäinen 2007, 114; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25). Aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan sisältyvät tavoitteiden asettaminen ja aktiivisuuteen tukeminen. Ohjaussuhde voidaan käsittää kolmella eri tavalla: yhteistyösuhteena, valtasuhteena ja roolisuhteena. Yhteistyösuhteessa potilas ja hoitaja toimivat yhteistyössä yhteisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Valtasuhteessa hoitajalla käyttää asemaansa asettuen potilaan yläpuolelle. Roolisuhteessa potilas ja hoitaja käsittävät kyseessä olevan asian tiedollisesti ja elämyksellisesti eri tavoin. Vuorovaikutuksellisuuden puolestaan sisältyy kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö, ja potilaan ja hoitajan kontekstit muodostuvat fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä sekä muista ympäristötekijöistä. Ohjaussuhteen tulisi olla tasa-arvoinen suhde, jossa hoitaja ja potilas yhdessä hakevat parasta ratkaisua potilaan määrittämiin ongelmiin (Kääriäinen 2007, 110.) Hoitaja pyrkii aktiivisesti tukemaan potilaan valintoja ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Ohjauksessa hoitaja auttaa potilasta sairauteen ja terveyden edistämiseen liittyvässä ongelmanratkaisussa. Käytännössä potilasta autetaan huomaamaan mahdollisuuksiaan vaikuttaa elämäänsä ja häntä tuetaan päätöksissään. (Kyngäs ym. 2007, 41 - 42.)

3.2.1 Taustatietojen selvittäminen

Hoitotyötä suunnitellessa ja myös hoidon edetessä tulee kartoittaa potilaan taustatietoja ja alkutilannetta. Taustatietojen kartoittaminen varmistaa, että potilaalle voidaan tarjota yksilöllistä, hyvää hoitoa. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 7.) Seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulisi muistaa huomioida jo osana hoitotyön suunnitelmaa. Potilasohjauksen tulisi sisältää tietoa hoitojen aiheuttamista muutoksista, ja sairauteen tai hoitoihin liittyvistä virheellisistä myyteistä ja uskomuksista tulisi keskustella potilaan kanssa. (Kellokumpu-Lahtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 244.) Hoitajan tehtävä on yhdessä potilaan kanssa löytää ohjaustarpeet ja sen jälkeen etsiä vastauksia ja ratkaisuja potilaan tärkeiksi kokemiin ongelmiin (Kyngäs ym. 2007, 26 - 28).

Kyngäs ym. (2007, 47 - 49) nimeävät hyvän ohjauksen tunnuspiirteiksi potilaan taustatietojen ja odotusten kartoittamisen ohjauksen alussa, luottamuksellisuuden ja turvallisuuden takaamisen hoitajan puolelta, asiakkaan autonomian kunnioittamisen ja kiinnostuksen osoittamisen tämän asioita kohtaan, aktiivisen kuuntelemisen, ymmärtämisen, rohkaisun ja

toisen osapuolen odotusten ja toiveiden huomioon ottamisen. Lisäksi olennaista on, että potilas ja ohjaaja haluavat työskennellä yhdessä, heillä on yhtenevät odotukset ja tavoitteet, ja molemmat uskovat auttamisen mahdollisuuksiin.

Potilaan taustatekijöiden arvioiminen on oleellisen tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta. Esimerkiksi potilaan kyky hahmottaa kirjallista materiaalia tai vaikkapa mahdollinen keskittymishäiriö vaikuttavat ohjausmenetelmien valinnasta lähtien ohjauksen toteutumiseen. Seksuaalisuuden ollessa ohjauksen aiheena on erityisen tärkeä miettiä voiko potilaalla olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai muita taustatekijöitä jotka voivat aiheuttaa ongelmia seksuaaliohjauksen omaksumiseen. Hoitajan tulee myös arvioida, onko hänellä itsellään taustatekijöitä jotka haittaavat seksuaalisuuden käsittelyä potilaan kanssa. Seksuaalisuus on edelleen monille tabu, joten hoitajan tulisi pystyä herättämään luottamusta jotta potilas uskaltaa keskustella avoimesti seksuaalisuudesta. (Kynäs ym. 2007, 26 - 38.)

3.2.2 Ohjausmenetelmät ja tavoitteiden asettaminen

Ohjausta voidaan toteuttaa yksilölle tai ryhmille, ja ohjauskanavia on monenlaisia, esimerkiksi puhelinohjaus tai kasvokkain tapahtuva ohjaus. Yksilöohjaus mahdollistaa potilaan yksilöllisten tarpeiden arvioinnin ja siinä mahdollistuu suora ja välitön vuorovaikutus. Ryhmäohjauksen etuna on taas ryhmän antama vertaistuki ja ohjaukseen tarvittavan ajankäytön tehostuminen. Ohjausta voidaan tukea erilaisin materiaalein, kuten kirjallisilla ohje- ja tietolehtisillä tai internet-materiaaleilla. (Kynäs ym. 2007, 71 - 141.)

Yksilöohjauksessa hoitaja ja potilas miettivät taustatiedot huomioiden ohjauksen tavoitteet. Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, realistisia ja mitattavia, jotta niiden toteutuminen olisi mahdollista. Ne voivat olla potilaalle henkilökohtaisia tai objektiivisia tavoitteita. Objektiivinen tavoite on jokin objektiivisesti havaittavissa oleva tavoite, kuten painon pudotus, kun taas henkilökohtainen tavoite tarkoittaa joitain mitä vain potilas voi itse arvioida. Objektiivisten tavoitteiden toteutumisen arviointi on helpompaa kuin henkilökohtaisten tavoitteiden arviointi. (Kynäs ym. 2007, 75 - 76.)

Hoitaja auttaa potilasta selkeyttämään ajatuksiaan ja asettamaan realistisia tavoitteita. Ohjaus pohjautuu vuorovaikutukselle, jossa hoitaja peilaa potilaan kertomia asioita ja auttaa häntä näkemään asioita uudesta näkökulmasta. Ohjauksen ollessa aktiivista potilas aktivoituu pohtimaan ohjauksen sisältöjä ja osallistumaan hoitoon. Potilasta passivoivassa hoidossa hoitaja antaa tietoa potilaalle, mutta tämä ei välttämättä pysty hyödyntämään tietoa koska ei koe sen liittyvän omaan elämäänsä millään tavalla. Potilaan toimiessa aktiivisesti ja osallistuessa tavoitteiden asettamiseen on tavoitteisiin pääseminenkin todennäköisempää kuin passivoivassa ohjauksessa. Hoitajan taito kuunnella aktiivisesti potilasta ja houkutellessa tätä osallistumaan ohjaukseen on vuorovaikutuksellisen ohjauksen edellytys. Kuuntelemalla

potilasta, nostamalla hänen puheestaan olennaisia asioita ohjauksen sisällöksi ja asianmukaista palautetta antamalla saadaan potilas osallistumaan ohjaukseen ja sitoutumaan hoitoon. (Kygäs ym. 2007, 79 - 89.)

3.3 Solunsalpaajien farmakodynamiikka ja fysiologiset haittavaikutukset

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat syövän hoidossa käytettäviä lääkeaineita. Solunsalpaajat vaikuttavat eläviin soluihin ja erityisesti nopeasti jakautuviin soluihin eli syöpäsolujen ohella myös luuytimeen, limakalvoihin, hiusnystyihin ja sikiöön. Raskauden aikana solunsalpaajat voivat aiheuttaa keskenmenoja tai vakavia kehityshäiriöitä sikiölle. Solunsalpaajien terapeutinen leveys^{*} on kapea, ja tehokkaisiin hoitoihin liittyy sen vuoksi usein vaikeita haittavaikutuksia. (Elonen & Järviluoma 1998, 20, 83 - 85; Johansson 2010.) Sytostaatteja annetaan potilaalle suonensisäisenä infuusiona tai suun kautta nautittavana valmisteena. Suun kautta otettavien valmisteiden annostusta voidaan säätää haittavaikutusten mukaan niiden vähentämiseksi, kun taas lääkeinfuusioiden annosta ei voida yhtä herkästi muunnella. (Johansson 2010.) Solunsalpaajahoidon aiheuttamia haittavaikutuksia ovat muun muassa hiusten lähteminen ja ihomuutokset, luuytimen toiminnan heikkeneminen ja anemia, sisäelinvauriot, vartalon ääreisosien hermostovauriot joista aiheutuu tunnottomuutta ja kipua (neuropatia), ummetus, ripuli, pahoinvointi ja oksentelu, väsymys, kuukautisten loppuminen ja vaihdevuosien alkaminen (menopaussi), erektiohäiriöt, verenpaineen lasku, limakalvotulehdukset, seksuaalisen halun väheneminen ja elimistön vastustuskyvyn heikkeneminen ja sitä seuraavat mahdolliset infektiot. Haittavaikutusten ilmeneminen on yksilöllistä ja riippuu käytetystä lääkeaineesta, lääkkeen annostuksesta ja hoidon kestosta. (Elonen & Järviluoma 1998, 20, 83 - 85; Krebs 2006, 314; Tierney 2004, 44; Schwartz & Plawecki 2003, 2.)

Sytostaattihoidot ovat raskaita potilaille, ja henkinen väsyminen, muuttunut käsitys omasta kehosta, hylätyksi tulemisen pelko, itsetunnon heikkeneminen, seksuaalisen identiteetin muuttuminen ja huoli itsestä pahentavat näitä haittavaikutusten aiheuttamia ongelmia. Tieto hoidon parantavuudesta ja kokonaisvaltainen potilaan tukeminen auttavat jaksamista, jolloin hoidot voidaan paremmin toteuttaa. (Elonen & Järviluoma 1998, 20, 83 - 85; Krebs 2006, 313.) On myös hyvä muistaa ja kertoa potilaalle, että solunsalpaajien haittavaikutukset ovat ohimeneviä (NHS Choices, 2006).

* Terapeutinen leveys tarkoittaa lääkeaineen suurimman turvallisen ja pienimmän tehoavan annoksen välistä eroa

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan systemaattisesti ja kattavasti kansainvälisiä tutkimuksia, ja siinä pyritään koostamaan luotettavaa ja virheetöntä tietoa. Systemaattista kirjallisuuskatsausta käytetään apuna muun muassa hoitotieteessä, kun kehitetään näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Menetelmän tarkoituksena on koota ja tiivistää alkuperäistutkimusten tuottamaa tietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuottaa siis teoreettista tietoa, jolla hoitajat voivat perustella työnsä käytäntöjä ja joka johtaa mahdollisimman hyvään hoitoon. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2006, 118 - 120.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat seuraavat: tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, niiden valinta, laadun arviointi ja analysointi sekä tulosten esittäminen (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37). Kääriäinen ja Lahtinen (2006, 37) korostavat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen merkitystä uuden alkuperäistutkimuksen tarpeen määrittämiseen tai tarpeettomien lisätutkimusten käynnistymisen estämiseen. Tutkimusten haun tulee tapahtua monipuolisesti eri tietokannoista, ja tutkimukset tulee valita siten, että ne edustavat tasapuolisesti eri maissa vallitsevia tutkimusperinteitä. Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimus, joten siihen pätevät samat validiuden ja reliabiliteetin vaatimukset kuin muuhunkin tieteelliseen tutkimukseen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007; Lipp 2003, 90.)

Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimusongelma, jonka pohjalta rajataan lopulta kriteerit (facets) katsaukseen mukaan otettaville tutkimuksille (Lipp 2003, 91). Myös Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 39, 41) mukaan kirjallisuuskatsauksen aineiston rajaamista suunniteltaessa tulee määritellä sisäänottokriteerit. Lippin (2003, 91) mukaan sisäänottokriteereitä on kolme kappaletta ja ne ovat kohdejoukko, interventio ja tulokset. Kääriäinen ja Lahtinen (2006, 37) viittaavat Greeneriin ja Grimshawiin (1996) ja määrittelevät sisäänottokriteerit laajemmin; ne voivat sisältää muun muassa alkuperäistutkimusten lähtökohtia, käytettyjä menetelmiä, tutkimuskohteen, saatuja tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Jotta kirjallisuuskatsauksen tulokset olisivat luotettavia, tulee mukaan otettavien tutkimusten laatu arvioida ja hylätä huonolaatuiset tutkimukset. Laatu arvioidaan otsikoiden, tiivistelmien tai tarvittaessa koko tutkimusten lukemisen perusteella. (Kontio & Johansson 2007, 107; Lipp 2003, 90.) Kirjallisuuskatsauksen tulosten vääristymisen estämiseksi aineiston valintakriteerit määritellään ennen aineiston hakemista tai siihen perehtymistä. Jos kirjallisuuteen tutustuttaisiin ennen valintakriteerien määrittelyä, ne voisivat vääristyä nykytutkimuksen trendien mukaan. (Lipp 2003, 91.)

4.2 Aineiston haku

Tutkimukseen sisältyvien artikkeleiden ja tutkimusten haku suoritetaan sähköisistä tietokannoista. Hakuvaiheessa käytetään hyväksi informaation asiantuntemusta, jotta hausta muodostuisi mahdollisimman kattava. (Petticrew 2001; NHS Centre for reviews and dissemination 2001 Stage II, Phase 3, 4; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.). Lippin (2003, 94) mukaan tarkkoja hakusanoja on mahdotonta määritellä ennen haun toteuttamista, koska sen aikana voi tulla esille uusia termejä, jotka liittyvät olennaisesti aiheeseen.

Hakuvaiheessa tulee huomioida systemaattisen kieli- ja julkaisuharhan mahdollisuus. Kieliharha tarkoittaa sitä, että alkuperäistutkimuksia haettaessa mukaan otetaan ainoastaan tietyllä kielellä tai tietyillä kielillä julkaistuja tutkimuksia. Tällöin aineistosta jää pois näille kielille käännettäviä tutkimuksia, jotka voisivat sisältää olennaista aiheeseen liittyvää tietoa, jota muissa tutkimuksissa ei tule esille. Julkaisuharha puolestaan tarkoittaa sitä, että merkittäviä tuloksia saaneita tutkimuksia julkaistaan enemmän ja nopeammin kuin tutkimuksia, joiden tulokset eivät ole niin merkittäviä. Tämän vuoksi tutkimuksia tulee hakea myös julkaisemattomista lähteistä manuaalisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Kääriäinen ja Lahtinen (2006, 41) viittaavat Meadeen ja Richardsoniin (1997), Petticrew'hun (2001) sekä Khaniin, Kunziin, Kleijneniin ja Antesiin (2003) käsitellessään valikoitumisharhaa, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkija valitsee ainoastaan omalle työlleen edullisia tutkimuksia saatavilla olevasta aineistosta. Heidän mukaansa valikoitumisharha voidaan vähentää siten, että alkuperäistutkimusten valinnan tekee kaksi tutkijaa toisistaan riippumatta.

5 Aineiston kuvaus ja arviointi

5.1 Aineiston haun kuvaus

Aineiston haku tehtiin käyttäen seuraavia tietokantoja: Arto- ja Aleksin artikkeliviitetietokannat, Cinahl Ebsco, Linda ja Medic. Informaation asiantuntemusta hyödynnettiin aineiston haussa; koulutettu informaattikko oli opastamassa tietokantojen käytössä haun alkuvaiheessa.

Opinnäytetyön rajallisen laajuuden vuoksi aineisto haettiin elektronisista tietokannoista, ja opinnäytetyön tekijän kielitaidon rajallisuuden vuoksi aineiston kieleksi valittiin englanti ja suomi. Tutkimusten valitseminen katsaukseen tässä opinnäytetyössä tehtiin yhden henkilön arvioimana. Työn objektiivisuus ei ole siis kieli- julkaisu- ja valikoitumisharha huomioon ottaen täysin luotettavalla pohjalla.

Tämän kirjallisuuskatsauksen kohdejoukko on artikkelit, jotka käsittelevät solunsalpaajahoitoja saavien potilaiden potilasohjausta. Katsauksen aineistoksi valittavien tutkimusten tulee siis käsitellä solunsalpaajahoitoja saavien potilaiden seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta, ja tutkimusten tulosten tulee liittyä potilasohjauksen laatuun tai vaikuttavuuteen.

Haussa käytetyt termit olivat ”seksuaalisuus”, ”solunsalpaaja”, ”sytostaattihoidot”, ”potilasohjaus” sekä vastaavat englanninkieliset termit ”sexuality”, ”cytostatic”, ”patient education”. Kaikkia hakutermejä käyttämällä ei saatu yllättäen yhtäkään tulosta. Hakutermi ”solunsalpaaja” vaihdettiin termiksi ”syöpä”, ja haussa käytettiin kahta termiä kerrallaan, jonka jälkeen hakutuloksien määrä nousi. Hakuun tuli termin vaihdon myötä paljon tutkimuksia jotka käsitelivät yleisesti syöpäpotilaiden seksuaalisuutta. Hakutulokset käytiin läpi manuaalisesti ja kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset valittiin otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen perusteella.

5.2 Aineiston arviointia

Tässä työssä käytetyt tutkimukset ovat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähteet on julkaistu arvovaltaisissa kansainvälisissä hoitotieteellisissä julkaisuissa, kuten American Journal of Nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing ja Oncology Nursing Forum. Aineisto on kokonaan englanninkielinen, joten tulokset eivät ole suoraan sovitettavissa suomalaisen hoitotyön kontekstiin.

Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik ja Roman (2007) tutkivat 89:n yhdysvaltalaisen rintasyöpää sairastavan naisen elämänlaatua. Naisia haastateltiin hoitojen alussa, niiden puoleksavälissä ja kolme kuukautta hoitojen loppumisen jälkeen. Rintasyöpään hoidossa käytetään sekä solunsalpaajia että sädehoitoa. Costanzon ym. (2007) tutkimuksessa on kuitenkin eritelty eri hoitojen vaikutuksia elämänlaatuun, joten tutkimus sopii hyvin tämän opinnäytetyön aineistoksi. Broeckel, Thors, Jacobsen, Small ja Cox (2002) vertasivat 58 rintasyöpää sairastavan naisen ja 61 terveen naisen seksuaaliterveyttä. Syöpäsairaat naiset olivat käyneet läpi sytostaattihoidoja, ja niiden vaikutuksia seksuaalisuuteen arvioitiin tutkimuksessa potilaiden itsearviointin kautta.

Wilmoth (2006) kertoo laajasti tavoista joilla voi tukea syöpäpotilaiden seksuaalisuutta. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat pään ja kaulan alueen syöpää sairastavat potilaat. Tutkimus keskittyi potilasohjauksen menetelmien kartoittamiseen ja kehittämiseen, ja siten tutkimus sopii erinomaisesti tämän työn lähteeksi. Krebs (2006) käsittelee solunsalpaajien ja sädehoidon vaikutusta seksuaalisuuteen ja hoitotyön auttamismenetelmiä.

Solunsalpaajahoidon ja sädehoidon aiheuttamat ongelmat on eritelty, ja potilasohjausta kuvataan hoitotyön auttamismenetelmänä.

Tierneyn (2004) artikkelissa käsitellään luuytimen siirron läpikäyneiden potilaiden seksuaalisuutta. Tierney kuvaa syövän ja sen hoitojen aiheuttamia sosiaalisia, psyykkisiä ja fysiologisia muutoksia. Vaikka artikkelissa tutkittavana kohderyhmänä ovat luuytimensiirron läpikäyneet potilaat, se kuitenkin sopii tämän työn lähteeksi, koska luuytimen siirtoja edeltää aina voimakas solunsalpaajahoito. Molassiotisin ja Morrisin tutkimukseen osallistui 28 luuytimensiirron läpikäynyttä potilasta, jotka vastasivat elämänlaatua kartoittaviin kyselyihin, joissa seksuaalisuutta on käsitelty elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä.

Schwartz ja Plawewski (2003) kirjoittavat solunsalpaajahoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen keuhkosityöpää sairastavilla potilailla. Artikkelissa on osioita, jotka liittyvät keuhkosityövän aiheuttamiin erityisongelmiin seksuaalisuudessa. Sairauden ja hoitojen vaikutukset seksuaalisuuteen on eritelty toisistaan. Niitä ja hoitotyön menetelmiä käsitellään artikkelissa laajasti ja kattavasti. Hughesin (2000) ja Jenkinsin ja Ashleyyn (2002) artikkelit käsittelevät syövästä selviämistä ja seksuaalisuutta sekä menetelmiä, joilla hoitaja voi kartoittaa potilaan tilannetta ja tukea potilaan seksuaalisuutta. Kaikki edellä arvioidut tutkimukset soveltuvat ilman suurempia ongelmia kirjallisuuskatsauksen aineistoksi. Tämä on menetelmällisesti sisäänrakennettu piirre kirjallisuuskatsauksessa; heikkolaatuiset tai katsaukseen soveltumattomat tutkimukset karsiutuvat pois jo aineiston haun yhteydessä.

6 Sytostaattihoitoja saavien potilaiden seksuaaliohjaus ja tulokset

6.1 Potilasohjauksen teoreettiset mallit

Aineistossa esiteltiin kaksi seksuaalisuuden arviointiin ja tukemiseen kehitettyä potilasohjausmallia, Alarm ja PLISSIT. Alarmin avulla voidaan arvioida potilaan seksuaalisuutta ja sairaushistoriaa. Saadun tiedon avulla pyritään saamaan potilaan seksuaalinen toimintakyky mahdollisimman hyväksi. Pyrkimyksenä on myös auttaa potilasta tulemaan toimeen sairauden ja sen hoitojen seksuaalisuuteen ja lisääntymiskykyyn aiheuttamien muutosten kanssa. (Krebs 2006, 315.) Krebs (2006) ja Jenkins ja Ashley (2002) suosittelivat Alarmin käyttöä potilasohjauksessa. Mallin avulla saadaan yksityiskohtaista tietoa seksuaalisuudesta. Kysymykset on jaoteltu seuraavien vaiheiden mukaan: aktiivisuus (activity), libido (libido/desire), kiihottuminen (arousal), orgasmi (orgasm), tilanteen päätyminen tai rentoutuminen (resolution, release tai relaxation) ja sairaushistoria (medical history). (Jenkins & Ashley 2002, 13; Krebs 2006, 315.) Mallia seuraamalla saatua tietoa voidaan käyttää hoitotyön suunnittelussa, ja sen avulla saadaan seksuaalisuudessa mahdollisesti esiintyviä ongelmia monipuolisesti selville. Kysymysten yksityiskohtaisuuden

vuoksi on epätodennäköistä, että potilas toisi näitä asioita spontaanisti esille. Hoitajan aktiivinen rooli tietojen selvittelyssä on olennaista mallin toimimisen kannalta. (Jenkins & Ashley 2002, 13.)

Viidessä artikkelissa yhdeksästä (mm. Hughes 2000; Krebs 2006; Schwartz & Plawecki 2003; Tierney 2004; Taylor & Davis 2006) tuotiin esille PLISSIT-malli seksuaalisuuden kartoittamisen ja arvioinnin apuvälineenä. PLISSIT-mallin on kehittänyt J. S. Annon jo vuonna 1976, mutta se on edelleen käytössä ja sitä on myös kehitetty vastaamaan nykypäivän tarpeita. PLISSIT käsittelee potilasohjausta vuorovaikutuksellisenä prosessina. PLISSIT-malli koostuu neljästä osa-alueesta: luvan antaminen tai keskustelun avaus (permission-giving), tiedon antaminen (limited information), spesifit ratkaisut (specific suggestions) ja terapia (intensive therapy). (Hughes 2000, 480.) PLISSIT-mallista on kehitetty laajennettu versio ex-PLISSIT, jossa korostetaan seksuaalisuuden ilmaisemisen ja siitä keskustelemisen tekemistä luvalliseksi hoitajan taholta (permission-giving) (Taylor & Davis 2006, 36).

Seksuaaliohjauksessa keskustelun avaus on hoitajan vastuulla. PLISSIT-mallissa tämä on ensimmäinen vaihe ”permission giving” eli ”luvan antaminen”. Keskustelun avauksen tulee olla selkeä ja riittävän yksityiskohtainen siten että hoitaja selkeästi viittaa seksuaalisuuteen avauksessaan. Liian avoin kysymys, esimerkiksi ”Onko sinulla vielä jotain muuta kysyttävää?”, ei vielä anna potilaalle lupaa keskustella seksuaalisuudesta. Keskustelun avauksessa voi olla hyötyä potilaan aiemmin saamista kirjallisista ohjeista joissa on käsitelty seksuaalisuutta, koska ohjeista keskusteltaessa voi olla luontevaa ottaa myös seksuaalisuus aiheeksi. Toisaalta kirjallinen materiaali ei yksinään ole riittävä avaus, vaan aiheesta on keskusteltava jokaisen potilaan kanssa yksilöllisesti. (Taylor & Davis 2006, 35 - 37.)

Tiedon antamisen vaiheessa (”Limited information”) hoitajan tulee potilaan tiedon tarpeen perusteella pyrkiä vastaamaan tämän kysymyksiin. Tähän vaiheeseen kuuluu myös väärinkäsitysten ja myyttien purkaminen. Tietoa voidaan jakaa ohjelehtisten avulla, mutta henkilökohtaisen keskustelun avulla voidaan huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Spesifien ratkaisujen vaiheessa (”Specific suggestions”) etsitään ratkaisuja potilaan kohtaamiin ongelmiin. Tässä vaiheessa hoitaja voi hahmottaa seksuaalisuutta eri näkökulmista kokonaisvaltaisesti ja reflektoida potilaan kokemia ongelmia ja antaa uusia näkökulmia potilaalle. Viimeisenä vaiheena PLISSIT-mallissa on terapian järjestäminen tarvittaessa; esimerkiksi potilaan ohjaaminen seksuaaliterapeutin vastaanotolle. Hughes (2000, 481) esittää, että terapiavaiheeseen (”Intensive therapy”) kuuluu myös apuvälineiden tai lääkinnällisten vaihtoehtojen tarjoaminen seksuaalisuuden tueksi, kun taas Schwartz ja Plawecki (2003) sekä Tierney (2004) esittävät erikoissairaanhoidon ohjaamisen kuuluvan tähän vaiheeseen. PLISSIT-malli on prosessi joka toteutuu potilasohjauksen aikana ja jota

hoitaja voi käyttää apuvälineenä ohjauksen tueksi. Mallia käyttämällä ohjauksessa tulee esille hoitajan ja potilaan vuorovaikutus, avoimuus, tarvittavan tiedon jakaminen, yhteistyönä tapahtuva ongelmien ratkaisu ja moniammatillinen yhteistyö. (Taylor & Davis 2006, 35 - 37.)

6.2 Seksuaalisuuden kartoittaminen

Teoriaosiossa on kerrottu potilasohjauksen rakenteesta hoitotieteellisen teoriakirjallisuuden näkökulmasta. Potilasohjauksen ensimmäinen vaihe, taustatietojen selvittäminen, vastaa aineistosta esille nousutta ”taustatietojen kartoittamista” tai ”seksuaalisuuden kartoittamista”. Edellisessä kappaleessa esitelty Alarm-malli on apuväline taustatietojen kartoittamiseen. (Jenkins & Ashley 2002, 13.)

Tierney (2006) toteaa, että potilaan oma käsitys seksuaalisuudesta tulisi ottaa taustatietojen kartoituksessa huomioon; potilas siis osallistuu aktiivisesti ohjaukseen. Psykkisiä tekijöitä kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, itsetunnon ja kehonkuvan muutoksia ja mahdollisen hedelmättömyyden aiheuttamia tunteita tulisi arvioida, ja miettiä myös niiden osuutta seksuaalisuuden ongelmiin. (Tierney 2006, 45.) Potilaan ja hoitajan ikä, sukupuoli, uskonnollinen suuntautuminen, rotu, kulttuurinen tausta ja sosioekonominen asema vaikuttavat seksuaalisuudesta keskustelemisen helppouteen.

Schwartz ja Plawecki (2003, 2 - 3) toteavat, että seksuaalisuus voidaan kokea hoidon kannalta epäolennaisena asiana, ja kliinisessä hoitotyössä ja ohjauksessa keskitytään elämää uhkaavan sairauden hoitoon. Seksuaalisuus pitää siis suunnitelmallisesti nostaa yhdeksi potilasohjauksen aihealueista. Schwartz ja Plawecki (2003, 2 - 3), Wilmoth (2006) sekä Hughes (2000, 477) korostavat hoitajan roolia seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden esille nostamisessa ohjauksessa. Seksuaalisuuden huomioimisen hoidossa tulisi olla rutiininomaista hoitajille, ja seksuaalisuus tulisi sisällyttää ohjausprosessiin. Potilasohjaukselle tulisi varata aikaa hoitotyössä. Tällöin varmistettaisiin, että ohjauksessa ehditään käydä kaikkien potilaiden kanssa läpi solunsalpaajahoidojen vaikutusta ulkonäköön, itsetuntoon ja seksuaalisuuteen. (Schwartz & Plawecki 2003, 2 - 3.)

Tierney (2006, 45) toteaa, että potilaan on helpompi sopeutua sytostaattihoitojen tuomiin muutoksiin, jos hänen odotuksensa muutoksesta ovat realistisia. Tiedon jakaminen sytostaattihoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaalisuuden muutoksista keskusteleminen ennen sytostaattihoitojen alkamista auttaa potilasta sopeutumaan muuttuvaan tilanteeseen paremmin, kuin asioiden käsittely sytostaattihoitojen alkamisen

jälkeen. Erityisesti Hughes (200, 477) ja Wilmoth (2006, 907) korostavat ohjauksen vuorovaikutuksellista luonnetta ja hoitajan roolia avoimen keskustelun herättäjänä. Seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus tulisi aloittaa heti hoidon alussa, ja sitä tulisi jatkaa koko hoitosuhteen ajan. (Hughes 2000, 477.)

Potilaan taustatietoja kartoittaessa tulisi Schwartzin ja Plaweckin (2003, 3) mukaan selvittää ainakin potilaan mahdolliset huolenaiheet koskien seksuaalisuutta tai seksuaalista identiteettiä, potilaan tyytyväisyys ihmissuhteisiinsa sekä potilaan käyttämä ehkäisy menetelmä. Huolellisen arvioinnin jälkeen on helpompi miettiä ja valita keinoja, joilla seksuaalisuutta voidaan tukea. Koska seksuaalisuuteen ja sen ilmenemiseen vaikuttavat niin monet asiat, keinojen valitseminen ei ole kuitenkaan yksiselitteistä. Vakavasti sairastuneella ihmisellä voi olla sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia ongelmia, jotka kaikki voivat aiheuttaa eri tavoin ongelmia seksuaalisuuteen. (Tierney 2006, 45.) Schwartz ja Plawecki (2003, 4), Krebs (2006, 315) sekä Tierney (2006, 45) nostavat myös potilaan sosiaalisten taustatekijöiden kartoittamisen esille; potilaan ja hänen kumppaninsa välistä suhdetta pitäisi pyrkiä tukemaan. Heidän odotuksensa seksuaalisuudesta ja kykynsä keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olisi hyvä kartoittaa. Myös kumppanin psyykinen tila, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja epävarmuus tilanteesta voidaan arvioida. Kumppanin läsnäolo keskusteluissa tukee parin kommunikaatiota, ja auttaa kumppania tukemaan potilasta sairauden ja toipumisen aikana.

Keskusteluissa saadun tiedon lisäksi seksuaalisuudesta saadaan tietoa erilaisten tutkimusten ja arviointien avulla. Fysiologisista muutoksista, kuten hormonitasapainosta, saadaan helposti tietoa verikokeilla, ja naisille voidaan tehdä gynekologinen tutkimus lisätiedon saamiseksi. Myös muiden terveyteen vaikuttavien asioiden vaikutusta seksuaalisuuteen tulisi arvioida. Esimerkiksi kohonnut kolesteroli, kohonnut verenpaine, anemia, krooninen elinsiirteen hylkimisreaktio (graft-versus-host disease), käytössä olevat lääkkeet, väsymys, masennus ja muut vastaavanlaiset ongelmat voivat aiheuttaa ongelmia seksuaalisuuteen. (Tierney 2006, 45.)

Hoitajan omien taustatekijöiden arvioiminen (Kyngäs ym. 2007, 26 - 38) on tutkimuskirjallisuuden mukaan edellytys seksuaaliohjauksen onnistuneelle toteutumiselle. Vasta hoitajan luontevan asennoitumisen jälkeen voi vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde toteutua. Ennen ohjauksen alkamista hoitajan tulee siis jo miettiä ohjausta ja omaa suhtautumistaan aiheeseen. (Tierney 2006; Schwartz & Plawecki 2003; Hughes 2000; Krebs 2006.)

Hyvä tapa aloittaa keskustelu aiheesta on esimerkiksi kysyä, onko seksuaalisessa aktiivisuudessa tapahtunut muutoksia sairastumisen ja hoidon aloittamisen jälkeen. Pelkästään seksuaalisuudessa tapahtuneiden mahdollisten muutosten kysymisellä saadaan aikaan monia hyviä asioita. Kysyminen antaa luvan potilaan seksuaalisuuden ja seksuaalisuudessa mahdollisesti ilmenevien ongelmien olemassaololle, se avaa tietä tulevalle keskustelulle hoidon jatkuessa ja ilmaisee potilaalle, että tämä voi kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen, jos tarvetta asiantuntijatiedolle ilmenee. (Tierney 2006, 45.) Keskustelu voidaan saada alkuun myös antamalla potilaalle kirjallista materiaalia seksuaalisuudesta. Potilasta pyydetään tutustumaan materiaaliin ja tuomaan esille materiaalin pohjalta herääviä kysymyksiä. (Schwartz & Plawecki 2003, 3.)

Krebs (2006, 315) toteaa, että käytyjä ohjauskeskusteluja tulee seurata ja arvioida ja tarvittaessa tarjota muidenkin terveydenhuollon tahojen palveluita. Menetelmiä, joilla ohjausta voi arvioida, ei artikkelissa tuoda kuitenkaan esille. Yleisesti ottaen aineistossa oli niukasti tuotu esille potilasohjauksen arviointia, ja keskitytty enemmän ohjauksen tiedolliseen sisältöön. Myöskään aineistossa esitellyt potilasohjauksen mallit eivät sisällä ohjauksen arviointivaihetta. (Hughes 2000; Krebs 2006; Schwartz & Plawecki 2003; Tierney 2004; Taylor & Davis 2006)

6.3 Ohjauksen tiedollinen sisältö

6.3.1 Syövän ja sen hoitojen aiheuttamat ongelmat seksuaalisuuteen naisilla ja miehillä

Krebsin (2006, 313) mukaan ihmisen kokemus seksuaalisuudesta muodostuu kolmesta ulottuvuudesta: kehonkuvasta, lisääntymiskyvystä ja seksuaalisesta toimintakyvystä. Lisääntymiskyky on näistä ulottuvuuksista eniten sidoksissa pelkkään fysiologiaan. Muut ulottuvuudet voivat muuttua, ja niissä voi ilmetä ongelmia sekä psyykkisten, sosiaalisten että fysiologisten kriisien seurauksena. (Krebs 2006, 313.)

Tierney (2004), Hughes (2000) ja Jenkins ja Ashley (2002) kuvaavat prosessia, jota he kutsuvat nimellä ”sexual response cycle” (käytän termiä ”seksuaalinen vastekehä”, vapaa suomennos), joka muodostuu lähes samoista elementeistä kuin Apterin, Väisälän ja Kaimolan toimintakyvyn kuvaus. Kehässä on neljä vaihetta; halu, kiihottuminen, orgasmi ja tilanteen purkautuminen (resolution). Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä näiden tekijöiden väliset monimutkaiset suhteet vaikuttavat seksuaalisuuden ilmenemiseen jokaisessa kehän vaiheessa. Ikä, kulttuuri, sosiaaliset normit, yksilön kokemukset ja kumppani ovat konkreettisia esimerkkejä näistä eri tekijöistä, jotka vaikuttavat seksuaalisuuteen. Solunsalpaajat voivat aiheuttaa ongelmia ”seksuaalisen vastekehän” kaikkiin vaiheisiin

fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten haittavaikutusten kautta.

Syöpään sairastuminen aiheuttaa usein ongelmia seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen toimintakykyyn. Ongelmat ovat yleensä syöpäkasvaimen varsinaisen kasvamisen, sytostaattihoidojen tai psyykkisten syöpään sairastumisen ja sen hoidon herättämien tunteiden aiheuttamia. Kehonkuvan ja itsetunnon muutokset, solunsalpaajien haittavaikutukset ja seksuaalisen halun väheneminen aiheuttavat seksuaalisen toimintakyvyn häiriöitä. (Krebs 2006, 313.) Solunsalpaajien haittavaikutukset voivat olla siis fyysisiä, psyykkisiä tai toiminnallisia (Schwartz & Plawecki 2003, 1). Yksilölle aiheutuvat haittavaikutukset voivat heijastua myös sosiaalisiin suhteisiin. Naiset menettävät useammin kiinnostuksen seksiin, kun taas miehillä on useammin ongelmia potenssin kanssa. (Hughes 2000, 477.)

Costanzo ym. (2007, 1625) toteavat, että rintasyöpään sairastuneiden naisten elämänlaatu ei syöpähoitojen aikana juurikaan poikkea muiden naisten elämänlaadusta. Eniten elämänlaatua heikentäviä tekijöitä olivat pitkittyvät hoidot, hoitojen sivuvaikutukset ja pelko syövän uusiutumisesta. Myös kontaktien vähäisyys hoitohenkilökuntaan aiheutti elämänlaadun heikentymistä, koska potilaat kokivat jäävänsä yksin sairauden kanssa. Hoitajakson jälkeinen ”normaaliin elämään” palaaminen aiheutti paljon stressiä naisille; tutkijoiden mukaan tämä voi kertoa siitä, että naisilla oli epärealistisia käsityksiä syövästä ja syöpähoidoista toipumisesta, ja että paremmin suunnitellulla potilasohjauksella olisi voitu helpottaa normaaliin elämään palaamista. (Costanzo ym. 2007, 1625.)

Sytostaattihoidojen vaikutukset seksuaalisuuteen riippuvat seuraavista asioista: käytetty lääke, lääkkeen annos, hoidon kesto, potilaan ikä ja sukupuoli, hoidosta kulunut aika, lääkeyhdistelmä ja sivuvaikutusten hoitoon käytetyt menetelmät. Monet lääkkeet, joita käytetään solunsalpaajien haittavaikutusten hoidossa lisäävät riskiä seksuaalisiin toimintahäiriöihin. (Krebs 2006, 313.) Seksuaalisuuteen vaikuttavia aineita ovat muun muassa hormonivalmisteet, uni- ja nukahtamislääkkeet, useat eri psyykenlääkkeet, antihistamiinit, pahoinvoinnin estolääkkeet, verenpainelääkkeet, stimuloivat aineet, hallusinogeenit, huumausaineet ja nikotiini (Hughes 2000, 480).

Solunsalpaajat aiheuttavat vaurioita sukupuolirauhasiin sekä sukupuolihormonien säätelyjärjestelmään. Näiden vaurioiden taso riippuu potilaan iästä, käytetystä solunsalpaajasta ja sen annoksesta. Erityisesti alkyloivat solunsalpaajat ovat vahingollisia hedelmällisyydelle. (Tierney 2004, 44.) Tierney (2004, 44) toteaa, että naisilla solunsalpaajahoidoilla vahingoittaa jakautuvia ja levossa olevia munasoluja. Tämä vähentää sukupuolihormonien eritystä munasarjoista ja siten vähentää hypotalamuksen ja aivolisäkkeen saamaa negatiivista palautetta. Palautteen vähenemisen vuoksi follikkelia stimuloivan

hormonin (FSH) ja luteinisoivan hormonin (LH) määrät kohoavat ja estradiolipitoisuus pienenee. Hormonaaliset muutokset johtavat hedelmättömyyteen ja menopaussin nopeaan ja rajoireiseen alkamiseen. Menopaussin oireita ovat kuumat aallot, yöhikoilu, unettomuus, mielialan vaihtelu, ärsyntyneisyys, masennus, emättimen kuivuminen, emättimen limakalvojen atrofia ja fibroosi, emättimen kuivumisesta johtuvat yhdyntäkivut, kutina, urogenitaaliset oireet, muutokset ulkonäössä ja kognitiivisissa toiminnoissa.

Miehillä solunsalpaajahoito vähentää sukupuolihormonien eritystä, joka johtaa hypotalamuksen ja aivolisäkkeen saaman negatiivisen palautteen vähenemiseen. Tämä nähdään FSH:n nousuna. Solunsalpaajahoito voi annoksesta riippuen vaurioittaa myös siementiehyitä ja ituepiteeliä, jonka itusoluista siittiöt kehittyvät. Tämä johtaa siittiöiden vähenemiseen, hedelmättömyyteen ja kivesten atrofiaan. Kivesten vauriot johtavat hormonimuutoksiin: FSH nousee, LH voi olla hieman koholla, testosteronin tuottaminen vähenee ja vapaan testosteronin määrä on alhainen. Testosteronin määrän väheneminen voi aiheuttaa libidon heikkenemistä ja erektiohäiriöitä. Myös vartalon ääreisosiin neuropatiaa aiheuttavat solunsalpaajat voivat aiheuttaa erektiohäiriöitä. (Tierney 2004, 44.)

Schwartz ja Plawewski (2003, 2 - 3), Broeckel ym. (2002, 244 - 245) sekä Molassiotis ja Morris (1999) totesivat kaikki sytostaattihoidoista johtuvan väsymyksen vaikuttavan heikentävästi seksuaalisuuteen. Broeckel ym. kertovat, että verrattuna terveisiin naisiin sytostaattihoidoita saaneet naiset kokivat enemmän seksuaalista haluttomuutta, vaikeuksia rentoutumisessa ja seksistä nauttimisessa, kiihottumisvaikeuksia ja vaikeuksia saada orgasmi. Suurimmaksi toiminnalliseksi ongelmaksi sytostaattihoidoita saaneilla naisilla nousi emättimen kuivuus. 35 % sytostaattihoidoita saaneista naisista ilmoitti kokevansa seksuaalista haluttomuutta, kun taas terveistä naisista 13 % koki haluttomuutta. Sytostaattihoidoita saaneista 22 % koki vaikeuksia rentoutua ja nauttia seksistä, 28 %:lla oli kiihottumisvaikeuksia ja 22 %:lla ongelmia orgasmin saamisessa. Vastaavat luvut terveillä naisilla olivat seuraavanlaisia: 8 %:lla rentoutumisongelmia, 10 %:lla kiihottumisongelmia ja 7 % ongelmia orgasmin saamisessa. Ongelmat seksuaalisuudessa korreloivat väsymykseen, depression, kuumiin aaltoihin ja emättimen kuivuuteen. (Broeckel ym. 2002, 244 - 245.)

Molassiotisin ja Morrisin (1999) mukaan luuydinsiirron läpikäyneet potilaat kokivat hoitojen vaikuttaneen seksuaalisuuteen. Eniten päivittäiseen elämään vaikuttava oire oli väsymys. Elämänlaatu ei kokonaan romahtanut näillä potilailla, mutta sytostaattihoidoilla oli kuitenkin selkeä vaikutus elämänlaatuun. Hoitotyön keinoin pystytään vaikuttamaan kohentavasti potilaiden elämänlaatuun. Tutkijat analysoivat vastaukset SPSS:n avulla. Kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat solunsalpaajahoitoja. Yli puolella (53,6%) potilaista oli ongelmia raskaiden päivittäisten toimintojen suorittamisessa, mutta vain 7,1 % potilaista tarvitsi apua intiimeissä toiminnoissa. 28,6 % potilaista koki selkeää laskua seksuaalisessa aktiivisuudessa, ja potilaista

neljä (14,3 %) oli kokonaan lopettanut seksuaalisen kanssakäymisen.

Schwartz ja Plawecki kertovat, että väsymyksen vuoksi kiinnostus, innostus ja halu emotionaalisesti ja fyysisesti rasittavaan seksuaalisuuden toteuttamiseen voi vähentyä. Väsymyksen ohella he tuovat esille muita seksuaalisuuteen vaikuttavia hättävää vaikutuksia; neuropatiat heikentävät tuntoaistia ja voivat aiheuttaa erilaisia kipu- tai pistelyaistimuksia, jotka voivat vaikuttaa seksuaaliseen aktiivisuuteen. Solunsalpaajahoitojen aiheuttama immuunijärjestelmän heikkeneminen aiheuttaa tulehdusriskin. Tulehdusriskin vuoksi potilaiden tulisi välttää yhdyntöjä immuunijärjestelmän ollessa heikoimmillaan. (Schwartz & Plawecki 2003, 2 - 3.)

Schwartz ja Plawecki (2003, 4) esittävät keinoja joilla sytostaattien aiheuttamia hättävää vaikutuksia seksuaalisuuteen voidaan lieventää. Pahoinvointia voi ehkäistä ottamalla pahoinvointilääkkeen juuri ennen seksuaalista aktiviteettia. Kevyt välipala ja alkoholin välttäminen voi helpottaa myös pahoinvointia. Vahvojen tuoksujen käyttämistä (hajuvesi, tuoksukynttilät tms.) tulisi välttää koska tuoksut voivat laukaista pahoinvoinnin. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen vaikuttaa seksuaalisuuteen. Säännöllinen ja kevyt aerobinen harjoittelu edistää jaksamista. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi kävely, uinti ja pyöräily, 3 - 5 kertaa viikossa 15 - 30 minuuttia kestävinä suorituksina. Aliravitsemus vaikuttaa myös jaksamiseen. Ravitsemustilaa voi parantaa ravintovalmisteilla sekä syömällä pieniä aterioita usein pahoinvoinnin ehkäisemiseksi ja ruokahalun ylläpitämiseksi. Unta ja lepoa voi edistää rentoutumistekniikoilla. Itsetunnon ja minäkuvan vahvistaminen auttaa potilasta nauttimaan seksuaalisuudesta. Ulkonäöstä huolehtiminen voi edistää positiivista minäkuvaa.

6.3.2 Solunsalpaajien psyykkiset ja sosiaaliset hättävää vaikutukset

Masennus on yleistä syöpään sairastuneilla solunsalpaajahoitoja saavilla potilailla. Masennus vähentää yksilön kiinnostusta ulkomaailman asioihin ja voi aiheuttaa eristyneisyyden tunnetta. Tällaisessa tilanteessa oleva ihminen ei tunne kiinnostusta kanssakäymiseen muiden ihmisten, mukaan lukien kumppanin, kanssa. Tämä ymmärrettävästi vähentää myös seksuaalista aktiivisuutta. (Schwartz & Plawecki 2003, 3.) Syöpäpotilaiden masennus on alidiagnosoitua, minkä vuoksi se jää usein hoitamatta (Hughes 2000, 480). Masennusta voidaan hoitaa psykoterapialla ja lääkityksellä, ja masennuksen hoito edistää potilaiden hyvinvointia. Masennuslääkitys voi vaikuttaa potilaiden uneen ja nukahtamiseen, ruokahuon, väsymykseen ja staminaan positiivisesti. (Schwartz & Plawecki 2003, 3.)

Painon muutokset, hiusten lähtö, limakalvotulehdukset, väsymys ja muut oireet eivät ole välttämättä näkyviä muille ihmisille, mutta ne aiheuttavat muutoksia kehonkuvaan ja itsetuntoon. Kehonkuvan ja itsetunnon muutokset puolestaan voivat johtaa seksuaalisten

halujen vähenemiseen ja vähentää seksuaalista aktiivisuutta. Ne voivat myös vähentää yleisesti halua olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Erityisesti naisilla hiusten lähtö vaikuttaa itsetuntoon ja heidän käsitykseensä omasta viehättävyydestään. (Krebs 2006, Schwartz & Plawecki 2003, 2.)

Potilailla voi olla käsityksiä syövästä ja seksuaalisuudesta, jotka tiede on osoittanut virheellisiksi. Potilaat voivat välttää seksuaalista toimintaa, koska syövän voidaan luulla olevan tarttuvaa. Seksuaalisen aktiivisuuden voidaan luulla myös edistävän syövän kasvamista tai leviämistä kehossa, ja pidättäytymisen seksuaalisista toiminnoista voidaan ajatella auttavan syövän parantumisessa. (Schwartz & Plawecki 2003, 3.) Lisäksi psyykkisten seksuaalisuuteen vaikuttavien tekijöiden listaan voidaan lisätä pelko ruumiintoimintojen kontrollin menetyksestä tai sairaskohtauksesta sekä sairastumisen aiheuttamat muutokset sukupuoliroolissa (gender role) ja persoonallisuudessa (Hughes 2000, 480).

Kuten seksuaalisuutta käsittelevässä luvussa todettiin, ihmisellä on tarve toisen ihmisen läheisyyteen ja kosketukseen. Syöpään sairastuminen ja hoitojen haittavaikutukset usein vähentävät yhdyntöjen määrää. Yhdyntöjen vähenemisen myötä koskettaminen vähenee, koska koskettaminen ja fyysinen läheisyys koetaan usein aloitteena, joka johtaa yhdyntään tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen. Potilaat voivat kärsiä läheisyyden ja kosketuksen puutteesta kykenemättä puhumaan asiasta kumppaninsa kanssa. (Hughes 2000, 478.)

Ihmisuhteet saattavat muuttua syöpään sairastumisen seurauksena. Kommunikaatio kumppanin kanssa voi olla vaikeaa, etenkin seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Seksuaalisten toimintojen suorittamiseen voi liittyä pelkoja ja ahdistuneisuutta, joita on vaikea selvittää. Suhteen roolit voivat sairauden vuoksi muuttua, jos potilas tulee enemmän riippuvaiseksi muista ihmisistä. Potilas tai kumppani voi pelätä tulevansa torjutuksi tai hylätyksi suhteessa. Pelko ja epävarmuus yhteisestä tulevaisuudesta heijastuvat seksuaalisuuteen. (Hughes 2000, 480.)

Krebsin (2006, 315) mukaan ohjauksen aikana potilaan tulisi saada perustietoja seksuaalisuudesta ja sytostaattihoidoista, mutta ohjaukseen liittyy myös emotionaalinen tukeminen, toivon antaminen ja huolien rauhoittaminen. Krebs (2006, 315) luettelee keskeisiä sisältöjä, joita tulee käsitellä ohjausta annettaessa. Sairaudesta ja hoidon sivuvaikutuksista seksuaalisiin toimintoihin ja lisääntymiskykyyn tulee antaa tietoa. Potilasta tulee neuvoa sopivan ehkäisymenetelmän käyttämisessä ja kertoa hoidon vaikutuksista hedelmällisyyteen sekä lisääntymismahdollisuuksista hoidon päätyttyä. Hoitajan tulee myös antaa tietoa seksuaalisuuden vaihtoehtoisesta ilmaisemisesta ja toteuttamisesta sekä sivuvaikutusten lieventämisestä ja apuvälineistä. Neuvontaa ja ohjausta tulee olla riittävästi saatavilla. Hoitajat voivat Krebsin (2006, 315) mukaan ohjauksella auttaa potilaita ja omaisia

hyväksymään itsensä sekä tuntemaan itsensä viehättäviksi, pitämään yllä intiimejä ihmissuhteita ja säilyttämään ja kehittämään tunteiden ilmaisu- ja vastaanottamistaitoja. Hoitajat voivat myös tukea potilasta säilyttämään itsetuntonsa seksuaalisissa tilanteissa ohjauksessa annetun emotionaalisen tuen avulla.

6.4 Haasteita seksuaalisuuden käsittelyssä ohjauksessa

Seksuaalineuvonnassa ongelmaksi usein nousee se, ettei seksuaalisuuden tärkeyttä hoitotyön osa-alueena ole huomioitu hoitotyön ja organisaation johtotasolla. Tällöin seksuaalisuuden huomioiminen hoidossa jää yksittäisten hoitajien vastuulle ja heidän henkilökohtainen asennoitumisensa seksuaalisuuteen määrittää ohjauksen laatua ja saatavuutta. Seksuaaliohjauksen kehittämisen edellytyksenä on terveydenhuollon päättäjien vakuuttaminen siitä, että seksuaaliohjaus on tärkeää ja kannattavaa. (Lehtonen, 16 - 18.) Lisäkoulutus, ohjausmenetelmiin perehtyminen ja keskusteluun käytettävissä olevien resurssien selvittäminen ja selkeyttäminen helpottaa arvioinnin ja potilasohjauksen toteuttamista hoitotyössä (Tierney 2006, 45).

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa seksuaalisuus ja seksuaalisuuden ongelmat otetaan usein esille. Hoitajat ovat lähimpänä potilasta, ja hoitajan roolin tunnustetaan olevan tärkeä avatessa keskustelua ja ohjatesa potilaita seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Hoitotyöntekijät ja hoitotieteen julkaisut puhuvat potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, johon kuuluu keskeisenä osana seksuaalisuuden tukeminen. Seksuaalisuuden myönnetään olevan olennainen osa potilaan elämänlaatua, ja sen käsitteleminen koetaan tärkeäksi alueeksi hoitotyössä. Käytännön hoitotyössä potilaan seksuaalisuuden tukeminen jää kuitenkin vähäiseksi tai sitä ei oteta esille lainkaan aiheen intiimin luonteen vuoksi. (Higgins, Barker & Begley 2006, 345 - 346; Wilmoth 2006, 905 - 906.)

Seksuaalisuudesta puhuminen voi olla vaikeaa hoitajalle. Hän voi itse olla nolostunut aihepiiriin vuoksi, tai hän voi pelätä nolostuttavansa potilaan, tai hänellä ei ole tarvittavaa tietoa tai koulutustaustaa, jotta voisi ottaa asiantuntijan roolin seksuaalisuudesta keskustellessa. (Tierney 2006, 45.) Schwartz ja Plawecki (2003, 3) toteavat olevan mahdollista, että potilas kokee kysymykset seksuaalisuudesta tunkeilevina, epäkunnioittavina tai epäsopivina. Hoitaja voi ajatella, että keskustelun avauksen jättäminen potilaalle on tämän kunnioittamista, mutta taustalla voi tosiasiasa olla hoitajan vastentahtoisuus käsitellä asiaa potilaan kanssa. Tämä voi johtua siitä, että hoitajan oma suhtautuminen seksuaalisuuteen ei ole luontevaa. Potilaan on vaikeaa aloittaa keskustelua seksuaalisuudesta, koska potilas voi pelätä hoitajan torjuvan keskustelun avauksen ja tulevaisuuden nolatuksi. Potilas voi myös pelätä leimautuvansa seksuaalisesti päällekkäyväksi. (Schwartz & Plawecki 2003, 3.) Krebs antaa suuntaviivoja, joita voi seurata keskustellessa potilaan kanssa intiimeistä asioista

ja jotka helpottavat seksuaalisuudesta keskustelua. Keskustelulle tulee varata riittävästi aikaa. Hoitajan pitää olla herkkä ja ottaa potilaan omasta puheesta vihjeitä, joista lähteä kehittämään keskustelua eteenpäin. Keskustelu on hyvä aloittaa neutraaleista faktoista ja edetä vähitellen arempiin asioihin. (Krebs 2006, 315.)

Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa ja taitoa, ja hänen asennoitumisensa seksuaalisuuteen tulee olla kohdallaan, jotta potilaan seksuaalisuutta voidaan tukea asianmukaisesti (Hughes 2000, 477). Keskustelua seksuaalisuudesta ei synny, ellei hoitaja ole valmis puhumaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista avoimesti ja jos hän ei ole valmistautunut tilanteeseen sekä varannut riittävästi aikaa keskustelulle. Hoitajan tulisi arvioida omia valmiuksiaan ja kykyään keskustella luontevasti seksuaalisuudesta ennen keskustelun aloittamista potilaan kanssa. (Schwartz & Plawewski 2003, 2 - 3.) Wilmothin (2006) mukaan hoitajat voivat virheellisesti olettaa potilaan olevan seksuaalisesti passiivinen esimerkiksi tämän iän vuoksi. Hoitajan tuomitseva asenne potilaan seksuaalisuutta kohtaan estää toimivan keskustelun. (Krebs 2006, 315.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön eettisyyttä pohdittaessa voidaan sanoa, että kirjallisuuskatsaukseen ei yleisesti ottaen juuri liity tutkimuseettisiä ongelmia. Tämä työ toteutetaan puhtaasti kirjallisen materiaalin kuvailemisena ja analyysinä. Työssä ei käsitellä yksittäisten potilaiden henkilökohtaisia tietoja, joten eettisiä ongelmia yksityisyyden kannalta ei ole. Ainoa eettinen velvoite työn tekijällä potilaita ja hoitohenkilöstöä kohtaan on tuottaa luotettavaa tietoa. Kirjallinen aineisto on luotettavien tahojen julkaisemaa ja analyysivaiheessa noudatetaan objektiivisuutta, joten työn antama tieto on luotettavaa.

Tässä työssä käytetyt lähteet ilmoitetaan lähdeluettelossa ja lähteisiin viitataan tekstissä. Tällöin lukija voi luottaa siihen, että kirjoittaja ei plagioi toisten tuottamaa tekstiä. Lisäksi lukija näkee, kuka tutkija on tiedon takana. Tutkimusaineisto myös esitellään lyhyesti omassa kappaleessaan. Opinnäytetyö toteutetaan tiedeyhteisön hyväksymään menetelmään pohjautuen, sekä koulun tarjoamassa opinnäytetyön ohjauksessa esille tulevia suuntaviivoja noudattaen.

Solunsalpaajat aiheuttavat lähes poikkeuksetta monenlaisia haittavaikutuksia ihmisille, jotka saavat solunsalpaajahoitoja syövän hoidossa. Haittavaikutukset tulevat esille fyysisinä haittoina; psyykkiset ja sosiaaliset haitat seuraavat ja johtuvat usein fyysisistä oireista. Psyykkisiä oireita pahentaa vakavan sairauden aiheuttamat pelon ja ahdistuksen tunteet. Seksuaalisuuteen erityisesti vaikuttavia haittoja ovat väsymys, pahoinvointi, vatsan toiminnan häiriöt, kehon karvoituksen irtoaminen, limakalvojen kuivuminen, erektiohäiriöt, neuropatia,

sukupuolihormitoiminnan häiriöt, masennus, ahdistuneisuus ja kokonaisvaltainen minä- ja kehonkuvan muutos. Vakava sairastuminen ja hoitojen aiheuttamat muutokset vaikuttavat myös sairastuneen sosiaalisiin suhteisiin. Tutkimusaineistosta saadun tiedon perusteella voidaan sanoa, että solunsalpaajat heikentävät potilaiden elämänlaatua ja seksuaalisuutta. Potilasohjauksella voidaan tukea potilaiden elämänlaatua ja seksuaalisuuden toteutumista.

Seksuaalisuus on vielä 2000-luvun länsimaisissa yhteiskunnissa vaikea ja vaiettu asia. Vaikka seksuaalinen käyttäytyminen on vapautunutta ja seksuaalisuus näkyy laajalti yhteiskunnan eri alueilla, siitä puhuminen vakavasti on monille vaikeaa. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa, jotka käsittelevät syöpään sairastuneiden ja solunsalpaajahoitoja saavien potilaiden seksuaalisuutta ja hoitotyön menetelmiä seksuaalisuuden tukemiseen, tuodaan esille seksuaalisuuden puheeksi ottamisen suuri kynnyksinä asiantuntijatyössä toimiville hoitajille. Hoitajat perustelevat seksuaalisuuden käsittelemättä jättämistä aiheen arkaluonteisuudella ja potilaan yksityisyyden kunnioittamisella. Kuitenkin potilaat odottavat että heitä hoitavat ammattilaiset ottaisivat ohjauksessa käsiteltäväksi arkaluonteiset aiheet.

Seksuaalisuuden sisällyttäminen rutiininomaiseen ohjaukseen jokaisen potilaan kohdalla on perusteltua, koska aineiston perusteella solunsalpaajat vaikuttavat lähes poikkeuksetta potilaiden seksuaalisuuteen. Ennako-oletukset potilaan seksuaalisuudesta voivat olla haitallisia, esimerkiksi oletus ikääntyvän potilaan tai yksin elävän potilaan seksuaalisen aktiviteetin vähäisyydestä voi olla yksinkertaisesti väärä. Ilman sallivaa keskustelunavausta seksuaalisuuden käsittely voi jäädä muutaman yleisluontoisen toteamuksen varaan ja potilas jää yksin ongelmiansa kanssa. Tämä ymmärrettävästi voi lisätä potilaan kokemaa ahdistusta ja heikentää potilaan elämänlaatua. Muita kynnyksiä hyvän ohjauksen antamiseen ovat hoitajien koulutuksen vähäisyys seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista, resurssien riittämättömyys ja resurssien kohdentumattomuus seksuaaliohjauksen kehittämiseen. Seksuaaliohjauksen laadun parantamisen avaimet ovat siis toisaalta yksittäisten hoitajien asennoitumisessa ja henkilökohtaisessa valmiudessa keskustella seksuaalisuudesta, toisaalta johtotason ammattitaidossa ja halussa resursoida hoitotyön kehittämiseen.

Ihmisen seksuaalisuus lähtee psyykestä, joten hoidon kokonaisvaltaisuus on oleellista sytostaattihoidoista saavan potilaan hoitotyössä. Psykkisen hyvinvoinnin sivuuttaminen kliinisessä työssä voi johtaa potilaan elämänlaadun heikkenemiseen, koska masennus on aineiston mukaan yleinen seuraus syövän hoidossa olevilla potilailla. Masennus voidaan tunnistaa erilaisin mittarein (Suomessa DEPS ja BDI (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2009). Masennuksen tunnistaminen ja mahdollisen lääkehoidon aloittaminen masennukseen voi parantaa potilaan unenlaatua, ruokahalua, vireystilaa ja jaksamista. Nämä muutokset puolestaan voivat edistää itsetuntoa, sosiaalisuutta ja seksuaalista halukkuutta. Hoidon kokonaisvaltaisuuden muistaminen

syöpöpotilaiden hoitotyön periaatteissa ja sen toteuttaminen käytännössä on tärkeää potilaan hyvinvoinnin kannalta.

Fyysisiä oireita on myös mahdollista helpottaa. Yleisen hyvinvoinnin ja peruskunnan ylläpitäminen tukee positiivisesti seksuaalisuutta; tämän tiedon esille tuominen voi motivoida potilasta itsehoitoon. Solunsalpaajien fyysisiä haittavaikutuksia voi lieventää ja ehkäistä muulla lääkityksellä, esimerkiksi pahoinvointilääkityksellä ja vatsan toimintaa tasaavilla lääkeaineilla. Limakalvojen eheyttä voi suojella käyttämällä vesipohjaisia liukasteita. Solunsalpaajahoidot voivat joskus aiheuttaa naisilla niin pahoja limakalvovaurioita, että yhdynnöistä on syytä pidättäytyä haavauma- ja infektioriskin vuoksi.

Aineistoa tutkiessa tuli esille merkittävä ja tänä päivänä julkisessa keskustelussa esillä oleva näkökulma seksuaalisuuteen; puhuttaessa seksuaalisuudesta hoitotieteen näkökulmasta puhe on heteronormatiivista ja oletuksena on, että potilas elää vakituudessa parisuhteessa. Yksin elävien tai homoseksuaalien kohtaamia mahdollisia erityisongelmia ei käsitelty millään tasolla tutkimuksissa, eikä yhtään tutkimusta näiden ryhmien seksuaalisuuden ongelmista tullut aineistonhauissa vastaan. PLISSIT-mallissa ensimmäinen kohta ”luvan antaminen” voidaan periaatteessa käsittää ammattihenkilön esille tuomaksi hyväksynnäksi esimerkiksi tilapäisille suhteille, itsetyydytykselle tai homoseksuaalisuudelle, mutta näitä teemoja ei aineistossa käsitelty. Lukijan vastuulle ja käsitykselle normaalista seksuaalisuudesta jää, miten hän asian ymmärtää ja millä tavoin hän ottaa huomioon normista poikkeavat potilaat ja näiden tarpeet. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voisi sanoa, että seksuaalisuus hoitotyön kontekstissa on rajoitettu parisuhteessa eläville heteroille. Tällainen ajattelutapa asettaa potilaat eriarvoiseen asemaan ja rikkoo hoitotyön suomalaisia eettisiä ohjeita. Toisaalta tutkimuksen aineisto on yksistään englanninkielisistä maista, joten tietoa siitä, miten seksuaalisuus käsitetään suomalaisen hoitotyön kontekstissa, ei ole. Seksuaalisuuden hetero- ja parisuhdenormatiivisuus hoitotyön kontekstissa olisi mielestäni ajankohtainen ja tärkeä jatko- ja lisätutkimusaihe nykypäivän Suomessa.

Aineistosta nousi esille erilaisia potilasohjauksen malleja jotka on suunniteltu erityisesti seksuaalisuuden kysymysten käsittelyyn hoitajan ja potilaan välillä. Mallit antavat hoitajalle rungon johon tukeutua ohjaustilanteessa. Yhteisiä malleja käytettäessä ohjauksesta saadaan kattavaa ja tasapuolista kaikille potilaille. ALARM- ja PLISSIT-potilasohjausmallien tuominen käytäntöön olisi seuraava askel näyttöön perustuvassa kehitystyössä ja mielestäni hyvä aihe jatkotutkimukselle.

Kun tavoitteena on potilasohjauksen kehittäminen, on kehittämistyön toteuduttava ja siihen on sitouduttava organisaation kaikilla tasoilla. Aineistosta nousi vahvasti esille organisaation johdon sitoutumisen merkitys potilasohjauksen kehittämiseen; ilman riittäviä ympäristö-,

aika-, henkilöstö- ja koulutusresursseja ei potilasohjaus voi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla. Yksilölliseen potilasohjaukseen tarvitaan tilat, jotka mahdollistavat yksityisyyden ja luottamuksellisen keskustelun syntymisen. Potilasohjaukseen tulee pystyä varaamaan riittävästi aikaa muulta hoitotyöltä, ja henkilökuntaa tulee olla riittävästi jotta ohjausta voidaan antaa jokaiselle potilaalle. Henkilökunnan koulutus seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista ja solunsalpaajahoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen varmistaa tiedollisen osaamisen. Potilasohjaukseen liittyvää koulutusta tarvitaan ohjaustaitojen kehittämiseksi ja vahvistamiseksi.

Lähteet

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä: hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. *Sairaanhoitaja* 80 (10), 6 - 9.
- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2007. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Broeckel, J.A., Thors, C.L., Jacobsen, P.B., Small, M. & Cox, C.O. 2002. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*.
- Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F. & Roman, S.L. 2007. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2007 December 17; 97(12): 1625 – 1631.
- Elonen, E. & Järviluoma, E. 1998. Solunsalpaaja-hoito-opas. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Greener, J. & Grimshaw, J. 1996. Using meta-analysis to summarise evidence within systematic reviews. *Nurse Researcher*. 1996. September; 4(1): 27 - 38.
- Hentunen-Varis, A. 2008. Sähköpostiviesti 18.8.2008.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C.M. 2006. Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice* (12), 345 - 351.
- Hughes, M. K. 2000. Sexuality and the cancer survivor. A silent coexistence. *Cancer Nursing* 23 (6), 477 - 482.
- Jenkins, M. & Ashley, J. 2002. Sex and the oncology patient. Discussing sexual dysfunction helps the patient optimize quality of life. *American Journal of Nursing* 102 (4), 13 - 15.
- Johansson, R. 2010. Solunsalpaajiin liittyvien haittojen hoito. Lääkärin käsikirja.
- Kellokumpu-Lahtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim*, 119 (3), 237 - 246.
- Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.
- Krebs, L. 2006. What should I say? Talking with patients about sexuality issues. *Clinical journal of oncology nursing*. 10 (3), 313 - 315.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37 - 45.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu

University Press: Oulu 2007.

Lehtonen, J. 2007. Seksuaalineuvonta sairaanhoitajien vastuulla. *Sairaanhoitaja* 2007:12, 16 - 18.

Lipp, A. 2003. A guide to developing a systematic review. *AORN Journal*.

Molassiotis, A. & Morris, P.J. 1999 Quality of life in patients with chronic myeloid leukemia after unrelated donor bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*. 22(5), 10/1999, 340 - 349.

NHS Centre for reviews and dissemination 2001. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews CRD Report 4 (2nd edition). The University of York. Viitattu 15.4.2009
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm>.

NHS Choices 2006. Chemotherapy - Definition. Viitattu 15.4.2009
<http://www.nhs.uk/Conditions/Chemotherapy/Pages/Definition.aspx>.

Petticrew, M. 2001. Systematic reviews from astronomy to zoology: Myths and misconceptions. *British Medical Journal* 322, 72 - 78.

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Turun yliopisto, 46.

Schwartz, S. & Plawecki, H. 2003. Consequences of chemotherapy on the sexuality of patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 6 (4), 1 - 5.

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 4.7.2009. Depressio. Käypä hoito-suositus. Viitattu 5.9.2010.
[//nellilaurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus](http://nellilaurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus).

Taylor, B. & Davis, S. 2006. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing standard* 21 (11), 35 - 40.

Tierney, DK. 2004. Sexuality following hematopoietic cell transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 8 (1), 43 - 47.

Virtanen, J. 2001. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.

Wilmoth, M.C. 2006. Life after cancer. What does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum* 33 (5), 905 - 910.

World Association for Sexology. 1999. Seksuaalioikeuksien julistus. Hong Kong. Viitattu 5.9.2010. http://www.sexpo.fi/?seksuaalioikeuksien_julistus.