



SEKSUAALISUUS JA SYÖPÄ

Gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuuden kohtaaminen

Niina Mustonen
Anni Virtanen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

MUSTONEN NIINA & VIRTANEN ANNI

Seksuaalisuus ja syöpä – Gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuuden kohtaaminen

Opinnäytetyö 70 s., liitteet 2 s.
Marraskuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten gynekologiseen syöpään sairastuminen ja sen erilaiset hoitomuodot vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen. Työn tavoitteena on luoda valmiuksia tuleville hoitoalan ammattilaisille kohdata työssään gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuus. Opinnäytetyön tuotoksena on sähköinen verkkomateriaali syöpäpotilaan seksuaalisuuden kohtaamisesta Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijoille itsenäisen opiskelun tueksi.

Työn teoriaosuudessa käsitellään yleisimpiä gynekologisia syöpämuotoja sekä erilaisten syöpähoitojen vaikutuksia seksuaalisuuteen. Lisäksi työssä määritellään seksuaalisuutta ja sen merkitystä ihmisen elämässä. Syvemmin teoriaosuudessa paneudutaan syöpäpotilaan seksuaalisuuden kohtaamiseen ja kätilön rooliin syöpäsairaana seksuaaliterveyden tukijana. Syövän vaikutuksia seksuaalisuuteen on tutkittu laajasti sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Vaikka aihetta on tutkittu paljon, seksuaalisuuden puheeksi otto ja kohtaaminen koetaan kuitenkin käytännön hoitotyössä vaikeaksi.

Ammattitaitoisen kätilön on työssään hallittava laaja-alainen ja haastava gynekologisen potilaan hoitotyö. Tämä edellyttää laajaa teoreettista tietämystä muun muassa erilaisista syöpätaudeista ja syövän hoitomuodoista. Kyetäkseen kohtaamaan gynekologista syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuus, kätilön on myös ymmärrettävä, mikä merkitys seksuaalisuudella on ihmiselämään ja miten syövän eri hoitomuodot vaikuttavat seksuaalisuuteen.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Midwifery

MUSTONEN NIINA & VIRTANEN ANNI

Sexuality and cancer - Facing women's sexuality under gynecological cancer

Bachelor's Thesis 70 pages, appendices 2 pages
November 2011

The purpose of this bachelor's thesis is to research how contracting to gynecological cancer and its different manners of cure impact on women's sexuality. The aim of this bachelor's thesis is to create abilities for upcoming nurses on care industry to face women's sexuality under gynecological cancer. The outcome of this bachelor's thesis is an electric book on how to face patient's sexuality under gynecological cancer. An electric book will be published in the Moodle learning environment for students of Tampere University of Applied Sciences.

The theory part of this work discusses the most common forms of gynecological cancer and how different treatments of gynecological cancer impact women's sexuality. In addition, there are definitions of human sexuality and what impact the sexuality has on human life. The main focus is on facing sexuality of cancer patients and on the role of midwives supporting the sexual health. Consequences of cancer on sexuality are analyzed widely on national as well as international researches. Even though the topic is well researched, there are still difficulties to talk about sexuality and facing it in practice.

A professional midwife has to be able to comprehend the challenging and comprehensive healthcare of gynecological patient. This demands wide theoretic knowledge on different kinds of cancers and treatments. To be able to face sexuality of gynecological cancer patient, the midwife has to understand, what is the meaning of sexuality on human life and how different cancer treatments impact the sexuality.

Keywords: Sexuality, gynecological cancer, encounter

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	8
3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	9
3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	9
3.2 Opinnäytetyön toteutus	10
4 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT	12
4.1 Yleisyys	12
4.2 Syöpätyypit	12
4.2.1 Kohdunrunгон syöpä	13
4.2.2 Munasarjasyöpä.....	14
4.2.3 Kohdunkaulan syöpä.....	16
4.2.4 Papa-näyte	18
4.3 Hoitomuodot	20
4.3.1 Kirurginen hoito	20
4.3.2 Sädehoito.....	21
4.3.3 Solunsalpaajahoito	23
4.3.4 Hormonihoito	25
5 SEKSUAALISUUS	27
5.1 Seksologia	27
5.2 Seksuaalisuus	27
5.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveys	30
5.3.1 Seksuaalioikeudet.....	31
5.3.2 Seksuaaliterveyden edistäminen	32

6 SYÖPÄHOITOJEN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN	34
6.1 Fyysiset vaikutukset	34
6.1.1 Toiminnallisten ongelmien apukeinot	36
6.2 Psykkiset vaikutukset	38
6.2.1 Vaikutukset minäkuvaan	39
6.2.2 Kriisin aiheuttamat muutokset	40
6.3 Vaikutukset parisuhteeseen	43
6.3.1 Seksuaalinen haluttomuus	44
7 SYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALISUUDEN KOHTAAMINEN	46
7.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä	46
7.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	47
7.2.1 Puheeksi ottamisen tueksi	49
7.3 Tutkimustuloksia	51
8 KÄTILÖN ROOLI	56
8.1 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen	56
8.2 Persoonan käyttö hoitotyössä	57
8.3 Kätilötyötä ohjaavat periaatteet	58
8.4 Kätilö syöpäpotilaan tukijana	61
9 POHDINTA	63
LÄHTEET	65
LIITTEET	71

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuminen, sen aiheuttamat muutokset, kriisikokemus ja syövän eri hoitomuodot vaikuttavat ihmisen kokemukseen omasta seksuaalisuudesta merkittävästi. Vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä, riippuen esimerkiksi sairauden laadusta, hoitomuodoista sekä potilaan iästä ja persoonallisuudesta. Seksuaalisuus merkitsee jokaiselle ihmiselle erilaisia asioita. Tällöin puhuttaessa syövän vaikutuksista seksuaalisuuteen on tärkeä muistaa jokaisen ihmisen yksilöllisyys, lupa erilaisuuteen ja persoonallisuuteen. Syövän vaikutukset seksuaalisuuteen voidaan jakaa karkeasti kolmeen osa-alueeseen: minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja toiminnallisiin häiriöihin. (Rosenberg 2007, 4-5.)

Monet eri tutkimukset ovat osoittaneet, että gynekologista syöpää sairastavien potilaiden seksuaalisuuden puheeksi ottaminen jää usein taka-alalle syöpähoitojen aikana. Tämän vuoksi potilaat jäävät usein ilman tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Erityisesti gynekologista syöpää sairastavat potilaat pitävät kuitenkin seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä tarpeellisena sairaalassa ollessa. Tutkimustulosten mukaan kuitenkin vain pieni osa potilaista olisi valmis itse tekemään keskustelunaloitteen seksuaalisuudesta. Syöpäpotilaat ovat arvioineet, että syöpähoitojen aikana olisikin tärkeintä saada hoitohenkilökunnalta lupa puhua seksuaalisuudesta. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003.) Petäjä on tutkinut (2010) naistentautien hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalisuuteen liittyen. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta kokee seksuaalisuuden puheeksi oton hoitotyön velvollisuudeksi ja tärkeäksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Valtaosa hoitohenkilökunnasta ei kuitenkaan tee aloitetta seksuaalisuudesta puhumiseen. Henkilökunnan oman arvion mukaan koulutuksen puutteellisuutta pidetään tärkeimpänä syynä siihen, että aloitetta seksuaalisuudesta keskusteluun ei tehdä.

Haluamme työllämme luoda valmiuksia ja välineitä tuleville kättilöille ja sairaanhoitajille heidän kohdatessaan gynekologista syöpää sairastavia potilaita ja heidän seksuaalisuuttaan. Ammattikorkeakoulun kättilökoulutus antaa valmiudet seksuaalisuuden kohtaamiseen, muun muassa luvan antamiseen, asian puheeksi ottamiseen ja kohdennetun tiedon antamiseen (Pietiläinen 2006, 554–555). Opinnäytetyöllämme haluamme tukea näitä valmiuksia. Kehittämistehtävänä on laatia oppimateriaali kättilö- ja sairaanhoitajaopiskelijoille gynekologisten syöpähoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuuden kohtaamisesta. Oppimateriaali toteutetaan sähköisenä verkkomateriaalina Moodle-oppimisympäristössä. Oppimateriaalin tarkoituksena on toimia opiskelijoiden itseopiskelun tukena ja näin vahvistaa opiskelijan valmiutta ja osaamista kohdata työssään syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuus.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on myös syventää omaa tietouttamme seksuaaliterveydestä ja gynekologisista syövästä ja näiden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja naiseuteen. Työssämme haluamme painottaa gynekologista syöpää sairastavan seksuaalisuuden kohtaamista ja sen vuoksi olemme rajanneet teoretietoa gynekologisten syöpien osuudelta yleisimpiin Suomessa esiintyviin syöpätyyppeihin. Myös seksuaalisuus on aiheena hyvin laaja ja olemme pyrkineet tiivistämään siitä esiin työmme kannalta olennaisimman tiedon.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on luoda valmiuksia tuleville kättilöille ja sairaanhoitajille kohdata hoitotyössä gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuus. Tarkoituksena on tuottaa sähköinen oppimateriaali ammattikorkeakoulun opiskelijoille itsenäisen opiskelun tueksi. Oppimateriaalin tavoitteena on syventää opiskelijan tietämystä ja osaamista seksuaalisuudesta, syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja gynekologista syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuuden kohtaamisesta.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on:

Kuvata, mitä seksuaalisuus tarkoittaa gynekologista syöpää sairastavan potilaan hoidossa.

Selvittää ja antaa valmiuksia, miten kohdata gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuus.

Tuottaa oppimateriaali ammattikorkeakoulun opiskelijoille seksuaalisuuden kohtaamisesta.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulujen tavoitteena on, että opiskelija valmistuttuaan toimii alansa asiantuntijatehtävissä ja osaa hyödyntää taitoaan työhönsä liittyvässä kehittämisessä ja tutkimuksessa. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa. Opinnäytetyön tarkoitus on yhdistää teoretieto käytännön toimintaan. Laadukkaan opinnäytetyön tulee olla aiheeltaan ja taustaltaan perusteltu (ajankohtainen ja merkittävä) sekä tulevaisuudessa hyödyllinen (jatkotutkimus mahdollinen). (Hakala 1998, 18–19; Vilkka & Airaksinen 2003, 10.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön muodoista ja se voi olla vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on opastaa, ohjeistaa tai järjeistää toimintaa. Eri ammattialasta riippuen tämä voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisopas tai turvallisuusohjeistus. Toteutustavat vaihtelevat toiminnallisessa opinnäytetyössä kohderyhmästä riippuen. Erilaisia toteutustapoja voivat olla kirja, kansio, vihko, opas, portfolio, kotisivut tai erilliseen tilaan järjestetty tapahtuma. Toiminnallisen työn oleellisin osa onkin produkti eli tuotos. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 83.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Usein teoreettiseksi lähtökohdaksi toiminnallisessa opinnäytetyössä riittää jokin alaan liittyvä käsite ja sen määrittely. Tutkimuksellisten menetelmien käyttö toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole

välttämätöntä. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotoksen lisäksi opinnäytetyöraportti, jossa kuvataan millainen opinnäytetyön projekti ja työprosessi on ollut. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 43, 56, 65.)

3.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aiheen saimme tammikuussa 2010. Alkuperäinen opinnäytetyömme ja kehittämistehtävämme oli potilasohje Syöpäjärjestölle seksuaaliterveyden edistämisestä ja syöpätaudeista. Idea ei kuitenkaan toteutunut yhteistyötahon toimesta. Päätimme kuitenkin pitää opinnäytetyön aiheen ennallaan ja ideoimme kehittämistehtävän tuotoksen uudelleen. Tiedonkeruuta ja kirjoitusprosessia opinnäytetyötä varten lähdimme työstämään heti helmikuussa 2010. Aluksi suunnittelimme opinnäytetyön sisältöä ja mietimme aiherajausta. Aihe rajautui mielestämme selkeimmin jakamalla aihe aluksi gynekologisiin syöpiin ja seksuaalisuuteen. Näiden teoriaosuuksien kautta lähdimme työstämään teoriaa ja tutkimustuloksia syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuuden kohtaamisesta.

Opinnäytetyön väliraporttiseminaari oli joulukuussa 2010, jolloin teoriaosuudestamme oli suurin osa kirjoitettuna. Syksyn 2011 olemme viimeistelleet opinnäytetyön teoriaosuutta ja keskittyneet gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuuden kohtaamiseen ja kätilön rooliin. Syksyn aikana olemme myös luoneet pohjaa kehittämistehtävällemme ja hahmotelleet oppimateriaalin sisältöä. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan valmis marraskuussa 2011, jolloin myös kehittämistehtävämme on sähköisessä muodossa Moodle-oppimisympäristössä.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet harjoitteluissa naistentautien vuodeosastolla, jossa olemme kohdanneet gynekologista syöpää sairastavia naisia. Tämä on ollut avartavaa opinnäytetyömme kannalta. Teoriatieto yhdistettynä käytäntöön

on luonut meille kokonaisvaltaisen kuvan gynekologisen syöpäpotilaan hoidosta. Harjoittelut ovat osaltaan vauhdittaneet kirjoitusprosessia ja antaneet uusia näkökulmia työhömmme. Vuodeosaston henkilökunnan ohjauksessa olemme nähneet erilaisia tapoja kohdata syöpäpotilaita ja heidän seksuaalisuuttaan. Käytännössä olemme havainnoineet, että seksuaalisuuden puheeksi otto jää usein päivittäisten hoitotoimenpiteiden taakse gynekologista syöpäpotilasta hoitaessa. Seksuaalisuudesta puhuminen koetaan myös usein vaikeaksi aiheeksi keskustella sekä tarpeettomaksi tai toissijaiseksi asiaksi syöpäpotilaan hoidossa. Monet hoitajat kokevat myös olevansa tietämättömiä syöpäsairauden ja syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tästä olemme tehneet päätelmän työmme tarpeellisuudesta tukea tulevien kättilöiden ja sairaanhoitajien valmiuksia kohdata työssään syöpäpotilaan seksuaalisuutta.

4 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT

4.1 Yleisyys

Suomen syöpärekisterin mukaan naisten yleisimmät syövät (2009) ovat rintasyöpä (32,5 %), paksusuolen syöpä (6 %) ja kohdun runko-osan syöpä (5,9 %). Syöpärekisterin tilaston mukaan gynekologisista syövistä yleisimpiä naisilla ovat edellä mainittu kohdun runko-osan syöpä, munasarjasyöpä (3,2 %) ja kohdunkaulan syöpä (1,1 %). Syöpärekisterin kuolleisuustilaston (2009) mukaan gynekologisista syövistä menehtyy eniten naisia munasarjasyöpään (5,6 %).

Gynekologisia syöpätapauksia todetaan Suomessa vuosittain noin 1500. Eri syöpätyyppien määrät ovat vuosien varrella muuttuneet. 1960-luvulla yleisin gynekologinen syöpä oli kohdunkaulan syöpä, mutta tämän päivän seuluntojen ansiosta se on muuttunut selkeästi harvinaisemmaksi. Kohdun runko-osan syöpä ja munasarjasyöpä taas puolestaan ovat lisääntyneet ja yleistyneet nykypäivänä. Myös muut genitaalialueen syöpien tapausmäärät ovat lisääntyneet viime vuosina jonkin verran. (Salmi & Leminen 2006, 451.)

4.2 Syöpätyypit

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kasvaimet ja syövät jaetaan hyvän- ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuisia kasvaimia ovat muun muassa genitaaleissa esiintyvät luomet, kystat ja kondyloomat, kohdun limakalvon polyyppit, kohdun myoomat, munasarjojen kystat ja dermoidikystat. Pahanlaatuisia kasvaimia ovat muun muassa

ulkosynnyttimien syöpä, emättimen syöpä, kohdunkaulan syöpä, kohdun runko-osan syöpä, istukkasyöpä sekä munasarjan ja munanjohtimen syöpä. (Ihme & Rainto 2008, 242.)

4.2.1 Kohdunrunгон syöpä

Kohdun runko-osan syöpä eli endometriumin syöpä on Suomessa yleisin gynekologinen syöpä ja kolmanneksi yleisin naisten syöpä. Kohdun runko-osan syöpään sairastuu Suomessa vuosittain noin 800 naista, joista noin 150 kuolee vuosittain. Yli 90 % kohdunrunгон syöpätapauksista todetaan yli 50-vuotiailla ja 75 % yli 60-vuotiailla. Alle 40-vuotiailla tauti on erittäin harvinainen. (Salmi & Leminen 2006, 461; Kivelä 2007, 577; Grénman 2008, 232.)

Kohdun runko-osan syövälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa perinnöllinen alttius, ikä, ylipaino, diabetes, korkea verenpaine, lapsettomuus, munasarjojen monirakkulatauti (PCO), myöhäinen menopaussi (yli 52 vuotta) sekä pitkä estrogeenialtistus. Poikkeava verenvuoto on endometriumin syövän ensimmäinen oire yli 90 %:ssa tapauksista. Pitkälle edenneessä taudissa potilaan oireina voi olla myös kipuja ja yleiskunnon laskua. (Kivelä 2007, 577; Grénman 2008, 232; Staff 2011.)

Kohdunrunгон syövässä on todettavissa kaksi eri muotoa, jotka poikkeavat toisistaan erityisesti taudinkulussa. Tyypin I syöpä kehittyy kohdun limakalvon hyperplasian (limakalvon paksuuntumisen) kautta ja sen ennuste on yleensä parempi kuin tyypissä II. Tyypin II syöpä on harvinaisempi ja se on estrogeenialtistuksesta riippumaton ja kehittyy usein atrofiseen (surkastuneeseen) limakalvoon. Kohdunrunгон syövän levinneisyysluokitus jaotellaan I. asteesta IV. asteeseen. I. asteessa syöpäkudos on paikallisesti vain kohdun runko-osassa ja IV. asteessa levittänyt lähielin- tai kaukometastaaseja. (Salmi & Leminen 2006, 461–462; Grénman 2008, 232.)

Kohdunrunгон syövän hoidon kulmakivi on leikkaushoito. Leikkauksessa poistetaan aina kohtu ja sivuelimet. Usein leikkauksen yhteydessä poistetaan myös imusolmukkeita lantion- ja aortan alueelta. Ontelonsisäistä sädehoitoa eli tyköhoitoa käytetään rajoittamaan taudin uusiutumista emättimessä. Potilaille, joilla tauti on levinnyt kohdun ulkopuolella, annetaan yleensä ulkoinen sädehoito lantionalueelle. Hoitoon lisätään solunsalpaajahoito, jos taudin uusiutumisriski on suuri tai etäpesäkkeet ovat levinneet lantioalueen ulkopuolelle. Tapauksissa, joissa leikkaushoito ei ole mahdollista, solunsalpaaja- ja sädehoitoa käytetään tapauskohtaisesti. Myös hormonihoidolla on todettu olevan hyvä hoitovaste kohdunrunгон syöpään. (Kataja & Johansson 2006, 203; Grénman 2008, 236.)

Seuranta kohdun runko-osan syövässä jatkuu kolmen vuoden ajan hoitojen päättymisestä. Kohdunrunгон syövässä 75 % uusiutumista tulee kolmen vuoden kuluessa primaarihoidosta. Näistä uusiutumista noin 50 % on paikallisia, noin 25 % etäpesäkkeitä ja 25 % näiden yhdistelmiä. Kohdunrunгон syövän eloonjäämisluvut vaihtelevat taudin levinneisyyden mukaan, esimerkiksi I. asteessa viiden vuoden elossaololuku on 87 %, kun taas IV. asteessa se on 18 %. (Salmi & Leminen 2006, 464–465.)

4.2.2 Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa ja neljänneksi yleisin naisten syöpä Suomessa. Munasarjasyöpään sairastuu noin 450 naista vuosittain, joista noin 300 menehtyy. Tauti voi ilmetä kaikissa ikäryhmissä, mutta on harvinainen nuorilla. Noin 3 % potilaista on alle 30-vuotiaita ja esiintymishuippu on 60–70 ikävuodessa. Munasarjasyövän kuolleisuus on gynekologisista syöväistä korkein. Siihen kuolee vuosittain enemmän naisia kuin muihin gynekologisiin syöpiin yhteensä. Pääasiallisin syy huonoon ennusteeseen on taudin alkuvaiheen oireettomuus. (Salmi & Leminen 2006, 471; Leminen & Lehtovirta 2008, 244; Staff 2011.)

Munasarjasyövän syitä ei tunneta, mutta joitakin vaaratekijöitä on tiedossa. Infertiliteetin (lapsettomuuden) ja sen hormonaalisten hoitojen sekä ovulaatiovuosia lisäävien tekijöiden, kuten synnyttämättömyyden ja myöhäisen ensisynnytysikänsä (yli 30 vuotta) on todettu olevan vaaratekijöitä munasarjasyövän synnyssä. Vaaratekijöitä ovat myös geneettinen perimä, myöhäinen menopaussi, lihavuus ja korkea elintaso. Munasarjasyövältä suojaavia tekijöitä puolestaan ovat raskaus, imetys, yhdistelmäehkäisytabletit, sterilisaatio ja kohdunpoisto. (Salmi & Leminen 2006, 472; Staff 2011.)

Munasarjasyövän tarkkaa etiologiaa ei tunneta. Munasarjasyöpää kuvaillaan salakavalaksi taudiksi, koska tauti on aluksi täysin oireeton ja sairauden kulku muutoinkin hiipivä. Oireita ilmaantuu yleensä vasta pitkälle edenneessä taudissa. Oireet ovat tällöinkin hyvin epämääräisiä yleisoireita kuten vatsavaivat, ruoansulatuskanavan oireet, ruokahaluttomuus, yleinen väsymys ja haluttomuus, painonlasku ja kuumeilu. Tuumorin kasvaessa naapurielimet alkavat oireilla ja potilaalla voi esiintyä esimerkiksi virtsatieoireita, ummetusta, ilmavaivoja, painontunnetta, vatsakipua, kuukautisvuotohäiriöitä ja yhdyntäkipejä. Erittäin tyypillinen oire on vatsan turpoaminen, joka onkin usein ensimmäinen oire, johon potilas kiinnittää huomiota. Munasarjasyöpään yleisesti liittyvä askites aiheuttaa vatsan turpoamisen. (Turpeenniemi-Hujanen, Lehtovirta & Kataja 2002, 292; Salmi & Leminen 2006, 474; Leminen & Lehtovirta 2008, 245–246.)

Munasarjasyövän hoidon perustana on leikkaushoito. Leikkauksessa selvitetään syövän levinneisyys, joka munasarjasyövässä jaetaan I. asteesta IV. asteeseen. Munasarjasyövän leikkaus on yleensä radikaalinen ja siinä pyritään poistamaan syöpäkasvain kokonaisuudessaan. Levinneessä munasarjasyövässä on usein mikroskooppisia etäpesäkkeitä sisäsynnyttelimissä, umpilisäkkeessä ja vatsapaidassa, jotka usein myös poistetaan leikkauksessa. Aortan ja lantion alueen imusolmukkeiden poisto kuuluu leikkaukseen ja usein joudutaan tekemään toimenpiteitä myös suolistoon ja virtsateihin. Leikkaushoito täydennetään lähes aina solunsalpaajahoidolla. Sädehoidon merkitys munasarjasyövän hoidossa on vähäinen. Potilailla, joilla leikkaushoito ei ole mahdollista, aloitetaan potilaan tilan salliessa solunsalpaajahoido. Jos potilaana on nuori,

synnyttämätön nainen, voidaan joskus tehdä kohdun ja toisen terveen munasarjan säästävä leikkaus. (Salmi & Leminen 2006, 476–477.)

Munasarjasyöpäpotilas käy viisi vuotta seurantatutkimuksissa. Syövän uusiutumista seulotaan kliinisellä tutkimuksella ja transvaginaalisella ultraäänellä. Ensihoidolla saavutetaan hyvä hoitovaste 80 %:ssa potilastapauksista, mutta tauti uusiutuu kuitenkin valtaosalla. Viiden vuoden kuluttua diagnoosin jälkeen vain neljäsosa potilaista on elossa. (Salmi & Leminen 2006, 479.)

4.2.3 Kohdunkaulan syöpä

Kohdunkaulan syöpä on kolmanneksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa ja maailmanlaajuisesti jopa kaikista yleisin. 1960-luvulla kohdunkaulan syöpä oli Suomessakin yleisin gynekologinen syöpä, mutta joukkotarkastusten ansiosta 35–54-vuotiaiden naisten kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus on laskenut viidennekseen. Kohdunkaulan uusia syöpätapauksia ilmenee Suomessa vuosittain keskimäärin 150, joista 60 tapausta johtaa kuolemaan. Taudin suurin ilmaantuvuus on tällä hetkellä 35–39-vuotiailla. (Salmi & Leminen 2006, 456; Grénman 2008, 224; Staff 2011.)

Ihmisen papilloomavirus (HPV) -infektio on kohdunkaulan syövän keskeisin ja tärkein taustatekijä. Syövän esiasteiden kehittymiseen ja syövän riskiin vaikuttavat HPV-infektion ohella myös monet muut tekijät. Tällaisia ovat esimerkiksi varhain aloitetut yhdynät, useat sukupuoliyhteykset, partnerin lukuisat sukupuoliyhteykset, lukuisat synnytykset, diabetes, verenpainetauti, ylipaino, metabolinen oireyhtymä ja tupakointi. Myös gynekologiset infektiot, kuten herpes ja klamydia, lisäävät syöpäriskiä. (Salmi & Leminen 2006, 456–457; Grénman 2008, 224; Staff 2011.)

Kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden etiologia on monitekijäinen. Muuntumisalueella vilkkaasti jakautuvien solujen DNA on altista eri virusinfektioille ja karsinogeneeneille. Ihmisen papilloomavirus (HPV) on yleinen kohdunkaulaa infektoiva virus ja tutkimusten mukaan kohdunkaulan syöpä ei voi syntyä ilman korkean riskin HPV-infektiota. Tällä hetkellä Suomessa on käytössä kaksi HPV-infektiota estävää ja ehkäisevää HPV-rokotetta. Molempien rokotteiden vaikutus kohdistuu tärkeimpiä suuren riskin HPV-tyyppejä 16 ja 18 vastaan, ja näiden lisäksi myös pienen riskin tyyppiejä 6 ja 11 vastaan. HPV-tyypit 16 ja 18 aiheuttavat noin 70 % kohdunkaulan syöivistä. Rokotteet eivät kuitenkaan poista seulonnan tarvetta, koska ne ehkäisevät vain joidenkin HPV-tyyppien infektiota. Jotta HPV:n aiheuttama syövän kehittyminen voitaisiin estää tehokkaasti, rokotus tulisi antaa nuorille ennen sukupuolielämän aloittamista. HPV-rokotteen lisääminen terveyden ja hyvinvointi laitoksen (THL) kansalliseen rokotusohjelmaan on harkinnassa. (Lehtinen 2004, 26–31; Salmi & Leminen 2006, 457; Grénman 2008, 224; Staff 2011.)

Kohdunkaulan syövän varhainen oire on toistuvat epäsäännölliset vuodot ja etenkin yhdynnän jälkeinen verenvuoto. Myöhäisinä oireina levinneessä taudissa voi esiintyä virtsateiden tukkeutumisesta johtuvia haittoja, esimerkiksi uremiaa (kroonista munuaisten vajaatoimintaa) tai hydronefroosia (munuaisaltaan laajentumista). Usein potilaat ovat täysin oireettomia ja syöpä löytyykin irtosolunäytteen perusteella. (Salmi & Leminen 2006, 458; Grénman 2008, 224.)

Kohdunkaulansyövän hoidon periaatteita sovelletaan pitkälti taudin levinneisyyden mukaan, jotka luokitellaan I. asteesta IV. asteeseen. I. asteessa karsinooma on paikallisesti kohdunkaulalla ja se on läpimitaltaan alle neljä senttimetriä. IV. asteessa syöpä on levinnyt virtsarakkoon, peräsuoleen tai metastasoitunut keuhkoihin. Leikkaushoito on kohdunkaulan syövän hoidon kulmakivi. Säde- ja solunsalpaajahoitoa käytetään liitännäishoitoina harkinnan mukaan. Jos kasvain on rajoittunut kohdunkaulaan, hoidoksi riittää pelkkä kohdunpoisto. Jos hedelmällisyys halutaan säilyttää, voidaan tehdä niin sanottu Loop-konisaatio eli kohdun kaulaosan kuduskappaletta poistetaan sähkösilman avulla. Mikäli kasvain on levinnyt kohdunkaulan ulkopuolelle, emättimeen tai lantion alueelle, tehdään radikaali kohdun-

ja lantion imusolmukkeiden poisto. Potilaille, joilla on korkea taudin uusiutumiskorkeus, annetaan usein leikkauksen jälkeen ulkoista sädehoitoa. Potilaat, joille leikkaushoito ei ole mahdollista, hoidetaan ulkoisella ja sisäisellä sädehoidolla. (Salmi & Leminen 2006, 460; Grénman 2008, 225.)

Jatkoseurannan pituus on kohdunkaulan syöpäpotilailla viisi vuotta. Kliininen tutkimus ja Papa-koe ovat oleellinen osa seurantaa. Kohdunkaulasyövässä keskimääräinen viiden vuoden eloonjäämisluku on noin 70 %. Kohdunkaulan syövän kuolleisuuden odotetaan pienenevän 25 vuodessa puoleen 1980-luvun tasosta. (Salmi & Leminen 2006, 460; Grénman 2008, 225; Staff 2011.)

4.2.4 Papa-näyte

Kohdunkaulan irtosolunäyte eli Papa- koe on kreikkalaisen lääkärin George Papanicolaoutan 1920-luvulla kehittämä tutkimusmenetelmä naisten kohdunkaulan syöpien diagnosointiin. Kohdunkaulan irtosolukoe tunnetaankin laajalti Papanicolaouon kokeena eli Papa- kokeena (Papanicolaou's test, Papa test, pap smear, cervical smear). (Kohtaniemi-Talonen 2007, 595; Nieminen 2008, 269.)

Kohdunkaulan irtosolunäytettä käytetään pääasiallisesti oireettomien naisten seulontaan, jolloin tavoitteena on tunnistaa naiset, joilla on kohdunkaulan syövän esiaste tai jo kehittynyt syöpä. Kohdunkaulan syöpä kehittyy yleensä hitaasti vuosien kuluessa esiastevaiheiden kautta. Irtosolunäytteen avulla voidaan estää invasiivisen taudin synty. Tutkimusmenetelmänä Papa- näyte täyttää hyvän seulontatutkimuksen kriteerit ja on riittävän tarkka ja herkkä. (Anttila 2004, 17–20; Kohtaniemi-Talonen 2007, 594, 598.)

Papa- koe koostuu kolmesta osanäytteestä. Ensimmäinen osanäyte otetaan emättimen pohjukasta (fornix) kiertämällä näytteenottolastaa kohdunnapukan ympäri. Toinen osanäyte otetaan kohdunnapukasta (cervix) levy- ja lieriöepiteelin rajalta eli junktiolta ja muuntumisalueelta. Junktion paikka riippuu naisen iästä; nuorelta naiselta junktion voi löytää kohdunnapukan ulkoreunalta, kun taas iäkkäältä naiselta syvältä kohdunkaulakanavasta. Näyte otetaan kiertämällä lastaa junktion ja muuntumisalueen ympäri. Kolmas osanäyte otetaan pyörittämällä näytteenottoharjaa kohdunkaulakanavassa (servikaalikanava). (Kohtaniemi-Talonen 2007, 597.)

Irtosolunäytteet voidaan tulkita George Papanicolaoun kehittämän Papa-luokituksen tai kansainvälisesti tunnetun Bethesda 2001-luokittelun mukaan. Papa-luokituksessa solulöydökset on jaettu viiteen luokkaan, joista luokan 1 näyte on löydökseltään normaali ja luokan 5 näytteessä on selvä syöpälöydös. Luokan 2 näyte on lievästi poikkeava ja hyvänlaatuinen, luokan 3 näyte lievästi epäilyttävä ja luokan 4 näyte vahvasti epäilyttävä pahanlaatuisuuden suhteen. Bethesda-järjestelmässä solulöydös luokitellaan kolmeen luokkaan: solukuvaltaan normaaleihin, solukuvaltaan poikkeaviin ja muita poikkeavia soluja sisältäviin. (Kohtaniemi-Talonen 2007, 598.)

Suomessa on toteutettu vuodesta 1963 lähtien kohdunkaulan syöpää ehkäisevää seulontaa. Lakisääteistä toiminta on ollut vuodesta 1992 lähtien (Kansanterveyslaki- ja asetus). Kunnalla on velvollisuus tarjota kohdunkaulan syövän seulontaa kaikille 30–60-vuotiaille naisille. Seulonnan tulee olla maksutonta. Suomessa ehkäisevään seulontaan kutsutaan joka viides vuosi. Maailmanlaajuisesti ajateltuna kohdunkaulan syöpätapauksista 80 % olisi ehkäistävissä kohdunkaulan irtosolukokeella. (Kohtaniemi-Talonen 2007, 594–595.)

4.3 Hoitomuodot

Tärkeimmät syövän hoitomuodot ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot, kuten hormonihoito ja solunsalpaajahoidot. Pienten syöpäkasvainten hoidoksi riittää usein pelkkä kasvaimen poisto, mutta suurikokoisten kasvainten hoidossa käytetään nykyään yhä enemmän eri yhdistelmähoitoja. Harvemmin käytettyjä syövän hoitomuotoja ovat esimerkiksi immunologiset hoitomuodot, laserhoito, jäädytys hoito ja kokeelliset hoidot. (Joensuu 2006, 122.)

Gynekologisten syöpien hoidon kulmakivet ovat leikkauksen riittävä radikaalisuus, solunsalpaajahoidon oikea valinta sekä oikein kohdistettu ja annosteltu sädehoito. Gynekologista syöpää sairastavat potilaat tulisi keskittää niihin sairaaloihin, joissa on riittävät mahdollisuudet asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi, jotta hoitotuloksia voidaan parantaa. (Salmi & Leminen 2006, 451.)

4.3.1 Kirurginen hoito

Hoitotulokset syövän hoidossa voivat olla varsin hyvät, jos leikkaus tehdään taudin alkuvaiheessa. Ennen leikkausta syövän kliinisen levinneisyyden ja etäpesäkkeiden sijainnin arviointi on olennaista hoitotulosten parantamiseksi. Jos syöpä uusiutuu paikallisesti riittämättömän kirurgisen toimenpiteen jälkeen, tauti voi olla vaikeasti hoidettavissa. Leikkauksessa jäljelle jäävä syöpäsolukko saattaa levitä ja kasvaa jopa nopeammin kuin solut varsinaisessa kasvaimessa. (Roberts 2006, 132.)

Usein vasta leikkauksen aikana pystytään selvittämään syövän leviämistä ja kliininen levinneisyysluokitus. Yleensä syöpäkudos poistetaan laajalla tervekudosmarginaalilla.

Leikkauksen laajuus vaihtelee syövän kasvutavan ja sijainnin mukaan. Kirurginen hoito voi tarkoittaa joko kuratiivista (parantavaa) tai palliatiivista (oireita lievittävää) leikkausta. (Roberts 2006, 133–134.)

Kuratiivisella leikkauksella tarkoitetaan leikkausta, jolla ajatellaan syöpätaudin parantuvan ilman muita hoitotoimia. Radikaalileikkauksella tarkoitetaan leikkausta, jossa poistetaan perin pohjin kaikki makroskooppinen syöpäkudos. Sillä pyritään aina kuratiivisuuteen, mutta tulokset selviävät vasta riittävän pitkän seurannan jälkeen. Palliatiivisella leikkauksella tarkoitetaan leikkausta, jonka tarkoituksena on lievittää oireita eikä tehdä syöpäkasvaimen radikaalia poistoa. Se tarkoittaa yleensä pienempää leikkausta, jossa syöpäkudos jää osittain poistamatta kasvaimen invasiivisen kasvun tai leviämisen takia. Perimmäinen tarkoitus palliatiivisella leikkauksella on potilaan elämänlaadun parantaminen. Sytoreduktiivisella leikkauksella pyritään pienentämään tuumorimassaa, jotta muihin hoitomuotoihin, esimerkiksi sytostaattihoitoon, saataisiin parempi vaste. Jäljelle jäävää syöpäkudosta hoidetaan säde- tai sytostaattihoidolla. Sytoreduktiivisella leikkauksella pyritään potilaan elinajan pidentämiseen. (Roberts 2006, 134–135.)

4.3.2 Sädehoito

Sädehoidosta on kehittynyt toinen tärkeä paikallinen kuratiivinen hoitomuoto kirurgian ohelle. Noin puolet syöpäpotilaista saa jossain vaiheessa sairauttaan sädehoitoa, jonka tarkoitus on joko paranemiseen tähtäävää tai oireita lievittävää. Parantuneista syöpäpotilaista noin 20 % on parantunut sädehoidon ansiosta. (Kouri, Ojala & Tenhunen 2006, 137–138.)

Sädehoidolla tarkoitetaan ionisoivan säteilyn käyttöä syöpätautien hoidossa. Sädehoito perustuu siihen, että syöpäsolut ovat usein normaalisolukkoa herkempiä säteilyn

aiheuttamille vaurioille. Sädehoidon käytön edellytyksenä on, että kasvain on sädeherkkä ja rajoittuu tarpeeksi pienelle alueelle, jotta koko kasvaimen alue voidaan sädettää riittävän suurella säteilyannoksella ilman, että terveet kudokset vaurioituisivat liikaa. Sädehoitoa voidaan käyttää kuratiivisena hoitona silloin, kun leikkaushoito ei ole mahdollista. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 22–24.)

Sädehoitoa voidaan yhden tavan mukaan jaotella kahteen osaan; ulkoiseen ja sisäiseen. Ulkoisessa sädehoidossa säteilyä annetaan säteilylähteestä, joka sijaitsee elimistön ulkopuolella, kun taas sisäisessä sädehoidossa säteilyn lähde sijoitetaan elimistön sisälle. Tykösädehoidolla eli brakyterapialla tarkoitetaan hoitomenetelmää, jossa säteilylähde asetetaan suoraan kosketukseen hoitokohteen kanssa. Brakyterapian tavallisimpia muotoja ovat ontelon- ja kudoksensisäinen sädehoito. Ontelonsisäisessä sädehoidossa säteilylähde viedään katetrin kautta johonkin ruumiinonteloon, kuten kohtuonteloon. Kudoksensisäisessä sädehoidossa radioaktiivinen lanka tai jyvänen viedään neulojen avulla hoidettavan kudoksen sisälle, kuten eturauhaseen. (Jussila ym. 2010, 24–25.)

Sädehoitoa yhdistetään usein muihin hoitomuotoihin. Esimerkiksi yhdistetyllä sädehoidolla ja solunsalpaajahoidolla monien syöpäsairauksien hoitotuloksia on saatu parannettua. Sädehoitoa voidaan antaa preoperatiivisesti ennen leikkausta tai postoperatiivisesti leikkauksen jälkeen. Jos sädehoitoa annetaan syöpälääkityksen yhteydessä, puhutaan kemosädehoidosta. (Kouri ym. 2006, 138; Jussila ym. 2010, 25–26.)

Sädehoito aiheuttaa haittavaikutuksia usein myös terveisiin kudoksiin. Erityisesti ulkoista sädehoitoa käytettäessä suuretkin alueet tervettä kudosta voivat altistua säteilylle. Osa haittavaikutuksista on ohimeneviä ja osa pysyviä. Terveiden kudosten reaktiot sädehoitoon ovat joko akuutteja tai myöhäisreaktioita. Poikkeuksellisen herkkiä kudoksia säteilylle ovat luuydin, silmän linssi ja sukurauhaset. Nämä kudonsvauriot voivat aiheuttaa valkosolujen ja verihiutaleiden määrän vähenemistä, harmaakaihia ja steriliteettiä. Tavallisimpia sädereaktioita ovat ihon punoitus ja hilseily, karvoituksen

lähtö, ruoansulatuskanavan yläosan limakalvovauriot, pahoinvointi, ripuli sekä maksan ja munuaisten toimintahäiriöt. Suurten säteilyannosten seurauksena voi olla side-, lihas- ja luukudoksen arpeutumista sekä kroonista hermosärkyä ja jopa halvaantuminen. Sädereaktiot rajoittuvat yleensä sille alueelle, johon sädehoitoannos kohdistetaan. (Jussila ym. 2010, 30–32.)

4.3.3 Solunsalpaajahoito

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat voimakkaita lääkeaineita, jotka estävän tietyllä mekanismilla solujen jakaantumista (sytostaattinen vaikutus) tai tuhoavat jakaantumisvaiheessa olevia soluja (sytotoksinen vaikutus). Solunsalpaajia annetaan yleensä suonensisäisinä injektioina tai infuusioina. (Jussila ym. 2010, 23.)

Solunsalpaajien vaikutus perustuu biokemiallisiin reaktioihin kohdesolun yhdisteiden kanssa. Tavallisia vaikutuskohteita ovat DNA:n ja RNA:n synteesi ja toiminta, tietyt entsyymit sekä muut proteiinit ja kalvorakenteet. Useimmat solunsalpaajat aiheuttavat vaurioita soluihin, joka käynnistää niissä ohjelmoituneen kuoleman eli apoptoosin. Sytotoksinen vaikutus perustuu tämän mekanismin toimivuuteen syöpäsolussa. (Elonen & Elomaa 2006, 163–164.)

Solunsalpaajahoitoon vaikuttavat monet eri tekijät kuten kasvaimen lähtöelin ja histologinen tyyppi, kasvaimen solukinetiikka, kasvaimen koko, lääkkeen annos ja antoväli, lääkkeen farmokokinetiikka ja metabolia sekä solutason lääkeresistenssi. Yleensä solunsalpaajia annetaan usean lääkkeen yhdistelmähoitona. Kaikilla kombinaatioon valituilla lääkkeillä on eri vaikutusmekanismit ja kukin yksinäänkin tehoaisi hoidettavaan tautiin. Antamalla kuitenkin eri solunsalpaajia samanaikaisesti ja oikein ajoitettuna, voidaan tavoittaa eri jakautumisvaiheissa olevat syöpäsolut niiden ollessa lääkevaikutukselle herkässä tilassa. Yhdistelmähoiton tavoitteena on myös

vähentää tiettyihin elimiin kohdistuvia haittavaikutuksia ja pienentää resistenssin kehittymisen vaaraa. (Elonen & Elomaa 2006, 164–166.)

Kuten kaikilla syöpähoidoilla, myös solunsalpaajahoidolla on tiettyjä haittavaikutuksia. Solunsalpaajahoidossa onkin erityisen tärkeää arvioida hoidosta saatavan hyödyn ja siitä aiheutuvien haittojen suhdetta. Solunsalpaajien vaikutuksille erityisen herkkiä ovat elimistössä nopeimmin jakautuvat solut eli luuytimen verta muodostavat solut, suun ja suoliston limakalvon solut sekä karvatupen solut. (Elonen & Elomaa 2006, 167.)

Luuytimeen kohdistuvat haittavaikutukset voivat aiheuttaa potilaalle granulosityopeniaa (veren jyväsolkukatoa), anemiaa ja trombosytopeniaa (verihiutaleiden vähenemistä). Nämä haittavaikutukset lisäävät potilaalle myös infektion riskiä. Pahoinvointi ja kaljuuntuminen ovat parhaiten tunnetut solunsalpaajahoidon haittavaikutukset. Nykyaikaisella ehkäisevällä lääkityksellä on kuitenkin pystytty vähentämään pahoinvoinnin vaaraa huomattavasti. Pahoinvoinnin estolääkitys aloitetaan välittömästi ennen solunsalpaajahoidoja. Solunsalpaajan annoksella, antotavalla sekä potilaiden välisillä yksilöllisillä eroilla on huomattava merkitys pahoinvoinnin ilmenemiseen. Solunsalpaajat voivat aiheuttaa myös toksisuutta sydämelle, keuhkoille ja munuaisille. Solunsalpaajien haittavaikutukset voivat kohdistua myös hermostoon ja aiheuttaa esimerkiksi neuropatiaa (hermovaurioita). Mukosiitti on tiettyjen solunsalpaajien aiheuttama haittavaikutus. Sen oireina ovat suun kipeytyminen ja haavaumat, nielemiskipu, ripuli, kyynelvuoto, silmien kirvely ja nuha. Solunsalpaajien joutuminen suonen ulkopuolelle voi aiheuttaa vakavia kudოსvaurioita. (Elonen & Elomaa 2006, 167–172.)

Monet solunsalpaajat vaikuttavat myös hedelmällisyyteen ja hormonitoimintaan. Osa vaikutuksista voi olla palautuvia ja osa taas pysyviä, riippuen hoidon kestosta ja annostuksesta sekä potilaan iästä ja sukupuolesta. Naisilla solunsalpaajahoido vaurioittaa munasarjojen follikkeleiden kasvua ja kypsymistä. Hedelmällisessä iässä oleville naisille voi ilmentua solunsalpaajista esimerkiksi kuukautishäiriöitä, amenorrea (kuukautisten puuttuminen), vaihdevuosisoireilua, FSH- ja LH-arvojen nousua sekä

estradioliarvon laskua. Nuoret naiset sietävät usein solunsalpaajia paremmin kuin vaihdevuosi-ikässä olevat naiset. Hormonikorvaushoito on aiheellista, jos solunsalpaajahoidot aiheuttavat naiselle ennenaikaisen menopaussin. (Elonen & Järviluoma 1998, 103–105.)

4.3.4 Hormonihoito

Syövälle on tunnusomaista, että sen solut kasvavat muiden solujen tai isäntäelimistön normaalista säätelystä riippumatta. Syöpäsoluihin vaikuttavat kuitenkin ympäristön solut ja isäntäelimistön vaikuttaja-aineet, kuten hormonit. Syövän hoidossa tätä riippuvuutta voidaan käyttää hyväksi. Potilaalle voidaan antaa hormoneja, jotka vähentävät syövän kasvutaipumusta tai aineita, jotka haittaavat syövän kasvua edistävien hormonien vaikutusta. (Kataja & Johansson 2006, 191.)

Hormonihoiton keinona voi olla ablatiivinen hoitomuoto, mikä tarkoittaa hormonilähteen poistoa elimistöstä, esimerkiksi munasarjojen poistoa. Hormonihoito voi olla myös additiivinen eli hormonin lisäämistä elimistöön estrogeenien, androgeenien, progestiinien, kortikoidien tai tyroksiinin avulla. Lääkeaine voi olla myös synteettisesti hormonin kaltainen kuten anaboliset steroidit, progestiinijohdokset, kortikoidijohdokset, LHRH-analogit tai somatostatiinianalogit. Hormonihoito voi olla myös kilpailevan eli kompetitiivisen vastahormonin, kuten antiestrogeenin tai antiandrogeenin, lisäämistä elimistöön. (Kataja & Johansson 2006, 192.)

Levinneessä syövässä hormonihoito on lähes poikkeuksetta syövän kasvua hidastavaa ja luonteeltaan palliatiivista. Koska hormoni tai antihormoni ainoastaan estää syövän kasvua, hormonihoito on yleensä pitkäaikaista ja jopa koko loppuelämän kestävä. Hormonihoitoa jatketaan yleensä niin pitkään, kuin hoitovastetta on todettavissa. (Kataja & Johansson 2006, 192, 202–203.)

Hormonien käyttökelpoisuus syövän hoidossa perustuu ennen kaikkea niiden haittavaikutusten vähäisyyteen suhteessa hoitotuloksiin. Hormonihoitojen haittavaikutukset ovat vähäisiä, mutta osalla hormoneista voi olla vaihdevuosityyppistä oireilua kuten hikoilua, kuumia aaltoja, pahoinvointia, vatsavaivoja, emätinvuotoa, nesteen kertymistä, painon nousua sekä nivel- ja lihassärkyjä. Harvinaisempia ja vakavampia haittavaikutuksia voivat olla hyperkalsemia (veren suuri kalsiumpitoisuus) ja kohonnut veritulppariski. (Kataja & Johansson 2006, 204–205.)

5 SEKSUAALISUUS

5.1 Seksologia

Seksologia on monitieteinen tieteenala, joka tutkii tietoja sukupuolisuuden ja seksuaalisuuden eri ilmenemismuodoista. Seksologian tieto perustuu eri tieteenlajien lähtökohtiin, kuten lääketieteeseen, terveystieteeseen, sosiologiaan, filosofiaan ja psykologiaan. Seksologian toiminta on ennaltaehkäisevää, hoitavaa tai kuntouttavaa. Se voi olla tutkimusta, koulutusta, terapiaa tai terveyden edistämistä. Hoitotyössä seksologista tietoa käytetään potilaiden seksuaaliterveyden edistämiseen, säilyttämiseen sekä palauttamiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

International Planned Parenthood Federation (IPPF), World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO) ja World Association for Sexual Health (WAS) ovat määritelleet keskeisiä seksuaaliterveyteen ja seksuaalioikeuksiin liittyviä käsitteitä. Nämä järjestöt ovat yhdenmukaistaneet seksologian avainkäsitteitä, mikä mahdollistaa seksuaaliterveyden alueella selkeän kommunikoinnin, tiedon jakamisen sekä terveydenedistämisen suunnittelemisen. (Ilmonen & Nissinen 2006, 20.)

5.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuuteen ja erityisesti naisen seksuaalisuuteen on liittynyt kautta historian tabun aineksia. Seksuaalisuuden historiaa tunnetaan pitkälti miehen osalta, kun taas naisen seksuaalisuus on ollut vaiettua ja tuntematonta. Naisen seksuaalisuuden on arveltu sijaitsevan naisen sukuelimissä ja erityisesti vaginassa. Naisen vaginaa onkin historian

saatossa pelätty, inhottu ja halveksittu ja sen voima on ollut mahtava. On uskottu, että vaginan paljastamisella voi aikaansaada myrskyn, karkottaa paholaisen tai saada viljan kasvamaan. (Pietiläinen 2007, 538–539.)

Seksuaalisuuden kulttuurinen merkitys on ajan saatossa muuttunut ja määritelty uudelleen. Ihmisten ei tarvitse kokea enää syyllisyyttä seksuaalisuudestaan samalla tavalla kuin aikaisemmin. Seksuaalikulttuurissa koettiin suuri muutos 1960-luvulla, kun seksuaaliasioista tuli osa kansanterveyttä. Tätä aiemmin seksuaalisuuteen liittyvä tieto oli perustunut syntiin ja moraaliin. Nykypäivänä seksuaalisuus koetaan myönteisenä voimavarana ja seksuaalisuudesta ja läheisyydestä saatava nautinto hyväksyttävänä. Seksin katsotaan kuuluvan kaikille, vaikka siihen ei yhtäläisiä mahdollisuuksia kaikilla olekaan. (Kontula 2006, 27–31; Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5.)

Nykypäivän avoimeen ja suvaitsevaiseen suhtautumiseen seksistä ja seksuaalisuudesta on medially ollut tärkeä rooli. Seksistä ja alastomuudesta on tullut luonnollinen ja jokapäiväinen osa julkista kulttuuria länsimaissa. Tämän myötä seksisuhteet ovat tulleet hyväksyttävämmiksi ja avio- ja avoliitot ovat menettäneet merkitystään. Myös käsitys naisen seksuaalisuudesta on uudistunut kokonaisuudessaan, muuttaen aviovelvollisuuden oikeudeksi seksuaaliseen nautintoon ja tuoden naiselle seksuaalista tasa-arvoa. Tähän on suuresti vaikuttanut naisen aseman kohentuminen suomalaisessa yhteiskunnassa. Seksuaalikulttuuri uudistuu julkisten keskustelujen myötä ja seksuaalisuuden eri ilmenemismuotoihin ryhdytään suhtautumaan aiempaa sallivammin. Kulttuuri muokkaa ajan myötä myös seksuaalisen kanssakäymisen ihanteita. (Kontula 2006, 27–31; Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5.)

Seksuaalisuudesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa sukupuoliviettiin eli libidoon perustuvaa käyttäytymistä, tunne-elämän kokonaisuutta, tunneperäistä kiintymystä ja rakkautta, erotiikkaa sekä sukupuolisuutta. Sillä voidaan tarkoittaa myös sukupuolista kyvykkyyttä ja halua tai seksuaalista suuntautumista. Seksuaalisuus voidaan ajatella

myös kokonaisuutena, joka jaetaan neljään eri ulottuvuuteen; biologinen, sosiaalinen, sosiokulttuurinen ja eettinen ulottuvuus (kuva 1). (Pietiläinen 2007, 539.)

<p>Biologinen ulottuvuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lisääntyminen • Hedelmällisyyden kontrollointi • Seksuaalinen kiihottuminen • Kasvaminen ja kehittyminen • Fyysisyys, fyysinen olemus 	<p>Eettinen ulottuvuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ihanteet • Uskonnolliset asenteet • Uskomukset • Mielenpiteet moraalista ja toiminnasta • Arvat
<p>Psyykinen ulottuvuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mielikuvat seksuaalisuudesta • Tunteet • Kokemukset • Käsitys omasta itsestä seksuaalisena olentona • Opitut asenteet • Opittu käyttäytyminen 	<p>Kulttuurinen ulottuvuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perheen kulttuuri • Naapurit, ikätoverit, asuinalue, koulu jne.... • Seurusteluun liittyvät kulttuurit • Avioliitto • Lait, tavat • Sukupuoliroolit

KUVA 1. Seksuaalisuuden ulottuvuudet (Greenberg, Bruess & Conklin 2011)

Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus sekä olennainen osa ihmisyyttä koko elämän ajan. Se on myös jokaisen ihmisen hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden olennainen osa. Seksuaalisuus ajatellaankin usein ihmisen perustarpeena, jolloin siihen voidaan katsoa kuuluvaksi hellyys, aistillisuus, yhteenkuuluvuus, kontakti, lämpö, läheisyys, fyysinen tyydytys, avoimuus ja turvallisuuden tunne. Jokaisella ihmisellä on erilainen kokemus seksuaalisuudesta ja sitä voidaan ilmaista eri tavoin; ajatuksin, fantasiaoin, haluin, uskomuksin, asentein ja arvoin, käyttäytymisessä, rooleissa sekä pari- ja ihmissuhteissa. Seksuaalisuus pitää kokonaisuutena sisällään ihmisen seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin ja sen mukanaan tuoman roolin, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, nautinnon, intiimiyden sekä lisääntymisen. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8; Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

Seksuaalisuudelle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Eheään seksuaalisuuteen kuuluu ihmisen kyky olla yhteydessä itseensä ja toiseen ihmiseen

omana itsenään, kyky hyväksyä oma kehonsa, seksuaalisuudesta nauttiminen ja toisten kunnioittaminen. Seksuaalisuutta ei tulisi nähdä yksinomaan parisuhteeseen kuuluvana, vaan myös yksinään elävälle. On tärkeä ymmärtää, ettei seksuaalisuus tarkoita ainoastaan seksuaalista toimintakykyä tai toimi synonyyminä seksille, vaan voi laajimmillaan sisällyttää kaiken sen mitä ihmisinä olemme, tunnemme, ajattelemme ja teemme. (Pietiläinen 2007, 539; Ryttyläinen & Valkama 2010, 14.)

5.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

WHO (World Health Organization, 2010) määrittelee seksuaaliterveyden seuraavasti:

”Seksuaaliterveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tervehenkisyyttä seksuaalisuutta kohtaan. Se nähdään positiivisena ja kunnioittavana suhtautumisena seksuaalisuutta ja seksuaalisia suhteita kohtaan, kuten mahdollisuutena turvallisiin ja nautinnollisiin seksuaalisuhteisiin vapaana kaikesta pakottamisesta, syrjinnästä ja väkivallasta.”

Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja on käsitteenä laajempi kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveyden tavoitteena on kattaa yksilön kyky nauttia seksuaalisuudesta ilman ei-toivotun raskauden, sukupuolitautien tai pakotetuksi tulemisen riskejä ja olla sidoksena ihmisten välisissä suhteissa. Seksuaaliterveys liittyy koko elämänkaaren aikaan eikä rajoitu ainoastaan hedelmälliseen lisääntymisikään, vaikkakin Väestöliiton terveystieteissä ohjelmassa pääpaino seksuaaliterveyden edistämisessä on tällä hetkellä nuorissa. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5; Pietiläinen 2007, 540.)

Lisääntymisterveyttä voidaan ajatella tärkeänä osa-alueena kansanterveyttä. Lisääntymisterveyteen kuuluvat sukupuolielinten sairaudet ja toimintahäiriöt,

hedelmällisyys ja erilaiset kliiniset palvelut. Tällöin lisääntymisterveyttä tarkastellaan seksuaalisuuteen, lisääntymiseen ja ihmiskehon lisääntymisjärjestelmään liittyvänä ilmiönä, jolla on terveysulottuvuus. Täten lisääntymisterveys on osa seksuaaliterveyttä. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5; Pietiläinen 2007, 540.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osa-alueina korostuvat parisuhteet, turvallinen seksi, ei-toivotut raskaudet, äitiyskuolleisuus, sukupuolitaudit, HIV, laillinen raskauden keskeyttäminen, hedelmättömyys, naisiin kohdistuva väkivalta sekä tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5; Pietiläinen 2007, 540.)

5.3.1 Seksuaalioikeudet

Vuonna 1995 kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto (IPPF) hyväksyi seksuaalioikeudet, joiden tavoitteena on seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien toteutumisen edistäminen ja suojeleminen. Seksuaalioikeudet sisältyvät ihmisoikeuksiin ja ne on hyväksytty kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa. Seksuaalioikeuksien perustana ovat vapaus, tasa-arvo, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus. (Pietiläinen 2007, 540.) Väestöliiton (2011) mukaan seksuaalioikeuksiin kuuluu:

- Oikeus elämään. Yhdenkään naisen elämä ei saa vaarantua raskauden vuoksi.
- Oikeus vapauteen ja turvallisuuteen. Kaikilla on oikeus nauttia ja hallita omaa seksuaalielämäänsä eikä ketään tule pakottaa raskauteen, aborttiin tai sterilisaatioon.
- Oikeus tasa-arvoon ja kaiken syrjinnän kieltäminen.
- Oikeus yksityisyyteen. Palvelut ovat luottamuksellisia, jokaisella on oikeus valita itsenäisesti ehkäisynsä.
- Oikeus ajattelun vapauteen.

- Oikeus tietoon ja koulutukseen.
- Oikeus päättää itse naimisiinmenosta, perheen perustamisesta ja perhesuunnittelusta.
- Oikeus päättää itse lasten hankinnasta ja ajankohdasta.
- Oikeus terveydenhoitoon ja terveyden suojeluun.
- Oikeudet tieteellisen kehityksen tuomiin etuihin.
- Kokoon tumisoikeus ja oikeus poliittiseen osallistumiseen.
- Oikeus olla tulematta kidutetuksi tai pahoinpidellyksi.

5.3.2 Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveyden edistämällä tarkoitetaan väestön lisääntymisterveyttä edistävää toimintaa sekä yksilötasolla kokonaisvaltaisen, elämänmittaisen seksuaalisen hyvinvoinnin tukemista. Seksuaaliterveyttä voidaan edistää esimerkiksi seksuaalikasvatuksella, seksuaaliterveyspalveluilla ja seksuaalivalistuksella. Yhteisötasolla seksuaaliterveyden edistäminen on esimerkiksi verkostojen tukemista ja seksuaaliterveyden sisällyttämistä hoitoketjuihin tai kunnan omaan hyvinvointistrategiaan. Yhteiskunta tarjoaa lisääntymisterveyspalveluina äitiys- ja lastenneuvolat, ehkäisyneuvolat ja erilaisia seulontatutkimuksia, kuten kohdunkaulan irtosolu- ja mammografiatutkimukset. Väestölle on myös tarjolla sikiöseulontojen ultraäänitutkimukset, riskiraskauksien seuranta ja synnytykset sekä sairaalahoitoa vaativat gynekologiset sairaudet. Suurin osa näistä edellä mainituista palveluista on kohdistettu tukemaan naisten hyvinvointia. (Pietiläinen 2007, 552–553; Ryttyläinen & Valkama 2010, 21.)

Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla tarkoittaa sitä, että ihmisen voimavaroja kasvattamalla ja tukemalla saadaan muodostettua yksilölle positiivinen käsitys itsestä sekä hyvä seksuaalinen itsetunto. Sen olennaisia osa-alueita on seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisy sekä turvallisen, vastuullisen seksuaalikäyttäytymisen

edistäminen. Seksuaaliterveyden edistämiseen kuuluu myös turvata yksilön riittävät tiedot seksuaaliterveydestä, jotta ihminen kykenee itsenäisesti seksuaaliterveyttä edistäviin päätöksiin. Myös vuorovaikutus-, ongelmanratkaisu- ja neuvottelutaitojen saavuttaminen on oleellista, muun muassa parisuhteen hyvinvoinnin edistämiseksi. Seksuaaliterveyttä edistetään myös silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus toteuttaa omaa seksuaalisuutta turvallisella ja tyydyttävällä tavalla sekä nauttia omasta seksuaalisuudestaan. Yksilöllä on myös oikeus yksilöllisen tarpeen mukaan järjestettyihin seksuaaliterveyspalveluihin. Terveyspalveluissa seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteita ovat varhainen seksuaaliongelmien toteaminen, sukupuolitautilien ehkäisy sekä yksilön seksuaalisuuden hyväksyminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 23.)

6 SYÖPÄHOITOJEN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN

6.1 Fyysiset vaikutukset

Kaikilla syövän hoitomuodoilla on vaikutusta seksuaalisuuteen. Leikkauksesta toipuminen, lääkehoidot ja sädehoito ovat fyysisesti ja psyykkisesti raskaita. Hoitoajat voivat olla pitkiä ja sivuvaikutusten ilmaantuminen yleistä. Tällöin ajatukset seksuaalisuudesta ja erotiikasta ovat kaukaisia, koska ihminen tarvitsee voimavarojaan toisaalla. Syöpähoitojen toiminnalliset vaikutukset voidaan jakaa karkeasti haluttomuuteen, kiihottumisvaikeuksiin sekä orgasmin saanti ongelmiin. Tutkimusten mukaan gynekologisen syövän hoitomuotoja läpikäyneistä naisista 40–60 % kokee erilaisia hoitoon liittyviä muutoksia sukupuolielämässä. Seksuaalinen haluttomuus on yleisin syövän ja sen hoitojen sivuvaikutuksista. (Bergmark ym. 1999, 1383–1389; Rosenberg 2007, 17.)

Gynekologisessa syöpäleikkauksessa kasvaimen lisäksi poistetaan myös riittävä marginaali eli turva-alue tervettä kudosta. Leikkaus voi olla laaja myös syövän levinneisyyden vuoksi. Tästä syystä syöpäleikkaus on suuri toimenpide, jonka fyysinen toipuminen on pitkälinen prosessi. Yleensä se vaatii 4-6 viikon toipumisajan. Sairauden aiheuttama huoli, haavakipu ja yleiskunnon lasku siirtävät yleensä seksuaalisuuden ongelmia taka-alalle. Toipumisen jälkeen asiat kuitenkin palautuvat mieleen ja leikkauksessa syntynyt muutos voi muuttaa sisäistä tai ulkoista minäkuvaa rajusti. Vaikutus on yleensä sitä merkittävämpi, mitä suurempi tai näkyvämpi leikkausmuutos on. Lantion ja sukupuolielinten alueella tehdyt leikkaukset voivat vaikuttaa ratkaisevasti seksuaalitoimintoihin. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240; Rosenberg 2007, 18.)

Munasarjojen, vulvan ja klitoriksen poiston on tutkittu vaikuttavan oleellisesti naisen seksuaalielämään. Munasarjojen poisto aiheuttaa naiselle ennenaikaiset vaihdevuodet,

minkä oireet voivat ilmetä rajumpina kuin luonnollisesti alkavan menopaussin. Leikkaus voi myös lyhentää emättintä, vaikuttaa hermotukseen, aiheuttaa kiinnikkeitä tai kipuja. Myös emättimen kostumisen ongelmat, kiihottumisvaikeudet sekä yhdyntäkivut ovat yleisiä leikkauksen jälkeen. Leikkauksessa myös vulvan ja klitoriksen hermopäätteet saattavat vaurioitua, jotka voivat osaltaan lisätä seksuaalielämän ongelmia esimerkiksi kiihottumisessa, orgasmin saannissa ja yhdynnässä. Seksuaalisuuden kannalta hankalin syöpämuoto on ulkosynnyttimien syöpä. Joissakin potilastapauksissa voidaan tehdä klitoriksen säästävä leikkaus, mutta yleensä joudutaan tekemään täydellinen vulvektomia (ulkoisten sukupuolielinten poisto). Tuntopuutosten lisäksi yhdyntä ja seksuaalitoiminnot hankaloituvat huomattavasti myös teknisesti. Naisella on kuitenkin emättimen edessä erogeenisesti aistivaa paisuvaiskudosta ja jotkut naiset pystyvät saamaan orgasmin vielä vulvektomian jälkeen. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240; Väisälä 2006, 263.)

Sädehoidossa sädetettävä alue pystytään rajaamaan hyvin tarkasti ja sukupuolielimet pyritään suojaamaan sekä turvaamaan hedelmällisyys. Vaikka sädehoidon aiheuttamat sivuvaikutukset ovat vähentyneet, alavatsalle annetun sädehoidon merkitykset voivat olla hyvinkin haitallisia. Hoito voi aiheuttaa esimerkiksi kuukautisten loppumisen, ennenaikaiset vaihdevuodet ja häpykarvoituksen lähdön. Paikallinen sädehoito emättimeen voi aiheuttaa limakalvojen arpeutumista sekä emättimen ahtautumista, kuroutumista tai lyhentymistä. Nämä oireet puolestaan voivat vaikeuttaa yhdyntää tai aiheuttaa yhdyntäkipuja. Sädehoito voi myös heikentää ja ärsyttää emättimen ja ulkosynnyttimien limakalvoja. Emättimessä voi ilmetä myös ihoreaktioita sädehoidon vaikutuksesta kuten punoitusta, kosteaa hilseilyä, ihon rikkoontumista, verekkyyttä sekä kroonista turvotusta. Oireet voivat johtaa myös gynekologisiin tulehduksiin, kuten hiivainfektioon. Myös virtsarakko- ja peräsuolivaivat ovat yleisiä sädehoidon sivuvaikutuksia. (Jussila ym. 2010, 218–219.)

Solunsalpaajahoidot voivat aiheuttaa häiriöitä kuukautiskierrossa ja naisella voi esiintyä vaihdevuosioireita. Joillakin kuukautiset voivat jäädä myös kokonaan pois aiheuttaen ennenaikaiset vaihdevuodet eli menopaussin. Solunsalpaajat voivat aiheuttaa myös limakalvojen ärtymistä ja kuivumista. Hoidon aiheuttamat yleiset sivuvaikutukset, kuten

väsymys, pahoinvointi ja masennus, vaikuttavat oleellisesti naisen seksuaaliseen haluttomuuteen. Useat solunsalpaajat aiheuttavat hiusten ja ihokarvojen irtoamisen, mikä voi vaikuttaa huomattavasti naisen seksuaalisuuden tunteeseen ja muuttaa ihmisen ulkoista minäkuvaa. Hiustenlähtö voi syventää entisestään sairauden kriisiä ja siihen sopeutuminen voi olla hyvin vaikeaa. (Rosenberg 2007, 17–19.)

Syövän hoidossa käytettävät hormonit voivat aiheuttaa mielialan vaihteluita, ärtyisyyttä ja väsymystä. Antiestrogeenihoito aiheuttaa naisille kuukautisten loppumisen ja vaihdevuosisoireet. Syövän hoidossa käytettävät kipulääkkeet voivat aiheuttaa väsymystä ja heikentää kosketustuntokykyä vaikuttaen kiihottumiseen ja orgasmin saantiin. Syöpään sairastumisen aiheuttamaa masennusta tai ahdistusta voidaan hoitaa mielialalääkkeillä, joiden tyypillisiä sivuvaikutuksia ovat haluttomuus ja orgasmivaikeudet. (Rosenberg 2007, 19.)

6.1.1 Toiminnallisten ongelmien apukeinot

Emättimen kuroutumisen ehkäisyyn ja hoitoon nainen voi käyttää dilatointia eli emättimen laajentamista. Turvallisen dilatoinnin toteuttamiseen nainen tarvitsee hoitohenkilökunnan ammatillisia ohjeita. Dilatointi tulisi aloittaa heti kun lääkäri antaa siihen luvan, mahdollisesti jo hoitojen aikana. Dilatointi voidaan aloittaa varovasti omilla sormilla, pienellä tekopeniksellä tai hieromasauvalla. Laajentaminen voidaan aloittaa ensin pienemmällä sauvalla ja siirtyä asteittain suurempaan. Sauvan käytössä on muistettava riittävä liukuvoiteen käyttö. Liukuvoiteen tulee olla vesiliukoista sädehoidossa käytettävien röntgensäteiden johtumisen vuoksi. Limakalvojen herkkyyden ja tulehdusvaaran vuoksi omasta käsihygieniasta ja sauvan puhdistuksesta tulee huolehtia. Dilatoinnin voi myös suorittaa esimerkiksi oma kumppani. Useimmat naiset kokevat dilatoinnin enemmän mekaaniseksi hoitotoimenpiteeksi kuin itsensä hellimiseksi. Kun dilatointia on harjoitettu aluksi sormin ja sauvoilla, voi myöhemmin käyttää yhdyntää laajennuskeinona. Laajennusta on hyvä tehdä noin kolme kertaa

viikossa ja sitä jatketaan yksilöstä riippuen 6-12 kuukautta. Sädehoidon aiheuttamia emättimen arpeutumisen ongelmia voi esiintyä pitkäänkin hoitajakson loppumisen jälkeen. (Annunen 2000; Rosenberg 2000, 176–177; 2006, 293–294; Skott ym. 2006, 29.)

Limakalvojen kuivumis- ja ärtymisongelmat voivat aiheuttaa yhdyntäkipua. Tähän voi apukeinona käyttää erilaisia liukasteita. Hoitohenkilökunnan tulee liittää liuku- ja hyväilyvoiteista ohjeistaminen osaksi seksuaalineuvontaa jokaiselle gynekologiselle potilaalle. Potilaalle tulisi kertoa, että liukuvoiteen käyttö on täysin luonnollista ja usein seksuaaliongelmia helpottava keino, jonka voi luontevasti liittää esimerkiksi esileikkiin. Erilaisia liukuvoiteita on tarjolla apteekkeissa, erotiikkaliikkeissä ja niitä on myös tilattavissa Internetistä. Jokaisen kannattaa kokeilla erilaisia liukasteita, jotta löytää itselleen sopivimman. Limakalvo-ongelmiin nainen voi käyttää paikallista estrogeenihoitoa tukemaan limakalvojen kuntoa. Paikallisia estrogeenihoitoja on sallittua käyttää, vaikka sairauden hormoniriippuvuuden vuoksi muu estrogeenihoito on kielletty. (Rosenberg 2000, 176–177; 2006, 293–294; Ryttyläinen & Valkama 2010, 170.)

Emättimen kuroutuminen ja limakalvo-ongelmat voivat aiheuttaa yhdyntäkipuja, jotka voivat johtaa jännittyneisyyteen sekä seksistä kieltäytymiseen. Liukuvoiteiden rinnalla paras keino yhdyntäkipuihin on oikeanlaisten yhdyntäasentojen löytäminen. Usein syöpäpotilailla kipukohta on emättimen takapohjukassa, jolloin peniksen liian voimakas työntäminen syvälle emättimeen aiheuttaa kipua. Kivun välttämiseksi parhaita yhdyntäasentoja ovat asennot, joissa nainen on kyljellään tai asennot, joissa nainen on päällä. Jos erilaisista apukeinoista huolimatta yhdyntäkiput jatkuvat, tulisi naisen hakeutua gynekologin vastaanotolle. Gynekologisen syövän leikkauksen jälkeen naisella voi olla emättimen alueella myös tuntopuutoksia, mitkä voivat aiheuttaa orgasmiongelmia. Naisen kannattaa tutustua omaan vartaloonsa rauhassa, koska uusien aistimusten tunnistaminen vaatii harjoittelua. (Rosenberg 2006, 293; Ryttyläinen & Valkama 2010, 172–173.)

6.2 Psykkiset vaikutukset

Syöpään sairastuminen herättää usein potilaissa voimakkaita tunnereaktioita ja emotionaalisia muutoksia. Tällaisia tunteita voivat olla järkytys, epävarmuus, syyllisyys, häpeä, viha, pelko, ahdistus ja yksinäisyys. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisten oireiden lisäksi tarkkailtava potilaassa tapahtuvia psyykkisiä muutoksia ja huolehdittava emotionaalisesta tuesta. Hoitajan empaattisuus, tunteista keskustelu ja potilaan kuuntelu ovat emotionaalisen tuen avainasioita. Gynekologiseen syöpään sairastumisen on todettu vaikuttavan ihmisen psyykeen erityisesti minäkuvan, itsetunnon ja parisuhteen kautta. (Kuuppelomäki 2000, 130–136; Katz 2005, 238.)

Psyykkinen toipuminen ja mahdolliset leikkauksen jälkeiset hoidot voivat olla raskaampia kuin fyysinen toipuminen. Sopeutuminen vakavaan sairauteen tarvitsee oikein ajoitettua psyykkistä tukea. Psykososiaalisen tuen tarve on suuri ja sen tulisi alkaa jo potilaan saadessa syöpädiagnoosin. Tukeminen ja ohjaus kuuluvat hoitotyön prosessiin koko syöpäsairauden ajan. Hoitohenkilökunnan on tärkeä omata vahva asiantuntemus ja herkkyys nähdä osa-alueet, jossa nainen tarvitsee eniten tukea. Psyykkistä tukea voidaan tarjota myös vertaistuen ja sopeutumisvalmennuksen kautta. Sairaudesta selviytymiseen vaikuttavat vahva sosiaalinen verkosto sekä konkreettinen tuki. (Ihme & Rainto 2008, 243–244.)

Toiminnalliset häiriöt sekä minäkuvan ja parisuhteen ongelmat ovat usein nivoutuneet yhteen ja aiheuttavat toinen toisiaan. Ongelmat voivat olla ohimeneviä tai pysyviä. Näitä hoitojen vaikutuksia ei tulisikaan käsitellä erikseen vaan yhtenäisenä osa-alueena naisen elämässä. Myös puoliso tulisi huomioida ohjausta ja neuvontaa annettaessa. Hänen pelkonsa, odotuksensa ja ennakkokäsityksensä voivat vaikuttaa olennaisesti naisen sairauden kokemukseen. (Katz 2005, 238; Rosenberg 2006, 293–296; Skott ym. 2006, 29.)

6.2.1 Vaikutukset minäkuvaan

Kasvaessaan ihminen luo itselleen omanlaisensa kehonkuvan ja seksuaali-identiteetin. Kehonkuva on jokaisella yksilöllinen ja sen kehitykseen vaikuttavat muun muassa aiempi hyväksynnän ja hyväksymättömyyden kokemus. Usein yksilölliseen kehonkuvaan kuuluu eheyden ja tuttuuden kokeminen: keho tuntuu omalta kaikkine ominaisuuksineen. Syöpä ja siihen liittyvät hoidot ovat selkeä uhka eheälle kehonkuvalle: kehosta poistetaan jotain tai se tuntuu vieraalta erilaisten hoitojen seurauksena. Syöpähoidot vaikuttavat myös ratkaisevasti naiseuteen ja seksuaalisuuden kokemukseen ja siihen liittyy usein myös minäkuvan muutos. (Rosenberg 2010a.)

Kirjallisuudessa kerrotaan ihmisellä olevan kaksi minäkuva; sisäinen ja ulkoinen minäkuva. Sisäisen minäkuvan muutoksella tarkoitetaan toimintoa, joka ei välttämättä näy ulospäin, esimerkiksi jonkin sisäisen elimen poisto. Ulkoisen minäkuvan muutoksella vastavuoroisesti tarkoitetaan muutosta, joka näkyy myös ulospäin. Tällaisia muutoksia ovat muun muassa leikkausarvet, näkyvät elinten tai kudosten poistot tai muut suuret ulkonäköön liittyvät muutokset. Minäkuvan muuttuminen on usein ennalta pelätty asia ja sillä voi olla suuri vaikutus ihmisen elämälle ja sen laadulle. (Rosenberg 2006, 286; 2007, 20; 2010a.)

Kehon muutosten kokeminen on yksilöllistä. Kuitenkin mitä lähempänä seksuaalisuuteen ja seksitoimintoihin vaikuttavia alueita ollaan, sitä suurempi vaikutus minäkuvan muutoksiin yleensä on. Olipa minäkuvan muutos sisäinen tai ulkoinen, aiheuttaa se tyypillisesti eriasteisia rikkinäisyyden ja vaillinaisuuden tunteita. Tämä johtaa siihen, että ehjää, kokonaisvaltaista kuvaa omasta kehostaan naisena on vaikea muodostaa. Muutokset voivat vaikuttaa ratkaisevasti seksuaali-identiteettiin sekä oman kehon hyväksyntään, koska nainen voi kokea itsensä rumana, ei-haluttavana ja vastenmielisenä. Naisen tunteet omaa muuttunutta kehoa kohtaan voivat olla hyvinkin kielteisiä. Minäkuva voi muuttua myös väliaikaisesti syöpähoitojen aikana esimerkiksi hiusten lähdön, laihtumisen tai kalpeuden vuoksi. (Rosenberg 2006, 286; 2007, 21.)

Yleisin virhe minäkuvan muutoksista kärsivän potilaan kohtaamisessa on asian vähättely ja sen toissijaistaminen. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen potilaan kohtaaminen auttaa naista saamaan tietoa kokonaistilanteesta, minkä avulla hän voi rakentaa uudelleen minäkuvaansa. Ammattitaitoiseen kohtaamiseen kuuluu avoin keskustelu ja potilaan tunteiden salliminen. Kehon muutosten kokeminen on yksilöllistä ja se on riippuvainen aikaisemmasta minäkuvan eheyden kokemuksesta. Toiset surevat minäkuvan muuttumista hetken, toisilla sopeutuminen vie kauankin aikaa ja osalle minäkuvan muutoksesta muodostuu pysyvä ongelma. Selviytymisen ensimmäinen askel on, että myöntää itselleen luvan eheytymiseen ja uskoo oikeuteensa olla edelleen täysipainoinen seksuaalinen ihminen. Eheytyminen ja uuden identiteetin rakentaminen voi alkaa vasta surutyön jälkeen, ja aikaa tähän jokainen potilas tarvitsee hyvin yksilöllisesti. Vertaistuellla on tärkeä merkitys myös minäkuvan eheytymisessä. Myös moniammatillisten asiantuntijoiden, kuten gynekologin, urologin, seksuaalineuvojan sekä pariterapeutin palveluita voi hyödyntää. Minäkuvan eheytyminen lähtee ihmisen sisältä käsin, mutta muutokseen voi hakea apua myös ulkoisilla apukeinoilla, kuten peruukin hankkimisella. (Malinen 2002, 161; Rosenberg 2006, 286; 2007, 23–24; Ihme & Rainto 2008, 244.)

6.2.2 Kriisin aiheuttamat muutokset

Sairastuminen vaikeaan ja pitkäaikaiseen sairauteen, kuten syöpään, käynnistää ihmisessä yksilöllisen kriisireaktion. Äkillisessä kriisissä psyykkinen sopeutumisprosessi alkaa heti. Riippuen tilanteen vakavuudesta ja sairastuneen henkilön persoonallisuudesta, kriisin ilmeneminen ja sen kesto voivat olla hyvinkin erilaisia. Koska järkyttävän tapahtuman aiheuttama elämänmuutos on suuri, myös sen käynnistämä sopeutumisprosessi on raju. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 159–161; Rosenberg 2007, 14.)

Äkillisen, järkyttävän tapahtuman käynnistämä sopeutumisprosessi ja sen vaiheet noudattavat yleensä vahvasti tiettyjä lainalaisuuksia. Sopeutumisprosessin kestossa ja reaktioiden voimakkuudessa on kuitenkin yksilöllisiä eroja. Kriisin vaiheita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Kriisin vaiheet voivat olla hyvin yksilökohtaisia ja ne saattavat ilmentyä eri henkilöillä eri järjestyksessä. (Noppari ym. 2007, 159–161.)

Sokkivaihe syntyy tyypillisesti heti traumatapahtuman jälkeen ja se voi kestää useita vuorokausia. Sokkivaiheessa tyypillisiä tunteita ovat tyrmistys, epäusko, hätä ja tuska. Sokkivaiheessa kaikki voi tuntua epätodelliselta, painajaismaiselta ja on vaikea ymmärtää tapahtunutta. Tunteet voivat vaihdella äärilaidasta toiseen. Usein sokkivaiheesta ei muista jälkeensä mitään, ja silloin annetut tiedot voivat unohtua täysin. Psykkinen sokki suojaa mieltä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota se ei pysty vastaanottamaan. Sokkivaiheessa on tärkeää, että joku huolehtii, kuuntelee ja on lähellä. (Noppari ym. 2007, 159–161.)

Reaktiovaiheessa ihminen alkaa ymmärtää sen, mitä on tapahtunut ja reagoida siihen. Reaktiovaihe on usein tunteiden myllerrystä; itkua, surua, syyllisyyttä ja epätoivoa. Jotkut ihmiset keskittyvät syyllisten etsimiseen, jolloin keskeisin tunne on viha ja aggressio, joka voi kohdistua esimerkiksi ulkopuoliseen ihmiseen. Syyttäminen on suojausmekanismi, joka suojaa omilta vaikeilta tunteilta. Reaktiovaiheeseen liittyy tyypillisesti myös pelkoa ja häpeää ihmisten kohtaamiseen traumaattisen kokemuksen jälkeen. Voimakkaat somaattiset tunteet ovat myös mahdollisia kuten väsymys, pahoinvointi ja rytmihäiriöt. (Noppari ym. 2007, 159–161.)

Reaktiovaihetta seuraa kriisin työstämis- ja käsittelyvaihe, jolloin ihminen käsittelee tapahtunutta omassa mielessään, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Tyypillisiä oireita tälle vaiheelle ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet sekä tavanomaisen joustokyvyn häviäminen. Tämä voi johtaa esimerkiksi malttinsa helposti menettämiseen tai epätyypillisiin raivokohtauksiin. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihminen saattaa vetäytyä ihmissuhteista ja velvollisuuksistaan lähes täysin. Kriisin työstämis- ja

käsittelyvaihe kestää tyypillisesti kauan, jopa vuoden tapahtumista. Työstämis- ja käsittelyvaiheen aikana ahdistuksen tunteet alkavat pikkuhiljaa väistyä, erilaiset tunteet saavat hahmon ja nimen ja niistä on helpompi puhua. Tapahtunutta pystyy myös jäsentämään ja katsomaan hieman kauempaa. (Noppari ym. 2007, 159–161.)

Kriisin uudelleen suuntautumisen vaihe kestää koko elämän ja tavoitteena on oppia elämään asian kanssa. Traumaattisesta vaiheesta on tullut osa itseä ja omia kokemuksia. Tapahtuma ei kuitenkaan ole enää jatkuvasti mielessä ja täytä ajatuksia. Voidaan sanoa, että kriisin kokenut ihminen on työstänyt kokemuksensa läpi. (Noppari ym. 2007, 159–161.)

Kriisin sokki- ja reaktiovaiheiden aikana ihmisen mieli ja elämä on myllerryksessä, eivätkä seksuaalisuuteen tai seksiin liittyvät asiat ole välttämättä päällimmäisenä mielessä. Osalla kuitenkin voi puhjeta esimerkiksi pelko ulkonäön muuttumisesta, kumppanin menettämisestä tai uusien ihmissuhteiden solmimisen vaikeudesta. Pelkoa voi aiheuttaa myös seksistä nauttimisen kyvyn menettäminen, hedelmällisyyskysymykset tai orgasmikyvyn menettäminen. Kun syöpä ilmenee vahvasti seksuaalisuuteen liittyvällä alueella, kuten sukupuolielimissä, seksuaalitoiminnot ovat uhattuna ja minäkuva muuttuu nopeasti. Tällöin tunteet liittyvät vahvasti seksuaalisuuteen jo sairastumisen alusta alkaen ja tunteet voivat olla hyvin ahdistavia potilaalle. Kriisin eri vaiheissa onkin tärkeää puhua myös naiseuteen liittyvistä peloista ja tunteista, purkaa niitä yksilöllisin keinoin ja hankkia niistä tarvittavaa tietoa. Kriisin kokemiseen ja siitä selviämiseen auttaa oma positiivinen suhtautuminen, toiveikkuus, taisteleva asenne sekä puolison ja ystävien tuki. (Rosenberg 2007, 14–15.)

6.3 Vaikutukset parisuhteeseen

Syöpään sairastuminen vaikuttaa monella tavalla niin sairastuneeseen kuin hänen puolisoonsa. Sairastuminen voi olla uhka parisuhteelle ja vieraannuttaa parisuhteen osapuolet toisistaan tai olla vastaavasti parisuhteen tulevaisuus ja saada liiton vahvistumaan. Syöpään sairastuessa elämää ja parisuhdetta alkaa helposti hallita sairaus. Totutut roolit saattavat vaihtua ja odotukset puolisoa kohtaan voivat kasvaa. Koska ihmiset kokevat syöpään sairastumisen eri tavalla, ei ole tavatonta, että sairastunut joutuukin puolison tukijan ja kannattelijan rooliin. Tällöin sairastuneen omalle surutyölle ja tunteille ei jää tilaa. Kriisireaktio voi aikaansaada myös muutoksen sairastuneen käytöksessä, joka voi poiketa rajusti aiemmasta käyttäytymisestä. Sairastuneesta voi tulla katkera ja kärsimätön, mustasukkainen ja eristyvä tai hän pitää kumppanin ulkopuolisena tilanteesta, eikä salli tukea tai myötäelämistä. (Malinen 2002, 162; Rosenberg 2007, 29–32.)

Syöpäsairauden kohdanneessa parisuhteessa voi olla yhtä lailla ongelmia kuin muissakin parisuhteissa. Tavallisimpia ongelmia ovat puhumattomuus, kyvyttömyys tai haluttomuus ymmärtää toista osapuolta, ajatusten kohtaamattomuus, itsekkyyys ja mustasukkaisuus. Psyykkiset tekijät, kuten minäkuvan muutokset ja itsetunnon lasku, voivat viedä sairastuneen hyvinkin minä-keskeiseen maailmaan, jolloin puolison voi olla vaikea ymmärtää sairastuneen käytöstä. (Rosenberg 2007, 27–29.)

Parisuhteen laatu ja tilanne vaikuttavat kriisistä selviytymiseen. Parisuhteen selviytymiselle on tärkeää puolisoitten välinen rakkaus ja kunnioitus. On myös tärkeä osata arvostaa kumppania ja hänen tunteitaan sekä hänen yksilöllistä tapansa selviytyä hankalan elämäntilanteen kohdatessa. Yhdessä opettujen parisuhteen selviytymiskeinojen käyttö on tärkeää, mutta yhtä tärkeää on myös sallia puolison yksilölliset keinot selviytyä kohdanneesta kriisistä. Myös kyky keskustella, kertoa avoimesti omista tunteistaan ja toisen aito kuuntelu edesauttavat parisuhteen laatua sairastumisen jälkeen. Selviytymistä voi myös helpottaa tieto, että parisuhdeongelmat

ovat hyvin yleisiä syöpään sairastuessa ja suurin osa parisuhteista selviää kohtaamistaan haasteista. (Malinen 2002, 162; Rosenberg 2007, 29–32.)

Gynekologista syöpää sairastavan potilaan parisuhteessa seksuaalineuvonnan antamalla tuella voi olla tärkeä merkitys. Seksuaalineuvonnan avulla voidaan luoda avointa keskusteluilmapiiriä parisuhteeseen ja nostaa esiin mielessä olevia asioita. Avoin kommunikaatio voi poistaa parisuhdetta rasittavia turhia pelkoja. Parisuhteen kannalta olisikin tärkeää, että molemmat parisuhteen osapuolet kävisivät keskusteluja syöpähoitojen aiheuttamista muutoksista ja vaikutuksista parisuhteeseen. Jaksakseen kulkea sairastuneen rinnalla, myös terve puoliso tarvitsee aikaa itselleen, mahdollisuuden keskustella omista tunnereaktioistaan, oikeuden olla terve ja elää terveen ihmisen elämää. (Rosenberg 2007, 29–32; Susi 2009.)

6.3.1 Seksuaalinen haluttomuus

Seksuaalisuus on olennainen osa parisuhdetta. Seksuaalisuus parisuhteessa tarjoaa jaettua mielihyvää, vahvistaa intiimiyttä ja voi helpottaa jännitystä ja stressiä. Seksuaalisuus antaa voimaa parisuhteelle ja siihen liittyviin tunteisiin. Intiimiys parisuhteessa edellyttää sitoutumista suhteeseen, toisen seksuaalisuuteen, tunteisiin ja arvoihin. Kun pitkässä parisuhteessä on opittu toimimaan yhdessä seksuaalisesti tyydyttävästi, parisuhteen seksuaalinen tyytyväisyys lisääntyy ja intiimiys tiivistyy. Kun seksuaalisuudessa on häiriöitä, se kuluttaa parisuhteen elinvoimaa ja intiimiyttä. Seksuaalinen halu on erilaisista seksuaalireaktioista kaikista monimutkaisin ja herkimmin haavoittuva. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 241; Kumpula & Malinen 2006, 370–371.)

Seksuaalisen haluttomuuden on todettu olevan syöpähoitojen yleisin sivuvaikutus. Sairauden aiheuttama kriisi, pelko ja ahdistuneisuus voivat omalta osaltaan vähentää

parisuhteen molempien osapuolten kiinnostusta seksuaalisuuteen ja seksiin. Erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa sairaus täyttää koko elämän, eikä seksuaalisuudelle löydy tilaa. Haluttomuus syöpähoitojen aikana on normaali ilmiö ja yleensä ohimenevää. Sukupuolielämä palautuu yleensä ennalleen ajan kuluessa ja kriisin voittamisen jälkeen, ja kun molemmat osapuolet ovat siihen valmiita. Yhtäkkinen haluttomuus voi kuitenkin aiheuttaa sairastuneelle ahdistuneisuuden ja syyllisyyden tunteita. (Rosenberg 2000, 182; 2007, 30.)

Puolison voi olla puolestaan vaikea ymmärtää sairastuneen haluttomuuden syitä. Kumppanin voi olla vaikea tiedostaa, että seksuaalinen haluttomuus ei johdu parisuhteesta, vaan sairauden vaativista hoidoista. Tämä voi olla helpottava tieto parisuhteelle, vapauttaa turhista paineista ja helpottaa sopeutumista tilanteeseen. Puolison on myös tärkeä ymmärtää, että haluttomuus on normaali ja väliaikainen ilmiö syöpähoitojen aikana. Kumppani voi myös itse kokea haluttomuutta, koska voi olla puolisonsa tilanteesta niin ahdistunut tai pelätä sairauden pahenevan seksistä tai tarttuvan yhdynnässä. Kertomalla potilaalle ja hänen puolisolleen haluttomuudesta ja sen normaaliudesta, voi hoitaja pienellä työllä helpottaa parisuhteen tilannetta. (Rosenberg 2000, 182; Susi 2009.)

Haluttomuudesta huolimatta olisi tärkeää säilyttää fyysinen yhteys parisuhteessa. Läheisyys, hellyys ja koskettelu säilyttävät fyysisen yhteyden ja osoittavat rakkautta ja yhteenkuuluvaisuutta. Avoin keskustelu haluttomuudesta ja sen aiheuttamista tunteista voivat myös helpottaa tilannetta. Sopimalla yhdessä, että väliaikaisesti yhdynät unohdetaan ja osoitetaan muunlaista hellyyttä ja läheisyyttä, helpottuu hankalan tilanteen hyväksyminen. On myös hyvä muistaa, että itsetyydytys on täysin sallittua ja toimiva tapa tällaisessa tilanteessa. (Rosenberg 2007, 31.)

7 SYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALISUUDEN KOHTAAMINEN

7.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä

Seksuaaliterveys on tärkeä osa naisen terveyttä ja sen huomioiminen kuuluu ammatilliseen ja kokonaisvaltaiseen naistentautien hoitotyöhön. Seksuaalisuuden huomioon ottamisen lähtökohtana toimii luottamuksellinen vuorovaikutussuhde sairastuneen naisen ja hoitohenkilökunnan välillä. Ilman toimivaa vuorovaikutussuhdetta seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä on mahdotonta käsitellä. Muita työntekijän peruslähtökohtia seksuaalisuuden käsittelemiseen potilaan kanssa ovat oman seksuaalisuuden kohtaaminen, omat asenteet ja empatiakyky sekä seksologiset tiedot ja taidot. (Ilmonen 2006, 43; Ryttyläinen 2010, 5-7.)

Ammatillisen ja tuloksellisen keskustelun seksuaalisuudesta tulisi perustua vapaaehtoisuuteen potilaan kannalta ja aktiivisuuteen hoitohenkilökunnan puolelta. Ammatillisesti pätevällä työntekijällä on oltava edellytykset olla aloitteentekijänä ja luvan antajana seksuaalisuudesta puhumiseen. Kun seksuaalisuus on otettu puheeksi hoitohenkilökunnan puolelta, kokevat potilaat aiheen tärkeäksi ja sallituksi. Seksuaalisuudella on toki erilaisia painoarvoja ja merkityksiä eri elämänvaiheissa ja tilanteissa, joten puheeksi ottaminen on hyvä tapahtua myös potilaan aloitteesta. Seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä tulisi aina käsitellä naisen tarpeiden mukaan ja hänen elämänsä lähtökohdista käsin. Seksuaalisuus on hyvin yksilöllistä ja henkilökohtaista, jolloin nainen on tässä suhteessa oman elämänsä asiantuntija. (Ilmonen 2006, 43; Ryttyläinen 2010, 5-7.)

Jokaisella gynekologista syöpää sairastavalla naisella ja hänen puolisoillaan on oikeus hoitojen aikana saada asiallista tietoa sairauden ja hoitotoimenpiteiden vaikutuksista seksuaaliseen toimintakykyyn. Tällöin hoitohenkilökunnalla tulisi olla aikaa pysähtyä

tilanteeseen ja huomioida potilaan tarve seksuaalisuudesta keskusteluun. Naisen seksuaalisuuden salliminen ja potilaan kuuleminen ei vaadi yleensä mitään lisäresursseja hoitajan taholta. Seksuaaliohjauksen peruselementtejä naistentautien hoitotyössä on potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen eli luvan antaminen seksuaalisuuteen sekä rajatun tiedon antaminen. Luvan antamisella tarkoitetaan sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja rajatun tiedon antamisella tiedon antoa potilaan nimenomaiseen kysymykseen tai huolenaiheeseen. (Ryttyläinen 2010, 5-7.)

7.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Valtaosalla syöpäpotilaista on toive, että hoitaja ottaa seksuaalisuuden puheeksi hoitojakson aikana. Seksuaalisuudesta puhuminen hoitopolun eri vaiheissa on tärkeää, koska potilaat voivat kokea asian kiellettyinä ja vähäpätöisempänä muuhun hoitoon ja tutkimuksiin verrattaessa. Useat gynekologista syöpää sairastavat naiset ja heidän puolisonsa kokevat saaneensa liian vähän tietoa seksuaaliasioista sairaalahoidon aikana. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 244–245; Katz 2005, 238–241.)

Seksuaalineuvonta tulisi ajoittaa oikeaan aikaan, mikä voi parantaa merkittävästi gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisen eheyden palautumista. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi keskustella syöpäpotilaan kanssa syöpädiagnoosin saadessa ja ensimmäisen hoitojakson aikana, jälkitarkastuksen yhteydessä sekä kuusi kuukautta hoitojen jälkeen. Usein jälkitarkastuksessa naisilla nousevat esiin ensimmäiseen yhdyntään liittyvät kysymykset, jolloin konkreettisten toiminnallisten apukeinojen ohjaus on aiheellista. Kuusi kuukautta syöpähoitojen jälkeen sopeutuminen sairauteen on yleensä hyvässä vauhdissa, jolloin seksuaaliasiat voivat nousta aiempaa selvemmin esille. Keskustelutilanteisiin olisi tärkeää ottaa myös kumppani mukaan. (Gamel, Hengeveld & Davis 2000, 678–688; Susi 2011, 78.) Boothin ym. (2005) tutkimuksen mukaan potilaat, jotka saivat syöpädiagnoosin aikaan tukea ja neuvontaa hoitajilta kokivat huomattavasti vähemmän ahdistusta kuuden kuukauden kuluttua diagnosoinnista kuin potilaat, joilla tätä mahdollisuutta henkilökunnan tukeen ei ollut.

Myös Gamelin ym. mukaan (2000) naisen sopeutuminen seksuaalielämän muutoksiin on helpompaa kuuden kuukauden kuluttua syöpähoidoista, jos hän on saanut asianmukaista neuvontaa hoitajensa alkuvaiheessa.

Puheeksi ottamista ei tule tehdä liian hankalaksi. Esimerkiksi potilaan tullessa sairaalaan, voidaan tulohaastattelun yhteydessä ottaa esiin myös seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Asiaan on hyvä palata myös myöhemmin uudelleen ja korostaa asian neutraalisuutta kertomalla tämän olevan osaston hoitokäytäntö. Kätilö voi esimerkiksi kertoa, että osastolla on tapana keskustella kaikkien syöpäpotilaiden kanssa muutoksista, joihin sairaus ja hoidot seksuaalisuuden suhteen vaikuttavat. Keskusteltaessa potilaan kanssa seksuaalisuudesta, on hyvä käyttää niin sanottuja avaavia tai avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset eivät rajoita potilasta vastaamaan etukäteen asetettuihin vaihtoehtoihin, eivätkä sulje pois erilaisia vaihtoehtoja. Avoimet kysymykset alkavat sanoin ”mikä”, ”miten”, ”miltä” tai ”milloin”. Keskustelutilanteessa hoitajan tulisi korostaa keskustelun luottamuksellisuutta ja käyttää ammatillisia käsitteitä ja sanoja. Puhuttaessa seksuaalisuudesta on hyvä valita sellaisia sanoja, jotka ”sopivat omaan suuhun” luontevimmin ja ovat potilaalle tuttuja. (Smith & Babaian 1992, 271–275; Ryttyläinen 2010, 6.)

On hyvä muistaa, että seksuaalisuus koetaan hyvin yksityisenä ja intiiminä asiana ja siitä puhuminen saattaa olla vaikeaa potilaalle. Potilas voi kokea seksuaalisuudesta keskustelemiseen hänen yksityisyyttään loukkaavana, jolloin korostuu kätilön taito tuoda asia ammatillisesti esille. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 45.) Intiimin statuksensa vuoksi seksuaalisuuden puheeksi otto vaatii työntekijältä hienotunteisuutta ohjaustilanteissa. Myös luottamuksellinen ja kiireetön ilmapiiri lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Hoitajan sanaton viestintä koetaan myös tärkeäksi. Lupa seksuaalisuuden kokemiselle viestittyy usein jo hoitajan olemuksesta, ilmeistä, eleistä ja äänenpainoista. Usein potilaat rekisteröivät herkästi non-verbaalisen viestinnän kuunnellessaan, miten hoitaja puhuu seksuaalisuudesta tai miten hän reagoi seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin. (Ilmonen 2006, 47–48; Susi 2011, 82.)

Ohjaustilanteessa asioiden selkeyttäminen potilaalle anatomisten kuvien avulla helpottaa asian sisäistämistä. Kuvien avulla voidaan kerrata mitä leikkauksessa on tehty tai mitä ulkoisia muutoksia leikkaus on tuonut. Ohjaustilanteessa on hyvä puhua selkeää kieltä ja välttää käyttämästä vierasperäisiä sanoja. Ohjauksen välillä kannattaa tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjeet, joista on keskusteltu. Kirjalliset ohjeet läpikäydyistä asioista auttavat asioiden mieleen jäämistä. Tärkeintä ohjauksen kannalta on ottaa seksuaalisuus rohkeasti esille. Jokainen ohjaustilanne vahvistaa ohjaajan omaa osaamista. Vähitellen huomaa, että seksuaalisuuden puheeksi ottaminen muuttuu luontevammaksi ja helpommaksi. (Ilmonen 2006, 47–48; Susi 2011, 82.)

7.2.1 Puheeksi ottamisen tueksi

Puheeksi ottamisen tueksi Jack Annon on kehitellyt PLISSIT-mallin (1976), jota voidaan käyttää seksuaalineuvonnan ja -terapian viitekehyksenä. Mallia voidaan soveltaa myös kätilötyössä. PLISSIT-mallissa on neljä tasoa, jotka kuvaavat lähestymistapoja, kun käsitellään seksuaalisuutta tai seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia (liite 1). Lyhenne PLISSIT tulee sanoista Permission – luvan antaminen, Limited Information – rajattu tieto, Specific Suggestions – erityisohjeet ja Intensive Therapy – intensiivinen terapia. (Annon 1976, 1-15; Ilmonen 2006, 45; Pietiläinen 2007, 554–555.)

Ensimmäiset tasot, luvan ja rajatun tiedon antaminen muodostavat seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan kokonaisuuden perusterveydenhuollossa. Seksuaalineuvontaa tulisi tarjota terveydenhuollon ja sosiaalitoimen peruspalveluissa ja sitä voidaan antaa yksilölle tai ryhmälle. Kätilökoulutus antaa valmiudet käyttää työssä kahta ensimmäistä PLISSIT-mallin tasoa. Kaksi viimeistä tasoa muodostavat erityispalvelut, kuten seksuaaliterapian, joita voidaan tarjota, kun perustason ohjeistus ei ole riittävää. Näiden tasojen käyttö työssä edellyttää erityisen seksuaaliterapiakoulutuksen. (Ilmonen 2006, 45; Pietiläinen 2007, 554–555.)

Ensimmäistä tasoa kuvaava ”P” antaa potilaalle luvan kysyä ja puhua omasta seksuaalisuudestaan. Luvan antaminen on joko ehkäisevää tai hoitavaa toimintaa, eikä sen tarkoitus ole pureutua syvällisiin seksuaaliongelmiin. Kätilöllä tulisi olla valmius kohdata potilaan seksuaalisuus ensimmäisellä tasolla ilman erillistä valmistautumista. Toista tasoa kuvaava ”LI” tarkoittaa potilaalle annettavaa kohdennettua tietoa. Tämä voi olla esimerkiksi gynekologista syöpää sairastavan naisen seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien käsittelemistä. (Pietiläinen 2007, 554–555.)

”SS”- ja ”IT” -taso vaativat työntekijältä eritasoisten terapioiden hallintaa ja erityiskoulutusta. ”SS” tarkoittaa erityistason neuvontaa ja toimintaohjeiden antamista. ”IT” voi tarkoittaa esimerkiksi pitkäkestoista seksuaaliterapiaa tai muita erilaisia terapiamuotoja. Näiden kahden tason asiakkaan ongelmat voivat olla monitahoisia, kuten seksuaalisen väkivallan kokemusten käsittelyä. ”SS”-tason ongelmia voivat olla esimerkiksi seksuaalinen haluttomuus, kiihottumisongelmat tai kivulias yhdyntä. Nämä voivat olla tyypillisiä ongelmia gynekologista syöpää sairastavalla potilaalla. (Pietiläinen 2007, 554–555.)

Jack Annonin mallin pohjalta Davis ja Taylor ovat muokanneet Ex-PLISSIT-mallin vastaamaan hoitotyön tarpeita (liite 2). Tässä mallissa huomioidaan erityisesti työntekijän ammatillinen kasvu. Ex-PLISSIT-mallissa olennaista on hoitajan itsereflektio ja keskustelun arviointi potilaan kanssa. Tämän tarkoituksena on lisätä hoitajan itsetuntemusta. Myös omien uskomusten kyseenalaistaminen ja sitä kautta seksologisen tietoperustan vahvistaminen ovat osa hoitajan itsereflektiota. (Davis & Taylor 2006, 101–109; Ryttyläinen & Valkama 2010, 53.)

PLISSIT- mallin lisäksi Mick, Hughes ja Cohen (2004) ovat kehitelleet syöpäpotilaiden kanssa keskustelun apuna käytettävän BETTER-mallin (kuva 2). ”B” tulee sanoista bringing up the topic, joka tarkoittaa seksuaalisuuden esille nostamista puheessa. Seuraava kohta ”E” (explain) velvoittaa selvittämään, että seksuaalisuus vaikuttaa elämänlaatuun ja että potilaalla on oikeus puhua seksuaalisuudesta hoitotiimin kanssa. ”T” (tell) taas kehottaa kertomaan, että potilaalle löydetään sopivat resurssit käsitellä

heidän huolenaiheitaan. Koska aika (”T”, timing) ei ole aina sopiva potilaalle, tulee hänelle korostaa, että hän voi ottaa seksuaalisuuden puheeksi milloin tahansa. Potilaiden tulisi olla myös tietoisia (”E”, educated) sairauden tai sen hoitojen mahdollisista sivuvaikutuksista heidän seksuaalisuuteensa. ”R” (record) taas muistuttaa raportoinnin tärkeydestä. (Mick, Hughes & Cohen 2004, 84–86; Katz 2005, 241; Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.)

BETTER- MALLI	
Bring up the topic	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen.
Explain	Kerrotaan, että hoitotyössä kuuluu keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Kysymyksiin etsitään vastaus ja kaikista huolenaiheista voi kertoa.
Tell	Kerrotaan, että tarvittavat tiedot ja voimavarat hankitaan asiakkaan huolenaiheiden käsittelemiseksi.
Timing	Ajoitetaan keskustelu oikein. Jos ajoitus ei ole potilaalle sopiva, ilmaistaan että seksuaaliasioista voi kysyä milloin tahansa.
Educate	Asiakasta ohjataan sairauden tai sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen.
Record	Potilasasiakirjoihin kirjaaminen omasta arvioinnista ja toiminnasta.

KUVA 2. BETTER -malli (Mick, Hughes & Cohen 2004)

7.3 Tutkimustuloksia

Syöpä ja seksuaalisuus sekä seksuaalisuuden puheeksi otto ja seksuaalisuuden kohtaaminen ovat olleet jo vuosien ajan tutkijoita kiinnostava aihe. Aihetta on tutkittu sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Tutkimustulokset ovat osoittaneet syöpäsairauksien erilaisten hoitomuotojen vaikuttavan oleellisesti seksuaalisiin toimintoihin ja heikentävän tätä kautta potilaiden elämänlaatua. Tutkimusten mukaan seksuaalisuuden kohtaaminen ja puheeksi otto on koettu vaikeaksi

niin parisuhteessa kuin hoitohenkilökunnankin kanssa. Syöpäpotilaiden on usein vaikea kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, minkä vuoksi he eivät saa tarpeeksi tietoa aiheesta. (Smith & Babaiian 1992; Steinke ym. 1993; Gamel ym. 2000; Katz 2005; Booth ym. 2005.)

Suomalaisista tutkijoista Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä ja Hautamäki ovat tutkineet (2003) sekä potilaiden että henkilökunnan näkemyksiä syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyssä. Petäjä puolestaan on tutkinut (2010) naistenklinikan gynekologisten hoitajien seksuaalisuuden puheeksi ottamisen toteutumiseen vaikuttavia asenteita ja uskomuksia, seksuaaliohjausta edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistarpeita.

Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä ja Hautamäki ovat selvittäneet Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS) viidessä klinikassa potilaiden ja henkilökunnan näkemyksiä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelystä. Tutkijat keräsivät tietoa kyselylomakkeilla syöpätautien klinikassa sekä sisätautien, neurologian, urologian ja naistentautien toimipaikoissa. Kyselylomakkeiden jälkeen tutkijat haastattelivat 14:sta syöpäpotilasta. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 244.)

Tutkimustulosten mukaan 63 % syöpään sairastuneista potilaista koki sairastumisella tai sen vaativilla hoidoilla olleen vaikutusta heidän seksuaalisuuteensa. 73 % vastaajista piti tärkeänä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä sairaalassa ollessa. Myös yli 60-vuotiaista syöpäpotilaista 75 % piti seksuaalisuudesta keskustelemista tärkeänä. Tärkeimmäksi asiaksi potilaat arvioivat luvan saamisen seksuaalisuudesta puhumiseen. Potilaat kokivat kuitenkin seksuaalisuuden araksi aiheeksi ja pelkäsivät lääkärin toissijaistavan asian syövän hoitoon nähden. Vastaajista 86 % toivoi lääkärin tai hoitohenkilökunnan tekevän aloitteen seksuaalisuudesta keskusteluun. Ainoastaan 4 % oli valmiita tekemään itse keskustelunaloitteen. Syöpätautien klinikan potilaat toivoivat, että heille kerrottaisiin haluttomuuden olevan normaalia syöpähoitojen aikana, limakalvojen kuivumisesta ja mahdollisista apukeinoista, kuten liukastusvoiteista. Myös pelko syövän leviämisestä tai tarttumisesta yhdynnässä nousi esiin potilaiden

keskuudessa. Potilaista 82 % arvioi, että jos seksuaalisuudesta ei keskusteltu hoitojakson aikana, se johtui henkilökunnan ajanpuutteesta. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 244–245.)

Sama kyselytutkimus tehtiin myös TAYS:in syöpätautien klinikoiden henkilökunnalle. 95 % syöpätautien klinikan henkilökunnasta koki seksuaalisuuteen liittyvien asioiden kuuluvan heidän työhönsä. Kuitenkin 62 % hoitajista keskusteli potilaan kanssa seksuaalisuudesta harvemmin kuin 10 %:ssa tapauksista. Potilaan aloitteesta seksuaalisuudesta oli keskustellut 91 % hoitajista, potilaan omaisen aloitteesta 19 % ja omasta aloitteesta vain 36 %. Oman koulutuksen puutteellisuutta sekä ajan puutetta pidettiin tärkeimpinä syinä siihen, ettei keskusteluja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista käyty. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 244–245.)

Petäjä on puolestaan tutkinut (2010) Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS) naistenklinikan hoitohenkilökunnan seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviä asenteita, uskomuksia ja kokemuksia sekä osaamisen kehittämistarpeita kyselylomakkeiden avulla. Samassa tutkimuksessa käsiteltiin myös hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaaliohjausta edistävästä ja estävästä tekijöistä. Tutkimukseen osallistuneiden hoitohenkilökunnan työyksikköjä olivat synnytysvuodeosasto, prenataaliosasto, synnytysosasto, äitiyspoliklinikka, naistentautien vuodeosasto ja naistentautien onkologinen vuodeosasto, naistentautien poliklinikka sekä naistentautien leikkausosasto. (Petäjä 2010, 33–34.)

TYKS:in naistentautien yksiköiden hoitajat kokivat luvan antamisen seksuaalisuuden puheeksi ottoon olevan heidän velvollisuutensa hoitotyössä. Sen mainittiin olevan tärkeää ja osa kokonaisvaltaista, hyvää potilashoitoa. Ristiriidan tutkimustuloksissa aiheuttaa se, että osa vastaajista piti kuitenkin seksuaalisuutta toissijaisena asiana potilaan hoitoprosessissa sekä omaan työhön kuulumattomana. Potilaan tekemä aloite, vastaanottavaisuus, kiinnostus aiheeseen sekä potilaan vointi koettiin tärkeiksi tekijöiksi puheeksi ottamisen kannalta. Monet hoitajat kokivat kotiutustilanteen hyväksi tilaisuudeksi ottaa seksuaalisuus puheeksi. Positiivisia kokemuksia seksuaaliasioiden

keskustelemisestä potilaiden kanssa oli kolmasosalla vastaajista. Neljäsosa kyselyyn vastanneista hoitajista piti seksuaalisuuden puheeksi ottamista vaikeana. 6 % vastanneista hoitajista koki seksuaalisuuden liian yksityiseksi asiaksi keskustella. (Petäjä 2010, 41–42.)

Naistentautien yksiköiden hoitohenkilökunta kokivat seksuaalisuuden puheeksi ottamista edistävästä tekijöistä tärkeimmäksi potilaan aloitteen keskusteluun. Kolmasosa vastaajista olikin sitä mieltä, että seksuaalisuudesta tulisi puhua vain potilaan tekemästä aloitteesta. Muita edistäviä tekijöitä olivat potilaan vastaanottavaisuus ja ikä. Hoitajien osaamisen näkökulmasta edistäviksi tekijöiksi koettiin hoitajien tiedot, koulutus, kokemus ja asenteet. Neljäsosa vastaajista mainitsi seksuaalisuuden puheeksi ottamista edistävän jos sairaudella tai hoitotoimenpiteellä oli selkeä vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Esteiksi seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen hoitajat kokivat potilaan haluttomuuden keskustella seksuaalisuudesta, potilaan iän, voinnin ja vaivaantuneisuuden. 53 % naistenklinikan hoitajista oli sitä mieltä, että sairaalassa hoidossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta. Estäviksi tekijöiksi mainittiin myös vieras kulttuuri tai uskonto, mielenterveyden tila, syöpäleikkaus ja seksuaalielämän tai parisuhteen tila. (Petäjä 2010, 44–46.)

Hoitohenkilökunnan osaamisen näkökulmasta seksuaaliohjausta estäviksi tekijöiksi koettiin tiedon puute, hoitajan vaivaantuneisuus, yksityisyyden puute, kiire, muut tärkeämmät asiat sekä toimimaton vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Yli puolet tutkimukseen vastanneista naistenklinikan hoitajista koki olevansa tietämättömiä gynekologisten sairauksien ja niiden hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Lähes kaikki hoitajat kokivat tarvitsevansa täydennyskoulutusta voidakseen kohdata potilaan seksuaalisuuden. Koulutusta toivottiin muun muassa vuorovaikutuksesta, seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta ja potilasohjauksesta. (Petäjä 2010, 44–46.)

Yllä olevat ongelmat eivät koske vain suomalaista hoitokulttuuria. Myös monissa kansainvälisissä tutkimuksissa on noussut esiin samantyyllisiä tuloksia. Esimerkiksi Stead, Brown, Fallowfield ja Selby ovat tutkimuksessaan (2003) selvittäneet

brittiläisessä sairaalassa hoitajien vetäytyvän samojen syiden taakse jättäessään seksuaalisuudesta puhumisen taka-alalle gynekologista syöpää sairastavan naisen hoidossa. Syyt olivat samankaltaisia kuin Petäjän tutkimuksessa; hoitajan vaivaantuneisuus, tiedon ja taidon puute puhua asiasta sekä hoitajien kokemus siitä, että asia ei ole heidän vastuullaan. Hoitajat kokivat myös työstään puuttuvan riittävät resurssit, jotta he voisivat käsitellä potilaiden seksuaalisuuden ongelmia.

Kuten tutkimustuloksista käy ilmi, seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koetaan usein vaikeana hoitohenkilökunnan taholta. Hoitaja saattaa siirtää puheeksi ottamista ja ajatella, että aika ei ole oikea, osa-alue ei kosketa tätä potilasta tai potilasta ei kiinnosta tai häntä loukkaa seksuaalisuudesta puhuminen. Vaikka aiheesta on vaikea keskustella, asian puheeksi ottaminen ei saa jäädä potilaan vastuulle. (Ryttläinen 2010, 6.) Tutkimusten mukaan hoitajat kokivat, etteivät ole saaneet tarpeeksi koulutusta gynekologisten sairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tarjoamalla hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden lisäkouluttautumiseen voidaan kynnystä puheeksi ottamiseen pienentää, kohdata potilaan seksuaalisuus ammattimaisesti sekä tarjota korkealaatuista, kokonaisvaltaista hoitoa.

8 KÄTILÖN ROOLI

8.1 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen

Ammattitaitoinen kätilö kykenee työssään kohtaamaan asiakkaan seksuaalisuuden luontevasti ja käsittelemään siihen liittyviä kysymyksiä asiakkaan kanssa. Jotta hoitajana pystyisi kohtaamaan asiakkaan kokonaisvaltaisesti, tulee työntekijän käsitellä ensin omaa seksuaalisuuttaan. Tämä edellyttää oman seksuaalisuuden työstämisestä sekä yksityishenkilönä että hoitotyön tekijänä. Ennen kuin hoitaja kykenee antamaan potilaan puhua seksuaalisuudesta, tulee lupa antaa ensin itselleen. Hoitotyössä voi antaa asiakkaalle luvan käsitellä seksuaalisuutta vain sen verran, kuin on itselleen antanut lupaa käsitellä aihetta. Apuna oman seksuaalisuuden kohtaamisessa työntekijä voi käyttää aiemmin käsiteltyä Ex-PLISSIT-mallia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 53, 133.)

Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 133–135) mukaan oman seksuaalisuuden kohtaaminen tarkoittaa työskentelyä seksuaalisuuteen liittyvien tunteiden, arvojen, normien, asenteiden ja uskomusten kanssa. Hoitotyötä tekevän on tärkeää tietoisesti tarkastella sitä, mitä ajattelee esimerkiksi seksuaalisuuden moninaisuudesta tai sairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen. On hyvä pohtia omaa asennettaan niissä asioissa, jotka tuntuvat vierailta tai vaikeilta sekä asioissa, joita ei ymmärrä tai hyväksy. Myös pohdinta siitä, mitä itse pitää luvallisena ja nautittavana mahdollistaa omien rajojen tunnistamisen suhteessa seksuaalisuuteen. Jokainen ”ei” on raja, jonka hoitotyön tekijä asettaa itselleen ja samalla myös potilaalle. Vaikka rajat paljastavat asenteet ja suhtautumisen, ovat ne myös mahdollisuus henkilökohtaiselle sekä ammatilliselle kehitymiselle. Myös oman seksuaalihistorian läpikäyminen lapsuudesta nykyhetkeen saakka auttaa ymmärtämään omaa suhtautumista seksuaalisuuden eri ilmenemismuotoihin.

Hoitajan oman seksuaalisuuden ja asenteiden tiedostaminen on tärkeää. Arkipäivän hoitotyössä ohjatessa, hoitaessa tai neuvoessa potilasta, asenteet voivat olla jopa esteenä seksuaalisuudesta keskusteluun. Jos potilas aistii hoitajan vastustavan hänen valintojaan tai elämäntapaansa, voi hänen olla vaikeaa tai jopa mahdotonta kysyä omasta seksuaalisuudestaan. Ammattieettisesti on oikein lähteä työntekijänä kehittämään seksologista ja seksuaaliterveyden osaamistaan tietoisesti ja tavoitteellisesti sen sijaan, että oppisi suoraan asiakkaiden kautta. Jokaisen henkilökohtainen näkemys ja käsitys seksuaalisuudesta on jollain tavalla rajoittunut. Tällöin työntekijä voi oppia potilaaltaan erityisesti työntekijälle uudesta ja vieraasta asiasta. Vaikka potilas on oman elämänsä asiantuntija, on vieraan tilanteen kohdatessa parempi kysyä potilaalta suoraan kuin olettaa jotain. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 134–135.)

8.2 Persoonan käyttö hoitotyössä

Jokainen kätilö tekee hoitotyötä omalla persoonallaan, ja hoitotyö on ja saa ollakin tekijänsä näköistä. Hoitotyö muovautuu tekijänsä näköiseksi ajan kanssa sekä tietojen ja kokemuksen karttuessa. Tällainen persoonallinen tieto on myös tietoa omista yhteistyötaidoista ja tietoisuutta siitä, miten itseään käyttää terapeuttisesti hoitosuhteissa. Persoonallinen tieto tarkoittaa myös ymmärrystä hoitotyön tavoitteista. Persoonallista tietoa on mahdollista työstää tiedoksi, taidoksi ja asenteiksi käytännön toiminnassa reflektion ja tekemisen kautta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 136–137.)

Persoonallista tietoa ei voi opettaa toiselle, eikä sitä voi aina kuvata sanallisesti. Persoonallisen tiedon karttuminen edellyttää aina henkilökohtaista kasvua: työhön liittyvien mielikuvien, omien arvojen, sitoumuksien ja ihanteiden uudelleen arvioimista. Selkeä ammatti-identiteetti kuitenkin mahdollistaa tietoisesti oman persoonan käytön työvälineenä. Oman persoonan käyttö työvälineenä tarkoittaa jatkuvaa työssä kohdattujen asioiden jäsentelyä ja erittelyä. Persoonallinen tieto seksuaalisuuden alueella rakentuu oman seksuaalisuuden tiedostamisesta, oman sukupuoli- ja seksuaali-

identiteetin ja omien kehityskriisien hyväksymisestä ja taidosta reflektoida omia seksuaalisuutta koskevia myyttejä. Itsereflektio vaatii kuitenkin aikaa, toistoja ja opettelua. Kukaan ei pysty syvälliseen itsereflektioon hetkessä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 136–137.)

Koska seksuaalikysymysten käsittely on hyvin arkaluontoista, asettaa se haasteita hoitajan persoonan käyttöön. Naiset aistivat herkästi hoitajan vaivaantuneisuuden, jonka vuoksi on tärkeää, että hoitaja tunnistaa omat voimavaransa ja kykynsä käsitellä seksuaalisuutta. Sen lisäksi, että hoitaja on hyväksynyt oman seksuaalisuutensa, tulee hänellä olla halua ja kykyä työskennellä potilaiden kanssa, jotka ilmaisevat seksuaalisuuttaan eri tavoin. Hoitajalla on toki myös lupa kielteisiin tunteisiin, mutta ammatillisen hoitotyön luonteeseen kuuluu, ettei tätä ilmaise potilaalle. On tärkeää viestittää omalla persoonalla ja ammattitaidolla potilaalle, että hyväksyy tämän ihmisenä juuri sellaisena kuin hän on. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 136–137.)

8.3 Kätilötyötä ohjaavat periaatteet

Kätilö ei toimi työssään vain omien vakaumustensa ja arvojensa mukaan, vaan hän on sitoutunut ammattinsa edellyttämiin eettisiin ohjeisiin eli ammattisääntöihin. Seksuaalisuus on intiimiytensä vuoksi hyvin henkilökohtaista, jolloin hoitajan epäammattillinen ja epäeettinen toiminta voivat herkästi haavoittaa naista. Ammattisäännöillä pyritään takaamaan eettisesti korkeatasoinen toiminta ja suojaamaan haavoittuvassa asemassa olevaa naista. Kätilö toimii työssään eettisen vastuunsa tiedostaen ja käyttäen tietojansa, taitojaan ja ammattikokemustaan hoitaessaan eri elämänvaiheissa olevia naisia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44.)

Hoitotyötä ohjaavia arvoja on määritelty usean eri tahon toimesta ja niihin kuuluu muun muassa ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen,

oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Suomen Kätilöliitto on laatinut erityisesti kätilön työtä ohjaavia periaatteita ja arvoja, jotka löytyvät ”Laatua kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet” -julkaisusta (2004). Hoitotyötä ohjaavista arvoista ja periaatteista voidaan nostaa esiin seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta integriteetti eli eheys, turvallisuus, hoidon jatkuvuus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys, kokonaisuhoito ja itsemääräämisoikeus. Nämä hoitotyön periaatteet tarkoittavat myös asiakkaan seksuaalisuuden kohtaamisessa tiettyjä asioita. (Suomen Kätilöliitto 2004; Väyrynen 2007, 35–36; Ryttyläinen & Valkama 2010, 48.)

Integriteetillä tarkoitetaan ihmisen kokonaisuutta, eheyttä ja loukkaamattomuutta. Integriteettiä voidaan käsitellä fyysisestä, sosiaalisesta tai psyykkisestä ulottuvuudesta käsin. Intimiteettisuoja ja potilaan fyysinen kohtelu ovat osa ihmisen fyysistä integriteettiä. Toteuttamalla kehoa kunnioittavaa hoitotyötä, voidaan ilmentää potilaalle, että hänen kehonsa on arvokas ja hyvä. Sosiaalinen integriteetti käsittää potilaan tarpeen yksityisyyteen sekä tarpeen kontaktiin muiden ihmisten kanssa. Sosiaalisen integriteetin säilymistä voidaan edesauttaa potilaan valintojen ja seksuaalisuuden kunnioittamisella. Psyykkiseen integriteettiin kuuluu psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen ja kunnioittava kohtelu riippumatta esimerkiksi potilaan seksuaalisista valinnoista. Näin voidaan vahvistaa potilaan psyykkisiä voimavaroja ja auttaa seksuaalisen integriteetin kokemisessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Turvallisuuden periaate toteutuu hoitotyössä siten, että potilaalle annetaan parasta mahdollista hoitoa seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Lähtökohtana turvallisuuden periaatteen toteutumiseksi on luottamuksellinen hoitosuhde. Tällöin potilas uskaltaa nostaa turvallisesti esiin seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Turvallisuus merkitsee myös sitä, että hoitaja kykenee käsittelemään potilaan kanssa ammatillisesti ja ahdistumatta seksuaalisuuteen liittyviä asioita. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Hoidon jatkuvuutta voidaan turvata seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvillä suullisilla ja kirjallisilla ohjeistuksilla ja tiedottamisella. Hoidon jatkuvuuden kannalta

on myös tärkeää, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on yhteisesti sovitut toimintatavat seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien hoitotavoista ja seksuaaliterapian tarjonnasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Yksilöllisyydellä potilaan seksuaalisuuden kohtaamisessa tarkoitetaan jokaisen potilaan ainutlaatuisuuden huomioimista. Jokaisella ihmisellä on oma merkityksensä ja painoarvonsa seksuaalisuudelle ja jokainen ilmentää omaa seksuaalisuuttaan ainutkertaisella tavalla. Hoitotyössä tulisi huomioida, että jokainen sairaus ja toimenpide vaikuttavat seksuaalisuuteen eri tavoin. Potilaan oman seksuaalisuuden ja seksuaali-identiteetin määrittely onkin yksi tärkeä lähtökohta hoitotyössä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Perhekeskeisyys hoitotyössä tarkoittaa sitä, että asiakkaan kumppani huomioidaan potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Seksuaaliasioista keskustelu onkin tärkeää parisuhteen molempien osapuolten kanssa. Näin molemmat pystyvät hyötymään seksuaaliohjauksesta ja -neuvonnasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Kokonaishoidon periaatteen mukaan seksuaalisuus kuuluu olennaisena osana ihmiselämään ja on näin ollen myös osa hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan on kyettävä kohtaamaan työssään potilaan seksuaalisuus. Hoitajan velvollisuus on sisällyttää potilasohjaukseen seksuaaliasioiden ohjaus silloin, kun se on olennaista potilaan hoidon ja toipumisen kannalta. Kokonaisvaltainen hoito edellyttää usein asiantuntijoita eri aloilta kuten seksuaalineuvojaa, gynekologia, urologia ja psykologia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

Itsemääräämisoikeudella potilaan seksuaalisuuden kohtaamisessa tarkoitetaan, että potilaalla on oikeus päättää haluaako hän käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita hoitojaksonsa aikana. Hoitajan velvollisuutena on kuitenkin antaa aina lupa ja mahdollisuus keskusteluun. Seksuaalisella itsemääräämisellä tarkoitetaan sitä, että

jokaisella on oikeus omaan kehoonsa, tunteisiin ja mielipiteisiin, oikeus määrittää omat rajansa sekä oikeus hyväksyvään ympäristöön. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–51.)

8.4 Kätilö syöpäpotilaan tukijana

Kätilön työtä ajatellaan usein yksioikoisesti vain synnytyksessä avustamiseksi. Kätilökoulutus kuitenkin antaa laajat valmiudet toimia naisen ja naiseuden tukijana koko naisen elämänkaaren ajan, aina vauvasta vanhukseen. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriö ovat soveltaneet Euroopan neuvoston kätilödirektiivissä (80/155/ETY) määriteltyjä kätilöntehtäviä niin, että Suomessa laillistettu kätilö toimii myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen sekä naistentautien hoitotyön asiantuntijana. (Pienimaa 2007, 25–27.)

Kätilön on työssään hallittava kokonaisvaltaisesti gynekologisen syöpäpotilaan hoito, huomioiden sekä fyysiset että psyykkiset muutokset ja vaikutukset. Gynekologista syöpäpotilasta voidaan tukea monin eri tavoin. Olennaisinta erityisesti leikkauspotilaan hoidossa on fyysisen toipumisen hoito ja ohjaus. Kätilön on työssään ymmärrettävä miten lantionalueen ja sukupuolielinten leikkaukset vaikuttavat potilaaseen ja hänen elämänlaatuunsa. Lähes kaikki syöpähoidot vaikuttavat ratkaisevasti myös naisen seksuaalitoimintoihin ja seksuaalisuuden kokemiseen. Tämän vuoksi erilaisten syöpähoitojen vaikutusten ymmärtäminen, niiden hoito ja potilaan ohjaus ovat olennainen osa kätilön työtä. Kätilön on työssään hallittava myös konkreettinen ohjaus, esimerkiksi toiminnallisten ongelmien apukeinojen ohjaus (dilatointi, liukastusvoiteiden käyttö). Leikkauksen jälkeiset ulkoiset muutokset vaikuttavat olennaisesti naisen seksuaalielämään, minäkuvaan ja sitä kautta parisuhteeseen ja sosiaaliseen elämään.

Kun potilaan fyysinen toipuminen on lähtenyt hyvin käyntiin, on helpompi lähteä tukemaan psyykkisiä muutoksia. Emotionaalinen tukeminen ja psyykkisten muutosten

havainnointi ovat olennainen osa syöpäpotilaan hoitoa. Hoitotyön ammattilaisena on hallittava myös kriisityön perusteet, koska syöpään sairastuminen aiheuttaa aina ihmiselle kriisin. Jokainen ihminen kokee kriisin yksilöllisellä tavalla. Hoitohenkilökunnan on tärkeä tukea ja ohjata potilasta myös kriisin eri vaiheissa. Gynekologiseen syöpään sairastuminen vaikuttaa kriisiytymisen lisäksi ihmisen psyykeen erityisesti minäkuvan, itsetunnon ja parisuhteen kautta. Syöpä ja siihen liittyvät hoidot ovat uhka ihmisen eheälle kehonkuvalle; nämä vaikuttavat usein ratkaisevasti naiseuteen ja seksuaalisuuden kokemukseen, jotka aiheuttavat minäkuvan muutoksen. Minäkuvan muutoksista kärsivän potilaan hoidossa tulisi välttää asian vähättelyä ja toissijaistamista. Ammattitaitoinen kohtaaminen ja kokonaistilanteesta riittävä tiedon saanti auttavat naista rakentamaan minäkuvaansa uudelleen. Potilaan tunteiden salliminen ja avoin keskustelu ovat osa ammattitaitoista kohtaamista.

Myös parisuhteen huomiointi syöpäpotilaan hoidossa on tärkeää. Kumppanin ja perheenjäsenten ohjaus on oleellinen osa hoitoa. Kätilön on tärkeää huomioida työssään muut perheen jäsenet, jotta he voivat osallistua voimavarojensa mukaan naisen hoitoon ja saada tarpeeksi ohjausta ja tukea. Kannustamalla avoimeen keskusteluun voidaan tukea parisuhteen selviytymistä. Kätilön on hyvä työssään kertoa parisuhdeongelmien olevan hyvin yleisiä syöpään sairastuessa, ja suurin osa parisuhteista selviää näistä kohtaamistaan haasteista. Seksuaalineuvontaa syöpähoitojen aiheuttamista muutoksista ja niiden vaikutuksista parisuhteeseen on tärkeä antaa parisuhteen molemmille osapuolille. Parisuhdetta voi helpottaa tieto, että esimerkiksi seksuaalinen haluttomuus on normaalia ja ohimenevää syöpähoitojen aikana.

Fyysiset ja psyykkiset ongelmat nivoutuvat syöpäpotilaalla usein yhteen. Syöpään sairastumisen ja sen erilaisten hoitomuotojen vaikutuksia ei tulisikaan käsitellä erillisinä ongelmina vaan yhtenäisenä osa-alueena naisen elämässä. Seksuaalisuus ja siinä ilmenevät ongelmat tulevat esiin sekä fyysisyyden että psyykkisyyden osa-alueilla. Seksuaalisuuden kohtaaminen ja käsitteleminen ovat osa gynekologisen syöpäpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Syöpäpotilas tarvitsee kätilön antamaa tukea seksuaalisuuden käsittelyssä sekä kätilön myötätuntoa ja arvostusta ja tiedon antamista sopivana ajankohtana.

9 POHDINTA

Valmistumisen jälkeen kättilöllä tulee olla valmiudet toimia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen sekä naistentautien hoitotyön asiantuntijana. Gynekologiset syöpäpotilaat ovat kokonaisvaltaiselta hoidoltaan haastavia potilaita naistentautien hoitotyössä, joka vaatii laaja-alaista osaamista kättilöltä. Syöpäpotilaiden hoidossa, kohtaamisessa ja ohjaamisessa tulee huomioida monia eri asioita, joista seksuaalisuus on olennainen osa-alue. Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus sekä olennainen osa ihmisyyttä koko elämän ajan, minkä vuoksi sen huomioiminen hoitotyössä on tärkeää. Syöpään sairastuminen ja syövän eri hoitomuodot vaikuttavat oleellisesti naisen kokemukseen seksuaalisuudesta.

Omat haasteensa gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyöhön tuo potilaiden lyhyet hoitotaksot. Tämän vuoksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat jäävät usein puuttumaan hoitokokonaisuudesta. Lyhyen sairaalassa tapahtuvan hoitotaksin aikana on monia asioita käsiteltävänä, jolloin seksuaalisuuden puheeksi otto vaikeutuu. Myös hoitotilojen puutteellisuus voi vaikeuttaa osaltaan seksuaalisuuden puheeksi ottoa. Potilashuoneet ovat usein monen hengen huoneita, mikä hankaloittaa intiimien ja yksityisten asioiden puheeksi ottoa. Hoitotiloja kehittämällä voidaan parantaa yksityisyyden suojaa ja luoda miellyttävämpi tilanne keskustelulle. Myös rauhallisessa ympäristössä tapahtuva kotiutustilanne loisi osaltaan puitteet ottaa seksuaalisuus luontevasti puheeksi.

Seksuaalisuuden kohtaamista hoitotyössä on tutkittu laajasti. Erityisesti syöpäpotilaiden seksuaalisuuden kohtaamisesta tutkimuksia on kuitenkin verrattain vähän ja ne kaipaavat uudempia tutkimustuloksia rinnalleen. Tämän vuoksi työstämme löytyy osittain vanhojakin lähteitä, koska uudempaa tutkimusmateriaalia on tarjolla niukasti. Verrattaessa uusia ja vanhempia tutkimuksia toisiinsa, tutkimustulokset ovat kuitenkin hyvin samankaltaisia. Tästä olemme tehneet päätelmän vanhempien tutkimusten relevanttiudesta ja niiden sopivuudesta työn lähteiksi. Ryttyläinen ja Rosenberg ovat tutkineet seksologiaa laajasti ja työssämme olemme käyttäneet lähteinä pääasiallisesti heidän tekemäänsä kirjallisuutta.

Kehittämistehtävä Moodle-oppimisympäristössä on mielestämme onnistunut ja opiskelijoita palveleva. Uskomme työn kehittävän opiskelijoiden seksologisia tietoja ja taitoja sekä antavan valmiuksia syöpäpotilaan seksuaalisuuden kohtaamiseen. Olemme pyrkineet tekemään oppimateriaalin tekstistä helppolukuista sekä ymmärrettävää ja ulkoasultaan selkeää. Sairaanhoidaja- ja kättilöopiskelijoiden perusopintoihin kuuluu naistentautien opintojakso, jossa käsitellään kattavasti syöpätaudit. Tämän vuoksi olemme rajanneet oppimateriaalin sisältöä jättämällä gynekologisten syöpien osuuden materiaalista pois.

Jatkotutkimusaiheena mielenkiintoista voisi olla puolison kokemus syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Sairastuneen kumppanilla voisi olla omat ajatuksensa siitä, muuttuuko seksuaalisuus parisuhteessa syöpään sairastumisen jälkeen. Myös puolison kokemus hoitohenkilökunnalta saamasta ohjauksesta olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe. Hoitohenkilökunnan kokemus lisäkoulutuksen tarpeesta luo puolestaan näkökulman uudeksi tutkimushaasteeksi: kehittyisikö osaaminen ja muuttuisiko seksuaalisuuden puheeksi ottaminen helpommaksi koulutuksen myötä?

LÄHTEET

- Alvinen, M. & Hakulinen, H. 2005. Myytit kohtaavat: gynekologinen syöpä muovaa naiseutta. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Andersen, B. 1990. How cancer affects sexual functioning. *Oncology* 4 (6), 81–88.
- Annon, J. 1976. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of sex education and therapy* 2, 1-15.
- Annunen, P. 2000. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuuden tukeminen sädehoidon aikana. Seksologiset erikoistumisopinnot. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Anttila, A. 2004. Uudet seulontamenetelmät. Teoksessa *Focus Oncologiae*. Kohdunkaulan syöpä. Syöpäsäätiön julkaisusarja No 5, 2004. Helsinki: Erweko.
- Anttonen, A. 2010. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, PW., Henningsohn, L. & Steineck, G. 1999. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine* 340, 1383-1389.
- Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J. & Farrell, C. 2005. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynecological cancer. *Patient Education and Counseling* 56 (2), 225–232.
- Corney, R., Crowther, M., Everett, H., Howells, A. & Shepherd, J. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology* 100 (1), 73-78.
- Cull, A., Covie, V., Farquharson, D., Livingstone, J., Smart, G. & Elton, R. 1993. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer* 68; 1216-1220.
- Davis, S. & Taylor, B. 2006. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. Teoksessa Davis, S. (toim.) *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*. Elsevier: Edinburgh.
- Elonen, E. & Elomaa, I. 2006. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Elonen, E. & Järviluoma, E. 1998. Solunsalpaajahoito-opas. Vantaa: Duodecim.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

- Eskola, K. & Hytönen, E. 1998. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Focus Oncologiae. 2004. Kohdunkaulan syöpä. Syöpäsäätiön julkaisusarja No 5, 2004. Helsinki: Erweko.
- Gamel, C., Hengeveld, M. & Davis, B. 2000. Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 9, 678-688.
- Greenberg, J., Bruess, C. & Conklin S. 2011. Exploring the dimensions of human sexuality. United States of America: Jones & Bartlett Publishers, LCC.
- Grénman, S. 2008. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hakala, J. 1998. Opinnäyte luovasti. Kehittämisen- ja tutkimustyön opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ilmonen, T. & Nissinen J. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2008. Sexual rights: an IPPF declaration. Luettu 21.9.2011. <http://www.ippf.org>
- Joensuu, H. 2006. Hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Joensuu, H., Kouri, M., Ojala, A., Tenhunen, M. & Teppo, L. (toim.) 2002. Kliininen sädehoito. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2006. Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jussila, A-L., Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karhu-Hämäläinen, A. 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitojakson aikana. Väitöstutkimus. Turku: Turun yliopisto.
- Kataja, V. & Johansson, R. 2006. Hormonihoidon perusteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Katz, A. 2005. The Sound of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* 23 (1), 238–241.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Hautamäki, K. & Väisälä, L. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 119 (3), 237–246.

Kivelä, A. 2007. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kohtaniemi-Talonen, L. 2007. Irtosolunäyte kohdunkaulan syövän ehkäisyssä. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.). *Seksuaalisuus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koponen, J., Koponen, S. & Rekola, M. 2009. Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia. Hoitotyön koulutusohjelma. Tikkurila: Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kouri, M., Ojala A. & Tenhunen, M. 2006. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kumpula, S. & Malinen, V. 2006. Parisuhde, intiimiys ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

Lehtinen, M. 2004. Rokotteet yleisiä sukupuolitauteja ja niiden komplikaatioita vastaan - esimerkkinä papilloomavirus ja kohdunkaulan syöpä. Teoksessa *Focus Oncologiae*. Kohdunkaulan syöpä. Syöpäsäätiön julkaisusarja No 5, 2004. Helsinki: Erweko.

Leminen, A. & Lehtovirta, P. 2008. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Malinen, L. 2002. Syöpä ja seksuaalisuus. *Kätilölehti* 4/2002, 161–162.

Mick, J. A., Hughes, M. & Cohen, M. Z. 2004. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 8 (1), 84–86.

Mettiäinen, S. & Virikko, H. 2008. Kirjallisen raportin rakenne- ja muotovaatimukset. Opinnäytetyöohje. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Nieminen, P. 2008. Gynekologinen irtosolunäyte. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Nylund, A-M., Järvinen, S., Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008. Tampere.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) 2007. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Pan American Health Organization (PAHO). 2011. Luettu 23.9.2011.
<http://new.paho.org/>

Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Pienimaa, A. 2007. Kätilötyö tänään. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Pietiläinen, S. 2007. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ritamo, M. (toim.) 2008. Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystyöpalveluissa. Stakes työpapereita 26/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) 2011. Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011.

Roberts, P. 2006. Kirurginen hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

Rosenberg, L. 2007. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen Syöpäpotilaat ry:n potilasopas. Mainostoimisto Contra Oy.

Rosenberg, L. 2010a. Minäkuva muuttuu. Luettu 26.11.2010.
[http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/](http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/minakuva/)

Rosenberg, L. 2010b. Parisuhde ja seksuaalisuus. Luettu 22.9.2011.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/>

Ryttyläinen, K. 2010. Seksuaaliohjaus naistentautien hoitotyössä. Kätilölehti 5/2010, 5-7.

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

Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Keski- Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Salmi, T. & Leminen, A. 2006. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Skott, S., Rosenberg, L., Valasti, H., Sandberg, T., Väättänen, J. & Kosonen, T. 2006. Suuri seksivälineopas. Eesti: Sincity Publishing.

Smith, D. & Babaian R. 1992. The effects of treatment on male fertility and sexuality. *Cancer Nurs* 15, 271–275.

Staff, S., naistentautien erikoislääkäri. 2011. Gynekologiset syövät. Luento. Naistentautien hoitotyö-opintopaketti 19.9.2011. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Steinke, E. & Patterson-Midgley, P. 1993. Perspectives of nurses and patients on the need for sexual counseling of MI patients. *Rehabil Nurse* 23 (112), 64-70.

Stead, M., Brown, J., Fallowfield, L. & Selby, P. 2003. Lack of communication between healthcare professionals and woman with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer* 88, 666–671.

Suomen Kätilöliitto. 2004. Laatuäät kätilytyöhön - kätilytyön eettiset ja laadulliset perusteet. Luettu 22.9.2011. <http://www.suomenkatiloliitto.fi>

Suomen Punainen Risti. 2010. Äkillisen kriisin vaiheet. Luettu 23.11.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Suomen Syöpärekisteri. Syöpätautien tilastollinen ja epidemiologinen tutkimuslaitos. Yleisimmät syövät vuonna 2009, naiset. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 27.10.2011. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri>

Suomen Syöpärekisteri. Syöpätautien tilastollinen ja epidemiologinen tutkimuslaitos. Yleisimmät syöpäkuolemansyyt vuonna 2009, naiset. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 27.10.2011. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri>

Susi, J. 2009. Seksuaalineuvonta edistää syöpäpotilaan paranemista. *Sairaanhoitaja-lehti* 8/2009.

Susi, J. 2011. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalineuvonta. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turpeenniemi-Hujanen, T., Lehtovirta, P. & Kataja V. 2002. Munasarjasyöpä. Teoksessa Joensuu, H., Kouri, M., Ojala, A., Tenhunen, M. & Teppo, L. (toim.) Kliininen sädehoito. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. 2009. Seksuaalisuuden puheeksiotto. Luettu 21.9.2011.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf>

Vesterinen, E. 2004. Papa-kokeen kertomaa. Solumuutoksesta kohdunkaulan syöpään. Helsinki: Edita.

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

Väisälä, L. 2006. Naisen seksuaaliongelmät. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Väestöliitto. Luettu 26.11.2010.
<http://www.vaestoliitto.fi>

Väestöliitto. 2011. Seksuaalioikeudet. Luettu 21.10.2011. <http://www.vaestoliitto.fi>

Väyrynen, P. 2007. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Weijmar Schultz, W. & Van de Wiel, H. 2003. Sexuality, Intimacy and Gynecological Cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy* 29, 121-128.

Wilmoth, M. & Spinelli, A. 2000. Sexual implications of gynaecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 29 (4), 413-421.

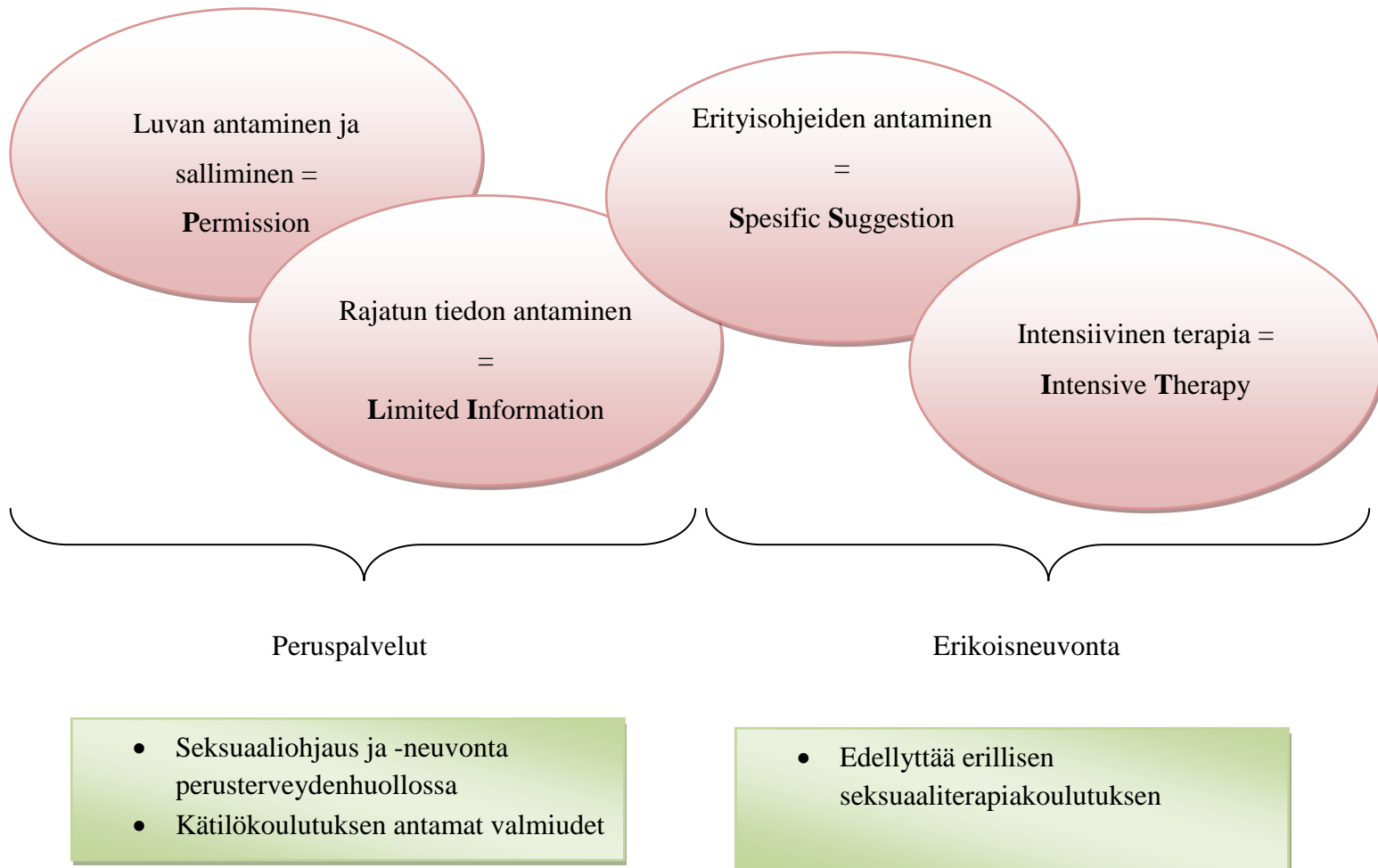
World Association for Sexual Health (WAS). 2010. Luettu 23.9.2011.
<http://www.worldsexology.org/>

World Health Organization (WHO). 2010. Sexual health. Luettu 23.11.2010.
http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

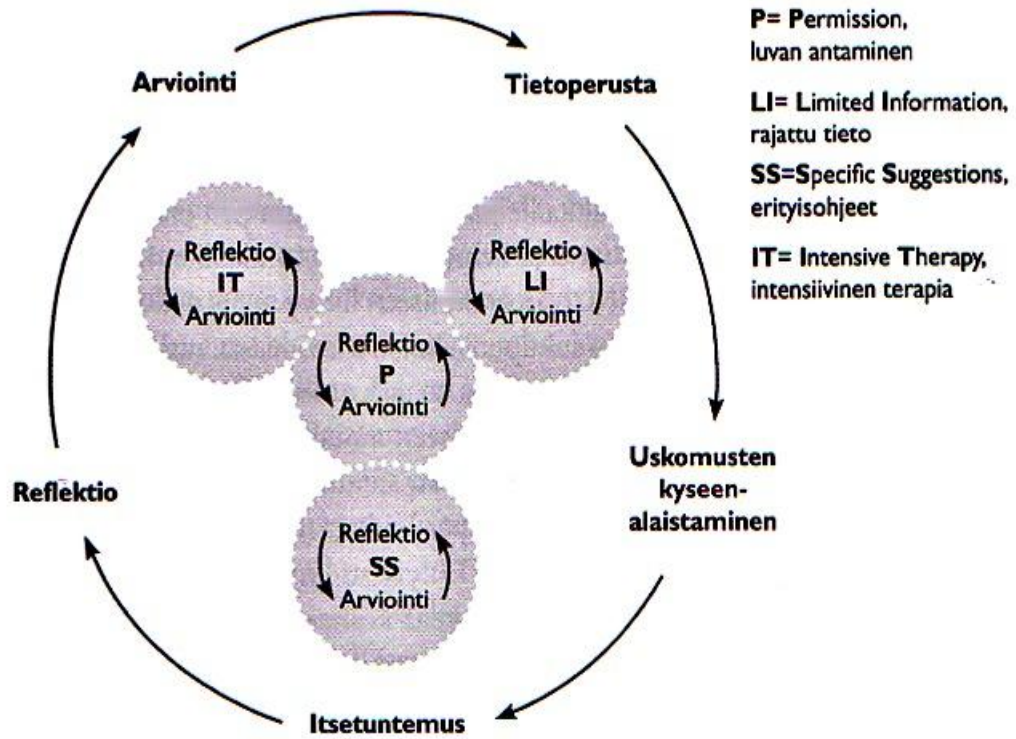
Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

LIITTEET

LIITE 1



PLISSIT- MALLI (mukaiillen Annon 1976, Pietiläinen 2007, Ryttyläinen & Valkama 2010)



Ex-PLISSIT-malli (Davis & Taylor 2006)