

**Milla Ojala ja Sini Paasila**

**”Nämä asiat olisi pitänyt ottaa puheeksi hoitojen aikana” – KOKEMUKSET SEKSUAALIOHJAUKSESTA JA SEN MERKITYKSESTÄ MIEHEN SEKSUAALISUUTEEN ETURAUHASYÖPÄÄ SAIRASTAESSA**

**Opinnäytetyö**

**CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

**Joulukuu 2015**

## TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

<b>Yksikkö</b> Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	<b>Aika</b> Joulukuu 2015	<b>Tekijä/tekijät</b> Ojala Milla Paasila Sini
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> ”Nämä asiat olisi pitänyt ottaa puheeksi hoitojen aikana” - KOKEMUKSET SEKSUAALIOHJAUKSESTA JA SEN MERKITYKSESTÄ MIEHEN SEKSUAALISUUTEEN ETURAUHASYÖPÄÄ SAIRASTAESSA		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Timo Kinnunen	<b>Sivumäärä</b> 38 + 3	
<b>Työelämäohjaaja</b> Maria Heikkilä-Nyman, Margit Strandberg-Heinonen		
<p>Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa. Opinnäytetyön aiheena oli eturauhassyöpä ja sen hoitojen vaikutukset miehen seksuaalisuuteen ja seksuaaliohjauksen merkitys. Tavoitteena oli tuoda esiin seksuaalisuuden muutosten merkitys miehelle eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen, jotta hoitohenkilökunnalla olisi tiedollisia valmiuksia tukea miehen seksuaalisuutta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 24 miestä Pohjanmaan alueelta, jotka sairastivat tai olivat sairastaneet eturauhassyöpää sekä osallistuivat Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen järjestämiin vertaistukiryhmiin. Kyselylomakkeista saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että eturauhassyövällä ja sen hoidolla on useita eri vaikutuksia seksuaalisuuteen kuten erektio-ongelmat tai seksuaalisen kanssakäymisen loppuminen. Tuloksista kävi myös ilmi, että seksuaaliohjaus oli puutteellista tai sitä ei oltu tarjottu ollenkaan.</p>		

**Asiasanat**

eturauhanen, eturauhassyöpä, eturauhassyövän hoito, seksuaaliohjaus, seksuaalisuus

**ABSTRACT**

<b>Unit</b> Kokkola-Pietarsaari	<b>Date</b> December 2015	<b>Author/s</b> Ojala Milla Paasila Sini
<b>Degree programme</b> Degree Programme in Nursing		
<b>Name of thesis</b> "These Things Should Have Brought up During Treatments" – EXPERIENCES OF SEXUAL GUIDANCE AND ITS IMPORTANCE FOR MAN'S SEXUALITY WHILE SUFFERING FROM PROSTATE CANCER		
<b>Instructor</b> MNSc Timo Kinnunen		<b>Pages</b> 38+3
<b>Supervisor</b> Maria Heikkilä-Nyman, Margit Strandberg-Heinonen		
<p>The thesis was made co-operating with Ostrobothnia's Cancer Society. The theme of the thesis was prostate cancer and its treatments effects on man's sexuality and the importance of sexual guidance. Thesis aim was to bring out the importance of sexual changes to men during and after treatments of prostate cancer so the personnel would have cognitive preparedness to support man's sexuality.</p> <p>Thesis was made as a qualitative research and the material was collected by open questionnaire. Questionnaire was answered by 24 men from Ostrobothnia area who had or had had prostate cancer and who had participated in peer support group organized by Ostrobothnias Cancer Society. Material collected by questionnaire was analyzed through inductive content analysis.</p> <p>Research results indicated that prostate cancer and its treatments has many effects on man's sexuality for example erection problems or end of sexual interactions. Research results also suggested that sexual guidance had been inadequate or it was not offered at all.</p>		

**Key words**

prostate, prostate cancer, treatment of prostate cancer, sexuality, sexual guidance

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT**

**SISÄLLYSLUETTELO**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 ETURAUHASSYÖPÄ</b>	<b>3</b>
2.1 Eturauhanen	3
2.2 Eturauhassyöpä	3
<b>3 ETURAUHASYÖVÄN HOITO</b>	<b>6</b>
3.1 Paikallisen eturauhassyövän hoito	6
3.2 Levinneen eturauhassyövän hoito	9
3.3 Kastratioresistentin eturauhassyövän hoito	10
<b>4 SEKSUAALISUUS</b>	<b>12</b>
4.1 Seksuaalisuuden määrittelyä	12
4.2 Seksuaaliohjaus ja -neuvonta	13
4.3 Syöpähoidot ja seksuaalisuus	15
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>18</b>
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>19</b>
6.1 Opinnäytetyön lähestymistapa	19
6.2 Yhteistyökumppanin ja kohderyhmän kuvaus	20
6.3 Aineistonkeruu	21
6.4 Aineiston analyysi	22
<b>7 TULOKSET</b>	<b>24</b>
7.1 Eturauhassyövän hoitojen vaikutukset miehen seksuaalisuuteen	24
7.2 Seksuaaliohjaus hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen	26
7.3 Toiveet seksuaaliohjauksesta hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen	27
<b>8 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>30</b>
8.1 Tutkimusetiikka	30
8.2 Luotettavuus	31
<b>9 POHDINTA</b>	<b>33</b>
9.1 Tulosten tarkastelua	33
9.2 Oppimisprosessin tarkastelua	34
9.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet	35
9.4 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle	35
<b>LÄHTEET</b>	<b>36</b>

## LITTEET

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2013 Suomessa todettiin 5043 uutta eturauhassyöpätapausta, ja se tekee siitä miesten yleisimmän syövän. Eturauhassyöpään sairastutaan keskimäärin 71 vuoden iässä, mutta jo yli 50-vuotiailla miehillä on eturauhassyövän esiintyvyys huomattavasti noussut. Joka kymmenes suomalainen mies sairastuu vuosittain eturauhassyöpään. (Suomen syöpärekisteri 2015; Tammela 2014, 252.)

Eturauhassyövän hoitoja ovat esimerkiksi eturauhasen poistoleikkaus, sädehoito sekä hormonihoito. Hoidot voivat vaikuttaa merkittävästi miehen seksuaalisuuteen. Yleisimpiä oireita ovat vähentynyt kiinnostus seksuaaliseen kanssakäymiseen ja vähentynyt mielihyvän tunne. Pahimmaksi haittavaikutukseksi on miesten keskuudessa koettu pysyvät tai pitkäaikaiset erektio-ongelmat tai impotenssi. (Katz 2005; Hautamäki-Lamminen 2012, 34.)

Edellä mainittujen asioiden takia valitsimme tämän opinnäytetyömme aiheeksi. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen sen yleisyyden vuoksi. Valintaamme vaikutti myös eturauhassyövän vähäinen julkisuus verrattuna esimerkiksi rintasyöpään, jonka puolesta kampanjoidaan ja jota käsitellään mediassa avoimesti.

Rajasimme aiheen seksuaalisuuden näkökulmaan, koska koemme, että seksuaalisuus jää vähälle huomiolle ihmisen sairastuessa. Erityisesti eturauhassyöpään sairastuessa seksuaalisuuden muutokset ovat keskeisessä asemassa. Seksuaalisuus on ihmisoikeus, joka kuuluu kaikille iästä ja terveydentilasta riippumatta (World Association for Sexual health 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää eturauhassyövän hoitojen vaikutusta ja seksuaaliohjauksen merkitystä miehen seksuaalisuuteen. Tavoitteena on tuoda esiin seksuaalisuuden muutosten merkitys miehelle eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen, jotta hoitohenkilökunnalla on tiedollisia valmiuksia tukea miehen seksuaalisuutta. Haemme opinnäytetyöllämme vastauksia siihen, millaisia vaikutuksia eturauhassyövän hoidoilla on ollut mie-

hen seksuaalisuuteen, millaista seksuaaliohjausta mies on saanut eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen sekä millaista seksuaaliohjausta mies tarvitsee eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Aiheen henkilökohtaisuuden ja arkuuden vuoksi koimme, että laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa kokemuksellisen ja monipuolisen aineiston.

Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa. Kohderyhmämme muodostuu eri-ikäisistä eturauhassyöpää sairastavista ja sairastaneista miehistä, jotka osallistuvat syöpäyhdistyksen järjestämiin vertaistukiryhmiin.

Pohjanmaan Syöpäyhdistys on perustettu vuonna 1956, ja sen tavoitteena on parantaa syöpäpotilaiden sekä heidän omaistensa sosiaalista hyvinvointia, vaikuttaa syöpään sairastumisen riskien vähenemiseen, edistää syövän varhaista toteamista ja tukea alan tieteellistä tutkimusta. Yhdistyksen palveluihin kuuluvat muun muassa keskusteluryhmät, tukihenkilötoiminta ja kuntoutus. (Pohjanmaan Syöpäyhdistys 2013a.)

## 2 ETURAUHASSYÖPÄ

Tässä luvussa tuomme teoretietoa eturauhasen anatomisesta rakenteesta ja fysiologiasta sekä eturauhassyövästä ja siihen liittyvistä riskeistä ja diagnosoinnista.

### 2.1 Eturauhanen

Eturauhanen sijaitsee virtsarakon kaulan ja lantion alapohjan välissä, virtsaputki kulkee eturauhasen läpi. Eturauhasen erottaa peräsuolesta vain ohuet sidekudoskerrokset. Aikuisella miehellä eturauhanen on pituudeltaan noin 4 senttimetriä ja painoltaan noin 20–25 grammaa. Muodoltaan eturauhanen muistuttaa hieman pyramidia. (Saarelma 2014; Hervonen & Virtanen 2013, 35.) Eturauhasen tehtävä on tuottaa ja varastoida siemennestettä sekä erittää sitä hitaasti sykäyksittäin (Saarelma 2014; Hervonen & Virtanen 2013, 35).

### 2.2 Eturauhassyöpä

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Suomen Syöpärekisterin mukaan vuonna 2013 Suomessa todettiin 5043 uutta eturauhassyöpätapausta. Syöpärekisterin tilastojen mukaan alle 40-vuotiailla miehillä harvoin esiintyy eturauhassyöpää, mutta yli 50-vuotiailla miehillä eturauhassyövän esiintyvyys nousee huomattavasti. (Suomen Syöpärekisteri 2015.) Keski-ikä eturauhassyöpään sairastuessa on 71 vuotta, ja noin joka kymmenes mies sairastuu siihen. Ikä on tärkein eturauhassyövän riskitekijä. (Tammela 2014, 252.)

Perinnöllisyys voi nostaa riskiä sairastua eturauhassyöpään. Yleisesti katsottuna vain muutama prosentti eturauhassyövistä liittyy geeniperimään, mutta Pohjoismaissa tehdyn tutkimuksen mukaan 43 % riskistä sairastua eturauhassyöpään tulee suvusta. Miehellä on kahdesta kolmeen kertaa suu-



remppi riski sairastua eturauhassyöpään, mikäli isällä tai veljellä on todettu kyseinen syöpä. Mitä nuorempana perheenjäsen on eturauhassyövän sairastanut, sitä suurempi riski lähisukulaisella on sairastumiseen. (Tammela 2013, 252.)

Eturauhassyövässä ensimmäiset oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin eturauhasen hyvänlaatuisessa liikakasvussa. Oireita ovat virtsaamishäiriöt, luustokipu tai patologinen murtuma. Virtsaamishäiriöt voivat esiintyä huonona tai heikkona virtsasuihkuna, tihentyneenä virtsaamistarpeena ja virtsapakkona ja usein virtsantulemisen vaikeutena. Oireina voi olla myös tunne siitä, että rakko ei tyhjene kunnolla. (Aaltomaa, Jousilahti, Sipilä & Tarnanen 2014; Norlén & Schenkmanis 2008, 24–25.) Jos syöpäkasvain kasvaa virtsarakon puolelle, voi oireina olla virtsapakko ja virtsaumpea aiheuttaen kipua kyljissä ja munuaisten toiminnan heikkenemistä. Jos kasvain on levinnyt erektiota säätelevien hermojen päälle, saattaa se aiheuttaa impotenssia. Eturauhassyöpä leviää usein luuytimeen sekä selkärankaan lantion alueelle aiheuttaen kipuja. (Norlén & Schenkmanis 2008, 26–27.)

Eturauhassyöpää diagnosoidessa potilaalta kartoitetaan oireet, tehdään kliininen tutkimus, jossa muun muassa eturauhanen tunnustellaan peräaukon kautta, otetaan laboratoriokokeita, joista etenkin PSA-arvo on merkittävä tekijä eturauhassyöpää diagnosoidessa. Näiden lisäksi eturauhassyöpää diagnosoidaan virtsateiden ultraäänitutkimuksella, transrektaalilla kaikututkimuksella, eturauhasesta otetusta kudoksenäytteestä, kystoskopiolla (virtsarakon tähytys), röntgentutkimuksilla, magneettikuvalla (MRI) tai tietokonekerroskuvalla (CT/TT) ja tekemällä radioisotooppikartoitus (luustokartta). (Tammela 2013, 253.)

PSA eli prostataspesifinen antigeeni kertoo veriplasmassa olevien prostatasolujen tuottaman valkuaisaineen määrän. Eturauhassyöpä nostaa PSA-arvoa ja lisää mahdollisuutta sairastua eturauhassyöpään. PSA-arvo nousee myös iän mukana tai eturauhasen liikakasvun myötä, eli toisin sanoen, korkea PSA-arvo ei aina viittaa syöpään. (Kaukua & Mustajoki 2008.) PSA:n viitearvo 40–49-vuotiailla on alle 2,5 µg/l, 50–59-vuotiailla alle 3,5 µg/ml, 60–69-vuotiailla alle 4,5 µg/l ja yli 70-vuotiailla alle 6,5 µg/l (Tammela 2013, 253).

Patologin tutkimuksessa eturauhassyöpä luokitellaan kolmeen eri luokkaan syöpäkudoksen kasvunopeuden ja uusimisvaaran mukaan. Gradus eli asteen yksi kasvain on hyvin erilaistunut ja hidaskasvuinen, gradus kaksi on kohtalaisesti erilaistunut kasvain ja gradus kolme on huonosti erilaistunut ja nopeasti kasvava. (Syöpäjärjestöt 2005.)

Gleason-luokituksessa määritellään kahden yleisimmän solutyypin erilaistumisasteet välillä 1–5. Ensimmäinen aste on hitaasti kasvava solutyyppi ja aste viisi erittäin huonosti erilaistunut ja kasvaa nopeaa. Gleason-luokituksessa yhdistetään kahden yleisimmän solutyypin astepisteet, jolloin kokonaispistemääräksi tulee 2–10. Raja-arvo hyvän ja huonon ennusteen välillä on seitsemän pistettä. Ennuste on sitä huonompi, mitä korkeammat pisteet ovat. (Syöpäjärjestöt 2005.)

### 3 ETURAUHASYÖVÄN HOITO

Eturauhassyövän hoidosta sovitaan hoitoneuvottelussa, jossa on läsnä potilas sekä mahdollisesti hänen omaisensa. Hoidon valintaan vaikuttavat syövän riskiluokitus, johon vaikuttavat syövän muun muassa kliininen levinneisyysluokitus, histopatologinen luokitus ja PSA-arvo. Muita hoitovalintaan vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan elinajan odote eli muut sairaudet, ikä ja yleiskunto. Potilaan omat odotukset, haittavaikutusten ominaispiirteet, psyyke ja persoonallisuus otetaan myös huomioon. Hoitovalintaan vaikuttaa myös hoitomahdollisuudet ja niiden välimatka. (Käypä hoito 2014.)

#### 3.1 Paikallisen eturauhassyövän hoito

Paikallisen eturauhassyövän hoitovaihtoehtoina ovat aktiivinen ja passiivinen seuranta, eturauhasen poistoleikkaus, ulkoinen ja kudoksensisäinen sädehoito, hormonihoito täydentävänä hoitona poistoleikkauksen tai sädehoidon yhteydessä sekä eturauhasen jäädytys hoito (Tammela 2013, 255–258).

Seurantahoito jaetaan aktiiviseen ja passiiviseen seurantaan. Aktiivisen seurannan kriteerit ovat, että Gleason-pisteet on  $\leq 6$ , PSA-arvo on  $< 10 \mu\text{g/l}$ , T-luokka eli primaarituumoriluokka on  $< 3$  ja potilaan eliniänodote on yli 10 vuotta. Aktiiviseurannassa tehdään toistuvia PSA-arvon määrittämiä, kliinisiä tutkimuksia ja uusintakoepaloja. Radikaalihoitoa suositellaan aktiiviseurannassa olevalle potilaalle, jos Gleason-pisteet nousevat yli kuuden, syöpä on useammassa kuin kahdessa neulanäytteessä tai PSA-arvo suurenee nopeasti. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013.) Pyrkimyksenä aktiiviseurannassa on vähentää mahdolliseen ylihoitoon liittyviä haittavaikutuksia, kuten seksuaalitoimintojen häiriöitä, virtsaamisvaivoja tai suolen toimintahäiriöitä. (Käypä hoito 2014.)

Passiiviseurannassa Gleason-pisteet on enintään kuusi, PSA-arvo on alle  $20 \mu\text{g/l}$ , potilaan eliniänodote on lyhyt perussairauksien tai korkean iän vuoksi, syöpä ei aiheuta oireita ja on paikallinen. Passiiviseurannasta siirrytään hor-

monaaliseen hoitoon, jos syöpä etenee tai alkaa aiheuttaa oireita. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013, 255.)

Radikaalinen prostatektomia eli eturauhasen poistoleikkaus voidaan tehdä potilaalle, joka on alle 70-vuotias, eliniänodote on yli 10 vuotta, syöpä ei ole levinnyt ympäröiviin kudoksiin eikä lähettänyt etäpesäkkeitä, Gleason-pisteet ovat 6–10. Myös tuumoriluokka vaikuttaa hoitovalintaan. Eturauhasen poistoleikkaus voidaan toteuttaa joko avoleikkauksena tai tähystysleikkauksena tai robottivälineillä. Suurin osa Suomessa tehtävistä eturauhasen poistoleikkauksista tehdään robottivälineillä. Tämän johdosta leikkauskomplikaatiot ovat vähentyneet, sairaalassaoloaika on lyhyt ja potilas toipuu nopeasti. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013, 255–257; Kuivalainen 2004, 23–24.)

Yli 90 %:lla potilaista virtsanpidätyskyky säilyy tai palautuu normaaliksi eturauhasen poistoleikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeiseen erektiokykyyn vaikuttaa potilaan ikä, leikkausta edeltävä erektiokyky ja kasvaimen koko. (Tammela 2013, 257.)

Ennuste eturauhasen poistoleikkauksen jälkeen on hyvä, ja se on riippuvainen syövän riskiluokituksesta. Potilailla, joiden syöpä on huonosti erilaistunut eli Gleason-pisteet ovat 8–10 tai syöpä kasvaa leikkausmarginaalin yli, on lisääntynyt riski syövän uusiutumisesta, jolloin tulisi harkita liitännäishoitoja poistoleikkauksen rinnalle. (Tammela 2013, 257.)

Eturauhassyövän sädehoito jaetaan ulkoiseen, kudoksen sisäiseen sädehoitoon eli brakyterapiaan sekä liitännäissädehoitoon. Ulkoinen sädehoito soveltuu potilaille, joiden eturauhassyöpä on paikallinen tai paikallisesti levinnyt, T-luokka on 1–3 ja Gleason-pisteet 6–10. Ulkoiseen sädehoitoon turvaudutaan, kun potilas ei ole halukas tai soveltuva leikkaushoitoon. (Tammela 2013, 275.) Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen sädehoitosuunnitelma tietokonetomografiaan perustuen ja sen avulla pyritään säästämään terveitä kudoksia sekä minimoimaan virtsarakon ja peräsuolen saamaa säteilyä (Käypähoito 2014; Tammela 2013, 257–258). Ulkoisessa sädehoidossa hoito annetaan eturauhasen ja siemenrakkuloiden tyvien alueelle. Pienen riskin syövissä sädetetään pelkästään eturauhanen. (Käypä hoito 2014.)

Ulkoisen sädehoidon lisäksi käytetään liitännäishormonihoitoa ennen ja jälkeen sädehoidon niissä tapauksissa, kun syöpäkasvain on isokokoinen, paikallisesti levinnyt tai aggressiivinen. Tihentynyt virtsaamistarve ja suolen toiminnan vilkastuminen ovat sädehoidosta aiheutuvia tyypillisiä sivuvaikutuksia. Noin 60 %:lla potilaista esiintyy erektiokyvyn heikkenemistä. (Tammela 2013, 258.)

Kudoksen sisäisessä sädehoidossa Gleason-pisteet ovat  $\leq 7$  ja PSA-arvo on alle 10  $\mu\text{g/l}$ . Myös tuumoriluokka huomioidaan. Toimenpide soveltuu potilaille, joiden syövän uusiutumisariski on matala. Kudoksen sisäisessä sädehoidossa eturauhasen sisälle viedään radioaktiivisia jyväsiä paikallisesti kaikuvaohjauksen avulla. Muutaman viikon ajan sädetyksen jälkeen potilailla voi esiintyä virtsaamisvaikeutta ja -kivelyä. Kudoksen sisäisen sädehoidon jälkeen erektiokyky säilyy yleisesti ottaen hyvin, koska hermot eivät pääse vaurioitumaan toimenpiteen yhteydessä. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013, 258.)

Kryoablaatio eli eturauhasen jäädytys soveltuu mahdollisesti eturauhassyövän hoitoon potilailla, joilla on matala syövän uusiutumisariski ja aiemmin sädehoidolla hoidettu syöpä, joka on uusiutunut. Suurimmalle osalle jäädytyshoitoa saaneista haittavaikutuksena tulee erektiohäiriöitä ja osalle virtsankarkailua. Jäädytyshoito on edelleen kokeellinen hoitomuoto, eikä siitä ole pitkäaikaistuloksia. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013, 258.)

### 3.2 Levinneen eturauhassyövän hoito

Miessukupuolihormonit mahdollistavat eturauhassyöpäkudoksen toiminnan. Estämällä kivesten testosteronin tuotanto tai salpaamalla syöpäkudoksen solutumassa sijaitsevat androgeenireseptorit kasvainkudoksessa käynnistyy solukuolema. Levinneen eturauhassyövän hoitomuotoja ovat kirurginen kastroatio tai hormonihoito eli kemiallinen kastroatio. (Tammela 2013, 258–259.)

Estrogeenihoidolla saadaan testosteronipitoisuus laskemaan tehokkaasti, ja sen johdosta eturauhassyöpäkudoksen toiminta estyy, jolloin kasvain alkaa pienentyä ja oireet helpottuvat. Estrogeenihoidon aloitettaessa tulee ottaa huomioon sydämeen ja verisuoniin liittyvät haittavaikutukset. Estrogeenihoidon käyttö on kuitenkin vähentynyt sen useiden haittavaikutusten takia. (Tammela 2013, 259.) Haittavaikutuksia ovat muun muassa mahdollinen sydämen vajaatoiminnan paheneminen, rintojen kasvu ja aristus, parran kasvun loppuminen ja kuumat aallot. Miehisyyden heikkeneminen ja naisellisten piirteiden lisääntyminen voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita, kuten masentuneisuutta ja itsetunnon heikkenemistä. On tärkeää, että estrogeenihoidon saava mies sopeutuu sairauteensa ja saa riittävästi tukea, jotta psyykkiset oireet eivät hallitse elämää liikaa. (Tammela 2013, 259–260; Kuivalainen 2004, 28–29.)

Antiandrogeenihoidon tarkoituksena on estää testosteronin vaikutuksen eturauhasen syöpäkasvaimessa. Ei-steroidaalisten antiandrogeenien käyttö on vaihtoehtoinen hoito kastroatiolle eturauhassyövän hormonihoitossa. Käytössä olevia lääkkeitä ovat bikalutamidi ja flutamidi. Antiandrogeeneja voidaan käyttää myös kastroatiohoidon yhteydessä sekä GnRH-agonistihoidon alkuvaiheessa estämällä testosteroniryöpsähdyksen haittoja. Tietyllä annoksella bikalutamidi on eturauhassyövän hoidossa yhtä tehokas kuin kastroatio niillä potilailla, joilla syöpä on paikallisesti levinnyt. (Tammela 2013, 260.)

Intermittiivinen androgeeniblokadihoito on jaksottaisesti annettavaa hormonihoitoa. Hoito lopetetaan esimerkiksi, kun PSA-arvo on laskenut sovitulle tasolle tai sovitun ajan kuluttua hoidon aloituksesta. PSA-arvon noustessa tietyn rajan yli hoito aloitetaan uudelleen. Jaksottaisesti annettavalla hormonihoitolla

vähennetään pidempiaikaisen hormonihoidon haittavaikutuksia. (Tammela 2013, 260.)

Kastraatio eli orkiektomia voidaan tehdä joko kirurgisesti eli poistamalla kiveskudos tai kemiallisesti eli käyttämällä estrogeenia, GnRH-agonisteja tai GnRH-antagonisteja. Kirurginen kastraatio sopii erityisesti vaikeaoireisille ja iäkkäille potilaille. Kirurgisessa kastraatiossa poistetaan hormonaalisesti aktiivinen kiveskudos ja jäljelle jätetään kivistä ympäröivät kalvot ja lisäkivekset. Leikkaus on pieni, ja se voidaan suorittaa myös paikallispuudutuksessa. (Tammela 2013, 259.)

GnRH-agonistit lopettavat kivesten mieshormonituotannon ja luteinisoivan hormonin eli LH-hormonin erityksen vaikuttamalla GnRH-reseptoreiden toimintaan aivolisäkkeessä. Ensimmäisten viikkojen aikana GnRH-agonistit lisäävät LH-hormonin tuotanto ja sitä kautta testosteronin määrää, joka voi hetkellisesti nopeuttaa syövän kasvua. Jos potilaalla on todettu luuston etäpesäkkeitä, niistä johtuva kipu voi pahentua ja voi kehittyä jopa halvaus. Tätä hormonihoitoa voidaan antaa injisoimalla lääkeainetta ihon alle tai lihakseen yhden, kolmen tai kuuden kuukauden välein. Tuore hoitomuoto on myös ihon alle asetettava histreliini-implantti, joka vaikuttaa 12 kuukautta. (Tammela 2013, 259.)

GnRH-antagonistihoido pienentää seerumin testosteronipitoisuutta voimakkaasti ja nopeasti. Etuna GnRH-antagonistihoidossa on, ettei tule alkuvaiheen testosteroniryöpsähdystä, ja testosteronipitoisuuden voimakas pieneeminen voi myös vaikuttaa hoitotulokseen. Antagonistihoidosta on käytössä vain kerran kuussa ihon alle annosteltava injektio. (Tammela 2013, 259.)

Kirurgisen ja kemiallisen kastraation haittavaikutuksina voi esiintyä muun muassa hikoilutaipumusta, kuumia aaltoja, miehisen ulkoisen olemuksen muutoksia ja impotenssia. (Käypä hoito 2014; Tammela 2013, 259.)

### **3.3 Kastratioresistentin eturauhassyövän hoito**

Ajan mittaan eturauhassyöpä muuttuu hormonihoidoille resistenssiksi ja alkaa edetä. Kastratioresistentiksi eturauhassyöpää aletaan kutsua, kun se etenee, vaikka testosteronipitoisuus on kastraatiotasolla. Resistentin eturauhassyövän hoidon tavoitteena on potilaan oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen. Pahin oire resistentissä eturauhassyövässä on kipu, jota lievitetään kipulääkkeillä ja sädehoidolla. Kivunhoidon tulee olla riittävää, säännöllistä sekä toteuttaa porrastetusti tulehduskipulääkkeillä ja siihen yhdistetyillä keskivahvoilla tai vahvoilla opioideilla. (Tammela 2013, 260.)



## 4 SEKSUAALISUUS

Tässä luvussa paneudumme seksuaalisuuteen ja sen muutokseen syöpään sairastuessa. Tuomme esiin muutamia toimintamalleja seksuaaliohjaukseen ja sen puheeksi ottamiselle.

### 4.1 Seksuaalisuuden määrittelyä

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan seksuaalisuus on osa ihmisyyttä läpi koko elämän. Siihen kuuluvat sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja -roolit, seksuaalinen suuntautuminen, erotiikka, mielihyvä, intiimit suhteet sekä lisääntyminen. Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan ajatuksilla, fantasioilla, haluilla, uskomuksilla, asenteilla, arvoilla, käyttäytymisellä, seksuaalisella harjoittamisella, rooleilla ja suhteilla. Seksuaalisuuteen vaikuttaa biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, kulttuuristen, laillisten, historiallisten, uskonnollisten ja hengellisten tekijöiden vuorovaikutukset. (World Health Organization 2006.)

Seksuaalisuus on merkittävä tekijä ihmisen hyvinvoinnissa, elämänlaadussa ja terveydessä, ja se kehittyy läpi elämän. Seksuaalisuuden avulla peilataan elämän tarkoitusta ja jatkuvuutta, parisuhteen tunteita ja tarpeita, haavoittuvuutta ja alastomuutta. Perustarpeen elementit hellyys, yhteenkuuluvuus, lämpö, aistillisuus, kontakti, läheisyys sekä fyysisen tyydytyksen, avoimuuden ja turvallisuuden tunteet kuuluvat osana ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Seksuaalisuus on ihmisen perustarve ja se kuuluu jokaisen ihmisen perusoikeuksiin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.) Seksuaalioikeuksien julistus on esitetty ensimmäisen kerran vuonna 1997 ja uudistetuin julistus on hyväksytty 2014. Julistus muun muassa toteaa, että:

Jokainen on oikeutettu nauttimaan kaikista seksuaalioikeuksista, jotka tässä julistuksessa on esitetty, ilman minkäänlaista erotte-  
lua, jonka perusteena on kulttuurista, ihonväri, sukupuoli, kiel-  
li, poliittinen tai muu mielipide, kansallinen tai sosiaalinen alkuperä,  
asuinpaikka, omaisuus, syntyperä, vammaisuus, ikä, kansal-  
lisuus, siviilisääty tai perhe, seksuaalinen suuntautuminen, suku-  
puoli-identiteetti ja -ilmaisu, terveydentila, taloudellinen tai sosi-

aalinen tilanne tai muu asema. (World Association for Sexual health 2014).

Miehen seksuaalifysiologian keskeisiä tekijöitä ovat seksuaalinen halu, erektio, ejakulaatio ja orgasmi. Testosteronin määrällä on suuri vaikutus miehen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Alhainen testosteronin määrä johtaa seksuaalisen halun eli libidon heikentymiseen. Seksuaalinen haluttomuus voi johtua myös esimerkiksi ikääntymisestä, parisuhdeongelmista ja sydänsairauksista. Näiden seurauksena erektion saaminen ja säilyttäminen vaikeutuvat. Erektio on monivaiheinen tapahtuma, jossa lisääntyneen verenkierron seurauksena paisuvainen täyttyy verellä ja siitin paisuu. (Lukkarinen 2006, 119; Ryttyläinen & Valkama 2010, 192–193.) Erektiohäiriö ilmenee kyvyttömyytenä saada tai ylläpitää yhdyntään riittävää erektiota. Erektiohäiriön aste vaihtelee, ja häiriöt voidaan jaotella verenkierto-, hermorata-, hormoni-, eturauhas- ja psyykkisperäisiksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 177–179.)

#### **4.2 Seksuaaliohjaus ja -neuvonta**

Seksuaaliohjaus on tavoitteellista, tilannekohtaista ja kaikissa hoitotoimenpiteissä tapahtuvaa toimintaa, joka on osa kaikkien hoitotyötä tekevien ammattillista vuorovaikutusta. Seksuaaliohjaukseen kuuluu tiedon antaminen sekä asiakkaan ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Seksuaalineuvonta on asiakkaan ja potilaan tarpeista lähtevää yksilöllistä, tavoitteellista ja prosessiluontoista seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä yhteistyössä asiakkaan tai potilaan kanssa. Seksuaalineuvontaan kuuluu yleensä 2–5 tapaamista, jotka muodostuvat aloituksesta, työskentelyvaiheesta ja lopetuksesta. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014; Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.) Seksuaalineuvontaan kuuluu myös parisuhdeohjaus ja neuvonta. Neuvonnan tavoitteena on antaa pareille valmiuksia vuorovaikutustaitoihin ja auttaa löytämään ratkaisuja ongelmiin. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.)

Hautamäki-Lammisen, Lehdon, Kellokumpu-Lehtisen ja Åstedt-Kurjen (2010) tutkimustulokset osoittavat, että rinta- ja eturauhassyöpää sairastavat odottivat puolisoitten saavan tietoa sairaudesta ja hoitojen aiheuttamista seksuaa-

lisuuden häiriöiden yleisyydestä ja ohimenevyydestä. Toiveisiin kuului myös puolisoille suunnattua opas, suunnitelmallinen asiantuntijaohjaus, tieto tosiasiasta ja ongelmista sekä mahdollisuus vertaistukeen.

Seksuaaliohjaus ja -neuvonta kuuluvat kaikille iästä ja elämäntilanteesta riippumatta. Sen tavoitteena on tarjota apua seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja sukupuolisuuteen liittyvissä kysymyksissä, ongelmissa ja kriisitilanteissa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.) Seksuaaliohjaus ja -neuvonta on olennainen osa ehkäisevää terveydenhuoltoa. Sitä tarjotaan kunnasta riippuen erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, terveyskeskuksissa, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.)

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen tulee tapahtua hoitajan toimesta, jolloin myös potilaalle annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta. Seksuaaliohjaus on tavoitteellista ja tilannekohtaista vuorovaikutusta, jonka tarkoituksena on tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Onnistunut kohtaaminen ja keskusteleminen potilaan seksuaalisuudesta edellyttävät, että hoitaja on itse pohtinut, työstänyt ja hyväksynyt oman seksuaalisuutensa sekä yksityisenä henkilönä että hoitotyön tekijänä. Seksuaalisuudesta keskusteleminen ei ole aina helppoa, koska se on monelle henkilökohtainen ja arka aihe, sekä jokaisella on siihen yksilöllinen suhde. Tästä johtuen potilaan ja hoitajan välisen suhteen tulee perustua luottamukselle ja potilaan kunnioitukseksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129–133.)

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen avuksi on kehitelty malleja, jotka antavat suuntaviivoja ja jäsentävät prosessin etenemistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). PLISSIT-mallissa on neljä eri tasoa. Ensimmäisellä tasolla P (permission) annetaan lupa seksuaalisuuteen ja lupa olla sellainen kuin on. Toisella tasolla LI (limited information) annetaan rajattua ja kohdennettua tietoa juuri siitä asiasta, josta tietoa tarvitaan. Kolmannella tasolla SS (specific suggestions) annetaan erityisohjeita liittyen vuorovaikutukseen tai elämäntapaan, erilaisia harjoituksia tai tehtäviä. Neljännellä tasolla IT (intensive therapy) intensiiviterapiaa tarvitsevat asiakkaat, jotka eivät ole saaneet apua edellisiltä tasoilta. Kolme ensimmäistä tasoa muodostavat yhdessä seksuaalineuvonnan tason, jota tulisi olla saatavissa perusterveydenhuollon

ja sosiaalitoimen palveluissa. Jos nämä kolmen ensimmäisen tason palvelua eivät riitä, on siirryttävä neljännelle tasolle, kuten seksuaaliterapiaan. (Ilmonen 2006, 45–46.)

BETTER-malli on erityisesti kehitetty syöpää sairastavien hoidon tueksi ja työkaluksi. B (bring up the topic) -vaiheessa otetaan esille asiakkaan tilan kannalta olennaiset seksuaalisuuteen liittyvät asiat. E (explain) -vaiheessa asiakkaalle selitetään seksuaalisuuteen vaikuttavat asiat ja mitä niille on tehtävissä. T (tell) -vaiheessa asiakkaalle kerrotaan ja hänen kanssaan keskustellaan elämään liittyvistä ja ajankohtaisista seksuaalisuutta koskevista asioista. T (timing) -vaiheessa tulee miettiä ajoitusta huolellisesti, mitä tietoa ja milloin asiakas on kykenevä ja halukas vastaanottamaan. E (educate) -vaiheessa kasvatetaan ja annetaan asiakkaalle tietoa. Tätä varten ammattilaisen on pidettävä tietonsa ajan tasalla lukemalla ja opiskelemalla seksuaalisuuteen liittyviä aiheita. R (record) -vaiheessa kirjataan keskustellut asiat, asiakkaan vastaukset, toiveet ja yhteisesti sovitut asiat. Seksuaalisuudesta tulee tehdä näkyvä osa hoitosuunnitelmaa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100–102.)

ALLOW-mallissa korostuu hoitotyön ammattilaisen omien taitojen ja rajojen tiedostaminen. Mallissa edetään askelittain seksuaalisuuden kysymisestä sen työstämiseen. Ensimmäisenä kysytään seksuaalisuudesta (ask), seuraavaksi pyydetään lupaa puhua seksuaalisuudesta ja perustellaan sen puheeksi ottamisen tarpeellisuus (legitimize) ja tämän jälkeen hoitajan tulee pohtia omia rajojaan ja tunnistaa ne (limitations). Seuraavaksi asiakkaalta kysytään avoimesti seksuaalisuudesta (open) ja työskennellään seksuaalisuusteemojen parissa (work). ASK-malli on kolmen kohdan muistisääntö seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen, jossa avainsanoina ovat tietoisuus (awareness), herkkyys (sensitivity) ja tiedot (knowledge). (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

### **4.3 Syöpähoidot ja seksuaalisuus**

Eturauhassyövän hoidot vaikuttavat usealla eri tavalla miehen seksuaalisuuteen. Seksuaalisella kanssakäymisellä ja siihen liittyvillä ongelmilla on

enemmän merkitystä potilaille, joille erektio-ongelmat aiheutuivat syöpähoidoista, kuin potilaille, joilla oli oireita jo ennen syöpädiagnoosia. (Hautamäki-Lamminen 2012, 34 [Choo, Long, Gray, Morton, Gardner & Danjoux 2010].)

Seksuaalinen kanssakäyminen voi vähentyä jo heti eturauhassyöpädiagnosin saamisen jälkeen, mikä näkyy myös vähentyneenä kiinnostuksena seksuaalista kanssakäymistä kohtaan ja vähentyneenä mielihyvän tunteena (Katz 2005).

Eturauhassyövän pahimmiksi haittavaikutuksiksi on koettu pitkäaikaiset tai pysyvät erektio-ongelmat tai impotenssi. Näiden oireiden myötä potilaat ovat kokeneet miehisyytensä vähentyneen. Parhaiten seksuaalinen toimintakyky säilyy potilailla, joilla syöpä on hoidettu hermoja säästävällä kirurgialla tai kudoksen sisäisellä sädehoidolla. (Hautamäki-Lamminen 2012, 34.)

Sädehoito aiheuttaa virtsarakon ja suoliston ongelmia, jotka vaikuttavat myös seksuaaliseen toimintakykyyn. On selvinnyt, että miehet, joilla on sädehoidosta aiheutuneita suoliston toimintahäiriöitä, kokevat seksuaalisen läheisyyden vähentyneen, kiinnostuksen puolisoa kohtaan laskeneen sekä miehisen itsetunnon heikentyneen. Virtsainkontinenssin katsotaan olevan yhteydessä vähäiseen seksuaaliseen haluun ja yhdynnän yrittämiseen. Hormonihoidoista antiandrogeenihoidon vaikutukset seksuaalisuuteen ovat yleismaailmallisia, ja miehet kärsivät vähentyneestä kiinnostuksesta seksuaalista kanssakäymistä kohtaan sekä erektio-ongelmista. Hormonihoitoa saaneilla miehillä on myös merkittäviä ongelmia muuttuneen minäkuvan ja -käsityksen suhteen, jotka usein vaikeuttavat henkilökohtaisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintaan. (Katz 2005.)

Laajan valtakunnallisen tutkimuksen ”Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea” (2010) tulokset osoittavat, että jokaisen aktiivihoitomuodon jälkeen seksuaalinen kanssakäyminen oli vähentynyt verrattuna hoitoa edeltävään aikaan. Tutkimuksen mukaan seksuaalinen kanssakäyminen loppui täysin 38 %:lla leikkaushoidetuista, 30 %:lla ulkoista sädehoitoa saaneista, 20 %:lla kudoksen sisäistä sädehoitoa saaneista ja 58 %:lla hormonihoitoa saaneista potilaista. Eturauhassyövän eri hoitomuodot vaikuttivat seksielä-

mään 81–93 %:lla ja potenssihäiriöitä hoidot aiheuttivat 70-92 %:lla tutkimukseen osallistuneista. (Aromaa, Helander & Lehto 2010, 3966.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää eturauhassyövän hoitojen vaikutusta ja seksuaaliohjauksen merkitystä miehen seksuaalisuuteen. Tavoitteena on tuoda esiin seksuaalisuuden muutosten merkitys miehelle eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen, jotta hoitohenkilökunnalla on tiedollisia valmiuksia tukea miehen seksuaalisuutta.

1. Millaisia vaikutuksia eturauhassyövän hoidoilla on ollut miehen seksuaalisuuteen?
2. Millaista seksuaaliohjausta mies on saanut eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen?
3. Millaista seksuaaliohjausta mies tarvitsee eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2013 aiheen valinnalla ja yhteyden otolla mahdolliseen yhteistyökumppaniin. Olimme molemmat kiinnostuneet tekemään opinnäytetyön liittyen syöpähoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Ensimmäinen aihevalintamme oli rintasyöpä ja sen vaikutukset naisen seksuaalisuuteen, mutta lopulta aiheeksi valikoitui eturauhassyövän ja sen hoitojen vaikutukset miehen seksuaalisuuteen. Päädyimme aiheeseen, koska koimme, ettei siitä ole tarpeeksi tietoa siihen nähden, että kyseessä on miesten yleisin syöpä Suomessa.

### 6.1 Opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyömme lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa nousee esille kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän ja tutkittavan kohteen kokonaisvaltainen kuvaaminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997a, 152.) Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena ei ole yleistettävyyys ja tästä johtuen kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ovat naturalistisuus, persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys, dynaamisuus, kontekstispesifisyys, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Naturalistisuudella tarkoitetaan asioiden tarkastelua niiden luonnollisissa oloissa ja tilanteiden aitoutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa persoonakohtaisuudella ja yksilöllisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen induktiivista luonnetta ja yksilön tuntemusten sekä toiveiden kuuntelua. Dynaamisuudella kuvataan tutkimustehtävien täsmentymistä prosessin aikana ja kontekstispesifisyydellä tutkimuksen liittymistä tiettyihin tilanteisiin. Induktiivisuudella tarkoitetaan, ettei tutkimusmenetelmä ole täysin teo-



riariippuvainen. Tutkimusasetelmien joustavuus mahdollistaa tiedon haun useista paikoista, ja aineiston keruu voi muodostua prosessin aikana. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67.)

Näiden määritelmien pohjalta koimme kvalitatiivisen lähestymistavan olevan parempi opinnäytetyötämme ajatellen kuin kvalitatiivinen lähestymistapa. Aiheemme on hyvin arka ja henkilökohtainen, ja siksi emme halunneet lähestyä sitä määrällisen tutkimuksen kautta. Näkemyksemme mukaan kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa kokemuksellisen ja monipuolisen aineiston keräämisen.

## **6.2 Yhteistyökumppanin ja kohderyhmän kuvaus**

Yhteistyökumppanimme opinnäytetyössä on Pohjanmaan Syöpäyhdistys, joka on Suomen Syöpäyhdistyksen jäsenjärjestö. Pohjanmaan Syöpäyhdistys on perustettu vuonna 1956, ja siihen kuuluvat Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa ja Keski-Pohjanmaa. Yhdistyksen päätoimipiste sijaitsee Vaasassa, ja neuvonta-asemia on Seinäjoella, Pietarsaaressa ja Kokkolassa. (Pohjanmaan Syöpäyhdistys 2013b.)

Opinnäytetyön aihetta pohdittuamme otimme ensin yhteyttä Suomen eturauhassyöpäyhdistys ry:hyn, joka neuvoi meitä olemaan yhteydessä Pohjanmaan Syöpäyhdistykseen. Yhdistys innostui aiheestamme, minkä jälkeen otimme yhteyttä miesten vertaistukiryhmien yhdyshenkilöihin ja kysyimme heidän kiinnostuksestaan osallistua tutkimukseen. Myönteisen vastauksen saatuaamme anoimme tutkimuslupaa Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen toiminnanjohtaja Markku Suorannalta (LIITE 1).

Kohderyhmämme koostuu vertaistukiryhmissä käyvistä eturauhassyöpää sairastavista tai sairastaneista miehistä. Miehet olivat iältään 66–88-vuotiaita, ja keski-ikä diagnoosin saamiselle oli ollut 68 vuotta.

### 6.3 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelminä laadullista tutkimusta tehdessä käytetään yleensä haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa. Näitä aineistonkeruumenetelmiä voidaan hyödyntää joko vaihtoehtoisina, rinnakkain tai yhdisteltynä tutkimusongelman ja tutkimukseen varattujen resurssien mukaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 71.) Kyselytutkimus mahdollistaa suuren kohderyhmän ja useiden eri asioiden kysymisen, jolloin saadaan laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimuksessa myös kustannukset ja aikataulut voidaan arvioida tarkasti. Tehokkuudellaan kyselytutkimus säästää tutkijan aikaa ja resursseja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997b, 182–184.)

Aineistonkeruunmenetelmänä käytimme avointa kyselylomaketta, jonka suunnittelimme itse. Valitsimme avoimen kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksemme, koska koimme sen antavan vastaajalle mahdollisuuden kertoa omin sanoin kokemuksistaan eturauhassyövän sairastamisesta ja siihen liittyvistä seksuaalisuuden muutoksista ilman tutkijoiden tai muiden osallistujien mahdollista johdattelua. Avoimessa kyselylomakkeessa esitetään yksi kysymys ja jätetään tilaa vastauksen kirjoittamiseen. Avoin kyselylomake antaa mahdollisuuden vastata kysymykseen omin sanoin eikä anna valmiita vastausvaihtoehtoja. Avoimella kyselylomakkeella vastaaja voi osoittaa oman tietonsa aiheesta sekä tuoda esille aiheesta nousevat tunteet. (Hirsjärvi ym. 1997b, 187, 190.)

Lomakkeemme sisälsi seitsemän avointa kysymystä. Alussa kysyimme vastaajien taustatietoja ja niiden lisäksi heidän kokemuksiaan seksuaalisuuden muutoksista ja seksuaaliohjauksesta eturauhassyöpää sairastaessa (LIITE 3). Kysymyksemme pohjautuivat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Kysymykset taustatiedoista pidimme hyvin suppeina, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi. Pyrimme muodostamaan mahdollisimman selkeitä ja yksinkertaisia kysymyksiä, jotta ne olisi helposti ymmärrettävissä, niihin olisi vaivatonta vastata ja saisimme suoran vastauksen kysymykseen. Esitetasimme kyselylomakkeen kahdella hyvin eri-ikäisellä ja selkeästi eri elämäntilanteissa olevalla miehellä. Molempien mielestä kyselylomake oli selkeä ja kysymykset helposti ymmärrettävissä.

Varsinaista kyselyä tehdessämme lähetimme 33 lomaketta saatekirjeineen (LIITE 2) ja vastauskuorineen vertaistukiryhmien vetäjille, jotka jakoivat lomakkeet ja kuoret ryhmäläisille. Vastauksia saimme 24 eli vastausprosenttimme oli 73. Tämä vastausmäärä mahdollisti saturaation täyttymisen. Saturaatio on tilanne, jossa aineisto toistaa itseään, eikä tutkimusryhmä tuota enää uutta tietoa tutkittavasta aiheesta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 87). Vastaukset saatuamme aloitimme aineiston analysoinnin.

#### **6.4 Aineiston analyysi**

Tutkimuksen tekemisen tärkeimmät pääpiirteet ovat aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen. Tutkimuksen menetelmien ja analyysien valintaan saattavat vaikuttaa tutkimuskysymykset. Aineiston analysointivaiheessa vastaukset tutkimuskysymyksiin selviävät. (Hirsjärvi ym. 1997b, 209.)

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja sitä voidaan hyödyntää monenlaisissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analyysi lähtee aineiston valinnasta ja rajaamisesta kiinnostuksen mukaan. Valittu aineisto luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitellään, ja tämä vaihe ymmärretään usein varsinaiseksi analysoinniksi. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto analyysista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91–93.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysi jaetaan yleensä induktiiviseen ja deduktiiviseen muotoon. Induktiivisessa analyysissa edetään yksittäisestä tapauksesta yleiseen kokonaisuuteen ja deduktiivisessa yleisestä kokonaisuudesta yksittäiseen tapaukseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimuotoja voidaan jaotella myös aineistolähtöiseksi, teoriaohjaavaksi sekä teorialähtöiseksi analyysiksi, joissa otetaan paremmin huomioon analyysin tekoa ohjaavat tekijät. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 95.)

Sarajärvi ja Tuomi (2009, 10–8112) kuvaavat kvalitatiivinen aineistonanalyysi kolmevaiheiseksi prosessiksi. Prosessin vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnissa eli pelkistämässä tutkimusaineistosta

karsitaan epäolennaisuudet pois. Kerätty tieto tiivistetään tai pilkotaan osiin peilaten sitä tutkimuskysymyksiin. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä alkuperäisilmauksista haetaan samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset ryhmitellään luokiksi, jotka nimetään luokalle sopivalla käsitteellä, joka voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Yksittäiset käsitteet yhdistetään yleisimmiksi käsitteiksi, minkä seurauksena tutkimusaineisto tiivistyy.

Käsitteitä ryhmitellessä käytetään nimityksiä alaluokka, yläluokka, pääluokka ja yhdistävä luokka. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisen muodostetaan teoreettisia käsitteitä sekä johtopäätöksiä olennaisen ja valikoidun tiedon pohjalta. Luokitusten yhdistämistä voidaan jatkaa niin kauan kuin aineiston sisältö sen mahdollistaa. Aineistolähtöisessä analyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan lopulta vastauksia tutkimuskysymyksiin (Sarajärvi & Tuomi 2009, 110–112.)

Tutkimuksessamme analysointiprosessi alkoi kyselylomakkeiden vastausten läpikäymisellä ja keskustelulla vastausten herättämistä ajatuksista. Haimme vastauksia yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan ja ryhmitelimme sen mukaan tutkimukseen osallistujien vastaukset. Aluksi kokosimme yhteen samankaltaiset vastaukset ja kirjoitimme alkuperäisilmaisut taulukkoon, jossa on esimerkki analysointiprosessista.

Alkuperäisilmaisut tiivistimme pelkistettyyn muotoon, josta käy ilmi alkuperäisilmaisun keskeinen sisältö. Pelkistetyt ilmaisut yhdistimme alaluokiksi ja niitä ryhmittelemällä muodostimme yläluokkia. Luokittelua olisi ollut mahdollista jatkaa yläluokista pääluokkiin ja niitä ryhmittelemällä yhdistäväksi luokaksi. Koimme kuitenkin, että yläluokka oli tutkimuksemme kannalta riittävän tiivistetty. Samankaltainen prosessi tehtiin jokaisen tutkimuskysymyksemme kohdalla. Seuraavassa luvussa olevat taulukot 1, 2 ja 3 ovat esimerkkejä analyysiprosessistamme.

## 7 TULOKSET

Tässä luvussa avaamme tutkimustuloksia tarkastellen niitä tutkimuskysymysten kautta. Taulukoiden avulla havainnollistamme vastausten analysointiprosessia sekä saatuja tuloksia.

### 7.1 Eturauhassyövän hoitojen vaikutukset miehen seksuaalisuuteen

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme käsitteli eturauhassyövän hoitojen vaikutuksia miehen seksuaalisuuteen (TAULUKKO 1). Tälle tutkimuskysymykselle muodostui kaksi yläluokkaa: seksuaalisuuden muutokset ja parisuhteen muutokset. Seksuaalisuuden muutosten alaluokiksi muodostui: seksuaalisuus ennallaan, seksuaalisen halun ja kyvyn heikkeneminen, erektiokyvyn muutokset ja seksuaalisen kanssakäymisen loppuminen. Parisuhteen muutosten alaluokaksi muodostui: parisuhde jatkunut ennallaan.

Alaluokka ”seksuaalisuus ennallaan” käsitti ne vastaajien kokemukset, joiden mielestä eturauhassyövän hoidoilla ei ollut vaikutuksia seksuaalisuuteen. Tätä seuraava alaluokka, seksuaalisen halun ja kyvyn heikkeneminen, sisälsi kokemuksia siitä, kuinka hoidot olivat heikentävästi vaikuttaneet seksuaalisuuteen. Tämän alaluokan alle tulivat myös kokemukset, kun seksuaalisia haluja edelleen olisi, mutta kyky puuttui. Kolmas alaluokka, erektiokyvyn muutokset, muodostui vastauksista, joissa hoidot olivat aiheuttaneet erektio-ongelmia, kuten impotenssia, heikkoa erektiota, virtsankarkailua erektion aikana sekä lääkehoidon vaikutuksia erektiokykyyn. Vastauksista kävi myös ilmi, että epävarmuus erektiosta vaikutti suoritukseen. Viimeisenä alaluokkana seksuaalisuuden muutoksissa oli seksuaalisen kanssakäymisen loppuminen. Vastaajat kokivat, että jo pelkkä eturauhassyöpädiagnoosin saaminen vaikutti seksuaaliseen kanssakäymiseen heikentävästi, ja osalla se oli loppunut välittömästi hoitojen jälkeen. Yläluokan ”parisuhteen muutokset” alaluokka ”parisuhde jatkunut ennallaan” piti sisällään vastaajien kokemuksia ennallaan säilyneestä parisuhteesta.

TAULUKKO 1. Eturauhassyövän hoitojen vaikutukset miehen seksuaalisuuteen.

1. Millaisia vaikutuksia eturauhassyövän hoidolla on ollut miehen seksuaalisuuteen?			
Alkuperäinen ilmaus:	Pelkistetty ilmaus:	Alaluokka:	Yläluokka:
"ei mielestäni mitenkään"	Seksuaalisuus säilynyt ennallaan.	Seksuaalisuus ennallaan.	Seksuaalisuuden muutokset.
"heikentävästi"  "halu säilyy mutta kyky puuttuu"	Seksuaalisuus heikentynyt.  Haluja on, mutta yhdyntä ei onnistu.	Seksuaalisen halun ja kyvyn heikkeneminen.	
"erektioongelmat"  "Erektio on kovin heikko vaikka se on ollut melko heikko jo ennen leikkaustakin"	Erektio-ongelmat.  Erektio on heikko.	Erektiokyvyn muutokset.	
"Viimeisetkin halut menivät, kun syöpä todettiin urologi sanoi – seksihommat saat unohtaa, siinäpä oli seksuaaliohjausta..."  "seksihommat ovat loppuneet välittömästi hoitojen jälkeen"	Seksuaalisen kanssakäymisen loppuminen.	Seksuaalisen kanssakäymisen loppuminen.	
"... Parisuhde jatkuu muuten entisellään."	Parisuhde jatkunut ennallaan.	Parisuhde jatkunut ennallaan.	Parisuhteen muutokset.

## 7.2 Seksuaaliohjaus hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen

Toisessa tutkimuskysymyksessä käsitelimme miesten saamaa seksuaaliohjausta hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen (TAULUKKO 2). Yläluokiksi muodostui kaksi luokkaa: potilasohjauksen puuttuminen ja potilasohjaus. Potilasohjauksen puuttumisen alaluokaksi muodostui seksuaaliohjauksen puuttuminen. Huomattava osa vastaajista ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta seksuaalisuuteen liittyen. Potilasohjaus-luokan alaluokiksi muodostuivat: ammattihenkilöltä saatu ohjaus, yhdistyksiltä ja vertaistukiryhmiltä saatu ohjaus, Kelalta saatu ohjaus, yhdistyksen lehdestä saatu tieto ja luennoilta saatu tieto. Vain muutama vastaaja oli saanut ohjausta ammattihenkilöstöltä, kuten uroterapeutilta tai kuntoutushoitajalta. Osa vastaajista kertoi saaneensa tietoa ja tukea vertaistukiryhmistä, Kelan parisuhdekurssilta, alan lehden artikkeleista sekä luentotilaisuuksista.

Taulukko 2. Saatu seksuaaliohjaus hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen.

2. Millaista seksuaaliohjausta mies on saanut eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen?			
Alkuperäinen ilmaus:	Pelkistetty ilmaus:	Alaluokka:	Yläluokka:
”ei minkäänlaista” ”Ei mitään henkilökohtaista ohjausta...” ”En ole saanut keskussairaalaista tai terveyskeskuksesta minkäänlaista seksuaaliohjausta.”	Ei ole saatu minkäänlaista seksuaaliohjausta.	Seksuaaliohjauksen puuttuminen.	Potilasohjauksen puuttuminen.
”Lyhyt keskustelu terapeutin kanssa...” ”-ennen leikkausta tuli kirjanen uroterapeutilta...” ”... ohimennen maininta, että hormonit aiheuttavat impotenssia.”	Keskustelu terapeutin kanssa. Uroterapeutilta saatu kirjanen. Maininta hormonien yhteydestä erektioon. Keskustelua kun-	Ammattihenkilöltä saatu ohjaus.	Potilasohjaus.

”Sädehoitojen aikana... keskusteltiin kuntoutushoitajan kanssa seksuaaliasioista...”	toutushoitajan kanssa seksuaalisuudesta.		
”-eniten asiaa on puitu ”juttutuvan” palaverieissa...”	Asiasta puhuttu vertaistukiryhmissä.	Yhdistyksiltä ja vertaistukiryhmiltä saatu ohjaus.	
”Vertaistukiryhmässä parasta tukea...”			
”kuntoutuksessa parisuhdekurssilla (KELAN järjestämä)...”	Tietoa saatu Kelan parisuhdekurssilta.	Kelalta saatu ohjaus.	
”... Suomen eturauhassyöpäyhdistyksen Propolehdestä...”	Luettu artikkeleita alan lehdistä.	Yhdistyksen lehdestä saatu tieto.	
”... urologin luento-tilaisuudessa...”	Tietoa saatu luentotilaisuudesta.	Luennoilta saatu tieto.	

### 7.3 Toiveet seksuaaliohjauksesta hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen

Kolmas tutkimuskysymys käsitteli miesten toiveita seksuaaliohjauksesta eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen (TAULUKKO 3). Yläluokkia muodostui kaksi: seksuaaliohjauksen tarpeettomuus ja seksuaaliohjauksen tarve. seksuaaliohjauksen tarpeettomuuden alaluokiksi muodostui: ohjaus tarpeetonta ja seksuaaliohjauksen tarpeen alaluokiksi: tietoa sukupuolielämästä, tietoa hoidosta ja niiden vaikutuksista, seksuaaliohjaus osana kokonaisvaltaista hoitoa, vertaistuki ja ammatillinen seksuaaliohjaus.

Alaluokka ohjaus tarpeetonta muodostui niiden vastaajien vastauksista, jotka eivät kokeneet tarvetta ohjaukselle tai oli jo tietoinen hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Kahteen seuraavaan alaluokkaan tietoa sukupuolielämästä sekä tietoa hoidosta ja niiden vaikutuksesta menivät vastaukset, joissa kyselyyn vastanneet olisivat kaivanneet enemmän tietoa hyödyistä ja haitois-



ta, sukupuolielämän jatkuvuudesta, leikkauksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen sekä myös muihin kuin seksuaaliseen kykyyn liittyviin asioihin. Seksuaaliohjaus osana kokonaisvaltaista hoitoa -alaluokassa vastaajat pohtivat, olisiko tietoa annettu jos sitä olisi itse osannut kysyä. Vastauksista kävi myös ilmi, että toiveena olisi asian puheeksi ottaminen hoitojen aikana lääkärin aloitteesta. Alaluokka ”vertaistuki” muodostui vastaajien kokemuksista vertaistuen tarpeesta. Viimeisessä alaluokassa ammatillinen seksuaaliohjaus koettiin tarpeelliseksi ja toiveena oli myös puolison mukaan ottaminen.

Taulukko 3. Toiveet seksuaaliohjauksesta hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen.

3. Millaista seksuaaliohjausta mies tarvitsee eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen?			
Alkuperäinen ilmaus:	Pelkistetty ilmaus:	Alaluokka:	Yläluokka:
<p>”Ei mitään”</p> <p>”Olen ollut tietoinen hoitojen vaikutuksista.”</p> <p>”En osaa sanoa”</p>	<p>Ei ole haluttu mitään ohjausta.</p> <p>Tietoa on jo ollut.</p> <p>Ei osaa sanoa.</p>	<p>Ohjaus tarpeetonta.</p>	<p>Seksuaaliohjauksen tarpeettomuus.</p>
<p>”... hyvä saada tietoa siitä, onko sukupuolielämä totaalisesti ohi...”</p> <p>”Olisin halunnut tarkempaa tietoa miten leikkaus vaikuttaa seksuaalisuutee”</p> <p>”... uusista mahdollisuuksista ja seksi-asioista ei puhuttu lainkaa. Se olisi varmasti vaikuttanut hoitosuunnitelmaan...”</p> <p>”... täydellistä tietoa hyöryistä ja haitoista...”</p> <p>”... asiaan liittyvää tietoa hoitojen mahdoll. aiheuttamista ongelmista, myös muista</p>	<p>Tietoa olisi haluttu sukupuolielämän jatkuvuudesta.</p> <p>Tarkempaa tietoa leikkauksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen.</p> <p>Uusista mahdollisuuksista ja seksi-asioista ei puhuttu ollenkaan, olisivat vaikuttaneet hoitosuunnitelmaan.</p> <p>Tietoa hyödyistä ja haitoista.</p>	<p>Tietoa sukupuolielämästä.</p> <p>Tietoa hoidosta ja niiden vaikutuksista.</p>	<p>Seksuaaliohjauksen tarve.</p>

<p>kuin seksuaaliseen kykyyn vaikuttaviin asioihin. Esim. säde-tyksen aiheuttamiin virtsautken- ja pe-räsuolen limakalvo-vaurioihin...”</p>	<p>Enemmän tietoa hoitojen vaiku-tuksesta myös muihin kuin sek-suaaliseen ky-kyyn liittyviin asioihin.</p>		
<p>”... Varmaan siitä olisi hoitojen aikana tietoa annettu jos sitä olisi itse aktiivisesti kysellyt...”</p> <p>”Kaikista haittavaiku-tuksista ja mahdolli-suuksista olisi syytä keskustella ja infor-moida lääkärin poti-lasta...”</p> <p>”Nämä asiat olisi pi-tänyt ottaa puheeksi hoitojen aikana.”</p>	<p>Tietoa olisi an-nettu jos olisi itse kysynyt.</p> <p>Haittavaikutuk-sista ja mahdol-lisuuksista olisi pitänyt keskus-tella ja informoi-da potilaalle.</p> <p>Asiat puheeksi hoitojen aikana.</p>	<p>Seksuaaliohjaus osana koko-naisvaltaista hoitoa.</p>	
<p>”... vertaistukea vas-taavassa asemassa olevilta!”</p> <p>”... kaverien koke-muksia olen kuunnel-lut.”</p>	<p>Vertaistuen tar-ve.</p>	<p>Vertaistuki.</p>	
<p>”... keskustelut uro-tai seksuaalitera-peutin kanssa. Kes-kustelussa mukana myös vaimo.”</p>	<p>Keskustelun tarve ammatti-henkilön kanssa yhdessä puoli-son kanssa.</p>	<p>Ammatillinen seksuaaliohja-us.</p>	

## 8 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Aiheemme arkuuden ja henkilökohtaisuuden vuoksi koemme, että etenkin etiikka ja luotettavuus korostuvat tutkimuksessamme. Tässä luvussa paneudumme tutkimuseetiikkaan ja luotettavuuden teoriaan sekä peilaamme niitä omaan tutkimukseemme.

### 8.1 Tutkimusetiikka

Tutkimusetiikka ohjeistaa eettisesti hyvän ja luotettavan tutkimuksen toteuttamisen. Tutkimusetiikkaa ohjaavat muun muassa lainsäädäntö, sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat ja kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus. Suomessa on perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta tutkimuseiikan laadun turvaamiseksi. Nämä takaavat tutkimusten eettisen kestävyuden ja luotettavuuden. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363–364.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) ohjeita hyvään tieteelliseen käytäntöön ovat rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyö sekä se, että tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkimuksen tulokset tulee julkaista avoimesti. Tutkimuksen tekijän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitata alkuperäisiin lähteisiin asianmukaisella tavalla. Tutkimuslupa on oltava hankittuna ennen tutkimuksen aloittamista sekä tutkimukseen osallistuvien osapuolten oikeudet, periaatteet, vastuut ja velvollisuudet määriteltynä. Tutkimuksen rahoitus ja muut sidonnaisuudet ilmoitetaan ja raportoidaan tutkimustuloksia julkaistaessa.

Tutkittavien yhteistyöhalu on tutkimusaineiston luotettavuuden perustana ihmisiä tutkittaessa. Suhde tutkittavaan voi olla välitön, kuten haastattelussa, tai välillinen, kuten kyselytutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun on kiinnitettävä huomioita aineistoa kerätessä ja heitä on kohdeltava kunnioittavasti sekä rehellisesti. Tutkittavilta tulee pyytää suostumus tutkimukseen osallistumiseen, ja heillä on myös mahdollisuus kieltäy-

tyä siitä tai keskeyttää se. Tutkimukseen osallistuvilla on taattava anonymiteetti, ja heillä on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.)

## 8.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudessa reliabelius ja validius ovat keskeisiä käsitteitä. Reliabelius eli luotettavuus tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta sekä ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius eli pätevyys kuvaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata tarkoitettua asiaa. (Hirsjärvi ym. 1997b, 216–217.)

Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä on otettava huomioon, ettei sen luotettavuutta ja pätevyyttä voida arvioida samoin kriteerein kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2009.) Nämä termit ovat kvalitatiivisissa tutkimuksissa saaneet erilaisia selityksiä ja ne kytketään usein kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja se koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita aineiston keruusta tulosten julkaisemiseen. Keskeisessä osassa laadullisen aineiston analyysissa on luokittelu, josta käy ilmi luokittelujen perusteet sekä niiden alkuperä. (Hirsjärvi ym. 1997b, 216–217.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on moniulotteista. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttavat tutkimuksen kohde ja tarkoitus eli mitä tutkitaan ja miksi. Luotettavuuden arviointiin vaikuttavat myös tutkijan sitoutuneisuus tutkimukseen, miksi tutkimus on hänelle tärkeä, ja oletukset tutkimuksen alkuvaiheessa. Luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, miten aineistoa on kerätty, siihen liittyvät erityispiirteet sekä mahdolliset ongelmat. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 140-141.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttavat tutkimuksen osallistuneiden valintatapa, yhteydenottomenetelmä ja tutkittavien määrä. Luotettavuuden arviointiin vaikuttaa myös aineiston analysointiprosessi, tutkimuksen luo-

tettavuus ja eettisyys sekä tutkimuksen tarkka raportointi. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 140-141.)

Olemme noudattaneet tutkimuseettisiä ohjeita läpi opinnäytetyöprosessin. Ennen tutkimuksen aloittamista haimme tutkimuslupaa Pohjanmaan syöpäyhdistykseltä. Saatekirjeestä käy ilmi tutkimukseen osallistuminen vapaaehtoisuus sekä osallistujien anonymiteetin säilyminen. Kyselylomakkeessa ei kysytty tutkimukseen osallistujien henkilötietoja, vastaukset on säilytetty siten, että vain tutkijat ovat päässeet niitä lukemaan, ja ne on hävitetty asiaan kuuluvalla tavalla. Nämä asiat takaavat osallistujien anonymiteetin säilymisen.

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi olemme mahdollisimman tarkasti kuvanneet kaikkia opinnäytetyöprosessin vaiheita lähdemateriaalin keräämisestä tulosten julkaisemiseen. Erityisesti aineiston analysointi prosessin olemme avanneet yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta.

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, artikkeleita sekä muita lähdemateriaaleja. Olemme viitanneet alkuperäisiin lähteisiin annettujen ohjeiden mukaisesti ja näin halunneet osoittaa arvostuksemme muita tutkijoita kohtaan. Tutkimus julkaistaan avoimesti ja sen tulokset käydään läpi myös yhteistyökumppaneiden kanssa.

## 9 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme tutkimustuloksia ja niistä nousseita päätelmiä peilaten niitä käyttämäämme teoretietoon. Pohdimme myös kriittisesti tutkimustamme, sen onnistumista, käyttämäämme lähdemateriaalia sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 9.1 Tulosten tarkastelua

Vastauksista kävi selkeästi ilmi, että suurin osa vastaajista ei ollut saanut juuri minkäänlaista ohjausta seksuaalisuuteen tai muihin hoitojen haittavaikutuksiin. Osasimme odottaa, että vastaajat eivät olleet saaneet seksuaaliohjausta, mutta yllätyimme siitä, kuinka suurta osaa tämä koski. Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 129–133) mielestä seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tulisi tapahtua hoitajan toimesta. Myös osa vastaajista toivoi juuri sitä, että hoitohenkilöstö ottaisi asian puheeksi.

Ymmärrämme, että seksuaalisuus on arka, henkilökohtainen ja vaikeasti puheeksi otettava aihe, mutta seksuaalisuus on kuitenkin yksi ihmisen perusoikeuksista. Jokainen on oikeutettu nauttimaan seksuaalioikeuksista ikään tai terveydentilaan katsomatta (World Association for Sexual health 2014). Seksuaaliohjaus on kuitenkin osa kokonaisvaltaista potilasohjausta, ja hoitajien velvollisuus on tarjota siihen mahdollisuus.

Vastauksista kävi ilmi, että eniten seksuaaliohjausta on saatu vertaistukiryhmien, Kelan parisuhdekurssin ja ulkopuolisten luennoitsijoiden toimesta eikä niinkään terveydenhuollon palveluiden kautta. Seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen on useita eri toimintamalleja, jotka antavat suuntaviivoja ja jäsentävät prosessin etenemistä. Näitä malleja on saatavilla myös Internetissä esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla. Ihmettelemmekin siis, miksi näitä malleja ei hyödynnetä potilasohjauksessa, kun niille selkeästi olisi tarvetta.

Eturauhassyövän Käypä hoito -suosituksissa korostuu potilaan omien odotusten huomioiminen hoitoa suunniteltaessa (Käypä hoito 2014). Tuloksisamme kävi ilmi, että osa vastaajista ei ollut saanut tietoa hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen, sillä se olisi heidän mukaan vaikuttanut hoitomuodon valintaan. Yllätyimme siitä, että potilasta ei ollut otettu mukaan hoidon suunnitteluun, vaikka Käypä hoito näin suosittelee. Vastauksia lukiessa tuli tunne siitä, kuin asiat olisi hoitohenkilöstön taholta ”jätetty puolitiehen” ja että heillä on oletamus siitä, että tietyn ikäisiä miehiä seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät enää kosketa. Koemme, että tämä on yksi syy, miksi seksuaalisuutta ei ole otettu puheeksi potilaan kanssa.

## 9.2 Oppimisprosessin tarkastelua

Olemme tyytyväisiä saamamme vastauksiin ja niiden määrään. Mielestämme kyselylomake olisi kuitenkin voinut olla paremmin muodostettu. Kahdessa kysymyksessä haettiin vastausta kahteen eri asiaan, mikä selkeästi tuotti vaikeuksia osalle vastaajista. Näissä tapauksissa toiseen kysymykseen vastaaminen jäi vaillinaiseksi. Päädyimme kuitenkin esittämään kysymyksen tässä muodossa, koska erikseen kysyttynä niistä olisi tullut liian samankaltaisia sekä kyselylomakkeesta liian pitkä. Pohdimme myös kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollisuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysymykset olisi voinut pilkkoa pienemmiksi ja vastaaminen olisi ollut yksinkertaisempaa. Mielestämme kvantitatiivisessa tutkimuksessa kuitenkin valmiiksi annetut vastausvaihtoehdot johdattelevat vastaajia tiettyyn vastaukseen eivätkä anna mahdollisuutta kertoa aiheesta omin sanoin, jolloin vastaukset jäävät sisällöltään kylmiksi ja lyhyiksi. Koemme, että kvalitatiivisella tutkimuksella ja avoimilla kysymyksillä saimme aitoja ja omakohtaisempia vastauksia.

Lähdemateriaalia aiheeseen liittyen löytyi runsaasti, ja se oli suhteellisen tuoretta. Parhaiten lähteitä löytyi seksuaalisuuteen sekä seksuaaliohjaukseen liittyen, ja näissä lähteissä hoitotyön ja hoitotieteen näkökulma oli tuotu esiin. Kriittisiä olemme eturauhaseen ja eturauhassyövän hoitoihin liittyvissä lähteissä niiden vahvan lääketieteellisen näkökulman vuoksi. Useista etsinnöistä huolimatta emme juurikaan löytäneet käyttökelpoisia hoitotieteellisiä lähteitä eturauhasesta, sen syövästä ja siihen liittyvistä hoidoista.

### **9.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet**

Tutkimuksesta nousi esiin useita jatkotutkimusmahdollisuuksia. Tutkimustuloksistamme käy ilmi seksuaaliohjauksen puutteellisuus, joten koemme tärkeäksi, että jatkotutkimuksessa keskityttäisiin seksuaaliohjausta saaneiden eturauhassyöpäpotilaiden kokemuksiin ohjauksesta ja sen hyödyistä. Uskomme, että tällaisen tutkimuksen positiivisten tulosten myötä potilaat osaisivat vaatia seksuaaliohjausta ja hoitohenkilökunta osaisi sitä hyödyntää.

Toinen ehdotuksemme jatkotutkimukselle olisi ohjekirjanen hoitohenkilökunnan avuksi seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta eturauhassyöpäpotilaan kanssa. Ohjekirjasesta voisi käydä ilmi eri seksuaalisuuden puheeksi ottamisen mallit, tietoa eturauhassyövästä ja sen vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä parisuhteeseen.

### **9.4 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle**

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa ja sitä sairastavien määrä on kasvussa. Tämän myötä siihen liittyvät seksuaalisuuden ongelmat tulevat olemaan yksi tulevaisuuden suurista haasteista hoitohenkilökunnalle, jos niihin ei uskalla tarttua ajoissa. Toivomme, että opinnäytetyömme lisää mielenkiintoa ja rohkeutta ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan sekä hänen kumppaninsa kanssa. Opinnäytetyössä esille tuomamme seksuaalisuuden puheeksiottamisen työkalut, kuten BETTER- ja PLISSIT-mallit, mahdollistavat matalan kynnyksen seksuaalisuuden käsittelemiselle. Avoin ja välitön keskustelu on aivan asemassa eturauhassyöpäpotilaan ”mieskunnan” säilymiselle.



## LÄHTEET

Aaltomaa, S., Jousilahti, P. Sipilä, R. & Tarnanen, K. 2014. Eturauhassyöpä – miesten yleisin syöpä Suomessa. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00006>. Luettu 18.3.2015.

Aromaa, A., Helander, S. & Lehto, U-S. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea – valtakunnallinen tutkimus hoidosta ja potilaiden kokemuksista. Suomen Lääkärilehti 48, 3961–3968.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta – ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.

Choo, R., Long, J., Gray, R., Morton, G., Gardner, S. & Danjoux, C. 2010. Prospective survey of sexual function among patients with clinically localized prostate cancer referred for definitive radiotherapy and the impact of radiotherapy on sexual function. Support Care Cancer 18, 715–722.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa – tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Tampere.

Hautamäki-Lamminen, K., Lehto, J., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? Hoitotiede 4, 282–290.

Hervonen, H. & Virtanen, I. 2013. Miehen sukupuolielinten rakenne. Teoksessa S. Aaltomaa, M. Nurmi, T. Parpala, K. Taari & T. Tammela. (toim.) Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30–39.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 1997a. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 1997b. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter, K. Kaimola & L. Väisälä. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–59.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Katz, A. 2005. What happened? Sexual consequences of prostate cancer and its treatment. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cfp.ca/content/51/7/977.long>. Luettu 3.3.2015.

Kaukua, J. & Mustajoki, P. 2008. Miesten tutkimuksia (PSA, testosteroni). Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03230&p\\_haku=PSA](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03230&p_haku=PSA). Luettu 3.3.2015.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. PDF-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO.pdf?sequence=1). Luettu 18.3.2015.

Kuivalainen, L. 2004. Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Käypä hoito. 2014. Eturauhassyöpä. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi11060>. Luettu 23.2.2015.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8.–9. painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Lukkarinen, O. 2008. Miehen seksuaalianatomia ja fysiologia. Teoksessa Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 116-122.

Pohjanmaan Syöpäyhdistys. 2013a. Yhdistys. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/yhdistys/>. Luettu 2.5.2015.

Pohjanmaan Syöpäyhdistys. 2013b. Toiminta ja tukipalvelut. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/toiminta-ja-tukipalvelut/>. Luettu 18.9.2015.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV – Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv\\_pdf/KvaliMOTV.pdf](http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf). Luettu 18.9.2015.

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

Saarelma, O. 2014. Eturauhasen liikakasvu (prostatahyperplasia), eturauhasvaiva. Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00209](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00209). Luettu 15.1.2015.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hansaprint Oy: Vantaa.

Suomen Syöpärekisteri. 2015. Vuosittaiset keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1966–2012 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, MIEHET. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0003i0.html>. Luettu 15.7.2015.

Suomen Syöpärekisteri. 2014. Uusien syöpätapauksien määrät keskimäärin vuosina 2008-2012 primaaripaikoittain ja iän mukaan, MIEHET. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0007i0.html>. Luettu 15.1.2015.

Syöpäjärjestöt. 2005. Eturauhasen syövän levinneisyysluokitus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/eturauhanen/levinneisyysluokitus/>. Luettu 23.2.2015.

Tammela, T. 2013. Eturauhassyöpä. Teoksessa S. Aaltomaa, M. Nurmi, T. Parpala, K. Taari & T. Tammela. (toim.) Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 252–262.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Valmiita malleja. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja>. Luettu 18.3.2015.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: [www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 12.8.2015.

World Association for Sexual health. 2014. Seksuaalioikeuksien julistus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Finnish.pdf>. Luettu 2.9.2015.

World Health Organization. 2006. Sexual and reproductive health. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/). Luettu 11.3.2015.



## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Pohjanmaan syöpäyhdistys

Vastuhenkilö organisaatiossa Markku Suoranta

Tutkimusluvan anoja(t) Milla Ojala  
Sini Paasila

Osoite Terveystie 1, 67200 Kokkola

Puhelin 0400637011

Sähköpostiosoite milla.ojala@cou.fi

Tutkimuksen nimi Eturauhassyövän hoitojen vaikutukset ja  
seksuaaliohjauksen merkitys miehen seksuaalisuuteen.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää eturauhassyövän hoitojen vaikutuksia  
ja seksuaaliohjauksen merkitystä miehen  
seksuaalisuuteen.

Tutkimuksen kohderyhmä Eturauhassyöpää sairastavat ja sairastaneet  
vertaistukiryhmissä käyvät miehet  
Pohjanmaan alueella.

Aineiston keruun arvioitu ajankohta Marraskuu

Tutkimusmenetelmä Laadullinen tutkimus

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 6 / 9 2014

Tutkimuksen ohjaaja Markku Suoranta Timo Kinnunen, TtM

Lupa myönnetään  
paikka Vaasa aika 6 / 11 2014

anomuksen mukaisesti  muutosehdotuksin  hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Markku Suoranta

LIITTEET  Tutkimussuunnitelma  
 Kysely/haastattelulomake  
 Muut liitteet, mitkä saatekirje

→ PIENIÄ MUUTOSEHDOTUKSIA LOMAKKEESEEN (MARIA HEIKKILÄ-NYMAN) YHT. HLÖ

Centria-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

Milla Ojala ja Sini Paasila

Hyvä vastaaja,

Opiskelemme Centria-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Olemme tekemässä tutkintoamme kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka aiheena on eturauhassyövän hoitojen vaikutukset ja seksuaaliohjauksen merkitys miehen seksuaalisuuteen.

Toivoisimme, että käyttäisitte hetken aikaanne kyselyn täyttämiseen ja tukisitte näin opinnäytetyömme toteutumista. Tutkimukseen vastaamalla lisäätte tietoa eturauhassyövän hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaaliohjauksen merkityksestä eturauhassyöpää sairastaessa.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu täysin anonymisti. Vastauksia käsitellään yleisellä tasolla ja luottamuksellisesti. Vastauksia ei voida yhdistää vastaajiin. Täytetyn vastauslomakkeen voitte lähettää palautuskuoressa alla olevaan osoitteeseen.

Toivomme, että vastaatte kyselyyn mahdollisimman pian, viimeistään 12.12.2014 mennessä.

Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Terveisin,

Milla Ojala ja Sini Paasila

Sairaanhoitajaopiskelijat

Milla Ojala

Terveystie 1, 67200 Kokkola

milla.ojala@cou.fi

Centria-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

Milla Ojala ja Sini Paasila

**ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN VAIKUTUKSET JA SEKSUAALIOHJAUKSEN  
MERKITYS MIEHEN SEKSUAALISUUTEEN**

**1. Minä vuonna olette syntyneet?**

**2. Minä vuonna olette saanut eturauhassyöpädiagnoosin?**

**3. Minkälaista hoitoa saitte eturauhassyöpäanne?**

**4. Miten eturauhassyövän hoidot vaikuttavat seksuaalisuuteenne?**

**5. Minkälaista seksuaaliohjausta olette saanut eturauhassyövän hoitojen yhteydessä?**

**6. Minkälaista seksuaaliohjausta olette saanut eturauhassyövän hoitojen jälkeen?**

**7. Minkälaista seksuaaliohjausta olisitte halunnut eturauhassyövän hoitojen yhteydessä ja niiden jälkeen?**

**KIITOS VASTAUKSESTANNE!**