

GYNEKOLOGISEN SYÖVÄN SAIRASTANEIDEN KOKEMUKSIA SAIRAUDEN VAIKUTUKSISTA SEKSUAALISUUTEEN JA MINÄKUVAAN

Tiia Hämäläinen
Sanja Liimatainen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Hämäläinen Tiia Liimatainen Sanja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 16.11.2015
	Sivumäärä 35	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Gynekologisen syövän sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Ala-Luhtala Riitta		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Gynekologinen syöpä ja sen hoidot vaikuttavat useimmiten merkittävästi naisen minäkuvaan ja seksuaalisuuteen. Sijainniltaan gynekologinen syöpä on lähellä seksuaalisuuteen liittyviä elimiä ja seksitoimintoja, jolloin sen merkitys seksuaalisuudelle korostuu. Sairauden tuomat mahdolliset muutokset vaikuttavat myös minäkuvaan, jolloin käsitykset itsestä useimmiten muokkaantuvat.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairauden merkityksellisyyttä ja sen mahdollisesti aiheuttamia vaikutuksia seksuaalisuudessa ja minäkuvassa. Tavoitteena oli selvittää, minkälaisia ajatuksia gynekologiseen syöpään sairastuminen herätti, ja kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuudelle ja minäkuvalle.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, käyttäen tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää gynekologisen syövän sairastanutta naista. Iältään naiset olivat 30–70 –vuotiaita. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, teemoittelua hyödyntäen.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että gynekologinen syöpä vaikutti seksuaalisuuteen sekä negatiivisesti että positiivisesti tai sillä ei koettu olevan vaikutusta ollenkaan. Naisista jokainen sen sijaan oli kokenut sairauden vaikuttaneen minäkuvaan, mutta vaikutukset koettiin eriasteisina.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Gynekologinen syöpä, seksuaalisuus, minäkuva, seksuaaliterveys, lisääntymisterveys, teemahaastattelu, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		

Author(s) Hämäläinen Tiia Liimatainen Sanja	Type of publication Bachelor's thesis/ Master's thesis	Date 16.11.2015 Language of publication: Finnish
	Number of pages 35	Permission for web publication: x
Title of publication Women's experiences of the effects of a gynaecological cancer on sexuality and self-image		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Ala-Luhtala Riitta		
Assigned by		
Abstract <p>A gynaecological cancer and its treatments often have a significant effect on a woman's sexuality and self-image. A gynaecological cancer's proximity to the organs and functions related to sexuality emphasizes its significance to sexuality. The possible changes brought by the disease also effect a woman's self-image, which might lead to an altered self-perception.</p> <p>The purpose of this Bachelor's thesis was to survey the significance of the disease and its possible effects on sexuality and self-image. The objective was to survey the thoughts of women who had undergone a gynaecological cancer about the disease and its effects on sexuality and self-image.</p> <p>The thesis was implemented as qualitative research by using theme interviews as the method of data collection. Seven women who had undergone a gynaecological cancer were interviewed for the study. The women were from 30 to 70 years of age. The data was analysed by using content analysis and thematisation.</p> <p>The results of the study showed that the cancer had affected the respondents' sexuality both negatively and positively, and that in some cases it had not had any effect at all. However, all the respondents stated that the disease had affected their self-image, but the extent of the effects varied individually.</p>		
Keywords/tags (subjects) Gynaecological cancer, sexuality, self-image, sexual health, reproductive health, theme interview, qualitative research		
Miscellaneous		

Sisällys

1 JOHDANTO	2
2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT	3
2.1 Kohdunrunko- ja munasarjasyöpä	3
2.2 Kohdunkaula- ja ulkosynnytinsyöpä	4
3 SEKSUAALISUUS JA MINÄKUVA.....	6
3.1 Seksuaalisuus.....	6
3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveys	6
3.3 Seksuaalineuvonta ja -ohjaus	7
3.4 Minäkuva.....	9
3.5 Itsetunto minäkuvan osana	10
4 SAIRAUDEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN JA MINÄKUVAAN.....	11
4.1 Hoitomuotojen mahdollisesti aikaansaamat vaikutukset.....	12
4.2 Tutkimuksia gynekologisen syövän vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan..	13
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	15
6.1 Laadullinen tutkimus menetelmänä	15
6.2 Aineiston haku ja valinta	16
6.3 Aineiston keruu	16
6.4 Aineiston analysointi.....	18
7 TULOKSET	19
7.1 Sairastaneiden ajatuksia ja tunteita sairastumisesta gynekologiseen syöpään.....	19
7.2 Sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen	21
7.3 Sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista minäkuvaan.....	23
8 POHDINTA.....	26
8.1 Tulosten tarkastelu	26
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	27
8.3 Yhteenveto	30
LÄHTEET	32
LIITTEET.....	35
Liite 1 Teemat apukysymyksineen	35

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuminen laukaisee useimmiten kriisin ja se ulottuu ihmisen kaikille elämän osa-alueille. Gynekologiseen syöpään sairastuminen voi tuoda muutoksia seksuaalisuuteen, minäkuvaan, itsetuntoon, parisuhteeseen ja ihmissuhteisiin. Syöpä sairautena ei poista seksuaalisuutta ihmisestä, mutta se voi muuttaa tai lamauttaa sen pitkäksi aikaa niin henkisesti kuin ruumiillisella tasolla. Seksuaalisuus on osa hyvinvointia ja ihmisen perusoikeus kaikissa elämäntilanteissa. (Rosenberg 2007, 12.)

Sairastuessaan ihminen joutuu kohtaamaan omat ja läheistensä tunteet, ympäristön käytöksen sekä monet odottamattomat ennakkoluulot. Surun, vihan, masennuksen ja pelon tunteet ovat tavallisia. Syöpä ja sen aiheuttamat muutokset elämässä ja kehossa saattavat heikentää ja uuvuttaa ihmistä niin, että tämä tuntee itsensä huomomaksi kuin muut. Sairauden, raskaiden hoitojen ja tunnemyrskyn keskellä tulisi kuitenkin löytyä voimia tunteiden ja ajatusten selvittämiseen ja yleiselle jaksamiselle. (Rosenberg 2007, 12, 27.)

Opinnäytetyöllämme halusimme selvittää gynekologista syöpää sairastaneiden naisten ajatuksia ja kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Aiheen valitsimme siksi, että gynekologiset syövät ovat yleistymässä ja niiden vaikutukset naisen seksuaalisuudelle ja minäkuvalle voivat olla merkittäviä, mutta melko vähän ääneen puhuttuja. Lisäksi aihe on mielestämme mielenkiintoinen ja koskettaa myös meitä naisina.

Opinnäytetyön olemme tehneet laadullisena tutkimuksena, joka sopii erityisen hyvin kuvaamaan ihmisten kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Tutkimusmenetelmä mahdollisti myös tutkittavan ilmiön syvällisen ymmärryksen. Kohdehenkilöt löysimme kartoittamalla lähiympäristöä ja kysellen ihmisiltä tuntuivatko he naisia, jotka ovat sairastaneet gynekologisen syövän ja olisivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseemme. Sinnikkäillä tiedusteluilla ja etsinnöillä löysimme haastateltaviksemme seitsemän vapaaehtoista, 30–70 –vuotiasta naista.

2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT

Naisten yleisimpien syöpien tilasto vuodelta 2013 osoittaa, että Suomessa todetaan 1735 uutta gynekologista syöpätapausta vuosittain. Kohdunrunгон syöpä oli viidenneksi yleisin naisten syöpä ja gynekologisista syövistä yleisin. Kohdunrunгон syöpää ilmeni 868 naisella vuosittain. Munasarjasyöpä oli yhdenneksitoista yleisin naisten syöpä ja toiseksi yleisin gynekologinen syöpä. Uusia munasarjasyöpä tapauksia oli vuosittain 434. Kohdunkaulasyöpä asettui sijalle 19 ja uusia tapauksia vuosittain ilmeni 160. Muita naisten sukuelinten syöpiä ilmeni 264 tapausta. Kohdunrunko- ja munasarjasyövät sekä muut naisten sukuelinten syövät ovat lisääntyneet vuosien mittaan, kun taas kohdunkaulan syövät ovat vähentyneet. Vuoden 2009 grafiikka syöpien yleisyydestä osoittaa, että kohdunrunko- ja munasarjasyöpien ilmaantuvuus tulee olemaan noususuhdanteista myös tulevaisuudessa. (Suomen syöpärekisteri 2015.)

Gynekologisista syövistä yleisimpien syöpäkuolemien aiheuttajiin listautuvat munasarja- ja kohdunrunkosyöpä. Vuoden 2013 kuolleisuustilaston mukaan munasarjasyöpään menehtyi 293 naista vuositasolla ja kohdunrunkosyöpään menehtyi 189 naista. (Suomen syöpärekisteri 2015.)

Gynekologinen syöpä voi kehittyä hitaasti vuosien saatossa, mutta toisilla se voi ilmetä hyvinkin nopeasti. Syövän varhainen toteaminen parantaa usein selviytymismahdollisuuksia. Monet syövät kuitenkin saattavat pitkään olla oireettomia, mikä vaikeuttaa niiden varhaista toteamista. Silloin, kun terveydentilassa huomataan muutoksia, ovat syöpäsolut saattaneet jo jakaantua moninkertaisesti. Solun oma puolustusjärjestelmä ei enää pysty korjaamaan muutoksia syöpää aiheuttavan solun geneeissä, jolloin solu jakaantuu hallitsemattomasti. Säännöllinen gynekologinen tutkimus on keskeisessä osassa syöpätautien ennakoinnin ja toteamisen kannalta. (Ihme & Rainto 2014, 218–219.)

2.1 Kohdunrunko- ja munasarjasyöpä

Kohdunrunkosyöpä kehittyy kohtuontelon limakalvosta, jossa normaalit solut muuttuvat pahanlaatuisiksi. Kohdunrunkosyöpää todetaan yleisimmin yli 50- ja 60-vuotiailla naisilla. Vaaratekijöinä sairaudelle ovat ikä, synnyttämättömyys, metaboli-

nen oireyhtymä sekä pitkä fertiili-ikä. Suojatekijöinä puolestaan ovat yhdistelmäehkäisytabletit ja hormonikierukka, joiden on todettu pienentävän huomattavasti riskiä sairastua kohdunrunkosyöpään. (Grénman & Leminen 2013a, 634.)

Kohdunrunkosyövän yleisimpänä ensimmäisenä oireena on poikkeava verinen vuoto. Hoidoksi kohdunrunkosyöpään suositellaan ensisijaisesti leikkaushoitoa, jolla poistetaan kohtu ja sen sivuelimet. Nykyään leikkaushoidossa suositaan laparoskooppista eli tähytysmuotoista leikkaustapaa nopean toipumisen tukemiseksi. Leikkaushoidon lisäksi voidaan käyttää sädehoitoa ja solunsalpaajia. Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla potilaalle voidaan antaa hormonihoitoa, joka vähentää verenvuotoa tai lopettaa sen. (Mts. 635–637.)

Munasarjasyövän riski kasvaa iän myötä ja yleisimmin se todetaan 60–69-vuotiailla naisilla. Munasarjasyövällä ei ole yhtä tiettyä oiretta, josta sairauden tunnistaa. Oireettoman alkuvaiheensa vuoksi sairauden toteaminen usein pitkittyy, mikä heikentää ennustetta. Oireet esiintyvät vasta sitten, kun sairaus on useimmiten jo edennyt vatsaonteloon, jolloin potilaalla voi olla vatsakipuja, vuotohäiriöitä ja väsymystä. Kasvaessaan kasvain voi aiheuttaa potilaalle myös virtsaamis- ja ulostamisvaikeuksia. Sairauden diagnosointiin kuuluvat gynekologinen tutkimus, vatsan alueen tunnustelu ja huolellinen yleistutkimus. Lisäksi potilaalle tehdään gynekologinen ultraäänitutkimus ja laboratorionäytteillä tutkitaan verestä kasvainmerkkiaineita. Hoidon perustana munasarjasyövässä on leikkaushoito. Lisänä voidaan käyttää solunsalpaajahoidoita, harvemmin sädehoitoa. Uusiutumiskäsitteensä vuoksi säännölliset kontrollit ovat merkittävässä roolissa. (Tiitinen 2014b.)

2.2 Kohdunkaula- ja ulkosynnyttinsyöpä

Kohdunkaulan ja ulkosynnyttimien kasvainten syy on yleisimmin levyepiteeliperäinen ja kehittyminen tapahtuu esiasteiden kautta. Papilloomavirusinfektioilla on merkittävä rooli näiden syöpien syntymiselle. Kohdunkaulalle tyypillisimmät kasvaimet ovat adenokarsinoomat. Ulkosynnyttimien alueella saattaa esiintyä pahanlaatuisia kasvaimia, kuten melanoomia, sarkoomia ja basaliomaa. (Mäenpää & Pakarinen 2011.) Ulkosynnyttimille tyypillisin hyvänlaatuinen iho muutos on kondylooma. (Heinonen 2009, 1298.)

Ulkosynnytinsyöpä on pääsääntöisesti ikääntyneiden naisten syöpäsairaus. Oirekuva voi olla epäspesifinen, mutta useimmiten oireet ilmenevät kutinana, kirvelynä ja kipuna ulkosynnyttimissä sekä ihoalueen muutoksina haavaumina ja superinfektiona. Hoitona ulkosynnytinsyövässä käytetään kirurgista hoitoa ja mahdollisena jatkohoitona solunsalpaaja- tai sädehoitoa. (Heinonen 2009, 1298). Hoidon suunnittelu pohjautuu sairauden etenemisvaiheeseen. Leikkaus-, jäädytys- tai laserhoitoa on mahdollista käyttää lieväasteisten muutosten hoitoon. Vaikeissa ja laaja-alaisesti edenneissä tapauksissa voidaan joutua tekemään leikkaus, jolla ulkosynnyttimet poistetaan osittain tai kokonaan. (Eskola & Hytönen 2002, 345.)

Taustasyynä ulkosynnytinsyövälle voi olla pitkäkestoinen HPV -infektio tai muu krooninen ihomuutos. Diagnoosi tälle syövälle perustuu ihomuutosten histologiseen tutkimukseen eli koepalanäytteeseen. Hoidon aloitus hyvissä ajoin parantaa mahdollisuuksia poistaa syöpäkudos riittävällä terve kudospäämäärällä. (Grénman & Leminen 2013b, 624–627.)

Kohdunkaulan ja ulkosynnyttimien solu- ja kudomuutosten diagnostiikka perustuu Suomessa pääsääntöisesti viiden vuoden välein tehtävään valtakunnalliseen seulontaan, joka on kohdennettu 30–60 -vuotiaille naisille. Seulonnat ovat alkaneet jo 1960-luvun alkupuolella. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Kohdunkaulasyöpää esiintyy yleisimmin hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Merkittävin tekijä kohdunkaulasyövän kehittymiselle on papilloomavirus. Naisten tulisi käydä säännöllisesti Papa -kokeissa eli gynekologisessa irtosolututkimuksessa. Näin ulkosynnyttimien ja kohdunkaulan mahdolliset infektiot tai solumuutokset havaitaan ajoissa. Papilloomavirustulehduksen eli HPV -infektion leviämistä voidaan ehkäistä välttämällä lukuisia eri sukupuolikumppaneita ja käyttämällä kondomia sukupuoliyhenteessä. Papilloomavirukseen on kehitetty myös HPV -rokote ehkäisemään kohdunkaulasyövän esiasteita ja itse kohdunkaulasyöpää. Aikoinaan kohdunkaulasyöpä oli yksi yleisimmistä syöpäsairauksista, mutta nykyään kohdunkaulasyöpätapaukset ovat vähentyneet merkittävästi seulontojen myötä. (Tiitinen 2014a.)

3 SEKSUAALISUUS JA MINÄKUVA

3.1 Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on yksi ihmisyyden osa-alue ja jokaisen ihmisen perusoikeus. Se vaikuttaa merkittävästi ihmisen hyvinvointiin, elämänlaatuun ja terveyteen. Seksuaalisuus voidaan määrittää ihmisen perustarpeeksi, jolloin seksuaalisuuteen kuuluvat muun muassa hellyyden, aistillisuuden, yhteenkuuluvuuden, lämmön, läheisyyden, avoimuuden, fyysisen tyydytyksen ja turvallisuuden tunteet. Seksuaalisuuteen kuvastuvat myös elämän tarkoitus ja jatkuvuus, parisuhteen tunteet ja tarpeet, haavoittuvuus ja alastomuus. Seksuaalisuus on yksilöllistä ja ainutkertaista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11–12.)

Seksuaalisuus on osa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi se on osa minäkuva. Seksuaalisuus muotoutuu eri elämäntilanteissa koko elämänkaaren ajan. Seksuaalisuus kuuluu kaikenikäisille ja -kuntoisille, myös sairaille ja vammautuneille. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 6, 13.)

3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Maailman terveysjärjestö WHO on vuonna 2002 määritellyt käsitteen seksuaaliterveydestä. WHO:n mukaan seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Seksuaaliterveys korostaa hyvinvointia, mutta ei sulje pois sairauksia, toimintahäiriöitä tai vajaavaisuuksia. Seksuaaliterveyden edellytyksenä on positiivinen ja kunnioittava suhtautuminen seksuaalisuuteen ja seksuaalisuhteisiin sekä mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. Tärkeä osa seksuaaliterveyttä ovat seksuaalioikeudet, joita jokaisen tulisi arvostaa, suojella ja toteuttaa. (WHO 2006.)

Lisääntymisterveyden käsitteen WHO (n.d.) on määritellyt siten, että jokaisella tulisi olla mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään. Jokaisella tulisi olla mahdollisuus ja vapaus lisääntyä ja päättää siitä, milloin ja kuinka usein se tapahtuu. Lisäksi jokaisella tulisi olla sukupuoleen katsomatta oikeus valita itse sopivat ehkäisyvälineet ja -keinot. Palvelut tulisi saada siten, että ne mahdollistaisivat turvallisen raskauden ja synnytyksen.

Käsitteinä lisääntymisterveys ja seksuaaliterveys sisältävät omanlaisiaan ulottuvuuksia ja erityispiirteitä, mutta myös pitkälti päällekkäisyyksiä. Pääsääntöisesti ne kulkevat rinnakkain ja yhdessä muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden seksuaali- ja lisääntymisterveyden. Lisääntymisterveyden palvelut kattavat kaikki raskauden ja synnytyksen suunnitteluun ja hoitoon liittyvät palvelut. Seksuaaliterveyden palvelut puolestaan kattavat ne palvelut, jotka liittyvät seksuaalisuuteen, seksuaalitoimintoihin ja parisuhteeseen. (THL 2014, 10, 14.)

Seksuaaliterveyttä edistetään ja ylläpidetään muun muassa seksuaalikasvatuksella, suojaamalla ja tukemalla seksuaalista kehitystä ja sukupuolista kehitystä, arvostamalla erilaisuutta sekä antamalla riittävästi ja kohdennetusti tietoa seksuaaliasioista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 18.) Seksuaaliterveyden palveluiden tulisi olla riittävän laadukkaita ja niitä tulisi olla saatavilla jokaiselle tarvitsevalle ikään, sukupuoleen, vammaan tai yhteiskunnalliseen asemaan katsomatta. (Kontula & Lottes 2000, 320.)

Seksuaaliterveyden maailmanjärjestön WAS:n vuonna 1999 julistamien seksuaalioikeuksien mukaisesti on jokaisella ihmisellä muun muassa oikeus hyvään seksuaaliterveyteen osana parhainta mahdollista terveyttä, oikeus saada laadukkaita seksuaaliterveydenpalveluita ja seksuaalikasvatusta, oikeus saada tieteellisesti pätevää ja ymmärrettävää tietoa seksuaalisuudesta, seksuaaliterveydestä sekä seksuaalioikeuksista. Lisäksi jokaisella tulisi olla oikeus tuoda esiin ajatuksiaan seksuaalisuudestaan ja ilmaista seksuaalisuuttaan siten, kuin hyvältä tuntuu, loukkaamatta kuitenkaan toisia.

3.3 Seksuaalineuvonta ja -ohjaus

Seksuaalineuvonnalla ja -ohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista, ammatillista ja yksilöllistä, henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. Seksuaaliohjausta annetaan osana normaalia hoitotyötä ja sitä voidaan antaa kaikissa hoitotilanteissa. Jokainen hoitotyöntekijä antaa seksuaaliohjausta työnsä lähtökohtien mukaisesti. Seksuaalineuvontaa puolestaan voidaan antaa kohdennetusti seksuaalineuvojan toimesta. Seksuaalineuvonta lähtee asiakkaan tai potilaan tarpeista ja toiveista. Hyvässä seksuaalineuvonta- ja ohjaustilanteessa on huomioitu hoitotyön ammatillisuus ja eettisyys, noudatettu hoitotyön periaatteita sekä toteutettu ammatillista vuorovaikutusta. Seksuaalineuvonnassa kohdataan seksuaalikäsitteet, asetetaan tavoitteita ja etsitään ratkaisuvaihtoehtoja tilanteen

kohentamiseksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142–143; Suomen Seksologinen Seura ry n.d.)

PLISSIT -malli toimii seksuaalineuvonnan ja -terapian työvälineenä. Mallissa on neljä tasoa, jotka kuvaavat eri lähestymistapoja seksuaalisuuden käsittelyyn. PLISSIT -lyhenne tulee sanoista **P**ermission, **L**imited Information, **S**pecific Suggestions ja **I**ntensive Therapy. Nämä voidaan suomentaa luvan antamiseksi, rajatun tiedon antamiseksi, erityisohjeiden antamiseksi sekä intensiiviseksi terapiaksi. PLISSIT -malli pyrkii siihen, että kaikki hyötyisivät luvan antamisesta ja useimmat tiedon jakamisesta. Pyrkimyksenä on myös se, että harvempi tarvitsisi erityisohjeita ja vain harvat varsinaista terapiaa. (Vuola 2003, 261.) Seksuaalineuvonnan peruspalveluihin siis kuuluvat luvan antaminen ja rajatun tiedon antaminen. Erityisohjeiden anto ja intensiivinen terapia puolestaan kuuluvat erikoispalveluihin. Luvan antamisessa hoitohenkilöstö mahdollistaa asiakkaalle tilaisuuden tuoda esiin ajatuksia ja tunteita seksuaalisuuteen liittyen. Asiakkaalle ilmaistaan näiden ajatusten, tunteiden ja tarpeiden olevan sallittuja. Rajatulla tiedon annolla vastataan asiakkaan tiedontarpeeseen kohdenneusti. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 3-4.)

Onnistuneessa seksuaalineuvontatilanteessa asiakas voi kokea olevansa turvallisessa ympäristössä ja tulleen aidosti nähdyksi ja kuulluksi kokonaisena ihmisenä. Parhaimmillaan neuvonta ja -ohjaustilanteessa käydyt keskustelut voivat vähentää asiakkaan kipua, huolta ja ahdistusta sekä kasvattaa motivaatiota toipumiseen. Tärkeää neuvonta ja -ohjaustilanteessa on muistaa yksilöllisyys ja huomioida se, kuinka asiat otetaan esille asiakkaan kanssa ja millä keinoin asioita käsitellään. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 71–73.)

Seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät välttämättä ole ensimmäisenä mielessä sairastumisen alkuvaiheessa, mutta kysymykset seksuaalisuuteen liittyen voimistuvat yleensä varsinkin toipumisvaiheessa. Tärkeää on, että sairastunut saa seksuaaliohjusta ja -neuvontaa osana kokonaisvaltaista hoitotyötä ja myös silloin, kun sitä eniten tarvitsee. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203–204.)

3.4 Minäkuva

Minäkuvalla tarkoitetaan sitä, millainen käsitys ihmisellä on itsestään. Minäkuva kertoo erilaisia laadullisia puolia ja kuvauksia itsestä siten, kuinka ihminen itse käsittää itsensä. Minäkuva voi vääristyä esimerkiksi huonon itsetunnon vuoksi. Minäkuva ja käsitys itsestä voivat muuttua ja niitä voi myös tietoisesti muuttaa. (Eerola 2012, 69–70.)

Minäkuvan rakentuminen perustuu siihen, että ihmisen on rakennettava itsensä omassa tietoisuudessaan. Minäkuva muodostuu siitä, kuinka ihminen ajattelee olevansa jotakin, kuinka hän kuvaa itsensä ja kuinka sopeuttaa elämänsä luomiinsa ajatuksiin ja käsityksiin. Minäkuvan rakentaminen vaatii myös rajoja, joilla ihminen testaa käsityksiään itsestään. Nämä rajat voivat olla fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Rajojen kokeilemisella ja rikkomisella voi saavuttaa uusia kokemuksia ja käsityksiä itsestään, jolloin myös minäkuva muuttuu. (Airaksinen 1999, 78–79.)

Minäkuvan itsemäärittelyyn vaikuttavat muun muassa se, että henkilö vertaa itseään muihin ihmisiin ja se, minkälaisia piirteitä henkilö arvostaa itsessään. Minäkuvan muodostumiseen vaikuttavat osaltaan saatu kasvatusta ja kulttuurilliset tekijät. Itsetunto ohjaa vahvuudellaan tai heikkoudellaan käsityksiä itsestä, millä on merkityksensä minäkuvaan. (Keltikangas-Järvinen 2003, 46–47,64.)

Sairastumiseen liittyvät usein myös minäkuvan muutokset, joita saattaa olla vaikea tunnistaa ja hahmottaa. Muutosten vaikutus voi kestää kuukausia, mutta toisilla jopa vuosia. Sisäisen minäkuvan muutokset eivät välttämättä näy ulospäin, mutta ihminen itse tietää ja kokee niiden olemassaolon. Sisäisen minäkuvan muutokset voivat aiheutua jonkin sisäisen kehon osan poistosta tai jos jokin kehon toiminta lakkaa. Ulkoisen minäkuvan muutokset puolestaan näkyvät ulospäin. Ulkoisen minäkuvan muutosten aiheuttajana voivat olla esimerkiksi arvet, näkyvien elinten tai kehon osien poisto, liikkumisen toiminnalliset muutokset ja muut suuret ulkonäön muutokset. (Rosenberg 2006, 286.)

Minäkuvan muutoksilla on merkittäviä vaikutuksia henkilön seksuaalisuuteen ja oman kehon hyväksymiseen. Pahimmillaan tilanne saattaa johtaa siihen, että käsitys itsestä on erittäin huono, arvostus itseään kohtaan lakkaa ja suhde omaan naiseu-

teen tai miehisyyteen katoaa. Ajan ja saamansa tuen avulla henkilön on kuitenkin mahdollista oppia kehittämään minäänsä ja rakentamaan ehjempää minäkuvaa. (Mts. 286.)

3.5 Itsetunto minäkuvan osana

Itsetunto on osa minäkuvaa. Itsetunnolla tarkoitetaan itsensä tuntemista, arvostamista ja itsensä kokemista merkityksellisenä. Itsetunto muodostuu kolmesta osalueesta, joita ovat minätietoisuus, itsearvostus ja itsetuntemus. Minätietoisuuden kautta henkilö tarkastelee itseään ja omia ajatuksiaan. Itsearvostuksen myötä henkilö tarkastelee kokemusta omasta riittävydestä ja arvosta. Itsearvostus toimii pohjana itseluottamukselle, mikä puolestaan taas perustuu siihen, että henkilö tuntee itsensä kaikin puolin. Itsetuntemuksen kautta henkilöllä on tietoa ja ymmärrystä itsestä ja tämän myötä on mahdollisuus rakentaa itsetuntoa vahvemmaksi ja terveemmäksi. (Eerola 2012, 70–72.)

Itsetunnon perusteet rakentuvat jo lapsuudessa, jonka jälkeen ne muokkaantuvat läpi elämän. Erilaisten elämäntilanteiden ja koettujen elämän muutosten myötä käsitykset itsestä joutuvat väistämättä muutokseen, mikä vaikuttaa itsetuntoon, minäkuvaan ja kasvuun muokkaamalla niitä. Itsetunnon vahingoittuminen voi näkyä muun muassa siten, että henkilö kokee riittämättömyyden, huolehtimisen ja rajattomuuden tunteita. Itsetunnon parantaminen ja eheyttäminen edellyttävät totuudellisuutta ja armollisuutta itseään kohtaan. (Mts. 74–79.)

Itsetunnon heikentyminen vaikuttaa myös seksuaalisuuteen ja minäkuvaan sekä vaikeuttaa niiden korjaantumista. Itsetunnon kehittämisessä on tärkeää oppia luottamaan itseensä, tuntemaan oma arvonsa, kunnioittamaan ja rakastamaan itseään sellaisena kuin on sekä käsittelemään tunteita. Itsetunnon korjaantuminen vaatii aikaa ja rauhaa, sillä mielikuvat itsestä muuttuvat hitaasti ja uuteen tilanteeseen sopeutuminen vaatii totuttelua. (Rosenberg 2007, 27.)

Terveen itsetunnon omaava henkilö kykenee itsensä arvostamisen ja rakastamisen lisäksi luottamaan itseensä ja näkemään itsensä positiivisesti. Hän kykenee näkemään myös heikkoutensa väheksymättä itseään. Itsensä arvostamisen lisäksi on tärkeää kyetä arvostaa muita ihmisiä ja ottamaan toiset huomioon. (Nurmiranta, Lep-

pämäki & Horppu 2009, 22.) Hyvä itsetunto ei ole itsekkyyttä vaan oman arvon tuntemista ja oikeuksistaan huolehtimista, loukkaamatta kanssaihmiä. (Keltikangas-Järvinen 2003, 79.)

4 SAIRAUDEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN JA MINÄKUVAAN

Syöpään sairastuminen, sen aiheuttamat muutokset, kriisi ja syövän eri hoitomuodot vaikuttavat merkittävästi ihmisen seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä ja ne riippuvat muun muassa persoonasta, sairauden laadusta ja sijainnista sekä hoitomuodoista. Syövän ollessa lähellä seksuaalisuuteen liittyviä elimiä tai seksitoimintoja, on sen merkitys seksuaalisuudelle suuri. Minäkuvan ja seksuaalisuuden muutokset ovat usein välttämättömiä erityisesti syövän hoitojen yhteydessä. Tunteiden ja ajatusten työstäminen tapahtuu yksilöllisesti ja on aikaa vievä prosessi. (Rosenberg 2007, 4, 20–21.) Syöpään sairastunut nainen tarvitsee laajasti tukea selviytymiseen niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti koko hoitoprosessin ajan. (Ihme & Rainto 2014, 219–220.)

Syöpään sairastuminen laukaisee useimmiten psyykkisen kriisireaktion. Tämä kriisi on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat henkilön persoonallisuus, kyky käsitellä muuttuvia tilanteita sekä ulkoiset kuormitustekijät. Psyykkisen kriisin akuuttivaiheessa on uhkakokemus, jonka aikana koetaan pelkoa, tunnetilojen vaihtelua, hämmennystä ja ahdistusta. Tätä vaihetta seuraa sokki- ja reaktiovaihe eli varsinainen kriisi. Jäsentelyvaiheessa tilanteen tyyntyessä, asiaa voidaan käsitellä rauhassa ja suuntaudutaan uudelleen. Jäsentelyvaiheen aikana sairastunut muodostaa uusia käsityksiä sairaudesta ja sen aiheuttamista muutoksista sekä elämän merkityksestä. (Idman & Aalberg 2013, 862- 864.)

Seksuaalisuuden ja minäkuvan muutokset voivat aiheuttaa häpeän ja huonommuuden tuntemuksia, mitkä saattavat rajoittaa sosiaalisia kanssakäymisiä. Sairastunut saattaa kokea olevansa ruma ja luotaantyöntävä sekä olettaa, että myös muut ajattelevat hänestä niin. Kun sairastunut kokee kehonsa rikkinäiseksi, voi ehjän kuvan muodostaminen omasta kehosta ja naiseudesta olla vaikeaa, mikä saattaa vaikeuttaa myös näyttäytymistä läheisille. Tällainen tilanne voi johtaa seksuaaliseen halutto-

muuteen, eristäytymiseen parisuhteesta, perheestä ja ystävistä. (Rosenberg 2006, 286–287.) Seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulisi rohkeasti ottaa esille osana hoitotyötä ja keskustella niistä aidosti. (Ihme & Rainto 2014, 227.)

4.1 Hoitomuotojen mahdollisesti aikaansaamat vaikutukset

Syövän hoidoilla ja toimenpiteillä voi olla merkittäviä vaikutuksia sairastuneen kehonkuvaan, itsetuntoon ja seksuaaliseen haluun. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203.) Syövän leikkaus tai säde- tai solunsalpaajahoidot voivat johtaa muutoksiin seksuaalielämässä. Muutokset voivat liittyä yhdyntäaajuuteen, kiihottumiskykyyn, orgasmin saavuttamiseen, haluun olla yhdynnässä, seksuaalisen mielihyvän kokemiseen sekä seksuaaliseen itsetuntoon ja kehollisuuteen. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 239–240.) Lisäksi syöpähoidot voivat aiheuttaa yhdyntäkipuja, kuukautishäiriöitä ja inkontinenssivaivoja. (Ihme & Rainto 2014, 227.)

Leikkauksen jälkeiset kivut ja väsymys mahdollisesti siirtävät seksuaalisuuden ja seksin pois ajatuksista ainakin hetkellisesti. Solunsalpaaja- ja sädehoidot kuivattavat ja ärsyttävät limakalvoja sekä aiheuttavat pahoinvointia ja väsymystä. Limakalvoärsytys saattaa aiheuttaa kipua yhdynnän aikana. Pahoinvointi ja väsymys puolestaan voivat heikentää seksuaalista halua. Hormonierityksen häiriöihin käytettävät hormonihoitot saattavat aiheuttaa mielialan vaihteluita, painonvaihteluita, väsymystä, masennusta sekä alentaa seksuaalista halukkuutta. Syövän kivunhoidossa käytetyt kipulääkkeet voivat väsyttää entisestään ja heikentää kosketusherkkyttä, mikä vaikeuttaa kiihottumista ja orgasmin saantia. (Rosenberg 2007, 18–20.)

Solunsalpaajilla on vaikutuksensa siihen, että hiukset ja kehon karvoitus lähtevät useimmiten jo toisen hoitokerran jälkeen, mikä voi vaikuttaa merkittävästi muun muassa minäkuvaan. (Puistola, Leminen & Rosenberg 2015, 34.) Gynekologisen leikkauksen jälkeen voi esiintyä tuntopuutoksia genitaalialueella, mikä johtuu leikkauksen aiheuttamista hermovaurioista tai arpikudoksen muodostumisesta leikkausalueelle. (Ihme & Rainto 2014, 179.) Seksuaalisesti tärkeiden elinten syöpätaudit eivät vaikuta vain sairastuneen omaan seksuaalisuuteen vaan voivat vaikuttaa myös tämän kumppanin seksuaalisuuteen. (Rautiainen 2006, 236.)

Sairastuminen voi toisilla aiheuttaa elämänhalun laskua, toisilla taas saattaa herätä vahvakin elämisen vietti. Sukuelinten poisto voi toisilla tuntua korvaamattomalta menetykseltä, josta on vaikea päästä yli. (Eskola & Hytönen 2002, 354.) Gynekologisilla syöville on myös vaikutuksensa hedelmällisyyteen. Hedelmällisyyttä harvoin pystytään säästämään syövän yhteydessä, jolloin sairastunut joutuu kohtaamaan samanaikaisesti sekä syövän että hedelmättömyyden. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 241.)

4.2 Tutkimuksia gynekologisen syövän vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan

Gynekologisen syövän vaikutusta seksuaalisten ongelmien mahdolliseen lisääntymiseen on tutkittu ympäri maailmaa ja tulokset vaihtelevat tutkimuksittain.

Ferronin ja Deeblen vuonna 1996 tekemässä australialaistutkimuksessa tutkittiin kohdunpoiston psykososiaalisia vaikutuksia seksuaalisuuteen ja naiseuteen. Tutkimustulokset osoittivat, että suurin osa naisista koki oireiden lievittyneen ja seksuaalielämän parantuneen leikkauksen myötä. Vain murto-osa naisista koki naiseutensa heikentyneen kohdunpoiston jälkeen, millä oli negatiiviset vaikutukset myös seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Dragisicin ja Miladin yhdysvaltalais tutkimus vuodelta 2004 tutki seksuaalitoimintoja ja potilaiden odotuksia näiden toimivuudesta kohdunpoiston jälkeen. Tulokset osoittivat, että kohdunpoistolla ei koettu olevan erityistä vaikutusta seksuaaliseen aktiivisuuteen. Kohdunpoiston kuitenkin koettiin vähentävän yhdyntäkipuja.

Greenwaldin ja McCorklen (2008) tutkimus on toteutettu paikallisesti Yhdysvalloissa. Tutkimuksessa kohteena olivat kohdunkaulasyövästä selvinneiden naisten seksuaalisuus ja seksuaaliset toiminnot. Suurin osa kohdehenkilöistä oli läpikäynyt kirurgisen hoidon, kuten kohdun- tai munasarjojen poiston tai näiden yhdistelmän. Tutkimustulokset osoittivat, että kohdunpoistolla ei koettu olevan kielteistä vaikutusta seksuaaliseen haluun tai mielenkiintoon. Sekä kohdun- että munasarjojen poiston läpikäyneillä naisilla oli puolestaan riski seksuaalisen nautinnon vähenemiseen, mihin vaikutti muun muassa vaginan huonontunut kostuminen. Kokonaisuudessaan kohdunkaulasyövästä selvinneillä oli positiivinen asenne seksuaalisuuteen ja mielenkiintoa ryhtyä seksuaaliseen toimintaan.

Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia ja Nixon (2011) yhdysvaltalais tutkimuksessaan tutkivat munasarjasyövästä selvinneiden naisten kokemuksia sairauden hoidon aiheuttamien muutosten vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tuloksista ilmeni, että naiset kokivat munasarjasyövän hoitojen vaikuttaneen negatiivisesti seksuaalisuuteen. Naiset esimerkiksi kuvailivat, etteivät tunteneet enää itseään kokonaisiksi, tunsivat itsensä leikellyksi ja ei-seksuaaliseksi. Leikkauksesta aiheutui myös mekaanista haittaa, mikä vaikutti seksuaalitoimintoihin sekä hormonaalisia muutoksia. Muutama naisista ei puolestaan ollut kokenut juuri minkäänlaisia muutoksia seksuaalisuudessaan.

Vuonna 2004 tehdyssä saksalaistutkimuksessa Hawighorst-Knapstein, Fusshoeller, Franz, Trautmann, Schmidt, Pilch, Schoenefuss, Knapstein, Koelbl, Kelleher ja Vaupel tutkivat genitaalialueen syövän hoitojen vaikutusta naisten elämänlaatuun, seksuaalisuuteen ja kehonkuvaan. Tutkimustulokset osoittivat, että leikkauksen jälkeen naiset kokivat seksuaaliongelmia suurimpana rajoittavana tekijänä elämänlaadulle. Myös minäkuvan, kehonkuvan, itsetunnon ja puoleensavetävyyden todettiin heikentyneen selkeästi leikkauksen myötä.

Hautamäki-Lammisen väitöskirja vuodelta 2012 selvitti, kuinka syöpään sairastuneet potilaat kokivat sairauden ja sen hoitojen vaikuttaneen seksuaalisuuteensa ja parisuhteeseensa. Lisäksi selvitettiin potilaiden kokemuksia tiedontarpeesta ja –saannista liittyen seksuaalisiin kysymyksiin. Tutkimus osoitti, että syöpään sairastuminen vaikutti muun muassa rakasteluhaluun, viehätysvoiman kokemiseen sekä aiheutti fyysisiä oireita, jotka vaikuttivat seksuaalisuuteen. Potilaat kokivat kielteisiä ajatuksiinsa itsestään sekä häpeän että huonommuuden tunteita. Parisuhteensa he kokivat joko vahvistuneen tai heikentyneen sairauden myötä. Tiedonsaantia seksuaalisuuteen liittyvistä asioista potilaat pitivät merkittävänä.

Kohdunpoiston vaikutuksia seksuaalisuuteen on tutkittu melko paljon. Vanhemmat tutkimustulokset osoittavat, että kohdunpoisto vaikuttaisi negatiivisesti seksuaalitoimintoihin. Uudemmat tutkimukset puolestaan osoittavat, että kohdunpoistolla ei ole vaikutusta seksuaalisuuteen, mutta se voi parantaa seksuaalitoimintoja. Tutkimustuloksien tulkinnassa tulisi huomioida kuitenkin se, että seksuaalisuus on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät. Naisen seksuaalisuus on laaja kokonaisuus

ja sen kuvaamiseksi on vaikeaa löytää mittareita ja mitattavia suureita. Gynekologisten leikkausten vaikutusta naisen seksuaalisuuteen tutkittaessa tulevaisuudessa, pitäisi tutkimusten olla satunnaistettuja, ajankäytöltään riittäviä ja vaivalähtöisiä. Naisen seksuaalielämää tulisi kartoittaa validoiduilla mittareilla monipuolisesti ennen ja jälkeen leikkauksen. (Rantanen & Hurskainen 2006, 2122-8.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairauden merkityksellisyyttä ja sen mahdollisia vaikutuksia seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Tavoitteena oli kerätä kokemusperäistä tietoa naisilta itseltään gynekologisen syövän sairastamisesta ja sen vaikutuksista seksuaalisuudelle ja minäkuvalle. Työllämme ja saamillamme vastauksilla halusimme jakaa tietoa aiheesta eteenpäin sekä mahdollisesti tuoda aiheesta kehittämissideoita esille.

Tutkimuskysymykset

- Minkälaisia ajatuksia ja tunteita gynekologiseen syöpään sairastuminen herätti?
- Kuinka sairaus on vaikuttanut seksuaalisuuteen?
- Kuinka sairaus on vaikuttanut minäkuvaan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus menetelmänä

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössämme käytimme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedonkeruun instrumentina, joka mahdollistaa saatavan tiedon olevan mahdollisimman kokemuksellista. Tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdolli-

simman kokonaisvaltaisesti ja lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen keinoin pyritään paljastamaan tosiasioita, eikä niinkään vahvistaa jo olemassa olevia väittämiä. Tutkimuksen kohderyhmä on tarkasti valittua ja aineisto tulkitaan ainutlaatuisena. Kohderyhmän koko voi olla pieni, sillä määrän sijasta keskitytään laatuun. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.)

Laadullisella tutkimuksella ei tavoitella tilastollisia yleistyksiä. Tärkeämpää on yrittää kuvata ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa ja antaa teoreettisesti sopiva tulkinta jollekin ilmiölle. Laadulliseen tutkimukseen valituilla kohdehenkilöillä tulisi olla mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, mikä todentaa tuloksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

6.2 Aineiston haku ja valinta

Opinnäytetyöhön etsittiin tutkimusmateriaalia ja teoretietoa mahdollisimman puolueettomista, ajantasaisista, alkuperäisistä ja monipuolisista lähteistä. Aineisto valittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiä. Tietoa haettiin niin painetuista kuin elektronisista tiedonlähteistä. Mukana oli muun muassa kokonaisia teoksia ja artikkeleita kokoteksteinä. Lähteinä käytettiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä julkaisuja. Tiedonhakuja rajattiin julkaisuajan, -kielen ja -tyypin mukaan. Tiedonhaussa hyödynnettiin kirjaston hakupalvelu Janet:ia sekä Nelli -portaalia. Tietokantoina käytettiin CI-NAHL:ia with full text (EBSCO), Pubmed:ia ja Terveysporttia. Lisäksi hyödynnettiin Google Scholar:ia tieteellisen kirjallisuuden etsintään.

6.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yhtenä tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää haastattelua. Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeräystapa, mikä mahdollistaa suoran kielellisen vuorovaikutuksen tutkittavan henkilön kanssa. Haastattelutyyppinä on erilaisia ja yksi niistä on teemahaastattelu, minkä valitsimme sopivaksi menetelmäksi tutkimukseemme. Teemahaastattelu on avoimen- ja lomakehaastattelun välimuoto eli puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelu kohdennetaan valittuihin teemoihin, joihin keskustelu pohjautuu. Haastattelukysymyksiä ei ole tarkkaan muotoiltu ja niiden järjestys puuttuu. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten omakohtaiset tulkinnat asioista ja niiden merkityksistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204,208;

Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Teemahaastattelun kysymykset pyrkivät löytämään merkityksellisiä vastauksia, jotka vastaavat tutkimuksen tarkoitusta ja ongelmanasettelua. Ennakolta valitut teemat nojaavat tutkimuksen viitekehukseen eli ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelu antaa vapauden haastateltavien vastauksille asetettujen teemojen rajoissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Aineisto tutkimukseemme kerättiin teemahaastattelemalla seitsemää 30–70 -vuotiasta, gynekologisen syövän sairastanutta naista. Haastateltavia etsittiin kyselemällä lähiympäristön ihmisiltä, tietäisikö kukaan gynekologisen syövän sairastanutta naista. Pian löytyi muutamia tutkimukseen sopivia naisia, jotka puolestaan taas tiesivät lisää naisia, jotka olivat gynekologisen syövän läpi käyneitä. Tällaista aineistonkoostamismenetelmää kutsutaan niin sanotuksi lumipallo-otannaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86.) Alkuperäisesti haastateltavia naisia saatiin kokoon kahdeksan henkilöä, mutta yksi heistä jättäytyi pois haastattelupäivien alkaessa. Ennen tutkimukseen osallistumista kohdehenkilöille kerrottiin, mistä tutkimuksessa on kyse, miten se toteutetaan ja mihin sitä käytetään. He olivat tietoisia oikeuksistaan tutkimuksen aikana ja antoivat suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen.

Tutkimuksen alkupuolella kohdehenkilöille tehtiin suppea, vapaamuotoinen esihaastattelu, jolla alustavasti kartoitettiin henkilöiden sairastettua syöpää ja elämäntilannetta. Samalla kertaa sovittiin haastattelupaikat ja haastattelujen ajankohdat. Esihaastattelujen pohjalta valittiin opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellyt gynekologiset syöväet ja teemahaastattelun teemat tarkennettiin.

Varsinaiset haastattelut suoritettiin syksyllä 2015. Haastattelut tehtiin kolmena päivänä, yksilöhaastatteluina haastateltavien kotona. Haastatteluihin varattiin aikaa 1-2 tuntia haastateltavaa henkilöä kohden. Haastattelujen pohjana toimivat etukäteen valitut teemat ja niihin laaditut apukysymykset. Haastattelut etenivät laadittujen teemojen mukaisesti ja jokaiselle haastateltavalle esitettiin samat apukysymykset teemoihin liittyen. Haastattelut nauhoitettiin ja samalla tehtiin muistiinpanoja saaduista vastauksista.

6.4 Aineiston analysointi

Haastattelumuotoisen aineiston purkaminen voidaan aloittaa litteroinnilla eli materiaalin kirjoittamisella puhtaaksi sanasta sanaan. Litterointi voidaan tehdä koko haastattelusta tai rajaamalla se osiin esimerkiksi teema-alueiden tai puheosuuksien mukaisesti. Litterointi on tarkkaa työtä ja runsaasti aikaa vievää. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138–140.)

Aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään ja selkeyttämään aineisto, kadottamatta sen antamaa informaatiota. Laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on yhdentää hajanaista materiaalia sen informaatioarvon kasvattamiseksi. Kun aineisto on selkeytetty, voidaan tutkittavasta ilmiöstä tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineistolähtöisen laadullisen analyysin prosessissa aineisto pilkotaan alussa osiin, käsitteellistetään ja lopussa kootaan uudelleen uudella tapaa loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Laadullisen aineiston analyysi perustuu pitkälti induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu. Analyysissa ei ole tarpeen analysoida kaikkea mahdollista tietoa vaan sillä pyritään hakemaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistolähtöisyytensä vuoksi tärkeää on, että aineiston annetaan kertoa tietonsa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Sisällönanalyysissa aineiston jäsentelyyn voidaan käyttää eri keinoja esimerkiksi luokittelua, teemoittelua, tyypittely tai muuta vastaavaa. Teemoittelu on yksi aineiston järjestämisen muodoista, jossa painottuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu. Teemoittelulla pilkotaan ja ryhmitellään aineistoa eri aihepiirien mukaan. Aineistosta siis etsitään tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Mahdollisessa teemahaastattelussa käytetyt teemat muodostavat jo itsessään jäsennyksen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Aineiston analysoinnin aloitimme litteroimalla haastattelunauhakäsitteilyohjelmalla. Litteroidut tekstit tulostettiin, jotta niitä oli helpompi käsitellä ja tehdä merkintöjä. Aineistot kävimme ensin läpi kokonaisuutena, josta nostimme erilleen merkittävimmät asiat tutkimuskysymyksiin liittyen. Asiat, jotka eivät vastanneet tutki-

muskysymyksiä, rajattiin pois. Aineiston jäsentely tapahtui pääosin teemahaastattelussa käytettyjen teemojen mukaisesti, joista muodostuivat pääluokat: **sairastaneiden ajatuksia ja tunteita sairastumisesta gynekologiseen syöpään, sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan.** Haastateltavien vastauksista värikoodausta käyttäen poimimme yhtäläisyyksiä lausunnoista muodostamaan yläluokkia pääluokkien alle. Teemojen mukaan ryhmitelystä aineistosta saimme esiin valitsemistamme teemoista niitä kuvaavia näkemyksiä, joista muodostuivat lopulliset vastaukset vastaamaan tutkimuskysymyksiimme.

7 TULOKSET

Haastattelimme seitsemää gynekologisen syövän sairastanutta 30–70 –vuotiasta naista. Kohdunrunkosyövän sairastaneita oli kolme naista, munasarjasyövän sairastaneita oli kaksi. Kohdunkaula- ja ulkosynnyttinsyöpiä sairastaneita oli molempia yksi. Neljä haastateltavista oli parisuhteessa ja heillä oli lapsia, kaksi oli parisuhteessa olevia, joilla ei ollut lapsia ja yksi haastateltavista oli yksinelävä, jolla ei ollut lapsia. Syöpien hoidoissa kaikille haastateltaville oli tehty leikkaushoito. Leikkaushoito oli toteutettu erimuotoisesti syövästä riippuen, radikaaleista leikkauksista osapoistoihin. Osalle naisista oli myös annettu säde- ja solunsalpaajahoitoja.

7.1 Sairastaneiden ajatuksia ja tunteita sairastumisesta gynekologiseen syöpään

Haastateltavien kertomuksista nousi esiin, että syöpään sairastuminen oli aiheuttanut heissä jokaisessa suuren tunnemyllerryksen, jota oli alkuun vaikea käsitellä. Tunteidenkirjo oli laaja ja vaihteleva. Tutkimusaineistosta nousi vahvasti esiin yhteneväisyyksiä pelon, huolen ja syyllisyyden tunteista. Yläluokiksi muodostuivat: **pelko tulevasta, huoli omasta ja läheisten selviytymisestä sekä itsensä syyllistäminen, elämänarvojen pohtiminen.**

Pelko tulevasta

Syöpädiagnoosi oli tullut aavistamatta, mikä sai aikaan suuren järkytyksen, johon liittyivät vahvasti pelon, epäuskon ja toivottomuuden tunteet. Syöpä sanana tarkoitti

monelle jo itsessään suoraa kuolemantuomiota. Suurin osa naisista ei sairauden toteutumisvaiheessa tiennyt paljoakaan gynekologisesta syövästä tai siitä, minkälaisia vaikutuksia sillä tulisi olemaan. Epätietoisuus herätti osassa naisista paniikinomaisen tarpeen saada tietoa sairaudestaan keinolla millä hyvänsä. Osa taas ei järkytykseltään kyennyt tai halunnut saada muuta tietoa kuin se, mikä oli välttämätöntä.

"Ajattelin, että ei voi olla. Syöpä, minulla? Eihän meidän suvussa kenelläkään ole koskaan mitään syöpää ollut."

"Munasarjasyöpä. En tunnistanut siitä muuta kuin sanan syöpä. Pelottavaltahan se kuulosti ja ensimmäinen ajatus oli, että loppu tuli."

Huoli omasta ja läheisten selviytymisestä

Sairastuminen herätti huolen lähipiirin selviytymisestä. Myös oma jaksaminen ja selviytyminen syövästä mietityttivät.

"Silloin mietin, että ehkä mä tästä selviin, kun vaan yritän kaiken jaksaa. En vaan ois halunnut, että mies stressais niin paljoo. Ja lapset. Niitten ei ois tarvinnu vielä ymmärtää semmosesta mitää."

"Kyllähän mä jotenkin sen syövän kanssa sinnittelin. Mutta miestä mun kävi niin sääliks. Tuntui, että sillä ei oo ketää, jolle puhua ja parkua, eikä saa kerrottua, mitä mieltä se tästä kaikesta on"

Itsensä syyllistäminen, elämänarvojen pohtiminen

Sairastumisen myötä monet olivat tarkastelleet elämänarvojaan ja mennyttä elämänsä. Pohdiskelleessaan näitä asioita oli esiin nousseet kysymykset siitä, oliko eletty elämä ollut riittävän täyteläistä, olivatko asiat menneet niin kuin oli suunniteltu tai olisiko jotain voinut tehdä toisin. Syyllisyyden tunteet olivat monelle nousseet suuresti esiin pohdittaessa olivatko tehdyt valinnat menneessä vaikuttaneet sairastumiseen.

"Kyllähän sitä välillä mielti, että oliko tämä syöpä ihan oma syy. Teinkö jotain, mikä vaikutti sairastumiseeni? Olisinko voinut tehdä jotain toisin, etten olisi sairastunut."

”Haluttiin aina perustaa iso perhe ja aateltiin, että onhan tässä aikaa. Mutta syövän ja sen hoitojen myötä se mahdollisuus sitten meni...”

7.2 Sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen

Sairauden vaikutuksista seksuaalisuudelle naiset olivat kokeneet epätietoisuutta tulevista muutoksista. Sairauden tuomat muutokset seksuaalisuudessa esiintyivät moninaisina. Tutkimusaineiston myötä muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka olivat **mietteet seksuaalisuuden muuttumisesta ja koetut vaikutukset seksuaalisuuteen.**

Mietteet seksuaalisuuden muuttumisesta

Sairauden vaikutus seksuaalisuuteen herätti suurimmalla osalla naisista kysymyksiä muun muassa siitä muuttuvatko seksuaalitoiminta ja -elämä, kuinka puoliso suhtautuu häneen naisena, hyväksyykö puoliso mahdolliset muutokset, muuttuuko seksistä nauttiminen, katoaako seksuaalinen halukkuus, edellyttävätkö muutokset uuden oppimista, kuinka uuden oppiminen sujuu, sopeutuuko itse ja läheiset uuteen tilanteeseen?

”... ja sitä mieltä, että muuttuuko se seksielämä nyt, kun on tehty näin iso leikkaus.”

”Ajatuksissa pyöri usein, että entä jos se seksi ei enää luistakaa. Mitäs sitten tehdään?”

Koetut vaikutukset seksuaalisuuteen

Haastateltavat naiset olivat eri elämäntilanteissa keskenään, joka myös heijastui vastauksiin oman seksuaalisuuden kokemisesta sairauden myötä. Pitkään parisuhteessa olleet naiset eivät kokeneet sairauden vaikuttaneen yhtä merkittävästi seksuaalisuuteensa kuin lyhyessä suhteessa olevat naiset. Sairauden akuuttivaiheesta haastateltavat naiset kertoivat, että seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät olleet niitä ensimmäisiä asioita, jotka mielessä olivat. Väsymys, kipu ja huonovointisuus pakottivat keskittymään yleiseen toipumiseen.

”Silloin, kun tilanne oli pahimmillaan, ei seksiä ollut mielessä ollenkaan.”

Seksuaalinen halukkuus vähentyi lähes jokaisella naisista sairauden raskaimmassa vaiheessa. Osa naisista oli kokenut viehättävyysoimansa tai seksuaalisen haluttavuutensa hiipuneen. Mahdolliset muutokset ja vaikeudet seksuaalisessa kanssakäymisessä saivat läheisyyden ja avoimuuden korostumaan.

”Olin niin poikki. En jaksanut tehdä mitään muuta kuin kätertyä sohvan nurkkaan. Mieheltä kaipasin sitä läheisyyttä ja lämpöä.”

”Se älytön kaipuu toista kohtaan... Kaipasin arkisia juttujamme ja sitä entistä rentoutta.”

”Syöpä ja sen hoidot jätti jälkensä. En ollut enää seksikäs tai muutenkaan haluttava.”

Osa naisista oli kokenut sairauden ja sen hoitojen vaikuttaneen negatiivisesti seksuaalielämään. Muutoksina ilmeni yhdyntäkipeä, limakalvoärsytystä, kostumisen vaikeutta, tuntuu puutoksia genitaalialueella ja orgasminsaannin heikentymistä.

”Eka kerta jäi vaan yritykseksi. Paikat oli kuivat kuin Saharassa.”

”Olihan se vähä koomistakin säätää sen liukkarin kans, jotta saatiin homma toimii.”

Osa naisista oli puolestaan kokenut positiivisia vaikutuksia seksuaalielämään. Aiemmat yhdyntäkivut ja verinen vuoto olivat hellittäneet sairauteen annettujen hoitojen myötä. Yksi naisista kertoi leikkauksen parantaneen yhdyntätaajuutta ja lisänneen orgasminsaantiherkkyyttä. Positiivisten muutosten myötä naiset olivat kokeneet seksuaalisuutensa vahvistuneen.

”Sehän oli ihan mahtavaa!”

”Helpotti, ettei vuotanut enää koko aikaa. Sitä pystyi jopa ajattelemaanki seksiä.”

Haastateltavien joukossa oli myös naisia, jotka eivät olleet kokeneet syövän tai sen hoitojen vaikuttaneen millään tavoin heidän seksuaalisuuteensa. Seksuaalinen aktii-

visuus oli pysynyt samanlaisena kuin ennen sairastumista ja seksielämän oli koettu säilyneen ennallaan.

”Ei se meidän arkeen niin näkyvästi vaikuttanut – myöskään niihin petipuuhiin.”

”Seksihommat ei ole olleet isossa roolissa minun elämässä enää vuosiin. ...että ei se sairaus niin näkynyt missään.”

”Olin se sama nainen kuin ennenkin, en sen enempiä tai vähempiä seksuaalinen - tai jotenkin siis silleen.”

7.3 Sairastaneiden kokemuksia sairauden vaikutuksista minäkuvaan

Naisten vastauksista nousi esiin, että he olivat pohtineet minäkuvaansa ja siihen vaikuttaneita tekijöitä sairauden myötä. Jokainen naisista kertoi syövän vaikuttaneen heidän minäkuvaansa jollain muotoa, eriasteisesti. Tutkitusaineiston pohjalta yläluokiksi muodostettiin **vaikutukset sisäiseen minäkuvaan** ja **vaikutukset ulkoiseen minäkuvaan**. Vaikutukset sisäisessä ja ulkoisessa minäkuvassa saivat aikaan samankaltaisia tunteita ja käsityksiä itsestä.

Vaikutukset sisäiseen minäkuvaan

Moni naisista oli joutunut syövän myötä tarkastelemaan itseään sisäisesti. Pohdinnoissa korostuivat kysymykset siitä, kuka minä olen, mikä on roolini; olenko äiti, puoliso, ystävä, sairas, mitkä ovat oikeuteni ja velvollisuuteni; saanko vaatia itselleni aikaa ja huomiota, olenko huolehtija vai huolehdittava, mitkä ovat vahvuuteni ja heikkouteni?

”Hetkittäin tuntui, etten enää tiennyt kuka olen. Moni asia itsessäni oli muuttunut.”

”En enää ollut se rakastettu vaimo ja äiti, joka huolehti perheestään. Olin vain heikko, sairas syöpäpotilas, jota kaikki säälivät.”

”Ympärillä oleville ihmisille oli haastavaa näyttää oma suru ja ahdistus. Mitä jos se olisi lisännyt myös heidän tuskaansa?”

Haastateltavista nuoremmilla naisilla käsitykset omasta seksuaalisuudestaan ja minäkuvastaan horjuivat vahvemmin kuin varttuneemmilla naisilla. Alle 40-vuotiailla parisuhteessa olevilla oli noussut keskiöön erityisesti huoli puolison suhtautumisesta sairauteen ja sen hoidoista johtuviin muutoksiin. Ajatus siitä, että kumppani ajatteli muutoksista negatiivisesti lisäsi ahdistusta ja epävarmuutta omiin käsityksiin itsestään. Naiset kokivat, että joutuivat rakentamaan luottamuksen uudelleen kumppaniinsa.

”Säälin itseäni niin paljon, että oli vaikea ymmärtää, ettei mies muka tehnyt samoin.”

”Toisen sanoihin oli mahdotonta luottaa, koska ne kuullut sanat eivät vastanneet käsityksiä itsestään. Tuntui, että toinen lohdutti vain muodonvuoksi.”

Muutama naisista oli radikaalileikkauksen myötä kokenut, että merkittävä osa heistä naisena oli poistettu. Tämä oli saanut aikaan huonommuuden tunteita. Myös häpeän ja surun tunteet olivat vahvasti läsnä. Naiset eivät enää kokeneet itseään arvokkaana ja heidän itseluottamuksensa oli heikentynyt.

”Ilman munasarjoja ja kohtua, en kokenut enää olevani oikea nainen.”

”...Se huonommuuden tunne. Olin ajatellut, että äitiys tekee naisesta kokonaisen ja nyt se mahdollisuus oli minulta viety.”

”Olin niin rikki sisältä ja ärsytti suunnattomasti, kun muut ei käsittäneet sitä.”

Osa naisista oli kokenut olonsa epämukavaksi omassa kehossaan tai olivat kokeneet olevansa likaisia tai pilattuja. Nämä kokemukset vaikuttivat negatiivisesti muun muassa seksuaalisen kanssakäymisen aloittamiseen toipumisen jälkeen.

”...Se kroppa ei enää ollut mun. Ja siihen sopeutuminen tuntui täysin mahdottomalta.”

”...Alapää, jota oli leikeltä ja sädetetty, ei voinut olla hyvä.”

”Oli vaikeaa tehdä aloitetta seksiin, kun ei ollut varma itsestään, eikä se tuntunut yhtä luonnolliselta kuin ennen.”

Muutamalle naisista oli ollut vaikeaa käsitellä muutoksia itsessään. Naiset kertoivat, että sairauden myötä tulleet heikkouden tuntemukset olivat alkuun vaikeita myöntää ja sallia ne itselleen. Oli helpompi kieltää todellisuus ja siirtää asioiden käsittelyä myöhemmäksi.

”En halunnut olla sairas, jonka puolesta muut voivattelevat.”

”Viimeiseen asti halusin yrittää olla supernainen, joka selviää hymy huulilla kaikesta. ...Eihän se todellisuudessa ollut mahdollista.”

Vaikutukset ulkoiseen minäkuvaan

Syövän ja sen hoitojen myötä erityisesti säde- ja solunsalpaajahoidoista saaneilla naisilla esiintyi ulkonäöllisiä muutoksia, jotka vaikuttivat minäkuvaan negatiivisesti. Hiusten ja karvoituksen lähteminen sekä laihtuminen saivat naiset näkemään itsensä muun muassa rumana, ei-naisellisena ja kuihtuneena. Ulkonäön muutoksiin oli vaikea tottua ja hyväksyä ne.

”...peilistä katsoi nainen, jota en tuntenut.”

”Mikä rumilus. Kalju ja ilmeetön. Sellaisena näin itseni.”

”Entinen muodokas minä oli poissa. Tilalla oli riutunut, kalpea luuranko, jonka päällä nahka roikkui.”

Sairauden myötä ulkoisesta olemuksesta oli muutamalla naisella kadonnut elämänilo ja hyvinvoiva ilme. Uusi ulkoinen olemus oli hetkittäin synkkä ja apea. Sairauden uuvuttamana myös ulkonäöstä huolehtiminen oli heikentynyt, mikä oli monelle suuri muutos entiseen.

”Kuljin tukka likaisena, naama meikittömänä useita päiviä... Ei vaan jaksanut välittää siitä, miltä näytti.”

”Se, että ulkoinen olemus oli niin ränsistynyt lisäs sitä luotaantyöntävyyden tunnetta. Jollain tapaa jopa välttelinkin sosiaalisia tilanteita, mikä ei ollu mulle normaalia.”

Lähes kaikki haastateltavista kertoivat, että ajan myötä käsitykset itsestä ovat muokkaantuneet. Minäkuvan on koettu vahvistuneen sairauden ja sen tuomien muutosten hyväksymisen jälkeen. Itsensä hyväksyminen sairastajana on kuitenkin ollut monelle pitkä prosessi. Keskusteluista ilmeni, että muutamalla minäkuvan eheytyminen on edelleen vaiheessa. Yhdellä haastateltavista minäkuva oli pysynyt lähes ennallaan koko sairastamisen ajan.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset osoittivat, että gynekologisen syövän herättämissä tunteissa ja ajatuksissa korostuivat pelon, huolen ja syyllisyyden tunteet. Syövän vaikutukset seksuaalisuuteen ilmenivät sekä positiivisina että negatiivisina vaikutuksina tai niitä ei ollut ollenkaan. Negatiivisina vaikutuksina esiintyi muun muassa seksuaalista haluttomuutta sekä erikaltaisia fyysisiä muutoksia seksuaalielimissä, jotka vaikuttivat seksuaalitoimintoihin. Positiiviset vaikutukset ilmenivät erityisesti toimenpiteiden jälkeen, jotka muun muassa lievittivät sairauden aiheuttamia oireita. Positiivisten vaikutusten myötä naiset kokivat seksuaalielämänsä parantuneen ja seksuaalisuutensa vahvistuneen.

Tutkiessamme sairauden vaikutuksia minäkuvaan, olivat tulokset yhdenmukaisempia. Vaikutukset näkyivät siten, että jokainen naisista oli kokenut minäkuvansa jollain tapaa muokkaantuneen sairauden ja sen aiheuttamien hoitojen myötä. Muokkaantuneet käsitykset koskivat joko sisäistä tai ulkoista minäkuva tai molempia yhdenaikaisesti.

Saadut tulokset vastasivat aiemmin aiheesta tehtyjen tutkimusten tuloksia ja tilastoja. Haastatteluryhmässämme esiintyneet syöpätyypit vastasivat määrältään suhteutettuna kyseisten syöpien yleisyyttä Suomen syöpärekisterin vuoden 2013 tilaston

mukaisesti. Saadut tulokset sairauden vaikutuksista seksuaalisuudelle yhtenivät aiempien tehtyjen tutkimusten kanssa. Kuten Ferronin & Deeblen (1996) tutkimus osoitti, voivat gynekologisen leikkauksen vaikutukset olla joko myönteisiä tai kielteisiä seksuaalisuuteen. Dragisicin ja Miladin (2004) tutkimuksen mukaan gynekologinen leikkaus ei välttämättä vaikuta erityisesti naisen seksuaaliseen aktiivisuuteen, mikä myös ilmeni saamissamme tuloksissa. Saadut tulokset yhdyntämyös muun muassa Rosenbergin (2006) artikkeliin siten, että sairaus voi vaikuttaa kielteisesti minäkuvaan muuttaen käsityksiä itsestään huonompaan suuntaan.

Saamillamme tutkimustuloksilla pääsimme opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin. Saimme selvitettyä gynekologisen syövän vaikutuksia seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Alussa asetettuja tutkimuskysymyksiä jouduimme prosessin edetessä tarkastelemaan uudelleen ja tarkentamaan niitä vastaamaan paremmin aihettamme. Aineistoa myös rajasimme sen mukaan, että pysyimme itse asiassa. Tiedonkeruussa onnistuimme luomaan luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin, joka mahdollisti sen, että arasta aiheesta huolimatta naiset kertoivat kokemuksistaan avoimesti. Analysointivaiheessa onnistuimme mielestämme hyvin säilyttämään kerätyn tiedon kokemuseräisenä, sitä muuttamatta. Tuloksissa halusimme tuoda naisten äänen kuuluviin sitaattien muodossa. Sitaatit täydensivät tuloksia tehden niistä mielenkiintoisen luku kokemuksen.

Menetelmänä laadullinen tutkimus teemahaastattelun keinoin oli toimiva tapa toteuttaa opinnäytetyömme. Laadullisella tutkimuksella saimme kerättyä kokemuseräistä tietoa haastateltavilta naisilta. Haastateltavien lukumäärä oli sopiva niin työmäärältään kuin antamaan riittävän monipuolisia tuloksia. Teemahaastattelu mahdollisti sen, että teemat ohjasivat haastattelun kulkua tasapuolisesti, johdattelematta naisia vastauksissaan. Riskinä valitsemassamme tutkimusmenetelmässä olisi voinut olla se, että naiset eivät välttämättä olisi uskaltaneet kertoa näin arasta aiheesta kasvokkain kaikkea totuudenmukaisesti.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy tutkimuseettisiä periaatteita, joista tutkijan tulee olla tietoinen ja ottaa vastuu niiden toteutumisesta. Eettisesti hyvä tutkimus on toteutettu

hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Hyvää tieteellistä käytäntöä toteuttaessaan, tulee tutkijan muun muassa noudattaa rehellisyyttä ja avoimuutta tutkimustyössä sen kaikissa vaiheissa vääristelemättä tai sepittämättä tuloksia mieleisikseen. Tutkija ei saa plagioida eli lainata luvottomasti tai varastaa toisen tuotoksia omiksi saavutuksikseen. Ihmisarvon kunnioittamisen eettisten periaatteiden mukaisesti tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta, välttää vahingoittamista sekä turvata yksityisyys. (Kuula 2011, 34–37, 61.)

Itsemääräämisoikeuden mukaisesti henkilöllä tulee olla mahdollisuus päättää haluaako osallistua tutkimukseen. Tämän päätöksen tekoon henkilö tarvitsee tietoa tutkimuksesta ja siitä, mikä merkitys hänen osallistumisellaan tutkimukseen on, miten tutkimus toteutetaan ja mihin saatuja tuloksia käytetään. (Kuula 2011, 61.) Tutkimukseen osallistuvalla tarvitaan suostumus, joka edellyttää tämän perehtyneisyyttä asiaan. Tutkijan tulee kertoa tutkimuksesta tutkittavalle niin, että tämä ymmärtää saamansa tiedon ja pystyy tekemään osallistumispäätöksensä annetun tiedon perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Tutkimus ei saa aiheuttaa minkäänlaista haittaa tutkittavalle. Muun muassa tutkimuksen yhteydessä esiin tulleet asiat saattaisivat vahingoittaa tutkittavaa, jos saadut tiedot päätyisivät ulkopuolisten nähtäviksi ja tutkittavien henkilöllisyys paljastuisi. Siksi yksityisyyden turvaaminen ja tietosuojasta huolehtiminen ovat ensisijaisen tärkeitä asioita koko tutkimusprosessissa. Myös tutkimusaineisto tulee käsitellä ja säilyttää huolella tutkittavien yksityisyyden suojaamiseksi. Jos tutkimusaineistoa ei ole syytä säilyttää, tulee se hävittää asianmukaisesti. (Kuula 2011, 62–65, 241–242.)

Tutkimuksemme alussa tutkittaville kerrottiin, minkälaisesta tutkimuksesta on kyse, mikä on tutkittavien osuus ja mihin sitä käytetään. Tutkittaville kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi tarvittaessa keskeyttää. Yksi tutkittavista keskeyttikin osallistumisensa juuri ennen haastatteluita. Osallistuville kerrottiin, että tutkimuksessa suojataan heidän henkilöllisyys ja saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tutkittavilta pyydettiin suostumus osallistumisesta tutkimukseen.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastateltavilta nousi toiveena, että haastattelut tehtäisiin heidän kodeissaan tutussa ympäristössä, suojassa ulkopuolisil-

ta. Haastattelutilanteissa ei ollut muita paikalla kuin haastattelijat ja haastateltava. Tilanne oli rauhallinen, eikä paikalla ollut häiriötekijöitä.

Aineiston analysointi tehtiin huolellisesti ja tulokset muodostettiin tutkittavilta saaduista tiedoista, niitä muuttamatta. Aineiston keruussa käytettiin vain tutkittavien etunimiä ja aineistoa käsitellessä henkilöistä käytettiin kirjainmerkintöjä. Yksityisyyden suojaamiseksi ei tuloksissa kerrottu tutkittavien taustatietoja yksityiskohtaisesti, eikä ikä-sairaus-suhdetta. Tutkimusaineistoa säilytettiin lukollisessa lipastossa, eikä se päässyt ulkopuolisten käsiin missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitettiin niille varatulle muistikortille, jota ei käytetty muuhun tarkoitukseen ja säilytys tapahtui muun aineiston kanssa. Haastattelunauhoitukset ja muut paperimateriaalit tuhottiin opinnäytetyön valmistuttua.

Luotettavuus

Tutkimuksenteossa tulisi välttää virheitä ja siksi tutkimuksen luotettavuuden arviointi on oleellinen osa tutkimustoimintaa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta löytyy useita eri käsityksiä, jotka ovat hyvin erilaisia ja ne painottavat eri asioita. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan käsitellä muun muassa validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetin kautta voidaan tarkastella sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. Reliabiliteetilla puolestaan voidaan tarkastella sitä, ovatko tutkimustulokset toistettavissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 136.) Validiuden ja reliabiliteetin käsitteet ovat kuitenkin peräisin kvantitatiivisesta tutkimuksesta, joten niiden käyttö kvalitatiivisessa tutkimuksessa on harkinnanvaraista tai ne täytyy määrittää vastaamaan tarkoitusta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186,188).

Laadullisessa tutkimuksessa merkittäviä asioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius laadullisessa tutkimuksessa tarkastelee esimerkiksi sitä, että sopivatko annetut kuvaukset ja siihen liitetyt selitykset ja tulkinnat yhteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on siis tärkeää, että tutkija on antanut tarkan kuvauksen tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa sen vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi sopivat myös uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteerit. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Luotettavuuskriteereistä uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta, jolloin tulokset ovat uskottavia ja ne ovat osoitettu tutkimuksessa. (Mts.128.) Uskottavuus tutkimuksessamme ilmenee siten, että tutkittavat olivat kaikki sairastaneet gynekologisen syövän ja heillä oli riittävästi tietoa ja kokemusta vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tulokset muodostettiin suoraan tutkittavien vastauksista, pyrkimällä käsittämään ne tutkijoiden toimesta siten, kuin tutkittavat olivat tarkoittaneet.

Vahvistettavuus puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessi on kirjattu siten, että toinen henkilö pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteittäin. (Mts. 129.) Työmme vahvistettavuutta siis tukee tutkimuksen eri vaiheiden kuvailu siten, että lukija kykenee ymmärtämään kuinka saadut tulokset ovat muodostettu.

Refleksiivisyyden kriteerillä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen toteuttajana. (Mts. 129.) Tutkimuksellamme pyrimme tuomaan tutkittavilta esiin tosiasioita kokemusperäisesti, ilman ennakkokäsityksiä mahdollisista tuloksista.

Siirrettävyyden mukaisesti tutkimustulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Mts. 129.) Olemme antaneet tutkimuksessamme kattavan kuvauksen tutkimuksen kohdehenkilöistä, tutkimustavoitteista ja -menetelmästä sekä toteutuksesta ja tuloksista. Näiden tietojen ollessa riittävät, ovat tutkimustulokset mahdollista siirtää ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin.

8.3 Yhteenveto

Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tutkimuksen perustella voidaan osoittaa, että gynekologinen syöpä voi vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Vaikutukset seksuaalisuuteen ilmenivät vaihtelevasti: positiivisina, negatiivisina tai niitä ei ollut. Minäkuvaan sairaus oli puolestaan vaikuttanut jokaisella naisella jollain tapaa, toisilla enemmän,

toisilla vähemmän. Sairauden ja sen hoitojen vaikutukset naisen minäkuvaan näkyivät vähintäänkin siten, että itsetutkiskelun merkitys korostui.

Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä tiedostamalla sairauden merkitys seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Merkityksellisyytensä vuoksi on tärkeää, että gynekologista syöpää sairastava saa tietoa ja tukea hoitohenkilöstöltä ja lähipiiriltään seksuaalisuuden ja minäkuvan käsittelyyn.

Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on meille tekijöinä tuonut mukanaan uutta tietämystä gynekologisesta syövästä sairautena ja erityisesti sen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava, mutta mielekäs kokemus. Prosessin myötä olemme oppineet tutkimuksen tekemisen käytäntöä. Tiedonhaku- taitomme ovat kehittyneet ja taitomme arvioida lähdemateriaaleja kriittisesti on vahvistunut. Tulevina sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana meillä on mahdollisuus hyödyntää opinnäytetyöstä saamaamme tietoa toiminnassamme. Arasta aiheesta puhuminen on jatkossa helpompaa ja ymmärrys seksuaalisuuteen liittyviin asioihin on syvempää.

Jatkotutkimusehdotukset

Aineistoa kerätessä haastatteluissa nousi kysymysten ulkopuolelta esiin aiheena myös seksuaalineuvonnan ja muun tuen tarve. Seksuaalineuvonta on merkittävä osa seksuaalisten muutosten käsittelyä. Muuta tukea syöpää sairastava tarvitsee laajasti usealta eri taholta. Seksuaalineuvonnan ja muun tuen tarpeen kartoittaminen eivät kuitenkaan kuuluneet tässä tutkimuksessa varsinaisiin tutkimuskysymyksiin, joten ne rajattiin pois aineiston käsittely- ja analyysivaiheessa.

Jatkotutkimusehdotuksena voisikin olla selvittää seksuaalineuvonnan ja muun tuen riittävyyttä seksuaalisuuteen ja minäkuvaan liittyviin asioihin. Onko seksuaalineuvontaa ja – ohjausta ollut riittävästi saatavilla sairauden aikana, kuinka se on vaikuttanut seksuaalisuuden ja minäkuvan käsittelyyn, onko siitä ollut hyötyä selviytymisen kannalta?

LÄHTEET

- Airaksinen, T. 1999. Minuuden rakentajat -filosofinen kirja ihmisestä. Helsinki: Otava.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta - Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Declaration of Sexual Rights. 1999. Hong Kong: World Association for Sexual Health, WAS. Viitattu 2.11.2015. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. 2006. World Health Organization WHO. Viitattu 8.10.2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Dragisic, K.G. & Milad, M.P. 2004. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 190(5) 1416-8. Viitattu 30.9.2015. <https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).
- Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Viitattu 8.10.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.
- Eerola, S. 2012. Keskeneräisyys minussa - kasvun avaimia. Keuruu: Aikamedia.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3.p. Helsinki: WSOY
- Ferroni, P. & Deeple, J. 1996. Women's subjective experience of hysterectomy. Australian Health Preview 19(2), 40-55. Viitattu 30.9.2015. <https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).
- Grafiikkaa syövän yleisyydestä 2009, Tapausmäärät Naiset. 2015. Suomen syöpärepositori. Viitattu 2.11.2015. <http://www.cancer.fi/syoparepositori/tilastot/grafiikkaa-syovan-yleisyydesta/tapausmaarat-naiset/>
- Greenwald, HP. & McCorkle, R. 2008. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical cancers. Journal of Women's Health 17(6): 955-963. Viitattu 5.11.2015. <https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).
- Grénman, S. & Leminen, A. 2013a. Kohdunrunkosyöpä ja kohtusarkoomat. Gynekologiset syövät. Teoksessa Syöpätaudit. Toim. H. Joensuu, P. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. Helsinki: Duodecim, 634–639.
- Grénman, S. & Leminen, A. 2013b. Ulkosynnyttinsyöpä. Gynekologiset syövät. Teoksessa Syöpätaudit. Toim. H. Joensuu, P. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. Helsinki: Duodecim, 624–627.
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa - tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.10.2015. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8760-6>

Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., Knapstein, PG., Koelbl, H., Kelleher, DK. & Vaupel, P. 2004. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image -results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology* 94(2), 398-403. Viitattu 30.9.2015. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Heinonen P. 2009. Gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen Aikauskirja *Duodecim* 125(12):1295-9. Viitattu 13.10.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–17.p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Erilaiset psyykkiset reaktiot ja häiriöt. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa *Syöpätaudit*. Toim. H. Joensuu, P. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. Helsinki: Duodecim, 862–864.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikauskirja *Duodecim* 119(3):237–246. Viitattu 8.10.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Keltikangas-Järvinen, L. 2003. Hyvä itsetunto. 14.p. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.

Kontula, O. & Lottes, I. 2000. Suomalaisen seksuaaliterveyden vahvuudet ja kehittämiskohteet. Teoksessa *Seksuaaliterveys Suomessa*. Toim. O. Kontula & I. Lottes. Helsinki: Tammi, 319–331.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka - Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2.uud.p. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Käypä hoito-suositus. 2010. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 26.4.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50049>.

Mitä seksuaalineuvonta on? N.d. Suomen Seksologinen Seura ry. Viitattu 10.11.2015. <http://www.seksologinenseura.fi/index.cfm?sivu=96>

Mäenpää, J. & Pakarinen, P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Rakennemuutokset ja kasvaimet. Naistentaudit ja synnytykset. Oppiportti Duodecim verkko-oppikirjat. Viitattu 26.4.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Nurmiranta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. 2009. Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Puistola, U., Leminen, A. & Rosenberg, L. 2015. Gynekologisen syöpäpotilaan opas. Suomen syöpäpotilaat ry.

Rantanen, K. & Hurskainen, R. 2006. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122:2122–8. Viitattu 8.10.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Helsinki: Duodecim, 226–237.

Reproductive health. N.d. World Health Organization WHO. Viitattu 9.10.2015. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

Rosenberg, L. 2007. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen Syöpäpotilaat ry.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Helsinki: Duodecim, 281–295.

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

Ryttyläinen, K & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua – asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 30.10.2015. <http://www.seksologinenseura.fi/tiedostot/LupaPuhua.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 6.10.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Tiitinen, A. 2014a. Tietoa potilaalle: Kohdunkaulan syöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.4.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Tiitinen, A. 2014b. Tietoa potilaalle: Munasarjasyöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.4.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119(3):261-266. Viitattu 21.10.2015. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Wilmoth, M., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. 2011. Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. Oncology Nursing Forum 38(6): 699-708. Viitattu 18.10.2015. <https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).

Yleisimmät syöpäkuolemansyyt vuonna 2013, NAISSET. 2015. Suomen syöpärekisteri. Viitattu 21.4.2015. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021m0.html>

Yleisimmät syövät vuonna 2013, NAISSET. 2015. Suomen syöpärekisteri. Viitattu 21.4.2015. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>

LIITTEET

Liite 1 Teemat apukysymyksineen

- Taustatiedot
 - Minkä ikäinen olet?
 - Oletko parisuhteessa?
 - Kauanko suhde on kestänyt?
 - Onko lapsia?

- Gynekologinen syöpä
 - Mikä syöpä?
 - Milloin?
 - Kuinka sairaus todettiin?
 - Kuinka sairautta hoidettiin?

- Kokemus sairaudesta
 - Ajatuksia ja tunteita gynekologiseen syöpään sairastumisesta?
 - Muutoksia arjessa?

- Kokemus sairauden mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen
 - Verrattuna tilanteeseen ennen sairastumista?
 - Aiheuttiko muutoksia? Minkälaisia?

- Kokemus sairauden mahdollisista vaikutuksista minäkuvaan
 - Verrattuna tilanteeseen ennen sairastumista?
 - Aiheuttiko muutoksia? Minkälaisia?

- Kuinka voit nykyään?