

Tuuli Helenius

GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIKEN
KOKEMUKSIA SEKSUAALINEUVONNASTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIEN KOKEMUKSIA SEKSUAALINEUVONNASTA

Helenius, Tuuli
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2012
Ohjaaja: Ajanko, Sirke & Männistö, Elina
Sivumäärä: 42
Liitteitä: 3

Asiasanat: seksuaalineuvonta, gynekologiset syövät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan seksuaalineuvonnasta Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa potilaiden tarpeista ja toiveista saada neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä kehittää toimintaa näiden pohjalta.

Tutkimus suoritettiin käyttämällä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi Likertin asteikkoja sekä monivalintakysymyksiä. Kyselyyn vastasi Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla solunsalpaajahoidoja saavat gynekologista syöpää sairastavat potilaat. Aineisto kerättiin loka-marraskuussa 2011. Kyselylomakkeita toimitettiin osastolle yhteensä 50 kappaletta, joista palautui täytettyinä 16 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 32 %. Vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja ne ilmoitettiin frekvensseinä. Tulosten havainnoimisessa käytettiin apuna taulukoita ja kuvioita. Avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltiin asiakokonaisuuksiin.

Suurin osa vastaajista oli saanut riittävästi tietoa syövän vaikutuksista naiseuteen, parisuhteeseen sekä sukupuolielämään. Moni vastaajista ei ollut halunnut tietoa näihin asioihin liittyen. Vastaajista yli puolet oli saanut riittävästi tietoa syövän hoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Enemmistölle vastaajista oli annettu mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Valtaosa vastaajista oli vastannut, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille potilaille. Suurin osa vastaajista haluaisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista seksuaalineuvojan kanssa. Puolet vastaajista haluaisi, että aloite seksuaalineuvontaan tulisi hoitohenkilökunnalta ja puolet haluaisi aloitteen tulevan potilaalta itseltään. Vastaajista suurin osa haluaisi käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita erillisellä neuvontakäynnillä leikkauksen jälkeen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaation seksuaalineuvonnan kehittämisessä. Jatkotutkimusehdotuksena saman tutkimuksen voisi toistaa myöhemmin luotettavampien tulosten saavuttamiseksi. Saman tutkimuksen voisi laajentaa koskemaan myös muita syöpiä sairastaviin potilaisiin sekä heidän kokemuksiinsa syövän vaikutuksista seksuaalisuuteen.

THE EXPERIENCES OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS ABOUT SEXUAL COUNSELING

Helenius, Tuuli

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing Care

February 2012

Supervisor: Ajanko, Sirke & Männistö, Elina

Number of pages: 42

Appendices: 3

Keywords: sexual counseling, gynecological cancers

The purpose of this thesis was to establish how gynecological cancer patients had experienced the sexual counseling in the gynecological polyclinic of the Satakunta Central Hospital. The goal of the thesis was to provide information to the nursing staff about patients' needs and wishes to have sexual counseling. This information would also help the staff to develop and improve sexual counseling.

This study was performed by quantitative methods. Material was gathered with structured form including both Likert scale and multiple choice questions. The study was answered by gynecological cancer patients receiving cytostatics in the gynecological polyclinic of the Satakunta Central Hospital. Material was gathered from October to November 2011. The number of questionnaires distributed was 50. 16 patients returned the questionnaire filled, thus the response rate was 32%. The answers were analyzed statistically and presented as frequencies. The results were demonstrated by tables and figures. The answers to open questions were classified into contexts.

Most of the respondents had received enough information about the effects of cancer to womanhood, relationship and sex life. Many respondents hadn't wanted any information concerning these issues. More than half of the respondents had received enough information about the effects of the drugs used in cancer therapy to sexuality. Majority of the respondents had been given an opportunity to discuss sexual matters.

Majority of the respondents had answered that sexual counseling should be offered automatically to all patients. Most of the respondents would like to discuss with sexual counselor about matters concerning sexual issues. Half of the respondents would like nursing staff to take the initiative in offering sexual counseling and the other half would like the initiative to come from patients themselves. Most of the respondents would like to deal with sexual matters at a separate counseling appointment after the operation.

The results of this study can be used in developing sexual counseling in an organization. The study could be repeated to achieve more reliable results. This study could also be expanded to patients with other forms of cancer.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	GYNEKOLOGISET SYÖVÄT JA NIIDEN HOITOMUODOT	6
2.1	Ulkosynnyttimien ja emättimen syöpä	6
2.2	Kohdunkaulan ja kohdunrungon syöpä	7
2.3	Munasarja- ja munanjohdinsyöpä.....	9
3	SAIRASTUMINEN GYNEKOLOGISEEN SYÖPÄÄN JA SEN VAIKUTUKSET NAISEN SEKSUAALISUUTEEN.....	10
4	GYNEKOLOGISTEN SYÖPIEN HOITOMUOTOJEN VAIKUTUKSET NAISEN SEKSUAALISUUTEEN.....	12
4.1	Kirurginen leikkaushoito	12
4.2	Sädehoito	13
4.3	Solunsalpaajahoido	14
5	SEKSUAALINEUVONTA.....	15
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	20
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	20
7.2	Kohderyhmä.....	21
7.3	Aineistonkeruu.....	21
7.4	Aineiston käsittely ja analysointi	23
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
8.1	Vastaajien taustatiedot	24
8.2	Vastaajien kokemukset saamastaan seksuaalineuvonnasta	25
8.3	Vastaajien odotukset seksuaalineuvonnalta	27
8.4	Vastaajien toiveet ja kehittämistarpeet seksuaalineuvontaan liittyen.....	30
9	POHDINTA.....	31
9.1	Tutkimustulosten tarkastelua	31
9.2	Tutkimuksen eettisyys	35
9.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	36
9.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus. Sairastuminen vaikuttaa aina jotenkin myös ihmisen seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7, 203.) Erilaisiin sairauksiin ja niihin käytettäviin hoitoihin kuuluu paljon erilaisia ohjeita ja kieltoja, jotka koskevat myös ihmisen seksuaalisuutta (Rosenberg 2006, 285). Sairastuminen ja siihen käytettävät hoidot saattavat muuttaa ihmisen kehonkuvaa, itsetuntoa sekä seksuaalista halua. Näiden muutosten hyväksymisen avuksi voidaan tarvita seksuaaliohjausta ja -neuvontaa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203.) Seksuaalineuvonnan tarpeesta ei ole tarkkaa tietoa, sillä Suomessa on perehdytty aiheeseen vielä aika vähän ja tieto on hajanaista. Neuvontaa tarjoavien organisaatioiden käsitys seksuaalisuuteen liittyvästä neuvonnan tarpeesta on, että sitä tarvitaan koko ajan vain enemmän. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 28.)

Terveyspalveluissa pyritään edistämään seksuaalisuutta toteamalla seksuaaliongelmien varhaisessa vaiheessa. Lisäksi terveyspalveluiden seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteena on yksilön seksuaalisuuden hyväksyminen niin, että esimerkiksi vammautuminen, leikkaushoito tai muu hoitomuoto vaikuttavat mahdollisimman vähän seksuaalisuuden toteuttamiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 23.)

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi seksuaalineuvonnan, koska olen itse kiinnostunut seksuaalineuvonnasta ja sen toteutumisesta hoitotyössä. Aihevalintaan vaikutti myös se, että aihe on ajankohtainen ja siitä on saatavilla tutkimustietoa vielä aika vähän. Aihe on työelämälähtöinen. Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikan osastonhoitaja kertoi, että seksuaalineuvonta on yksi aihealue, jota he haluavat jatkuvasti kehittää. (Virkanen henkilökohtainen tiedonanto 10.5.2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan seksuaalineuvonnasta Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa potilaiden tarpeista ja toiveista saada neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä kehittää toimintaa näiden pohjalta.

2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT JA NIIDEN HOITOMUODOT

Gynekologisilla syöville tarkoitetaan ulkosynnyttimien, emättimen, kohdunkaulan, kohdunrungon, munasarjojen sekä munanjohtimien syöpiä (Leppänen, Karlund & Torkkeli 2011, 6). Vuosittain Suomessa todetaan 1500-1600 gynekologista syöpää. Yleisimmät todetuista syövistä sijaitsevat munasarjoissa sekä kohdunrungossa. (Var-sinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut 2008.)

2.1 Ulkosynnyttimien ja emättimen syöpä

Ulkosynnyttimien syöpä sijaitsee useimmiten isoissa häpyhuulissa, mutta sitä voi esiintyä myös pienissä häpyhuulissa, klitoriksessa sekä välilihan alueella (Tiitinen 2011d). Ulkosynnyttinsyöpä eli carcinoma vulvae on vanhojen ikäryhmien sairaus, kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita (Eskola & Hytönen 2005, 345-346). Ulkosynnyttimien syöpä syntyy usein samoista kasvaimista, joita esiintyy iholla (Kivelä 2006, 581). Haavaumat ja kasvaimet ulkosynnyttimien alueella aiheuttavat kivelyä ja kipua, joskus myös veristä vuotoa (Mäenpää & Pakarinen 2011, 221-222; Eskola & Hytönen 2005, 346). Syöpä lähettää etäpesäkkeitä nivusten pinnallisiin imusolmukkeisiin, sitten syviin ja lopuksi myös lantion imusolmukkeisiin (Mäenpää & Pakarinen 2011, 221-222).

Ensisijainen hoitomuoto on kirurginen. Levinneisyysasteissa I ja II poistetaan yleensä ulkosynnyttimet osittain, mutta joskus on tarpeen poistaa ne myös kokonaan (vulvektomia). Levinneisyysasteissa III ja IV leikkaus voi olla jopa laajempikin kuin vulvektomia, tällöin voidaan joutua poistamaan myös peräsuoli ja virtsaelimet. Tällöin on usein tarpeen myös laajat plastiikkakirurgiset toimenpiteet. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 222; Eskola & Hytönen 2005, 346.)

Leikkauksen jälkeen annetaan usein myös sädehoitoa, jos imusolmukkeista on löytenyt etäpesäkkeitä tai ei ole tehty radikaalipoistoa (Mäenpää & Pakarinen 2011, 222-223; Syöpäjärjestön www-sivut 2010). Myös kemosädehoito on mahdollinen hoitomuoto paikallisesti levinneessä ulkosynnyttimen syövässä. Tällöin sädehoidon aikana annetaan kerran viikossa pieni annos solunsalpaaja. Kemosädehoito tai solunsal-

paajahoito on myös mahdollista antaa ennen leikkausta, jolloin tarkoituksena on pienentää kasvainta niin, että sen poisto on helpompaa. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 222-223.)

Emättimen eli vaginan syöpä on harvinainen Suomessa. Vuosittain todetaan vain noin 20 syöpätapausta. (Tiitinen 2011a.) Suurin osa emätinsyövistä (carcinoma vaginae) alkaa levyepiteelistä, mutta myös adenokarsinomia ja melanomia tavataan. Emätinsyöpä diagnosoidaan yleensä sattumalöydöksenä gynekologisen tutkimuksen yhteydessä, koska se on alkuvaiheessa yleensä vähäoireinen. Emätinsyöpä voidaan diagnosoida myös irtosolunäytteen perusteella. Myös emätinsyöpä ilmenee usein kasvaimena tai haavaumana. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223.) Oireina voi lisäksi esiintyä runsasta valkovuota sekä veristä vuotoa (Eskola & Hytönen 2005, 347). On tärkeää myös huomioida se, että monet syövät lähettävät etäpesäkkeitä emättimeen (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223).

Leikkaushoito on emätinsyövän tärkein hoitomuoto (Eskola & Hytönen 2005, 347). Emättimen yläosaan rajoittuva syöpä hoidetaan useimmiten operatiivisesti, jolloin poistetaan kohtu sekä lantion imusolmukkeet. Lähempänä ulkosynnyttimiä sijaitseva emätinsyöpä poistetaan noudattamalla ulkosynnyttimien syövän kirurgisen hoidon periaatteita. Myös emättimen poistoa sekä säde- ja solunsalpaajahoitoa voidaan käyttää yksilöllisesti. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 222, 225.)

2.2 Kohdunkaulan ja kohdunrunгон syöpä

Kohdunkaula sijaitsee emättimen ja kohdun välissä. Kohdunkaulan syöpä syntyy, kun kohdunkaulan normaalit solut alkavat muuttua pahanlaatuisiksi. (Syöpäjärjestön www-sivut 2010.) Kohdunkaulan syöpä (carcinoma colli uteri, carcinoma cervicis uteri) on Suomen kolmanneksi yleisin gynekologinen syöpä. Vuosittain uusia syöpätapauksia todetaan 150-160. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223-224; Tiitinen 2011b.) Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus ovat pienentyneet 1960-luvulta lähtien 80 %. Tämä on irtosoluseulontojen sekä gynekologisten tutkimusten yhteydessä otettavien irtosolunäytteiden ansiota. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223-224.)

Varhaisoireena kohdunkaulan syövällä on usein verenvuoto, etenkin yhdynnän jälkeen (Mäenpää & Pakarinen 2011, 224-225). Varhaisoireena voi esiintyä myös pahanhajuista valkovuotoa. Myöhemmin oireena voi olla ristiselkäsärky, virtsaoireet sekä alavatsakipu. (Tiitinen 2011b.) Oireettomilta potilailta syöpä löydetään useimmiten irtosolunäytteen avulla (Mäenpää & Pakarinen 2011, 224-225).

Kohdunkaulan syöpä hoidetaan joko leikkauksella, sädehoidolla, solunsalpaajahoidolla tai näiden yhdistelmillä. Hoito määräytyy levinneisyyden sekä potilaan kunnon mukaan. Yleisimmin syöpä leikataan, ellei levinneisyys tai huono yleiskunto ole esteenä. (Syöpäjärjestön www-sivut 2010.)

Kohdunrunгон syövällä tarkoitetaan kohtusyöpää. Se kehittyy kohtuontelon limakalvosta. (Tiitinen 2011c.) Kohdunrunгон syöpä (carcinoma corporis uteri, carcinoma endometrii) on kolmanneksi yleisin naisten syöpä Suomessa (Grénman & Auranen 2011, 232). Vuosittain todetaan 750-800 uutta kohdunrunгон syöpää (Tiitinen 2011c.) Gynekologisista syöivistä noin puolet on kohdunrunгон syöpiä. Yleisin kohdunrunгон syöivistä on adenokarsinooma, joka on lähtöisin rauhassoluista (Grénman & Auranen 2011, 232; Eskola & Hytönen 2005, 350.)

Pitkittyneet, runsaat tai epäsäännölliset vuodot voivat aiheutua kohdunrunгон syövästä. Verinen vuoto on sen yleisin ensimmäinen oire. Papa-kokeen avulla voidaan todeta vain noin puolet kohdunrunгон syöivistä. (Eskola & Hytönen 2005, 351.)

Hoidon kulmakivenä on leikkaushoito. Leikkaushoitoa käytetään myös syövän levinneisyyden arviointiin ja samalla poistetaan kaikki makroskooppinen syöpäkudos. Kohtu ja sivuelimet pyritään poistamaan aina leikkauksessa ja vatsaontelosta otetaan sytologinen näyte. Leikkauksen lisäksi käytetään sädehoitoa, solunsalpaajahaitoja tai kemoterapiaa. (Grénman & Auranen 2011, 236-237; Syöpäjärjestön www-sivut 2010.)

2.3 Munasarja- ja munanjohdinsyöpä

Munasarjasyöpä syntyy, kun munasarjojen hyvänlaatuiset solut alkavat muuttua pahanlaatuisiksi. Munasarjasyöpä (carcinoma ovarii) on gynekologisista syövistä yleisin kohdunrungon syövän jälkeen sekä pahamaineisin. Vuosittain todetaan noin 600 uutta tapausta. Siihen kuolee yhtä paljon naisia kuin kaikkiin muihin gynekologisiin syöpiin yhteensä. (Eskola & Hytönen 2005, 352 Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.)

Munasarjat ovat rakenteeltaan ja toiminnaltaan monimuotoisia, joten munasarjoissa voi esiintyä monenlaisia kasvaimia. Epiteliaalisista soluista peräisin olevat kasvaimet yleisimpiä, mutta myös sukupienä-, itusolu ja rasvasolukasvaimia esiintyy. Syövän huono ennuste johtuu sen varhaisvaiheen oireettomuudesta. (Eskola & Hytönen 2005, 352.) Munasarjasyöpä syöpä aiheuttaa epämääräisiä vatsaoireita kuten suoliston toimintahäiriöitä, turvotusta vatsan alueella ja täyteläisyyden tunnetta (Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010). Näitä oireita voi esiintyä jo varhaisvaiheessa, mutta useimmiten syöpä on jo levinnyt sen löydyttyä. Kasvain todetaan usein sattumalta muun tutkimuksen tai toimenpiteen yhteydessä. (Eskola & Hytönen 2005, 352; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.)

Munasarjasyövän tärkein hoitomuoto on leikkaus. Leikkauksen yhteydessä tehdään levinneisyystutkimus, jonka perusteella päätetään jatkohoidosta. Leikkaus tehdään radikaalileikkauksena eli syöpäkudoksen lisäksi poistetaan myös lantion ja aortan alueen imusolmukkeet. Yleensä leikkauksen jälkeen on tarpeen aloittaa vielä solunsalpaajahoito. (Eskola & Hytönen 2005, 352; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.) Munasarjasyövän hoidossa käytetään vain harvoin sädehoitoa (Kivelä 2006, 580). Solunsalpaajahoidon jälkeen voidaan tehdä vielä varmistusleikkaus eli second look-leikkaus, jossa tutkitaan vatsaontelo jäljelle jääneen kasvainkudoksen löytämiseksi (Eskola & Hytönen 2005, 353).

Munanjohdinsyöpä (carcinoma tubae) on harvinainen syöpä. Vuosittain Suomessa todetaan noin 50 tapausta. Munanjohdinsyöpä vastaa munasarjasyöpää oireiltaan, diagnoosiltaan sekä hoidoltaan. (Eskola & Hytönen 2005, 353.)

3 SAIRASTUMINEN GYNEKOLOGISEEN SYÖPÄÄN JA SEN VAIKUTUKSET NAISEN SEKSUAALISUUTEEN

Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus ja se on olennainen osa ihmisenä olemista. Seksuaalisuus ei katoa mihinkään, vaikka ihminen sairastuu, mutta sairautella voi olla vaikutuksia seksuaalisuuden ilmenemiseen ja ilmaisemisen mahdollisuuksiin. Seksuaalisuus on läsnä ihmisen elämässä koko elämän ajan. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7.) Sairastumisen alussa seksuaalisuus jää usein sivurooliin. Vie oman aikansa sopeutua terveydestä luopumiseen. Sopeutumisen aikana ihminen oppii hyväksymään menetyksensä ja kykenee suuntaamaan elämässään eteenpäin niillä voimavaroilla, jotka hänellä on. Seksuaalisuudelle löytyy tilaa paranemisen myötä ja sille voi löytyä myös uusia ilmaisumuotoja. (Brusila 2011, 33.)

Kun ihminen sairastuu syöpään, moni asia muuttuu (Salminen 2000, 22). Sairastuminen aiheuttaa usein vakavan kriisin (Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki & Paavilainen 2004, 28). Syövän hoito vaikuttaa usein ruumiinkuvaan ja yleisvointiin (Salminen 2000, 22). Sairastuminen herättää monenlaisia tunteita kuten epävarmuutta, syyllisyyttä, pelkoa, ahdistusta ja yksinäisyyttä (Kuuppelomäki 2000a, 133-135). Syöpään sairastuminen ei koskaan vaikuta vain sairastuneeseen. Parisuhteessa elävän sairastuminen vaikuttaa myös puolisoon sekä heidän väliseen suhteeseen. (Kuuppelomäki 2000b, 162.) On tavallista, että parisuhde joutuu kovalle koetukselle sairastumisen myötä. Kumppanit voivat etäännyä toisistaan sekä fyysisellä että psyykkisellä tasolla. (Rosenberg 2000, 181.)

Koponen, Koponen ja Rekola (2009, 31-32, 37-39.) tutkivat opinnäytetyössään gynecologisen potilaan postoperatiivista ohjausta sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Aineisto kerättiin potilailta kyselylomakkeilla ja hoitajilta teemahaastattelun avulla. Potilaille jaetussa kyselylomakkeessa oli kolme osa-aluetta, joihin kysymykset olivat jaettu: minäkuva ja psyykkinen kokemus, parisuhde ja seksuaalisuus. Parisuhde-alueella oli kysymys, jossa kysyttiin uskoko vastaaja toimenpiteen vaikuttavan heidän parisuhteeseensa. Puolet vastaajista (n=20) oli vastannut, ettei usko toimenpiteen vaikuttavan parisuhteeseen. Valtaosa (n=19) oli keskustellut kumppaninsa kanssa sairaudestaan sekä sen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen.

Vastaajista 67 % (n=8) oli vastannut, etteivät he tarvitse ohjausta parisuhteeseen liittyen.

Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto ja Miettinen (2008, 151-153, 162.) selvittivät tutkimuksessaan syöpään sairastuneiden potilaiden käsityksiä seksuaalisuudesta sekä kokemuksia siitä, miten syöpä on vaikuttanut seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Aineisto kerättiin vuosien 2001-2003 aikana teemahaastattelun avulla 20 potilaalta. Tuloksista kävi ilmi, että niissä suhteissa, joissa puoliso on tukenut sairastunutta, oli sairauden vaikutus suhteeseen myönteinen. Vastaavasti suhteissa, joissa sairastumisesta ei pystytty keskustelemaan, oli muutos parisuhteessa ollut kielteinen. Tuloksista kävi lisäksi ilmi, että sairastuminen on ollut henkilökohmainen kriisi, jonka vuoksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat jäävät taka-alalle. Tulosten mukaan muutoksia syntyy seksuaalisuudessa sekä parisuhteessa. Muutokset ovat yleisimmin kielteisiä ja liittyvät kehonkuvan muuttumiseen sekä seksuaaliseen haluttomuuteen. Parisuhteeseen vaikuttavat muutokset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä.

Nylund, Järvinen, Susi ja Vihtamäki (2008, 4, 13, 15, 21-24.) toteuttivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä projektityön, jonka tarkoituksena oli selvittää aiempien tutkimusten perusteella lisää gynekologisten potilaiden seksuaalineuvonnasta sekä pyrkiä vastaamaan sen tarpeisiin. Projektin kohderyhmä rajattiin gynekologista syöpää sairastaviin potilaisiin. Projektin alussa potilaille tehtiin alkukartoitus, jossa kysyttiin väittämien sekä avoimien kysymysten avulla sairauteen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Myös mielipidettä seksuaalineuvonnan tarpeellisuudesta sekä sopivasta ajankohdasta selvitettiin. Alkukartoituksessa kävi ilmi, että lähes puolet vastaajista (48 %) on saanut erittäin vähän tietoa hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Vastaajista 41 % oli saanut erittäin vähän tietoa hoitojen vaikutuksista parisuhteeseen. Vastaajista 39 % vastasi alkukartoituksessa, että on saanut erittäin vähän tietoa siitä, miten sairaus tai sen hoito rajoittavat sukupuolielämää.

Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki ja Paavilainen (2004, 29-30.) selvittivät tutkimuksessaan munasarjasyöpää sairastavan ja hänen läheistensä kokemuksia selviytymisestä, sairastumisesta sekä saamastaan tuesta. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin myös

hoitohenkilökunnan kokemuksia annetusta tuesta. Aineisto kerättiin kymmeneltä munasarjasyöpää sairastavalta potilaalta teemahaastattelun avulla. Neljältä omaiselta ja 16 hoitajalta aineisto kerättiin teemoitetuilla esseillä. Potilailla ja läheisillä teemoina olivat sairauden kokeminen, sairaudesta selviytyminen sekä saatu tuki. Hoitajilla teemana oli annettu tuki. Tuloksista kävi ilmi, että kaikki vastaajat kokivat sairastamisen raskaaksi. Solunsalpaajahoidojen haittavaikutukset tulivat esille sairauden kokemuksissa. Haittavaikutukset oli kestäetty hyvin. Vastaajat toivat esille, että perhe oli heidän tärkein selviytymiskeinonsa. Lisäksi he toivoivat, että sairastumisesta puhuttaisiin perheen kanssa. Sairastuneet pitivät myös hoitohenkilökunnan antamaa tukea hyvin merkityksellisenä. He olivat saaneet tukea hoitohenkilökunnalta pyytämättä.

Seksuaalisuus ei koostu pelkästään seksistä, vaan siihen kuuluvat myös persoonallisuus, naisena oleminen, eläminen ja vuorovaikutus (Rosenberg 2000, 173). Seksuaalisuus kuuluu myös itsetuntoon. Hyvän itsetunnon omaava ja tasapainoinen ihminen pystyy kohtaamaan elämän tuomat vaikeudet ja sairaudet sekä niiden vaikutukset seksuaalisuuteen levollisemmin kuin epävarma ihminen. Sairastuminen vaikuttaa aina jollain lailla myös itsetuntoon ja näin ollen myös omaan käsitykseen itsestä seksuaalisena olentona. Myös sairastuneilla on oikeus ja mahdollisuus nauttia seksuaalisuudestaan, mutta usein siitä luovutaan sairastumisen myötä. Koska itsetunto on tärkeä osa seksuaalisuutta, vaikuttavat kaikki eroottisesti merkittäviin elimiin kuten rintoihin ja genitaalisiin kohdistuvat sairaudet ihmisen käsitykseen itsestään seksuaalisena olentona. (Brusila 2011, 33, 40.)

4 GYNEKOLOGISTEN SYÖPIEN HOITOMUOTOJEN VAIKUTUKSET NAISEN SEKSUAALISUUTEEN

4.1 Kirurginen leikkaushoito

Leikkaushoidon tarkoituksena on poistaa syöpäkasvain. Yleensä kasvaimen ympäriltä poistetaan lisäksi tervettä kudosta, jolla pyritään estämään sen paikallinen leviäminen. (Suomen syöpäjärjestön [www-sivut](http://www.syopajarjesto.fi) 2010.) Leikkaus on syövän tärkein hoitomuoto. Se soveltuu syöpiin, jotka muodostavat paikallisia, kiinteitä kasvaimia. Leik-

kaushoidon tehokkuus riippuu siitä, onko syöpä muodostanut etäpesäkkeitä hoitoon tullessa. Usein etäpesäkkeitä on muodostunut, joten leikkaushoitoon yhdistetään lääke- ja/tai sädehoito. Leikkaushoito voi olla joko kuratiivinen (parantava) tai palliativinen (oireita lievittävä). (Holmia, Murtonen, Huovinen & Valtonen 2010, 108-109; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.)

Kun syöpää leikataan, poistetaan yleensä myös tervettä kudosta. Tämän vuoksi leikkaus on usein suuri ja toipuminen voi kestää pitkään. (Rosenberg 2007, 18; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.) Seksuaalisuus ja seksi jäävät yleensä vähemmälle huomiolle leikkauksesta johtuvan haavakivun, sairauden aiheuttaman huolen ja väsymyksen vuoksi. Toipumisen edistyttyä tilanne palautuu yleensä normaaliksi. Leikkauksesta aiheutuu usein ulkoisen tai sisäisen minäkuvan muutos, joka vaikuttaa osaltaan myös ihmisen seksuaalisuuteen. Vaikutus on yleensä suurempi, jos syöpä on sijainnut seksuaalisuuteen liittyvissä elimissä. Erityisesti gynekologisen syövän tai muun lantion alueen leikkaus voi vaikuttaa seksitoimintoihin ratkaisevasti. (Rosenberg 2007, 18.) Leikkaus voi vaurioittaa myös alueen hermoja, jolloin voi syntyä tuntopuutoksia ja kiihottumisongelmia (Rosenberg 2000, 176).

4.2 Sädehoito

Sädehoito on paikallinen syövän hoitomuoto, jossa sädehoidettavalle alueelle rajoittunut syöpä hoidetaan ionisoivalla säteilyllä. Sädehoidolla pyritään yleensä tuhoamaan alkuperäinen kasvain sekä lähellä sijaitsevat imusolmukkeet. (Holmia ym. 2010, 110; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.) Myös sädehoito voi olla kuratiivista tai palliativista (Holmia ym. 2010, 110).

Sädehoidolla on myös haittavaikutuksia. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat muun muassa ihoärsytys, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja väsymys. Lantion alueelle annettavasta sädehoidosta voi aiheutua potilaalle lisäksi akuutteja haittavaikutuksia. Tällaisia ovat esimerkiksi ripuli, virtsaamisvaivat, limakalvojen ärtyminen sekä hii-va. Sädehoidon vaikutukset potilaan seksuaalisuuteen ovat yleensä ohimeneviä sekä lieviä. Sukupuolielimet pyritään suojaamaan, jos mahdollista. Lantion alueelle annettussa sädehoidossa ei voida kuitenkaan välttyä haittavaikutuksilta. Emättimen lima-

kalvot kuivuvat ja ärtyvät, joten yhdyntä usein vaikeutuu. Yhdyntä aiheuttaa usein kipua limakalvojen rikkoutuessa ja on siksi usein mahdotonta. Sädehoidosta voi aiheutua myös emättimen arpeutumista ja kutistumista. Hoitojaksojen aikana käytetty hieromasauva tai yhdynnit ehkäisevät kutistumista ja emätin pysyy kimmoisana. (Holmia ym. 2010, 115-116, 118; Suomen syöpäjärjestön www-sivut 2010.) Alavatsalle annettu sädehoito voi aiheuttaa myös kuukautisten loppumisen sekä ennenaikaiset vaihdevuodet. Näitä oireita voidaan usein lievittää, jos syöpä ei ole hormoniperäinen. Myös peräsuoli- ja virtsarakkovaivat ovat yleisiä. (Holmia ym. 2010, 118; Rosenberg 2007, 18.)

4.3 Solunsalpaajahoito

Sytostaatit eli solunsalpaajat ovat lääkeaineita, joita käytetään syövän hoidossa. Solunsalpaajilla on solujen kasvua ja jakautumista estävä vaikutus eli ne ovat soluille myrkyllisiä. (Holmia ym. 2010, 118.) Solunsalpaajia ei ole pystytty kehittämään syöpäspesifisiksi, vaan ne vaikuttavat myös terveisiin soluihin. Tästä johtuvat myös solunsalpaajien aiheuttamat haittavaikutukset. (Salminen 2000, 29.)

Solunsalpaajahoito annetaan yleisimmin infuusiona laskimon sisään. Solunsalpaaja voi olla joko neoadjuvantti- tai adjuvanttihoito. Neoadjuvanttihoito -nimitystä käytetään silloin, kun hoito annetaan ennen leikkausta kasvaimen pienentämiseksi ja metastasoinnin estämiseksi. Adjuvantti- eli liitännäishoito taas annetaan leikkauksen jälkeen uusiutumisvaaran vähentämiseksi. (Salminen 2000, 29.)

Solunsalpaajahoidolla on useita haittavaikutuksia, joita ei kuitenkaan esiinny kaikilla potilailla. Yleisimpiä ovat pahoinvointi ja oksentelu, hiusten lähtö, ripuli tai ummetus sekä iho- ja limakalvo-oireet. (Holmia ym. 2010, 120-123.) Myös solunsalpaajat voivat aiheuttaa häiriöitä kuukautiskierrossa sekä vaihdevuosioireita. Useimmiten oireet katoavat hoidon lopettamisen jälkeen, mutta esimerkiksi kuukautiset eivät välttämättä palaudu, jolloin kehittyy ennenaikaiset vaihdevuodet. Seksuaalinen haluttomuus on yleistä solunsalpaajahoidon aikana väsymyksestä, pahoinvoinnista sekä masennuksesta johtuen. (Rosenberg 2007, 19.)

Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto ja Miettinen (2008, 163.) saivat tutkimuksessaan tuloksia, joiden perusteella voidaan luoda potilasohjausmalli. Mallin avulla potilaan kanssa keskustellaan syövän ja hoitomuotojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Tätä mallia voidaan käyttää erityisesti solunsalpaajahoitojen aloituksen yhteydessä, jolloin potilas saa tietoa miten solunsalpaajat voivat vaikuttaa fyysiseen olemukseen, olotilaan sekä seksuaalisuuteen.

5 SEKSUAALINEUVONTA

Seksuaalineuvonta on seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvien kysymyksien ja ongelmien käsittelemistä. Seksuaalineuvonta pohjautuu vuorovaikutukseen ammatillisessa asiakastyössä. (Ilmonen 2006, 41.) Seksuaaliohjaus on kaikille hoitotyössä toimiville kuuluvaa tavoitteellista ammatillista vuorovaikutusta potilaan kanssa. Seksuaaliohjausta toteutetaan yleensä kaikissa hoitotilanteissa, tilannekohtaisesti. Seksuaaliohjauksen keskeisinä osina ovat tiedon antaminen sekä potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.) Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee keskustella potilaan kanssa aina, kun arvioidaan, että potilaan sairaus, hoito tai lääkitys voivat aiheuttaa häiriöitä potilaan seksuaaliterveyden tai minäkuvan alueelle (Petäjä 2010, 10). Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan yleensä yksilöllisistä, potilaan tarpeesta lähtevää, prosessiluontoista seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelyä. Sekä seksuaaliohjauksen että –neuvonnan perustana on hoitajan ja potilaan luottamuksellinen vuorovaikutus, jossa he etsivät yhdessä dialogissa ratkaisuja potilaan ongelmiin ja kysymyksiin. Hoitajan ja potilaan tulisi pyrkiä sellaiseen yhteyteen, joka on aito ja antaa tilaa mieltä askarruttaville kysymyksille. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142, 144-145.)

Petäjä (2010, 33-34, 45-46.) kehitti opinnäytetyössään seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin Turun Yliopistollisen Keskussairaalan Naistenklinikan gynekologisten potilaiden hoitoon. Ennen toimintamallin kehittämistä Petäjä kartoitti tutkimuksen avulla hoitohenkilökunnan asenteet, uskomukset, kokemukset sekä osaamisen kehittämistarpeet seksuaaliterveyteen liittyen. Kyselylomake lähetettiin koko

naistenklinikan hoitohenkilökunnalle (n=196). Kyselyyn vastasi yli puolet (n=107) hoitohenkilökunnasta. Yli puolet kyselyyn vastanneista hoitohenkilökunnasta koki, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa erilaisten gynekologisten sairauksien ja niiden hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Lähes kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat ilmaisivat tarvitsevansa tai haluavansa täydennyskoulutusta seksuaaliterveyden edistämiseen liittyen.

Seksuaalineuvonnan tulisi toteutua osana sosiaali- ja terveystalvaeluita, kuten Lääkintöhallitus on todennut jo vuonna 1980 (Ilmonen 2006, 41; Sosiaali- ja terveystalvaelministeriö 2007, 29). Lisäksi sitä tulisi tarjota kaikille ikäryhmille (Ilmonen 2006, 41). Seksuaalineuvontaa tulisi toteuttaa terveydenhuollon perustalvaeluissa. Kun asiakkaalle annetaan seksuaalineuvontaa silloin, kun hän sitä tarvitsee, sillä on myönteisiä vaikutuksia tulevaisuuden kannalta. Ajoissa annettu neuvonta ehkäisee ongelmien syntyä, vaikeutumista sekä kroonistumista ja samalla se vähentää erityistalvaeluiden tarvetta. Jotta seksuaalineuvonta voi toteutua, tulee talvaeluita olla tarpeeksi saatavilla. Toistaiseksi talvaeluita ei ole kattavasti saatavilla eikä toisaalta hoitohenkilökunnalla ole riittäviä tietoja ja taitoja seksuaalineuvonnan toteuttamiseksi. Seksuaalineuvonnan parempi ja laajempi saatavuus edellyttäisi henkilökunnan ammatillista koulutusta. (Ilmonen 2006, 45-46.) Myös Lintumäki, Mononen ja Silvennoinen (2011, 2, 28-29) tuovat esille opinnäytetyössään esille samansuuntaisia tuloksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ammatillisia valmiuksia seksuaalisuuden kohtaamisessa. Aineisto kerättiin Savonlinnan keskussairaalan kolmelta sisätautiosastolta avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 17 hoitajaa. Vastauksista kävi ilmi, että hoitajat pitävät potilaiden seksuaalisuutta olennaisena osana ihmisyyttä. Osa hoitajista koki, etteivät he olleet saaneet valmiuksia kohdata potilaan seksuaalisuutta hoitotyön koulutuksen aikana. Vastaajat toivat ilmi, että nämä taidot ovat kattuneet työkokemuksen ja elämäkokemuksen myötä. Tulokset viittaavat siihen suuntaan, että hoitotyön koulutusta tulisi kehittää, jotta tuleva hoitohenkilökunta saa paremmat lisävalmiudet kohdata potilaiden seksuaalisuus osana hänen kokonaishoitoaan.

Jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella tulisi olla valmiuksia kohdata oma seksuaalisuutensa ennen kuin hän voi keskustella luontevasti potilaiden seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Työntekijän myönteinen suhtautuminen seksuaalisuuteen liittyviin

asioihin antaa potilaalle luvan puhua omasta seksuaalisuudestaan. (Eskola & Hytönen 2005, 65-66.) Hoitaja voi käsitellä omaa seksuaalisuuttaan tutkimalla omia arvojaan, tunteitaan, normejaan, asenteitaan sekä uskomuksiaan. Näiden mietintöjen pohjalta hoitaja muodostaa käsityksensä omasta seksuaalisuudestaan ja saa näin ollen valmiuksia kohdata myös potilaiden seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ja uskomukset. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 133.) Näppi (2011, 18, 24-25.) selvitti opinnäytetyössään standardoidun kyselylomakkeen avulla hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgisille potilaille. Vastaajista 72 % tuntee olonsa vaivautuneeksi keskustellessaan potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Suurin osa (90 %) vastaajista kokee, että seksuaalisuus on liian yksityinen asia keskustella. Hoitajista 91 % neuvoo potilasta kysymään asiasta lääkäriltä.

Seksuaalineuvonnan tueksi on kehitetty erilaisia malleja. Muun muassa Jack Annon kehitti vuonna 1976 seksuaalineuvonnan pohjaksi PLISSIT-mallin. PLISSIT-mallin P ja LI on luokiteltu perusterveydenhuollon tehtäviksi ja SS ja IT ovat tarkoitettu käsiteltäviksi seksuaaliterapiassa (Eskola & Hytönen 2005, 66; Ryttyläinen & Valkama 2010, 51). P eli Permission, luvan antaminen, tarkoittaa myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen. Luvan antamisella tarkoitetaan asioiden normalisointia. Potilasta helpottaa usein jo tieto siitä, että hän ei ole ainoa huolenaiheinen, vaan että myös muilla on samanlaisia tunteita tai kuvitelmia. (Ilmonen 2006, 47.) Luvan antaminen on sekä ehkäisevää että hoitavaa toimintaa. Sillä ei ole tarkoitus perehtyä syvällisiin tai traumaattisiin seksuaaliongelmiin. (Pietiläinen 2006, 555.) Näpin (2011, 24.) opinnäytetyössä hoitohenkilökunnalta kysyttiin luvan antamisesta. Vastaajista 92 % oli sitä mieltä, että hoitajien velvollisuuksiin ei kuulu luvan antaminen, jotta potilas voi puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

LI eli Limited Information, rajatun tiedon antaminen tarkoittaa tiedon antamista juuri siihen ongelmaan tai huolenaiheeseen, joka potilaalla on (Ilmonen 2006, 52). Tällaisia tietoja voivat olla esimerkiksi sairauden, vamman tai lääkityksen vaikutukset seksuaalisuuteen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 52). Kun asianmukainen tieto puuttuu, se korvataan yleensä uskomuksilla ja oletuksilla. Silti tulee muistaa, että potilaalle tulee antaa tietoa myös sellaisessa tilanteessa, jolloin on syytä uskoa potilaan tietojen olevan puutteellisia. (Ilmonen 2006, 52.) Kun annetaan potilaalle tietoa kohdennettus-

ta asiasta, se voi ratkaista myös monia muita huolenaihteita samalla (Pietiläinen 2009, 555).

SS (Spesific Suggestions) tarkoittaa yksilöllisten erityisohjeiden antamista ja ohjeiden tarpeet lähtevät potilaan omasta elämäntilanteesta. IT (Intensive Therapy) tarkoittaa yksilöllisen seksuaaliterapian antamista potilaan seksuaaliongelmien liittyen. (Eskola & Hytönen 2005, 66.) Näiden tasoisten ongelmien ratkaisemiseen hoitohenkilökunta tarvitsee perehtyneisyyttä seksuaaliongelmien sekä vähintään lyhyt- tai ratkaisukeskeisen terapian hallintaa (Pietiläinen 2006, 555).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi on kehitetty myös muita malleja, kuten BETTER-malli, jonka avulla hoitohenkilökunta voi tukea potilaan seksuaalisuutta. Malli on kehitetty erityisesti syöpäpotilaiden seksuaalisuuden tukemiseksi, mutta se on käytännöllinen myös muita sairauksia sairastavilla. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.)

Better-mallin mukaisesti ensimmäiseksi tuodaan esille puheessa seksuaalisuus (Bring up the topic). Sitten hoitajan tulee kertoa potilaalle, että on osa hänen työtään keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Hoitajan tulee ilmaista potilaalle, että hän on luotettava ja hänelle voi kertoa kaikki huolenaiheet seksuaalisuuteen liittyen (Explain). Tämän jälkeen potilaalle tulee kertoa, että hoitaja hankkii hänelle tarvittavat tiedot ja voimavarat, joiden avulla potilaan huolenaiheet saadaan käsiteltyä (Tell). Hoitajan tulisi pystyä arvioimaan, onko aika keskustelulle otollinen. Jos ajoitus ei ole juuri silloin oikea, tulee potilaalle kertoa, että seksuaalisuuteen liittyviin asioihin voidaan palata milloin tahansa (Timing). Hoitajan tulee ohjata potilasta ja kertoa hänelle miten sairaus ja mahdolliset hoidot voivat vaikuttavat hänen seksuaalisuuteensa (Educate). Sen jälkeen hoitajan tulee kirjata asianmukaisesti tiedot ja toiminta potilasasiakirjoihin (Record). (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.)

Petäjän (2010, 73.) kehittämän toimintamallin tarkoituksena on edistää seksuaaliohjauksen toteutumista potilaiden hoidossa sekä edistää hoitohenkilökunnan osaamista seksuaaliohjauksessa. Mallin pohjana toimivat potilaan hoitoprosessissa esiintyvät seksuaaliohjaustilanteet, seksuaaliohjausprosessi sekä seksuaaliohjauksen keskeisimmät osaamisvaatimukset.

Aittila ja Kuusela (2008, 20, 25-28.) selvittivät opinnäytetyössään seksuaalineuvonnan tarvetta naisen hoitotyössä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella naistentautien osaston ja poliklinikan potilailta. Kyselyyn vastasi 54 potilasta. Vastaajista 44 % (n=23) oli vastannut hoitoon tulossyyn vaikuttaneen seksuaalisuuteen, kun taas 48 % (n=25) vastaajista ei ollut kokenut, että hoitoon tulossyylä olisi ollut vaikutusta seksuaalisuuteen. Yli puolet vastaajista (n=27) oli vastannut, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Suurin osa vastaajista (n=41) ei kokenut itse tarvitsevänsä seksuaalineuvontaa.

Koposen, Koposen ja Rekolan (2009, 40-42.) opinnäytetyön seksuaalisuus-osiossa 58 % (n=23) oli vastannut, että seksuaalisuus ei ole liian arkaluontoinen asia keskustella. Suurin osa vastaajista (n=17) ei kokenut seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta tarpeelliseksi. Vastaajista 75 % (n=30) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvonnan tulisi kuulua oleellisen osana naistentautien hoitotyöhön tapauskohtaisesti. Suurin osa vastaajista (n=12) halusi saada ohjausta hoitajalta. Vastaajista 23 % (n=9) halusi keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista ennen toimenpidettä ja saman verran (n=9) toimenpiteen jälkeen. Valtaosa vastaajista (n=11) oli kuitenkin vastannut tähän kysymykseen, ettei haluaisi keskustella lainkaan. Melkein kolme neljäsosaa vastaajista 73 % (n=29) oli vastannut, että hoitajien antama ohjaus oli riittävää.

Nylund, Järvinen, Susi ja Vihtamäki (2008, 22, 25.) toteuttivat ennen projektiaan alkukartoituksen, jossa kävi ilmi, että suurin osa potilaista haluaa saada seksuaalineuvontaa sekä hoitajalta että lääkäriltä. Aloitteen keskustelulle tulisin suurimman osan mielestä tulla lääkäriltä. Melkein puolet vastaajista (48 %) halusi keskustella seksuaaliasioista hoitajakson aikana. Toinen esille noussut ajankohta oli sairauden seuranta.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan seksuaalineuvonnasta Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa potilaiden tarpeista ja toiveista saada neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä kehittää toimintaa näiden pohjalta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia kokemuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on seksuaalineuvonnasta?
2. Millaisia odotuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on seksuaalneuvontaan liittyen?
3. Millaisia toiveita ja kehittämishdotuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on seksuaalneuvontaan liittyen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus suoritettiin käyttämällä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla selvitetään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2010, 16; Vilka 2007, 14). Määrällisessä tutkimuksessa tulokset esitetään numeerisessa muodossa. Numeerisen esittämisen lisäksi oleelliset tulokset selitetään myös sanallisesti. (Vilka 2010, 14.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kartoitetaan yleensä nykytilanne, mutta tarkempien syiden selvittäminen ei ole mahdollista (Heikkilä 2010, 16).

Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään päädyttiin tässä opinnäytetyössä siksi, että tavoitteena oli kartoittaa seksuaalineuvonnan nykytilanne kohdeorganisaatiossa. Li-

säksi kyselylomake sisältää kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaisia strukturoituja kysymyksiä sekä Likertin asteikolla kysyttyjä kysymyksiä. Opinnäytetyössä kartoitetaan kohderyhmän tarpeita ja toiveita, mutta asian arkaluontoisuuden vuoksi tutkimusta ei haluttu suorittaa laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen.

7.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla solunsalpaajahoitoja saavat gynekologista syöpää sairastavat potilaat. Vuosittain naistentautien poliklinikalla sekä osastolla hoidetaan noin 400 gynekologista syöpää sairastavaa potilasta. Viikoittain heistä 5-15 potilasta käy poliklinikalla saamassa solunsalpaajahoitoja. (Virkanen henkilökohtainen tiedonanto 10.5.2011.)

Osastonhoitajan mukaan 20-25 potilaan antamat kokemukset vastaisivat parhaiten heidän tarpeitaan (Virkanen henkilökohtainen tiedonanto 10.5.2011). Tutkimussuunnitelmaa tehdessä päädyttiin kuitenkin suurempaan otokseen, koska suurempi määrä vastaajia antaa luotettavamman tuloksen. Virkasen henkilökohtaisen tiedonannon mukaan (10.05.2011) poliklinikalla käy viikoittain 5-15 potilasta, joten tästä lasketuna päätettiin otoskooksi valita 50 vastaajaa.

7.3 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella (Liite 1). Standardoitu eli vakioidu kyselylomake tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kyselylomake on hyvä tapa kerätä aineistoa, kun tarkoituksena on selvittää vastaajien henkilökohtaisia asioita kuten terveyteen liittyviä asioita. (Vilkkä 2007, 28.) Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa kyselylomakkeella, koska tutkittava asia on vastaajille hyvin henkilökohtainen ja arka aihe keskustella.

Kyselylomake valmistettiin tätä opinnäytetyötä varten aiempien tutkimusten sekä teorian pohjalta. Kyselylomake sisältää suljettuja ja sekamuotoisia monivalintakysymyksiä sekä Likertin asteikkoja. Lisäksi lomakkeessa on yksi avoin kysymys kehittämisehdotuksille. Suljetut eli strukturoidut kysymykset sisältävät valmiit vasta-

usvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee itselleen sopivan tai sopivat vaihtoehdot (Heikkilä 2010, 51; Vilkka 2007, 67). Sekamuotoisissa kysymyksissä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, mutta yleensä ainakin yksi vaihtoehto on avoin (Heikkilä 2010, 52). Likertin asteikko on yleensä 4- tai 5- portainen asteikko, jolla kysytään mielipideväittämiä. Ääripäinä asteikossa on useimmiten täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä. (Heikkilä 2010, 52; Vilkka 2007, 46.)

Kyselylomakkeessa on eritelty neljä isoa kokonaisuutta. Ensimmäinen kokonaisuus koostuu vastaajien taustatiedoista (kysymykset 1-4). Toinen kokonaisuus sisältää vastaajien kokemuksia seksuaalineuvonnasta (kysymykset 5-12). Kolmas kokonaisuus käsittelee vastaajien odotuksia seksuaalineuvonnalta (kysymykset 13-17). Viimeinen eli neljäs kokonaisuus sisältää vastaajien toiveet ja kehittämis ehdotukset seksuaalineuvontaan liittyen (kysymykset 18-23). Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, joka käsitteli vastaajien kokemuksia seksuaalineuvonnasta, saatiin vastaus kysymyksillä 5-12. Toinen tutkimusongelma käsitteli vastaajien odotuksia seksuaalineuvontaan liittyen. Tähän saatiin vastaus kysymyksillä 13-17. Viimeiseen tutkimusongelmaan, joka käsitteli vastaajien toiveita ja kehittämis ehdotuksia seksuaalineuvontaan liittyen, saatiin vastaus kysymyksillä 18-23.

Kyselylomake tulisi aina esitestata ennen varsinaista aineistonkeruuta. Testaaminen tarkoittaa, että tehdään koekysely, jonka perusteella selvitetään antaako lomake tarvittavat tiedot. (Heikkilä 2010, 61; Vilkka 2007, 78.) Koekyselyyn vastaajat voivat olla joko asiantuntijoita, perusjoukkoon kuuluvia tai vastaavia henkilöitä (Vilkka 2007, 78). Testauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset (Heikkilä 2010, 61). Tämän opinnäytetyön kyselylomake testattiin heinäkuussa 2011 kahdella syöpää sairastavalla potilaalla. Lisäksi kohdeorganisaation osastonhoitaja sekä solunsalpaajahoitoja antavat hoitajat tarkastivat kyselylomakkeen. Näiden perusteella kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

Tutkimuslupaa anottiin syyskuun alussa 2011. Tutkimuslupa (Liite 2) myönnettiin 19.9.2011. Kyselylomakkeet toimitettiin avoimissa kirjekuorissa poliklinikalle 6.10.2011. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet vastaajille heidän solunsalpaajahoitonsa aikana. Henkilökunta kertoi vastaajille, että kyselyyn voi vastata hoidon aikana, mutta halutessaan kyselyn saa viedä myös kotiin, jolloin se tulisi palauttaa

seuraavalla hoitokerralla. Kyselylomakkeeseen oli liitettynä saatekirje (Liite 3), jossa kehoitettiin vastaajia sulkemaan kirjekuori vastaamisen jälkeen ja toimittamaan se henkilökunnalle. Saatekirjeen tarkoitus on motivoida vastaajaa vastaamaan kyselyyn sekä selvittää vastaajalle tutkimuksen tarkoitus (Heikkilä 2010, 61; Vilka 2007, 80). Henkilökunta toimitti vastaukset poliklinikalle toimitettuun palautuslaatikkoon. Vastausajan pituudesta pidettiin väliarviointi lokakuun lopussa, jonka perusteella vastausaika päätettiin pidentää marraskuun loppuun. Kyselylomakkeet noudettiin poliklinikalta 29.11.2011. Aineistoa kerättiin yhteensä noin kahdeksan viikkoa.

7.4 Aineiston käsittely ja analysointi

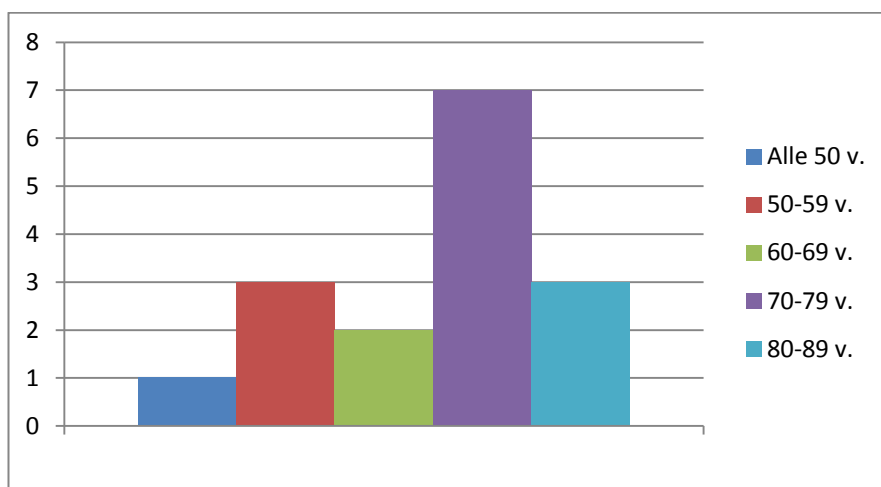
Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan aineiston tarkistamista sekä tietojen syöttämistä tietokoneelle esimerkiksi taulukko-ohjelmaan, jolloin niitä voidaan tutkia numeraalisesti (Vilka 2007, 106). Aineiston käsittelyn tarkoituksena on saattaa vastaukset sellaiseen muotoon, että tutkimusongelmat saadaan ratkaistua (Heikkilä 2010, 143). Tässä opinnäytetyössä vastaukset käsiteltiin Microsoft Excel 2007- ohjelmalla. Vastauksista muodostettiin taulukoita sekä kuvioita. Taulukot ovat selkeä tapa esittää useita lukuja pienessä tilassa. Lisäksi lukijan on helppo vertailla lukuja keskenään. Kuvioden etuna on taas niiden nopea tiedonvälitys. (Heikkilä 2010, 149, 154.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on, että saadut tutkimustulokset eivät jää vain numeroiksi. Tekijän tulee lisäksi tulkita tulokset sekä tehdä johtopäätöksiä niistä. (Vilka 2007, 147.) Avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltiin asiakokonaisuuksiksi.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Poliklinikalle toimitettiin 50 kyselylomaketta, joista palautui 19 lomaketta. Palautuneista lomakkeista kolme olivat tyhjiä, joten vastauksia palautui yhteensä 16 kappaletta. Osassa kyselylomakkeista oli vastattu vain osaan kysymyksistä, mutta aineiston vähyyden vuoksi myös nämä vastaukset päätettiin ottaa mukaan tutkimukseen. Vastausprosentiksi muodostui 32 %.

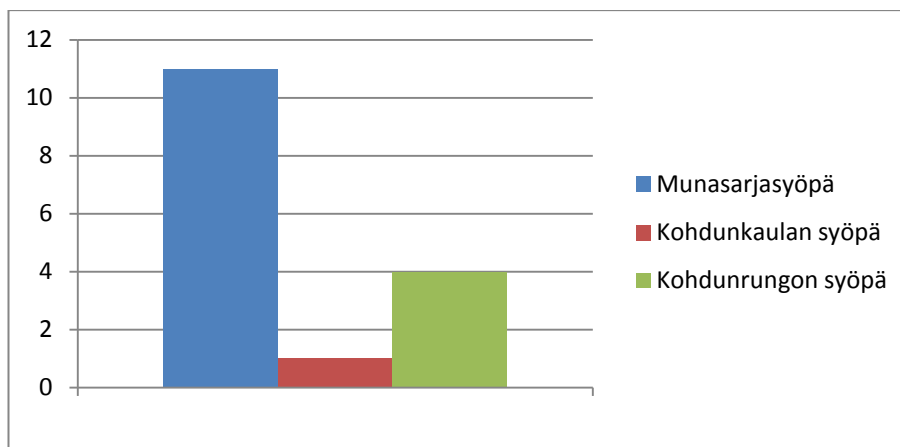
8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäisillä kysymyksillä selvitettiin vastaajien taustatietoja. Vastaajista suurin osa (n=7) oli 70-79-vuotiaita. Seuraavaksi eniten oli sekä 50-59-vuotiaita (n=3) että 80-89-vuotiaita (n=3). Alle 50-vuotiaita vastaajia oli vähiten (n=1). (Kuvio 1.) Suurin osa vastaajista (n=11) olivat parisuhteessa. Muut vastaajat (n=5) eivät olleet parisuhteessa. Vastaajista kolme oli lisäksi lisännyt vastauksensa perään olevansa leski.

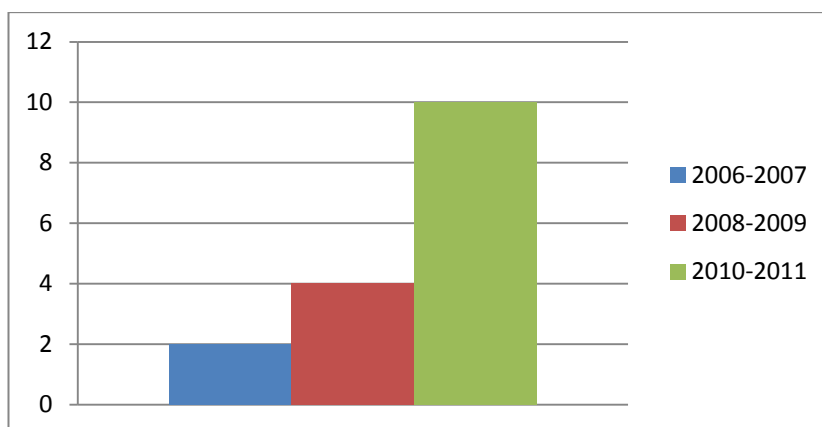


Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=16).

Suurin osa vastaajista (n=11) sairastaa munasarjasyöpää. Neljännes vastaajista (n=4) sairastaa kohdunrunгон syöpää ja yksi vastaajista sairastaa kohdunkaulan syöpää. (Kuvio 2.) Yli puolet vastaajista (n=10) on sairastunut vuosina 2010-2011. Neljännes vastaajista (n=4) on sairastunut vuosina 2008-2009. Osa vastaajista (n=2) on sairastunut vuosina 2006-2007. (Kuvio 3.)



Kuvio 2. Vastanneiden sairastama syöpä (n=16).



Kuvio 3. Vastanneiden sairastumisajankohta (n=16).

8.2 Vastaajien kokemukset saamastaan seksuaalineuvonnasta

Tässä osiossa kysyttiin vastaajien kokemuksia saamastaan seksuaalineuvonnasta. Kysymyksissä 5-9 kysyttiin vastaajien saamaa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Vastaajista viisi oli saanut riittävästi tietoa siitä, miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteen. Saman verran vastaajista (n=5) koki, ettei tarvitse tietoa syövän vaikutuksista naiseuteen. Enemmistö vastaajista (n=6) koki, että on saanut riittävästi tietoa syövän vaikutuksista parisuhteeseen. Neljännes vastaajista (n=3) ei ollut tarvinnut tietoa tähän liittyen. (Taulukko 1.)

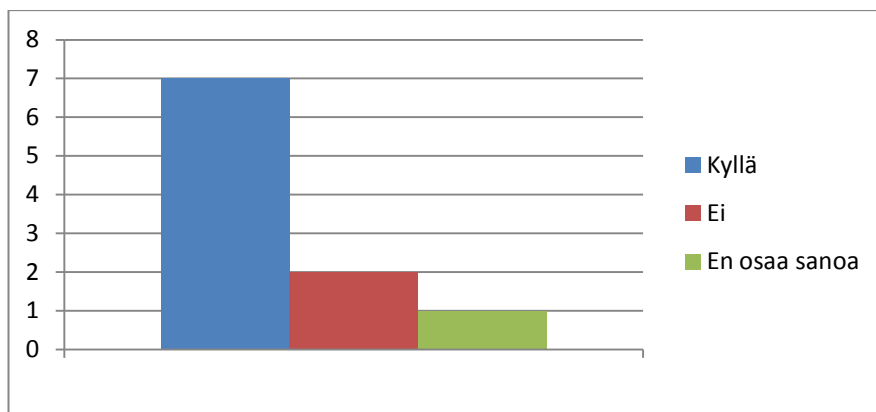
Valtaosa vastaajista (n=7) koki saaneensa riittävästi tietoa syövän tuomista rajoituksista sukupuolielämään. Enemmistö vastaajista (n=5) oli sitä mieltä, ettei tarvitse tie-

toa syövän vaikutuksista lasten saantiin. Osa vastaajista (n=4) oli saanut riittävästi tietoa tähän liittyen. Yli puolet vastaajista (n=7) koki saaneensa riittävästi tietoa syövän hoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Osa vastaajista (n=2) ei ollut tarvinnut lainkaan tietoa tähän liittyen. (Taulukko 1.) Yksi vastaajista oli vastannut ohjeiden vastaisesti kaksi vastausvaihtoehtoa jokaiseen kohtaan, joten nämä vastaukset jätettiin analysoimatta.

Taulukko 1. Vastaajien saama tieto seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

	Riittävästi	Melko paljon	En lainkaan	En ole tarvinnut tietoa
5. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteeni (n=13)	5	2	1	5
6. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa parisuhteeseeni (n=12)	6	2	1	3
7. Olen saanut tietoa mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään (n=12)	7	2	1	2
8. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin (n=10)	4	1	0	5
9. Olen saanut tietoa miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen (n=12)	7	2	1	2

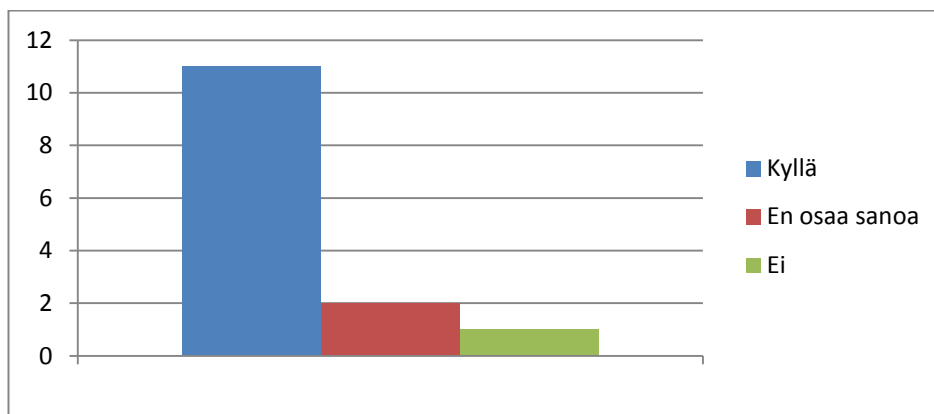
Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin onko heille annettu mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Enemmistö vastaajista (n=7) oli vastannut, että mahdollisuus oli annettu. Vastaajista osa (n=2) oli vastannut, ettei heille ollut annettu tätä mahdollisuutta. (Kuvio 4.) Tämän jälkeen vastaajilta kysyttiin oliko seksuaalineuvojan kanssa käyty keskustelu heille hyödyllinen. Enemmistö vastaajista (n=5) ei ollut tavannut vielä seksuaalineuvojaa. Osa vastaajista (n=4) oli sitä mieltä, että keskustelu seksuaalineuvojan kanssa oli heille hyödyllinen. Viimeiseksi tässä osiossa vastaajilta kysyttiin oliko seksuaalineuvojan kanssa käydyn keskustelun ajankohta heille sopiva. Valtaosa vastaajista (n=6) ei ollut vielä tavannut seksuaalineuvojaa. Loput vastaajista (n=4) oli vastannut ajankohdan olleen sopiva.



Kuvio 4. Mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (n=10).

8.3 Vastaajien odotukset seksuaalineuvonnalta

Tässä osiossa selvitettiin vastaajien odotuksia seksuaalineuvontaan liittyen. Ensimmäiseksi vastaajilta kysyttiin, tulisiko seksuaalineuvontaa tarjota automaattisesti kaikille potilaille. Enemmistö vastaajista (n=11) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Hän oli täsmentänyt vastaustaan, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti nuorille. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Seksuaalineuvonnan tarjoaminen potilaille (n=14).

Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin kenen kanssa he haluaisivat keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Vaihtoehtoja sai valita useamman kuin yhden. Enemmistö vastaajista (n=6) oli sitä mieltä, että haluaisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista seksuaalineuvojan kanssa. Osa vastaajista (n=2) haluaisi keskustella sekä seksuaalineuvojan että lääkärin kanssa. (Taulukko 2.)

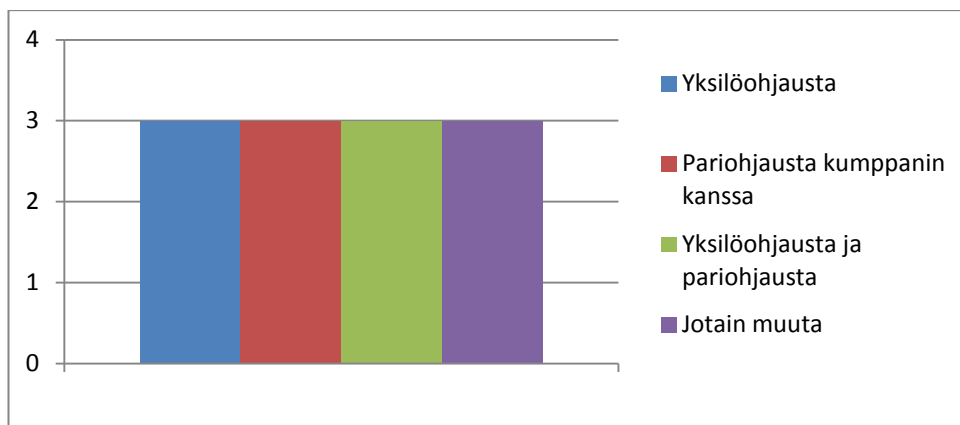
Taulukko 2. Keskustelukumppani seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa (n=12).

	frekvenssi
Seksuaalineuvojan kanssa	6
Lääkärin kanssa	1
Hoitajan kanssa	1
Lääkärin ja seksuaalineuvojan kanssa	2
Lääkärin ja hoitajan kanssa	1
Hoitajan, fysioterapeutin ja seksuaalineuvojan kanssa	1

Seuraavassa kysymyksessä kysyttiin keneltä aloite seksuaalineuvontaan tulisi tulla. Puolet vastaajista (n=6) haluaisi aloitteen tulevan hoitajalta tai muulta henkilökunnalta ja puolet (n=6) haluaisivat, että aloite tulee potilaalta itseltään. Kysymyksessä 16 kysyttiin millaista ohjausta vastaajat haluaisivat saada. Kysymyksessä sai valita useamman vaihtoehdon. Osa vastaajista (n=3) oli vastannut, että haluaisi saada yksilöohjausta. Saman verran vastaajia (n=3) haluaisi saada pariohjausta kumppanin kanssa. Sekä yksilö että pariohjausta haluaisi saada neljännes vastaajista (n=3). (Kuvio 6.) Osa vastaajista (n=3) oli vastannut kysymykseen jotain muuta ja kirjoittaneet avoimeen kohtaan tarkennuksen. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei halua ohjausta lainkaan. Kaksi muuta vastaajaa halusivat tietoa, mutta he eivät olleet valinneet mitään tiettyä ohjausmuotoa.

”Pientä pohdintaa lääkärin tai hoitajan kanssa.”

”Tietoa yleensä.”



Kuvio 6. Vastaajien toivomat ohjausmuodot (n=12).

Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin milloin olisi sopiva ajankohta käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Vastaajat saivat valita useamman vaihtoehdon. Useimmat vastaajista (n=4) haluaisi käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita erillisellä neuvontakäynnillä myöhemmin. Osa vastaajista (n=2) halusi käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita ennen leikkausta. Ketään vastaajista ei halunnut käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita leikkauksen jälkeen sairaalassa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Neuvonnan sopiva ajankohta (n=12).

	frekvenssi
Ennen leikkausta	2
Leikkauksen jälkeen sairaalassa	0
Leikkauksen jälkitarkastuksessa	1
Erillisellä neuvontakäynnillä myöhemmin	4
Solunsalpaajahoitojen aikana	1
Jokin muu ajankohta	0
Erillisellä neuvontakäynnillä myöhemmin ja solunsalpaajahoitojen aikana	1
Ennen leikkausta, jälkitarkastuksessa ja erillisellä käynnillä myöhemmin	1
Ennen leikkausta ja solunsalpaajahoitojen aikana	1
Ennen leikkausta ja leikkauksen jälkitarkastuksessa	1

8.4 Vastaajien toiveet ja kehittämistarpeet seksuaalineuvontaan liittyen

Kysymyksissä 18-22 kysyttiin vastaajien toiveita liittyen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyyn. Enemmistö vastaajista (n=9) olisi halunnut tietoa siitä, miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteen. Neljännes vastaajista (n=3) ei koe tarpeelliseksi saada tietoa syövän vaikutuksista naiseuteen. Suurin osa vastaajista (n=7) olisi halunnut tietoa siitä, miten syöpä voi vaikuttaa parisuhteeseen. Saman verran vastaajista (n=7) olisi halunnut tietoa siitä, mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään. Vajaa kolmannes vastaajista (n=3) ei haluaisi tietoa sukupuolielämän rajoituksista. Enemmistö vastaajista (n=3) ei olisi halunnut tietoa siitä, miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin. Vastaajista enemmistö (n=7) olisi halunnut tietoa siitä, miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen. Osa vastaajista (n=3) ei olisi halunnut tietoa lääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Toiveet seksuaalineuvontaan liittyen.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
18. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteeni (n=12)	4	5	1	2
19. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa parisuhteeseeni (n=10)	3	4	2	1
20. Olisin halunnut tietoa mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään (n=10)	3	4	2	1
21. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin (n=5)	1	1	0	3
22. Olisin halunnut tietoa miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen (n=10)	4	3	2	1

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin vastaajien toiveita tai kehittämishdotuksia, joita heillä on seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyyn liittyen. Vain osa vastaajista (n=5) vastasi tähän kysymykseen. Yksi vastaajista oli vastannut saaneensa tarpeeksi tietoa.

”Olen saanut tietoa ja olen asian kanssa sinut.”

Kaksi vastaajista haluaisi saada tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä keskustella niistä yhdessä henkilökunnan kanssa. Lisäksi toinen vastaajista haluaisi, että neuvonta olisi yksilöllistä, jossa huomioitaisiin myös neuvottavan ikä.

”Tietoa ja keskusteluja.”

”Jokaisella asiakkaalla tulisi olla oikeus saada seksuaalineuvojalta opastusta/neuvontaa halunsa mukaan. Tarvitsisi kuitenkin katsoa tarkkaan minkälaista neuvoa jakaa kullekin. Ehkä 75 vuotias ei tarvitse samaa ohjausta kuin 30 vuotias. Tämäkin asia tulisi hoitaa tapaus-/persoonakohtaisesti, ei yleistäen!”

Yksi vastaajista koki, että ikääntyvät miehet tarvitsivat enemmän tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

”Minusta ikääntyville miehille täytyisi antaa enemmän valistusta.”

Lisäksi yksi vastaaja koki, ettei osaa vastata annettuihin kysymyksiin, koska on iäkäs eikä ole sen vuoksi koskaan saanut seksuaalineuvontaa.

”Ikävä kyllä en osaa vastata näihin kysymyksiin, koska ikäni puolesta en ole koskaan saanut minkäänlaista seksuaalineuvontaa. ... Olen pahoillani.”

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää gynekologista syöpää sarastavien potilaiden kokemuksia saamastaan seksuaalineuvonnasta Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle

tietoa potilaiden tarpeista ja toiveista saada neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä kehittää toimintaa näiden pohjalta.

Ensimmäinen tutkimusongelma käsitteli gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia seksuaalineuvonnasta. Tulokset osoittivat, että vajaa puolet vastaajista ($n=5$) oli saanut riittävästi tietoa syövän vaikutuksista naiseuteen ja saman verran ($n=5$) oli vastannut, ettei tarvitse tietoa tästä asiasta. Enemmistö vastaajista ($n=6$) oli vastannut, ettei tarvitse tietoa syövän vaikutuksista parisuhteeseen. Myös Koposen, Koposen ja Rekolan (2009, 39.) opinnäytetyössä tuli esille samansuuntaisia tuloksia. Siinä vastaajilta kysyttiin onko heillä tarvetta parisuhteeseen liittyvälle ohjaukselle. Vastaajista enemmistö ($n=8$) oli vastannut, että tarvetta ei ole. Nylundin, Järvisen, Suden ja Vihtamäen (2008, 26.) tekemässä kehittämisprojektin alkukartoituksessa tuli esille erisuuntaisia tuloksia. Alkukartoitukseen vastanneista enemmistö ($n=16$) oli saanut erittäin vähän tietoa hoitojen vaikutuksista parisuhteeseen. On mielenkiintoista, ettei osa vastaajista koe tarvitsevänsä ohjausta naiseuteen tai parisuhteeseen liittyen. Vastaajien korkea ikä sekä vastaajien leskeys vaikuttavat varmasti tähän tulokseen.

Valtaosa vastaajista ($n=7$) oli vastannut, että oli saanut riittävästi tietoa siitä, mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään. Vastaajista yksi taas ei ollut saanut lainkaan tietoa tästä asiasta. Enemmistö vastaajista ($n=7$) oli saanut riittävästi tietoa siitä, miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen. Osa vastaajista ($n=2$) oli vastannut, ettei tarvitse tietoa tähän liittyen. Vastaajista yksi oli vastannut, ettei ole saanut lainkaan tietoa hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Nylundin, Järvisen, Suden ja Vihtamäen (2009, 26.) alkukartoituksen tulokset olivat erisuuntaisia. Vastaajista lähes puolet ($n=17$) olivat saaneet erittäin vähän tietoa hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Myös sairauden tai sen hoitojen tuomista rajoituksista sukupuolielämään oli saanut erittäin vähän tietoa enemmistö vastaajista ($n=15$). Tästä voi päätellä, että neuvonnassa on käsitelty vastaajien toiveesta enemmän fyysisiä puolia kuten sukupuolielämän rajoituksia sekä lääkkeiden vaikutuksia seksuaalisuuteen ja henkinen puoli kuten naiseus ja parisuhde on haluttu jättää vähemmälle.

Toinen tutkimusongelma käsitteli potilaiden odotuksia seksuaalineuvontaan liittyen. Tuloksista ilmeni, että suurin osa vastaajista ($n=7$) oli vastannut, että hänelle on annettu mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Viidesosa vastaajista ($n=2$) oli vastannut, ettei mahdollisuutta ollut annettu. Vastaajilta kysyttiin, että tulisiko seksuaalineuvontaa tarjota automaattisesti kaikille potilaille. Enemmistö vastaajista ($n=11$) oli vastannut tähän kyllä. Myös Aittila ja Kuusela (2008, 26-27) sekä Koponen, Koponen ja Rekola (2009, 40) saivat samansuuntaisia tuloksia. Aittilan ja Kuuselan (2008, 26-27.) opinnäytetyössä vastaajista yli puolet ($n=27$) oli vastannut, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Enemmistö vastaajista ($n=41$) ei kuitenkaan kokenut itse tarvitsevansa seksuaalineuvontaa. Koposen, Koposen ja Rekolan (2009, 40) opinnäytetyössä valtaosa vastaajista ($n=30$) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvonnan tulisi kuulua oleellisena osana naistentautien hoitotyötä tapauskohtaisesti. On mielenkiintoista, että suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Aiempien kysymysten perusteella olisi voinut olettaa, ettei suurin osa vastaajista tarvitse tai halua saada seksuaalineuvontaa.

Vastaajista enemmistö ($n=6$) halusi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista seksuaalineuvojan kanssa. Vain yksi vastaaja haluaisi saada ohjausta hoitajalta ja samoin yksi vastaaja lääkäriltä. Koposen, Koposen ja Rekolan (2009, 41) opinnäytetyössä tuli esille erisuuntaisia tuloksia. Siinä vastaajista suurin osa ($n=12$) halusi saada ohjausta hoitajalta. Myös Nylundin, Järvisen, Suden ja Vihtamäen (2008, 22.) tekemässä alkukartoituksessa suurin osa vastaajista ($n=13$) haluaa seksuaalineuvontaa hoitajalta ja melkein yhtä moni ($n=11$) lääkäriltä. Vain kaksi vastaajista ($n=2$) halusi ohjausta seksuaalineuvojalta. Enemmistö haluaisi keskustella seksuaalineuvojan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kun muissa tutkimuksissa suosituin keskustelukumppani oli pääsääntöisesti hoitaja.

Vastaajista puolet ($n=6$) haluaisi, että aloite seksuaalineuvonnalle tulisi hoitajalta tai muulta henkilökunnalta. Vastaavasti puolet vastaajista ($n=6$) haluaisi, että aloite seksuaalineuvonnalle tulisi potilaalta itseltään. Nylundin, Järvisen, Suden ja Vihtamäen (2008, 22.) tekemässä alkukartoituksessa selvästi enemmistö vastaajista (52 %) haluaisi, että aloite tulee lääkäriltä. Vastaajista 29 % haluaisi, että aloite tulisi potilaalta itseltään sekä saman verran haluaisi aloitteen tulevan hoitajalta. Vastaajilta kysyttiin

vielä milloin he haluaisivat keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Enemmistö vastaajista (n=4) haluaisi saada neuvontaa erillisellä neuvontakäynnillä myöhemmin. Osa vastaajista (n=2) haluaisi saada neuvontaa ennen leikkausta. Ketään vastaajista ei haluaisi saada neuvontaa leikkauksen jälkeen sairaalassa. Koponen, Koponen ja Rekola (2009, 41-42.) saivat hieman erisuuntaisia tuloksia opinnäytetyössään. Siinä suurin osa vastaajista (n=11) oli vastannut, ettei haluisi lainkaan keskustella. Vajaa neljännes vastaajista (n=9) haluaisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ennen toimenpidettä ja saman verran vastaajia (n=9) haluaisi keskustella heti toimenpiteen jälkeen sairaalassa. Vain pieni osa vastaajista (n=6) haluaisi keskustella asioista myöhemmin erillisellä käynnillä. On ymmärrettävää, etteivät vastaajat halua neuvontaa leikkauksen jälkeen sairaalassa, koska aihe ei ole varmasti ajankohtainen juuri silloin. Erillinen neuvontakäynti myöhemmin olisi varmasti ajankohdallisesti sopivin, kun akuutein vaihe on yleensä ohi ja seksuaalisuudellekin jää mahdollisesti enemmän tilaa.

Kolmannessa tutkimusongelmassa oli tarkoituksena selvittää vastaajien toiveita seksuaalineuvontaan liittyen sekä saada kehittämisohdotuksia gynekologista syöpää sairastavien potilaiden seksuaalineuvonnan kehittämiseen. Enemmistö vastaajista (n=9) olisi halunnut tietoa syövän mahdollisista vaikutuksista naiseuteen. Myös suurin osa vastaajista (n=7) olisi halunnut tietoa syövän vaikutuksista parisuhteeseen. Enemmistö (n=7) vastaajista olisi halunnut lisäksi tietoa siitä, mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään. Suurin osa vastaajista (n=3) ei haluaisi tietoa miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin. Enemmistö (n=7) olisi halunnut tietoa syövän hoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä selvitettiin vastaajien kehittämisohdotuksia. Vain osa vastaajista (n=5) oli vastannut tähän avoimeen kysymykseen. Yksi vastaajista haluaisi, että kaikilla olisi mahdollisuus saada seksuaalineuvontaa, jos niin haluaa. Hän haluaisi, että neuvonta olisi tapaus-/persoonakohtaista ja siinä huomioitaisiin ikä. Yhdestä vastauksesta kävi ilmi, ettei hän osaa vastata kyselyn kysymyksiin, koska ei ole ikänsä puolesta saanut seksuaalineuvontaa. Vastaajien antamat vastaukset liittyen toiveisiin, ovat osittain ristiriidassa aiempien kokemukset-osion vastausten kanssa. Kokemuksia kysyttäessä suurin osa vastaajista oli vastannut, ettei tarvitse tietoa esimerkiksi syövän vaikutuksista naiseuteen tai parisuhteeseen, kun taas toiveita kysyttäessä suurin osa vastaajista olisi halunnut tietoa syövän vaikutuksista naiseuteen ja parisuhteeseen.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on eettisesti hyvä, kun sen teossa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23). Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön ohjeet. Ohjeissa korostetaan tieteellisten toimintatapojen noudattamista kuten rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta. Hyvää tieteellistä käytäntöä loukkaavat piittaamattomuus sekä vilppi. Piittaamattomuutta ovat muun muassa tulosten huolimaton kirjaaminen ja puutteelliset viittaukset aiempiin tutkimuksiin. Vilppiä on muun muassa tulosten sepittäminen, luvaton lainaaminen tai anastaminen sekä havaintojen vääristely. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulisi olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tällä tarkoitetaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, jolloin vastaaja saa itse valita osallistuuko tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Tietoinen väärennys tarkoittaa sitä, kun tutkija tietoisesti muuttaa aineistoa tai tuloksia (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 370). Tämä opinnäytetyö työ on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden mukaisesti. Tutkimuslupa anottiin asianmukaisesti Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista ja se tuotiin esille kyselylomakkeen yhteydessä olevassa saatekirjeessä. Saatekirjeessä luovattiin vastaajille myös anonymiteetti sekä vastausten luottamuksellinen käsittely ja asianmukainen hävittäminen. Vastattuja kyselylomakkeita ei näytetty ulkopuolisille ja työn valmistumisen jälkeen ne poltettiin. Tutkimustuloksia ei vääristelty, vaan ne raportoitiin huolellisesti ja vääristelemättä.

Tiedon hankinnassa on syytä käyttää lähdekritiikkiä. Lähdekritiikissä on syytä kiinnittää huomiota lähteen kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään ja alkuperään sekä lähteen ja julkaisijan uskottavuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109-110.) Työssä ei ole käytetty luvatonta lainaamista, vaan kaikki käytetyt lähteet ovat asianmukaisesti kirjattu sekä lähdeluetteloon että tekstiviitteisiin. Lähteistä on pidetty tarkkaa kirjaa työn tekemisen aikana. Opinnäytetyöhön on otettu mukaan 2000-luvulla julkaistuja lähteitä, koska aihetta käsittelevää kirjallisuutta on tarjolla vielä suhteellisen niukasti. Erityisesti Internet-lähteissä on kiinnitetty huomiota sivuston alkuperään sekä pyritty valitsemaan luotettavia sivustoja.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Jokaisessa tutkimuksessa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226). Luotettavuutta arvioidaan kahden käsitteen, validiteetin ja reliabiliteetin, avulla. Yhdessä ne muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2010, 185.)

Validius tarkoittaa sitä, että mittari on mitannut juuri sitä, mitä oli tarkoituskin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226; Vilka 2007, 150). Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttaa se, miten onnistuneita kysymyksiä lomakkeeseen on tehty eli toisin sanoen saadaanko niillä ratkaistuksi tutkimusongelmat (Heikkilä 2010, 186). Sisältövaliditeetti muodostaa tutkimuksen luotettavuuden perustan. Jos mittari on väärä eikä se mittaa sitä mitä on haluttu tutkia, ei tutkimuksessa voi saada luotettavia tuloksia. Tätä arvioidessa mietitään muun muassa mittasiko mittari sitä mitä oli tarkoituskin ja oliko mittari oikea tähän tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152-153.)

Tämän opinnäytetyön mittari valmistettiin tätä työtä varten aihetta koskevan kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta, koska aiemmin käytetyistä mittareista ei löytynyt työhön sopivaa. Mittari rakennettiin neljästä osa-alueesta, jotka mukailevat tutkimusongelmia. Mittarin kysymyksiin on poimittu teoriaosuudesta tärkeitä asiakokonaisuuksia. Esitestaaminen tarkoittaa sitä, että mittarin toimivuus ja luotettavuus testataan ennen varsinaista aineiston keruuta pienemmällä joukolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154). Mittari esitestattiin ennen aineiston keruuta. Vastaajien mielestä mittari oli hyvin ymmärrettävä, selkeä sekä johdonmukainen. Esitauksen perusteella mittaria ei muutettu.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimustuloksiin vaikuttavista mittaamisesta riippumattomia tekijöitä. Ulkoisen validiteetin arviointikohteena on esimerkiksi otoksen ja kadon suhde. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 156.) Luotettavuuden kannalta mahdollisimman suuri ja edustava otos sekä korkea vastausprosentti ovat tärkeitä (Heikkilä 2010, 188). Tarkoituksena on, että otos edustaa perusjoukkoa mahdollisimman kattavasti. Katoanalyysi on suositeltavaa, jolloin voidaan turvata tutkimuksen ulkoinen validiteetti. Katoanalyysin käyttö on kuitenkin hankalaa, jos

kyselylomakkeet on jaettu yhteyshenkilöiden avulla ja vastaajat ovat vastanneet niihin anonyymisti. Tällöin tutkija ei voi tietää kenelle niitä jaettiin ja ketkä vastasivat siihen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 79, 155-156.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta laskee kato sekä alhainen vastausprosentti. Kohdeorganisaation henkilökunta jakoi kyselylomakkeet vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi, joten katoanalyysia ei voida suorittaa eikä vastaajien antamia tuloksia voida yleistää perusjoukkoon. Raporttia tehdessä ei voida varmistua siitä, onko kyselylomaketta muistettu tarjota kaikille potentiaalisille vastaajille ja onko kaikki kotona vastanneet muistaneet palauttaa täyttämänsä lomakkeen. Suureen katoon vaikutti myös mahdollisesti se, että vastaajien sairauden vaihe voi olla huono ja raskas, jolloin seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät ehkä ole päällimmäisenä mielessä. Myös tila, jossa lomake tuli täyttää on voinut aiheuttaa katoa. Tila on avoin ja siinä on samanaikaisesti useampi potilas saamassa solunsalpaajahoidoja, jolloin yksityisyys ei ehkä ole vastaajien mielestä riittävä.

Reliabelius tarkoittaa mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226; Vilka 2007, 149). Tämä tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Tämä toteutuu silloin, kun uudessa mittauksessa saadaan samanlaiset tulokset riippumatta mittaajasta. Reliabiliteetti tarkoittaa ennen kaikkea tutkimuksen toteutukseen liittyvää tarkkuutta. (Vilka 2007, 149.) Mittarin esitestauksella saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin varsinaisessa aineiston keruussa. Otos ei ole tarpeeksi kattava perusjoukkoon nähden, joten otos ei edusta perusjoukkoa kovin hyvin. Tämä huonontaa tutkimuksen luotettavuutta kuten myös alhainen vastausprosentti. Tietojen syöttö Microsoft Excel 2007-ohjelmaan tehtiin tarkasti. Lisäksi syötetyt tiedot tarkistettiin kahdesti syöttämisen jälkeen.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun mittausvirheitä on mahdollisimman vähän ja otos edustaa kattavasti perusjoukkoa (Vilka 2007, 152). Tämän opinnäytetyön kokonaisluotettavuus on heikko. Opinnäytetyön kokonaisluotettavuus kärsii alhaisesta vastausprosentista, jolloin otos ei kata perusjoukkoa tarpeeksi hyvin. Lisäksi mittari on kehitetty tätä tutkimusta varten, joten sen reliabiliteetista ei ole vielä varmuutta. Valittu tutkimusmenetelmä oli oikea tutkimusta varten. Vastausten sekä niiden vähäisyyden perusteella voidaan päätellä, että vastaajat eivät olisi tuottaneet tietoa näinkään paljon, jos kyselyssä olisi käytetty pääsääntöisesti avoimia kysymyksiä

ja näin ollen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tätä tukee myös se, että vain viisi vastaajista vastasi kyselyn avoimeen kysymykseen. Näin ollen tulokset eivät ole kovin luotettavia eikä niitä voida yleistää, vaan niitä voidaan käyttää vain kohdeorganisaation hyödyksi.

Kyselylomakkeen käyttöön liittyy myös muutamia haittoja, jotka vähentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija ei voi varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat vastanneet kyselyyn. Lisäksi tutkijalla ei ole tietoa siitä, kuinka paljon vastaajilla on ennestään tietoa kysytystä aiheesta tai kuinka onnistuneita vastausvaihtoehdot olivat vastaajien mielestä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.) Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ettei tekijällä ole tietoa siitä, kuinka tuttu aihe seksuaalineuvonta vastaajille on. Yhdestä avoimeen kysymykseen vastanneista toi vastauksessaan esille, ettei ole ikänsä puolesta saanut koskaan seksuaalineuvontaa eikä siksi osaa vastata kysymyksiin. Vastausvaihtoehtojen sopivuuteen pyrittiin vaikuttamaan antamalla vastaajille myös joissakin kysymyksissä avoin vaihtoehto, johon sai itse lisätä haluamansa asian. Aineiston keruun ajankohtaan on syytä kiinnittää huomiota, jottei se laske vastausprosenttia. Esimerkiksi vuodenajalla sekä sesongeilla on vaikutusta vastaajien määrään. (Vilka 2007, 28.) Mahdollisimman monen vastaajan tavoittamiseksi aineiston keruu päätettiin toteuttaa syksyn aikana, jolloin kesälomakausi on jo ohi.

9.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön vastausprosentti jäi pieneksi (32 %), joten tuloksia ei voida yleistää. Ne antavat kuitenkin suuntaa sille, miten seksuaalineuvontaa voidaan kehittää. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi Satakunnan keskussairaalan naistentautien poliklinikan syöpäpotilaiden seksuaalineuvonnan kehittämisessä. Tulosten avulla kohdeorganisaatio saa tietoa siitä, mistä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista potilaat tarvitsevat tietoa sekä miten he haluavat tietoa saada. Tulosten perusteella seksuaalisuuteen liittyviä asioita on jo aiemmin käsitelty varsin laajasti potilaiden kanssa. Tuloksista nousi esiin toive yksilöllisestä neuvonnasta, jota potilas voisi saada halunsa mukaan.

Opinnäytetyötä tehdessä nousi esiin muutamia jatkotutkimusehdotuksia. Gynekologiset syövät ja sen hoitomuodot eivät ole ainoita syöpiä, joilla on vaikutusta ihmisen seksuaalisuuteen. Samantyyppinen tutkimus olisi hyvä laajentaa koskemaan myös muita syöpiä sairastaviin potilaisiin. Miehillä esimerkiksi eturauhassyöpä voi aiheuttaa suuria muutoksia seksuaalisuuden alueella. Myös saman tutkimuksen toistaminen jonkin ajan kuluttua samalla poliklinikalla ja suuremmalla vastausprosentilla voisi olla hyödyllistä, jolloin voitaisiin saada luotettavampia sekä yleistettävämpiä tuloksia.

LÄHTEET

- Aittila, M. & Kuusela, J. 2008. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.3.2011. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/19007>
- Brusila, P. 2011. Seksuaalisuus ja sairaus. Teoksessa Leinonen, A. & Syrjä, J. (toim.) Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto, 32-47.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Grénman, S. & Auranen, A. 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 227-239.
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Hoitotiede Vol. 20 3/2008, 151-165.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8. painos. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, Kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 41-59.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. p. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kivelä, A. 2006. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita, 568-589.
- Koponen, J., Koponen, S. & Rekola, M. 2009. Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.3.2011. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/4601>
- Kuuppelomäki, M. 2000a. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 129-157.

Kuuppelomäki, M. 2000b. Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 159-170.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uud. p. Helsinki: WSOY.

Leppänen, S., Karlund, E. & Torkkeli, L. 2011. Gynekologinen syöpä ja seksuaalisuus –potilasohje solunsalpaajahoidoista saavalle naiselle. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.1.2012. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/34878>

Lintumäki, J., Mononen, O-P. & Silvennoinen, M. 2011. Sairaanhoitajien käsityksiä seksuaalisuuden kohtaamiseen tarvittavista ammatillisista valmiuksista ja koulutustarpeesta. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.4.2011. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/24693>

Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva hoitotyö Vol. 2 3/2004, 28-32.

Mäenpää, J. & Pakarinen, 2011. P. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 216-226.

Nylund, A-M., Järvinen, S., Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008. Viitattu 12.1.2012. <http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=11680>

Näppi, E. 2011. Hoitohenkilökunnan kokemukset kirurgisella vuodeosastolla annetusta seksuaalineuvonnasta. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.12.2011. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/34562>

Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.4.2011. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/22571>

Pietiläinen, S. 2006. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita, 538-555.

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 171-188.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 281-304.

Rosenberg, L. 2007. Seksuaalisuus ja syöpä. Mainostoimisto Contra Oy: Suomen Syöpäpotilaat Ry.

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

Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 11-42.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011. 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Viitattu 9.12.2010.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>

Syöpäjärjestön www-sivut. Viitattu 1.10.2011. <http://www.cancer.fi/>

Tiitinen, A. 2011a. Emätinsyöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2011b. Kohdunkaulan syöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2011c. Kohdunrunгон syöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2011d. Ulkosynnyttimien syöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 11.1.2012. <http://www.vsshp.fi>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virkanen, T. 2011. Osastonhoitaja, Satakunnan keskussairaala. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 10.5.2011.

LIITE 1

KYSELYLOMAKE**GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIEN
KOKEMUKSIA SAAMASTAAN SEKSUAALINEUVONNASTA**

Laittakaa rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle

TAUSTATIEDOT

Seuraavilla kysymyksillä on tarkoitus selvittää teidän taustatietojanne.

1. Ikä

_____ vuotta

2. Perhesuhde

___ Parisuhteessa

___ Ei parisuhteessa

3. Mitä syöpää sairastatte?

4. Milloin olette sairastunut syöpään?

KOKEMUKSET SEKSUAALINEUVONNASTA

Seuraavilla kysymyksillä on tarkoitus selvittää millaisia kokemuksia teillä on seksuaalineuvonnasta.

Arvioikaa saamaanne tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Ympyröikää yksi sopiva vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten teidän tilannettanne.

Asteikko 5= En ole tarvinnut tietoa, 4= En lainkaan, 3= Vähän, 2= Melko paljon, 1= Riittävästi

5. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteeni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa parisuhteeseeni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Olen saanut tietoa mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Olen saanut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Olen saanut tietoa miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Onko teille annettu mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

11. Oliko keskustelu seksuaalineuvojan kanssa teille hyödyllinen?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ En ole tavannut vielä seksuaalineuvojaa

12. Oliko seksuaalineuvojan kanssa käydyn keskustelun ajankohta mielestänne sopiva?

- ☐ Kyllä
☐ Ei, parempi ajankohta olisi _____
☐ En ole tavannut vielä seksuaalineuvojaa

ODOTUKSET SEKSUAALINEUVONTAAN LIITTYEN

Seuraavilla kysymyksillä on tarkoitus selvittää mitä odotatte seksuaalineuvonnalta.

13. Tulisiko seksuaalineuvontaa mielestänne tarjota automaattisesti kaikille potilaille?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei. Kenelle sitten? _____
- ☐ En osaa sanoa

14. Kenen kanssa haluaisitte keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Lääkärin
- ☐ Hoitajan
- ☐ Fysioterapeutin
- ☐ Seksuaalineuvojan
- ☐ Muun henkilön, kenen? _____

15. Keneltä aloite seksuaalineuvontaan pitäisi mielestänne tulla?

- ☐ Potilaalta itseltään
- ☐ Hoitajalta/muulta henkilökunnalta

16. Millaista ohjausta haluaisitte saada? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Yksilöohjausta
- ☐ Pariohjausta kumppanin kanssa
- ☐ Ryhmäohjausta
- ☐ Jotain muuta, mitä? _____

17. Milloin seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi mielestänne keskustella? Voitte rastittaa useamman vaihtoehdon.

- ☐ Ennen syövän leikkaamista
- ☐ Leikkauksen jälkeen sairaalassa
- ☐ Leikkauksen jälkitarkastuksessa
- ☐ Erillisellä neuvontakäynnillä myöhemmin
- ☐ Solunsalpaajahoidon aikana
- ☐ Jokin muu ajankohta, mikä? _____

TOIVEET SEKSUAALINEUVONTAAN LIITTYEN

Seuraavilla kysymyksillä on tarkoitus selvittää millaisia toiveita teillä on seksuaalineuvontaan liittyen.

Kertokaa toiveitanne liittyen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyyn. Ympyröikää yksi sopiva vaihtoehto jokaiselta riviltä, joka kuvaa parhaiten teidän tilannettanne.

Asteikko 1= Täysin samaa mieltä, 2= Melko samaa mieltä, 3= Melko eri mieltä, 4= Täysin eri mieltä

18. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa naiseuteeni	1	2	3	4
19. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa parisuhteeseeni	1	2	3	4
20. Olisin halunnut tietoa mitä rajoituksia syöpä tuo sukupuolielämään	1	2	3	4
21. Olisin halunnut tietoa miten syöpä voi vaikuttaa lasten saantiin	1	2	3	4
22. Olisin halunnut tietoa miten syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen	1	2	3	4

23. Onko teillä jotain toiveita tai kehittämisehdotuksia, miten seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsiteltäisiin jatkossa?

Kiitos vastauksestanne!



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Tuuli Helenius	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu
		Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
		Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lissensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto)	GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIEN KOKEMUKSIA SEKSUAALINEUVONNASTA Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat naistentautien vuodeosaston ja poliklinikan gynekologista syöpää sairastavat potilaat. Aineisto kerätään standardoidulla kyselylomakkeella. Liitteenä tutkimussuunnitelma.	
LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)		
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	5.9.2011 <i>Elina Hannisto</i> (ELINA HANNISTO) allekirjoitus/nimen selvennys 1. <i>Sirkka Asanko</i> SIRKA ASANKO allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 6.9.2011 <i>Tuuli Helenius</i> TUULI HELENIOUS allekirjoitus/nimen selvennys	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoitopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 19.9.2011 <i>Minna Laine</i> allekirjoitus/nimen selvennys 1. <i>Minna Laine</i> allekirjoitus/nimen selvennys	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

	Yliääkäri(t) <u>26/07/2011</u> <u>[Signature]</u> allekirjoitus/nimen selvennys <u>P. Rii-ogit</u> <u>/</u> allekirjoitus/nimen selvennys
SAIRAANHOITOPIIRIN YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN	<u>Tiina Virkanen</u> (ylihoitaja nimeää) Yhteystiedot (puh/email) <u>627 752 0</u>

Arvoisa vastaaja!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia ja toiveita saamastaan seksuaalineuvonnasta naistentautien poliklinikalla ja vuodeosastolla. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa potilaiden tarpeista ja toiveista saada neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä kehittää toimintaa näiden pohjalta.

Toivon, että vastaatte kyselyyn sytostaattihoitonne aikana. Kyselylomake on avoimessa kirjekuoressa. Sulkekaa kirjekuori vastaamisen jälkeen ja palauttakaa se hoitohenkilökunnalle, joka toimittaa sen poliklinikalla sijaitsevaan palautuslaatikkoon, josta noudan sen viimeistään lokakuun lopussa.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti heti opinnäytetyön valmistuttua. Henkilöllisyttänne ei voida tunnistaa antamastanne vastauksesta.

Jos teillä on kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, minuun voi ottaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla osoitteeseen tuuli.helenius@student.samk.fi. Toivon, että vastaatte kyselyyn, koska jokainen vastaus on tärkeä opinnäytetyöni luotettavuuden kannalta. Opinnäytetyötäni ohjaavat lehtori Sirke Ajanko ja lehtori Elina Männistö.

Kiitos vastauksestanne!

Terveisin,

Tuuli Helenius
SAMK Rauma
puh. 0400-766977

Elina Männistö
SAMK Rauma
puh. 044 710 3555