

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Laura Raunio

MUUTOKSET SEKSUAALISUUDESSA SYÖPÄÄN SAIRASTUESSA  
JA SEKSUAALIOHJAUKSEN JA TUEN TARVE

Opinnäytetyö 2012

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

RAUNIO, LAURA

Muutokset seksuaalisuudessa syöpään sairastuessa ja seksuaaliohjauksen ja tuen tarve

Opinnäytetyö

49 sivua + 5 liitesivua

Työn ohjaaja

TtM Mirja Nurmi

Toimeksiantaja

KymiCare

joulukuu 2012

Avainsanat

syöpä, seksuaalisuus, kehonkuva, naiseus, miehuus, elämänlaatu, tiedontarve, seksuaaliohjaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia muutoksia ihmisen seksuaalisuuden kokemisessa tapahtuu syöpään sairastuessa ja hoitojen vaikutuksesta. Lisäksi haluttiin tutkia, millaista tukea ja seksuaaliohjausta potilaat toivoivat saavansa hoitohenkilökunnalta. Aineisto haettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen. Valitut tutkimukset analysoitiin sisällön analyysin keinoin.

Tutkimukset osoittivat, että ihmisen seksuaalisuuden kokemisessa tapahtui paljon muutoksia sairastuessa henkeä uhkaavaan sairauteen kuten syöpään. Myös hoidot aiheuttivat muutoksia seksuaalisuuden kokemiseen. Muutokset liittyivät ulkonäön ja kokemuksen itsestä ulkoisesti viehättävänä muutoksiin, minäkuvan ja seksuaalisen sekä sukupuoli-identiteetin heikentymiseen, kielteisiin tunteisiin seksuaalisuuteen liittyen, haluttomuuteen ja seksuaalisiin toimintahäiriöihin. Muutokset olivat aina yksilöllisiä ja niihin reagoitiin eri tavoin. Suurin osa muutoksista koettiin negatiivisina, mutta positiivisia muutoksiakin tapahtui.

Tutkimuksista selvisi, että potilaat toivoivat saavansa seksuaaliohjausta osana hoitoa, mutta monesti terveydenhoitoalan ammattilaiset sivuuttivat seksuaalisuuden vaikeana ja intiiminä aiheena. Eniten potilaat toivoivat saavansa avoimesti tietoa syövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Miehet olivat eniten huolissaan seksuaalisen toimintakyvyn menettämisestä, kun taas naiset ajattelivat seksuaalisuutta laajemmin ja kaipasivat enemmän henkistä tukea. Potilaat pitivätkin tärkeänä sitä, että seksuaaliohjaus on laadukasta ja lähtee yksilöllisesti potilaan tarpeista. Erittäin tärkeää potilaille oli se, että he tiesivät voivansa ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi milloin haluavat ja voivat esittää kysymyksiä.

Syövän ja sen hoitojen vaikutusta ihmisen kokemukseen seksuaalisuudestaan on tutkittu vasta varsin vähän. Sen sijaan syövän ja hoitojen vaikutusta seksuaalisiin toimintahäiriöihin on tutkittu enemmän, mutta on tärkeää huomioida ihminen kokonaisvaltaisesti ja siksi sosiopsykologisista vaikutuksista tarvitaan lisää tietoa. Seksuaaliohjauksen ja tuen merkitys on suuri, ja niihin pitäisi kiinnittää lisää huomiota.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU  
University of Applied Sciences  
Health Care

RAUNIO, LAURA	Changes in Sexuality when catching Cancer and Need of Sexual Counselling and Support
Bachelor's Thesis	49 pages + 5 pages of appendices
Supervisor	Mirja Nurmi, MNSc
Commissioned by	KymiCare
December 2012	
Keywords	cancer, sexuality, body image, womanhood, manhood, quality of life, information needs, sexual counselling

The aim of the Bachelor's thesis was to gather information on the changes people experience in their sexuality when they get cancer or cancer treatments. In addition, I wanted to examine the kind of support and sexual counselling patients wished to receive from the health care staff. The material was searched by means of a systematic literature review. Selected studies were analyzed using content analysis.

The studies showed that human sexuality went through a lot of changes when catching a life-threatening illness such as cancer. Treatments also cause changes in the experience of sexuality. The changes are related to the appearance and the patient's experience of being externally attractive, to changes in self-image, and the impairment of sexual and gender-identity, negative emotions towards sexuality, and the unwillingness and sexual dysfunction. Changes are always unique and responded in different ways. Most of the changes are considered as negative, but also positive changes occurred.

The studies showed that the patients wished to have sexual counselling as part of the treatment, but sexuality was often ignored as a difficult and intimate subject by the health care professionals. Most patients wanted to receive transparent information on how cancer and its treatments effect on sexuality. Men were most concerned about the loss of sexual functioning, while women thought more broadly about sexuality and needed more emotional support. Patients wanted the sexual counselling to be of high quality and arising from each patient's individual needs. It was very important for the patients to know they could come up with sexuality-related issues and ask questions whenever they wanted to.

The effects of cancer and its treatments on the experience of sexuality have been only little studied. Instead, the impact of cancer and its treatment on sexual dysfunction have been more studied. It is important to consider the person holistically and therefore the socio-psychological effects need to be studied more. Sexual counselling and support are of great importance and they should be paid more attention to.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	7
3	SEKSUAALISUUS	8
	3.1 Seksuaalisuus eri ikäkausina	8
	3.2 Seksuaalisuus hoitotyössä	10
	3.2.1 Seksuaaliohjaus ja -neuvonta	10
	3.2.1.1 PLISSIT-malli	11
	3.2.1.2 BETTER-malli	12
4	SYÖPÄ	13
	4.1 Syövän syntyminen ja kasvu	13
	4.2 Syövän syyt	14
	4.3 Syövän yleisyys	15
	4.4 Syövän hoito	16
5	SEKSUAALISUUS JA SYÖPÄ	18
	5.1 Seksuaalisuuden toiminnalliset ongelmat syöpäpotilaalla	18
	5.2 Seksuaalisuuden psykososiaaliset ongelmat syöpäpotilaalla	19
6	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN VAIHEET	19
	6.1 Tutkimussuunnitelman laatiminen	19
	6.2 Tutkimustehtävien asettaminen	20
	6.3 Tutkimustehtävät	20
	6.4 Alkuperäistutkimusten haku	20
	6.5 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	24
	6.6 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	25
	6.7 Alkuperäisten tutkimusten valinta	27
	6.8 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen	29
7	SISÄLLÖNANALYYSI	29

8 TULOKSET	30
8.1 Syövän ja sen hoitojen aiheuttamat muutoksen ihmisen kokemukseen seksuaalisuudesta	31
8.2 Potilaiden toiveet hoitohenkilökunnalta saatavasta tuesta ja ohjauksesta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa	34
8.3 Tulosten yhteenveto	39
9 POHDINTA	40
9.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	40
9.2 Tulosten tarkastelu	42
9.3 Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämissuositukset, jatkotutkimusten mahdollisuus	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	
Liite 1. Käsittekartta seksuaalisuudesta	
Liite 2. Käsittekartta syövästä	
Liite 3. Tutkimustaulukko laadunarvioiteineen	
Liite 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen abstrahointi	
Liite 5. Toisen tutkimuskysymyksen abstrahointi	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Seksuaalisuudelle ei ole olemassa yksinkertaista kaikenkattavaa määritelmää, mutta sen voidaan katsoa pitävän sisällään biologisen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja roolit, seksuaali-identiteetin, erotiikan, mielihyvän, intiimiyden ja suvunjatkamisen. Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmistä koko elämän ajan, syntymästä kuolemaan, ja jokaisen ihmisen perusoikeus. Sen rakennusaineita kootaan koko elämän ajan, ja se on olennainen osa ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 - 12.)

Ihmisen seksuaalisuus on yksilöllinen asia, jolle jokainen antaa erilaisia painoarvoja ja tulkintoja eri elämäntilanteissa ja -vaiheissa. Seksuaalisuudella on biologinen, sosio-kulttuurinen ja psykologinen ulottuvuus. Ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, kuinka ihminen kokee seksuaalisuutensa, ja näiden ulottuvuuksien kautta on helpompi ymmärtää, mitä kaikkea sairastuminen tai vammautuminen voi tarkoittaa ihmisen seksuaalisuudelle ja hänen kokemukselleen elämänlaadustaan. Hoitotyön haasteena on huomioida seksuaalisuuden ominaispiirteet yksilön sille antamien merkitysten mukaisesti elämänkulun eri vaiheissa ja sairautta kohdatessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 - 12, 72.)

Syövällä tarkoitetaan kaikkia pahanlaatuisia kasvaimia. Syöpä syntyy kun alun perin terveen solun perimäaines vaurioituu ja solut muuttuvat elimistön säätelyjärjestelmäästä riippumattomaksi, pahanlaatuiseksi solukoksi. Syöpä kasvaa tunkeutumalla terveeseen solukkoon ja sitä tuhoamalla, ja sille on ominaista kyky etäpesäkkeiden lähettämiseen muualle elimistöön. Suomalaisten syöpävaara on suurentunut jo pitkään muun muassa ikääntymisen myötä, mutta syöpäkuolleisuus sen sijaan on ollut laskussa tehokkaampien hoitomenetelmien ja erilaisten seulontojen ansiosta. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 38; Sankila, Teppo & Vainio 2006, 42.)

Sairastuminen vakavaan sairauteen kuten syöpään vaikuttaa seksuaalisuuteen monin eri tavoin. Sekä syöpä itsessään, että sen hoidot voivat aiheuttaa erilaisia ongelmia tai muutoksia seksuaalisissa toiminnoissa, seksuaalisuuden kokemisessa ja ihmissuhteissa. Täytyy kuitenkin muistaa, että aina muutokset eivät ole vain negatiivisia, vaan sairastuminen voi myös vahvistaa kokemusta omasta ainutkertaisuudesta. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237; Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2011, 15.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tutkia aiemman tutkitun tiedon pohjalta syöpäsairaiden tai syövästä parantuneiden kokemuksia omasta seksuaalisuudestaan ja sen muutoksista sairastumisen myötä. Tarkoituksena on keskittyä ensisijaisesti sosiopsykologisiin muutoksiin, eikä niinkään toiminnallisiin ongelmiin, joita kuitenkin sivutaan tässä työssä. Tavoitteena on myös huomioida syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet ja selvittää, millaista seksuaaliohjausta he ovat hoitohenkilökunnalta saaneet seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa ja millaista tukea olisivat ehkä kaivanneet lisää. Tämän opinnäytetyön hankkeistaja ja toimeksiantaja on KymiCare. Työ tehdään systemaattisena kirjallisuuskatsauksena.

## 2 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään jo olemassa olevaa tietoa, seulotaan siitä tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia, arvioidaan niitä ja koostetaan niiden olennaisesta tiedosta tiivistelmä. Katsauksessa pyritään käymään läpi paljon tutkimusmateriaalia tiiviissä muodossa ja asettamaan se historialliseen ja oman tieteenalansa kontekstiin. (Salminen 2011, 9.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, jolloin voidaan määrittää alkuperäistutkimusten lisätarvetta, ja tuoda esiin jo olemassa oleva, mutta systematisoimaton tutkimustieto, jolloin voidaan estää uusien tarpeettomien tutkimusten käynnistäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pätevyys ja virheettömyys ovat tärkeitä, joten kaikki käytetyt menetelmät ja työtavat kuvataan täsmällisesti. Näin saadaan vähennettyä mahdollisia systemaattisia virheitä, eli valikoitumis-, julkaisu- ja kieliharhoja. Hakustrategioita, tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteereitä, alkuperäistutkimusten laadun arviointikriteereitä ja tiedon hakua sekä yhdistämistä arvioimalla kriittisesti pystytään arvioimaan, kuinka luotettavaa katsauksella saatu tieto todellisuudessa on, ja kirjaamalla varmistetaan, että katsauksen tulokset ovat relevantteja ja toistettavissa. (Johansson 2007, 6; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, 48 - 49, 53 - 54.) Tämä opinnäytetyö on tehty systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka vaiheet on kuvattu perusteellisemmin kappaleessa 6.

### 3 SEKSUAALISUUS

Seksuaalisuudelle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää. Sen voidaan ajatella pitävän sisällään biologisen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja roolit, seksuaali-identiteetin, erotiikan, mielihyvän, intiimiyden ja suvunjatkamisen. Usein seksuaalisuus määritetään ihmisen perustarpeena, jolloin siihen katsotaan kuuluvaksi hellyyden, aistillisuuden, yhteenkuuluvuuden, kontaktin, lämmön, läheisyyden, fyysisen tyydytyksen, avoimuuden ja turvallisuuden tunteet. Nämä kaikki alueet voidaan yhdistää myös seuraaviksi kolmeksi ulottuvuudeksi: seksuaalisiksi suhteiksi, seksuaalisen minän käsitteeksi ja seksuaalisiksi toiminnoiksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 - 12; Hautamäki-Lamminen 2012, 24.)

Seksuaalisuutta voidaan pohtia monesta eri näkökulmasta. Se voidaan nähdä esimerkiksi elämän laatutekijänä, jolla on biologinen, sosiokulttuurinen ja psykologinen ulottuvuus. Ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, kuinka ihminen kokee seksuaalisuutensa, ja näiden ulottuvuuksien kautta on helpompi ymmärtää, mitä kaikkea sairastuminen tai vammautuminen voi tarkoittaa ihmisen seksuaalisuudelle ja hänen kokemukselleen elämänlaadustaan. Biologiseen ulottuvuuteen luetaan kuuluvaksi ihmisen anatomia ja fysiologia, eli se sisältää sukupuolen, lisääntymisen, seksuaalisen kiihottumisen ja reagoinnin, fysiologisen kierron ja sen muutokset, fyysisen ulkonäön sekä kasvun ja kehityksen. Sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen kuuluvat seksuaalisuuden pohdinta ihmissuhteiden valossa, ympäröivän kulttuurin säädökset ja yhteiskuntaa ohjaavat lait, ympäröivän kulttuurin vaikutus, ihmisten tavat ja tottumukset sekä eettinen näkökulma. Psykologinen ulottuvuus pitää sisällään kognitiiviset, psyykkiset ja henkiset asiat, kuten kokemukset, ilmaisukykyyn, opitut asenteet ja käyttäytymisen, minäkuvan ja kehonkuvan. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 12 - 13; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 12 - 13.)

#### 3.1 Seksuaalisuus eri ikäkausina

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmistä koko elämän ajan, syntymästä kuolemaan, ja jokaisen ihmisen perusoikeus. Sen rakennusaineita kootaan koko elämän ajan, ja se on olennainen osa ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä. Ihmisen seksuaalisuus on yksilöllinen asia, jolle jokainen antaa erilaisia painoarvoja ja tulkintoja eri elämäntilanteissa ja -vaiheissa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 - 12.)



Seksuaalisuus lapsuudessa tarkoittaa lapsen sisäistä ja ulkoista ihmettelyä, uteliaisuutta, tietojen kokoamista, omaan kehoon tutustumista, läheisyyden opettelua sekä turvan, huolenpidon, lohdun ja mielihyvän kokemuksia. Kokemus läheisyydestä ja huolenpidosta on luonteeltaan aistillista: ihon ja katseiden kosketusta, ääniä ja tuoksua. Lapsen aistillisuuden maailma laajentuu vasta vähitellen ja portaittain yksilön psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kehityksen osina ja rinnalla seksuaalisuudeksi niin kuin aikuiset sen ymmärtävät. Lapsi tarvitsee tukea kehittymisessään ja kokemukset vanhempien, läheisten ja muiden ihmisten kanssa rakentavat perustan aikuisuuden seksuaalisuudelle. Koska lapsen seksuaalisuudessa korostuvat uuden löytämisen riemu, esottomuus ja avoin mieli, on erittäin tärkeää, että lasta suojataan riskeiltä, joita hän ei vielä ymmärrä. (Cacciatore 2006, 205; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 186; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 54.)

Murrosiässä ja nuorena fyysinen kehitys on nopeaa, jolloin nuoren tulee jäsentää ja integroida kokemuksensa ja mielensä muutokset uuteen, seksuaalisesti kypsään kehoonsa ja saavuttaa itse hankittu autonomia. Hämmennyksen tunteet seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa johtavat uteliaisuuden lisääntymiseen ja asioiden yksityisyyden ja intiimiyden tajuamiseen, mutta myös haavoittuvuuteen. Nuori pohtii oman kehon ja ulkonäkönsä kelpaavuutta ja riittävyyttä sekä tutustuu ja totuttelee kehossa herääviin ja voimistuviin seksuaalisiin tuntemuksiin, jolloin seksuaalisuus saa eroottisen latauksen. (Cacciatore 2006, 207; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 57 - 58; Ryttyläinen & Valkama 2010, 84.)

Seksuaalisuus aikuisena on hyvin yksilöllistä ja monimuotoista. Kypsään seksuaalisuuteen kuuluu tietoisuus omasta kehosta ja sen mahdollisuuksista tuoda mielihyvää rentoutumista. Aikuisen seksuaalisuuden piirteitä ovat muun muassa itsensä kunnioittaminen ja arvostaminen, itsestään ja mahdollisesta kumppanistaan huolehtiminen, rakastumisen ja rakkauden tunteet sekä tunteiden jakaminen. Aikuinen myös kantaa vastuuta ja huolehtii terveydestään, johon sisältyvät lisääntymisterveyden kysymykset. Seksuaalinen hyvinvointi tuo tasapainoa yksilön elämänhallinnan kokemiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 96 - 100.)

Vanhus on seksuaalinen olento siinä missä muutkin aikuiset. Ikä ei ole rajoittava tekijä seksuaalisuudesta tai seksistä nauttimisessa, mutta vuodet tuovat kehoon, mieleen ja tunteisiin omat merkkinsä ja iän tuomat muutokset vaikuttavat sukupuolielimiin ja

seksuaalisiin reaktioihin. Seksuaalisuus muuttuu koko elämän ajan, mutta ikääntymisen myötä muutokset johtuvat yhä enemmän ulkoisista tekijöistä kuten parisuhteesta, kumppanista, yksinäisyydestä, leskeksi jäämisestä, omista tai kumppanin sairauksista tai lääkityksistä. (Ryttylä & Valkama 2010, 118; Rautiainen 2006, 227 - 228.)

### 3.2 Seksuaalisuus hoitotyössä

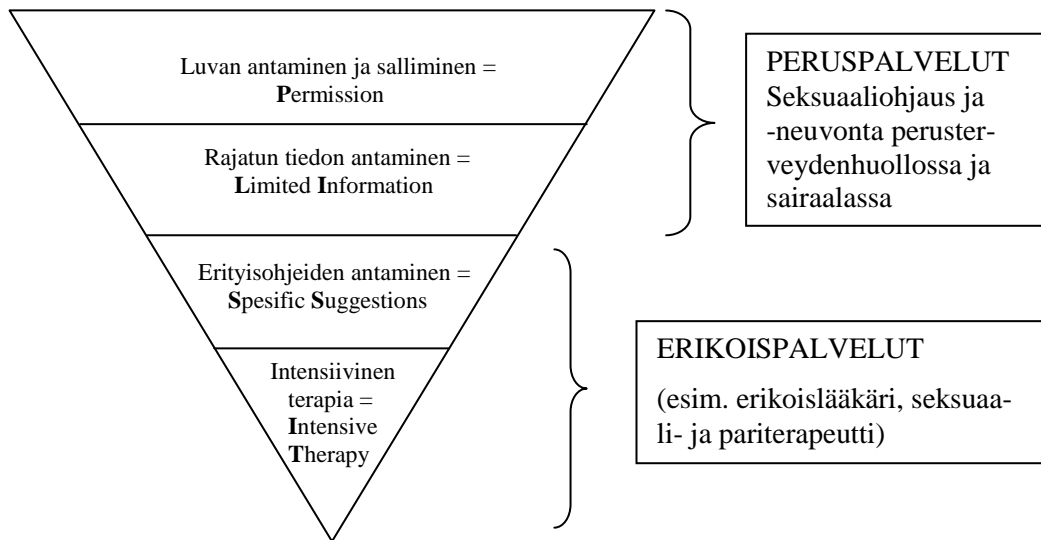
Hoitotyössä seksuaalisuuden huomioon ottaminen jää usein muiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden varjoon. Seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvistä tarpeista ei puhuta riittävästi eikä seksuaalisen hyvinvoinnin asioita selvitetä muiden terveystarpeiden lailla. Hoitotyössä tavoitteena on kuitenkin ihmisen kokonaisvaltainen hoito, joka pohjautuu empiiriseen, persoonalliseen, eettiseen ja esteettiseen tietoon. Empiirinen tieto tarkoittaa tutkittua tietoa, joka seksuaalisuuden kohdalla merkitsee tutkimustietoa ihmisen seksuaalikehityksestä, seksuaalisuudesta ja sen ilmenemisestä, sairauksien ja lääkitysten vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niiden hoidoista. Persoonallinen tieto on hoitotyöntekijän omia sisäisiä kokemuksia ja yksilöllisyyttä, jota voi käyttää hoidon työvälineenä. Eettinen tieto on tietoa hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä – tietoa siitä, miten työntekijän tulee toimia eettisissä valintatilanteissa. Eettisessä toiminnassa hoitotyön ammatilainen kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja toimii noudattaen seksuaalivontaa koskevia eettisiä ohjeita ja salassapitosäädöksiä. Esteettinen tieto yhdistelee edellä mainittuja alueita ja on tulkitsevaa, ymmärtävää ja erittelevää. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129, 43.)

#### 3.2.1 Seksuaaliohjaus ja -neuvonta

Kuten muutkin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat, on seksuaaliterveyden edistäminen myös osa sairaanhoitajan työtä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma (STM 2007) linjaa, että asiakkaan ja potilaan tulee saada seksuaaliohjausta ja -neuvontaa osana normaaleja terveystalvituja ja hoitokontakteja. Seksuaalioikeuksien mukaan asiakkaalla ja potilaalla on oikeus saada tietoa sairauden, hoitojen ja lääkityksen vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.)

### 3.2.1.1 PLISSIT-malli

Hoitotyön ammattilaisten avuksi on Jack Annon luonut vuonna 1976 seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja -terapien tasojen hahmottamiseksi käsitteellisen PLISSIT-mallin (kuva 1). Lisäksi malli toimii välineenä hoitotyön ammattilaisen oman pätevyyden riittämisen arvioinnissa. PLISSIT-mallissa on neljä tasoa, jotka kuvaavat lähestymistapoja silloin, kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia. Pyramidimalli ilmentää sitä, kuinka peruspalvelutasolla asiakas- tai potilas tapauksia on enemmän, kuin erikoispalvelutasolla. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 52; Ilmonen 2006, 45 - 46.)



Kuva 1. PLISSIT-malli

Mallin kirjaimet ovat lyhenteitä seksuaalineuvonnan ja -terapien neljästä tasosta seksuaalisuuden ja seksuaaliongelmien kohtaamisessa. Kaaviossa ylhäältä alaspäin tultaessa kukin taso edellyttää aina enemmän koulutusta ja tietoa. P (permission) tarkoittaa luvan antamista ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemis- muodoissa. Asiakas hyväksytään seksuaalisena olentona ja häntä tuetaan ilmaisemaan seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla. LI –tasolla (limited information) asiakkaalle annetaan kohdennetusti tietoa juuri siitä asiasta, josta tietoa puuttuu, esimerkiksi sairauden, vamman tai lääkityksen vaikutukset seksuaalisuuteen. SS – tasolla (specific suggestions) tarkoitetaan taitotasoa, jossa voidaan antaa erilaisia käytännön neuvoja tai ohjeita tai tehdä lyhytterapeuttisia interventioita ja toteuttaa seksuaalineuvontaa tai -terapiaa. IT (intensive therapy) tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien

ongelmien pitkäaikaista hoitoa terapiamenetelmillä tai menetelmien yhdistelmillä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 52; Ilmonen 2006, 45 - 46.)

### 3.2.1.2 BETTER-malli

Eryteisesti syöpähoitajille on kehitetty toinen malli, BETTER, helpottamaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelua. Se on askelittain etenevä lista, joka helpottaa hoitajan ja potilaan välistä keskustelua koskien seksuaalisuutta ja seksuaalisia toimintahäiriöitä. Erona PLISSIT-malliin tässä on huomioitu myös keskustelun ajankohta ja keskustelun kirjaaminen potilasasiakirjoihin. (Kaplan & Pacelli 2011, 16.)

<b>BETTER-malli</b>		
<b>B</b>	Bring up the topic	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen.
<b>E</b>	Explain	Potilaalle sen tiettäväksi tekeminen, että on mahdollista keskustella kaikista elämänlaatuun liittyvistä asioista, mukaan lukien seksuaalisuudesta.
<b>T</b>	Tell	Potilaalle sen kertominen, että hoitaja hankkii tarvittavat voimavarat ja tiedot potilaan huolenaiheiden käsittelemiseen.
<b>T</b>	Timing	Jos ajoitus ei ole sopiva, potilaalle tehdään selväksi, että seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset voi ottaa puheeksi milloin vain.
<b>E</b>	Educate	Potilaan ohjaaminen sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen.
<b>R</b>	Record	Arvioinnin ja intervention kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Kuva 2. BETTER-malli

Mallin kirjaimet ovat lyhenteitä siitä, mitä hoitajan tulee muistaa tehdä. B (bring up the topic) tarkoittaa, että hoitajan tulee ottaa seksuaalisuus puheeksi. E (explain) viittaa siihen, että hoitaja kertoo potilaalle seksuaalisuuden olevan yksi elämänlaatutekijöistä ja siitä on hyväksyttyä puhua. T (tell) merkitsee sitä, että hoitaja kertoo hankkivansa tarvittavat tiedot potilaan huolenaiheiden käsittelemiseksi. Toinen T (timing) tarkoittaa ajoitusta, eli potilas voi päättää, milloin haluaa käsitellä seksuaalisuuteen

liittyviä asioita, jos hoitajan esittämä hetki ei tunnu oikealta. E (educate) tarkoittaa, että hoitajan tulee kertoa syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin. R (record) muistuttaa hoitajaa kirjaamaan arvionsa ja interventionensa potilasasiakirjoihin, jotta nähdään aihetta olevan käsitelty. (Kaplan & Pacelli 2011, 16; Bildjuschkin & Petäjä 2011, 8.)

## 4 SYÖPÄ

Syöpä on yleisnimitys kaikille elimistön pahanlaatuisille kasvaimille. Niille on tyypillistä invasoiva eli tunkeutuva ja destruiva eli tuhoava kasvutapa sekä kyky lähettää metastaaseja eli etäpesäkkeitä muualle elimistöön. Syövässä alun perin terveen solun perimäaines vaurioituu ja solut muuttuvat useiden välivaiheiden kautta elimistön säätelyjärjestelmästä riippumattomaksi, pahanlaatuiseksi solukoksi. Kasvaessaan solukko lopulta aiheuttaa oireita. (Iivanainen ym. 2007, 738.)

Syöpädiagnoosi perustuu lähes aina mikroskooppiseen tutkimukseen, joka on useimmiten histologinen tai joskus vain sytologinen. Histologinen diagnostiikka tarkoittaa kudoksenäytteiden ottoa kasvaimesta tai kasvaimen suhteen epäilyttävistä muutoksista ja kudoksenäytteen rakenteen tutkimista. Histologisella tutkimuksella voidaan yleensä selvittää solumuutoksen hyvän- tai pahanlaatuisuuden lisäksi muun muassa kasvaimen tyyppi ja sen lähtökohta sekä levinneisyys. Sytologisessa tutkimuksessa tutkitaan yksittäisiä soluja ja soluryhmiä joko irtosolunäytteistä tai ohutneulanäytteistä. Muita hyödyllisiä tutkimuksia edellä mainittujen lisäksi ovat muun muassa kasvainmerkkiainepitoisuuksien mittaaminen ja radiologiset kuvantamismenetelmät, joita hyödynnetään erilaisissa seulonnoissa. (Franssila 2006, 82, 89; Stenman, Haglund & Roberts 2006, 95 - 96; Virkkunen, Salonen & Minn 2006, 103.)

### 4.1 Syövän syntyminen ja kasvu

Syövät ovat pahanlaatuisia kasvainsairauksia, joissa solukko tai kudos kasvaa epänormaalisti. Kasvu on pääosin riippumaton ulkoisista kasvuärsykkeistä ja on isäntäelimistölle tarkoituksetonta ja haitallista. Syövän syntymiselle edellytyksenä on solunjakautuminen, mutta syöpä voi myös syntyä solukoon, jonka jakautumisaktiivisuus on vähäinen (esimerkiksi rinta- ja eturauhassyöpä). Syöpäkasvaimen kasvu riippuu solujen jakautumisnopeudesta, jakautumissyklissä olevien solujen määrästä ja solujen hävikistä. Nämä johtuvat syöpäsolukon kuudesta solubiologisesta tyyppiominaisuu-

desta, eli kyvystä tuottaa itse tarvitsemansa kasvusignaalit ja välttää apoptoosi (ohjelmoitu solukuolema), kyvyttömyydestä reagoida solunjakautumista rajoittaville ulkoisille signaaleille, rajoittamattomasta solunjakautumisten määrästä, kasvaimen verisuonimuodostuksesta sekä tunkeutumisesta ympäröiviin kudoksiin ja etäpesäkkeiden muodostumisesta. (Isola 2006, 16 - 17, 28 - 29.)

Syöpä voi olla periytynyt tai joidenkin ulkoisten tekijöiden, kuten elintapatekijöiden aiheuttama. Periytyviä syöpiä on kuitenkin vain vähän, ja suvuittain esiintyvät syövät voivatkin olla seurausta yhteisestä elinympäristöstä. Perimä ja ympäristö vaikuttavat yhdessä syövän syntyyn siten, että perintötekijät joko suojaavat syövältä tai edistävät ympäristötekijöiden aiheuttamaa syövän syntyä. Syöpägeenien tunnistaminen mahdollistaa syövän syntyyn vaikuttavien perinnöllisten tekijöiden löytämisen, ja syövän yleisyyden vertaileminen eri väestöissä antaa tietoa ympäristötekijöiden osuudesta syövän synnyssä. (Sankila ym. 2006, 42.)

## 4.2 Syövän syyt

Ympäristö- ja elintapatekijöitä, jotka vaikuttavat syövän syntyyn, on useita. Näistä tärkeimpiä ovat tupakointi ja ravintotekijät, joista molemmat aiheuttavat arviolta 30 - 35 % kuolemaan johtavista syövistä. Ravinnosta liian vähäinen syövältä suojaavien aineiden ja liian suuri syöpää aiheuttavien aineiden saanti edistävät monien syöprien syntyä. Syövältä suojaavia aineita ovat kuidut, vitamiinit, hivenaineet ja mahdollisesti jopa jotkin lisäaineet. Syövän syntymistä edistäviä aineita ovat eläinperäiset proteiinit, rasvat ja kolesteroli. Liika energiansaanti johtaa lihavuuteen, mikä suurentaa syöpäriskiä. (Sankila ym. 2006, 42 - 43.)

Tupakointi lisää syöpäriskiä huomattavasti – arviolta jopa kolmannes miesten kaikista syövistä ja merkittävä osa naistenkin syövistä voitaisiin ehkäistä, jos ei tupakoitaisi, eikä altistuttaisi passiiviselle tupakoinnille. Tupakointi yhteisvaikutuksessa joidenkin muiden ulkoisten tekijöiden (esimerkiksi asbestialtistus tai alkoholinkäyttö) kanssa voimistaa syövän syntyä edistävää vaikutusta. Alkoholien runsas käyttö suurentaa syöpäriskiä, mutta eri juomatyyppien syöpävaikutukset ovat erisuuruiset, sillä syöpävaaraa suurentavan vaikutuksen taustalla epäillään olevan monet kemikaalit, jotka joutuvat juomiin valmistuksen yhteydessä. (Sankila ym. 2006, 45 - 46.)

Muita syövän syntyyn vaikuttavia asioita ovat lisääntyminen ja sukupuolikäyttäytyminen, virukset, bakteerit ja loiset sekä työympäristö, säteily ja eräät lääkeaineet. Lisääntyminen ja sukupuolikäyttäytyminen vaikuttavat kaikkiin naisten syöpiin. Mitä aiemmin nainen saavuttaa sukukypsyyden, mitä myöhemmin hän synnyttää ensimmäisen lapsensa, mitä vähemmän täysiaikaisia synnytyksiä hänellä on ja mitä myöhemmin vaihdevuodet ilmaantuvat, sitä suurempi on rintasyöpäriski. Myös kohdun runko-osan syövän ja munasarjasyövän riskiä lisäävät osittain samat asiat. Kohdunkaulansyöpään syynä sen sijaan katsotaan olevan suuri synnytysten määrä ja papilloomavirusinfektio (HPV). Muita syövän syntyyn liittyviä viruksia ovat mm. Epstein-Barrin virus (EBV) ja Hepatiitti B-virus. Bakteereista helikobakteerilla katsotaan olevan yhteys mahasyövän syntyyn. Lääkeaineista esimerkiksi vaihdevuosivaiheen pitkittynyt estrogeenikorvaushoito lisää rintasyöpäriskiä, ja solunsalpaajahoito lisää uuden syövän, etenkin leukemian, vaaraa. Työympäristössä altistuminen mm. asbestille, kovapuupölylle, joillekin nikkeli- ja kromiyhdisteille sekä ionisoivalle säteilylle suurentavat syöpävaaraa. Säteilylle voi toki altistua muuallakin, sillä säteilylähteitä on monenlaisia: radon, sädehoito- ja röntgenlaitteet, ydinvoimalaonnettomuudet sekä auringon ultra-violettsäteily. (Sankila ym. 2006, 46 - 48.)

### 4.3 Syövän yleisyys

Maantieteellisesti eri syöpätyyppien yleisyys vaihtelee voimakkaasti. Erojen arvellaan johtuvan altistumisesta ympäristölle ja elämäntyyliin liittyville tekijöille. Suomessa todettiin vuonna 2008 yli 27 000 uutta syöpätapausta, joista hieman yli puolet miehillä. Syöpään kuoli hieman yli 11 000 ihmistä, mikä tarkoittaa, että syöpäkuolleisuus on pysynyt määrällisesti jokseenkin vakiona, vaikka suhteessa syöpädiagnooseihin syöpäkuolemien määrä on laskussa. Syövän kanssa eläviä tai syövän aiemmin sairastaneita oli vuonna 2008 Suomessa lähes 220 000. (Sankila ym. 2006, 34; Pukkala 2010, 9.)

Suomessa syöpään sairastuneiden keski-ikä on yli 65 vuotta, mutta vaara sairastua syöpään suurenee nopeasti jo 50. ikävuoden jälkeen. Yleisimpiä syöpiä miehillä Suomessa ovat eturauhassyöpä, keuhkosityöpä, paksu- ja peräsuolen syövät, virtsarakon syöpä ja non-Hodgkin-lymfooma. Naisten yleisimpiä syöpiä taas ovat rintasyöpä, paksusuolen syöpä, kohdun rungon syöpä, keskushermoston kasvaimet, keuhkosityöpä, munasarjasyöpä ja non-Hodgkin-lymfooma. Suomalaisten syöpävaara on suurentunut jo pitkään, mutta syöpäkuoleman vaara sen sijaan on ollut jatkuvasti laskussa. Tätä se-

littävät erilaiset seulonnat ja entistä tehostuneempi hoito. Miesten syöpäkuolleisuus on suurempi kuin naisten, sillä miehillä yleinen keuhkosityöpä on paljon huonoennusteisempi kuin naisten yleisin rintasyöpä. Miesten keuhkosityöpäkuolleisuus on kuitenkin ollut laskussa 1970-luvulta asti tupakoinnin vähenemisen vuoksi ja jatkaa laskuaan edelleen. Naisilla taas rintasyövän vaaran lisääntymisestä huolimatta rintasyöpäkuolleisuus on kääntynyt laskuun 1990-luvun alun jälkeen. (Sankila ym. 2006, 36 - 37, 42.)

Lapsilla yleisimpiä syöpiä Suomessa ovat leukemia ja aivokasvaimet. Muita lapsille tyypillisiä syöpiä ovat harvinaisemmat munuaiskasvaimet, lymfoomat eli imusolmukkekasvaimet, retinoblastoomat eli silmäkasvaimet ja neuroblastoomat eli sympaattisen hermoston kasvaimet. Vuosittain alle 15-vuotiailla lapsilla todetaan noin 150 uutta syöpätapausta. Pitkällä ajanjaksolla lasten syöpien esiintyvyys ei ole juurikaan muuttunut. Lasten syövät ovat esiintymiseltään ja mikroskooppiselta rakenteeltaan aivan erilaisia kuin aikuisilla, eikä niiden syistä tiedetä paljoakaan, mutta jotkut kasvaimet liittyvät periytyviin syndroomiin. Lapsuusajan syövästä parantuneiden henkilöiden uusien syöpien vaara on hieman suurentunut. (Sankila ym. 2006, 41 - 42.)

#### 4.4 Syövän hoito

Koska syöpätaudit ovat monimuotoinen ryhmä sairauksia, joiden syyt, taudin kulku oireet voivat poiketa paljonkin toisistaan, täytyy hoito suunnitella aina yksilöllisesti. Hoidon valintaan vaikuttavat sairauden tyyppi ja levinneisyys, mutta myös potilaan yleiskunto, muut sairaudet ja toiveet otetaan suunnittelussa huomioon. Potilaalle tulee kertoa eri hoitomuotojen vaikutuksista ja toteutuksesta ja mahdollisuus keskusteluun ja kysymyksiin myös hoidon jatkuessa, sillä sairauden alkuvaiheessa potilaan voi olla vaikeaa omaksua suurta määrää uutta tietoa. (Iivanainen ym. 2007, 739.)

Syövän tärkeimmät hoitomuodot ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset syövän lääkehoitot. Etenkin suurikokoisten kasvaimien hoidossa käytetään nykyään yhä enemmän erilaisia leikkauksen, sädehoidon ja lääkehoidon yhdistelmiä. Harvemmin käytettyjä hoitomuotoja ovat esimerkiksi immunologiset hoitomuodot, jäädytys hoito, laserhoito ja kokeelliset hoidot. Syöpähoidoille on kehitetty erilaisia määritelmiä riippuen siitä, miten hoitoja yhdistellään. Adjuvanttihoito on liitännäishoito, jota annetaan ensihoidon (esimerkiksi leikkaus) jälkeen estämään taudin uusimista –potilaalla ei siis ole todehtavissa kliinistä tautia. Neoadjuvanttihoitolla tarkoitetaan ennen esimerkiksi leik-



kausta tai radikaalia sädehoitoa annettavaa hoitoa, jolla pyritään kasvaimen pienentämiseen. Radikaali, kuratiivinen hoito on parantavaa hoitoa ja palliatiivinen hoito oireenmukaista hoitoa. Saatto-/terminaalihoito on kuoleman läheisyydessä annettavaa oireenmukaista hoitoa. (Joensuu 2006, 122; Iivanainen ym. 2007, 740.)

Kirurgisen hoidon katsotaan olevan merkittävässä asemassa syövän hoidossa. Kuitenkin siihen yhdistetään usein muita hoitomuotoja, sillä monet syövät lähettävät etäpesäkkeitä muualle elimistöön jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Kirurgisen hoidon päätyyppejä ovat radikaalileikkaus, jossa pyritään parantavaan hoitotulokseen, palliatiivinen leikkaus, jossa tarkoituksena on lievittää potilaan oireita ja sytoreduktiivinen kirurgia, jossa kasvainmassaa vähennetään ja siten pyritään parantamaan muiden hoitomuotojen tehoa. Lisäksi joissain tapauksissa voidaan hyödyntää metastasikirurgiaa, eli yksittäisiä maksa- tai keuhkometastaaseja voidaan poistaa. Rekonstruktiiivinen kirurgia voi parantaa potilaan elämänlaatua esimerkiksi rintasyövän poiston jälkeen, kun potilaille rakennetaan uusi rinta. (Iivanainen ym. 2007, 740; Roberts 2006, 134 - 135.)

Sädehoitoa voidaan käyttää yksin parantavana hoitona joissain syöpäsairauksissa, mutta usein sädehoito on vain yksi osa potilaan saamaa hoitoa. Sädehoito on myös tärkeä osa potilaan oireita helpottavaa hoitoa, koska sillä saadaan melko nopeasti helpotusta potilaan kipuihin. Syöpäpotilaista noin puolet saa sädehoitoa joko kuratiivisessa tai palliatiivisessa mielessä ja lähes 20 % parantuneista syöpäpotilaista on parantunut sädehoidon ansiosta. Kuvantamisen ja hoitolaitteiden kehittymisen ansiosta sädehoito voidaan kohdentaa entistä tarkemmin kasvaimen ja sen leviämisteihin, jolloin vähennetään terveen kudoksen säderasitusta. Monissa syöpätyypeissä sädehoito yhdistetään solunsalpaajahoitoon, ja se on parantanut hoitotuloksia. (Iivanainen ym. 2007, 740; Kouri, Ojala & Tenhunen 2006, 137 - 138.)

Tärkeimpiä lääkehoitomuotoja syövän hoitamisessa ovat solunsalpaaja- ja hormonihoitot. Solunsalpaaja- eli sytostaattihoidoja voidaan käyttää yksinään joidenkin syöpien parantamiseen, mutta usein myös näihin yhdistetään muita hoitomuotoja. Nykyään käytetään parantuneiden hoitotulosten vuoksi niin sanottuja yhdistelmäsolunsalpaajahoidoja, joissa jokaisella aineella on oma vaikutusmekanisminsa, ja kukin niistä tehoaa myös yksinään hoidettavaan tautiin. Solunsalpaajien teho kohdistuu vain jakautuviin soluihin, ja eri solunsalpaajan vaikuttavat soluihin varsin eri tavoin. Lähes kaikissa

syöpäsairauksissa solunsalpaajahoidolla voidaan vähentää kasvainkudoksen määrää ja näin lisätä potilaan elinaikaa ja parantaa elämänlaatua. (Iivanainen ym. 2007, 741.)

Hormonihoitoa käytetään, kun syöpäkasvain on herkkä hormonaaliselle säätelylle. Tällöin potilaalle annetaan sellaisia hormoneja, jotka vähentävät kyseisen syövän kasvua tai estävät syövän kasvua edistävien hormoneiden toimintaa. Hormonihoito voidaan toteuttaa joko lääkkeillä tai poistamalla syövän kasvua edistävää hormonia tuottava umpieritysrauhainen. (Iivanainen ym. 2007, 744.)

## 5 SEKSUAALISUUS JA SYÖPÄ

Sairastuminen vakavaan tai pitkäaikaiseen sairauteen, kuten syöpään, ei poista seksuaalisuutta, mutta sen merkitys ja ilmenemismuodot saattavat muuttua. Syövän ja sen hoidon vaikutukset seksuaalisuuteen riippuvat oleellisesti syöpätyypistä, hoidoista sekä potilaan sukupuolesta, iästä ja persoonallisuudesta. Syöpädiagnoosin saaminen ja eri hoitomuodot voivat vaikuttaa suuresti ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä omakuvaan ja johtaa merkittäviin muutoksiin seksuaalisuuden kokemisessa ja seksuaalitoiminnoissa. Syövän vaikutusta seksuaalisuuteen tarkastellessa tulee ottaa huomioon kaikki seksuaalisuuden osa-alueet ja mitä nuoremista potilaista on kyse, sitä tärkeämpää on hedelmällisyyden ja sukupuolitoimintojen säilyttäminen hoitomuotoja valittaessa. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237; Kaplan & Pacelli 2011, 15. )

### 5.1 Seksuaalisuuden toiminnalliset ongelmat syöpäpotilaalla

Syöpä sairautena ja erityisesti sen hoito aiheuttavat usein toiminnallisia ongelmia. Lantion alueen suurissa leikkauksissa voi katketa sukupuolielimiä hermottavia hermoja, mikä johtaa tuntuu puutoksiin, kostumis- ja erektiohäiriöihin sekä virtsanpidätyskyvyttömyyteen. Solunsalpaaja- ja hormonihoitot aiheuttavat limakalvojen kuivuutta ja ärtyneisyyttä, haluttomuutta ja erektiohäiriöitä. Myös sädehoito aiheuttaa iho- ja limakalvovaurioita. Paikallinen sädehoito gynekologisissa syövissä voi kurouttaa emättimen limakalvoa. Hedelmättömyyttä voidaan myös pitää toiminnallisena häiriönä. (Rosenberg 2006, 293.)

Sädehoito vaikuttaa lapsilla ja nuorilla toipumisen jälkeiseen puberteettikehitykseen ja fertiliteettiin. Ilman sädehoitoa toipuneiden nuorten puberteettikehitys tytöillä on tavanomainen, mutta pojilla usein ongelmallinen, jos sitä mitataan esimerkiksi kyvyllä

saada myöhemmin terveitä lapsia. Poikien ongelmat johtuvat erilaisista kives-, aivo- lisäke- tai hypotalamusvaurioista tai psykoseksuaalisen kehityksen häiriöistä, jotka ovat seurausta kivesten ja keskushermoston sädehoidosta tai eräistä solunsalpaajista. Naisilla poikkeava fertiilitihti johtuu koko kehon sädehoidosta luuytimensiirron yhteydessä, pahanlaatuisesta aivokasvaimesta tai sädehoidosta molempien munasarjojen alueelle. (Blomqvist & Siimes 2006, 801.)

## 5.2 Seksuaalisuuden psykososiaaliset ongelmat syöpäpotilaalla

Yleisiä sivuvaikutuksia syöpähoidoilla ovat pahoinvointi, väsymys, hormonaaliset muutokset ja ulkonäön muutokset kuten rinnan poisto tai erilaiset arvet ja kiinnikkeet. Nämä tekijät ja itse henkeä uhkaavan sairauden tiedostaminen vaikuttavat ihmisen seksuaalisuuteen toiminnallisten ongelmien lisäksi psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla, sillä seksuaalisuuteen liittyy oleellisesti myös itsetunto ja minäkuva (seksuaalisen minän käsitys) ja ihmissuhteisiin liittyvät asiat. Parisuhteen ja muiden sosiaalisten suhteiden merkitykset voivat muuttua samoin kuin ihmisen kokemus omasta itsestään kumppanina, viehättävänä yksilönä, oman sukupuolensa edustajana ja seksuaalisena olentona. Syöpään sairastuneen voi olla vaikeaa hyväksyä sairautensa ja itsensä sairana, mikä johtaa kielteisiin ajatuksiin itsestä. Syöpään sairastuminen ja syöpähoidoista johtuvat muutokset voivat aiheuttaa häpeää ja sen, ettei potilas koe itseään enää haluttavana eikä seksuaalisena olentona. Toisaalta sairastuminen voi myös vahvistaa oman ainutkertaisuuden kokemista. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto & Miettinen 2008, 155 - 157; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.)

## 6 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN VAIHEET

### 6.1 Tutkimussuunnitelman laatiminen

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma, joka ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä, vähentää systemaattista harhaa ja varmistaa tieteellistä täsmällisyyttä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aiempaa tutkimusta aiheesta, määritellään katsauksen tarve ja tehdään näiden pohjalta tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, valitaan menetelmät katsauksen tekoon, määritetään hakustrategiat eli sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä päätetään alkuperäistutkimusten laatukriteerit. (Johansson ym. 2007, 6.)

## 6.2 Tutkimustehtävien asettaminen

Tutkimussuunnitelmasta ilmenee tutkimustehtävät, joissa määritetään ja rajataan se, mihin katsauksella pyritään vastaamaan. Näin määräytyy myös tutkimuksen tavoite. Tutkimustehtäviä voi olla yhdestä kolmeen, ja niiden tulisi olla mahdollisimman selkeät. Mikäli tutkimustehtäviin ei saada vastauksia tutkimusten haun perusteella, voidaan tämä tulkita tarpeeksi lisätutkimuksille aiheesta. Jos tutkimustehtäviä muutetaan tai tarkennetaan prosessin aikana, tulee prosessi aloittaa alusta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40; Johansson ym. 2007, 5 - 6.)

## 6.3 Tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia aikaisemman tutkimustiedon pohjalta syövän ja syöpähoitojen vaikutusta ihmisten kokemukseen omasta seksuaalisuudesta elämän laatutekijänä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaista tukea, ohjausta tai neuvontaa potilaat olisivat halunneet seksuaalisuuteen liittyen. Tavoitteenani on löytää tietoa ensisijaisesti potilaan näkökulmasta. Ideointivaiheessa olin asettanut neljä tutkimustehtävää, mutta päällekkäisyyksien vuoksi tehtävät yhdistyivät ja karsiutuivat seuraaviksi:

1. Millaisia muutoksia syöpä ja sen hoidot aiheuttavat ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen?
2. Millaista tukea potilaat olisivat toivoneet saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hoitohenkilöstöltä?

## 6.4 Alkuperäistutkimusten haku

Tutkimustehtävien tarkennuttua valitaan katsauksentekomenetelmät, eli valitaan muun muassa hakutermit ja käytettävät tietokannat. Alkuperäistutkimusten haku tehdään kattavasti ja systemaattisesti hakemalla niitä sekä manuaalisesti että eri tietokannoista kohdistuen se sellaisiin tietolähteisiin, joista on oletettavaa löytää kattavasti tietoa tutkimustehtävien kannalta oleellisista asioista. Manuaalisen haun tarkoitus on täydentää tietokantahakua, jotta relevantteja tutkimuksia ei jäisi työn ulkopuolelle. Myös julkaisemattomien lähteiden käyttö on suositeltavaa. Tietokantahaut tehdään jokaiseen kysymykseen erikseen mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla ja -termeillä.

Tietokantojen erilaiset hakustrategiat tulee huomioida ja määrittää haut rajauksineen erikseen jokaiseen. (Johansson 2007, 6; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.)

Alustavan tietolähteiden tutkimisen perusteella tässä opinnäytetyössä vartenotettavia vaihtoehtoja tietolähteiksi olivat Linda, Medic, PubMed (Medline), CINAHL (Ebsco) ja ProQuest Central. Syksyllä 2012 tein useita alustavia hakuja näihin tietokantoihin ja huomasin, että hakusanoillani ei löytynyt paljoa tutkimustehtäviini sopivia tutkimuksia, mutta tieteellisiä artikkeleita löytyi verraten paljon. Jätin Medicin pois tietolähteistäni, sillä siellä ei ollut yhtäkään tutkimusta tai artikkelia, jonka olisin voinut sisällyttää tutkimukseeni. Hakusanoja mietittäessä apuna on käytetty VESA-verkkosanastoa.

Tehdessäni alustavia hakuja kokeilin jokaiseen tietokantaan myös useita hakusanoja ja -termejä, joilla en kuitenkaan löytänyt tutkimustehtäviäni vastaavia alkuperäistutkimuksia, joten jätin ne kirjoittamatta taulukkoihin. Lisäksi alkuun kokeilin etsiä tutkimuksia erikseen jokaisilla ”OR” sanan erottamalla lyhennetyillä sanoilla seksuaalisuuteen ja syöpään liittyen, mutta päällekkäisyyksien välttämiseksi yhdistin eri hakuni yhteen hakulausekkeeseen jokaisessa tietokantahaussa.

Koska minusta tuntui, että en löytänyt kattavasti tutkimuksia valitsemistani tietokannoista hakusanoillani, otin yhteyttä KyAMK:n sivuston kautta informaattikkoon. Tapasin hänet 23.10.2012, jolloin esittelin hänelle opinnäytetyöni aiheen sekä hakusanat ja tietokannat, joita olin alustavasti ajatellut käyttää. Informaatikon kanssa teimme koe-hakuja mm. Ebraryyn, mutta sieltäkään ei löytynyt osuvia tutkimuksia tutkimustehtävieni kannalta. Informaatikko totesi, että olen etsinyt tutkimuksia monipuolisesti ja kattavasti eri tietokantojen kautta, mutta helposti saatavissa olevia väitöskirjoja ja graduja aiheesta niistä ei löydy.

Tein hakuja myös suoraan eri yliopistojen sivustojen kautta, ja näin löysinkin Tampereen yliopiston sivuston kautta kaksi väitöskirjaa, joita en Lindan kautta ollut löytänyt. Löysin myös DiVA-portalin, jossa on arkistoituna Pohjoismaiden eri yliopistoissa ja korkeakouluissa tehtyjä väitöskirjoja, tutkielmia ja opinnäytteitä. Haulalla löysin DiVAsta neljä väitöskirjaa mahdollisesti liittyen tutkimustehtävieni aiheisiin, joten sisällytin sen tietolähteisiini.

Tätä opinnäytetyötä varten on myös manuaalisesti käyty läpi Hoitotiede-lehtien sisällysluettelot vuosilta 2007 – 2012 sekä Tutkiva hoitotyö -lehden sisällysluettelot vuo-

silta 2007 – 2010. Muutamissa molemmista lehdistä oli aiheeseeni liittyviä artikkeleita, mutta monet niistä olivat osajulkaisuja Hautamäki-Lammisen väitöskirjaan liittyen, joten jätin ne pois päällekkäisyyksien välttämiseksi. Yksi Hoitotiede-lehden artikkeli vastasi sisäänottokriteereitani, joten sen sisällytin työhöni.

Tässä opinnäytetyössä alkuperäistutkimusten systemaattinen haku on toteutettu 24.10.2012 käyttäen viittä elektronista tietokantaa: Lindaa, ProQuest Centralia, PubMediä, DiVa portalia ja CINAHLia. Linda on Suomen yliopistokirjastojen yhteistietokanta, joka sisältää muun muassa viitetiedot yliopistokirjastojen, Eduskunnan kirjaston ja Varastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä kirjoista ja elektronisesta aineistosta (Tähtinen 2007, 29). ProQuest Central on tällä hetkellä markkinoiden suurin kokotekstijulkaisuja sisältävä tietokantaryhmittymä, joka tarjoaa tutkimustietoa monelta eri aihealueelta (ProQuest Central). PubMed on Medlinen ylläpitäjän, National Library of Medicinen, oma hakuliittymä, joka on ilmainen ja ajallisesti kattavin maailmassa. Kuitenkin linkit artikkeleista kokoteksteihin usein ovat maksullisia. CINAHL on hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian kansainvälinen viite- ja tiivistelmätietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa. Vuodesta 2007 asti Cinahl-tietokanta on ollut haettavana Ebsco-ohjelmalla. (Tähtinen 2007, 31 - 32.) EBSCO Host tarjoamista tietokantaohjelmista tässä opinnäytetyössä tietokantaohjelmiksi on valittu CINAHL ja Academic Search Elite. DiVA portal on Uppsalan yliopiston kirjaston tietokanta, jossa on arkistoituna yli kolmenkymmenen yliopiston ja korkeakoulun väitöskirjoja ja muita opinnäytteitä (About DiVA portal). Taulukossa 1 on lueteltu käytetyt hakuvalinnat erikseen jokaiseen tietokantaan.

Taulukko 1. Käytetyt hakuvalinnat tietokannoittain

Linda	ProQuest Central	PubMed	DiVA portal	CINAHL (Ebsco)
tarkennettu haku, kaikki sanat	advanced search, subject heading	advanced search	advanced search	advanced search, subject terms
hakusanoja yhdistävät "AND" ja "OR"	hakusanoja yhdistää "AND"	hakusanoja yhdistävät "AND" ja "OR"	hakusanoja yhdistää "AND"	hakusanoja yhdistävät "AND" ja "OR"
haku vuosilta 2002 – 2012	haku vuosilta 2002 – 2012	haku vuosilta 2007 – 2012	haku vuosilta 2002 – 2012	haku vuosilta 2007 – 2012
suomi, ruotsi, englanti	full text	free full text available	full text available	full text
kaikki julkaisutyypit	dissertations and theses	kaikki julkaisut	doctoral thesis	kaikki julkaisut
hakusanat lyhennetty merkillä ?	hakusanoja ei lyhennetty	hakusanat lyhennetty merkillä *	hakusanoja ei lyhennetty	hakusanat lyhennetty merkillä *

Taulukossa 2 on kuvattu ensimmäisen tutkimustehtävän ”Millaisia muutoksia syöpä ja sen hoidot aiheuttavat ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen?” -hakusanat ja niillä löytyneet tutkimukset tietokannoittain.

Taulukko 2. Ensimmäisen tutkimustehtävän hakusanat

Hakusanat	Tietokanta	Tutkimuksia yhteensä
syöpä? AND seks? AND( pot? OR kokem? OR muut? OR vaik?)	Linda	13
cancer AND sexuality	ProQuest Central	4
cancer AND sexuality AND (experienc*OR patient OR chang* OR effect*)	PubMed (Medline)	42
syöpä* AND seks* AND( pot* OR kokem* OR muut* OR vaik*)	Medic	5
cancer AND sexuality AND (patient* OR experien* OR chang* OR effect*)	CINAHL (Ebsco)	57

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen hauissa tuloksena oli joitain tutkimuksia, joista ilmeni abstraktin lukemisen jälkeen niiden antavan vastauksia myös toiseen tutkimustehtävään. Sopivat tutkimukset otettiin opinnäytetyöhön mukaan riippumatta siitä, kumman kysymyksen hakusanoilla tutkimus oli löytynyt.

Taulukossa 3 on kuvattu toisen tutkimustehtävän ”Millaista tukea potilaat olisivat toimoneet saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hoitohenkilöstöltä?” -hakusanat ja niillä löytyneet tutkimukset tietokannoittain.

Taulukko 3. Toisen tutkimustehtävän hakusanat

Hakusanat	Tietokanta	Tutkimuksia yhteensä
syöpä? AND seks? AND( pot? OR tuk? OR pot?)	Linda	6
cancer AND sexuality	ProQuest Central	4
cancer AND sexuality AND (support* OR guid*)	PubMed (Medline)	25
syöpä* AND seks* AND (tuk* OR ohj*)	Medic	5
cancer AND sexuality AND (support* OR guid*)	CINAHL (Ebsco)	28

## 6.5 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit, joiden perusteella alkuperäistutkimukset sisällytetään systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tai suljetaan sen ulkopuolelle. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin, ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Sisäänottokriteereissä voidaan rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohdista, tutkimusmenetelmää ja -kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä ja ne voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41; Johansson 2007, 6.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyväksytyt alkuperäistutkimukset valitaan katsaukseen sen perusteella, kuinka hyvin ne vastaavat sisäänottokriteerejä. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittavien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Vastaavuutta tarkastellaan portaittain: Kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaus ei selviä otsikosta, tehdään valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Tämän opinnäytetyön alkuperäistutkimusten sisäänottokriteereiksi ovat määritetty seuraavat kriteerit:

- 1) Otsikosta tai abstraktista tulee käydä ilmi pääkäsitteet ”seksuaalisuus” ja ”syöpä”
- 2) Aikarajaus on väitöskirjoille ja graduille v. 2002 – 2012, tieteellisille artikkeleille 2007 – 2012
- 3) Opinnäytetyöhön sisällytetään vain suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset tutkimukset
- 4) Kohderyhmä on syöpäsairaat/syövän sairastaneet
- 5) Sama tutkimus sisällytetään vain kerran
- 6) Tutkimuksen sisällön tulee olla oleellinen opinnäytetyön kannalta

Lisäksi PubMed- ja CINAHL-tietokantahakuihin lisättiin sisäänottokriteeriksi se, että artikkelin tulee olla tieteellinen. Otsikoiden hyväksymiskriteerinä oli, että niissä täytyi olla viitteitä siitä, että tutkimus käsittelee syövän vaikutusta potilaan seksuaalisuuteen elämän laatutekijänä tai syöpäpotilaan saamaa tukea ja ohjausta seksuaalisuuteen liit-



tyvissä asioissa nimenomaan potilaan näkökulmasta. Mikäli otsikosta ei ole selvinnyt, vastaako tutkimus tutkimustehtäviin, on luettu tiivistelmä tai koko teksti. Seuraavana kriteerinä on käytetty aikarajausta. Koska tutkimustehtäviini vastaavia väitöskirjoja ja graduja löytyi huonosti, aikarajaus niissä oli kymmenen vuotta, kun taas tieteellisten artikkelien aikarajaus oli viisi vuotta, sillä niitä löytyi huomattavasti enemmän.

Haku on rajattu suomen-, ruotsin- ja englanninkielisiin tutkimuksiin, sillä resurssit eivät riittäneet muilla kielillä julkaistujen tutkimusten kääntämiseen. Työhön on valittu vain väitöskirjoja ja tieteellisiä artikkeleita, jotta saatu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa ja korkealaatuista.

Tutkimuksen kohderyhmää ei ole rajattu iän, sukupuolen tai tietyn syöpätaudin sairastamisen mukaan, vaan kriteeri on, että potilas on joko alkuperäistutkimuksen aikana tai sitä ennen jossain vaiheessa elämäänsä sairastanut jotakin syöpää. Joissain tapauksissa sama tutkimus on tullut eri hakutermeillä useamman kerran tai sekä elektronisena että linkkinä kirjaston kirjan sijaintitietoihin, joten sisäänottokriteerinä oli myös se, että sama tutkimus otetaan mukaan vain kerran.

Suoritin jokaiseen tutkimustehtävään erilliset haut. Tehdessäni hakuja valitsemillani hakusanoilla jotkut hakutulokset kohdistuivat yhtälailla molempiin tutkimustehtäviini. Sen vuoksi hyväksyn sisäänottokriteerejä vastaavat tutkimukset mukaan, vastasivatpa ne kumpaan tutkimustehtävääni tahansa.

## 6.6 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadun peruskriteerit ovat määritetty tutkimussuunnitelmassa. Kriteereitä tarkastellaan ja tarkennetaan kuitenkin vielä ennen alkuperäistutkimusten lopullista valintaa. Arvioimalla tutkimukseen sisällytettyjen alkuperäistutkimusten laatua pyritään lisäämään katsauksen luotettavuutta, mutta myös tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjaamaan tulosten tulkintaa ja määrittämään vaikutusten voimakkuutta. Laadun arvioinnissa päätetään myös minimilaatutaso, joka vaaditaan mukaan otettavilta tutkimuksilta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42; Kontio & Johansson 2007, 101.)

Tutkimusten laadun arviointi muodostuu useista seikoista. Laatuksiteerit ovat erilaiset eri tutkimuksissa ja ne vaihtelevat tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimuskysymysten

mukaan. Laatu arvioidessa kiinnitetään huomio alkuperäistutkimuksen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. Tutkimusten ulkoista ja sisäistä laatua arvioidaan yleensä samaan aikaan, sillä tutkimuksen tulosten tulkinta riippuu sekä tutkimuksen sisäisen laadun seikoista, kuten asetelmasta, toteutuksesta ja analysoinnista, että tutkimuksen ulkoisen laadun seikoista, kuten otoksesta, interventtiosta ja tulosten mittauksesta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pyrkimyksenä on valikoida mukaan mahdollisimman edustava joukko luotettavia tutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42 - 43; Kontio & Johansson 2007, 101 - 102.)

Alkuperäistutkimuksen laatua arvioidessa huomioidaan, kuinka luotettavaa tutkimuksesta saatu tieto on ja onko sillä kliinistä merkitystä hoitotyössä. Systemaattisen harhan välttämiseksi on tärkeää käyttää systemaattista ja standardoitua menetelmää alkuperäistutkimusten arvioinnissa. Arvioinnin apuna ja tukena voidaan käyttää itse kehitettyä tai valmista tarkistuslistaa, jolla varmistetaan tutkimusten laadukkuus. Tarkistuslistan tulisi toimia mahdollisimman luotettavana mittarina arvioidessa alkuperäistutkimuksia, jotta katsaukseen valikoituisi laadukkaita tutkimuksia ja näin katsaus tuottaisi luotettavaa ja oikeaa tutkimustulosta. Tarkistuslista voi sisältää erilaisia kysymyksiä esimerkiksi alkuperäistutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta, aineistosta ja menetelmästä, tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisyydestä sekä tuloksista ja johtopäätöksistä. (Kontio & Johansson 2007, 102, 106 - 107.) Laadun arviointi on tärkeä vaihe oman opinnäytetyöni kannalta, sillä sisään otettujen alkuperäistutkimusten laatu määrittelee myös oman systemaattisena kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyöni laatua ja käytettävyyttä.

Taulukossa 4 on esitetty erilaiset tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä. Satunnaistetuilla kontrolloiduilla kokeilla on katsauksissa suurin painoarvo, ja hoitotyön tutkimuksessa onkin suotavaa pyrkiä satunnaistettuihin kontrolloituihin koeasetelmiin. (Metsämuuronen 2000, 23 - 24.)

Taulukko 4. Tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä (Metsämuuronen 2000, 23).

1.	Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2.	Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3.	Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa kontrolliryhmä
4.	Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5.	Kohorttitutkimus
6.	Tapaus-kontrollitutkimus
7.	Poikittaistutkimus
8.	Rekisteritutkimus
9.	Sarja tapauksia
10.	Yksittäinen tapaus tutkimus

Tähän opinnäytetyöhöni valituista tutkimuksista viisi on väitöskirjoja. Väitöskirjoissa oleva tieto on yleensä luotettavaa, koska sitä edeltää tarkka tutkiminen. Väitöskirjalle asetetaan kaksi tohtoritasoista esitarkastajaa, joiden tehtävänä on löytää tutkimuksesta ne tekijät, jotka estävät väitöskirjaa olemasta akateeminen tutkimus. Väitöskirjalle pyydetään vastaväittäjäksi alan huippuasiantuntija, joka käy kirjan tarkkaan läpi pyrkien löytämään tutkimuksen heikkoudet tai epäilyttävät kohdat. (Metsämuuronen 2000, 18 - 19.)

Tutkimusten laadun arvioinnissa kiinnitin huomiota siihen, onko tutkimuksen teoria sekä käytetty menetelmä kuvattu tarkasti. Tarkastelin laatua myös aineiston keruun kuvauksen perusteella sekä sillä, onko aineisto kerätty syöpäpotilailta. Tutkimuksen laatuun vaikuttivat lisäksi otoskoko ja se, vastasiko saadut tulokset asetettuihin tutkimustehtäviin. Laadun arvioinnit ovat merkittyinä plussina ja miinuksina tutkimustaulukossa (liite 3).

## 6.7 Alkuperäisten tutkimusten valinta

Hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimuksien valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu sisäänottokriteereihin, joihin alkuperäistutkimusten tulisi vastata. Ensin tarkastellaan alkuperäistutkimuksen otsikkoa ja mietitään, vastaako se sisäänottokriteerejä.

Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, tehdään valinta joko abstraktin tai koko alkuperäis- tutkimuksen sisällön perusteella. Alkuperäistutkimusten valinnassa tulee kiinnittää huomiota tutkimusten laatuun, eli määritellään laatuksiteerit, joiden avulla voidaan li- sätä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Peruskriteerit laadulle on määritelty jo tutkimussuunnitelmassa ja tutkimuskysymyksissä, mutta näitä kuitenkin tarkennetaan ennen alkuperäistutkimusten valintaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41; Stolt & Routasalo 2007, 59.) Resurssipulan vuoksi jouduin jättämään tieteellisiä artik- keleita sisältävät PubMedin ja CINAHLin pois tutkimukseni tietolähteistä ja keskit- tymään vain löytämiini väitöskirjoihin sekä manuaalisesti haettuun aineistoon.

Taulukko 5. Ensimmäisen tutkimustehtävän ”Millaisia muutoksia syöpä ja sen hoidot aiheuttavat ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen?” -hakusanat sekä hyväksytyt ja hy- lätyt tutkimukset

Hakusana	Tietokanta	Hyväksytyt	Hylätyt	Tutkimuksia yhteensä
syöpä? AND seks? AND (pot? OR kokem? OR muut? OR vaik?)	Linda	1	12	13
cancer AND sexuality	ProQuest Central	0	4	4
cancer AND sexuality AND (experienc*OR patient OR chang* OR effect*)	PubMed (Medline)	0	42	42
cancer AND sexuality	DiVA portal	2	0	2
cancer AND sexuality AND (patient* OR experien* OR chang* OR effect*)	CINAHL (Ebsco)	0	57	57

Taulukko 6. Toisen tutkimustehtävän ”Millaista tukea potilaat olisivat toivoneet saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hoitohenkilöstöltä?” -hakusanat sekä hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset

Hakusana	Tietokanta	Hyväksytyt	Hylätyt	Tutkimuksia yhteensä
syöpä? AND seks? AND (ohj? OR tuk? OR pot?)	Linda	1	5	6
cancer AND sexuality	ProQuest Central	0	4	4
cancer AND sexuality AND (support* OR guid*)	PubMed (Medline)	0	25	25
cancer AND patient	DiVA portal	1	7	8
cancer AND sexuality AND (support* OR guid*)	CINAHL (Ebsco)	0	28	28

## 6.8 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen

Tutkimusten valinnan ja laadunarvioinnin jälkeen tutkimukset analysoidaan. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti sekä ymmärrettävästi ja selkeästi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Analyysitavan valintaa määrittävät tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimusten luonne, mutta myös niiden lukumäärä, laatu ja heterogeenisuus. Sekä lukumääräisesti pienten aineistojen että laadultaan eritasoisten alkuperäistutkimusten analyysissä käytetään kuvailevaa synteisiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Näiden lisäksi tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmauksien avulla. Suorien lainauksien tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle se, mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Kuitenkin niitä tulisi käyttää raportissa vain esimerkinomaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

## 7 SISÄLLÖNANALYYSI

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa paljon käytetty analyysimenetelmä on sisällön analyysi. Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällön analyysissä voidaan edetä joko aineistosta lähtien induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Induktiivinen analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahoinnissa muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 6.)

Kun sisällön analyysissä käytetään valmista viitekehystä, on kyseessä deduktiivinen sisällön analyysi. Sitä voi ohjata teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisem-

paan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita tai strukturoitu, jolloin aineistosta poimitaan asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Ensimmäinen tutkimustehtävä ”Millaisia muutoksia syöpä ja sen hoidot aiheuttavat ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen?” on analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä. Ensimmäisessä vaiheessa etsin alkuperäistutkimuksista tutkimustehtävääni vastaavia ilmauksia. Alkuperäistutkimukseni olivat sähköisessä muodossa, joten kirjoitin erilliselle paperille niistä löytämäni ilmaisut. Ruotsin- ja englanninkielisten tutkimusten ilmaisut käänsin mahdollisimman tarkasti suomeksi tässä vaiheessa. Luin aineiston useamman kerran, jotta varmasti saisin kerättyä kaikki tutkimustehtävääni vastaavat ilmaisut tutkimuksista. Tämän jälkeen ryhmittelyvaiheessa kirjoitin ilmaisut omalle Word-dokumentille yhdistäen samaa tarkoittavat ilmaisut kategorioiksi. Tämä vaihe oli työläs ja aikaa vievä, sillä halusin, ettei ryhmissä ole päällekkäisyyksiä. Abstrahoinnissa annoin niiden sisältöä kuvaavat nimet ja halusin keksiä laadullisen kuvauksen, jotta kategoriat varmasti vastaisivat tutkimustehtävääni. Sitten yhdistin samansisältöiset alakategoriat muodostaen niistä yläkategoriat ja myös ne nimesin laadullisesti kuvaten.

Toisen tutkimustehtäväni ”Millaista tukea potilaat olisivat toivoneet saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hoitohenkilöstöltä?” analyysi on suoritettu pääosin induktiivisella menetelmällä samoin kuin ensimmäinen. Hautamäki-Lammisen 2012 väitöskirja on lisäksi analysoitu myös deduktiivisella menetelmällä käyttäen analyysirunkona syöpähoitajille kehitettyä BETTER-mallia. Muihin tutkimuksiin malli ei sopinut analyysirungoksi. Molempien tehtävien abstrahointi pelkistettyine ilmauksineen ja sivunumeroineen on liitteenä (Liitteet 4 ja 5).

## 8 TULOKSET

Tulokset on koottu erikseen tutkimustehtävittäin. Ensimmäiseen tutkimustehtävääni liittyvät pelkistetyt ilmaisut ryhmittelin ensin seitsemään alakategoriaan, jotka sitten yhdistin neljäksi yläkategoriaksi. Nämä ovat nähtävissä kuvioituna (kuva 3) ja auki kirjoitettuna tuloksien edellä. Ensimmäiseen tutkimustehtävääni vastaavista alkuperäistutkimuksista kolme on väitöskirjoja (Klaeson 2011, Fallbjörk 2012, Hautamäki-

Lamminen 2012) ja yksi tieteellinen artikkeli *Hoitotiede*-lehdestä (Maukonen, Salonen, Rantanen, Suominen & Kaunonen 2011).

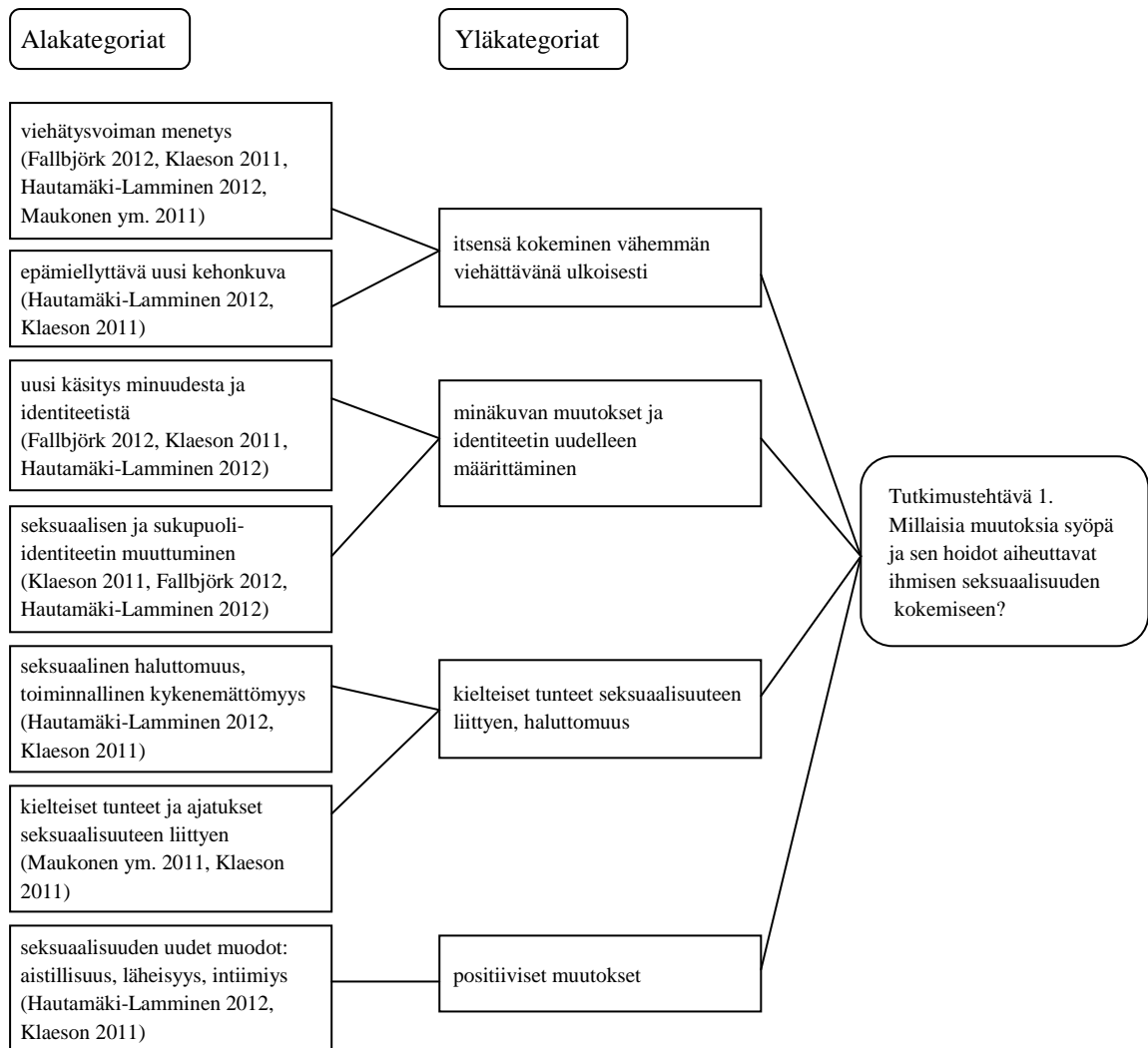
Toiseen tutkimustehtävääni liittyvät pelkistetyt ilmaisut ryhmittelin kuuteen alakategoriaan, jotka yhdistin neljäksi yläkategorioiksi. Nämä ovat nähtävissä kuvioituna (Kuva 5) ja aukikirjoitettuna tuloksien edellä. Myös analyysirunkona käytetty BETTER-malli tuloksineen on nähtävissä tulosten edellä (kuva 4). Tähän tutkimustehtävääni vastaavista alkuperäistutkimuksista kolme on väitöskirjoja (Hautamäki-Lamminen 2012, Leino 2011, Salonen 2011) ja yksi tieteellinen artikkeli *Hoitotiede*-lehdestä (Maukonen ym. 2011).

### 8.1 Syövän ja sen hoitojen aiheuttamat muutoksen ihmisen kokemukseen seksuaalisuudestaan

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä haluttiin selvittää millaisia muutoksia syöpä ja sen hoidot aiheuttavat ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen. Yleistä tutkimusten mukaan oli itsensä tunteminen vähemmän viehättäväksi ulkoisesti muuttuneen kehonkuvan ja omaan ulkonäköön tyytymättömyyden vuoksi (Fallbjörk 2012, 32; Klaeson 2011, 33 - 34, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Maukonen, Salonen, Rantanen, Suominen & Kaunonen 2011, 278). Syöpäsairaat kokivat myös minuutensa ja identiteettinsä muuttuneen: itsetunto ja minäkuva heikkenivät, sukupuoli-identiteetti koettiin rikkonaisena ja itseään ei pidetty enää seksuaalisena olentona (Klaeson 2011, 33, 35 - 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65).

Seksuaalinen haluttomuus oli yleistä ja usein liitännäinen seksuaalisiin toimintahäiriöihin. Eroottisille tunteille ei kyetty antautumaan ja intohimo oli menetetty. Rakasteluhalu väheni, joten seksuaalisen toiminnat vähenivät myös. (Klaeson 2011, 34 - 35, 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.) Myös negatiiviset ajatukset seksistä ja seksuaalisuudesta ja negatiiviset tunteet, kuten pelko, stressi, turhautuminen, esiintyivät tuloksissa usein. (Klaeson 2011, 35, 37 - 38; Maukonen ym. 2011, 278.)

Kaikki muutokset seksuaalisuuden kokemisessa eivät kuitenkaan olleet negatiivisia, vaan monet löysivät uusia tapoja toteuttaa seksuaalisuuttaan. Seksuaalinen läheisyys, aistillisuus ja intiimiys koettiin tärkeinä. Jotkut kokivat rakkauden kumppaninsa kanssa vahvistuneen. Myös omaa ainutkertaisuutta opittiin arvostamaan. (Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Klaeson 2011, 34, 36.)



Kuva 3. Ensimmäisen tutkimustehtävän abstrahointi

Tulosten mukaan yleistä oli se, että monet syöpäsairaat kokivat menettäneensä viehättävyytensä ja vetovoimansa sairastumisen ja hoitojen aiheuttamien fyysisten muutosten vuoksi. He olivat tyytymättömiä omaan ulkonäkönsä, ja ajatukset omasta vartalosta olivat negatiivisia, eikä muuttunutta ulkonäköä koettu enää omaksi. Toisaalta jotkut eivät pitäneet ulkonäköään tärkeänä asiana, vaan keskittyivät siihen, että ovat onnellisia, kun selvisivät syövästään hengissä. Mitä vanhemmasta henkilöstä oli kyse, sitä vähemmän ulkonäköä ajateltiin. (Fallbjörk 2012, 32; Maukonen ym. 2011, 278; Klaeson 2011, 33 - 34; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.) Oma käsitys kehonkuvasta muuttui, ja monet eivät sen takia enää kokeneet itseään haluttavana, vaan ajatukset omasta itsestä olivat pääasiassa kielteisiä. Muutokset kehossa ja miehillä lisäksi erektiohäiriöt koettiin häpeällisinä, ja niiden vuoksi monet eivät enää pitäneet itseään vetovoimaisina. (Klaeson 2011, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)



Ulkoisten muutosten lisäksi syöpään sairastuminen ja hoidot vaikuttivat ihmisten minäkuvaan ja itsetuntoon heikentävästi. Käsitys itsestä muuttui paljon ja monet kokivat menettäneensä identiteettinsä. Eroja oli sukupuolten välillä siinä, kuinka nämä asiat ilmenivät sairastuneiden elämässä, mutta niin miehet kuin naisetkin kärsivät samoista ongelmista. Ikä taas vaikutti siten, että nuoremmat kokivat huomattavasti enemmän negatiivisia muutoksia kuin vanhemmat syöpäsairaat. (Klaeson 2011, 33, 35 - 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Sukupuoli-identiteetin koettiin rikkoutuneen. Miehet kokivat miehisyytensä kärsineen ja vähentyneen ja maskuliinisuutensa köyhtyneen. Jotkut miehet kokivat myös tarvetta lavastaa miehisyytensä, jotta he voisivat jatkaa elämäänsä niin kuin ennen. Miehillä suurin tekijä kokemukseen itsestä vähemmän miehisenä oli erektiohäiriöt, jotka heikensivät itsetuntoa ja minäkuvaan huomattavasti. Naiset kokivat menettäneensä naiseutensa tai, että kokivat heidän naiseutensa rikkoutuneen. Näiden muutosten vuoksi monet miehet sekä naiset eivät enää pitäneet itseään lainkaan seksuaalisina olentoina. (Klaeson 2011, 35 - 36, 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Monet sairastuneet kokivat intohimon, seksuaalisen halun ja rakasteluhulun vähentyneen, mikä johti usein seksuaalisten toimintojen vähentymiseen. Eroottisille tunteille ei kyetty antautumaan, ja jotkut jopa vetäytyivät pois kumppaninsa läheltä. Jotkut eivät myöskään kokeneet enää entisenlaista vetoa vastakkaiseen sukupuoleen, vaan haluttomuus oli dominoiva piirre. Monet myös pelkäsivät sairauden ja hoitojen mahdollisia negatiivisia vaikutuksia seksuaalitoimintoihin, ja etenkin miehet olivat huolissaan seksuaalisen toimintakyvyn säilymisestä. Jos seksuaalinen kyvykkyys oli menetetty tai se oli huomattavasti heikentynyt, koettiin se ”elämän eliksiirin” menettämisenä ja se koettiin uhkana omalle olemiselle. Monet näin ajattelevista miehistä halusi kuitenkin esittää kaiken olevan hyvin, vaikka kokivat tullessa jollain lailla huijatuiksi menetettyään tärkeän osan elämästään. (Klaeson 2011, 34 - 36, 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Monet kokivat paljon negatiivisia tunteita seksuaalisuuteen liittyen ja ajattelivat seksuaalisuudesta ja sen osa-alueista kielteisesti. Itseä ja omaa vartaloa hävettiin sairauden ja hoitojen aiheuttamien muutosten ja sivuvaikutusten vuoksi eikä itseä tunnettu enää oikeutetuksi rakkauselämään. Ajateltiin, että seksuaalielämä kuuluisi vain terveille eikä enää itselle, koska itsensä koettiin ei-haluttavana ja jopa ei-seksuaalisena

olentona. Tähän vaikuttivat fyysiset muutokset vartalossa etenkin naisilla tai miehillä muutokset seksuaalisessa kyvykkyydessä. (Klaeson 2011, 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Fallbjörk 2012, 32.)

Jotkut stressaantuivat seksuaalisuuden osa-alueilla tapahtuneiden muutosten vuoksi ja kokivat niistä surua. Ongelmat seksuaalitoiminnoissa, kuten miehillä erektiohäiriöt ja naisilla emättimen kuivuus tai yleisesti vaikeus kiihottua halusta huolimatta, turhauttivat sairastuneita. Tämän vuoksi seksuaalielämään oltiin monesti tyytymättömiä.

(Klaeson 2011, 37 - 38; Maukonen ym. 2011, 278.) Jotkut tunsivat seksin kumppaninsa kanssa velvollisuutena, mikä lisäsi ahdistusta ja stressiä. Jotkut miehistä pyrkivät tukahduttamaan seksuaaliset tarpeensa, koska kokivat stressiä mahdollisista pelkäämistään erektiohäiriöistä. Toiset taas eivät pitäneet seksuaalielämää ollenkaan tärkeänä osa-alueena elämässään. Jos tämä oli sairastumisen ja hoitojen jälkeen tapahtunut muutos aiemmin seksuaalisesti aktiivisen, parisuhteessa olevan ihmisen elämässä, ilmeni ongelmia kumppanin kanssa. Rakkauden tunnettiin väljähtyneen, ja joidenkin suhteet päätyivät eroon läheisyyden puutteen vuoksi ja sen takia, että sairastunut ei kokenut enää aiemman kaltaista yhteyttä kumppaniinsa. (Maukonen ym. 2011, 278; Klaeson 2011, 37 - 38.)

Suurin osa muutoksista seksuaalisuuden kokemisessa oli negatiivisia, mutta hyviäkin muutoksia tapahtui. Monet sairastuneet löysivät uusia tapoja toteuttaa seksuaalisuuttaan. Vaikka seksuaalitoiminnoissa olisi ollut ongelmia, koettiin seksuaalinen läheisyys tärkeäksi. Seksuaalielämä muuttui luonteeltaan aistillisemmaksi ja intiimimmäksi läheisyydeksi. (Klaeson 2011, 34, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.) Joidenkin parisuhteessa elävien sairastuneiden kumppanit olivat tärkeänä tukena, ja he huomioivat puolisoaan seksuaalisuuden osa-alueilla sellaisin tavoin, mistä sairastunut piti. Tämä vahvisti puolisoitten välistä sidettä, ja rakkauden koettiin vahvistuneen. (Klaeson 2011, 34.) Jotkut oppivat myös arvostamaan omaa ainutkertaisuuttaan selvittyään sairaudesta, mikä vahvisti itsetuntoa ja minäkuva (Hautamäki-Lamminen 2012, 65).

## 8.2 Potilaiden toiveet hoitohenkilökunnalta saatavasta tuesta ja ohjauksesta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa

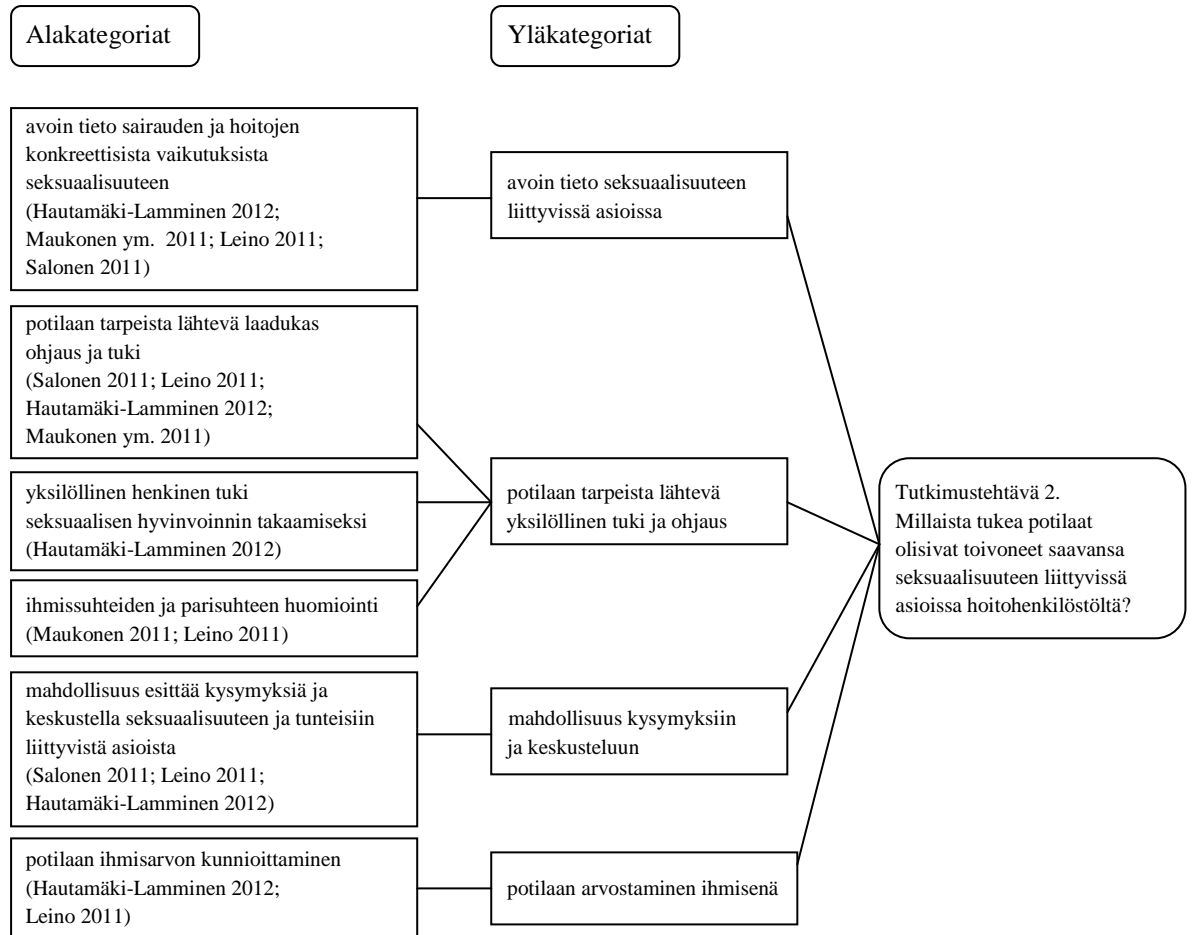
Toisessa tutkimustehtävässä haluttiin selvittää, millaista tukea potilaat olisivat toivoneet saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hoitohenkilöstöltä. Potilaat halusi-

vat eniten avoimesti tietoa sairauden ja hoitojen konkreettisista vaikutuksista seksuaalisuuteen (Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71; Maukonen ym. 2011, 282; Leino 2011, 129; Salonen 2011, 74). Potilaat pitivät myös tärkeänä sitä, että seksuaaliohjaus, -neuvonta ja tuki lähtevät potilaan omasta tarpeesta, vaikka hoitohenkilökunnan haluttiin tekevän aloitteen. Ohjauksen ja tuen haluttiin olevan yksilöllistä, laadukasta ja ammatillista ja tarpeen tullen toivottiin puolison tai muun läheisen huomiointia. (Salonen 2011, 74; Leino 2011, 130, 138; Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71, 77; Maukonen ym. 2011, 282.)

Erittäin tärkeänä pidettiin tietoa siitä, että on mahdollisuus esittää kysymyksiä mieltä painavista asioista ja siitä, että on mahdollista keskustella sairauden ja hoitojen aiheuttamista tunteista seksuaalisuuteen liittyen (Salonen 2011, 72, 74; Leino 2011, 138, 148; Hautamäki-Lamminen 2012, 71). Potilaat myös toivoivat, että heidän ihmisarvoaan kunnioitetaan sairaudesta huolimatta ja heidät hyväksyttäisiin sairauksineen kaikkineen. Hoitohenkilökunnalta toivottiin kykyä empatiaan ja herkkyyttä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70; Leino 2011, 129.)

BETTER-malli syöpähoitajille seksuaalisuudesta keskustelemisen tueksi	Potilaiden toiveet seksuaaliohjauksesta ja tuesta hoitohenkilökunnalta
Bring up the topic - Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	Potilaat odottivat hoitohenkilökunnan tekevän aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen (Hautamäki-Lamminen 2012, 71).
Explain - Potilaalle sen tiettäväksi tekeminen, että on mahdollista keskustella kaikista elämänlaatuun liittyvistä asioista, mukaan lukien seksuaalisuudesta	Ohjauksen odotettiin olevan suunnitelmallista ja kaikille potilaille kuuluvaa ikään katsomatta, ammatillisuutta pidettiin tärkeänä. Rintasyöpää sairastaneet naiset ja eturauhassyöpää sairastaneet miehet halusivat keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista jo sairauden alkuvaiheesta lähtien. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71.)
Tell - Potilaalle sen kertominen, että hoitaja hankkii tarvittavat voimavarat ja tiedot potilaan huolenaiheiden käsittelemiseen	Potilaat pitivät tärkeänä, että heidät huomioidaan yksilöinä ja että heidän tunteitaan ja kokemuksiaan arvostetaan. Naiset kaipasivat henkistä tukea hoitohenkilökunnalta jo sairauden alkuvaiheessa. Hoitajien kanssa haluttiin keskustella tunneasioista. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70.)
Timing - Jos ajoitus ei ole sopiva, potilaalle tehdään selväksi, että seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset voi ottaa puheeksi milloin vain	Keskustelua seksuaalisuudesta toivottiin usein jo sairauden alkuvaiheessa, mutta monet potilaat kokivat henkisen kapasiteettinsa riittämättömäksi varsinaiseen keskusteluun, joten tieto siitä, että aiheen voi ottaa puheeksi milloin vain oli tärkeä. Yleisimmin keskustelua toivottiin jälkikarkastuksen yhteydessä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70.)
Educate - Potilaan ohjaaminen sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen	Seksuaalisuuteen liittyvää tiedonsaantia pidettiin erittäin tarpeellisena. Potilaiden kokemat sairauden haittavaikutukset seksuaalisuudessa olivat yhteydessä tiedontarpeisiin. Lääkäreiltä toivottiin tietoa sairauden ja hoitojen fyysisistä vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 68, 71.)
Record - Arvioinnin ja intervention kirjaaminen	-

Kuva 4. Deduktiivisena analyysirunkona käytetty BETTER-malli ja tulokset



Kuva 5. Toisen tutkimustehtävän abstrahointi

Tulosten mukaan tärkeimpänä asiana potilaat pitivät avointa tiedonsaantia sairauden ja hoitojen mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen. Potilaat pitivät tärkeänä sitä, että tieto kuuluu kaikille iästä ja muista tekijöistä riippumatta, jos potilas sitä itse haluaa. Varsinkin miehet pitivät tärkeänä tietoa konkreettisista vaikutuksista seksuaalitoimintoihin liittyen, kun taas naiset ajattelivat seksuaalisuutta laajemmalti ja halusivat tietoa seksuaalisuuden muistakin osa-alueista. Miehet halusivat myös tietää mahdollisista hoitokeinoista tai apuvälineistä, jos heillä ilmenisi seksuaalisia toimintahäiriöitä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70; Maukonen ym. 2011, 282; Leino 2011, 129; Salonen 2011, 74.)

Tietoa haluttiin saada kasvokkain rauhallisessa tilassa niin, ettei potilaan yksityisyys kärsi. Myös kirjallisessa muodossa esitettyä tietoa haluttiin, jotta voisi omassa rauhasa lukea asiasta. Usein miehet halusivatkin esimerkiksi erilaisia oppaita luettavakseen. Jotkut odottivat, että tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista antaa seksuaalineuvoja, toiset ajattelivat tietoa antavan sairaanhoitaja tai lääkäri. Kuitenkin potilaiden mielestä tärkeintä oli, että joku terveydenhuoltoalan ammattilainen tietoa antaa, heille ei niin-

kään ollut väliä sillä kuka. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70; Leino 2011, 129; Salonen 2011, 74; Maukonen ym. 2011, 282.)

Potilaat toivovat, että hoitohenkilökunta ottaisi seksuaalisuuden puheeksi. Tärkeänä pidettiin kuitenkin hoitohenkilöstön erityistä herkkyyttä asian esille ottamisessa ja siitä keskustellessa. Potilaat halusivat myös, että heillä itsellään on valta päättää, milloin he haluavat asiasta keskustella ja kuinka paljon. Tässä korostui hoitosuhteen vuorovaikutuksellisuus ja se, että potilas kokee olonsa turvalliseksi puhua mistä tahansa mieltään painavasta asiasta ja tulee kuulluksi. Seksuaaliohjausta ja tukea antavan ammattilaisen haluttiin osoittavan empatiaa, mutta pysyvän ammattilaisen roolissa ja keskittyvän ohjauksessa faktoihin. Tukea pidettiin enemmänkin kuuntelemisena ja mahdollisuutena purkaa omia tunteitaan. (Salonen 2011, 74; Hautamäki-Lamminen 2012, 71; Leino 2011, 130, 138; Maukonen ym. 2011, 282.)

Seksuaaliohjauksen haluttiin olevan laadukasta ja hoitohenkilöstön toimivan ammattimaisesti ja pitävän huolta siitä, että luottamuksellisuus ei kärsi. Luottamuksellista ja turvallista hoitosuhdetta pidettiin tärkeänä asiana helpottamaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelemista. Ohjauksen ja tuen haluttiin olevan myös yksilöllistä ja lähtevän potilaan tarpeista, vaikkakin hoitohenkilöstön haluttiin tekevän aloitteen keskusteluun. Toisille riitti pelkkä ohjaus ja tieto sairauden ja hoitojen mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen, mutta toiset kaipasivat myös henkistä tukea. Ohjausta ja tietoa haluttiin sitä enemmän, mitä enemmän hoidot aiheuttivat seksuaalisia toimintahäiriöitä tai muita fyysisiä oireita. Eri syöpiä sairastaneet potilaat saivat eri määrän tietoa – eturauhassyöpää ja rintasyöpää sairastaneet saivat muita enemmän tietoa seksuaalisuuden osa-alueella. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70, 77; Leino 2011, 129 - 130; Salonen 2011, 74.)

Henkisen tuen tarve riippui paljon siitä, mitä syöpää potilas sairasti ja siitä, kokiko potilas menettäneensä itsensä, naiseutensa tai miehisyytensä. Tukea tarvittiin minäkuvan ja itsetunnon uudelleen rakentamiseen, sukupuoli-identiteetin korjaamiseen sekä seksuaaliseen eheytymiseen. Monet pitivät myös tärkeänä kumppanin huomioimista seksuaalisuudesta keskustellessa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70, 77; Salonen 2011, 74; Leino 2011, 129 - 130.)

Erittäin tärkeänä pidettiin tietoa siitä, että on mahdollisuus esittää kysymyksiä seksuaalisuuteenkin liittyvistä asioista ja aiheen voi ottaa puheeksi silloin, kun itse haluaa.

Potilaat halusivat, että kaikilla olisi yhtäläinen mahdollisuus tähän, mutta tosiasiasa monet kokivat, että iällä ja syöpätyypillä oli merkitystä. Sairaalassa omahoitajaa pidettiin tärkeänä, koska tutummalle ihmiselle oli pienempi kynnys esittää kysymyksiä haavoittuvaiseen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja luottamussuhde on syntynyt. (Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Salonen 2011, 74; Leino 2011, 148.)

Kotona ollessa potilaille oli tärkeä tietää, että voi ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon, jos tulee tunne siitä, että haluaa keskustella asioista lisää. Jotkut toivoivat myös, että hoitavalta taholta oltaisiin yhteydessä kotiin vielä hoidon päättymisen jälkeen. Monet toivoivat, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhuttaisiinkin enemmän ja tarkemmin jälkitarkastuksessa, jolloin sairaus on jo voitettu ja nämä asiat tuntuvat ajankohtaisemmilta. Monet olivat kuitenkin sitä mieltä, että tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja tukea ei saanut tarpeeksi ja usein seksuaalisuuden osa-alueet ohitettiin kokonaan. Joissain tapauksissa jos potilas ei ottanut itse seksuaalisuutta puheeksi, sitä ei käsitelty lainkaan. (Salonen 2011, 74; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Leino 2011, 148.)

Naisille oli tärkeää myös saada keskustella ammattilaisen kanssa seksuaalisuuteensa liittyvistä tunteista ja ajatuksista. Monet halusivat purkaa negatiivisia ajatuksiaan ja tunteitaan hoitohenkilökunnalle, jotta saisi henkistä ammatillista tukea. Hoitohenkilöstön toivottiin olevan hyviä kuuntelijoita, empaattisia ja herkkiä huomaamaan tuen tarve, vaikkei potilas itse sitä saisi sanotuksi. Potilaille oli hyvin tärkeää tuntea olevansa arvokkaita ihmisinä ja tulla kohdelluksi ihmisarvoa kunnioittaen. Tarve tulla hyväksytyksi oli suuri, samoin kuin saada tukea siihen, että on edelleen oikeutettu seksuaalisuutensa jokaiseen osa-alueeseen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71; Leino 2011, 129, 138; Salonen 2011, 72.)

BETTER-mallin mukaisesti potilaat toivoivatkin, että hoitohenkilöstö tekee aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseksi. Potilaiden mielestä oli tärkeää tietää, että mistä tahansa voi puhua luottamuksellisesti ja että hoitohenkilöstö on tukena ja etsii vastauksia kysymyksiin, jos ei niitä tiedä. Ajoituksen potilaat haluavat itse valita, joten tieto mahdollisuudesta päättää se itse tulee esiin myös. Suurimpana osa-alueena näyttäytyi tiedon ja seksuaaliohjauksen alue. Potilaat toivovat saavansa paljon tietoa monista eri asioista seksuaalisuuteen liittyen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70,77.)

### 8.3 Tulosten yhteenveto

Tulosten perusteella voidaan todeta, että syöpä ja sen hoidot vaikuttavat ihmisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan huomattavasti. Keholliset muutokset vaikuttavat ihmisen kokemukseen omasta viehättävyydestään ja vetovoimastaan. Myös oman muuttuneen vartalon hyväksyminen ja tunnustaminen omaksi on monille vaikeaa, koska kehonkuva muuttui usein alkuun epämiellyttäväksi ja oma keho tuntui vieraalta. (Fallbjörk 2012, 32; Klaeson 2011, 33 – 34, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Maukonen ym. 2011, 278.)

Kehollisten muutosten lisäksi monet kokivat kadottaneensa itsensä. Sukupuolidentiteetti koettiin rikkoutuneeksi tai menetetyksi. Miehet kokivat maskuliinisuutensa ja miehisyytensä vähentyneen, etenkin jos heillä esiintyi seksuaalisia toimintahäiriöitä, kuten erektiohäiriöitä. Naiset kokivat menettäneensä naiseutensa tai naiseutensa olevan haavoittunut ja rikkonainen. (Klaeson 2011, 33, 35 - 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65)

Seksuaalinen haluttomuus oli yleistä ja usein liitännäinen seksuaalisiin toimintahäiriöihin. Eroottisille tunteille ei kyetty antautumaan ja intohimo oli menetetty. Rakasteluhalu väheni, joten seksuaalisen toiminnat vähenivät myös. Miehillä tämä osa-alue korostui muiden ongelmien jäädessä taustalle. Myös negatiiviset ajatukset seksistä ja seksuaalisuudesta ylipäättään sekä negatiiviset tunteet, kuten pelko, stressi, turhautuminen, esiintyivät tuloksissa usein. (Klaeson 2011, 34 - 35, 37 - 38; Maukonen ym. 2011, 278; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Positiivisia muutoksiakin seksuaalisuuden kokemisessa tapahtui. Monet löysivät uusia tapoja toteuttaa seksuaalisuuttaan. Seksuaalinen läheisyys koettiin vieläkin erittäin tärkeänä, mutta se muutti muotoaan aistillisemmän ja intiimimmän läheisyyden kaltaiseksi. Jotkut kokivat rakkauden kumppaninsa kanssa vahvistuneen vastoinkäymisistä yhdessä selviytymisen vuoksi. Myös omaa ainutkertaisuutta opittiin arvostamaan, mikä vahvisti positiivista minäkuvaa ja itsetuntoa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Klaeson 2011, 34, 36.)

Seksuaaliohjauksesta ja tuesta potilaat halusivat eniten avoimesti tietoa sairauden ja hoitojen konkreettisista vaikutuksista seksuaalisuuteen. Potilaat pitivät myös tärkeänä sitä, että seksuaaliohjaus, -neuvonta ja tuki lähtevät potilaan omasta tarpeesta, vaikka

hoitohenkilökunnan haluttiin tekevän aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseksi. Ohjauksen ja tuen haluttiin olevan yksilöllistä, laadukasta ja ammatillista ja tarpeen tullen toivottiin puolison tai muun läheisen huomiointia. (Salonen 2011, 74; Leino 2011, 129 - 130, 138; Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71, 77; Maukonen ym. 2011, 282.)

Erittäin tärkeänä pidettiin tietoa siitä, että on mahdollisuus esittää kysymyksiä mieltä painavista asioista ja siitä, että on mahdollista keskustella sairauden ja hoitojen aiheuttamista tunteista seksuaalisuuteen liittyen. Potilaat myös toivoivat, että heidän ihmisarvoaan kunnioitetaan sairaudesta huolimatta ja heidät hyväksyttäisiin sellaisenaan. Hoitohenkilökunnalta toivottiin kykyä empatiaan ja herkkyyttä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Salonen 2011, 72, 74; Leino 2011, 129, 138, 148; Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71.)

## 9 POHDINTA

### 9.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimuksen luotettavuus liittyy tutkijan aineistoon, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen sekä tutkijan toimintaan. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta ja kulusta alkuvaiheesta lähtien. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta heikentää se, että työ tehtiin yksin, eikä aineiston sisäänottovaiheessa käytetty toista henkilöä apuna. Kahden toisistaan riippumattoman arvioitsijan käyttö parantaa tutkimuksen laatua (Kontio ym. 2007, 102). Luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään sillä, että alkuperäistutkimusten haku - ja valintaprosessi on kuvattu tarkasti sekä kirjoitettuna tekstinä, että taulukkoina. Taulukoilla pyrin selkeyttämään ja tarkentamaan hakuprosessia. Taulukoihin on merkitty tietokantakohtaisesti juuri ne hakusanat, joilla haut on suoritettu. Tämä mahdollistaa hakuprosessin helpon toistettavuuden (reliaabelius).

Luotettavuutta lisää myös se, että aineisto koostuu laadukkaista väitöskirjoista, jotka vastaavat tutkimustehtäviin nimenomaan potilaan näkökulmasta. Kieliharhaa on pyritty vähentämään, ja valituista alkuperäistutkimuksista kaksi on tehty Ruotsissa, toinen



niistä oli ruotsinkielinen ja toinen englanninkielinen. Muut väitöskirjat olivat suomalaisia, mutta niistäkin yksi oli englanninkielinen.

Tutkimukseni luotettavuutta lisää se, että tietokantojen ja hakusanojen valinnassa hyödynsin koulun kirjaston asiantuntija-apua. Täydentääkseni tietokantahakuja, tein myös manuaalisen käsihaun hoitotieteellisiin julkaisuihin (Hoitotiede-lehti ja Tutkiva hoitotyö -lehti). Alkuperäistutkimuksille määriteltiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Haut rajattiin vuosille 2002 – 2012, jotta sain työhöni uusinta tutkimustietoa aiheesta. Tutkimukseeni valitut alkuperäistutkimukset olivat kuitenkin kaikki vuosilta 2011 ja 2012, joten tieto on todellakin tuoreinta mahdollista.

Tutkimukseni luotettavuutta heikentää se, että tutkimustehtäviini vastaavia alkuperäistutkimuksia löytyi hyvin vähän ja sisäänottokriteerit karsivat niistäkin monet pois, koska monet eivät olleet potilaiden näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Olen kuitenkin arvioinut alkuperäistutkimusten laatua kattavasti tutkimuskohtaisesti ja laadun arvioinnit ovat luettavissa tutkimustaulukosta (liite 3), mikä lisää oman työni luotettavuutta.

Sisällön analyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija kykenee osoittamaan yhteyden aineiston ja tuloksen välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Sisällön analyysin ala- ja yläkategorioilla on luotu tässä opinnäytetyössä yhteys aineiston ja tuloksen välille ja pelkistetyt ilmaukset ja niistä muodostetut kategoriat vastaavat hyvin tutkimustehtäviä. Kategoriat ovat nähtävissä aukikirjoitettuin ja kuvioituina tulosten edellä ja liitteenä on nähtävissä pelkistetyt ilmaisut, joista kategoriat on ryhmittelyn jälkeen muodostettu (Liitteet 4 ja 5).

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkija on rehellinen, noudattaa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössään ja tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkija kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on myös, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu yksityiskohtaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje 2002.) Olen noudattanut työssäni hyvän tieteellisen käytännön periaatteita olemalla rehellinen ja huolellinen sekä kirjaamalla tutkimusvaiheet mahdollisimman tarkasti ja noudattanut lähde- ja

viittauskäytäntöjen kirjoitusohjeita välttämällä kaikenlaista tietoa vilppiä, plagiointia tai muuta epärehellisyyttä.

## 9.2 Tulosten tarkastelu

Tämä opinnäytetyö tarkastelee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodein syövän ja sen hoitojen vaikutuksia ihmisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan, eli mitä muutoksia seksuaalisuuden kokemisessa tapahtuu. Tutkimuksessa kartoitetaan myös potilaiden tarvetta seksuaaliohjaukselle ja tuelle, joita he toivovat saavansa hoitohenkilökunnalta.

Tuloksissa nousi erittäin selkeästi esille se, että syöpään sairastuminen vaikuttaa monin tavoin ihmisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan. Lisää muutoksia seksuaalisuuteen aiheuttavat hoidot ja niiden sivuvaikutukset. Suurin osa muutoksista on negatiivisia, mutta positiivisia muutoksiakin jotkut sairastuneet huomasivat. Naisille tyypillistä olivat muutokset itsensä kokemisessa aiempaa vähemmän viehättävänä. Tämä johtui syövän ja sen hoitojen aiheuttamista muutoksista heidän kehonkuvaansa, jolloin he kokivat vartalonsa epämiellyttävänä ja itsensä ei-haluttavana. Miehet kokivat keholliset muutokset, etenkin erektiohäiriöt, erittäin häpeällisinä ja niiden vuoksi miehet eivät enää pitäneet itseään vetovoimaisina. (Fallbjörk 2012, 32; Klaeson 2011, 33 - 34, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Maukonen ym. 2011, 278.)

Ulkoisten muutosten lisäksi syöpään sairastuminen ja hoidot vaikuttavat ihmisten minäkuvaan ja itsetuntoon heikentävästi. Käsitys itsestä muuttuu paljon, ja monet kokevat menettävänsä identiteettinsä. Se, kuinka nämä asiat ilmenevät sairastuneiden elämässä, riippuu pitkälti sairastuneen sukupuolesta ja iästä, mutta selvää on, että niin miehet kuin naisetkin kärsivät samoista seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista. (Klaeson 2011, 33, 35 - 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Sekä miehet että naiset kokevat sukupuoli-identiteettinsä rikkoutuvan syövän ja sen hoitojen aiheuttamien muutosten vuoksi. Miehet kokevat miehisyytensä vähentyneen sekä maskuliinisuutensa köyhtyneen. Suurin syy tähän ovat erektiohäiriöt, jotka heikentävät itsetuntoa ja minäkuvaan huomattavasti miehillä. Naiset kokevat menettäneensä naiseutensa. Näiden muutosten vuoksi monet miehet sekä naiset eivät pidä itseään lainkaan seksuaalisina olentoina. (Klaeson 2011, 35 - 36, 38; Fallbjörk 2012, 33; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Seksuaalinen haluttomuus ja seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yleisiä syöpään sairastuessa. Monet sairastuneet kokevat intohimon, seksuaalisen halun ja rakasteluhalun vähentyneen, mikä usein johtaa seksuaalisten toimintojen vähenemiseen. Jotkut eivät koe enää entisenlaista vetoa vastakkaiseen sukupuoleen, vaan haluttomuus dominoi seksuaalielämää. Monet pelkäävät sairauden ja hoitojen mahdollisia negatiivisia vaikutuksia seksuaalitoimintoihin ja etenkin miehet ovat huolissaan seksuaalisen toimintakyvyn säilymisestä. (Klaeson 2011, 34 - 36, 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Monet syöpään sairastuneet kokevat paljon negatiivisia tunteita seksuaalisuuteen liittyen ja ajattelivat seksuaalisuudesta ja sen osa-alueista kielteisesti. Itseä ja omaa varta-loa hävettiin sairauden ja hoitojen aiheuttamien muutosten ja sivuvaikutusten vuoksi, eikä itseä tunnettu enää oikeutetuksi rakkauselämään. Monet kokevat pelkoa, surua ja turhautumista seksuaalisuuden eri osa-alueilla tapahtuneista muutoksista. Kaikki eivät pidä seksuaalisuutta kuitenkaan tärkeänä osana elämäänsä. (Klaeson 2011, 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65; Fallbjörk 2012, 32; Maukonen ym. 2011, 278.)

Suurin osa muutoksista seksuaalisuuden kokemisessa on tutkimusten mukaan negatiivisia, mutta hyviäkin muutoksia tapahtuu. Monet löytävät uusia tapoja toteuttaa seksuaalisuuttaan ja kokevat seksuaalisen läheisyyden tärkeäksi. Seksuaalielämä voi muuttua luonteeltaan aistillisemmaksi ja intiimimmäksi läheisyydeksi ja kuitenkin tyydyttää sairastuneen ja mahdollisen kumppanin seksuaaliset tarpeet. Monet kokevat myös rakkauden kumppanin kanssa vahvistuvan tai oppivat arvostamaan omaa ainutkertaisuuttaan. (Klaeson 2011, 34, 36; Hautamäki-Lamminen 2012, 65.)

Kaiken kaikkiaan tuloksissa tuli esiin se, että muutokset ovat yksilöllisiä ja eri ihmiset reagoivat niihin eri tavoin. Yleisesti mitä vanhemmasta sairastuneesta on kyse, sitä vähemmän seksuaalisuuteen liittyvät asiat mietityttävät ja huonontavat elämänlaatua. Sukupuolten väliset erot ovat suuret siinä, kuinka muutokset ilmenevät sairastuneen elämässä. Miehet ovat enemmän huolissaan seksuaalisesta kyvykkyydestä, kun taas naiset haluavat kokea itsensä naiselliseksi, viehättäväksi ja eheäksi kaikilla seksuaalisuuden osa-alueilla. Tärkeää on hoitoalan ammattilaisena muistaa herkkyyys ja empatia, kun puhutaan potilaan kanssa niin helposti haavoittuvasta elämän osa-alueesta kuin seksuaalisuudesta. (Fallbjörk 2012, 32 - 33; Klaeson 2011, 33 - 38; Hautamäki-Lamminen 2012, 65, 70 - 77; Maukonen ym. 2011, 278.)

Seksuaaliohjauksesta ja tuesta potilaat haluavat tutkimusten mukaan eniten avoimesti tietoa sairauden ja hoitojen konkreettisista vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tärkeänä pidetään sitä, että seksuaaliohjaus, -neuvonta ja tuki lähtevät potilaan omasta tarpeesta, vaikka hoitohenkilökunnan halutaan tekevän aloite seksuaalisuudesta keskustelemiseksi. Ohjauksen ja tuen toivotaan olevan yksilöllistä, laadukasta ja ammatillista ja tarpeen tullen huomioidaan myös puoliso. (Salonen 2011, 74; Leino 2011, 129 - 130, 138; Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71, 77; Maukonen ym. 2011, 282.)

Tietoa siitä, että on mahdollisuus esittää kysymyksiä mieltä painavista asioista, ja siitä, että on mahdollista keskustella sairauden ja hoitojen aiheuttamista tunteista seksuaalisuuteen liittyen, on erittäin tärkeä syöpään sairastuneelle. Potilaat myös toivovat, että heidän ihmisarvoaan kunnioitetaan sairaudesta huolimatta ja heidät hyväksyttäisiin sellaisenaan. Hoitohenkilökunnalta toivottiin kykyä empatiaan ja herkkyyttä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Salonen 2011, 72, 74; Leino 2011, 129, 138, 148; Hautamäki-Lamminen 2012, 70 - 71.)

Vaikka seksuaaliohjauksen tulisi kuulua kaikille, tutkimuksissa selvisi, että monesti keskustelu seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sivuutetaan jopa kokonaan. Potilaan ei pidä olla se, joka ottaa seksuaalisuuden puheeksi, vaan hoitohenkilökunnan velvollisuus on antaa jokaiselle halukkaalle potilaalle seksuaaliohjausta ja -neuvontaa osana normaaleja terveystalvituja ja hoitokontakteja. Seksuaalioikeuksien mukaan asiakkaalla ja potilaalla on oikeus saada tietoa sairauden, hoitojen ja lääkituksen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Seksuaalisuudesta keskustelemisen tueksi on kehitetty hyviä malleja ammattilaisille, ja niitä tulisi käyttää. Erityisesti syöpähoitajille kehitettyä BETTER-mallia tulisi hyödyntää Suomessa kaikkien syöpäpotilaiden hoidossa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129; Salonen 2011, 72 - 74; Leino 2011, 129 - 130, 138, 148; Hautamäki-Lamminen 2012, 65, 70 - 71, 77; Maukonen ym. 2011, 282.)

### 9.3 Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämisehdotukset, jatkotutkimusten mahdollisuus

Tämän opinnäytetyön tärkeimpiä tuloksia on se, että syöpä ja sen hoidot vaikuttavat monin eri tavoin ihmisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan. Eri ihmiset reagoivat hyvin eri tavoin muutoksiin ja kokevat ne eri lailla. Toinen tärkeä tulos on se, että potilaat itse toivovat keskustelua seksuaalisuuteenkin liittyvistä asioista ja he toivovat aloitteen lähtevän terveydenhuoltoalan ammattilaiselta. Etenkin tietoa sairauden

ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin pidettiin hyvin tärkeänä.

Näitä tuloksia voidaan hyödyntää, kun tarvitaan tietoa siitä, kuinka syöpä ja sen hoidot vaikuttavat ihmisten kokemuksiin omasta seksuaalisuudestaan nimenomaan sosiopsykologiselta kannalta, ei niinkään seksuaalisista toimintahäiriöistä. Tuloksia voidaan myös hyödyntää syöpäpotilaiden yksilöllisen ja laadukkaan hoidon suunnittelussa, kun tarvitaan tietoa ja malleja potilaan henkiseen tukemiseen sekä seksuaaliohjaukseen ja -neuvontaan. Tulokset soveltuvat kaikille terveydenhuoltoalan ammattilaisille, mutta etenkin syöpäpotilaiden parissa työskenteleville. Tuloksista ilmenee, millaista tukea ja ohjausta potilaat toivovat saavansa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.

Hoitotyön koulutuksessa tutkimusta voidaan hyödyntää syöpätautien ja seksuaaliopeutuksen kehittämisessä. Syöpätautien opintojaksolla on tärkeää muistaa, että ihminen tulee huomioida kokonaisvaltaisesti ja käsitellä aihetta monipuolisesti unohtamatta seksuaalisuutta. Myös seksuaalisuuden käsite tulee käydä läpi monipuolisesti, jotta kaikki ymmärtäisivät, ettei se tarkoita pelkästään seksuaalitoimintoja, vaan siihen liittyy paljon muitakin osa-alueita. Eri sairauksia opettaessa opettajien tulisi muistaa käydä läpi seksuaaliohjausta opiskelijoiden kanssa, ja syöpätautien osalta tästä opinäytetyöstä on varmasti hyötyä siinä.

Kehitysehdotuksena jo olemassa olevat mallit seksuaalisuudesta keskustelemisen tueksi olisi hyvä ottaa käyttöön kaikissa sairaaloissa, joissa niitä ei vielä käytetä, jotta tämä tärkeä elämän laatutekijä ei jäisi huomioimatta. Etenkin juuri syöpähoitajille tarkoitettua BETTER-mallia olisi hyvä hyödyntää syöpäpotilaan hoidossa, kun seksuaalisuudesta puhutaan. Kun syövän hoidot ovat parantuneet paljon ja ihmiset elävät pidempään sairauden jälkeen, on erittäin tärkeää muistaa ihmisen kokonaisvaltainen hoito, ja seksuaalisuus on usein tärkeä osa ihmistä.

Jatkotutkimusmahdollisuuksina voidaan esittää lisätutkimuksen tarve syövän ja sen hoitojen psykologisista vaikutuksista ihmisen kokemukseen seksuaalisuudesta, sillä tämän tutkimuksen alkuperäistutkimusten hakuprosessissa selvisi, että aiheesta ei ole tehty paljoa tutkimuksia. Monissa tutkimuksissa, joita en voinut sisällyttää tutkimukseeni sisäänottokriteerien vuoksi, oli tutkittu syövän sairastaneiden elämänlaatua ja seksuaalisuus oli mainittu lyhyesti, mutta seksuaalisuus elämän laatutekijänä on suuri osa-alue ja vaatii huomattavasti enemmän huomiota.

## LÄHTEET

About DiVA portal. 2012. DiVA portalin internetsivut. Saatavissa: <http://www.diva-portal.org/smash/aboutdiva.jsf>. [viitattu 24.10.2012].

Bildjuschkin, K. & Petäjä, H. 2011. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen perus- ja erikoissairaanhoidossa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen lautakunnan julkaisu.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2008. Seksiä vaatteet päällä. Helsinki: Tammi.

Blomqvist, C. & Siimes, M.A. 2006. Syövän hoidon pitkäaikaishaitat. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 799 - 807.

Cacciatore, R. 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki. Duodecim, s. 205 - 223.

Fallbjörk, U. 2012. I spåren av bröstcancer – att leva med eller utan rekonstruerat bröst efter mastektomi. Väitöskirja. Umeå Universitet.

Franssila, K. 2006. Syövän patologia. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 82 - 94.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa: tiedon tarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Hoitotiede-lehti 3/2008, s. 151 - 165.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. Tutkiva hoitotyö-lehti 3/2011, s. 14 - 22.

Hyvä tieteellinen käytäntö –ohje 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanta/index.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/index.html). [viitattu 20.11.2012].

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Syöpäsairaudet. Teoksessa: Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen, s. 738 - 788.

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

Isola, J. 2006. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 16 - 33.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, s. 3 - 9.

Kaplan, M. & Pacelli, R. 2011. The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. Clinical journal of oncology nursing-lehti 1/2011, s. 15 - 17.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 3/2003, s. 237 - 246. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo93410.pdf>. [viitattu 27.9.2012]

Klaeson, K. 2011. Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer: gendered experiences. Väitöskirja. Linköping University.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, s. 101 - 108.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin. Lapsen ja nuoren seksuaalisuuden kehittyminen. Juva. WSOY.

Kouri, M., Ojala, A. & Tenhunen, M. 2006. Sädehoito. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki. Duodecim, s. 137 - 160.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 1/1999, s. 3 - 12.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede-lehti 1/2006, s. 37 - 45.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä: substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, A., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011. Elämälaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Tutkimusartikkeli. Hoitotiede-lehti 4/2011, s. 273 - 284.

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro: Jaabes Oü.

ProQuest Central. Saatavissa: <http://search.proquest.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/pqcentral/index>. [viitattu 24.10.2012].

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, s. 46 - 57.

Pukkala, E. 2010. Syöpätaudit nyt ja vastaisuudessa. Yleislääkäri-lehti 6/2010, s. 9 - 12.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki. Duodecim, s. 226 - 237.

Roberts, P.J. 2006. Kirurginen hoito. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki. Duodecim, s. 130 - 136.



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

Ryttläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki. Edita.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavissa: [http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf). [viitattu 12.9.2011].

Salonen, P. 2011. Quality of life in patients with breast cancer: a prospective intervention study. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

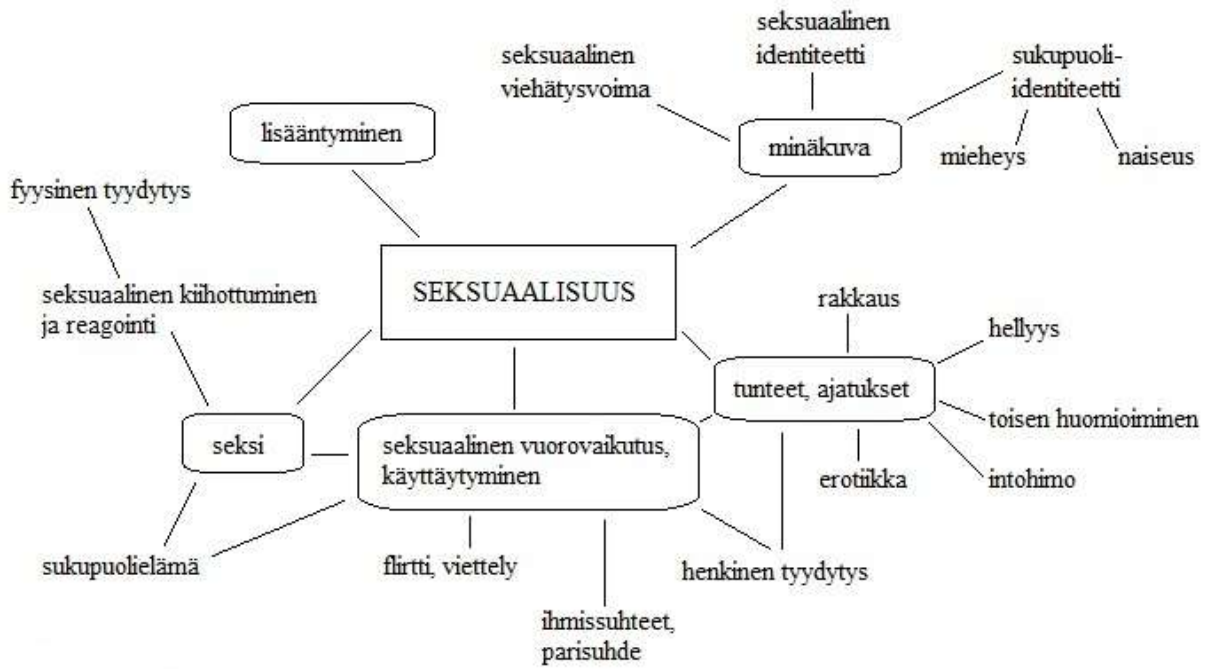
Sankila, R., Teppo, L. & Vainio, H. 2006. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 34 - 49.

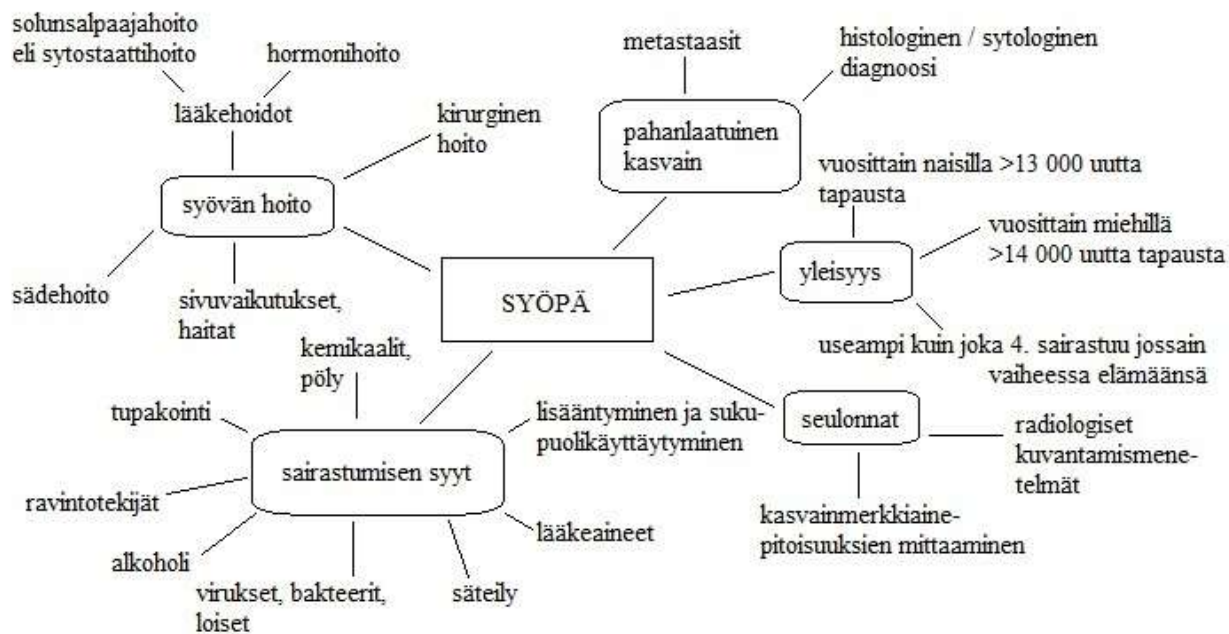
Stenman, U-F., Haglund, K. & Roberts, P.J. 2006. Kasvainmerkkiaineet. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 95 - 102.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, s. 58 - 70.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, s. 10 - 45.

Virkkunen, P., Salonen, O. & Minn, H. 2006. Kvanttamismenetelmät. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki. Duodecim, s. 103 - 119.





Tutkimus nro	Tutkimustehtävä	Tekijä(t), tutkimus ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä, otanta	Keskeiset tulokset	Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät
1.	Tutkimustehtävä 1	Fallbjörk, Ulrika 2012 I spåren av bröstcancer – att leva med eller utan ett rekonstruerat bröst efter mastektomi Umeå Universitet, väitöskirja  (DiVa portal)	Kuvailla rintasyövän takia tehdyn rinnanpoiston merkitystä naisille ja syitä rinnan rekonstruktion valitsemiseen tai valitsematta jättämiseen  Vertailla em. ryhmien naisia taustamuuttujien, seksuaalisuuden ja kehonkuvan suhteen  Kuvailla kokemuksia rinnan rekonstruktion läpikäymisestä rinnanpoiston jälkeen  Kahden vuoden seurantajaksolla selvittää muutoksia siinä, kuinka naiset kokevat kehonkuvansa rinnanpoiston jälkeen	Tutkimuksen osassa I n = 126, kyselylomake rintasyövän takia rinnanpoistossa vuonna 2003 olleille ruotsalaisille naisille  Tutkimuksen osassa IV n = 76, kyselylomake 10 kk ja 2 v rinnanpoiston jälkeen  Em. poikittaistutkimus, deskriptiivinen ja vertaileva tilastanalyysi, IV kohorttitutkimus ja lisäksi stabiilisuudesta  Tutkimuksen osassa II n = 15, kvalitatiiviset teemahaastattelut strategisesti valituille I:n osan naisille  Tutkimuksen osassa III n = 6, osan II naisista ne, jotka olivat käyneet läpi rinnan rekonstruktion  Haastattelut käyty läpi narratiivisella analyysillä	Osalle rintasyövän sairastaneille rinnanpoistolla oli pieni merkitys, toisille suuri. Niille, joille rinnanpoisto tarkoitti itsensä menettämistä, rinnan rekonstruktio oli välttämätön oman itsensä, naiseutensa ja kokemuksensa seksuaalisena olentona ennallistamiseksi. Rinnan rekonstruktion valinnat kertoivat sen olevan rankka prosessi sekä henkisesti, että fyysisesti.  Suurin osa naisista ei halunnut rinnan rekonstruktiota, ja ne jotka halusivat, olivat nuorempia ja tunsivat itsensä vähemmän viehättäviksi kuin muut.  Kahden vuoden seurantatutkimuksessa selvisi, että naisten kokemukset omasta viehättävyydestään ja naisellisuudestaan eivät olleet muuttuneet, mutta kokemukset seksuaalisesta intiimiydestä ja mukavuudesta olivat huonontuneet huolimatta siitä, oliko nainen käynyt läpi rinnan rekonstruktion vai ei.	+ Tutkimuksen menetelmät, vaiheet ja osa-alueet kuvattu hyvin  + Otokoko sopivansuuruinen, tutkittu syövän sairastaneita  + Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti  + Tutkimuksen luotettavuutta pyritty parantamaan stabiilisuustestillä, luotettavuutta tarkasteltu hyvin  + Tutkimustuloksia verrattu hyvin aiempaan tutkimustietoon  - Teoriatausta varsin suppea  - Vastausfrekvenssi osatutkimuksessa IV merkittävästi alhaisempi kuin I:ssä
2.	Tutkimustehtävä 1	Klaeson, Kicki 2011 Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer Gendered experiences Linköping University, väitöskirja  (DiVA portal)	Kuvailla seksuaalisen identiteetin rakenneosia premenopausaalisilla rintasyöpäpotilailla  Tutkia kuinka keski-ikäiset, vielä menstruivat, naiset kokevat seksuaalisuutensa rintasyövän ja sen hoitojen aiheuttamien muutosten myötä  Tutkia kuinka keski-ikäiset miehet, joilla on eturauhassyöpä, kokevat seksuaalisuutensa  Tutkia kuinka keski-ikäiset miehet, joilla on eturauhassyöpä kokevat syövän	Osatutkimuksissa I (n = 6) ja III (n = 10) fenomenologiset haastattelut, analysoitu EPP-menetelmällä (empiirinen fenomenologis-psykologinen menetelmä)  Osatutkimuksissa II (n = 12) ja IV (n = 19) Focus Group –haastattelut (ryhmähaastattelun erityismuoto), kvalitatiivinen sisällön analyysi  Osatutkimuksissa I ja II tutkittiin ≤ 50 vuotiaita naisia, jotka vielä menstruivat  Osatutkimuksissa III ja IV tutkittiin miehiä, joiden ikä eturauhadiagnoosin saadessaan oli noin 65 vuotta tai nuorempi ja	Sekä miehet, että naiset kokivat syövän ja sen hoitojen aiheuttamat muutokset uhkana omalle olevaisuudelleen ja syrjäytymistä oli havaittavissa.  Seksuaalisuuden muutokset sukupuolten välillä olivat melko yhtenevät, mutta niihin reagoitiin eri tavoin: naisille tyypillisiä harmejä olivat muuttuneen kehon aiheuttama olo vanhuudesta ja epäviehättävyydestä, kun taas miehille aiheutti huolta muuttunut libido ja erektiöhäiriöt, jotka vähensivät heidän kokemusta omasta miehisyydestään.  Seksuaalisuuden koettiin muuttuvan päivästä toiseen, ja kaikki käsitelivät asiaa yksilöllisesti. Naiset kokivat naiseutensa vähentyneen tiettyjen oireiden vuoksi, miehet taas kokivat menettäneensä miehisyytensä.	+ Tutkija perehtynyt hyvin aiheeseen, monipuolinen teoriaosuus  + Tutkimuksen vaiheet ja osa-alueet kuvattu hyvin  + Otokoko pienehkö, mutta perusteltu  + Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti  + Tutkijan oma tutkimuksen luotettavuuden arvio hyvä

			aiheuttamat muutokset seksuaalisuudessaan ja puhuvatko niistä	diagnosoinnista kulunut vähintään puoli vuotta	Molemmilla sukupuolilla kyky kiihottua oli heikentynyt, miehet pystyivät puhumaan aiheesta vapautuneemmin kuin naiset.	
3.	Tutkimustehtävät 1 ja 2	Hautamäki-Lamminen, Katja 2012 Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa Tiedontarpeet ja tiedonsaanti Tampereen yliopisto, väitöskirja  (Linda)	Kuvailla syöpäpotilaiden käsityksiä seksuaalisuudesta ja selvittää mahdollisia muutoksia seksuaalisuuden kokemisessa ja parisuhteessa syöpään sairastumisen jälkeen  Selvittää potilaiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä  Selvittää potilaiden odotuksia seksuaalisuuteen liittyvästä ohjauksesta Selvittää terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkemyksiä seksuaalisuuteen liittyvästä ohjauksesta sairaalassa ja tunnistaa syöpäpotilaan seksuaalista eheytymistä edistäviä ja rajoittavia tekijöitä seksuaaliohjauksen kehittämisen näkökulmasta	Osatutkimus Essä potilaiden kyselytutkimukset 2001–2003 (n = 20), induktiivinen sisällön analyysi  Osatutkimuksissa II ja III potilaiden kyselytutkimukset 2009 – 2010 (n = 505), tilastolliset analyysimenetelmät  Osatutkimuksessa IV potilaiden kolme ryhmähaastattelua 2009 (n = 10), induktiivinen sisällön analyysi  Osatutkimus V:ssä terveydenhuollon ammattilaisten kyselytutkimus 2001 – 2003 (n = 215), tilastolliset analyysimenetelmät	Potilaat käsittivät seksuaalisuuden laajasti. Syöpään sairastumisen jälkeen seksuaalisuuden muutoksia kuvattiin viehätysvoiman, rakasteluhalan ja fyysisten oireiden käsittein.  Naiset kokivat ulkonäön ja minäkuvan muutokset kielteisinä, koska kokivat menettäneensä viehätysvoimansa. Erektiohäiriöt heikensivät miesten itsetuntoa ja minäkuva.  Rakasteluhalan muutoksiin johtivat väsymys ja muut fyysiset oireet, syöpätyypillä ja iällä oli vaikutusta siihen, kuinka paljon toiminnallisia ongelmia potilaalla oli.  Ne potilaat, joilla ilmeni seksuaalisuuden osa-alueella hättävaihtokuituksia ja toiminnallisia ongelmia, pitivät tiedonsaantia tarpeellisempänä kuin muut. Miehet kokivat seksuaalisuuteen liittyvän tiedonsaannin tärkeämpänä kuin naiset, samoin kuin eturauhas- tai gynekologista syöpää sairastavat potilaat verrattuna muihin syöpätauteihin.  Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksessa kohdistuivat potilaslähtöisyyteen, ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja ammatillisuuteen ja ohjauksen pitäisi olla kaikille kuuluvaa ja sitä pitäisi saada jo sairauden alkuvaiheessa ja hoitojen päätyttyä jälkitarkastuksessa.	+ Tutkija perehtynyt hyvin aiheeseen, monipuolinen teoriaosuus  + Tutkimuksen menetelmät, vaiheet ja osa-alueet kuvattu tarkasti  + Otskoko hyvä, osatutkimuksissa I-IV tutkittu syöpäpotilaita  + Aineistoa vahvistettu määrällä ja menetelmätriangulaatiolla  + Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti  + Tutkijan oma tutkimuksen luotettavuuden arvio kattava  - Kyselylomakkeiden jako hoitajan vastuulla, syöpäosastolta eniten jakamattomia palautettu
4.	Tutkimustehtävä 2	Leino, Kaija 2011 Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä  Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana  Tampereen yliopisto,	Tutkia millaisia kokemuksia rintasyöpäpotilailta ja hoitohenkilöstöllä on sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana	Rintasyöpäpotilaiden (n = 25) haastattelut leikkauksen jälkeen ja syöpähoitojen päättymisestä kolmen kuukauden kuluttua  Potilaiden päiväkirjat (n = 21) hoitoprosessin ajalta noin vuoden mittaiselta ajanjaksolta  Leikkauksen (n = 4) ja syöpähoitojen yhteydessä (n = 6) rintasyöpäpotilaita hoitavien	Naisellisuuden särkymistä luonnehtivat potilaiden mukaan kehon muutokset, viehättävyyden menettäminen, hormonihoidon kiusalliset seuraukset ja näiden seurauksena seksuaalisuuden muuttuminen.  Rintasyöpäpotilaat kokivat, että ulkoiset kehon muutokset olivat yhteydessä omiin tuntemuksiin ja minäkuvaan. Kuolemanpelon lieventyessä rinnan poistaminen sekä minäkuvan muuttuminen aiheuttavat seksuaalisen tuen tarpeen. Hoitohenkilöstöltä	+ Tutkija perehtynyt hyvin aiheeseen, monipuolinen teoriaosuus  + Tutkimuksen vaiheet ja osa-alueet kuvattu tarkasti  + Tutkimuksen eettisyyttä pohdittu hyvin läpi tutkimuksen  + Otskoko sopivansuuruinen, tutkittu pääasiassa syöpäsairaita

		väitöskirja		hoitajien ja lääkäreiden ryhmähaastattelut  Aineistot kerätty vuosien 2007 – 2009 aikana, analysointi avoimella, aksiaalisella ja selektiivisellä koodauksella jatkuvan vertailun metodilla	odotetaan naisellisuuden tukemista ja seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien huomioimista.  Psykososiaalista tukea tulisi antaa hoidon siirtymävaiheissa, etenkin syöpähoitojen alkua ja loppuvaiheessa, sillä se on merkityksellistä kokonaishoidon ja selviytymisen kannalta. Tuen tulee olla potilaan tarpeisiin pohjautuvaa, tiedollista, ennaltaehkäisevää ja systemaattista. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista on hyvä puhua ennaltaehkäisevästi, ja kertoa rehellisesti hoitojen aiheuttamista oireista, jotka voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen ja minäkuvaan.	+ Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti  + Tutkijan oma tutkimuksen luotettavuuden arvio kattava  - II vaiheen haastatteluista osa suoritettiin sairaalassa, mikä saattoi vähentää aineiston totuudenmukaisuutta ja monipuolisuutta verrattuna kotona tehtyihin haastatteluihin
5.	Tutkimustehtävä 2	Salonen, Päivi 2011 Quality of life in patients with breast cancer  A prospective intervention study  Tampereen yliopisto, väitöskirja	Selvittää interventioiden vaikutusta leikattujen rintasyöpöpotilaiden elämänlaatuun  Selvittää sosiaalisen tuen roolia rintasyöpöpotilaan elämänlaadun osa-alueiden kokemisessa	Rintasyöpöpotilaiden puhelininterventio n = 120, kontrolliryhmä n = 108  Kasvokkain annettu ohjaus n = 112, kontrolliryhmä n = 92  Sekä puhelininterventioon että kasvokkain annettuun tukeen ja ohjaukseen osallistuneet n = 85, kontrolliryhmä n = 79  Elämänlaatua arvioitiin Quality of Life –mittarin syöpäspesifisellä versiolla (QLI-CV) sekä rintasyöpäspesifisellä elämänlaatumittarilla (EORTC-QLQ-BR23)  Analyysi tilastollisin menetelmin	Viikon päästä leikkauksesta fysioterapeutin antamasta tuesta ja ohjauksesta ja kuuden kuukauden päästä leikkauksesta henkilökohtaisesti antamasta ohjauksesta ja tuesta oli hyötyä rintasyöpöpotilaille. Puhelininterventioon osallistuneilla rintasyöpöpotilaila oli sekä tilastollisesti että kliinisesti parempi kehonkuva ja he suhtautuivat myönteisemmin tulevaisuuteen verrattuna kontrolliryhmään kuuluviin rintasyöpöpotilaisiin.  Interventioryhmään kuuluvilla rintasyöpöpotilaila oli kliinisesti parempi seksuaalinen toimintakyky molemmissa vaiheissa verrattuna kontrolliryhmään kuuluviin rintasyöpöpotilaisiin.  Kuuden kuukauden seuranta-aikana kehonkuva huononi ja hoitojen sivuvaikutukset lisääntyivät molemmissa ryhmissä sekä tilastollisesti että kliinisesti merkitsevästi.  Hoitajilta saadun konkreettisen tuen lisääntyessä todennäköisyys seksuaalisen toimintakyvyn parantumiseen kasvoi. Rintasyöpöpotilaat, joiden elämänlaatu on huono ja joiden elämänlaadun huonontuminen hoitoprosessin aikana voidaan tunnistaa, tarvitsevat eniten ohjausta ja tukea.	+ Tutkija perehtynyt hyvin aiheeseen, monipuolinen teoriaosuus  + Tutkimuksen vaiheet ja osa-alueet kuvattu tarkasti  + Tutkimuseetiikkaa pohdittu hyvin läpi tutkimuksen  + Otoskoko sopivansuuruinen, tutkittu syöpäsairaita  + Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti  + Tutkijan oma tutkimuksen luotettavuuden arvio kattava  - Tutkimuksen keskeyttäneiden määrä kontrolliryhmässä suuri, ja interventioryhmässäkin melko suuri
6.	Tutkimustehtävät 1 ja 2	Maukonen, Marika, Salonen, Päivi, Rantanen, Anja, Suominen Tarja,	Tutkia millaiseksi naiset kokivat elämänlaatunsa eri osa-alueet vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen	Rintasyöpöpotilaiden, jotka olivat ensi kertaa sairastuneet ja läpikäyneet leikkauksen (n = 206), kyselylomakkeet vuoden päästä	Suurin osa naisista ilmoitti tärkeimmiksi tuenantajiksi läheisensä ja vain 8 % terveydenhuoltohenkilöstön. Hoitohenkilöstöltä tukea saadaan vain vähän,	+ Teoriatausta kuvattu selkeästi, määritelmät hyvät  + Tutkimuksen vaiheet ja osa-

		<p>Kaunonen, Marja 2011</p> <p>Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen</p> <p>Hoitotiede-lehti 4/2011, tieteellinen artikkeli</p>	<p>Tutkia millainen oli taustamuuttujien yhteys rintasyöpäleikkattujen naisten kokemaan elämänlaatuun</p>	<p>rintasyöpäleikkauksesta</p> <p>Mittarina käytetty Quality of Life – mittarin syöpäspesifistä versiota (QLI-CV), joka mittaa sekä yksilön tyytyväisyyttä elämän osa-alueilla, että elämän osa-alueiden tärkeyttä yksilölle.</p> <p>Analyysi tilastollisesti SSPS 18.0 for Windows-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>koska hoitokäynnit ovat vähäisiä. Hoidon jatkuminen esim. säde- tai solunsalpaajahoidoilla lisää sosiaalisen tuen määrää. Kommunikoinnin ongelmat hoitohenkilöstön kanssa huonontavat psykososiaalista elämänlaatua leikkauksen jälkeen.</p> <p>Kokonaiselämänlaatu koettiin hyväksi, kun rintasyöpäleikkauksesta oli kulunut vuosi. Kuitenkin terveyden ja toimintakyvyn ale sekä psykologinen ja hengellinen alue koettiin heikommiksi kuin perheeseen liittyvä ja socioekonominen osa-alue.</p> <p>Tyytymättömyyttä naiset kokivat liittyen omaan ulkonäkönsä, itseensä, kumppaniinsa ja seksuaalielämänsä. Nämä asiat naiset rankkasivat kuitenkin pääasiassa vähiten tärkeiksi elämänlaadun osa-alueiksi.</p>	<p>alueet kuvattu hyvin</p> <p>+ Otoskoko sopivansuuruinen, tutkittu syövän sairastaneita</p> <p>+ Tutkimustehtäviin vastattu tavoitteiden mukaisesti</p> <p>+ Tutkijan oma tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi hyvä</p> <p>- Tieteellinen artikkeli</p>
--	--	---	---	---	---	--

