

SEKSUAALIOHJAUKSEN MERKITYS ETURAUHASSYÖPÄPOTILAALLE

Leena Vaismaa ja Maria Vartiainen

SEKSUAALIOHJAUKSEN MERKITYS ETURAUHASSYÖPÄPOTILAALLE

Leena Vaismaa ja Maria Vartiainen
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Vaismaa, Leena & Vartiainen, Maria.

Seksuaaliohjauksen merkitys eturauhassyöpäpotilaalle. Kirjallisuuskatsaus. Kevät 2014, sivut 50, liitteet 4. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää eturauhassyöpäpotilaan saamaa potilas- ja seksuaaliohjausta. Ohjauksen merkitystä on käsitelty sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta. Työn sisältö on tarkoitettu sairaanhoitajille päivittäiseen hoitotyöhön osana eturauhassyöpäpotilaan hoitoa.

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus. Aineisto koostui kahdesta englanninkielisestä artikkelista ja kahdesta suomenkielisestä artikkelista, haku rajattiin vuosiin 2005–2013. Kirjallisuuskatsauksen alussa asetettiin tutkimuskysymyksiä, joihin etsittiin tutkimusaineistoa. Opinnäytetyön aineisto haettiin Ebsco-, Pubmed-, Medic- ja Arto tietokannoista. Hakusanoina käytettiin prostate cancer, patient education ja sexual activity. Hakutulosten perusteella hyväksyttiin neljä artikkelia kirjallisuuskatsaukseen.

Potilaat odottivat ensisijaisesti hoitajilta potilaslähtöisyyttä, yksilöllisyyttä ja ammatillisuutta seksuaalisuudesta puhuttaessa. Potilaan korkea ikä ei saa olla este seksuaaliohjaukselle, se kuuluu kaiken ikäisille. Potilaat toivoivat, että seksuaalisuudesta puhuminen olisi hoitajille samanarvoista sekä yhtä luonnollista kuin muistakin terveysasioista. Potilaat toivoivat myös seksuaaliohjauksen olevan osa hoitosuunnitelmaa.

Hoitajat odottivat, että potilas tekee aloitteen seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Potilaat taas odottivat keskustelun alkavan hoitajan aloitteesta. Hoitajat kokivat seksuaalisuudesta puhumisen arkaluontoisena eivätkä he tieneet kuinka aloittaa keskustelu aiheesta.

Eturauhassyövän hoidossa käytettävillä eri hoitomuodoilla on merkittävä vaikutus potilaan seksuaaliseen toimintakykyyn ja haluun. Hoitajien on tiedettävä ja kerrottava potilaalle eri hoitomuotojen lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset.

Asiasanat: potilasohjaus, seksuaaliohjaus, eturauhassyöpä, erektiohäiriö, seksuaalisuus

ABSTRACT

Vaismaa, Leena & Vartiainen, Maria.

Sexual guidance meaning for prostate cancer patient. A literature review. Language Finnish. Spring 2014. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this study was to find out how the prostate cancer patient received patient education and sexual counseling. The importance of guidance has been treated from the point of view of the nurse and the patient. Job content is intended for nurses in daily nursing care for the patient in the treatment of prostate cancer. In our work we also discussed prostate cancer with a theoretical aspect.

The research method was a literature review. The material consisted of English and Finnish research contents, the search was limited to the years 2005-2013.

The literature research questions were set at the beginning when the research data were sought. The answers were sought in databases Ebsco, Pubmed, Medic and Arto. Prostate cancer, patient education, and sexual activity were used as search words. The literature review consisted of a total of four studies.

In the thesis, literature review results of the patients were primary waiting patient-centeredness, individuality and professionalism from the nurses when talking about sexuality. Age of the patient should not be an obstacle to sexual education. Patients hoped that talking about sexuality should have an equal value to nurses and be as natural as any other health issues. Patients also hoped that sexual counseling would be part of the treatment plan.

The nurses were waiting for the patient to take the initiative to discuss about sexuality. The patients were waiting for the nurses to discuss about sexuality. The nurses felt that talking about sexuality is a sensitive subject and they did not know how to start a conversation about the subject.

Different forms of prostate cancer treatments have a significant impact on the patient's sexual functioning and desire. Nurses need to know and the patient should be informed of different treatments for short-and long-term effects.

Keywords: patient education, sexual education, prostate cancer, erectile dysfunction, sexuality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 POTILASOHJAUS	8
2.1 Ohjauksen taustatekijät	8
2.2 Ohjaus lain näkökulmasta	10
3 SEKSUAALIOHJAUS	11
3.1 Seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet	11
3.2 Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksesta	12
3.3 Seksuaaliohjaus osana hoitajan työtä	14
3.4 Seksuaaliohjauksen mallit	15
4 SAIRAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI.....	17
5 ETURAUHASSYÖPÄ	19
6 ETURAUHASSYÖPÄHOITOJEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN.....	21
6.1 Miehen toiminnalliset häiriöt	22
6.2 Erektiohäiriö	22
6.3 Virtsainkontinenssi	23
6.4 Erektiohäiriön lääkehoito	23
7 KIRJALLISUUSKATSAUS	26
7.1 Aineiston valinta ja yleiskuvaus	27
7.2 Aineiston luotettavuus	29
8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	30
8.1 Millaisia toiveita ja odotuksia eturauhassyöpöpotilaalla on seksuaaliohjauksesta	30
8.2 Mitä hoitajan tulee tietää eturauhassyövän eri hoitomuotojen haittavaikutuksista	32
8.3 Käsityksiä, keinoja ja malleja seksuaaliohjauksesta.....	34
9 POHDINTA	36

9.1 Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohdintaa	36
9.2 Opinnäytetyön vaiheet.....	38
9.3 Ammatillinen kasvu	39
LÄHTEET.....	41
LIITE 1: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	45
LIITE 2: BETTER-malli.....	46
LIITE 3: PLISSIT-malli	47
LIITE 4: Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	48

1 JOHDANTO

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa ja yksi kymmenestä miehestä sairastuu siihen. Sitä esiintyy harvemmin alle 40-vuotiailla, mutta 55. vuoden jälkeen esiintyvyys alkaa nousta jyrkästi. Suomessa todettiin 4700 miehellä eturauhassyöpä vuonna 2010. Piilevää eturauhassyöpää esiintyy 30 prosentilla yli 50-vuotiaista ja 70 prosentilla yli 80-vuotiaista. (Tammela 2013, 252.) Yhteiskunnallisesti eturauhassyöpä on merkittävä sairaus, koska syöpähoitojen kustannukset kasvavat vuosi vuodelta. Eturauhassyövän hoidon kustannukset vaihtelevat hoitomuodon ja taudin vaiheen mukaan. Suurimmat kustannukset koostuvat lääkäripalveluista, sairaalahoidoista sekä lääkkeistä. (Alakoski 2012, 16–42.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee seksuaaliterveyden seuraavasti:

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; ei pelkästään sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden poissaoloa. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa näkökulmaa seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin, samoin kuin halutessaan mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin vapaana pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta. Jotta hyvä seksuaaliterveys voidaan saavuttaa ja ylläpitää, kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa, suojella sekä saattaa ne voimaan. (Väestöliitto 2006, 9.)

Seksuaaliterveys on osa ihmistä. Itselle hyvänä koettu seksuaalisuus sekä mahdollisuus seksuaaliterveyden hoitamiseen ovat osa miehenä elämistä. Seksuaaliterveyden ongelmat vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin kuten muutkin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat ja voivat huonontaa elämänlaatua. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 19–21).

Eturauhassyöpää sairastavilla miehillä on usein erektio-ongelmia sekä impotenssia syöpähoitojen jälkeen. Nämä ovat kuvattu syöpähoitojen pahimmiksi sivuvaikutuksiksi ja miehet ovat kokeneet menettäneensä osan miehisyytään. Tiedon tarve seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä on suurin niillä potilailla, joilla sairaus aiheuttaa toimintahäiriöitä seksuaalisuudessa.

Opinnäytetyömme on tehty kirjallisuuskatsauksena. Teoriaosuudessa sekä tuloksissa tarkastelemme seksuaalisuutta sekä seksuaaliohjauksen merkitystä potilaan ja hoitohenkilökunnan tiedontarpeet huomioiden. Opinnäytetyön keskeisinä käsitteinä käytimme: eturauhassyöpä, seksuaaliohjaus, urologia, seksuaalisuus.

Opinnäytetyömme tehdään Peijaksen sairaalan osastolle K1. Osastolla hoidetaan urologisia ja gastroenterologisia leikkauspotilaita. Osastonhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa ilmeni hoitajien tarve saada lisää sekä tutkittua että käytännön tietoa seksuaaliohjauksesta ja mitä merkitystä sillä on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta. Hoitohenkilökunta tarvitsee tietoa, milloin, millä tavalla ja mitä pitää ottaa huomioon, kun puhutaan seksuaalisuudesta eturauhassyöpäpotilaan hoidossa.

2 POTILASOHJAUS

Hoitotyössä käytetään useita käsitteitä ohjauksesta ja niiden tiedostaminen ja tunnistaminen on ongelmallista. Ohjaus on epäselvä käsite, jolle synonyymeja ovat valmennus, koulutus, tiedon antaminen ja kasvatust. Ohjauksen lähikäsitteitä ovat neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Nämä lähikäsitteet on tärkeä tunnistaa, koska julkilausumatonkin ohjaus vaikuttaa annettuun ohjaukseen. Ohjaus edistää ohjattavaa itseään elämässään ja näin hän itse määrittää ja muodostaa ohjauksen sisällön. Ohjauksessa potilas on aktiivinen pulman ratkaisija. Ohjaajan ja ohjattavan tulee kohdata tasavertaisena vuoropuhelussa, jolloin ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista. Ohjaaja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja, mutta tukee ohjattavaa päätöksenteossa. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja rakenteellisempaa, joka sisältää tiedon antamista. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

2.1 Ohjauksen taustatekijät

Ohjaus rakentuu niiden asioiden ympärille, jotka potilas kokee tärkeinä hänen terveydelleen, sairautelleen tai hyvinvoinnilleen. Ohjauksessa hoitaja on asiantuntija, jossa hänen tehtävänä on arvioida ja tunnistaa yhdessä potilaan kanssa ohjaustarpeita. Hoitajalle tuo haasteita potilaiden erilaisuus tiedon ja tuen tarpeen vuoksi. Potilaan taustatekijöiden ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi on ohjauksessa välttämätöntä selvittää hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Jos taustatekijöitä ei huomioida, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja menetelmillä. Ohjauksen sujumiseksi myös hoitajan on tiedostettava omat tunteensa, tapansa ja arvonsa, jotta hän kykenee toimimaan potilaan tilanteen edellyttämällä tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 26–27.)

Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan mm. ikää, sukupuolta, sairauden tyyppiä ja terveydentilaa, jotka vaikuttavat ohjauksen toteutukseen. Juuri diagnosoitu va-

kava sairaus voi olla ohjauksen sujumisen esteenä. Lisäksi fyysiset taustatekijät vaikuttavat kykyyn ottaa ohjausta vastaan, esimerkiksi välttelekö, unohtaako vai kieltäkö potilas niitä. Sairauden aiheuttamat tunteet ja elämän arvojen uudelleen priorisoiminen vievät luonnollisesti keskittymistä ohjaukselta. Hoitajan onkin siis tärkeää miettiä, mitä asioita ohjauksessa tulee ensisijaisesti käsitellä. Itsensä terveeksi kokevat, mutta joiden terveydentila vaatisi hoitoa, ovat ohjauksen kannalta haasteellisia potilaita. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

Psyykkisiin taustatekijöihin kuuluu potilaan käsitys omasta terveydentilasta, terveystokokemukset, -uskomukset, odotukset, mieltymykset, tarpeet sekä motivaatio ja oppimisvalmiudet. Potilaan motivaatioon ja sen syntymiseen vaikuttaa halu omaksua ja kokea ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Kummallakin, potilaalla ja hoitajalla, on oltava motivaatiota ja asennoitumista ohjauksen onnistumiseksi. Hoitajalta kaivataan aloitteellisuutta ja sensitiivisyyttä ohjauksessa, koska tiedon puute eri vaihtoehdoista vaikeuttaa heidän ratkaisujaan ja päätöksentekoaan. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Sosiaalisissa taustatekijöissä potilasta tulee ymmärtää osana hänen ympäristöönsä ja maailmankuvaansa. Sosiaalisia taustatekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan ohjaukseen, ovat kulttuuriperustaisia, uskonnollisia, etnisiä ja eettisiä. Eri arvot ja maailmankatsomus vaikuttavat ohjauksen lähestymiseen, mutta hoitajan on nähtävä potilaan lähtökohdat, jotta hän saa yksilöllistä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

Muut ympäristöön liittyvät taustatekijät voivat vaikuttaa ohjaukseen joko tuemalla tai heikentämällä sitä. Ohjauspaikan ensivaikutelma luo pohjan odotuksille. Paras tila ohjaukselle on siihen tarkoitettu tila, jossa voidaan keskittyä asiaan ilman häiriötekijöitä tai keskeytyksiä. Turvallisen ympäristön lisäksi siellä tulee olla ohjaukseen tarvittava materiaali. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

2.2 Ohjaus lain näkökulmasta

Suomessa on olemassa oppaita sekä laatukriteerejä ja – suosituksia, joilla pyritään yhtenäiseen toimintaan. Ohjauksen näkökulmasta tämä on kuitenkin ongelmallista, koska nämä oppaat ja kriteerit eivät anna ohjauksen laadusta yleisesti hyväksyttäviä kriteereitä. Ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveystuollon lainsäädännössä sekä ammattieettisissä käytänteissä. Lait eivät juuri viittaa hoitotyön ohjaukseen, vaan ne määrittelevät yleisiä perustehtäviä. (Kyngäs ym. 2007, 13, 20.)

Kansanterveyslaki on ohjauksen suhteen hieman käytännönläheisempi, koska se käsittää terveysneuvonnan. Erikoissairaanhoidonlakiin taas kuuluu lääkinnällisen kuntoutuksen yhteyteen neuvontaa sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoimintaa. Suomen perustuslaissa, kuntalaissa, kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaissa on kaikissa hyvinvointitehtävien linjauksia, jotka voidaan liittää potilastyöhön ja – kohtaamiseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tarkoittaa sitä, ettei ihmisarvoa loukata ja potilaan vakaumusta sekä yksityisyyttä kunnioitetaan. (Kyngäs ym. 2007, 14–16.)

3 SEKSUAALIOHJAUS

Seksuaaliohjauksella tarkoitetaan kaikille hoitoalan ammattilaisille kuuluvaa sekä kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa ammatillista vuorovaikutusta. Seksuaaliohjaus on tavoitteellista ja tilannekohtaista, jonka keskeisenä tavoitteena on tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden huomioon ottaminen. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 283.) Seksuaaliohjaus on yksilöllistä ja lähtee potilaan tarpeesta. Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tulee kuulua osana potilaan hoitosuunnitelmaa. Seksuaaliohjaus ehkäisee seksuaalisten ongelmien pitkittymistä ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Hautamäki-Lamminen 2012, 25.) Potilasta ei saa painostaa vastaanottamaan seksuaaliohjausta, mutta sitä ei saa jättää myöskään potilaan vastuulle vaan aloitteen pitää tulla hoitohenkilökunnalta. Laadukkaaseen ja ammatilliseen hoitotyöhön kuuluu seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94.)

Seksuaalisuus on aihe, jota työyhteisön olisi hyvä miettiä yhdessä. Miten aihe otetaan esille potilaan kanssa, mitä haasteita potilas kokee seksuaalisuudessaan sekä mitkä ovat ne työtavat, joilla aihe tuodaan esille hoitotyössä? Työpaikalla olisi hyvä olla kirjallinen suunnitelma siitä, miten asia otetaan esille, mitkä ovat työpaikan arvot sekä mihin seksuaaliohjauksella pyritään. Hoitohenkilökunnan pitää osata huomioida, miten eri sairaudet, lääkitykset ja vammat vaikuttavat seksuaalisuuteen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 68, 72–73).

3.1 Seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet

Syöpähoitojen aikana seksuaalisuuteen liittyvään tiedontarpeeseen vaikuttavat syövän hoitomuodot, syövän levinneisyys, potilaan oma aktiivisuus sekä kuinka kauan diagnoosista on kulunut. Iällä sekä koulutustaustalla on myös merkitystä. Potilailta, joilla syöpä kohdistuu sukupuolielimiin ja aiheuttaa toimintahäiriöitä seksuaalisuudessa, on suurin tarve saada tietoa seksuaalisuudesta. Etu-

rauhasyöpäpotilaat tarvitsevat tietoa eri hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja toimintakykyyn. (Hautamäki-Lamminen 2012, 40–42.)

Potilaat saavat tietoa eturauhassyövästä läheisiltä ja terveydenhuoltohenkilökunnalta. Näiden lisäksi syöpäjärjestöt, kirjat ja tiedotusvälineet ovat lähteinä tiedonhankinnassa. Potilaat ovat kiinnostuneita hakemaan itsenäisesti tietoa esimerkiksi internetistä, mutta he kokevat sieltä saadun tiedon ongelmalliseksi luotettavuuden vuoksi. Potilaat kokevat myös ristiriitaisuutta hakiessaan tietoa eri lähteistä. Hoitohenkilökunta voi omalta osaltaan vaikuttaa tähän välittämällä potilaalle tutkittua ja luotettavaa tietoa, ja arvioimaan eri lähteiden oikeellisuutta. (Rankinen 2008, 41–50.)

3.2 Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksesta

Potilaat odottavat ensisijaisesti potilaslähtöisyyttä hoitohenkilökunnalta. He haluavat, että heidät osataan huomioida yksilöinä ja heidän tunteet sekä tarpeet osataan ottaa huomioon. Potilaat kokevat, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista pitää pystyä puhumaan kaikenikäisille potilaille ja ikä ei saa vaikuttaa esimerkiksi erektiolääkkeistä puhuttaessa. Ohjauksen parhaana ajankohtana pidetään jälkitarkastusta, koska hoidon alkuvaiheessa syövästä selviytyminen on ensisijaisesti potilaiden mielessä ja seksuaalisuudesta puhuminen ei ole potilaiden tärkein huolenaihe. Potilaat toivovat jälkitarkastukseen kokonaisvaltaista hoitoa, johon seksuaalisuus kuuluu ja he odottavat hoitohenkilökunnan aloitetta puheeksi ottamisesta. Potilaat haluavat ammatillisuutta hoitohenkilökunnalta joka käsittää asiantuntemuksen, oikeanlaisen asenteen, herkkyyttä huomata potilaan tarpeet sekä hyvät vuorovaikutussuhteet. Sukupuolella tai ohjaajan ammatilla ei ole suurta merkitystä potilaalle ohjaustilanteessa. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 285.)

Sairastuneen puoliset toivovat saavansa tietoa sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen, sen yleisyyteen ja mahdolliseen ohimenevyyteen. Puolison suhtautumisella sairauteen koetaan olevan suurta merkitystä potilaan minäkuvaan sekä itsetuntoon. Puolisoille toivotaan suunnitelmallista ohjausta sekä kirjallista

että suullista tietoa sairaudesta sekä sen vaikutuksista. Puolison ohjauksen odotetaan lisäävän ymmärrystä joka lisää tuen antamista sairastuneelle. Miesten suurin pelko on menettää seksuaalinen kyky. Ohjaus kannustaa puolisoita keskustelemaan keskenään seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 286–289.)

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat voivat olla uhka parisuhteelle ja sairastunut puoliso voi kokea hylkäämisen tunnetta seksuaalisten ongelmiansa vuoksi. Parisuhteessa voi olla muutoksia seksuaalisuudessa niin, että puoliso näkee sairastuneen potilaana eikä seksuaalisena partnerina. Keskustelun välttäminen lisää seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia kuten haluttomuutta ja seksuaalisten muutosten ymmärtämistä. Parisuhdetta parantaa avoin keskustelu, tiedonsaanti ja puolison empatia sairastunutta kohtaan. Ilman parisuhdetta eläville, mutta parisuhdetta kaipaaville seksuaalisuuteen liittyvä tiedonsaanti on myös tärkeää. (Hautamäki-Lamminen 2012, 37–38.)

Tutkimusten ja hoidon aikana pitää tarjota aktiivisesti tukea sekä tietoa potilaan puolisolle. Hoitohenkilökunnan pitää kertoa avoimesti sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja suorituskykyyn. Henkilökunnan pitää antaa tietoa eikä odottaa, että potilas tai puoliso sitä pyytää. Varhaisessa vaiheessa annettu tuki ja tieto auttaa sisäistämään uuden elämänvaiheen ja kaikki energia ei mene parisuhteen puolesta pelkäämiseen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 90- 91.)

Sosiaali- ja terveysalalla oletetaan usein, että potilaat ovat heteroseksuaaleja ja elävän vastakkaisen sukupuolen kanssa. Viisi prosenttia väestöstä on suuntautunut seksuaalisesti samaan sukupuoleen. Moni ihminen elää yksin ja harrastaa seksiä vain itsensä kanssa. Ihmisen seksuaalisuudesta ei voi päätellä mitään ulkoisen olemuksen perusteella. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 80- 87). Seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuus tulee ottaa huomioon osana potilaan seksuaalista hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä. Kaikilla ihmisillä on oikeus riittäviin ja asiallisiin seksuaalisuutta koskeviin tietoihin sekä mahdollisuus saada tukea siinä ammattihenkilöltä. Ihmisten tulee saada tasa-arvoinen ja tasavertainen kohtelu sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, etni-

sestä taustasta, iästä, vammasta tai sairaudesta riippumatta. (Väestöliitto 2006, 36).

3.3 Seksuaaliohjaus osana hoitajan työtä

Hoitajan on kohdattava ensin oma seksuaalisuutensa, jotta ammatillinen kohtaaminen on mahdollista. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen hoitotyössä on kasvutilanne myös hoitotyön ammattilaiselle. Hoitajan pitää pohtia omia asenteitaan ja arvomaailmaansa ja tunnistaa ne itsessään. Hoitajalla on omia kokemuksia, tunteita sekä ajatuksia seksuaalisuudesta jotka saattavat olla erilaisia kuin potilaan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 64–67, 86.) Jos hoitaja ei tunnista omia asenteitaan, voi hän hoitaessa tai neuvoessa potilasta olla esteenä seksuaalisuuteen vaikuttavien asioiden puheeksi ottamiselle. Potilaan voi olla vaikeaa tai mahdotonta kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, jos hän huomaa hoitajan olevan jyrkästi eri mieltä tai vastustavan hänen elintapaansa.

Oman seksuaalisuuden kohtaaminen ei onnistu asioita opiskellen, hoitajan on haastettava omat arvot ja asenteet sekä niistä kannattaa keskustella muiden työntekijöiden kanssa. Asenteista esimerkiksi heteronormatiivisuutta kannattaa hoitajan tarkkailla ja välttää sen esille tuomista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 6-7.) Heteronormatiivisuus tarkoittaa ajattelumallia, jonka mukaan kaikki ovat automaattisesti heteroseksuaaleja ja ihmiset ovat joko naisia tai miehiä. Hoitajan velvollisuutena on, ettei hän elein tai katsein kerro muuta kuin mitä tarkoitus on sanoa. Hoitajan tekojen ja puheiden välillä ei saa olla ristiriitaa, koska se lisää potilaalle hämmennystä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 64–67, 86, 132.)

Keskustelun avaaminen potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä on vaikeinta hoitohenkilökunnalle. Kokeneemmat hoitajat tekevät aloitteen keskustelusta rohkeammin kuin nuoret hoitajat. Hoitohenkilökunta voi myös olettaa, etteivät potilaat pidä seksuaalisuuteen liittyviä asioita tarpeellisena varsinkaan, jos kyseessä on iäkkäämpi potilas. Hoitajat eivät aina koe seksuaaliohjausta työtehtäviinsä kuuluvaksi, ajan riittämättömäksi, tilat puutteelliseksi tai

heillä ei ole tarpeeksi tietoa aiheesta, jotta he pystyisivät keskustelemaan asiasta. Potilaat odottavat hoitohenkilökunnan aloitetta seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä, vaikka yleensä aloitteen tekee potilas. (Hautamäki-Lamminen 2012, 43–44.) Aito kohtaaminen potilaan kanssa on tärkeämpää kuin ohjaukseen käytetty aika. Ohjaus on onnistunut silloin, kun potilas tuntee itsensä turvalliseksi ja kokee tulleen kuulluksi ja nähdyksi omana itsenään. Hoitohenkilökunnan vastuulla on, että tieto on asiallista ja ymmärrettävää. Seksuaaliohjauksen liittyvässä keskustelussa on huomioitava ikä, kulttuuristausta sekä potilaan elämäkokemus. Nämä vaikuttavat siihen, minkälaisia sanoja voi käyttää ja miten suoraan asioista voi puhua. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72–80.) Diagnoosin jälkeen seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset eivät ole heti potilaan mielessä, mutta niiden merkitys korostuu ajan myötä, jos seksuaalisuus on ollut tärkeää potilaalle ennen sairastumista. Ohjauksen aloituskohta on yksilöllinen, mutta potilasta tulisi rohkaista puhumaan ongelmista ja mieltä painavista asioista silloin, kun potilas kokee asiat itselleen ajankohtaisiksi. Seksuaaliohjausta toivotaan koko henkilökunnalle kuuluvaksi sekä osaksi hoitoa. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 288.)

3.4 Seksuaaliohjauksen mallit

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille hoitoalan ammattilaisille eli lääkäreille, hoitajille ja terapeuteille, jotka toimivat terveyden- tai sairaanhoidossa. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malli (liite 1) auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ottamaan seksuaalisuuden keskustelun ja neuvonnan aiheeksi muun tutkimus- ja hoitotyön ohella. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Seksuaaliohjauksen tueksi on kehitetty myös muita erilaisia malleja. Erityisesti syöpäpotilaiden ohjaukseen on kohdistettu BETTER – malli vuonna 2004 (liite 2). Tässä mallissa nostetaan seksuaalisuus esiin potilasohjauksessa. BETTER-mallin avulla hoitohenkilökunta osoittaa kiinnostusta seksuaalisuudesta puhumiseen. Sen avulla keskitytään potilaan tilanteeseen ja kerrotaan syöpähoitojen sivuvaikutuksista. Potilaalle korostetaan, että aiheeseen voidaan palata milloin tahansa uudelleen, kun se on potilaalle ajankohtainen. (Hautamäki-Lamminen

2012, 25–26.) Malli on hyvin konkreettinen ja sitä voidaan käyttää hoitosuunnitelman pohjana. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100–101.)

PLISSIT-malli kehitettiin vuonna 1976 seksuaaliohjauksen ja neuvonnan tueksi. (liite 3). Tässä mallissa on neljä tasoa, jotka kuvaavat erilaisia lähestymistapoja käsiteltäessä seksuaalisuutta ja siihen liittyviä ongelmia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 7.) Mallin avulla voidaan ottaa seksuaalisuus esille hoitotyössä terveydenhoidon eri tasoilla. Suurin osa potilaista tulee autetuksi luvan antamisen tasolla, koska heillä on lupa kysyä seksuaalisuudesta. Potilaan tulee saada tietoa niin, että heidän seksuaalisuus ja sukupuoliuus tulee huomioiduksi. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94–96.) Terveydenhuollossa tulisi olla valmiudet antaa seksuaalineuvontaa PLISSIT -mallin kahdella ensimmäisellä tasolla. Potilaalla pitäisi olla mahdollisuus saada seksuaalineuvontaa perusterveydenhuollon piirissä sitä tarvitessaan. PLISSIT-mallin kahden ensimmäisen tason avulla voidaan ehkäistä potilaan seksuaaliongelmien syntymistä, vaikeutumista sekä kroonistumista ja sitä kautta erityispalvelujen tarvetta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 7.)

Mallin ensimmäinen taso eli luvan antaminen (P = permit) tarkoittaa sitä että, seksuaalisuus kuuluu ihmisen arkeen ja asioista on lupa puhua. Keskustelun aloitus voi tapahtua hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Keskustelun aiheita voivat olla esimerkiksi parisuhde, mitä seksuaalisuus ja rakkaus merkitsevät potilaalle. Potilaan kysymyksiin ei ole aina välttämättä vastausta, mutta hoitohenkilökunnan tulisi tietää mistä heidän tulisi hakea lisätietoa. Hoitohenkilökunta osaa tarvittaessa ohjata potilaan jatkohoitoon. Toinen taso eli kohdennetun tiedon taso (L= Limited information) korostaa hoitohenkilökuntaa kertomaan konkreettisesti potilaalle sairauden ja lääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on korjata mahdollisia väärinkäsityksiä syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen liittyen. Jokainen potilas huomioidaan yksilönä erilaisine tiedontarpeineen. Potilaan on ensin annettava lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ennen kuin voidaan siirtyä tasolle kaksi. Tasot on käsiteltävä järjestyksessä. Tasot yksi ja kaksi ovat neuvontaa ja ne voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 99–100.) Tasot kolme ja neljä eli erityisohjeiden taso ja intensiivinen terapia (SS= Specific suggestions

ja IT = Intensive therapy) kuuluvat erikoissairaanhoidon. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 7).

4 SAIRAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI

Eturauhassyöpää sairastava potilas kohtaa syöpään liittyviä pelkoja. Pelko on sairauteen ja hoitoihin liittyvää kärsimystä, kipua ja pelkoa muiden avun varaan joutumisesta. Pelkoa herättävät myös sairastumista seuraavat muutokset omanarvontunnon ylläpidon kannalta tärkeissä rooleissa, sairauteen liittyvät heikkomuuden ja häpeän tunteet sekä pelko yksin jäämisestä. Sairastumiseen liittyvän kriisin käsittely jää paikoilleen, jos mieli ei pysty työstämään muutosta. (Idman 2010, 87.) Sairastuttuaan potilas joutuu kohtaamaan sen tosiasian, että elämä on haurasta ja sitä ei pysty hallitsemaan, ja monet potilaat miettivät elämän tarkoitusta. (Eho 2009, 35.)

Noin joka kolmas syöpäpotilas kärsii toimintakykyä heikentävästä psyykkisestä oireilusta, joka on tyypillisimmin sekamuotoista masennus- ja ahdistusoireilua sekä vireystilan muutoksia, unihäiriöitä tai ylivilittyneisyyttä. Masennustunteukset ovat hyvin yleisiä, mutta varsinaisesta masennussairaudesta kärsii noin joka viides eturauhasen syöpää sairastava mies jossakin sairauden vaiheessa. (Idman 2010, 87.) Kriisin kulku ja sen käsittely on yksilöllistä ja kriisin eri vaiheissa voi olla päällekkäisyyksiä. Kriisissä auttaminen lähtee potilaan sen hetkistä tarpeista. (Kiiltomäki & Muma 2007, 15).

Kriisissä erotetaan neljä eri vaihetta: sokki-, reaktio-, työstämis- ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Ensireaktio sairastuessa tai diagnoosin kuullessa on yleensä sokki tai asian kieltäminen itseltään. Sokkitilassa potilas on järkyttynyt ja hänen on vaikeaa ymmärtää tilannetta. Jotkut potilaat haluavat puhua tilanteestaan, jotkut haluavat itsekseen miettiä asioita. (Eho 2009, 27.) Kriisin alkuvaiheessa korostuu psyykkinen ja henkinen auttaminen, potilaalle pitäisi pyrkiä luomaan turvallisuuden tunne. Turvallisuuden tunne syntyy keskustelujen ja

läsnäolon kautta huomioiden potilaan yksilöllisyys ja hänen reagoitinsa saamaansa tietoon. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16.) Reaktiovaiheessa erilaiset tunteet ottavat vallan. Itku, suru, syyllisyys, viha sekä epätoivo vaihtelevat. Syyttäminen on suojausmekanismi, jolla potilas suojaa itseään vaikeilta tunteilta. Arvaamattomuus ja elämän hauraus nostaa vihan ja katkeruuden tunteita pinnalle. (Eho 2009, 28–29.) Reaktiovaiheessa potilas on päässyt alkuun kriisin käsittelyssä ja pystyy kohtaamaan todellisuuden. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18.) Työstämisen vaiheessa potilas pystyy käsittelemään asioita mielessään ja hän saattaa toistaa tapahtunutta sekä hänellä on tarve puhua asioista. Tässä vaiheessa kuunteleminen ja tukeminen ovat tärkeitä, koska potilaalla on tarve puhua ääneen tunteistaan. (Eho 2009, 29–30.) Uudelleen suuntautumisen vaiheessa potilas alkaa sopeutua muutoksiin, joita sairastuminen on tuonut hänen elämäänsä. Hän pystyy ajattelemaan, että sairaus on osa hänen elämäänsä. Potilas pystyy löytämään keinot selviytyäkseen sairauden tuomien mahdollisten muutosten kanssa sekä hän pystyy suunnittelemaan ja ajattelemaan tulevaisuutta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 20.)

5 ETURAUHASSYÖPÄ

Eturauhanen (prostata) sijaitsee virtsarakon alapuolella ja ympäröi virtsaputken alkuosaa. Sen toiminta on hormonien ja autonomisen hermoston säätelemää. (Nurmi 2011.) Eturauhasen eritteessä on runsaasti hapanta fosfataasia (PSA), jota vapautuu verenkiertoon eturauhassyövässä. (Kärnä 2012,13). Eturauhassyövän syntyminen on riippuvainen androgeeneistä. Androgeenit stimuloivat eturauhasessa solujen jakautumista ja epiteelisolujen erilaistumista. Tasapaino muuttuu syövän syntyessä ja androgeenit lisäävät solujakautumista ja erilaistumisvaikutus estyy. (Visakorpi 2013, 4–6.)

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä Suomessa. Sitä esiintyy harvemmin alle 40-vuotiailla, mutta 55. vuoden jälkeen esiintyvyys alkaa nousta jyrkästi. Ikä on eturauhassyövän selkeä riskitekijä. Keskimääräinen sairastumisikä on 71 vuotta. Suomessa yksi kymmenestä miehestä sairastuu eturauhassyöpään. Vuonna 2010 Suomessa todettiin eturauhassyöpä 4700 miehellä. (Tammela 2013 a, 252.) Riskitekijöinä ovat lihavuus, runsas rasvan käyttö, tupakointi, beetakaroteeni, tulehdukselliset sairaudet sekä D-vitamiiniarvon alhaisuus. Alkoholiilla eikä fyysisellä aktiivisuudella ole tutkimusten mukaan merkitystä eturauhassyövän ehkäisyssä eikä synnyssä. (Käypä hoito 2007.)

Eturauhassyövän oireet ovat samankaltaisia kuin eturauhasen hyvänlaatuisessa liikakasvussa. Oireet johtuvat virtsan kerääntymisestä rakkoon ja rakon tyhjentymisen ongelmista. Virtsan kerääntymisongelmat ilmenevät tihentyneenä virtsaamistarpeena ja tästä aiheutuneina yöherätyksinä, virtsaamispakkona ja virtsanpidätyskyvyn häiriöinä. Tyhjennysoireena tyypillisin on virtsantulon viipyminen ja suihkun heikentyminen. (Saarelma 2013.) Metastaaseista johtuvat oireet, kuten luustokivut erityisesti kylkiluissa ja selkärangassa voivat olla oireita. Verivirtsaisuus tai verinen siemenneste ovat harvinaisia oireita eturauhassyövässä. (Tammela 2013b.)

Eturauhassyöpä on hyvin heterogeeninen eli epäyhtenäinen tauti. Se voi olla täysin merkityksetön tai tappava. Tämä tekee eturauhassyövän hoidon haas-

teelliseksi (Mirtti & Rannikko 2013.) Hoitovalintaan vaikuttavat potilaan ikä, muut sairaudet sekä yleiskunto. (Tammela 2013a, 255–256.) Eturauhassyöpäpotilaat kuuluvat usein pitkäaikaiseen seurantaan riippumatta hoitomuodosta. Eturauhassyöpä vaatii seurantaa, koska tauti voi radikaalitavoitteisen hoidon jälkeenkin uusiutua yli 20 prosentille potilaista. (Marttila & Leppilähti 2012.) Paikallisen eturauhassyövän hoitomahdollisuutena ovat pelkkä seuranta, aktiivinen seuranta, radikaalinen leikkaus, radikaalinen ulkoinen sädehoito, kudoksen sisäinen sädehoito sekä jäädytys hoito. Päätös tehdään yhdessä potilaan, omaisten ja urologin kanssa. (Tammela 2013a, 255.) Paikallisesti levinneen ja erityisesti metastasoituneen eturauhassyövän ennuste on edelleen huono ja sen hoito vaativaa. Metastasoituneen eturauhassyövän hoidossa avainasemassa on ollut vuosikymmeniä androgeeni vaikutuksen esto. (Kellokumpu-Lehtinen & Tammela 2013b.) Hoitomuotoina ovat esimerkiksi kirurginen tai kemiallinen kastratio (Tammela 2013a, 258–259).

6 ETURAUHASSYÖPÄHOITOJEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN

Seksuaalisuuden ja seksin merkitys vaihtelee yksilöllisesti. Joillekin ne ovat tärkeitä asioita ja osa ihmisen persoonallisuutta eri elämäntilanteissa sekä ikävaiheissa. Parhaimmillaan seksuaalisuus on voimavara ja pahimmillaan tuskan aiheuttaja. Eturauhassyöpään sairastuvat ovat enimmäkseen iäkkäitä henkilöitä, mutta seksuaalisuudella, seksillä ja erotiikalla voi olla suuri merkitys heille. (Syöpäjärjestöt i.a.)

Syöpään sairastuminen voi vaikuttaa seksuaalisuuteen kokonaisvaltaisesti ja hoitomuodot, kuten hormoni- tai kirurgiset toimenpiteet saattavat vaikuttaa pitkään hoitojen loppumisen jälkeenkin. Näitä ovat seksuaalinen haluttomuus ja toiminnalliset ongelmat. Eturauhassyöpään hoitomuodoilla voi olla pysyviä vaikutuksia miehen seksuaalisuuteen. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 283.) Sairastuessa käsitys omasta kehon kuvasta usein muuttuu. Sairaus ei välttämättä näy ulospäin, mutta tietoisuus siitä saattaa muuttaa suhtautumista omaan seksuaalisuuteen ja potilas ei ehkä koe itseään ehjäksi. Eturauhassyöpäpotilaat kokevat, että heidän miehisyys on vähentynyt ja miehisyys he liittävät kyvykkyydeksi sukupuoliyhdyntään. (Hautamäki-Lamminen 2012, 30–32.)

Seksuaalinen halu on hyvin moninainen asia, joka rakentuu psyykkisistä, sosiaalisista, kulttuurisista, emotionaalisista ja hormonaalisista tekijöistä. Kaikille ihmisille seksuaalisen haluttomuuden kokeminen ei aiheuta haittaa, ja he eivät koe tarvetta hakea apua tilanteeseen. Tämä voi osin johtua tyytyväisyydestä parisuhteen tilanteeseen, jos kumppanin halukkuus on yhtä vähäistä tai heillä on riittävästi läheisyyttä keskenään. (Väisälä 2011.) Sairastuneen kaikki voimavarat niin fyysisesti kuin psyykkisestikin menevät syöpähoitoihin, jolloin hänellä ei ole voimavaroja rakentaa uutta minäkuvaa. Rikkonaisen minäkuvan vuoksi haluttomuus on normaali ja ymmärrettävä seuraus. Haluttomuus on psyykkistä, johon liittyy erilaisia tunteita ja kriisiä. (Syöpäjärjestöt i.a.)

6.1 Miehen toiminnalliset häiriöt

Toiminnallisella häiriöllä tai ongelmalla tarkoitetaan erilaisia seksuaaliseen toimintaa ja sen toteuttamiseen liittyviä vaikeuksia, jotka voivat olla ohimeneviä tai pysyviä. Toiminnalliset häiriöt ja ongelmat voivat johtua psyykkisistä tai fyysisistä syistä. Psyykkisiä syitä voivat olla haluttomuus, pelko, sairauden aiheuttama kriisi tai tunteet. Fyysisiä syitä voivat olla hermovaurio tai verenkierron häiriö. Hoidollisia syitä voivat olla hormonihoito tai muu lääkitys. Hoitojakson aikana ja sen jälkeen toiminnallisia ongelmia aiheuttavat leikkauksesta toipuminen, haa-vakipu, syöpälääkitys, sädehoito, pahoinvointi, kriisi, haluttomuus ja muut yksilölliset kokemukset. Pitkäkestoisia vaikutuksia tai jopa pysyviä muutoksia voi aiheuttaa hormonihoito, hermovauriot, haluttomuus, elimistön pysyvät toiminnalliset muutokset ja muut yksilölliset syyt. (Rosenberg a.)

6.2 Erektiohäiriö

Erektiohäiriöstä puhutaan, kun mies ei kykene saavuttamaan tai ylläpitämään riittävän vahvaa erektiota eli siittimen kovettumista onnistuneen yhdynnän kannalta. (Huttunen 2013.) Ikääntyessä jokainen mies joutuu jollain tasolla kohtaamaan erektiohäiriön. Erektio koetaan jonkinlaisena miehisyyden mittarina ja miehelle todella tärkeänä asiana. On siis itsestään selvää, että erektiohäiriöt ahdistavat miestä. Erektiohäiriöihin liittyvät pelot, tunteet ja suru ovat luonnollisia ja ymmärrettäviä asioita, ja olisikin tärkeää pystyä puhumaan näistä tunteista jonkun kanssa. (Rosenberg b.)

Erektiokyvyttömyyttä sairauden yhteydessä voivat aiheuttaa stressi, pelot, hormonihoitot, solunsalpaajahoidot sekä sädehoidot. Urologiset leikkaukset voivat aiheuttaa hermovaurioita, joista voi seurata erektiokyvyttömyyttä, yhdyntään riittämätöntä erektiota tai eriasteisia tuntuu-putoksia. Erektiohäiriöt ovat kuitenkin yksilöllisiä: se mikä toisella johtaa kyvyttömyyteen, voi toisella olla vaikuttamatta lainkaan. Erektion hoitoon on saatavilla monia eri lääkevaihtoehtoja, joista useimmat potilaat saavat apua. (Rosenberg a.)

6.3 Virtsainkontinenssi

Radikaalisen prostatektomian haittavaikutuksena voi olla virtsan karkailua eli virtsainkontinenssia. Virtsainkontinenssissa virtsa karkailee tahattomasti, joka aiheuttaa sosiaalista ja hygieenistä haittaa. Inkontinenssityyppejä voi olla ponnistus- tai pakkoinkontinenssi ja molemmat voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Virtsan jälkitiputtelu on myös virtsainkontinenssia. (Pahlama 2012.)

Tahattomasti karkaavaan virtsaan on olemassa apuvälineitä. Virtsa-apuvälineiden oikeanlaisella valinnalla voidaan vähentää virtsankarkailun aiheuttamaa sosiaalista ja hygieenistä haittaa. Virtsa-apuvälineitä voivat olla vaipat, tippasuojat tai kondomiurinaali (kondomin ja virtsapussin yhdistelmä), joka on ns. itseliimautuva kondomi. Kondomi kiinnitetään penikseen liimanauhalla tai liimalla johon yhdistetään virtsa-pussi, joka kiinnitetään reiteen tai sääreen. (Ahopelto 2010.)

6.4 Erektiohäiriön lääkehoito

Erektiohäiriön hoito on nykyään helppoa tehokkaiden suun kautta otettavien lääkkeiden ansiosta. Erektiohäiriöiden lääkehoito on kehittynyt 10 vuodessa merkittävästi. Hyvin usea potilas saa avun erektio-ongelmiinsa lääkehoidon avulla. Yhä useammin ja selkeämmin esille on tullut erektiohäiriöiden merkitys elämänlaatua heikentävänä tekijänä.

Seuraavassa taulukossa on kerrottu yleisimmät lääkkeet erektiohäiriöiden hoidossa. Lääkkeistä on kerrottu vaikuttavan aineen nimellä sekä suluissa on lääkkeen yleisin kauppanimi.

TAULUKKO Erektiohäiriöiden lääkehoito (Piha 2003.)

<p>PDE5-entsyymien estäjät</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erektiota parantava vaikutus perustuu verisuonten sileän lihaksiston relaksaatioon peniksen paisuvaiskudoksessa. • erektiota parantava vaikutus vaatii seksuaalisen halun ja kiihotuksen. • ehdoton vasta-aihe käytölle on nitrovalmisteiden samanaikainen käyttö. Tämä johtuu siitä, että PDE5:n estäjät voivat vaarallisessa määrin voimistaa nitrovalmisteiden verenpainetta laskevaa vaikutusta.
<p>Sildenafilfiili (Viagra®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ensimmäinen suun kautta otettava erektiolääke, jolla oli tieteellisesti todistettu teho • 70–90 % potilaista saa apua • radikaalin prostatektomian jälkeen noin 40 % potilaista saa apua erektioonsa • molemminpuolisen hermoratoja säästävän leikkauksen jälkeen apua saa jopa 70 % potilaista • ei-säästävän leikkauksen jälkeen vain 15 % • kliininen vaikutus alkaa yleensä noin tunnissa ja vaikutus kestää ainakin 3-5 tuntia
<p>Tadalafilfiili (Cialis®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • selektiivinen PDE5:n estäjä • nopea vaikutuksen alku ja pitkä vaikutusaika, jossa puoliintumisaika on 17,5 tuntia ja vaikutus kestää ainakin 36 tuntia • pitkästä puoliintumisajasta huolimatta haittavaikutusten huippu on noin kahden tunnin kuluttua lääkkeen ottamisesta, jonka jälkeen haittavaikutukset lievenevät • radikaalin prostatektomian jälkeen yhdyntä onnistui 48 %:lla ja erektio kesti riittävän kauan 34 %:lla • lääke asetetaan kielen alle, josta se imeytyy erit-

<p>Vardenafiili (Levitra®)</p> <p>Alprostadiili (Caverject®, Alprostadil®)</p>	<p>täin nopeasti verenkiertoon</p> <ul style="list-style-type: none"> • huippupitoisuus saavutetaan 40–60 minuutissa • vaikuttaa erektion syntyyn keskushermoston kautta • etu on se, että sillä ei ole haitallisia yhteisvaikutuksia nitrovalmisteiden kanssa • huono puoli on se, että sen teho on selvästi huonompi kuin PDE5:n estäjien erektiohäiriöissä <ul style="list-style-type: none"> • Pistoshoito • vaikuttava aine alprostadiili • pistetään ohuella neulalla peniksen paisuvaiskudokseen mieluiten käyttäen ns. potenssikynää • saa aikaan valtimoiden laajenemisen ja verenkierron voimakkaan, tahdosta riippumattoman lisääntymisen ja virtauksen • 70–90 % potilaista saa merkittävää apua erektioonsa • paisuvaiskudoksen arpeutumiskin vuoksi max 3 x /viikko • lääkkeellä aikaansaatu erektio kestää yleensä 30–60 minuuttia • Sivuvaikutuksista tärkeimmät ovat peniskipu ja pitkittänyt erektio.
---	--

Erektiohäiriölääkkeet eivät ole yleensä sairausvakuutuskorvauksen piirissä. Korvattavuuteen tarvitaan hoitavan lääkärin tai urologin lausunto. Peruskorvauksen voivat saada lähinnä potilaat, joilla on eturauhassyövän vuoksi tehty eturauhasen täydellinen poisto. Peruskorvattavuutta eivät voi saada esimerkiksi potilaat, joilla on eturauhasen liikakasvuun liittyvä erektiohäiriö. (Piha 2003.)

7 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on löytää oleellinen tieto tutkimuskysymyksiin tietokantojen avulla. Kun arvioitavat tutkimuskysymykset on määritelty, niin vuorossa on tutkimusaiheita käsittelevän kirjallisuuden hakeminen. Kirjallisuushaku onnistuu parhaiten, kun sen hakukysymykset on määritelty ja rajattu tarkasti. Haun rajauksen lisäksi on tärkeää ymmärtää, millaisia tutkimuksia siinä tulisi löytää sekä painottaa tiedonhaun järjestelmällisyyttä ja toistettavuutta. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 46–48.)

Tutkimussuunnitelman huolellinen laatiminen auttaa hahmottamaan opinnäytetyön kokonaisuuden tuoden tavoitteellisuutta työskentelyyn. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65). Tutkimussuunnitelman työvaiheet etenevät järjestelmällisesti. Ensin on oltava tutkimuskysymys, johon etsitään vastausta. Sitten on aineiston kerääminen, joka kirjallisuuskatsauksessa tarkoittaa jo julkaistun aineiston hankintaa. Selkeiden linjojen ja päämäärien avulla edetään opinnäytetyössä kohti valmista työtä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003b, 160.)

Kun tutkimuskysymys on muodostunut aloitetaan aineiston kerääminen keskeisten käytettävissä olevien terveystieteiden tietokannoista. Hakutuloksista kerätään hyväksytyt sekä hylätyt tieto ja havainnot kirjataan. Hyväksytyt aineistot käytetään myöhemmin opinnäytetyön tietolähteinä. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 49.)

Haimme tietoa eturauhassyöpäpotilaan seksuaaliohjauksesta kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla halusimme tietää eturauhassyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen tarpeen ja sen toteutumisen hoitotyössä. Halusimme myös selvittää hoitohenkilökunnan valmiudet ohjata eturauhassyöpäpotilasta tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimustiedon perusteella.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Millaisia toiveita eturauhassyöpäpotilaalla on seksuaaliohjauksesta?
- Mikä merkitys seksuaaliohjauksella on eturauhassyöpäpotilaalle?
- Mitä hoitajilta edellytetään seksuaaliohjauksessa?

7.1 Aineiston valinta ja yleiskuvaus

Käytimme suomen- ja englanninkielisiä tietokantoja aineiston hankinnassa, koska ne mahdollistivat haun monipuolisuuden samoja hakusanoja käyttäen. Hakusanat olivat: prostate cancer, patient education ja sexual activity. (Taulukko 1.) Aineistohaut rajattiin vuosina 2005–2013 julkaistuihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Valitsimme Arto ja Medic tietokannat opinnäytetyöhön sen vuoksi, että löytäisimme laadukkaita suomenkielisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Englanninkielisinä tietokantoina käytimme Ebscoa ja Pubmedia niiden laadukkuuden ja laajuuden vuoksi.

TAULUKKO 1. Kirjallisuushakujen tulokset tietokannoittain

Tietokannat	Hakusanat	Hakutulokset tietokannoittain
Ebsco	prostate cancer, patient education & sexual activity	143
Pubmed		9
Medic		2
Arto		0
yhteensä		154

Hylkäyssyyt otsikkovaiheessa olivat maantieteellinen sijainti, koska halusimme kohdistaa tutkimuksia länsimaiseen hoitokulttuuriin väestön samankaltaisuuksien vuoksi. Tiivistelmän perusteella hylkäyssyynä olivat aiheet, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiämme. (Taulukko 2.) Koko tekstin lukemisen jälkeen hylättiin tutkimukset, jotka painottuivat oleellisesti muihin sairauksiin kuin eturauhassyöpään ja sen vaikutuksiin seksuaalisesti. Koko tekstin perusteella hyväksyimme neljä aineistoa opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaukseen. (Taulukko 3).

TAULUKKO 2. Otsikoiden ja tiivistelmien perusteella hyväksytyt ja hylätyt

Tietokanta	Otsikoiden perusteella hyväksytyt	Otsikoiden perusteella hylätyt	Tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Tiivistelmän perusteella hylätyt
Ebsco	28	115	12	16
Pubmed	7	2	2	5
Medic	2	0	2	0
Arto	0	0	0	0
yhteensä	37	117	16	21

TAULUKKO 3. Koko tekstin perusteella hyväksytyt ja hylätyt

Tietokanta	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hylätyt
Ebsco	2	10
Pubmed	0	1
Medic	2	0
Arto	0	0
yhteensä	4	11

Tutkimusaineisto koostui neljästä hoitotieteen artikkeleista (LIITE 4.), joista kaksi oli suomenkielisiä ja kaksi englanninkielisiä. Käytimme opinnäytetyössämme Hautamäki-Lamminen ym. hoitotieteen artikkelia teoriaosuudessa.

7.2 Aineiston luotettavuus

Kerätyn aineiston luotettavuutta pyritään arvioimaan kriittisesti ja pyritään välttämään virheitä, mutta aineiston luotettavuus ja pätevyys voivat silti vaihdella. On siis tärkeää tietää, millaisia lähteitä käyttää. Luotettavuutta lisää tekijän tarkka selostus työstään sekä aineiston selkeä ja totuudenmukainen kerronta. Eettisyys kulkee aineiston mukana siten, että se ohjaa samalla hyvään sisältöön. Eettisyyteen liittyvät ongelmat voivat olla alkuperäisaineiston sisällön vääristyminen ja aineiston asenteellinen tulkitseminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009a, 231–232; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Pätevyys eli validiteetti toteutuu, jos aineistoa tutkimalla saadaan tietoa tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä. Pätevyyttä lisää monipuolinen aineiston keruu ja jatkuvan vertailun käyttö työprosessin aikana.

Reliabiliteetti eli luotettavuus ilmenee työprosessin toteuttamisessa. Aineiston luotettavuus sisältyy pätevyteen. Luotettavuuden tarkastelussa arvioidaan, miten tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymyksiä ja vastaavatko tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003b, 213.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisätään uskottavuudella, joka tarkoittaa sitä, että lukija ymmärtää kuinka analyysi on tehty ja hän ymmärtää työn heikkoudet ja vahvuudet. Myös työn laatijan on luotettavuuden vuoksi tarkasteltava käsityksiään ja tulkintaansa aineistojen sisällöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tulosten tarkoitus on kertoa sanallisesti ja selkeästi tutkittavasta ilmiöstä. Jo työn alussa kerätyn aineiston ydinasia on analysoida ja tulkita tekstiä. Tuloksia tarkastellessa selviää, minkälaisia vastauksia saadaan tutkimuskysymykseen. Tuloksien tarkastelulla pyritään tekemään yhtenäinen ja selkeä katsaus tutkittavasta aineistosta. Aineisto pyritään kirjoittamaan selkeästi, luotettavasti ja johdonmukaisesti kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tuloksien käsittely perustuu tulkintaan, jossa aluksi tieto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan ehjäksi kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuskysymykseen. (Hirsjärvi ym. 2009 a, 221; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Kirjallisuuskatsauksen tuloksien taulukko löytyy liitteenä 4.

8.1 Millaisia toiveita ja odotuksia eturauhassyöpäpotilaalla on seksuaaliohjauksesta

Potilaan saadessa syöpädiagnoosin oli seksuaalisuudella vähän merkitystä. Potilaan päällimmäisenä ajatuksena oli selviytyminen syövästä. Syöpähoitojen jälkeen seksuaaliterveyden merkitys korostui jälleen varsinkin, jos seksuaalisuus oli ollut potilaalle tärkeää ennen sairastumista. Parhaana ajankohtana seksuaaliohjaukselle he pitivät jälkitarkastusta. Potilaille oli tärkeää tietää, että heillä oli mahdollisuus puhua seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnan kanssa niin halutessaan. He toivoivat, että seksuaaliohjaus olisi osa hoitosuunnitelmaa ja koko hoitohenkilökunnalle kuuluvaa. Potilaat toivovat, että seksuaalisuudesta puhuminen olisi hoitajille yhtä luonnollista kuin muistakin terveysasioista. (Sourhard & Keller 2009; Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013; Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

Naisilla ja miehillä seksuaaliohjaukseen liittyvät odotukset erosivat toisistaan. Naiset odottivat keskustelua sairauden sekä hoitojen aiheuttamista tunteista. Erektiohäiriöt heikensivät miesten itsetuntoa ja minäkuvaa ja he odottivat tietoa siihen liittyvistä hoitovaihtoehdoista. Miehet toivoivat, että erektiohäiriöiden hoi-

to-ohjaus olisi osa suunnitelmallista hoitoa. (Sourhard & Keller 2009; Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013; Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

Sourhard & Keller (2009) artikkeli pohjautui kyselytutkimukseen, jossa kysyttiin potilailta kuinka tärkeää seksuaalisuudesta puhuminen on. Potilaista 7 (N=52) vastasi keskustelujen olevan erittäin tärkeää ja 11 (N=52) vastasi sen olevan tärkeää. Potilaista 20 (N=52) ei kokenut seksuaalisuudesta keskustelun olevan tärkeää. Kyselytutkimuksessa oli potilaita pyydetty määrittelemään seksuaalisuus valmiiden määritelmien avulla, joita oli 15. Sekä miehet että naiset vastasivat rakkauden olevan yhteydessä seksuaalisuuteen. Potilaat kokivat rakkauksella olevan suora yhteys ihmissuhteeseen ja intimitettiin. Miehet ja naiset määrittivät seksuaalisuuden yhdyntäksi. Seksuaalinen halukkuus, kiihottuminen ja orgasmin saavuttaminen koettiin tärkeäksi kaikkien vastaajien kesken.

Potilaat kokivat hoitajien olevan kiireisiä ja sen vuoksi heitä oli vaikea lähestyä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Epämukavuus ja tiedon puute seksuaaliohjauksesta vaikuttivat potilaan kykyyn palata arkielämään diagnoosin jälkeen. Potilaat kokivat seksuaalisuuden sensitiivisenä aiheena, josta toivottiin puhuttavan yksityisesti, luottamuksellisesti ja tuomitsematta hoitajan kanssa. Potilaat toivoivat, että hoitajat järjestäisivät aikaa seksuaalisuuteen liittyvään keskusteluun. Potilaat toivoivat, että hoitaja olisi puhunut heidän kanssaan seksuaalisuuteen liittyvistä fyysisistä muutoksista, kuten hoitoihin, toiminta- ja erektiohäiriöihin sekä seksuaaliseen halukkuuteen liittyen. Potilaille oli tärkeää, että hoitajat tiesivät mistä puhuivat, olivat empaattisia, mutta eivät holhoavia. (Sourhard & Keller 2009.)

Potilaat odottivat seksuaaliohjauksen sisältävän myönteisen minäkuvan vahvistamisen, surutyön sallimisen, puolison ohjauksen sekä vertaistuen. Potilaat kokivat, että sairastumisella voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia parisuhteeseen. Syöpäpotilaan seksuaaliseen eheytymiseen vaikutti merkittävästi puolison suhtautuminen, vertaistuki ja terveydenhoitohenkilökunta. Seksuaalisuuteen liittyvät toiminnalliset ongelmat voivat heikentää parisuhdetta, jos puoliset eivät keskustele niistä avoimesti keskenään. Potilaat toivoivat, että puoliset saisivat lisää

tietoa sairastuneen seksuaalisuudesta. Puolisoille toivottiin omaa kirjallista opasta, suunnitelmallista ohjausta, tosiasioiden ja odotettavien ongelmien keskon esiin tuomista. Tärkeänä pidettiin myös potilaan mahdollisuutta valita, ottaako hän puolison mukaan seksuaaliohjaukseen. Potilaat pitivät tärkeänä, että heille kerrottaisiin jo sairaalassaolon aikana mahdollisuudesta löytää vertaistukea. Vertaistuen avulla potilaan ymmärrys ja näkökulma sairauteen laajentuivat. (Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

Hoitajilta odotettiin ennen kaikkea ammatillisuutta. Ammatillisuutta kuvattiin seuraavilla määritelmillä: asiantuntemus, hyvät vuorovaikutustaidot, oikea asenne ja luonnollinen lähestyminen. Hoitajilta toivottiin herkkyyttä havaita potilaan keskustelun tarve. Ammatilla tai sukupuolella ei koettu olevan paljoa merkitystä seksuaalisuudesta keskusteltaessa. Lääkäreiltä haluttiin asiantietoa ja hoitajien kanssa haluttiin keskustella tunneasioista. Potilaiden mielestä hoitajien tulisi tehdä aloite keskusteluun sekä rohkaista heitä puhumaan seksuaalisuudesta, koska he eivät ole aina siihen riittävän rohkeita. Potilaat odottivat konkreettisia tietoja syöpäsairaudesta ja sen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Potilaat toivoivat, että jo alkuvaiheessa saatuaan syöpädiagnoosin ja ennen hoitojen aloittamista heille kerrottaisiin hoitojen mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Hoitajien tulisi nähdä, hyväksyä ja antaa mahdollisuus potilaille kielteisten tunteiden ilmaisemiseen. (Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

8.2 Mitä hoitajan tulee tietää eturauhassyövän eri hoitomuotojen haittavaikutuksista

Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa (2013) artikkelissa, joka pohjautui valtakunnalliseen kyselytutkimukseen eri eturauhassyöpähoitojen haittavaikutuksia sekä potilastyytyväisyyttä kokonaisvaltaisessa hoidossa. Eturauhassyövän hoitoja kehitetään jatkuvasti, mutta silti nykyiset hoidot aiheuttavat edelleen merkittäviä haittoja. Vastanneiden kesken eri hoitomuotojen haittavaikutusten merkitys vaihtelee. Hoitojen jälkeiset oireet haittasivat vastanneiden elämää ja huononsi-

vat tyytyväisyyttä elämänlaatuun. Koettu haitta heikensi elämän laatua enemmän kuin oireiden määrä.

Terveydenhoitohenkilökunnan pitäisi tietää hoitojen lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset ja kertoa niistä eturauhassyöpää sairastaville. (Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010).

Sourhard & Keller (2009) artikkelissa käsiteltiin hoitajien tietomäärän vähäisyyttä syövän eri hoitomuotojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen. Hoitajat tiesivät, että seksuaalisuus on osa kokonaisvaltaista hoitoa, mutta harvemmin he ottivat sen esille potilaan kanssa. Kyselytutkimuksessa kysyttiin onko hoitaja tai lääkäri keskustellut seksuaalisuudesta potilaan kanssa hoidon aikana tai jälkitarkastuksessa. Vastanneista yhdeksälle potilaalle hoitaja oli puhunut (N=52). Lääkäri oli puhunut kahdentoista potilaan kanssa (N=52).

Tässä artikkelissa oli tutkittu eturauhasen poistoleikkauksen, ulkoisen ja sisäisen sädehoidon sekä hormonihoitoon haittavaikutusten esiintymistä, niiden voimakkuutta ja kuinka potilaat kokivat haitat. Vastanneille lähetetyssä kyselylomakkeessa oli kysytty haittojen ilmaantumisesta milloin tahansa hoitojen aikana ja sen jälkeen. Haitat ryhmiteltiin virtsa-oireisiin, sukupuolielämän ongelmiin sekä hormonihoitoon aiheuttamiin yleisoireisiin. Virtsa-oireita kysyttiin leikkaus- ja sädehoitoa saaneilta. Sukupuolielämän ongelmista kysyttiin leikkaus-, säde- ja hormonihoitoa saaneilta. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013.)

Leikkaus- ja sädehoito aiheuttivat virtsaoireita. Ne koettiin elämää haittaaviksi ja ne aiheuttivat suurimmalle osalle vastaajista ainakin vähäisiä hajuhaittoja. Lähes 10 % vastanneista ilmoitti virtsaoireiden haitanneen paljon elämää. Leikkaushoito aiheutti useimmille virtsankarkailua. Yli vuoden kestänyttä virtsankarkailua oli jatkunut kolmanneksella leikkauksen jälkeen. 40 %:lla vastaajista virtsankarkailu oli kestänyt tavallisimmin alle kolme kuukautta. Sädehoitoa saaneista yli puolet eivät raportoineet virtsankarkailu lainkaan. Ulkoisen sädehoidon jälkeen virtsankarkailu alkoi myöhäishaittana 51 %:lla vastaajista. Ulkoisen sädehoidon saaneista alle 42 % virtsankarkailu oli jatkunut yli vuoden. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013.)

Potilaat arvioivat kyselyssä, että hoidot vaikuttivat sukupuolielämään paljon (34–61%) hoidosta riippumatta. Ikä vähensi vaikutusta seksuaaliseen toimintakykyyn ja sen merkitykseen, iältään nuoremmat vastaajat kokivat toimintakykyyn vaikuttavat haitat suurempina. Kyselytutkimuksessa potenssihäiriöt oli määritelty seksuaalisena halukkuutena, seksuaalisena kykynä tai molempien menetyksenä. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013.)

Leikkaushoito aiheutti potenssihäiriöitä 92 %:lle vastaajista. Leikkaushoito oli poistanut seksuaalisen kyvyn, mutta ei halua. Potenssihäiriön haitta oli suurempi eturauhassyöpäleikkauksen jälkeen, jos vastaajalla oli ollut hoitoja edeltävää sukupuolielämää ja koettu haitta oli suuri jos hoito oli vienyt kyvyn, mutta ei seksuaalista halua. Sukupuolielämä loppui puolison kanssa 38 %:lla leikkauksen jälkeen. Leikkaushoidolla hoidettujen potilaiden tyytyväisyyttä vähentäviä tekijöitä olivat virtsankarkailu ja hoitojen vaikutus sukupuolielämään. Nämä korostuivat siksi, että leikkaushoitoa saaneet olivat nuorempia ja heillä oli ollut seksielämää ennen hoitoja. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013.)

Ulkoinen sädehoito aiheutti potenssihäiriöitä 79 %:lle vastaajista. Sukupuolielämä loppui puolison kanssa 30 %:lla ulkoisen sädehoidon saaneilla. Ulkoista sädehoitoa tyytyväisyyttä vähentäviä tekijöitä olivat virtsankarkailu ja seksuaalisen kyvyn menetys. Sisäinen sädehoito aiheutti potenssihäiriöitä 70 %:lle vastaajista. Hormonihoito aiheutti potenssihäiriöitä 84 %:lle vastaajista. Sukupuolielämä loppui puolison kanssa 58 %:lla hormonihoitoon saaneilla. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013.)

8.3 Käsityksiä, keinoja ja malleja seksuaaliohjauksesta

Hoitajien tulisi huomioida, että jokainen potilas määrittelee itse seksuaalisuutensa. Hoitaja ei saa yleistää, että ikä tarkoittaa seksuaalisen kiinnostuksen loppumista. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi kertoa kaikille potilaille ikään katsomatta, jos potilas kokee tiedon tarpeelliseksi. Seksuaaliohjaus on potilaslähtöistä, jossa hoitajan tulee huomioida potilas yksilönä, jonka tunteita

sekä kokemuksia arvostetaan. (Darst 2007; Sourhard & Keller 2009; Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010.)

Darstin (2007) artikkeli ohjaa käytännön harjoittelua hoitajille, kuinka puhua seksuaalisuudesta potilaan kanssa. Ohjeena oli harjoitella seksuaalisuudesta puhumista peilin edessä, työtoverin kanssa tai jokapäiväisessä hoitotyössä eri potilaiden kanssa. Harjoittelu ja kokemus keskusteluista tekivät seksuaalisuudesta puhumisesta luontevan. Jotta keskustelu seksuaalisuudesta olisi luonnollista ja potilaslähtöistä, tulee hoitajan tiedostaa oma seksuaalisuutensa, arvonsa, asenteensa ja tunteensa. Hoitajan vastuulla oli luoda rauhallinen ja kiireetön ilmapiiri keskustelulle. Hoitajan tulisi tunnistaa omat uskonnolliset ja kulttuuriset asenteensa, jotta keskustelun aikana ei syntyisi jännitettä vuorovaikutuksessa.

Darstin (2007) artikkelissa esitellään PLISSIT-mallia ja Sourhard & Keller (2009) artikkelissa PLISSIT- sekä BETTER-mallia. Näitä malleja käytetään seksuaaliohjauksen tukena ja keskustelun aloittamisen tukena. Tässä työssä olemme käsitelleet näitä malleja sivuilla 15–17. Mallit ovat myös liitteinä 2 ja 3. Artikkelissa kerrotaan myös kyselylomakkeesta The International Index of Erectile Function (IIEF). Kyselylomake on tarkoitettu käytettäväksi pre- ja postoperatiivisesti, jolla selvitetään potilaan seksuaalista toimintakykyä tarkentavilla kysymyksillä. Kysymykset liittyvät erektioon, seksuaaliseen toimintakykyyn, haluun sekä seksielämän tyytyväisyyteen. Vastauksien avulla voidaan kertoa potilaalle mitkä ovat realistiset odotukset leikkauksen jälkeisestä erektiokyvyn palautumisesta. Potilaan antamia vastauksia voidaan verrata postoperatiivisella vastaanotolla.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mikä merkitys seksuaaliohjauksella on eturauhassyöpöpotilaalle. Työssämme selvitimme potilaiden toiveita ja odotuksia seksuaaliohjauksen onnistumiseksi. Työssämme käsitelimme hoitajien näkökulmia, käsityksiä ja keinoja seksuaaliohjauksen onnistumiseksi. Tarkastelimme hoitajien valmiuksista, tiedon puutteita ja esteitä seksuaalisuudesta puhuttaessa. Opinnäytetyön liitteenä on kolme seksuaaliohjauksen mallia. Niiden tarkoituksena on auttaa hoitajaa aloittamaan keskustelu seksuaalisuudesta ja sen avulla ymmärtämään potilaan sen hetkinen tiedontarve. Työssämme nousi esille, että seksuaaliohjaus on eturauhassyöpöpotilaalle merkityksellistä ja sen tulisi olla osa jokaisen potilaan hoitosuunnitelmaa.

9.1 Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohdintaa

Tuloksissa hoitajan ammatillisuudella ja potilaslähtöisyydellä oli suuri merkitys seksuaaliohjauksessa. Hoitajien työn on oltava yksilöä arvostavaa, jossa potilas määrittää oman seksuaalisuutensa. Potilaan iällä ei saa olla merkitystä seksuaalisuudesta puhuttaessa. Tulokset painottuivat siihen, että aloite seksuaalisuudesta puhumiseen pitäisi tulla hoitajalta.

Potilaat halusivat puhua hoitajan kanssa sairauden tuomista tunteistaan ja lääkärin kanssa sairauden faktoista. Hoitajan on tärkeää järjestää potilaalle aikaa, että hän pystyy puhumaan tunteistaan. Tulosten mukaan hoitajilla on kiire ja potilaat aistivat tämän. Sen vuoksi potilaat eivät halua "häiritä" hoitajia omilla asioillaan, koska he kokevat ne vähemmän tärkeiksi. Kokemuksemme mukaan somaattiset oireet koetaan tärkeämmäksi hoitotyössä, kuin keskustelu seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä tunteista.

Tulosten mukaan hoitajien tulisi huomioida potilaan mahdollinen puoliso tai kumppani. Potilaat toivoivat, että puolisolille kerrottaisiin totuuden mukaisesti syövän vaikutuksesta seksuaaliseen kyvykkyyteen ja halukkuuteen. Tulosten

mukaan puolisolle olisi hyvä antaa kirjallinen opas syövän vaikutuksista. Potilaat toivoivat myös tietoa vertaistuesta jo sairaalassa olon aikana. Hoitajan olisi hyvä informoida potilasta alueen vertaistukiryhmistä ja kuinka löytää ne.

Tulosten mukaan hoitajien pitää tietää eturauhassyöpäpotilaan hoitojen lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset. Tämä on tärkeää siksi, että potilas tietää mitä odottaa hoidon alkaessa, sen aikana ja sen jälkeen. Pohdimme, että lääkärin vastaanotolla potilaalla voi mennä paljon tietoa ohitse tilanteen stressaavuuden vuoksi. Käsityksemme mukaan potilaat kysyvät usein hoitajalta jälkikäteen lääkärin luona esiin tulleista asioista. Mielestämme on tärkeää, että hoitajat tietävät hoidoista ja osaavat kertoa niistä potilaalle.

Virtsaoireet koettiin elämää haittaaviksi katsauksen mukaan. Osa potilaista koki niiden haitanneen paljon elämänlaatua. Koettu haitta heikensi elämänlaatua enemmän kuin oireiden määrä. Tämän haittavaikutuksen merkitystä ei otettu esille missään artikkelissa potilas- ja seksuaaliohjauksen kannalta.

Sourhard & Keller (2009) & Hautamäki-Lamminen, Åsted-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen (2010) artikkeleita tulee tarkastella kriittisesti, koska niissä oli osallistujina vähän miehiä. Tämän vuoksi miesten näkemykset seksuaalisuudesta ovat voineet jäädä vähäisiksi. Oli hienoa huomata, että Sourhard & Kellerin artikkelissa oli käytetty lähteenä suomalaista artikkelia, joka koski keskustelun aloittamista syöpäpotilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.

Opinnäytetyössämme käsitelimme eturauhassyöpää hoitotyön näkökulmasta lyhyesti sen vuoksi, että työmme on tehty urologian vuodeosastolle. Heillä on paljon tietoa eturauhassyövästä ja sen hoidosta sekä vaikutuksista. Vuodeosastolla työskentelevillä hoitajilla on uusin tieto urologiasta ja he käyvät koulutuksissa vuosittain.

9.2 Opinnäytetyön vaiheet

Opinnäytetyön aihe on ollut erittäin kiinnostava ja ajankohtainen. Olemme päätyneet tähän aiheeseen miettimällä, mikä on hoitoalalla ajankohtaista ja mikä kiinnostaisi meitä tulevina sairaanhoitajina. Meitä kiinnosti seksuaalisuus aiheena hoitotyössä. Lähetimme sähköpostia HUS:in klinisille opettajille kysyäksemme, onko heillä tietoa, mikä yhteistyötaho haluaisi meidän tekemän opinnäytetyön aiheesta, johon liittyy seksuaalisuus. Peijaksen urologian osasto kiinnostui aiheesta. Yhdessä osastonhoitajan kanssa pohdimme aiheen sisältöä.

Keväällä 2013 tarkoituksenamme oli tehdä kyselytutkimus eturauhassyöpäpotilaille. Ongelmaksi tuolloin muodostui eettisyys ja juridiset seikat kyselyyn liittyen. Olimme tehneet keväällä kirjallista osuutta opinnäytetyöhömme jo jonkin verran ja emme halunneet muuttaa opinnäytetyömme aihetta. Ohjaavien opettajien tuella ja hyväksynnällä vaihdoin opinnäytetyömme menetelmäksi kirjallisuuskatsauksen toukokuussa 2013. Tämä toi uusia haasteita meille työn tekemiseen ja ajankäyttöön. Pääsimme jatkamaan opinnäytetyön tekemistä syyskuussa 2013.

Kävimme tapaamassa koulun kirjaston informaatikkoa elokuussa 2013. Saimme häneltä tietopaketin kirjallisuushausta. Ongelmaksi muodostui vielä tuossa vaiheessa, että emme olleet muotoilleet ja rajanneet tutkimuskysymystä tarkasti, jolloin emme voineet suoranaisesti hakea tietoa opinnäytetyöhömme eri tietokannoista. Tutkimuskysymys muotoutui oikeastaan vasta yksilöohjauksessa lokakuussa 2013. Haasteellista oli opetella kirjallisuuskatsauksen tekemistä.

Kokeilimme paljon eri hakusanoja tutkimuskysymykseemme liittyen. Ainoat hakusanat, joilla saimme tuloksia aiheeseemme, olivat: prostate cancer, patient education ja sexual activity. Oli tärkeää, että hakusanat muotoutuivat näin, koska muuten emme olisi saaneet hakutuloksia potilasohjauksesta ja eturauhassyövästä sekä seksuaalisuudesta. Näillä hakusanoilla saimme vastauksia tutkimuskysymykseemme.

Opinnäytetyön tekemisen haasteena on ollut myös se, että olemme olleet harjoitteluissa ja samalla tehneet töitä. Ajan yhteen sovittaminen on ollut haastavaa meidän kahden kesken. Kouluvuosien aikana yhteistyömme on hioutunut ja teemme tehtäviä samankaltaisesti. Siitä on ollut paljon apua, sillä tunnemme toisemme ja tapamme toimia hyvin. Sitoutuminen ja päämäärien asettaminen on ollut yhtenäinen alusta alkaen meidän kesken.

9.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö on saanut meidät käsittämään, että seksuaalisuus on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tämän työn avulla meillä on perusvalmiudet seksuaaliohjaukseen hoitotyössä, koska tiedämme, mitä tulee huomioida potilaan ja hoitajan näkökulmasta seksuaalisuudesta puhuttaessa. Koemme seksuaaliohjauksen mallit todella hyödyllisiksi, koska niiden avulla keskustelun aloittaminen on helpompaa.

Jo hoidon suunnittelussa tulisi huomioida potilaan seksuaalisuus ja ottaa se osaksi hoitosuunnitelmaa. Kokemuksemme mukaan osa potilaista ei halua keskustella seksuaalisuudesta, vaikka heille annetaan siihen mahdollisuus. Tämä on tärkeää kirjata hoitosuunnitelmaan. Haluttomuus puhua seksuaalisuudesta voi olla potilaan sen hetkinen tunne, mutta siihen tulisi kuitenkin palata ja antaa mahdollisuus keskusteluun, jos potilas kokee sen itselleen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi.

Pyrimme tulevana sairaanhoitajina viemään saamaamme tietoa eteenpäin ja käyttämään sitä käytännössä. Vaikka tämä opinnäytetyö on tehty eturauhas- syöpäpotilaille ja urologian osastolle, niin tätä voi hyödyntää kaikille potilasryhmille sekä erilaisissa hoitoympäristöissä seksuaaliohjauksen näkökulmasta.

Harjoittelu- ja työpaikoissamme opinnäytetyömme aihe on herättänyt paljon kiinnostusta. Tämä varmaan johtuu osaksi siitä, että hoitajilla on vähän tietoa aiheesta ja he eivät tiedä, kuinka ottaa puheeksi seksuaalisuus potilaan kanssa. Hoitajat ovat kertoneet, että kaipaavat konkreettista tietoa, kuinka seksuaali-

suus ilmenee ja mitä siinä tulee huomioida. Aihe koetaan myös sensitiiviseksi ja helposti muu hoitoyö menee tämän asian edelle. Koemme, että tämä työ vastaa hoitajien tarpeeseen ja sen vuoksi tällä opinnäytetyöllä on merkitystä käytännössä.

LÄHTEET

- Ahopelto, Päivi 2010. Virtsa-apuvälineen valinta. Sairaanhoidajan käsikirja: Terveysportti. Viitattu 6.1.2014.
www.terveysportti.fi/haku=inkontinenssi
- Alakoski, Anna 2012. Lääkekustannusten osuus eturauhassyövän hoidon kokonaiskustannuksista ja eri hoitomuotojen vaikutus potilaiden elämälaatuun. Helsingin yliopisto; Farmasian tiedekunta. Viitattu 18.9.2013.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/32812/Anna%20Alakoski%20pro%20gradu.pdf?sequence=1>
- Autti-Rämö, Ilona & Grahn, Riitta 2007. Kirjallisuushaku. Teoksessa Marjukka, Mäkelä; Minna, Kaila; Kristian, Lampe & Martti, Teikari (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim, 46–60.
- Bildjuschkin, Katriina & Ruuhilahti, Susanna 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta -ammattillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Eho, Sirkku 2009. Sairauden aiheuttama kriisi. Teoksessa Kirsti, Aalto & Raili, Gothóni (toim.) Ihmisen lähellä -hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja, 25–36.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hautamäki-Lamminen Katja, Lehto Juhani, Åstedt- Kurki Päivi & Kellokumpu – Lehtinen Pirkko 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjukselta. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos. Hoito-tiede – lehti 22 /2010, 282–290.
- Hautamäki-Lamminen, Katja 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa; Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Terveystieteiden yksikkö.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009a. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2003b. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Huttunen, Matti 2013. Erektiohäiriö (impotenssi). Lääkärikirja: Terveysportti. Viitattu 22.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=erektiohäiriö
- Idman, Irja 2010. Miehuuden ytimeen. Focus-oncologie-syöpäsäätiön julkaisusarja; Eturauhasen syöpä 11 /2010, 87–90. http://cancer-fibin.directo.fi/@Bin/b19570b9c7557deb28667effc59881e9/1387094189/application/pdf/52520274/FocusO_2010_verkko.pdf
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko & Tammela Teuvo 2013. Uusilla lääkkeillä parempaa hoitoa eturauhassyöpään. Lääketieteellinen Aikakauskirja: Terveysportti. Viitattu 22.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyöpä
- Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko; Väisälä, Leena & Hautamäki, Katja 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim: Terveysportti. Viitattu 21.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=erektio
- Kiiltomäki, Aliisa 2007. Kriisin kulku ja auttaminen. Teoksessa Aliisa, Kiiltomäki & Päivi, Muma (toim.) Tässä ja nyt sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 20–27.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Oppimateriaalit.
- Kärnä, Aarno 2012. Eturauhasen muodonmuutosten ja PEG-geelin vaikutus jodi-125-jyvähoitojen annosjakaumiin. Jyväskylän yliopisto: JYFL laitosraportti. Viitattu 18.9.2013. <http://www.jyu.fi/static/fysiikka/vaitoskirjat/2012/Karna-Aarno-fl-tutkimus-2012.pdf>
- Käypä hoito 2007. Eturauhassyöpä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä: Terveysportti. Viitattu 18.9.2013. [www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän oireet](http://www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän_oireet)
- Marttila, Timo & Leppilähti, Mikael 2012. Eturauhassyöpäpotilaan seuranta terveyskeskuksessa. Suomen lääkärilehti 24/2012, 1893–1898: Terveysportti. Viitattu 21.9.2013. www.terveysportti.fi
- Mirtti, Tuomas & Rannikko Antti 2013. Eturauhassyövän yksilöllinen hoitovalinta - apuna molekyylipatologiset merkkiaineet ja biopankki. Lääketie-

- teellinen Aikakauskirja Duodecim 2012, 2497–99. Viitattu 21.9.2013
[www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän hoito](http://www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän%20hoito)
- Nurmi, Martti 2011. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoito. Lääkärin käsikirja: Terveysportti. Viitattu 18.9.2013.
www.terveysportti.fi/haku=eturauhanen
- Pahlama, Kirsi 2012. Virtsainkontinenssipotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja: Terveysportti. Viitattu 6.1.2014.
www.terveysportti.fi/haku=inkontinenssi
- Piha, Juhana 2003. Erektiohäiriöiden lääkehoito. Suomen lääkäri-lehti: Terveysportti. Viitattu 21.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=erektio
- Rankinen, Sirkku 2008. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto ohjauksessa. Teoksessa Liisa, Montin (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat 2008. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos, 41–51.
- Rosenberg, Leena a. Seksuaalisuus ja syöpä. Syöpäjärjestöt. Viitattu 22.9.2013. <http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/c24e7ac14b27cb37daecf981e3a0b4d5/1380470039/application/pdf/50026/syopajaseksuaalisuus.pdf>
- Rosenberg, Leena b. Syöpäpotilas ja seksi. Syöpäjärjestöt. Viitattu 21.9.2013. <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/seksi/>
- Saarelma, Osmo 2013. Eturauhassyöpä. Lääkärikirja Duodecim: Terveysportti. Viitattu 18.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyöpä
- Syöpäjärjestöt i.a. Parisuhde ja seksuaalisuus. Syöpäjärjestöt. Parisuhde ja seksuaalisuus. Viitattu 25.9.2013.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/>
- Tammela, Teuvo 2013a. Eturauhassyöpä. Teoksessa Taari, Kimmo; Aaltomaa, Sirpa; Nurmi, Martti; Parpala, Teija & Tammela, Teuvo (toim.) Urologia. Helsinki: Duodecim, 252–262.
- Tammela, Teuvo 2013b. Eturauhassyöpä. Lääkärin käsikirja: Terveysportti. Viitattu 18.9.2013. [www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän oireet](http://www.terveysportti.fi/haku=eturauhassyövän%20oireet)
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaan-

hoidossa – perusteet. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Viitattu 10.12.2013. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksiottaminen.pdf

Visakorpi, Tapio 2013. Kaiken takana androgeenit? Suomen eturauhasyöpäyhdistyksen jäsenlehti: Propo 1/2013. Viitattu 18.9.2013. <http://epaper01.mmd.net/go/40751/4>

Väisälä, Leena 2011. Haluttomuuden monet kasvot. Duodecim: Suomen Lääkärilehti 2011, 2485–2491. Viitattu 21.9.2013. www.terveysportti.fi/haku=erektio

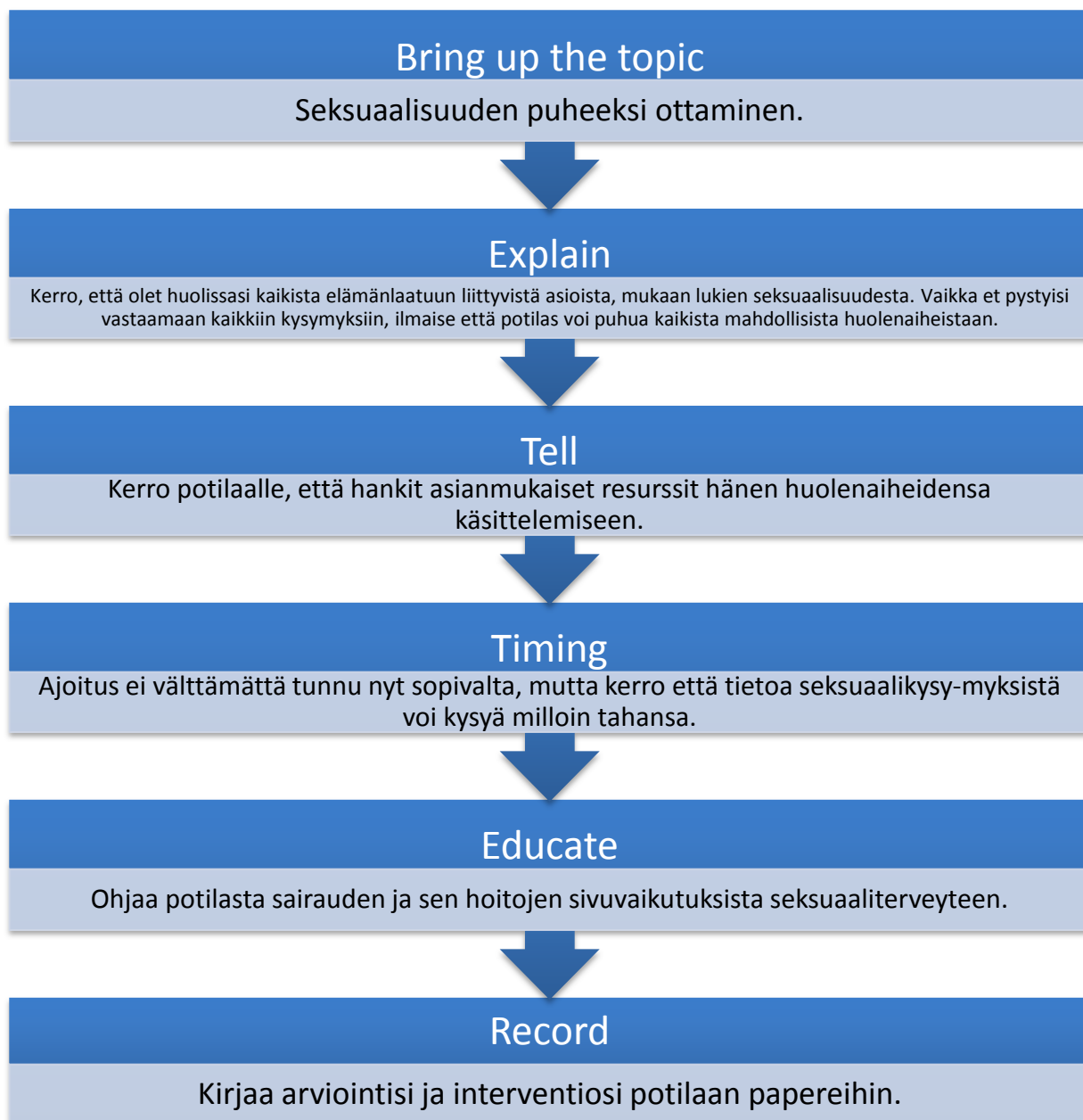
LIITE 1: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen



(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009)

LIITE 2: BETTER-malli

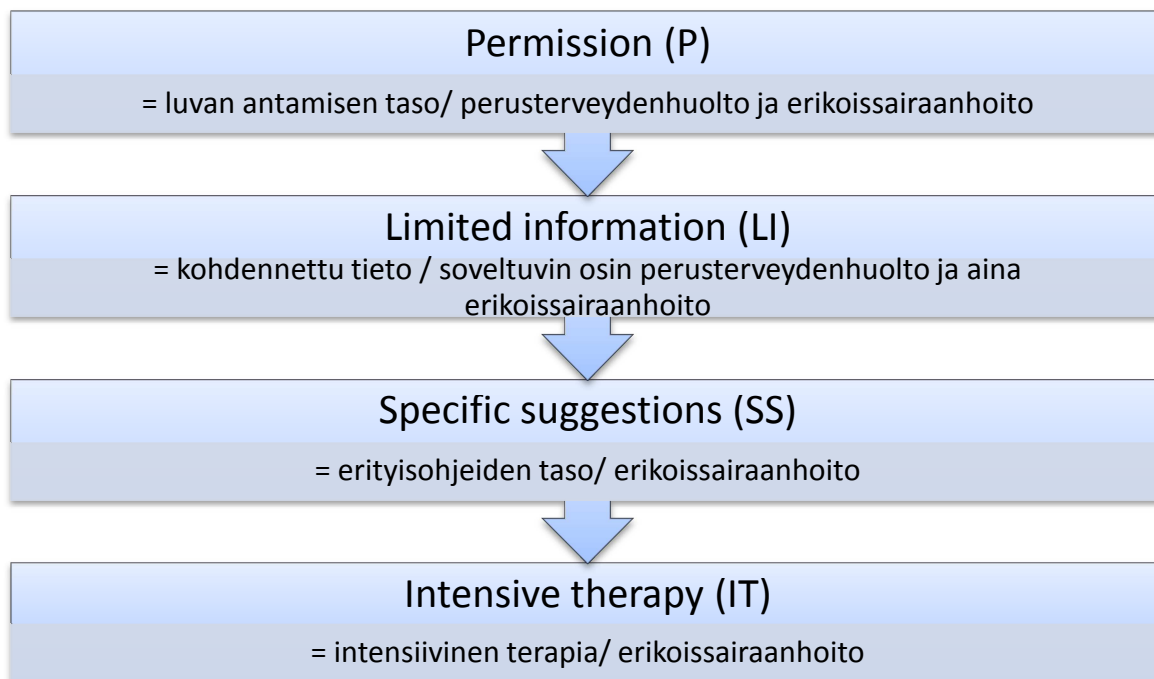
Mick, Hughes & Cohen (2004) ovat kehittäneet BETTER-mallin syöpää sairastavia potilaita hoitavien työntekijöiden työkaluksi potilaiden seksuaalisuuden arvioimisessa. Työkalu soveltuu myös muiden sairauksien yhteydessä käytettäväksi.



(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta 2009)

LIITE 3: PLISSIT-malli

Jack Annonin luoma PLISSIT-malli (1976) jäsentää ammatillista työskentelyä seksuaalikäysymysten parissa. Mallissa työskentely on jaettu neljälle eri tasolle.



Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi tapahtua esimerkiksi seuraavanlaisilla kysymyksillä:

- Miten terveydentilanne on vaikuttanut parisuhteeseen?
- Tuntuuko teistä, että haluaisitte jutella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista?
- Erilaisissa elämän- ja terveyden tilanteissa ihmisillä voi olla erilaisia seksuaalisia ongelmia, kuten seksuaalisen halun puutetta tai vaikeuksia nauttia seksistä. Oletteko huomannut, että teillä olisi ollut tämän kaltaisia tilanteita tai ongelmia?
- Monet tutkimukset tai hoidot vaikuttavat ihmisen seksuaalisuuteen. Onko teillä kokemuksia tällaisesta?
- Elättekö yksin vai parisuhteessa? Mikäli elätte parisuhteessa, miten suhtaututte, kun kumppaninne haluaa harrastaa seksiä?

(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta 2009)

LIITE 4: Kirjallisuuskatsauksen tulokset.

Tekijät, Vuosi, Toteutusmaa, Tyyppe	Tietokanta ha- kusanoina pros- tate cancer, patient educati- on ja sexual activity	Eturauhassyövän hoitoa ja potilasohjausta käsittelevät artikkelit
1 Darst Elaine H., 2007, USA, Urologic nursing, Volume 27, Number 6. Hoitotieteen artikkeli: Sexuality and Prostatectomy: Nursing Assessment and Intervention	Ebsco (n=143)	Hoitotieteen artikkeli. Potilaan seksuaalisuus eturauhasen poistoleikkauksen jälkeen. Eturauhassyövän vaikutus erektiohäiriöihin. Artikkelissa ei kerrottu potilaiden ikäkaumaa. Päivittäiseen hoitotyöhön liittyvä seksuaaliohjaus. Hoitajan rooli ja valmiudet seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. PLISSIT-malli. Luottamusuhteen luominen potilaan kanssa.
2 Sourhard Nadine Z. & Keller Jill 2009, USA, Clinical Journal of Oncology Nursing, Volume 13, Number 2. Hoitotieteen artikkeli: The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective	Ebsco (n=143)	Kyselytutkimus seksuaalisuudesta 52 diagnosoiduille syöpäpotilaalle sekä miehille että naisille. Syöpäläjiä ei ole erikseen määritelty. Vastaajista kuusi oli miehiä. Ikäkauma oli 23–84, keski-ikä oli 57 vuotta. Hoitajan rooli seksuaalisuudesta puhut-

-
- | | | |
|--|--------------------|--|
| <p>3 Lehto Ulla-Sisko, Tenhola Heli, Taari Kimmo & Aromaa Arpo 2013, Suomi. Suomen lääkärilehti 46/2013. Alkuperäistutkimus. Hoitotieteen artikkeli:
Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys.</p> | <p>Medic (n=2)</p> | <p>taessa Miten potilaat kokevat seksin sekä seksuaalisuuden ja mikä merkitys sillä on heille syöpädiagnoosin jälkeen. BETTER- ja PLISSIT-mallit.</p> |
| <p>3 Lehto Ulla-Sisko, Tenhola Heli, Taari Kimmo & Aromaa Arpo 2013, Suomi. Suomen lääkärilehti 46/2013. Alkuperäistutkimus. Hoitotieteen artikkeli:
Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys.</p> | <p>Medic (n=2)</p> | <p>Valtakunnalliseen kyselytutkimukseen kuului puolet vuonna 2004 eturauhassyöpädiagnoosin saaneista. Kyselytutkimus tehtiin vuonna 2009. Kyselylomakkeet postitettu vastajille. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli mitata eri hoitojen haittavaikutuksia ja potilaiden näkökulmia hoidon tulokseen. Vastaneiden keski-ikä oli 72 vuotta, ikäryhmä 65–74v. Neljä viidestä oli naimisissa tai parisuhteessa. Virtsaamisongelmat ja niiden haittaavuus sekä sukupuolielämän ongelmat.</p> |
| <p>4 Hautamäki-Lamminen Katja, Åsted-Kurki Päivi, Lehto Juhani & Kellokumpu-Lehtinen Pirkko 2010. Suomi. Hoitotiede 2010, 22 (4), 282-290. Hoitotieteen artikkeli:
Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat</p> | <p>Medic (n=2)</p> | <p>Ryhmähaastattelu johon osallistui 10 henkilöä. Näistä neljän diagnoosina oli eturauhassyöpä. Miesten keski-ikä oli 65 vuotta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mitä potilaat odottavat seksuaaliohja-</p> |
-

odottavat seksuaaliohjauk-
selta?

ukselta osana potilaiden
hoitoa. Potilaiden odotuk-
set seksuaaliohjauksen
sisällöstä sekä puolison
huomioiminen ja vertaistu-
ki.
