

Emilia Näppi

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET KIRURGISELLA
VUODEOSASTOLLA ANNETUSTA SEKSUAALINEUVONNASTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET KIRURGISELLA VUODEOSASTOLLA ANNETUSTA SEKSUAALINEUVONNASTA

Näppi Emilia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Ajanko, Sirke & Männistö, Elina
Sivumäärä: 41
Liitteitä: 10

Asiasanat: seksuaalineuvonta, seksuaaliohjaus, kirurginen hoitotyö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgiselle potilaalle. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kirurgisten potilaiden seksuaalineuvontaa.

Tutkimus suoritettiin käyttäen kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmämuotoa eli triangulaatiota. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi Satakunnan sairaanhoitopiirin kirurgisten osastojen B3:n, N2A:n, N2B:n sekä RC3:n hoitohenkilökunta. Lomakkeita toimitettiin osastoille yhteensä 112 kappaletta, joista palautui täytettyinä 75 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 67 %. Aineisto kerättiin touko-kesäkuussa 2011.

Taustatietoja kartoittavat kysymykset sekä monivalintakysymykset analysoitiin tilastollisten menetelmien avulla, tuloksia havainnollistettiin kuvioilla ja taulukoilla. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä, jolla saadut tulokset myöskin kvantifioitiin ja esitettiin taulukoissa. Lähestymistapana käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä tapaa.

Vastaajien mukaan seksuaalisuus on liian yksityinen asia keskusteltavaksi potilaan kanssa. Lähes kaikki vastaajat kokivat, ettei hoitotyön velvollisuuteen kuulu luvan antaminen potilaalle puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheistaan. Suurella joukolla vastaajista ei ollut kokemusta, tai oli vain vähän kokemuksia keskusteluista potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyen.

Puheeksi ottaminen koettiin pääosin normaalina tai luonnollisena. Puheeksi ottamista edisti erityisesti potilaan aloite, tai toimenpiteen selvä vaikutus potilaan seksuaalisuuteen. Puheeksi ottamisen estäviä tekijöitä olivat mm. potilaan asenne, tai epäasiallinen käytös, kiire sekä rauhallisen tilan puute. Hoitajien tiedon puute, tai hoitajan ajatus ettei potilas tarvitse ohjausta nousivat myös vastauksista puheeksi ottamista estävinä tekijöinä. Yli puolet vastaajista koki, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa sairauksien, kirurgisten toimenpiteiden, tai lääkkeiden vaikutuksista potilaan seksuaalisuuteen. Lisäkoulutusta, kuten luentoja aiheesta toivoi enemmistö vastaajista.

THE EXPERIENCES NURSING STAFF HAD ABOUT SEXUAL COUNSELING IN SURGICAL WARD

Näppi Emilia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing Care

December 2011

Supervisor: Ajanko, Sirke & Männistö, Elina

Number of pages: 41

Appendices: 10

Keywords: sexual counseling, sexual guiding, surgical nursing

Object in this thesis is to clarify the experiences the nursing staff has from giving sexual counseling to patients in surgical care. One object was also to clarify the attitudes and beliefs nursing staff has for sexual counseling. Objective was to get information, which would help in developing sexual counseling to surgical patients.

Study was performed by using triangulation which is combination of qualitative and quantitative methods. Material was gathered with structured form, which included both multiple choice and open questions. Nursing staff from Surgical wards B3, N2A, N2B and RC3 from Satakunta Health Care district took part of the study. 112 forms were delivered to the wards, 75 forms were returned filled, response rate was 67 %. Study was made during May and June in 2011.

Background questions and multiple choice questions were analyzed by statistical methods, results were demonstrated by figures and tables. Open questions were analyzed by analyzing content after which the results were also presented by quantitative and demonstrated by tables. Manner of approach was inductive or content-oriented.

According to the respondents sexual matters are too private thing to discuss with patient. Nearly all of the respondents felt that giving permission to patient to talk about sexual concerns does not belong to responsibilities of nursing work. Many of the respondents did not have experience or had only a little experience about talking sexuality with patients.

Bringing up the issue were experienced normal or natural. Bringing up the issue was aid by the patients initiative or if the operation had a clear effect to patients sexuality. Preventive factors to bring up the issue were among other things patients attitude or inappropriate behavior, rush and lack of peaceful room. One of the factors that came up from the responses that inhibited to bring up the issue was nurses lack of information or nurses idea that patient does not need guidance. More than half of the respondents felt that they don't have enough information how diseases, surgical operations or reactions of medicines effect to patients sexuality. Majority of respondents hoped further education like lectures from the issue.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	6
3	SEKSUAALINEUVONTA.....	8
	3.1 Ohjaaminen hoitotyössä.....	8
	3.2 Seksuaalineuvonta ja -ohjaus.....	9
	3.2.1 Puheeksi ottamisen-malli	13
	3.2.2 PLISSIT-malli	14
4	KIRURGISEN POTILAAN SEKSUAALINEUVONTA	15
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
	6.1 Tutkimusmenetelmä.....	19
	6.2 Kohderyhmä.....	19
	6.3 Aineiston keruu.....	20
	6.4 Aineiston käsittely ja analysointi	22
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
	7.1 Vastaajien taustatiedot	23
	7.2 Hoitohenkilökunnan asenteet ja uskomukset seksuaalineuvontaa kohtaan	24
	7.3 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan toteutumisesta	25
	7.3.1 Seksuaalisuuden puheeksi ottamista edistävät tekijät	27
	7.3.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottamista estävät tekijät	29
	7.4 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan kehittämisestä	29
8	POHDINTA.....	32
	8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
	8.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	33
	8.3 Tutkimustulosten tarkastelua	35
	8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet.....	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa annettavassa hoitoon liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa tulisi huomioida sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 34). Aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista tulisi lisätä kaikissa terveydenhuollonpalveluissa ja on huomattava, että puheeksi ottaminen kuuluu koko hoitohenkilökunnalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 29; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta (2007, 29) käy ilmi, että seksuaalisuutta sivutaan lähes kaikissa terveydenhuollon työtehtävissä.

Tämän opinnäytetyö käsittelee kirurgisen potilaan seksuaalineuvontaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Aiheen valintaa helpottivat sen ajankohtaisuus, joka käy ilmi myös voimassa olevasta Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) toimintaohjelmasta. Aihetta on tutkittu vähän ja se on käsitteistöltäänkin tuore, joka osaltaan lisää mielenkiintoa perehtyä aiheeseen paremmin. Aihe on työelämälähtöinen, jossa toivottiin seksuaalineuvonnan selvittämistä. Rauman aluesairaalan kirurgisen osaston osastonhoitaja koki myös aiheen tarpeellisenä kehittämisen kohteena. (Salmen henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2010.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgiselle potilaalle. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kirurgisten potilaiden seksuaalineuvontaa. Tätä opinnäytetyötä voidaan hoitotyössä hyödyntää seksuaalineuvonnan kehittämisessä, sekä silloin, kun mietitään hoitohenkilökunnan koulutustarvetta seksuaalineuvonnan suhteen.

2 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

WHO (2002) määrittelee seksuaalisuuden olennaisena osana ihmistä läpi elämänkaaren. Määritelmän mukaan seksuaalisuuteen sisältyy seksi, sukupuoli-identiteetti ja roolit, seksuaalinen suuntautuminen, läheisyys, erotiikka, nautinto sekä lisääntyminen. Seksuaalisuus ilmenee muun muassa ajatuksissa, fantasioissa, käyttäytymisessä, tuntemuksissa sekä parisuhteessa. Seksuaalisuus ei liity ainoastaan sen ilmaisemiseen tai kokemiseen, vaan WHO:n mukaan seksuaalisuus on vuorovaikutuksessa biologisten, psykologisten, sosiaalisten, ekonomisten, poliittisten, kulttuurillisten, eettisten, juridisten, historian, perinteiden ja hengellisten osatekijöiden kanssa.

WHO (2002) määrittelee seksuaaliterveyden osaksi seksuaalisuutta. WHO:n mukaan seksuaalisuus on fyysinen, emotionaalinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvoinnin tilaksi. Seksuaaliterveyttä voidaan toteuttaa sairaudesta, toimintahäiriöstä, vajavuudesta tai vammasta huolimatta. Seksuaaliterveys vaatii positiivista ja kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja seksuaaliin suhteisiin. Hyvä seksuaaliterveys on nautinnollisia ja turvallisia seksuaalisia kokemuksia ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. Hyvää seksuaaliterveyttä edistetään ja ylläpidetään seksuaalioikeuksilla.

Lottes (2000, 22) määrittelee seksuaaliterveyttä WHO:n määritelmän mukaisesti, mutta korostaa seksuaalisesti terveiden kokemusten parantavaa vaikutusta elämänlaatuun, ihmissuhteisiin ja kommunikaatioon sekä oman seksuaali-identiteetin ilmaisemiseen. Lottesin määritelmä nojaa WHO:n määritelmään siinäkin suhteessa, että seksuaaliterveyteen kuuluu mahdollisuus nauttia seksuaalisuudesta vapaana erilaisista riskeistä. Lottes nostaa esiin kuitenkin myös sen, että seksuaaliterveys on miehen ja naisen mahdollisuutta ilmaista omaa seksuaalisuuttaan ilman riskejä. Kontulan (2000, 56) mukaan yksilön seksuaaliterveys muodostuu erilaisista seksuaalisista vuorovaikutustilanteista, kuten parisuhteesta, jolla on sekä fysiologisia ja psyykkisiä vaikutuksia.

Kosunen esittää Stakesin muistiossa (2006), että edelleen 2000 – luvulla seksuaaliterveyskäsitteen käyttö ei toteudu yhtenäisellä linjalla, vaan on edelleen horjuvaa

määritelmistä huolimatta. Syiksi voidaan kaavailla uskonnollisia ja poliittisia tekijöitä, joiden vuoksi termin käyttö on kiistanalaista ja varsin kirjjavaakin.

Seksuaaliterveyden edistäminen kuuluu osaksi potilaan hoitotyötä (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2). Seksuaaliterveyttä voidaan edistää yksilö, yhteisö ja yhteiskunta tasolla (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21). Yksilötason seksuaaliterveyden edistäminen toteutuu, kun ihmisellä on mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan turvallisella ja tyydyttävällä tavalla omaehtoisesti (Kontula 2000, 56). Yksilötason seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteena on yksilön kokonaisvaltainen ja elämänmittainen seksuaalinen hyvinvointi, jota tuetaan monin eri keinoin. Yksilötasolla edistämisen keinoja ovat esimerkiksi seksuaalikasvatus, seksuaaliterveys-palvelut ja valistus. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21.) Yksilön seksuaaliterveyden edistäminen voi tapahtua normaaleissa neuvonta- ja hoitotilanteissa, jossa lisätään henkilön resursseja eli tietoja ja taitoja. Tieto voi koskea seksuaalisten suhteiden solmimista ja laadukaana vuorovaikutuksen ylläpitämistä, jotka ovat yksi seksuaaliterveyden lähtökohdistista. (Kontula 2000, 57.)

Yhteisöjen seksuaaliterveyden edistäminen on esimerkiksi seksuaaliterveyden sisällyttämistä hoitoketjuihin ja erilaisiin strategioihin sekä voimavarojen ja verkostojen tukemista. Yhteiskunnallisella tasolla seksuaaliterveyttä edistetään puuttamalla vääränlaisiin kulttuurissa ilmeneviin myytteihin ja uskomuksiin. Seksuaaliterveyden tutkimustietoa tulisi hyödyntää seksuaaliterveyden edistämisen toimintaohjelmien ja strategioiden luomisessa. Yhteiskunnallista seksuaaliterveyden edistämistä ovat myös kansalliset ohjelmat ja toimintaohjelmat asian hyväksi, sekä asiantuntijoiden koulutukseen panostaminen. Ohjaus- ja neuvonta materiaaliin panostetaan niitä laatimalla ja levittämällä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21–22.)

3 SEKSUAALINEUVONTA

3.1 Ohjaaminen hoitotyössä

Ohjaus on hoitajan ja asiakkaan tavoitteellista toimintaa, joka liittyy olennaisesti kummankin taustatekijöihin. Asiakkaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla pyritään edistämään ohjauksen avulla. Hoitajan tarkoituksena ei ole tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta, vaan tukea häntä päätöksenteossa. Ohjaus eroaa muista keskusteluista siinä mielessä, että se on suunnitelmallisempaa. Ohjaussuhteen tulisi olla tasa-arvoinen. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Potilaan ja hoitajan välille tulisi muodostua turvallinen ja luottamuksellinen suhde, jotta ohjauksessa voidaan käsitellä myös mahdollisia huolia tai pelkoja koskien esimerkiksi tulevaa hoitoa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25, 29).

Ohjaus koostuu yleensä niistä asioista, joita asiakas itse nostaa esiin, mutta hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida ohjaustarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Yleensä ohjaustarve liittyy elämäntilanteen eri vaiheisiin, elämän muutokseen, sairauteen tai hyvinvointiin. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Erään kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgian yksikön (N=17) hoitajista suurin osa kartoitti potilaan ohjaustarvetta potilaalta itseltään ohjausta suunniteltaessa. Hoitajista 71 % ei antanut ohjausta potilaalle, mikäli potilas ei ollut kiinnostunut asiasta. Tuolloin hoitaja kävi vain läpi välttämättömät asiat. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että hoitajilla oli parhaiten osaamista suullisesti annettusta yksilöohjauksesta, jossa käytettiin tukena kirjallisia ohjeita. Hoitajien mukaan kirjallista ohjeistusta oli hyvin saatavilla ja se oli tiedoltaan päivitettyä. (Partti 2010, 6, 11–13.)

Ohjausmenetelmä tulee valita sen perusteella, miten asiakas omaksuu asioita parhaiten, sekä mikä on ohjauksen päämäärä. Useimmiten asiakasta ohjataan suullisesti, sillä vuorovaikutuksen sanotaan olevan ohjauksen kulmakivi. Osa asiakkaista sisäistää tiedon kuitenkin paremmin visuaalisesti esimerkiksi kuvien avulla sekä osa esimerkiksi rytmittämällä tärkeät pääkohdat kolmen sarjaksi. On tärkeää muistaa, että asiakas pystyy sisäistämään vain rajallisen tietomäärän. (Kyngäs ym. 2007, 26, 73–74.) Suullisen ohjauksen tueksi on hyvä antaa potilaalle myös kirjallista materiaalia,

sillä sen avulla potilaalla on mahdollisuus palauttaa mieleensä ohjauksessa läpi käytyjä asioita (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25, 29).

Kääriäinen (2008, 13–14) on kerännyt potilasohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä. Kääriäisen mukaan laadukkaan tutkimuksen tulisi pohjautua tutkittuun tietoon, joka edellyttää hoitajalta tietojen jatkuvaa päivittämistä. Hoitajalla on velvollisuus myös kehittää ja ylläpitää ohjaustaitojaan. Ohjaus sitoutuu sekä hoitajan että asiakkaan taustatekijöihin, kuten esimerkiksi arvoihin, terveydentilaan ja sukupuoleen. Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaan taustatekijöiden selvittäminen on välttämätöntä. Huomioitavaa on, että hoitaja on ammatillinen asiantuntija ja potilas taas oman elämänsä asiantuntija, joka luo haastetta tasavertaisuuden luomiselle. Onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaan terveyteen ja edistää sitä, sekä on säästeliästä taloudellisessa mielessä.

3.2 Seksuaalineuvonta ja -ohjaus

Seksuaalineuvonta on yksilöllisesti toteutettavaa tavoitteellista ja asiakkaan tarpeista lähtevää ammatillista asiakas- ja potilastyötä, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Seksuaalineuvontaa toteutetaan yleensä prosessiluontoisesti, noin 2-5 neuvontatilanteella. Seksuaalineuvonta keskittyy seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyviin ongelmiin ja kysymyksiin. (Ilmonen 2006, 41; Ryttyläinen & Valkama 2010, 32; Väestöliitto 2010.) Seksuaalineuvontaa antaessa on huomioitava, että potilaat tunnistavat herkästi hoitajan eleistä, ilmeistä ja äänensävyistä hoitajan suhtautumisen seksuaalisuuteen, ja siksi onkin tärkeää miettiä miten kysymykset muotoillaan ja mitä sanoja potilaan kanssa keskustellessa käytetään (Ilmonen 2006, 47; Ryttyläinen & Valkama 2010, 54). Yksi seksuaalineuvonnan tavoitteista onkin se, että jokainen kokee sekä toisten ihmisen että oman seksuaalisuuden luonnollisena (Koskinen & Järvensivu 2007).

Seksuaaliohjaus käsitetään tilannekohtaisena ja tavoitteellisena ohjauksena, joka on kaikissa hoitotoimenpiteissä tapahtuvaa ammatillista vuorovaikutusta. Seksuaaliohjaus kuuluu kaikille hoitotyössä toimiville ja sen keskeiseen toimenkuvaan kuuluu tiedon antaminen asiakkaalle ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 32; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2.) Esko-Asikainen (2000,

74–83) tutki muun muassa seksuaalineuvonnan antamista eri vuodeosastoilla (n=151). Tutkimuksen mukaan kirurgisen osaston hoitajista 70 % vastasi antavansa seksuaalineuvontaa. Kaikista vastanneista 72 % hoitajista kokee, ettei hänellä ole tarpeeksi tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Tutkimuksen mukaan lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat eivät ota seksuaalisuutta puheeksi potilaan kanssa yhtä aktiivisesti kuin pidempään alalla työskennelleet, mutta lyhyempään alalla työskennelleet ovat kuitenkin halukkaampia antamaan seksuaalineuvontaa. Pidempään alalla työskennelleet kokivat puheeksi ottamisen helpommaksi.

Hillman ja Männistö (2008, 2, 19) tekivät opinnäytetyönsä systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kerätä tietoa seksuaaliterveyden edistämisen osaamisesta ja mittaamisesta hoitotyössä. Opinnäytetyöstä käy ilmi, että hoitotyöntekijöiden tiedot ja taidot koskien seksuaaliterveyden edistämistä ovat puutteelliset. Hoitotyöntekijät kokevat edistämisen tärkeänä, mutta eivät toteuta seksuaalineuvontaa käytännössä. Kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi, että keskusteleminen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista on vaikeaa.

Eräässä tutkimuksessa kuvattiin syöpäpotilaiden liittyvää tiedontarvetta liittyen seksuaalisuuteen. Tutkimustulosten mukaan potilaat pitävät seksuaalisuuteen liittyvää tiedonsaantia tarpeellisena. Suullinen tieto koettiin kirjallista tietoa tärkeämmäksi, mutta myös kirjallinen materiaali koettiin tarpeellisena. Potilat kokivat tarpeelliseksi, että terveydenhuollon ammattilaiset aloittavat keskustelun seksuaalisuudesta. Tutkimuksen mukaan naisten ja miesten seksuaalisuuteen liittyvät tietotarpeet eroavat sisällöllisesti toisistaan. (Hautamäki-Lamminen, ym. 2011, 14, 19)

Lintumäki, Mononen ja Silvennoinen (2011, 2, 24) saivat samansuuntaisia tuloksia Esko-Asikaisen kanssa. Heidän opinnäytetyönsä kartoitti muun muassa sairaanhoitajan valmiuksia seksuaalisuuden kohtaamisessa (n=17). Kyselylomakkeella kerätyn aineiston perusteella seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin vaikeaksi. Koulutamattomuus sai neljänneksen vastaamaan valmiutensa heikoksi ja puutteelliseksi kohdata potilaan seksuaalisuus. Hoitajat kokivat pitkän työkokemuksen antavan taitoja ja valmiuksia seksuaalisuuden kohtaamiselle. Hoitajat olivat kyselyssä maininneet uusien potilasohjeiden helpottavan luontevuutta esimerkiksi seksuaaliohjaustilanteessa, koska kyseiset ohjeet sisälsivät osioita seksuaalisuudesta. Hillmanin ja

Männistön kirjallisuuskatsauksesta (2008, 19) käy ilmi, että seksuaalineuvonnan antamiseen vaikuttavat hoitajien tiedot, taidot ja asenteet. Potilaan suhtautuminen seksuaalineuvontaa kohtaan pelottaa, ja se saattaa estää seksuaalineuvonnan antamisen samoin kuin ennakkoluulot seksuaalivähemmistöistä.

Hienotunteisuus, hyvät vuorovaikutustaidot ja tiedollinen osaaminen ovat hoitohenkilökunnalta vaadittavia taitoja seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010). Kohosen, Mattilan, Mullin ja Ojalan (2004, 41) opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan kaikista tutkimukseen vastanneista urologisen ja naistentautiosaston hoitajista (n=22) yli puolet kokee omaavansa valmiudet kohdata potilaan seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset. Valmiuksia hoitajat ovat saaneet sekä työyhteisöstä että ammattitaidon kehittymisestä. Myös asennoituminen omaan seksuaalisuuteen sekä sen hyväksyminen lisäävät valmiuksia.

Petäjä (2010, 44–45) selvitti opinnäytetyössään seksuaaliterveyden edistämisen haasteita. Hän kartoitti opinnäytetyössään muun muassa seksuaalisuuden estäviä ja edistäviä tekijöitä gynekologisilta hoitajilta (n=49). Tulosten mukaan eniten seksuaalisuuden puheeksi ottamista edisti potilaan aloite. Hoitotoimenpiteen tai sairauden selkeä vaikutus seksuaalisuuteen oli edistävä tekijä puheeksi ottamisessa neljänneksessä vastauksista. Muita edistäviä tekijöitä olivat hoitajien koulutus, asenne, tieto ja kokemus, rauhallinen ympäristö, kotiutustilanne, hoitosuhteen laatu sekä kirjallinen materiaali. Estäviä tekijöitä puheeksi ottamiselle olivat muun muassa vaivaantuneisuus, vointi ja potilaan haluttomuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Myös potilaan kulttuuri ja parisuhteen tila voivat vaikuttaa estävästi. Hoitajien kannalta tiedon puute, kiire ja vaivaantuneisuus saattavat estää puheeksi ottamisen.

Sukupuolielämän tulisi olla tyydyttävää huolimatta kehon erilaisista muutoksista (Koskinen & Järvensivu 2007). Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa annettavassa hoitoon liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa tulisi huomioida sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn (Sosi- ja terveysministeriö 2007, 34). Erään päiväkirurgian yksikön kyselyyn vastanneista potilaista 71 % oli sitä mieltä, että heille riitti tarpeellinen tieto yhdynnästä ja ehkäisystä postoperatiivisessa vaiheessa. Opinnäytetyön tulosten mukaan asiasta kai-

pasi paljon tietoa 16 % potilaista. (Karhu 2010, 38,40.) Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus kysyä ja puhua seksuaalisuudesta. Lääkkeet, hoitotoimenpiteet ja sairaudet vaikuttavat jokaisen seksuaalisuuteen yksilöllisesti, mutta potilaalla tulisi olla oikeus saada tietoa niiden mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen. Useimmiten muutoksia tapahtuu itsetunnossa, seksuaalisessa minäkuvassa tai toimintakyvyssä. (Koskinen & Järvensivu 2007; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2.) Kohonen, Mattila, Muli ja Ojala (2004, 42) ovat päättelleet opinnäytetyönsä tuloksista, että yleisin auttamismenetelmä on suullisen tai kirjallisen tiedon antaminen sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Tulosten mukaan myös kumppani otetaan neuvonnassa huomioon joko henkilökohtaisesti tai kehottamalla potilasta kertomaan läpikäydyistä asioista kumppanilleen.

Seksuaalineuvonnalla on tärkeitä vaikutuksia, jos potilas saa neuvontaa kun sitä tarvitsee. Oikea-aikaisella neuvonnalla voidaan ehkäistä ongelmien syntyminen, estää niiden vaikeutuminen tai kroonistuminen. Seksuaalineuvonnalla voidaan myös vähentää erityispalveluiden tarvetta. (Ilmonen 2006, 45.) Seksuaalineuvontaa tulisi olla saatavana normaaleista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (Ilmonen 2006, 41; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 33). Kaikilla on oikeus saada seksuaalineuvontaa riippumatta yksilön taustatekijöistä, kuten esimerkiksi iästä, suuntautumisesta, tai siitä, eläkö parisuhteessa vai vailla partneria (Koskinen & Järvensivu 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 33). Petäjän opinnäytetyössä (2008, 44–45) ilmenee, että puheeksi ottamiseen sekä estävästi että edistävästi vaikuttaa hoitajien mielestä potilaan ikä.

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa voi hoitohenkilökunta käyttää apunaan esimerkiksi puheeksi ottamisen – mallia, joka opastaa hoitohenkilökuntaa seksuaalisuutta koskevien asioiden mukaan ottamista keskusteluissa tai neuvontatilanteissa (Bildjuschkin 2010). Seksuaalineuvonnassa ja -terapiassa voidaan hyödyntää myös Annonin luomaa PLISSIT-kaaviota. Kyseisen mallin avulla asiakkaan tarvitsemää seksuaalineuvonnan tai -terapien tasoa sekä käytettävää neuvonta- tai hoitomenetelmää voidaan arvioida. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman mukaan perusterveydenhuollossa sivutaan seksuaalisuutta lukuisissa työtehtävissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007,

29). Aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista tulisi lisätä kaikissa palveluissa ja on huomattava, että puheeksi ottaminen kuuluu koko hoitohenkilökunnalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 29; Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2010). Esko-Asikaisen (2000, 74–83) tulosten mukaan lähes kaikki vastaajat (N=151) kokivat, että heidän osastollaan ilmenee tilanteita, jolloin seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta tulisi antaa potilaalle (n=149). Kirurgisen osaston kyselyyn vastanneet hoitajat halusivat kaikki myös poistaa potilaan epätietoisuutta tai pelkoa. Seksuaalisuuteen liittyvää koulutusta saaneet hoitajat olivat herkempiä huomaamaan seksuaalineuvontaa vaativia tilanteita.

Tässä opinnäytetyössä seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan tilannekohtaista, mahdollisesti kertaluontoista, koko henkilökunnalle kuuluvaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista potilasta kunnioittaen.

3.2.1 Puheeksi ottamisen-malli

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille terveydenhuollossa toimiville. Mallin avulla opastetaan hoitohenkilökuntaa ottamaan seksuaalisuus mukaan keskusteluun ja neuvontaan. Tärkeää on neuvoa sairauden tai elämäntilanteen vaikutuksista asiakkaan seksuaalisuuteen ja mahdolliseen parisuhteeseen, sillä seksuaaliterveys on olennainen osa terveyttä. Potilaalle tulisi selvästi ilmaista, että seksuaalisuudesta saa esittää kysymyksiä ja niihin annetaan vastauksia. Hoidettavan yksikön tehtävänä on hankkia tietoa miten asiakkaiden tilanteet ja sairaudet vaikuttavat seksuaalisuuteen. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla tarjota asiakkaalle päivitettyä kirjallista tietoa elämäntilanteen, sairauden tai tutkimusten vaikutuksista seksuaalisuuteen. Seksuaalisuutta käsittelevä keskustelu tai neuvonta tulisi kirjata potilastietoihin. Puheeksi ottamisen -malli on kuvattu tarkemmin seuraavalla sivulla kuviossa 1. (Bildjuschkin 2010.)

Kuvio 1. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. (Bildjuschkin 2010.)



3.2.2 PLISSIT-malli

Seksuaalineuvonnassa ja -terapiassa voidaan hyödyntää Annonin luomaa PLISSIT-kaaviota. Mallin avulla asiakkaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan tai -terapian tasoa sekä käytettävää neuvonta- tai hoitomenetelmää voidaan arvioida. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51.) Kyseisessä mallissa on neljä eri tasoa, joista kahta ensimmäistä tasoa käyttää perusterveydenhuollossa ja kahta viimeisintä tasoa käytetään yleensä erikoispalveluissa, kuten seksuaaliterapiassa (Ilmonen 2006, 47).

Ensimmäinen PLISSIT-mallin taso on luvan antaminen, joka tarkoittaa myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen, sen kaikissa ilmenemismuodoissa (Ilmonen 2006, 47). Luvan antaminen voi olla myös tiedon antamista, esimerkiksi sukupuolielinten anatomiasta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 54). Luvan antaminen merkitsee asiakkaalle sitä, että hän saa sanallisen tai sanattoman viestin siitä, että hän on normaali. Kyse voi olla esimerkiksi itsetyydytyksestä tai fantasioista, joiden perus-

teella asiakas tuntee itsensä poikkeavaksi, tai kokee aiheeseen liittyvää häpeää tai pelkoa. Luvan antamiseen sisältyy myös asioiden normalisointi, jolloin potilas yleensä helpottuu kuullessaan ongelman tai tunteen olevan tavallinen. (Ilmonen 2006, 47.) Asiakkaan on tärkeää saada kuulla, että muillakin samaa sairautta sairastavilla on samanlaisia pulmia ja tunteita (Ryttläinen & Valkama 2010, 54).

PLISSIT-mallin toinen taso on rajatun tiedon antamista. Rajattua tietoa annetaan potilaalle juuri siihen asiaan, josta häneltä puuttuu tietoa. Rajattua tietoa on sellainen tieto, joka liittyy seksuaalisuuteen tai seksuaalisuuden erityistilanteisiin, joita voi olla esimerkiksi sairastuminen, lääkitys tai sukupuolielinten anatomia. (Ryttläinen & Valkama 2010, 52; Ryttläinen & Virolainen 2009, 4). Erityisohjeiden antaminen ja intensiivinen terapia ovat PLISSIT-mallin kaksi viimeisintä tasoa, joita toteuttaa esimerkiksi erikoislääkäri, seksuaali- tai pariterapeutti (Ryttläinen & Valkama 2010, 55).

4 KIRURGISEN POTILAAN SEKSUAALINEUVONTA

Kirurgisella vuodeosastolla tai kirurgian poliklinikalla toteutetaan kirurgisen potilaan hoitotyötä. Hoitotyön tavoitteena on, että potilas saa mahdollisesti parantavan hoidon sairauteensa tai oireisiinsa tai lievitystä niihin. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466.) Kirurgisen potilaan hoito muodostuu useimmiten leikkausta edeltävästä, leikkauksen aikaisesta ja jälkeisestä hoidosta (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20).

Preoperatiivinen vaihe, eli leikkausta edeltävä vaihe alkaa leikkauspäätöksestä ja päättyy kun potilas siirtyy leikkausosaston vastuulle. Preoperatiivisessa vaiheessa hoitohenkilökunnan keskeinen tehtävä on kerätä potilastiedot, tehdä tarvittavat tutkimukset sekä ohjata potilasta ja hänen läheisiään. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.)

Intraoperatiivinen vaihe koostuu leikkauksen aikaisesta ajasta, joka päättyy kun potilas siirtyy valvontayksikköön. Intaroperatiivisessa toiminnassa oleellisinta on moniammatillinen ryhmätyö, joka tapahtuu sekä välillisesti että välittömästi. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20–21.)

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoito alkaa silloin, kun potilas on siirtynyt valvontayksikköön ja päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. Useimmiten postoperatiivinen hoito katsotaan kestävän ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään. Postoperatiivisessa hoitotyössä potilaan tilaa tarkkaillaan ja arvioidaan. Potilaan hyvinvointia tuetaan suullisilla ja kirjallisilla ohjeistuksilla. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 21–22.)

Tässä opinnäytetyössä kirurgisella potilaalla tarkoitetaan yleiskirurgiseen, gastroenterologiseen, urologiseen, verisuoni-, keuhko- tai plastiikkakirurgiseen, ortopediseen tai traumatologiseen erikoisalaan kuuluvaa potilasta.

Leikkaushoito saattaa muuttaa potilaan sisäistä tai ulkoista minäkuvaa. Toimenpiteet, joissa joudutaan poistamaan seksuaalisuuteen vaikuttava elin tai elimet, tai esimerkiksi kasvonalueelle kajoavat toimenpiteet saattavat sivuvaikutuksena häiritä seksielämää toiminnallisella tai elimellisellä tasolla. (Suomen Syöpäpotilaat Ry 2001, 4.) Esimerkiksi avanneleikkaus voi aiheuttaa potilaalle seksuaalisen itsetunnon laskua sekä potilas mahdollisesti tuntee itsensä epämiellyttäväksi (Ryttyläinen & Valkama 2010, 122). Leikkauksen myötä syntyvät arvet voivat omalta osaltaan murtaa itsetuntoa ja ihminen saattaa kokea olevansa rikkinäinen. Potilas voi minäkuvan rikkouduttua kokea itsensä luotaantyöntäväksi, ja pelätä ettei ole enää kelvollinen kumppani. Potilaat, jotka eivät ole parisuhteessa voivat huolestua tulevaisuudestaan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa sekä parisuhteen mahdollisuudesta. (Suomen Syöpäpotilaat Ry 2001, 6.)

Rinnan poisto tai osapoisto aiheuttaa yleisesti rikkinäisyyden tunnetta. Nainen voi kokea menettävän naiseutensa. Pelot kumppanin reaktiosta tai uusien ihmissuhteiden luomisesta ovat todellisia. Arven näyttäminen kumppanille jo sairaalassa siteidenpoiston yhteydessä saattaa madaltaa kynnystä molemmin puolin, sillä kokemus on myös kumppanille pelottava. (Suomen Syöpäpotilaat Ry 2001,10.)

Miehille erektiokyvyllä, kyvyllä tyydyttää kumppani ja sukupuolielimillä on tärkeä merkitys. Pelot ovat naisten kanssa samankaltaisia, kuten ihmissuhteiden solmiminen jatkossa ja kumppanin reaktiot. Eturauhassyövässä kaikki hoitomuodot saattavat vaikuttaa erektiokykyyn. Kivessyövän hoitomuodot aiheuttavat useille aluksi erektio-ongelmia, jotka myöhemmin poistuvat. Yleinen huoli koskeekin erektiokyvyn palautumista. (Suomen Syöpäpotilaat Ry 2001, 15.)

Seppänen (2010, 6, 20) selvitti opinnäytetyössään ensimmäisen kerran suoliavanneleikkauksen läpikäyneiden potilaiden näkemyksiä suoliavanneohjauksesta sairaalasaoloaikana kyselylomakkeella (n=14). Kyselyyn vastanneista enemmistö (n=11) koki saavansa keskustella suoliavanteen vaikutuksista ihmissuhteisiin täysin riittävästi tai melko riittävästi. Yli puolet vastaajista (n=9) koki myös saavansa tietoa täysin tai melko riittävästi sukupuolisesta kanssakäymisestä tai niihin liittyvistä ongelmista. Kolme vastaajaa ei mielestään saanut lainkaan riittävästi ja kaksi ei saanut ollenkaan tietoa sukupuolisesta kanssakäymisestä tai niihin liittyvistä ongelmista. Vastaajista enemmistö koki saavansa täysin, tai melko riittävästi tietoa suoliavanteen vaikutuksista itsetuntoon (n=11) tai ulkonäköön (n=12). Lisäohjausta muun muassa sukupuolisesta kanssakäymisestä toivoi kolme vastaajaa.

Jo hoidon suunnitteluvaiheessa tulisi potilaalle antaa tietoa miten toimenpide vaikuttaa mahdollisesti parisuhteeseen, naiseuteen, mieheyteen ja seksiin, potilaan taustatekijät huomioiden. Potilaan kumppani tulee ottaa mukaan keskusteluun potilaan halutessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 152.)

Aittila ja Kuusela (2008, 26, 30–31). selvittivät opinnäytetyössään kyselylomakkeella naistentautien ja naistentautien poliklinikan asiakkaiden mielipiteitä seksuaalineuvonnasta. Kaikista vastanneista (N=54) 53 % oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille. Suurin osa (78 %) ei kokenut kuitenkaan tarvitsevänsä seksuaalineuvontaa. Kaikki ketkä opinnäytetyön mukaan kokivat tarvitsevänsä seksuaalineuvontaa (n=5) olivat parisuhteessa ja halusivat kumppaninsa mukaan keskusteluun.

On kuitenkin huomioitava, että potilaan tiedontarve vaihtelee sairaudesta ja yksilöllisyydestä riippuen. Hoitajan tulee tarjota potilaalle mahdollisuuksia keskustella seksuaalisuudesta esimerkiksi yhdellä hienotunteisella kysymyksellä, jotta potilas kokee luvalliseksi puhua seksuaalisuudesta kyseisen hoitajan kanssa tarvittaessa. Kohdenettua tietoa tulee antaa oikea-aikaisesti erityisesti sairauden, toimenpiteiden tai hoitojen merkityksestä seksuaalisuuteen ja sen toimintoihin. Rakasteluasennot, seksiapuvälineet tai esimerkiksi liukuvoiteet tulisi ottaa keskustelussa esille. Hoitojakson aikana potilaan kanssa voidaan pohtia miten vaikutuksia seksuaalisuuteen voidaan lieventää, miten tilanteeseen sopeutumista voidaan helpottaa ja millaista tukea potilas tarvitsee. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 151–154.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgiselle potilaalle. Tarkoituksena on myös selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kirurgisten potilaiden seksuaalineuvontaa.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Minkälaisia asenteita ja uskomuksia hoitohenkilökunnalla on seksuaalineuvontaa kohtaan?
2. Miten seksuaalineuvonnan antaminen toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä?
3. Miten seksuaalineuvontaa tulisi hoitohenkilökunnan mielestä kehittää?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus suoritettiin käyttäen kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmämuotoa eli triangulaatiota. Triangulaatio edellyttää tutkijalta tietoisuutta tutkimuksensa tarkoituksesta. Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän triangulaatio voidaan toteuttaa tutkimusprosessissa samanaikaisesti, jolloin tutkittavana on sama ongelma. Aineisto kerätään samanaikaisesti eikä toinen aineisto vaikuta mitenkään toisen keräämiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 225–226, 229.)

Triangulaatiota päädyttiin tässä opinnäytetyössä käyttämään siksi, että kyselylomake sisältää sekä strukturoituja Likertin-asteikon avulla kysytyjä kysymyksiä, sekä avoimia kysymyksiä, johon vastataan vapaamuotoisesti. Tutkimusongelmat pyrkivät selventämään hoitohenkilökunnan omia kokemuksia ja asenteita, jotka siis jo osaltaan viittaavat laadulliseen tutkimukseen. Likertin-asteikon avulla kysytyt kysymykset, sekä niiden avulla saadut vastaukset saatettiin tilastolliseen muotoon, joka taas puolestaan viittaa määrälliseen tutkimukseen.

6.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Satakunnan sairaanhoitopiirin kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevä hoitohenkilökunta. Kohderyhmään sisältyi Rauman aluesairaalan kirurginen osasto RC3, Satakunnan keskussairaalan gastroenterologinen kirurginen vuodeosasto B3, kirurginen vuodeosasto N2A sekä ortopedian ja traumatologian vuodeosasto N2B.

Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla RC3:lla hoidetaan yleiskirurgian, ortopedian, urologisia, gynekologian sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaita. Tässä opinnäytetyössä gynekologiset, sekä korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaat rajattiin opinnäytetyöstä pois.

Kirurgisen osaston B3:n potilaskunta koostuu gastroenterologisista potilaista, joita ovat muiden muassa maksa- ja haimakirurgia, maha- ja suolistokirurgia sekä sappikirurgia. Kirurginen osasto N2A sisältää myös useita erikoisaloja. Osastolla on muiden muassa urologisia potilaita, verisuoni-, keuhko- ja plastiikkakirurgian potilaita. N2A:lla hoidetaan myös muiden erikoisalojen potilaita tarvittaessa osastosulkujen vuoksi. N2B:n erikoisaloihin kuuluu ortopedia ja traumatologia. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2009.) Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Otokseen valittiin kaikki yllämainituissa työyksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta, jolloin otoksen kooksi muodostui 112.

6.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin vakioidulla kyselylomakkeella (Liite 2). Vakioiminen tarkoittaa sitä, että kaikilta kysytään samat asiat, täsmälleen samalla tavalla (Vilka 2005, 73). Kyselylomakkeeseen päädyttiin sillä perusteella, että aihe on monille varmasti arka, jolloin kyselylomake mahdollistaa vastaamisen mahdollisimman rehellisesti. Kyselylomakkeella tehdyn aineistonkeruun riskinä on alhainen vastausprosentti. (Vilka 2005, 74.) Standardoidussa kyselylomakkeessa kysymykset esitetään samalla tavalla kaikille vastaajille. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kysyä useita asioita ja aineistoa voidaan kerätä laajemmin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193, 195.)

Kyselylomakkeena käytettiin valmista kyselylomaketta, jota on jo käytetty aiemmissä tutkimuksissa. Taustatiedot kehitettiin tätä opinnäytetyötä varten. Kyselylomake jaettiin kolmeen suurempaan asiakokonaisuuteen. Ensimmäinen kokonaisuus koostui taustatietojen kartoittamisesta (kysymykset 1-5).

Kyselylomakkeen toisena suurempana kokonaisuutena käytettiin The Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) – mittaria, joka kartoittaa henkilökunnan uskomuksia ja asenteita seksuaaliasioiden käsittelyssä osana potilasohjausta. SABS- mittarissa on 12 väittämää (kysymykset 6-17), joihin vastataan käyttämällä 6-portaista Likertin asteikkoa. SABS- mittarin suomennettua versiota käytettiin Petäjän (2010) opinnäytetyössä.

Kyselyn kolmannessa suuressa kokonaisuudessa kartoitettiin seitsemällä avoimella kysymyksellä (kysymykset 18-23) seksuaalineuvonnan toteutumista ja sen kehittämistä. Petäjän (2010) opinnäytetyössä käytettyjä avoimia kysymyksiä muokattiin siten, että kysymykset suunnattiin kirurgisia potilaita hoitaville. Avoimia kysymyksiä päädyttiin käyttämään, koska ne mahdollistavat vastaajan ilmaisemaan itseään vapaamuotoisesti ja esiin voi nousta asioita, joita ei esimerkiksi Likertin -asteikon avulla olisi saatu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 201). Petäjältä saatiin lupa sekä SABS -mittarin suomennetun version käyttöön että avoimien kysymysten käyttöön asianmukaisin lähdeviittein. Alkuperäisen SABS- mittarin kehittäjältä Magnanilta saatiin lupa mittarin käyttöön sähköpostitse.

Kyselylomake tulisi aina esitellä ennen mittarin varsinaista käyttöä. Esitestauksen tarkoituksena on saada muutamaa perusjoukkoa vastaavaa ihmistä arvioimaan kriittisesti kyselylomaketta. (Vilka 2005, 88.) Kyselylomaketta esiteltiin helmikuussa 2011 (N=5) Eurajoen terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevillä sairaanhoitajilla. Eurajoen vuodeosastolla hoidetaan myös kirurgisia potilaita. Esitestaukseen pyydettiin lupa vastaavalta sairaanhoitajalta sekä vanhustyön johtajalta. Esitestauksen pohjalta muutoksia ei tehty, sillä esitestaajien mielestä kyselylomake oli toimiva. Yhden vastaajan mielestä lomake oli hieman pitkä, mutta lomaketta ei kuitenkaan sen perusteella lähdetty supistamaan. Tarkkasilmäisimmät vastaajat huomasivat esitestauskyselylomakkeesta puuttuvan yhden kysymysnumeron, joka korjattiin välittömästi. Kahden avoimen kysymyksen paikkaa vaihdettiin esitestauksen jälkeen keskenään (kysymys 18. ja 19.).

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, joka käsitteli hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan, saatiin vastaus kysymyksillä 6-17. Toiseen tutkimusongelmaan, joka käsitteli hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan toteutumisesta, saatiin vastaus kysymyksillä 18–21. Kolmanteen tutkimusongelmaan, jolla kartoitettiin hoitohenkilökunnan kehittämistarpeita, saatiin vastaus kysymyksillä 22–23.

Tutkimuslupa-anomus lähetettiin huhtikuussa 2011. Tutkimuslupa (Liite 4) saatiin 5.5.2011. Kyselylomakkeet ja palautuslaatikko toimitettiin kaikille osastoille 17.5.2011. Kyselylomakkeet toimitettiin osastoille avoimissa kirjekuorissa ja saatekir-

jeessä (Liite 1) vastaajia kehoitettiin palauttamaan täytetyt kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon. Rauman aluesairaalan kirurgiselle osastolle RC3:lle toimitettiin 30 kyselylomaketta, Satakunnan keskussairaalaan gastroenterologisen kirurgian vuodeosastolle B3:lle 32, kirurgian vuodeosastolle N2A:lle 20 sekä N2B:lle, eli ortopedian ja traumatologian vuodeosastolle 30 kyselylomaketta. Kyselylomakkeet noudettiin osastoilta 8.6.2011, eli aineistoa kerättiin kolme viikkoa.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Vastaajien taustatiedot ja SABS- mittarin tulokset käsiteltiin Microsoft Exel 2007-ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysiä mahdollisimman systemaattisesti. Induktiiviseen päättelytapaan päädyttiin siksi, että asiasta ei vielä juuri tiedetä ja aikaisempi tieto on hajanaista. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa tavassa kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmat ohjaavat niitä. Aineiston analyysissä edetään pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain ja raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä pelkistäminen on vaiheista ensimmäinen. Pelkistämävaiheessa aineiston alkuperäisilmaisut kirjoitettiin ylös erilliselle paperille, jonka jälkeen vastauksia arvioitiin tutkimusongelmien ja kyselylomakkeen kysymysten pohjalta. Vastauksia pelkistettiin, mutta kuitenkin siten että ne eivät muuttaneet merkitystään. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26, 28.)

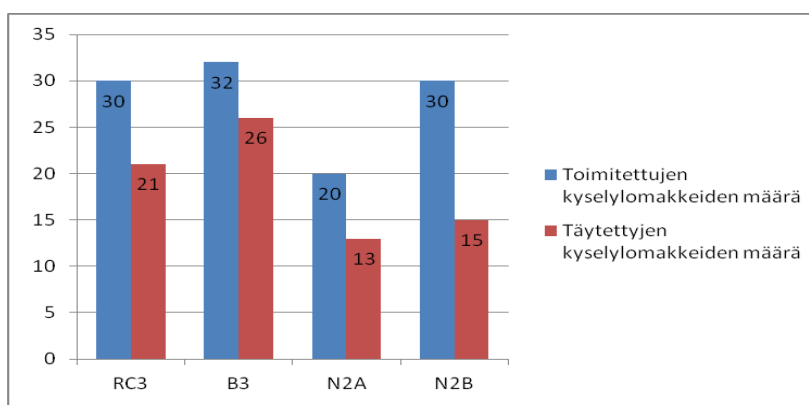
Pelkistämisen jälkeen aineistoa alettiin ryhmitellä, jolloin etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kun pelkistettyjä ilmaisuja oli saatu ryhmiteltyä selvemmiiksi luokiksi, nimettiin luokat parhaiten luokkaa kuvaavalla nimellä. Abstrahointi vaiheessa yhdistettiin jo aiemmin muodostetut ja nimetyt luokat uusiksi luokiksi, jolloin saatiin muodostettua yläluokkia. Yläluokista saatiin vielä muodostettua pääloukkaa, joka nimettiin siten, että se kuvasti kaikkia yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 28–29.) Avoimet kysymykset kvantifioitiin, eli laskettiin vastaajien kommenttien lukumäärällinen esiintyminen kaikissa vastauksissa. Kommenttien lukumäärät merkittiin taulukkoon, johon vastaukset oli ryhmitelty. Kvantifioin-

nissa ei huomioitu pelkästään kommentteja yhdistäviä sanoja, tai lauseita, vaan kvantifioinnissa huomioitiin myös vastaajien käyttämät kiertoilmaisut.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

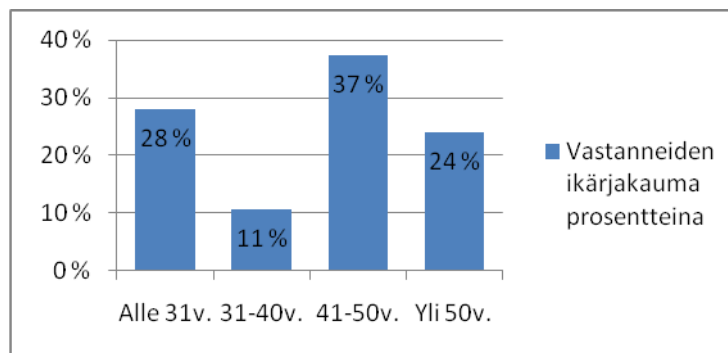
Osastoille toimitettiin yhteensä 112 kyselylomaketta, joista palautui 75 kyselylomaketta. Vastausprosentiksi muodostui 67 %. Kaikilta osastoilta kyselylomakkeista palautui täytettyinä suhteessa toimitettuun määrään puolet, tai yli puolet (Kuvio 2).



Kuvio 2. Toimitetut ja täytetyt kyselylomakkeet osastoittain.

Kyselyyn vastanneista enemmistö oli naisia ($n=70$), vastanneista neljä oli miehiä. Yksi vastaaja ei ilmoittanut sukupuoltaan. Kyselyyn oli vastannut sekä sairaanhoitajia että perushoitajia. Sairaanhoitajia vastanneista oli 85 % ja perushoitajia 15 %. Työkokemusta enemmistöllä (43 %) vastanneista oli alle 11-vuotta. Yli 30-vuoden työkokemus oli 15 prosentilla vastaajista. Loput vastaajat jakautuivat työkokemuksensa perusteella 11- ja 30-vuoden välille.

Älttäen suurin osa vastaajista oli 41-50 vuotiaita. Vastaajista reilu neljännes oli alle 31-vuotaita. Lähes neljäsosa vastaajista ilmoitti olevansa yli 50-vuotias. Vähiten tutkimukseen osallistui 31-40-vuotiaita. Vastanneiden ikäjakaumaa kuvaava kuvio seuraavalla sivulla. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastanneiden ikäjakouma prosentteina.

7.2 Hoitohenkilökunnan asenteet ja uskomukset seksuaalineuvontaa kohtaan

Hoitotyöntekijöiden asenteita ja uskomuksia kartoitettiin kysymyksillä 6-17 (Liite 2). Vastaajilla oli mahdollisuus vastata asteikolla 1-6, olevansa samaa mieltä, tai eri mieltä. Vastauksia analysoitaessa vastaukset yhdistettiin vain asteikolle samaa mieltä – eri mieltä taulukon luettavuuden helpottamiseksi.

Suurin osa vastaajista ei koe ymmärtävänsä miten potilaiden sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa potilaan seksuaalisuuteen. Keskustellessaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista potilaiden kanssa vastanneista hoitotyöntekijöistä 72 % tuntee olonsa vaivaantuneeksi, ja 90 % kokee, että seksuaalisuus on liian yksityinen asia keskusteltavaksi. Vastaajista lähes kolme neljästä kokee, etteivät sairaalahoidossa olevat potilaat ole liian sairaita ollakseen kiinnostuneita omasta seksuaalisuudestaan. Potilaan kysyessä seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen 91 % vastanneista neuvoo potilasta kysymään asiaa lääkäriltä. Vastaajista 92 % oli sitä mieltä, että hoitotyössä hoitajan velvollisuuteen ei kuulu luvan antaminen potilaalle puhua seksuaalisuutta koskevista huolenaiheista. Vastaajien asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan on esitetty seuraavalla sivulla taulukossa 1. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien asenteet ja uskomukset seksuaalineuvontaa kohtaan.

	Samaa mieltä	Eri mieltä
6. Seksuaalisuudesta keskusteleminen on oleellista potilaan terveyden edistämiseksi	45 %	55 %
7. Ymmärrän miten potilaiden sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa heidän seksuaalisuuteensa	13 %	87 %
8. Tunnen oloni vaivautuneeksi keskustellessani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	72 %	28 %
9. Verrattuna useimpiin hoitajiin joiden kanssa työskentelen, minun on helpompi puhua potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	74 %	26 %
10. Useimmat sairaalahoitossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta	27 %	73 %
11. Varaan aikaa keskustellakseni potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	49 %	51 %
12. Aina kun potilaat kysyvät minulta seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen, neuvon heitä keskustelemaan asiasta lääkäriänsä kanssa	91 %	9 %
13. Luotan omiin kykyihini vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	35 %	65 %
14. Seksuaalisuus on liian yksityinen asia, jotta siitä voisi keskustella potilaan kanssa	90 %	10 %
15. Hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	8 %	92 %
16. Seksuaalisuudesta pitäisi puhua vain potilaan omasta aloitteesta	55 %	45 %
17. Potilaat odottavat hoitajien kysyvän heidän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheistaan	66 %	34 %

7.3 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan toteutumisesta

Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan toteutumisesta kartoitettiin kysymyksillä 18–21 (Liite 2). Hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalisuutta koskevista keskusteluista potilaiden kanssa kartoittavaan kysymykseen vastasi kaikista vastanneista (N=75) 66 vastaajaa. Lähes puolet vastanneista ilmoitti, ettei kokemusta ollut, tai kokemukset seksuaalisuutta koskevista keskusteluista olivat todella vähäisiä. Vastauksista ei noussut suoranaisesti negatiivisia kokemuksia esille. Pieni osa ilmoitti kokemusten olevan myönteisiä, tai että keskustelut koettiin luonnollisena. Keskustelujen koettiin kuuluvan myös osaksi potilasohjausta (Liite 5). Seuraavaksi esitetään vastauksista suoria lainauksia:

”Asiat kuuluvat yhtenä osana potilaan ohjaukseen, kokemukset positiivisia.”

”Kokemusta on todella vähän. Asiasta tulee harvoin keskusteltua potilaiden kanssa...”

Vastauksista nousi esille erityisalojen potilasryhmiä, joiden kanssa seksuaalisuuteen liittyviä asioita käydään läpi, tai potilaat kysyvät asioista itse. Avannepotilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustellaan ja potilaat ovat useimmiten itsekin niistä kiinnostuneita. Urologiset miespotilaat ovat rohkeita kysymään asioista itse, toisaalta osan mielestä miehet ovat ujompiä keskustelemaan kuin naiset. Myöskin syöpäpotilaille seksuaalisuutta koskevaa tietoa annetaan. Vastauksia saatiin myös koskien gynekologisia potilaita, mutta ne jätettiin raportoimatta, sillä se potilasryhmä oli rajattu opinnäytetyöstä pois ja se oli ilmoitettu vastaajille myös kyselylomakkeen alussa (Liite 5). Esimerkkejä vastauksista:

”Usein kysytään milloin voi aloittaa yhdynnän.”

”Potilaat ottavat seksuaaliasiat puheeksi useimmiten jos ovat avanneleikattuja.”

”Urologiset potilaat kysyvät ja heitä opastetaan...”

Muutama vastaaja toi esille, että kotiutuksen yhteydessä asioista keskustellaan. Neljä vastaajaa koki, ettei keskusteluille ole aikaa lyhyiden hoitajaksojen vuoksi. Potilaat saattavat ohjata hoitajaa kohti keskustelua huumorin turvin, tai kysyä asioista rohkeasti. Osan kokemusten mukaan potilaat eivät kysy, tai kyselevät vähän seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Liite 5.)

Hoitohenkilökunnan kokemuksia puheeksi ottamisesta kartoittavaan kysymykseen vastasi 66 vastaajaa. Kokemukset puheeksi ottamisesta olivat enemmistön mukaan myönteisiä. Puheeksi ottaminen koettiin pääosin luonnollisena ja normaalina. Osa vastaajista koki seksuaalisuuden puheeksi ottamisen kuuluvan osaksi hoitotyötä. Suuri joukko vastaajista oli sitä mieltä, että puheeksi ottaminen helpottuu huomattavasti, jos potilas tekee aloitteen. Vastaajien kokemukset olivat myös vaihtelevia potilaasta riippuen (Liite 6).

”Se on osa hoitotyötä, kuuluu tähän työhön siinä missä mikä tahansa muukin asia.”

”Se on hyvin luontevaa, jos potilas kokee sen tarpeelliseksi ja asiasta vähänkin ilmaisee.”

”Asiallisen potilaan kanssa ei ongelmia.”

Osa vastaajista kokee puheeksi ottamisen hankalaksi tai kiusalliseksi. Puheeksi ottamisen vaikeutta lisää myös hoitajien kokema tiedon puute. Yksitoista vastaaja ilmoitti, ettei ota asiaa puheeksi potilaan kanssa. Kuusi heistä voi kuitenkin asiasta keskustella, mikäli potilas asiasta kysyy. Osa vastaajista nosti esille ajan puutteen ja kiireen jonka vuoksi puheeksi ottaminen jää tekemättä. Tai vastaavasti muut asiat ovat tärkeämpiä ja menevät seksuaalisuudesta keskustelemisen edelle. (Liite 6.)

”Potilaat eivät juurikaan kysele, enkä koe että minun tulee ottaa asia esille elleivät tee aloitetta...”

”Enemmän tarvis aikaa hoitotyölle jotta siihen voisi paneutua, aikaa keskusteluille liian vähän.”

”Vaikeaksi, koska koen että oma asiantuntemus ei siihen riitä.”

7.3.1 Seksuaalisuuden puheeksi ottamista edistävät tekijät

Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisen edistävistä tekijöistä hahmotui vastausten perusteella neljä pääluokka; potilaaseen, hoitajaan, tilanteisiin sekä kollegoihin liittyvät tekijät. Kysymykseen vastasi 63 hoitotyöntekijää. (Liite 7.)

Reilusti suurin luokka koostui potilaaseen liittyvistä tekijöistä. Kaikista kysymykseen vastanneista yli puolet oli sitä mieltä, että potilaan aloite, sekä kiinnostus aiheeseen edistää puheeksi ottamista. Vastauksista edistävänä tekijänä nousivat esiin myös po-

tilaan taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli tai se, että potilaan parisuhdetilanne oli tiedossa. Potilaalla oleva selvä ohjauksen tarve tai sairauden selvä vaikutus seksuaalisuuteen edisti puheeksi ottamista. (Liite 7.)

”Kokemus sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen.”

”Potilaan aloite.”

”Jos potilas on nuori/perheellinen + haluaa itse keskustella asiasta.”

Hoitajiin liittyviä edistäviä tekijöitä kertyi huomattavasti vähemmän. Hoitajien tieto, kokemukset ja rohkeus olivat vastauksista nousseita edistäviä tekijöitä. (Liite 7.)

”Kokemus, tieto. Ottamalla vaan rohkeasti puheeksi asia. Potilasohjeissa maininta asiasta.”

Tilanteeseen liittyvissä tekijöissä mainittiin eniten kotihoito-ohjeiden vaikutus edistävästi puheeksi ottamiseen. Potilasohjeet, kuten kotiutusohjeissa oleva maininta seksuaalisuudesta edistää puheeksi ottamista. Kotiutustilanne saattaa helpottaa puheeksi ottamista, sillä usein läpi käydään mahdolliset ohjeet ja potilaalla on muutenkin mahdollisuus kysellä kaikenlaista. Vastauksista ilmenee myös hoitotoimien mahdollistavan puheeksi ottamisen. Rauhallinen tila, hyvä hoitosuhde sekä työyhteisön/esimiehen kannustus ja kollegoiden apu ovat vastaajien luettelemia edistäviä keinoja. (Liite 7.)

”Kotihoito-ohjeissa maininta ”sukupuolielämä”, siitä on usein helppo lähteä juttelemaan asiasta.”

”...Ehkä jokin luonnollinen tilanne ottaa asia puheeksi esim. aamu/iltatoimien aikaan.”

7.3.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottamista estävät tekijät

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisella on myös estäviä tekijöitä. Estävistä tekijöistä hahmottui myöskin suurempia luokkia; potilaisiin, hoitajiin ja tilanteisiin liittyvät tekijät. Estäviä tekijöitä koskevaan kysymykseen vastasi 52 hoitotyöntekijää. Vastajat luettelivat estäviksi tekijöiksi muiden muassa potilaan haluttomuuden keskustella asiasta. Potilaan kaksimielisyys, vitsailu tai epäasiallisuus lueteltiin estäviksi tekijöiksi. Potilaan ikä ja rajoitukset leikkauksen jälkeen nousivat myös esille. (Liite 8.)

”Jos potilas tyrmää keskustelun heti. Ei halua puhua asiasta...”

”Pot:n kivuliaisuus leikkauksen jälkeen.”

Hoitajiin liittyvistä estävistä tekijöistä nousi suurimpana tekijänä esiin hoitajan tiedon puute, sekä hoitajan ajatus siitä, että keskustelulle ei ole tarvetta. Myös kiusantuneisuuden tunne, tai hoitajan nuori ikä mainittiin. (Liite 8.)

”En koe olevani asiantuntija seksuaaliasioissa.”

”Ei ole ollut aikaa. Ei ole ollut tapana puhua asiasta.”

”...Ehkä koen usein ettei ole tarpeen keskustella asiasta.”

Usean potilaan huoneet, rauhallisen tilan puute, ja kiire nousivat vastauksista estäviksi tekijöiksi. Muiden asioiden mennessä edelle, jää puheeksi ottamisen vähemmälle. (Liite 8.)

”Yksityisyyden puute monen hengen huoneessa.”

7.4 Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan kehittämisestä

Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan kehittämisestä kartoitettiin kysymyksillä 22–23 (Liite 2). Kyselylomakkeessa kartoitettiin hoitohenkilökunnan tie-

toja koskien sairauksien, lääkkeiden ja kirurgisten toimenpiteiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tähän kysymykseen vastasi 69 hoitotyöntekijää. Kysymykseen vastanneista reilu enemmistö koki, ettei tietoa ollut tarpeeksi. Erityisesti lääkkeiden vaikutukset seksuaalisuuteen olivat vastaajien mielestä vieraita. Vastaajat kokivat, että opiskelujen yhteydessä seksuaalisuuteen liittyviä asioita ei juuri käsitelty. Asioista kaivattaisiin lisää tietoa esimerkiksi luentojen muodossa. (Liite 9.)

” Ei. Ei siitä ole saatu koulutusta ja kokemus asioista on vähäistä.”

”Ei ole tarpeeksi. Lisäkoulutukset olisi tarpeellisia”

”Lääkkeiden vaikutuksista vähän.”

”Ei varmasti ole. Ei niitä asioita opetella koulussa tai kirjoiteta hoitotyön kirjoissa juurikaan.”

Kahdeksan vastanneista koki omaavansa tarpeeksi tietoa. Muutama vastaajista koki tietävänsä oman osastonsa/erikoisalansa toimenpiteiden vaikutukset potilaiden seksuaalisuuteen. Mikäli tietoa puuttuu ja sitä tarvitsee, voi asiasta kysyä esimerkiksi lääkäriltä, tai selvittää asian muilla keinoin itse. Tarvittaessa potilaan voi ohjata muualle. (Liite 9.)

”Kyllä on. Kirjoista lukemalla, lääkäreiltä kysymällä.”

”...Oman os:n potilasta: toimenpiteiden vaikutukset tiedän.”

”Jos tunnen, etten tiedä, ohjaan lääkärin ja/tai seksuaaliterapeutin luo.”

Seksuaalineuvonnan ja omien valmiuksien kehittämistä kartoittavaan kysymykseen vastasi 61 hoitotyöntekijää. Enemmistö vastanneista toivoi koulutusta tai luentoja aiheesta, myös seksuaaliterapeutin pitämiä luentoja pidettiin hyödyllisenä vaihtoehtona. (Liite 10.)

”Koulutusta pitäisi lisätä, ja ne ketkä asiasta ”tohtivat” puhua pitäisi koulutukseen päästä.”

”Esim. koulutusta aiheesta kirurg. potilaaseen liittyen.”

”Esim. seksuaaliterapeutti voisi pitää asiasta luennon, tai joku vastaava.”

Kirjalliset ohjeet sekä hoitajille että potilaille, sekä aika ja paikka keskusteluille olivat konkreettisia kehittämissuhteita (Liite 10).

”...Lisää kirjallisia ohjeita asioista.”

”...Luettavaa potilaalle. Aikaa ja paikka keskusteluun.”

Seksuaalisuuden sisällyttäminen tulohaastattelu lomakkeeseen, osaksi kotiutusohjausta, osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä sekä osastolle oman seksuaalisuusvastaavan nimeäminen koettiin helpottavan puheeksi ottamista ja keskustelemista potilaiden kanssa, sekä yhdessä työyhteisön kesken. Koulutusiltapäivissä, tai osastotunneilla toivottiin muistutusta seksuaalisuuden kuulumisesta osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä rohkaisua puheeksi ottamisen edistämiseksi. Koulututtavien seksuaaliterapeutin ammattitaitoa tulisi käyttää enemmän. Tutkittu tieto potilaiden toiveista helpottaisi kehittämään omaa osaamistaan. (Liite 10.)

”Jokaiselle os:lle oma ”seksuaalisuus-vastaava. Asian yhdistäminen tiiviimmin osaksi hoitotyötä. Avoin keskustelu.”

”Pitäisi kysyä potilailta suoraan asioista enemmän.”

”Osastolla olisi hyvä olla asiaan perehtynyt seks.neuvoja...”

”... Ohjausta lisää, esim. miten lähestyä potilasta ko. aiheessa.”

”Esim. tutkittua tietoa siitä, kuinka paljon potilaat tietoa meiltä odottavat. Sen osalta kehittää itseä.”

Neljä vastaajista ei kokenut asiaa tärkeimmäksi tämän hetken kehittämisen kohteeksi, ei ollut motivoitunut kehittämään seksuaalisuus-tietämystään, tai ollut asiasta kiinnostunut. (Liite 10.)

”Mielestäni omalla osastollani ei se ole akuutein asia...”

”En pidä seksuaaliasioita tärkeydessä etusijalla...”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa mitaamisen, aineistonkeruun ja tulosten luotettavuuden suhteen. Mittarin luotettavuudessa eli validiteetissa keskeisintä on se, mitaako mittari sitä mitä sen piti mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231).

Esitestauksella varmistetaan mittarin toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja käytettävyys. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206–207.) Mittari esitestattiin kokonaisuudessaan viidellä sairaanhoitajalla, joka osoitti mittarin olevan ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Mittaria on käytetty myös aiemmissa tutkimuksissa, joka lisää mittarin luotettavuutta. Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209). Mittarin reliabiliteettia on paranneltu esitestaamalla mittari ja kehittelemällä ohjeistava saatekirje kyselylomakkeen alkuun. Virhetekijöihin kuten mittausajankohtaan on pyritty vaikuttamaan välttämällä aineistonkeruuta kesällä, jolloin kesälomat ovat käynnissä. Kysymyksiä saattaa joidenkin mielestä olla kyselylomakkeessa liikaa, mutta karsimalla kysymyksiä pois ei olisi tutkimusongel-

miin saatu vastausta, joten kysymysmäärät pidettiin entisellään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209–210.)

Kyselytutkimusta tehtäessä ei voida varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat kyselyyn vastanneet tai miten hyvin vastaajat ovat selvillä kyseisestä aihealueesta. Vastaamattomuus, eli kato saattaa nousta suureksi joissain tapauksissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 195.) Tässä opinnäytetyössä vastausprosentiksi muodostui 67 %.

8.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikka käsittelee sitä, miten tehdään eettisesti luotettava ja hyvä tutkimus (Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 285). Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen toteutuu eettisesti hyvässä tutkimuksessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23). Tutkija törmää lukuisiin eettisiin kysymyksiin läpi tutkimusprosessin. Jo tutkimusaiheen valintaan saattaa liittyä lukuisia eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23–24; Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 288). Tavallisena lähtökohtana ajatellaan, että tutkimusaiheen tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu, eikä tutkimuksen aihe tai tutkimusongelmat saa loukata ketään. Tutkimuksessa ei tulisi esiintyä väheksyviä oletuksia. (Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 288.) Tämän opinnäytetyön aihe, eivätkä tutkimusongelmat ole loukkaavia, eivätkä ne sisällä väheksyviä oletuksia.

Yksi hyvän käytännön loukkauksista on luvaton lainaaminen (Tutkimuseettinen toimikunta 2002). Tässä opinnäytetyössä kaikista käytetyistä lähteistä on pidetty tarkkoja muistiinpanoja koko tutkimusprosessin ajan, myös lähdemerkintöjen kanssa on pyritty olemaan täsmällisiä ja tarkkoja. Tutkimuksessa on sallittu kaikki 2000-luvulla julkaistut lähteet. Alun perin tarkoituksena oli hyväksyä vain viiden vuoden sisällä ilmestyneet julkaisut, mutta lähteiden niukkuuden vuoksi tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraisesti myös vanhempia lähteitä.

Tietolähteiden valinnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että tutkimuksesta aiheutuu tutkittavalle mahdollisimman vähän haittaa. Tutkittavan joukon valintaa tehtäessä

tutkijan on kiinnitettävä huomiota siihen, että jotkin valinnat saattavat ohjata tutkimustuloksia. Tutkimukseen osallistumisen tulisi olla mahdollista kaikilla tutkittavan ryhmän jäsenillä. (Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 289.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin hoitohenkilökunnalta. Otokseksi valittiin kaikki Satakunnan sairaanhoitopiirin kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevät hoitotyöntekijät, joten kaikilla on yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Otoksen takia ei tulosten pitäisi nojautua tiettyyn suuntaan, koska kaikilla toimijoilla on yhtäläinen vastausmahdollisuus. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen vaatii muun muassa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Alkuperäisiltä mittarin kehittäjiltä on hankittu luvat mittareiden käyttöön, sekä lupa käyttää mittarin suomennettua versiota. Mittareissa käytetään edellytetyjä lähdemerkintöjä.

Aineistonkeruun lähtökohtana on, että tutkittavia kohdellaan kunnioittavasti. Ihmisen arvonn kunnioitukseen sisältyy se, että tutkittaville annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkittavien informoinnin tulee kuitenkin edeltää suostumuksen saamista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 25; Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 290.) Tutkittavia on informoitava tutkimuksesta ja heille on luvattava anonymiteetti. Keskeisintä on kertoa tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta kieltäytyä, tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. (Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 290; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27, 29, 30.) Tutkimukseen osallistujien tulee saada riittävästi tietoa, mutta tutkimuksen tekijän on kuitenkin arvioitava annetun tiedon määrää ja laatua siten, ettei tutkittaville annettu informaatio vaikuta tutkimuksen tuloksiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 30).

Tässä opinnäytetyössä vastaajia informoitiin tutkimuksesta saatekirjeellä. Saatekirjeessä vastaajille luvattiin anonymiteetti, kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta, sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kirjeessä selostettiin myös vastauslomakkeiden hävittämisestä asianmukaisesti heti tutkimuksen valmistuttua. Vaikka aineistoa kerättiin yhteensä neljältä eri osastolta, ei niiden kesken suoriteta vertailua.

Keskeisintä eettisyyden kannalta aineistoa analysoitaessa on, että koko kerättyä aineistoa käytetään. Tutkimustulosten raportointivaiheessa tutkijan ennakoasenteesta johtuva vääristymä ei välttämättä ole tietoinen virhelähde. (Leino-Kilpi & Väimäki 2006, 292–293). Tulokset tulisi raportoida avoimesti ja rehellisesti, ilman että tutkittavien anonymiteetti paljastuu (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31.)

Tätä opinnäytetyötä raportoitaessa koko kerättyä aineistoa käytettiin. Joitain satunnaisia vastauksia ei voitu raportoida niiden puutteellisuuden tai ohjeistuksesta poikkeavan vastaustavan takia. Opinnäytetyötä raportoitaessa ei ennakoasennetta tuloksia kohtaan tunnistettu. Raportoinnissa pyrittiin avoimuuteen ja tarkkuuteen, sekä tutkittavien anonymiteetin säilyttämiseen. Tuloksia tarkastettiin useita kertoja ennen varsinaista raportointia virheiden poissulkemiseksi. Huolimattomuusvirheet pyrittiin minimoimaan tarkalla kirjaamisella ja tarkastamisella.

8.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgiselle potilaalle. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kirurgisten potilaiden seksuaalineuvontaa.

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimusongelma käsitteli hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tulokset osoittavat, että suurimmalla osalla vastaajista on luottamuksen puute omiin kykyihinsä vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista. Vastaajat eivät myöskään koe ymmärtävänsä miten potilaan sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa potilaan seksuaalisuuteen. Tämä johtanee siihen että valtaosa hoitajista vastaa ohjaavansa potilaan keskustelemaan lääkärin kanssa, mikäli potilas esittää heille seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen.

Yli 90 % kokee, ettei hoitotyöntekijän velvollisuuteen kuulu luvan antaminen potilaalle seksuaalisuudesta puhumiselle. Vastaajat kokevat seksuaalisuuden niin yksityi-

seksi asiaksi, ettei siitä tule keskustella potilaan kanssa. Yli puolet vastaajista on kuitenkin sitä mieltä, että potilaat odottavat hoitajien kysyvän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista. Kuitenkin noin puolet vastaajista kokee, että seksuaalisuudesta pitäisi puhua vain potilaan aloitteesta. Hoitajat kokevat seksuaalisuuteen liittyvät keskustelut pääosin vaivaantuneeksi. Vastaajien mukaan potilaat eivät ole liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudestaan.

Toinen tutkimusongelma käsitteli sitä, miten seksuaalineuvonta toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä. Tuloksista selvisi, että suurella joukolla vastaajista ei ole kokemuksia seksuaalisuutta koskevista keskusteluista potilaiden kanssa, tai kokemukset keskusteluista ovat todella vähäiset. Enemmistöllä vastaajista oli puheeksi ottamisesta myönteisiä kokemuksia. He kokivat puheeksi ottamisen luonnollisena tai normaalina, sekä se katsottiin myös kuuluvaksi hoitotyöhön tai ohjaukseen. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin helpompana, jos potilas tekee aloitteen.

Potilaan tekemä aloite, tai potilaan osoittama kiinnostus nousi lähes puolella vastaajista seksuaalisuuden puheeksi ottamista edistäväksi tekijäksi. Myös toimenpiteen tai sairauden selvä vaikutus potilaan seksuaalisuuteen edistää vastausten mukaan puheeksi ottamista. Tulokset ovat yhteneviä muiden tutkimusten kanssa, jossa hoitajat kokevat, että potilaan aloitteesta tapahtuva keskustelu helpottaa puheeksi ottamista, sekä osoittaa samalla myös potilaan tarpeen seksuaalisuuteen liittyvälle neuvonnalle (Esko-Asikainen 2000, 77; Kohonen, Mattila ym. 2004, 37; Petäjä 2010, 44). Lintumäen, Monosen & Silvennoisen (2010, 24) tutkimuksesta ilmenee, että hoitajilla on taitoa kuunnella ja keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mikäli aloite keskustelulle tulee potilaalta itseltään. Kohosen, Mattilan, Mulin & Ojalan (2004, 37) opinnäytetyön mukaan valtaosa hoitajista kokee, että aloite tulisi tapahtua tilanteesta riippuen sekä hoitajan että potilaan aloitteesta. Aittilan ja Kuuselan (2008, 34) tekemän tutkimuksen mukaan naistentautipotilaista yli puolet vastanneista oli sitä mieltä että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille, vaikka noin 80 % heistä ei edes kokenut tarvitsevansa seksuaalineuvontaa.

Vastaajien mukaan maininta seksuaalisuudesta kotihoito-ohjeissa helpottaa myös puheeksi ottamista ja asioiden luontevaa käsittelyä. Myös muissa tutkimuksissa on noussut esiin potilasohjeissa olevan seksuaalisuus-osion helpottavan asioiden käsitte-

lyä (Lintumäki, Mononen & Silvennoinen 2010, 24). Hoitajaan liittyvistä edistävästä tekijöistä nousivat esiin avoimuus ja rohkeus. Hoitajan tieto ja kokemus esiintyivät edistävinä tekijöinä niin tämän opinnäytetyön kuin myös Petäjän (2010, 43) opinnäytetyön tuloksissa.

Hankalaksi tai kiusalliseksi puheeksi ottamisen koki vähemmistö vastaajista. Tulos on jonkin verran yhtenevä muiden tutkimusten kanssa, mutta muista tutkimuksista nousee selvemmin esiin puheeksi ottamisen vaikeaksi kokeminen (Esko-Asikainen 2000, 77; Lintumäki, Mononen & Silvennoinen 2011, 24). Hoitajan tiedon puute tai ajatus siitä ettei ohjaaminen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa ole tarpeen nousi vastauksista estäväksi tekijä puheeksi ottamiselle. Potilaan haluttomuus keskustella asiasta, tai potilaan epäasiallinen käytös ovat tulosten mukaan puheeksi ottamisen estäviä tekijöitä. Kiire ja rauhallisen tilan puute saattavat vastausten mukaan estää puheeksi ottamisen. Puheeksi ottamisen estävistä tekijöistä löytyi yhtäläisyyksiä myös aiemmista tutkimuksista. Petäjän (2010, 45) tulosten mukaan estäviä tekijöitä oli myös hoitajan tiedon puute, tai potilaan haluttomuus keskustella asiasta, rauhallisen tilan puute ja kiire.

Kolmas tutkimusongelma käsitteli sitä, miten seksuaalineuvontaa voitaisiin hoitohenkilökunnan mielestä kehittää. Tulosten mukaan enemmistö (n=43) hoitajista kokee, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa lääkkeiden, toimenpiteiden tai sairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen. Osa vastasi tietävänsä omalla osastolla esiintyvien toimenpiteiden vaikutukset potilaan seksuaalisuuteen. Tulos on yhtenevä useiden tutkimusten kanssa. Esko-Asikaisen (2000, 82) tulosten mukaan 72 % hoitajista kokee, ettei heillä ole riittävästi tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Petäjän (2010, 45) tutkimustulosten mukaan yli puolet naistentautien hoitohenkilökunnasta koki, ettei omaa tarpeeksi tietoa gynekologisista sairauksista ja niiden hoidoista. Hillmanin ja Männistön (2008, 19) kirjallisuuskatsauksesta ilmenee, että hoitohenkilökunnan seksuaaliterveyden edistämisen tiedot ja taidot ovat puutteellisia.

Yli puolet vastaajista (n=37) toivoi koulutuksia tai luentoja koskien seksuaalisuutta. Myös Petäjän (2010, 46) tutkimukseen vastanneet toivoivat lähes kaikki täydennyskoulutusta aiheesta. Esko-Asikaisen (2000, 81) tutkimuksen mukaan opiskeleminen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista helpottaa asiasta puhumista.

8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön edetessä esiin nousi muutama jatkotutkimusehdotus. Erityisen hyödyllistä olisi tutkia kirurgisten potilaiden toiveita ja tarpeita seksuaalineuvonnan suhteen, jonka pohjalta hoitotyöntekijöiden olisi helpompi vastata potilaiden tarpeisiin. Saman tutkimuksen voisi mahdollisesti myös toistaa hoitotyöntekijöille vuosien kuluessa, jolloin nähtäisiin onko muutosta seksuaalineuvonnan suhteen tapahtunut.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voitaisiin hyödyntää kun mietitään hoitohenkilökunnan koulutustarpeita. Tulosten pohjalta voidaan päätellä, että kyselyyn vastanneet kokevat, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa seksuaalisuuteen vaikuttavista tekijöistä, kuten lääkkeistä, sairauksista ja toimenpiteistä. Esimerkiksi kouluttautuneen seksuaalneuvojan pitämä luento, koskien osaston yleisimpien kirurgisten toimenpiteiden vaikutuksista potilaan seksuaalisuuteen saattaisi vastata hoitotyöntekijöiden tietotarpeeseen ja madaltaa myös seksuaalisuuden puheeksi ottamisen kynnyksiä. Myös kirjallisen materiaalin hankkiminen osastoille, ja jo olemassa olevan materiaalin päivittäminen saattaisi helpottaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista jo tulotilanteessa tai kotiutushetkellä. Kirjallinen materiaali potilaalle, antaisi tietoa sekä potilaalle että hoitajalle ja helpottaisi varmasti kummankin osapuolen kynnyksiä keskustella asiasta.

Myös erään vastaajan kehittämisehdotus seksuaalisuus-vastaavan nimeämisestä jokaiselle osastolle saattaisi olla taloudellisestikin hyödyllinen. Tällöin yksi hoitotyöntekijä mahdollistaisi omilla tiedoillaan ja koulutuksillaan myös muiden hoitotyöntekijöiden tietojen kehittämisen. Osastoille voitaisiin luoda tarpeen mukaan myös seksuaalisuutta koskeva kansio, johon kerättäisiin tärkeimmät asiat esimerkiksi toimenpiteiden vaikutuksista seksuaalisuuteen.

LÄHTEET

- Aittila, M. & Kuusela, J. 2008. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Bildjuschkin, K. 2010. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveydenhuollon potilas- ja asiakastyössä. Viitattu 12.10.2011. www.sosiaaliportti.fi
- Esko-Asikainen, P. 2000. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla -hoitajan näkökulma. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet. Tutki-va hoitotyö 9 (3), 14-20.
- Hillman, T. & Männistö, E. 2008. Seksuaaliterveyden edistämisen osaaminen hoitotyössä. Osaamisen määrittely ja mittaaminen. AMK- opinnäytetyö. Metropolia. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 41–59.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.
- Karhu, K., 2010. Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valmistautuminen Internetin avulla – kyselytutkimus päiväkirurgisen yksikön potilaille. AMK- opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Kohonen, A-M., Mattila, K., Muli, E. & Ojala M. 2004. Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä – hoitajan näkökulma. AMK- opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011.
- Kontula, O. 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi, 56–63.
- Koskinen, S. & Järvensivu, I. 2007. Seksuaaliterveyden huomioiminen hoidossa. Viitattu 12.10.2011. www.terveysportti.fi

- Kosunen, E. 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Viitattu: 12.10.2011. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp5-2006.pdf>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö 4, 10-15.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. WSOY.
- Lintumäki, J., Mononen, O-P. & Silvennoinen, M. 2011. Sairaanhoidajien käsityksiä seksuaalisuuden kohtaamiseen tarvittavista ammatillisista valmiuksista ja koulutus-tarpeista. AMK- opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi, 13–35.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY.
- Salmi, O. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyöt. tuu-li.helenius@student.samk.fi Lähetetty 17.11.2010 klo 12.26. Viitattu 12.12.2010.
- Partti, J., 2010. Kirurgisen potilaan ohjaaminen hoitajien näkökulmasta. AMK- opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Petäjä, H., 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Ylempi AMK- opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2011. www.theseus.fi
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua – Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 17.12.2010. http://www.jamk.fi/download/24846_Lupa_puhua.pdf
- Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 6.12.2010. www.satshp.fi
- Seppänen, R., 2010. Suoliavanneleikattujen potilaiden näkemyksiä sairaalassaolon aikaisesta suoliavanneohjauksesta. AMK- opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen, Oulu. www.theseus.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Yliopistopaino, 13–35.

Suomen Syöpäpotilaat Ry, 2001. Syöpä ja seksuaalisuus. Ilves-Paino Oy: Hämeenlinna.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2010. Seksuaalisuus puheeksi-menelmä. Viitattu 12.10.2011. <http://www.thl.fi/>

Torkkala, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opa potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 4.4.2011. <http://www.tenk.fi/>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

Väestöliiton www-sivut. 2010. Seksuaalineuvonta. Viitattu 12.10.2011. <http://www.vaestoliitto.fi/>

WHO, 2002. Defining sexual health. Viitattu 20.11.2010. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Arvoisa hoitotyöntekijä!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyössäni selvitän potilaalle annettua seksuaalineuvontaa kirurgian vuodeosastolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta kirurgiselle potilaalle. Tarkoituksena on myös selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan keittää kirurgisten potilaiden seksuaalineuvontaa.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti heti tutkimuksen valmistuttua. Henkilöllisyyttänne ei voida tunnistaa tutkimuksen valmistuttua. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Toivon että vastaatte kyselyyn ja palautatte sen osastonne kahvihuoneessa olevaan palautelaatikkoon suljetussa kirjekuoressa 7.6.2011 mennessä.

Voitte ottaa minuun yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse, vastaan todella mielelläni tutkimukseen tai kyselyyn liittyviin kysymyksiinne. Toivon, että mahdollisimman moni teistä vastaisi kyselyyn, sillä jokaisen antama vastaus on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeä. Tutkimustani ohjaa Lehtori Sirke Ajanko.

Terveisin,

Emilia Näppi
SAMK Rauma
emilia.nappi@student.samk.fi
puh.xxx-xxxxxxx

Sirke Ajanko
SAMK Rauma
sirke.ajanko@samk.fi
puh. xxx-xxxxxxx

Hoitohenkilökunnan kokemukset kirurgisen potilaan seksuaalineuvonnasta

KYSELYLOMAKE

Tässä opinnäytetyössä kirurgisella potilaalla tarkoitetaan yleiskirurgiseen, gastroenterologiseen, urologiseen, verisuoni-, keuhko- tai plastiikkakirurgiseen, ortopediseen tai traumatologiseen erikoisalaan kuuluvaa potilasta.

I TAUSTATIEDOT

Ympyröi ja täytä tarvittaessa seuraavista taustatietoja kartoittavista kysymyksistä vastauksesi.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. _____ vuotta

3. Työyksikkö

1. Rauman aluesairaalan kirurginen osasto RC3
2. Satakunnan keskussairaalan kirurgian vuodeosasto B3
3. Satakunnan keskussairaalan kirurgian vuodeosasto N2A
4. Satakunnan keskussairaalan ortopedian ja traumatologian vuodeosasto N2B

4. Ammatillinen koulutus

1. Sairaanhoitaja
2. Lähihoitaja
3. Perushoitaja
4. _____

5. Työkokemuksesi hoitoalalta

1. _____ vuotta

II ASEENTEET JA USKOMUKSET SEKSUAALINEUVONTAA KOHTAAN

Seuraavat kysymykset kartoittavat asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan.

Jokaisen väittämän perässä on kuusi numeroa. Merkitse numero, mikä parhaiten kuvaa mielipidettäsi kunkin väittämän kohdalla.

1 = täysin eri mieltä, 6 = täysin samaa mieltä

6. Seksuaalisuudesta keskusteleminen oleellista potilaan terveyden edistämiseksi	1	2	3	4	5	6
7. Ymmärrän miten potilaiden sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa heidän seksuaalisuuteensa	1	2	3	4	5	6
8. Tunnen oloni vaivautuneeksi keskustellessani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	1	2	3	4	5	6
9. Verrattuna useimpiin hoitajiin joiden kanssa työskentelen, minun on helpompi puhua potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	1	2	3	4	5	6
10. Useimmat sairaalahoidossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta	1	2	3	4	5	6
11. Varaan aikaa keskustellakseni potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	1	2	3	4	5	6
12. Aina kun potilaat kysyvät minulta seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen, neuvon heitä keskustelemaan asiasta lääkäriänsä kanssa	1	2	3	4	5	6
13. Luotan omiin kykyihini vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	1	2	3	4	5	6
14. Seksuaalisuus on liian yksityinen asia, jotta siitä voisi keskustella potilaan kanssa	1	2	3	4	5	6
15. Hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista	1	2	3	4	5	6
16. Seksuaalisuudesta pitäisi puhua vain potilaan omasta aloitteesta	1	2	3	4	5	6
17. Potilaat odottavat hoitajien kysyvän heidän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheistaan	1	2	3	4	5	6

III SEKSUAALINEUVONNAN TOTEUTUMINEN JA SEN KEHITTÄMINEN

Vastaa seuraaviin avoimiin kysymyksiin kokemuksistasi seksuaalineuvonnan toteutumisesta omin sanoin kysymysten alapuolelle varattuun tilaan.

18. Minkälaisia kokemuksia Sinulla on seksuaaliasioista keskustelemisesta potilaiden kanssa?

19. Minkälaisena koet seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisen potilaan kanssa?

20. Millaiset asiat auttavat Sinua ottamaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi potilaan kanssa?

21. Millaiset asiat estävät Sinua ottamasta seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi potilaan kanssa?

22. Koetko, että Sinulla on tarpeeksi tietoa erilaisten sairauksien, lääkkeiden ja kirurgisten toimenpiteiden vaikutuksista seksuaalisuuteen? Perustele.

23. Miten seksuaalineuvontaa ja omia valmiuksiasi tulisi mielestäsi kehittää voidaksesi paremmin keskustella seksuaaliasioista potilaiden kanssa?

Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin vuosina 2000-2010 julkaistu aineisto, koska viiden vuoden sisällä tehtyjä tutkimuksia löytyi niukasti. Tarkoituksena oli etsiä seksuaalineuvontaa koskevaa materiaalia sekä tutkimuksia hoitajien näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen myötä selvisi, että luotettavaa materiaalia löytyy, mutta se on melko rajallista. Enemmän materiaalia löytyy potilaiden näkökulmasta. Kävin keskustelemassa tutkimusten ”huonosta tilanteesta” tiedonhaku opettaneen Lea Levomaan kanssa ja kävimme yhdessä läpi muutamia ulkomaalaisia tiedonhaku paikkoja, kuitenkin tuloksetta.

Linda 1	seksuaali? AND hoit?	123	6
Linda 2	seksuaalineuv?	23	4
Medic	seksuaalineu*	12	4
TYRNI	seksuaalineuv?	10	3
Theseus	seksuaalineuvonta	83	3
Theseus	seksuaalisuus AND hoit*	281	2

LINDA 1

- Esko-Asikainen, Pirkko. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla : hoitajan näkökulma. Tampereen yliopisto, 2000.
- Aalto, Seija. Sairaanhoidaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla. Hybridinen käsiteanalyysi Kuopio, 2002.
- Bildjuschkin, Katriina. ; Ruuhilahti, Susanna. Puhutaan seksuaalisuudesta : ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki : Kirjapaja Oy, 2010.
- Katri Ryttyläinen ja Sirpa Valkama. Seksuaalisuus hoitotyössä 2010.
- Apter Dan, Väisälä Leena, Kaimola Kari, Ansamaa Outi. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 2006
- Kontula, Osmo. ; Lottes, Ilsa. Seksuaaliterveys Suomessa Helsinki : Tammi , 2000. (Studia)

LINDA 2

- Bildjuschkin, Katriina. ; Ruuhilahti, Susanna. Puhutaan seksuaalisuudesta : ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki : Kirjapaja Oy, 2010.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen : toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki : 2007 - (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja)
- Katri Ryttyläinen ja Sirpa Valkama. Seksuaalisuus hoitotyössä, 2010.
- Apter, Dan. ; Väisälä, Leena. ; Kaimola, Kari. ; Ansamaa, Outi. Seksuaalisuus. 2006

MEDIC

- Katri Ryttyläinen ja Sirpa Valkama. Seksuaalisuus hoitotyössä, 2010.
- Ryttyläinen, Katri
Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden tulevaisuuden osaamistarpeet
Kättilälehti 2008 vol. 113 no. 5 s. 185-188, 200
- Lehtonen, Jukka
Seksuaalineuvonta sairaanhoitajien vastuulla: seksuaalineuvonta on vaihtelevasti organisoitu terveydenhuollossa. Sairaanhoitaja 2007 vol. 80 no. 12 s. 16-18
- Lehtonen, Jukka. Moninaiset erot haaste seksuaalineuvonnassa. Terveydenhoitaja - 2007 vol. 40 no. 9 s. 8-12

TYRNI

- Seksuaalisuus / toimittajat Dan Apter, Leena Väisälä, Kari Kaimola. 2006.
- Katri Ryttyläinen ja Sirpa Valkama. Seksuaalisuus hoitotyössä 2010.
- Bildjuschkin, Katriina. ; Ruuhilahti, Susanna. Puhutaan seksuaalisuudesta: ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki : Kirjapaja Oy, 2010.

THESEUS 1

- Hillman, Tuomas; Männistö, Elina. Seksuaaliterveyden edistämisen osaaminen hoitotyössä : osaamisen määrittely ja mittaaminen. (Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2008)
- Aittila, Marika; Kuusela, Jonna. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä (Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2008)
- Petäjä, Hanna. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. (Turun ammattikorkeakoulu, 2010)

THESEUS 2

- Silvennoinen, Marika; Lintumäki, Jari; Mononen, Olli-Pekka. Sairaanhoitajien käsityksiä seksuaalisuuden kohtaamiseen tarvittavista ammatillisista valmiuksista ja koulutustarpeesta. (Mikkelin ammattikorkeakoulu, 2011)
- Aittila, Marika; Kuusela, Jonna. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä (Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2008)

HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Emilia Näppi <hr/> <hr/> <hr/> Yhteys henkilön Puh: [REDACTED] Osoite: [REDACTED] Postino: [REDACTED] Postitoimipakka: [REDACTED] Email: emilia.nappi@student.samk.fi	Opiskelu- tai työpaikka SAMK, Rauma <hr/> Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) <hr/> Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)	Opinnäytetyön nimi: Hoitohenkilökunnan kokemukset kirurgisella vuodeosastolla annetusta seksuaalineuvonnasta Tutkimus suoritetaan käyttämällä triangulaatioita eli kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistelmää. Aineisto kerätään hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeella. Aineisto kerätään huhti- toukokuussa 2011. Kohderyhmänä on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Aineisto kerätään Rauman aluesairaalan kirurgiselta osastolta RC3:lta, Satakunnan keskussairaalan gastroenterologiselta kirurgian vuodeosastolta B3:lta, kirurgiselta vuodeosastolta N2A:lta sekä ortopedian ja traumatologian vuodeosastolta N2B:ltä.	
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	15.4.2011 <i>Sisko Ruusko</i> allekirjoitus/nimen selvennys <i>Sisko Ruusko</i> <hr/> 1 allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 14/4 2011 <i>Emilia Näppi</i> EMILIA NÄPPI allekirjoitus/nimen selvennys	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoitopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <hr/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input checked="" type="checkbox"/> <hr/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle	



	Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/>
	Ylihoitaja(t) <u>5,15 2011 Mäkinen</u> Pirjo Harju allekirjoitus/nimen selvennys <u>1</u> allekirjoitus/nimen selvennys
	Ylilääkäri(t) <u>1</u> allekirjoitus/nimen selvennys <u>1</u> allekirjoitus/nimen selvennys
SAIRAANHOITOPIIRIN YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN	<u>Asiantuntijat Taina Kippo (N1A), Taina Kärki (N2B), Perho Summasjärvi (B3) ja Outi Saloniemi (RC3)</u> (ylihoitaja nimeää) Yhteystiedot (puh/email)

Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä seksuaalineuvonnan toteutumisesta (liitteet 5-8):

Kysymys numero 18. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Lähestyvät huumorin kautta (n=2) Epäasiallinen käytös (n=2) Miehet kysyvät rohkeasti (n=2) Keskustelevat lääkärin kanssa (n=3) Kysyvät rohkeasti (n=3) Vähän kyselevät(n=4) Potilaat eivät kysy asioista (n=3)	Kokemukset potilaista (n=19)	Hoitohenkilökunnan kokemukset keskustelemisesta potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista
Rintäsyöpäpotilaat / syöpäpotilaat (n=3) Avaneapotilaat (n=4) Urologisetpotilaat (n=8) - kysyvät usein koska yhdynnän voi aloittaa (n=4) Selkäleikatut (n=1) Neliraaajahalvautuneet (n=1)	Erityisaloihin/potilasryhmiin liittyviä kokemuksia (n=21)	
Keskustelut olleet luonnollisia (n=2) Keskustelu kokemukset myönteisiä (n=6) Kokemukset vaihtelevat (n=1) Kuuluu olennaisena osana potilasohjaukseen (n=1) Kuuluu oman erityisalan ohjaukseen (n=1) Muut asiat ovat tärkeämpiä (n=1) Vähän puhutaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (n=3)	Hoitohenkilökunnan tunteuksia keskusteluista (n=15)	
Kotiutuksen yhteydessä (n=4) Liian lyhyet hoitojaksot, keskustelulle ei aikaa (n=4)	Tilanteeseen liittyviä kokemuksia keskusteluisista (n=8)	
Kokemuksia ei ole (n=12) Kokemukset vähäisiä (n=16)	Kokemuksia ei ole (n=28)	

Kysymys numero 19. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Luonnollisena (n=9) Normaalina (n=8) ”Ei vaikeana” (n=10) Tärkeänä (n=1) Kuuluu potilasohjaukseen (n=1) Kuuluu osaksi hoitotyötä (n=6) Jos potilaalla selvä tarve, niin helppoa (n=3) Helppoa jos potilas tekee aloitteen (n=16)	Myönteiset kokemukset (n=54)	Vastaajien kokemukset seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta
Hankalana (n=8) Kiusallisena (n=3) Vaihtelevana (n=8) <ul style="list-style-type: none"> - riippuu iästä, yksilöstä (n=1) - voi keskustella asiasta jos potilas sen ottaa puheeksi (n=6) Hoitajan tiedon puute vaikeuttaa (n=4)	Negatiiviset kokemukset (n=29)	
Ei kokemuksia (n=1) En ota asiaa puheeksi (n=5)	Ei kokemuksia (n=6)	
Jää muun ohjauksen varjoon (n=1) Ei ole aikaa (n=4) Kotiutuksessa otetaan asia puheeksi (n=2)	Tilanteeseen liittyvät kokemukset (n=6)	

Kysymys numero 20. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Aikaisempi kokemus (n=3) Tieto (n=3) Ammattitaito (n=2) Koulutus (n=1) Avoimuus, rohkeus (n=3)	Hoitajaan liittyvät tekijät (n=9)	Puheeksi ottamiseen edistävasti vaikuttavat tekijät
Potilaan aloite (n=25) Potilaan kiinnostus asiaan (n=6) Asiallinen suhtautuminen (n=1) Tausta (n=1) <ul style="list-style-type: none"> - Sukupuoli (n=1) - Ikä (n=4) - Parisuhdetilanne on tiedossa (n=1) Avoimuus (n=3) Toimenpide/sairaus vaikuttaa selvästi seksuaalisuuteen (n=8) Tarve ohjaukseen (n=2)	Potilaaseen liittyvät tekijät (n=52)	
Kotiutustilanne (n=1) Esihaastattelu (n=1) Hoitotoimet (n=3) Rauhallinen tila (n=1) Kotihoito-ohjeet (n=5) Hyvä hoitosuhde (n=1) Keskustelu toipumisesta, arjesta, kotiasioista (n=1) Oppaat, opaskirjat (n=3) Internet (n=1)	Tilanteeseen liittyvät tekijät (n=17)	
Lääkäri keskustellut asiasta jo potilaan kanssa (n=1) Työyhteisön/esimiehen kannustus (n=2)	Kollegoihin liittyvät tekijät (n=3)	

Kysymys numero 21. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Tiedon puute (n=8) Kokemuksen puute (n=1) Ikä (n=1) Erilaisuuden käsittely vaikeaa (n=1) Ajatus, ettei ohjaaminen ole tarpeen (n=6) Kiusaantuneisuus (n=1)	Hoitajaan liit- tyvät tekijät (n=18)	Puheeksi ottamiseen estävästi vaikuttavat tekijät
Potilas ei halua keskustella (n=10) Potilas ei ole kiinnostunut (n=2) Potilaalla ”tiukka” asenne (n=1) - ahdistuu (n=1) - kiusaantuu (n=1) Tausta (n=1) - ikä (n=1) - parisuhdetilanteesta ei tietoa (n=1) - sairaudet (n=1) Epäasiallinen käytös (n=7) Rajoitukset leikkauksen/sairauden jälkeen (n=2) - kipu (n=1) - hyvin sairas/ huonokuntoinen potilas (n=2) Toimenpiteen vaikutus seksuaalisuuteen epäselvä (n=1) Potilas on hoitajalle ennestään tuttu (n=1)	Potilaaseen liit- tyvät tekijät (n=33)	
Kiire (n=10) Ei ole rauhallista tilaa käytettävissä (n=8) Muut asiat menevät edelle (n=2)	Tilanteeseen liittyvät tekijät (n=20)	
Ei ole esteitä (n=5)	Ei esteitä (n=5)	

Hoitohenkilökunnan näkemyksiä seksuaalineuvonnan kehittamisestä (liitteet 9-10):

Kysymys numero 22. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kyllä on (n=7) Jonkin verran on tietoa (n=1) Oman osaston toimenpiteiden vaikutukset (n=5) Selvittää asian, jos kysytään (n=3) Ohjaa tarvittaessa muualle (n=1) Lääkäriltä kysymällä (n=2) Kirjoista saa tarvittaessa tietoa (n=1) Tukena voi olla myös ilman teoria tietoa (n=1) Osaa asettua toisen asemaan (n=1)	Riittävästi tietoa (n=22)	Hoitohenkilökunnan kokemus omasta tietotarpeestaan koskien lääkkeitä, toimenpiteitä ja sairauksia seksuaalisuuden osalta
Ei ole (n=43) Koulussa ei opiskeltu asiasta, tai opiskeltiin hyvin vähän (n=8) Erillistä koulutusta asiaan ei ole annettu (n=3) Lääkkeiden vaikutuksista ei ole tietoa (n=7) - Eri lääkkeitä valtavasti, jatkuvasti tulee lisää uusia (n=1) Potilaskirjo on laaja (n=1) Perustyö vie kaiken ajan (n=1) Kaipaisi lisää tietoa/luentoja (n=14) Asiat eivät tule aina ilmi potilasohjeissa (n=1)	Ei ole riittävästi tietoa (n=79)	

Kysymys numero 23. analysointi:
(n= kommenttien lukumäärällinen esiintyminen vastauksissa)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Seksuaalisuus-vastaava (n=1) Tulohaastattelu (n=1) Kotiutus (n=1) Hoitotyö (n=1) Osastolle oma erikoissairaanhoitaja (n=4) Käytetään enemmän seksuaaliterapeutin palveluja (n=2) Tietoa oman osaston toimenpiteiden vaikutuksista potilaan seksuaalisuuteen (n=1) Tutkittua tietoa mitä potilaat odottavat hoitajilta (n=1)	Osaston toiminnan kehittäminen (n=12)	Hoitohenkilökunnan kehittämis ehdotukset
Potilasohjeet (n=6) Ohjeistus hoitajille (n=5) Järjestetään aikaa keskustelulle (n=1) Rauhallinen paikka keskusteluille (n=1)	Konkreettiset kehittämis ehdotukset (n=13)	
Kouluttautuminen <ul style="list-style-type: none"> - koulutukset/luennot (n=34) - seksuaaliterapeutin luento (n=3) Tiedon aktiivinen etsintä (n=2) Kiinnostus (n=2) Asettuu potilaan asemaan (n=1) Avoin keskustelu (n=1) Avointa keskustelua työyhteisön kesken (n=2) Rohkaisu keskustelulle työyhteisöstä (n=2) Oma seksuaalisuus hyvä pohja kehittämiselle (n=1)	Omaan osaamisen/toiminnan kehittäminen (n=48)	
Ei akuutein kehittämisen kohde (n=2) Jos nykyiset resurssit eivät riitä → ohjaus muualle (n=1) Ei koe kehittämistä tarpeelliseksi (n=1) Asia ei kiinnosta (n=1) Ei ongelmia keskustella asioista potilaiden kanssa (n=1)	Ei kehittämis ehdotuksia (n=6)	