



SAIRAAHOITAJIEN ASENTEET SEKSUAALIOHJAUSTA KOHTAAN

Kirsi Mattila

Opinnäytetyö
Marraskuu 2014
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus-
ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

MATTILA, KIRSI:

Sairaanhoitajien asenteet seksuaaliohjausta kohtaan

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Marraskuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa seksuaaliohjauksen ja siihen liittyvän koulutuksen kehittämiseksi.

Tutkimus toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhdellä toimialueella. Tutkimukseen osallistui N=123 sairaanhoitajaa. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka analysoitiin tilastollisesti. Sairaanhoitajien uskomuksia ja asenteita arvioitiin Likertin asteikolla käyttäen Sexuality Attitudes and Beliefs Survey kyselyä.

Tutkimuksen tulosten perusteella sairaanhoitajan työkokemus tai työpaikka eivät vaikuttaneet merkitsevästi asenteisiin ja uskomuksiin seksuaaliohjausta kohtaan. Sen sijaan seksuaalisuuteen liittyvien koulutusten käymisellä ja sairaanhoitajan iällä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus.

Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa sairaanhoitajista kokee velvollisuudekseen antaa potilaille luvan puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista eivätkä he pidä sitä liian yksityisenä aiheena. Valtaosa ei kuitenkaan varaa aikaa aiheesta keskustelemiselle. Sairaanhoitajat kuitenkin kokevat, että seksuaalisuudesta keskusteleminen on olennaista potilaan terveyden edistämiseksi ja ymmärtävät miten sairaudet ja hoidot vaikuttavat heidän seksuaalisuuteensa. Noin puolet vastanneista sairaanhoitajista uskoo potilaiden olevan liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että koulutuksella on varsin myönteinen vaikutus seksuaaliohjaukseen liittyviin uskomuksiin ja asenteisiin. Koulutus antaa valmiuksia ja rohkeutta puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista potilaan kanssa. Koulutuksella voidaan parantaa luottamusta omiin kykyihin puhua seksuaalisuudesta ja parantaa valmiuksia vastata potilaiden kysymyksiin. Vanhemmilla sairaanhoitajilla on tämän tutkimuksen mukaan vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle.

Kliinisiä asiantuntijoita ja seksuaalineuvoja voisi käyttää hyödyksi tutkitun tiedon etsimisessä ja henkilökunnan kouluttamisessa seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen liittyvissä asioissa. Lisäksi sairaaloissa tulisi olla koulutettuja seksuaalineuvoja ja seksuaaliterapeutteja saatavilla, mikäli potilas haluaa puhua tarkemmin seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.

Asiasanat: seksuaalisuus, seksuaaliohjaus, asenne

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

MATTILA, KIRSI:
Let's Talk about Sexuality

Master's thesis 51 pages, appendices 7 pages
November 2014

Many nurses believe that sexuality assessment and counseling is a part of their role, however, nurses do not necessarily integrate this awareness into their patient care. All human beings have the right to sexual health care and information to be able to make autonomous decisions about their sexual lives.

The purpose of this thesis was to find out nurses' attitudes and beliefs towards discussing sexuality with patients. The aim of this study was to provide information to sexual counseling and to advance education in sexuality.

The data were collected from the medical wards in one Finnish University Hospital. The method was quantitative. The SABS (Sexual Attitudes and Beliefs Survey) was used to identify nurses' (N= 123) attitudes and beliefs toward sexuality.

The results of this study showed that most of the nurses agreed that it was their responsibility to encourage talk about sexual concerns. However over 87 % did not take time to discuss sexual concerns and almost 60 % did not feel confident in their ability to address patients' sexual concerns. The reason for not discussing sexuality was the belief that patients do not expect them to ask about their sexual concerns.

Nurses with further education had more positive attitudes towards discussing sexual issues with patients. Education is essential to improve nurses' ability to give patients the holistic care they deserve.

Key words: sexuality, sexual counseling, attitude

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
	3.1 Keskeiset käsitteet.....	9
	3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden edistäminen	13
	3.3 Seksuaaliohjaus hoitotyössä	15
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	20
	4.2 Aineiston keruu.....	21
	4.3 Aineiston analysointi	22
5	TULOKSET	24
	5.1 Vastaajien taustatiedot	24
	5.2 Seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja uskomukset.....	25
6	POHDINTA.....	32
	6.1 Eettiset kysymykset	32
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
	6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	34
	6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	45
	Liite 1. Sexuality Attitudes and Beliefs Survey mittarilla tehdyt tutkimukset	45
	Liite 2. Sairaanhoidtajien taustatietojen kyselylomake	48
	Liite 3. SABS kyselylomake	49
	Liite 4. Vastaajien taustatiedot	50
	Liite 5. SABS kysymyksistä saatujen pistemäärien tunnuslukuja	51

LYHENTEET JA TERMIT

NACS	Nordic Association for Clinical Sexology
SABS	The Sexuality Attitudes and Beliefs Survey – mittari, joka kartoittaa henkilökunnan uskomuksia ja asenteita seksuaaliväestön käsittelyssä osana potilasohjausta
TAMK	Tampereen ammattikorkeakoulu
WAS	World Association for Sexual Health; seksologian maailmanjärjestö
WHO	World Health Organization; maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon tehtävänä on edistää ja säilyttää sekä fyysiset että psyykkiset edellytykset seksuaaliterveydelle. Tämä sisältää potilaan informoimisen sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen ja pyrkimistä niiden vaikutusten estämiseen tai vähentämiseen. (Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009, 5.)

Seksuaalinen nautinto katsotaan ihmisen hyvinvointiin olennaisesti kuuluvaksi asiaksi. Ihmiset tulevat tulevaisuudessa yhä useammin terveydenhuollon ammattilaisten luo hakemaan apua erilaisiin seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin ja häiriöihin. Tämä asettaa vaatimuksia terveydenhuollon ammattilaisten osaamiselle, eli koulutusta on kehitettävä sekä hoitotyöntekijöiden että lääkärien osalta. Vain näin voimme turvata seksuaalioikeuksien toteutumisen ja kansalaisille kuuluvat seksuaaliterveyspalvelut. (Brusila 2011, 2503; Väisälä 2011, 2512.)

Suomeen valmistui ensimmäinen kansallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toiminta-ohjelma sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatimana vuosille 2007–2011. Ohjelman tavoitteena oli seksuaalineuvonnan integroiminen osaksi peruspalveluja sekä ehkäisevään työhön että sairaanhoitoon. Vuosille 2014–2020 laadittu uusi toiminta-ohjelma keskittyy muun muassa lapsiin, nuoriin ja miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Seksuaaliterveyden kehittämisen keskeisinä tavoitteina mainitaan seksuaalineuvonnan tasapuolisen saamisen varmistaminen sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 3.)

Tutkimuksissa on havaittu, että potilaat kokevat seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan saamisen tärkeänä (Nylund, Järvinen, Susi & Vihtamäki 2008, 21; Hautamäki-Lamminen 2012, 45). Potilaat toivovat tietoa sairastumisen ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, sivuvaikutuksista ja niistä selviytymisestä. Potilaat tarvitsevat etenkin henkistä tukea sairauteen sopeutumiseen ja seksuaaliseen eheytymiseen. Kaikkiin seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin ei välttämättä löydy apua, mutta jo asiasta puhuminen voi auttaa potilasta (Hautamäki-Lamminen 2012, 45, 98).

Sairaanhoitajat kokevat seksuaaliohjauksen kuuluvan työnkuvaansa ja velvollisuudekseen keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja huolenaiheista (Reynolds & Magnan 2005, 258). Käytännössä sairaanhoitajat kuitenkin harvoin ottavat seksuaalisuuden puheeksi, eikä seksuaaliohjaukselle varata aikaa (Magnan ym. 2005, 287).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa seksuaaliohjauksen ja siihen liittyvän koulutuksen kehittämiseksi.

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyö toteutetaan määrällisenä kyselytutkimuksena, jossa kartoitetaan sisätautien vastuualueella työskentelevien sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. Kysely toteutetaan sähköisellä kyselylomakkeella. Asenteita ja uskomuksia arvioidaan Likertin asteikolla käyttäen Sexuality Attitudes and Beliefs Survey kyselylomaketta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia asenteita sairaanhoitajilla on potilaille annettavaa seksuaaliohjausta kohtaan?
2. Minkälaisia uskomuksia sairaanhoitajilla on potilaille annettavaa seksuaaliohjausta kohtaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa seksuaaliohjauksen ja siihen liittyvän koulutuksen kehittämiseksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeiset käsitteet

Seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvät käsitteet ovat vielä suhteellisen tuoreita eivätkä ne ole täysin vakiinnuttaneet paikkaansa tunnettuina termeinä. Kansainvälisesti katsottuna käsitteissä on vielä paljon eroavaisuuksia. Taustalla on uskonnollisia, kulttuurillisia ja poliittisia jännitteitä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 20.)

Seksologia. Väestöliiton (2006, 8) mukaan seksologialla tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvien ilmentymien poikkitieteellistä tutkimusta, ja niihin liittyvää ammatillista toimintaa, joka perustuu systemaattiseen ja tieteellisesti tutkittuun tietoon. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa olevat määritelmät on laadittu WHO:n (World Health Organization 2006) dokumenttien pohjalta suomen kieleen sopiviksi.

Seksologia käsittelee tietoa sukupuolisuudesta ja seksuaalisuudesta niiden eri ilmenemismuodoissa. Itse seksologinen tieto muodostuu monien eri tieteiden näkökulmista ja toimintana sitä voi toteuttaa tutkimuksena, koulutuksena, terapiana tai seksuaaliterveyden interventiona. Seksologialla ei siis ole omaa tieteenalaansa, vaan se on monien eri tieteenalojen yhdistelmä. (Ilmonen & Nissinen 2006, 443–444; Ryttyläinen, Valkama, Ritamo, & Blek 2008, 7; Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

Seksologista tietoa hyödynnetään hoitotyössä edistämään, säilyttämään ja palauttamaan potilaan tai asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyviä asioita. Tavoitteena on potilaan ja asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

Seksuaalisuus. World Health Organization (WHO 2013) määrittelee seksuaalisuuden laajasti. Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa käsittäen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, sukupuolisuhteet ja lisääntymisen. Määritelmän mukaan seksuaalisia kokemuksia ja ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasiat, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Seksuaalisuuteen vaikuttavat myös biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät. (WHO 2013.)

Määritelmä on siis varsin laaja ja monisyinen. Usein ajatellaan virheellisesti, että seksuaalisuus on seksin tai yhdynnän synonyymi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14.)

Seksuaalisuus kuuluu ihmisyyteen ja on läsnä elämän alusta sen loppumiseen asti. Seksuaalisuuteen liittyy kiinteästi oman sukupuolen tiedostaminen ja ymmärtäminen siten että siitä voi saavuttaa mielihyvää, nautintoa ja saada kokemuksen hyvästä ihmisyydestä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010a, 137.) Seksuaalisuuden perusta muodostuu ihmiskäsituksesta ja arvoista (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010b, 25).

Seksi. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa (2006, 8) seksi on seksuaalisuuden ilmaisemista käyttäytymisen ja toiminnan kautta, sekä tuntein että ajatuksin. Seksuaaliseksi toiminnaksi määritellään oman seksuaalisuuden esille tuominen, kontaktien hakeminen, seksuaalisen nautinnon tavoittelua ja kokemista joko yksin tai partnerin kanssa ja lisääntymistä.

Seksuaalisia tarpeita voi toteuttaa ilman toiseen kohdistuvaa rakkautta tai hellyyden tunnetta. Tarvetydytyskin voi olla hyvää seksiä. Toisaalta tunteet voivat antaa seksuaalisille kokemuksille lisää syvyyttä. Seksin määrä, tarve ja laatu ovat yksilöllisiä eivätkä ne ole riippuvaisia biologisesta iästä. (Ilmonen & Nissinen 2006, 443; Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009, 4.)

Turvaseksi on seksuaalista toimintaa, jossa ei eritettä eikä verta joudu kumppanin limakalvolle eli siinä ei ole limakalvokontaktia. Turvallisessa seksissä kunnioitetaan myös seksuaalioikeuksia. Turvaseksillä voidaan myös tarkoittaa sellaisen seksin harjoittamista, jossa on minimoitu suunnittelemattoman raskauden tai sukupuolitaudin mahdollisuus. (Väestöliiton seksuaalipoliittinen ohjelma 2006, 8; Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009, 4.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Lisääntymiseen liittyvien oikeuksien määrittely alkoi osana ihmisoikeuksien määrittelyä 1960-luvulla. Seksuaalioikeuksien määrittäminen alkoi 1990-luvulla, jolloin alettiin kiinnittää huomiota seksuaaliterveyden kysymyksiin. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 22.) Seksuaaliterveys on käsitteenä nuori. Maailman terveysjärjestö WHO käytti sitä käsitteenä ensimmäistä kertaa 1970–1980-luvuilla.

Kairon väestö- ja kehityskonferenssin asiakirjassa (1994) tunnustettiin ensimmäistä kertaa seksuaalisuus tärkeäksi osa-alueeksi. Kyseisessä asiakirjassa seksuaaliterveys-käsite liittyy lisääntymisterveyteen ja Kairon prosessin aikana syntyi myös seksuaalioikeuksien käsite. (Väestöliiton seksuaalipoliittinen ohjelma 2006, 46; Ryttyläinen ym. 2008, 7.)

Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteistä on keskusteltu ja osittain kiisteltykin siitä asti, kun seksuaaliterveyden käsite määriteltiin ja otettiin käyttöön. Molemmissa käsitteissä on omia erityisiä ulottuvuuksia ja toisaalta päällekkäisyyksiä. Yhdessä ne muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden, seksuaali- ja lisääntymisterveyden. Tämä alkaa olla jo kansainvälisestikin vakiintunut käsite. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 10–11.)

WHO:n (2013) määritelmässä seksuaaliterveys määritellään tilaksi, jossa on olennaista fyysinen, henkinen, emotionaalinen sekä sosiaalinen hyvinvointi suhteessa seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveys on mahdollista saavuttaa sairauksista tai vammaisuudesta huolimatta. Käsitteessä on keskeistä positiivinen ja kunnioittava näkemys seksuaalisuudesta sekä seksuaalisuhteista, ja se sisältää mahdollisuuden turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman vähättelyä, pakottamista tai väkivaltaa. Seksuaaliterveys perustuu seksuaalioikeuksiin, joita tulee suojella ja kunnioittaa. (Ryttyläinen ym. 2008, 7–8.)

World Association for Sexual Health -järjestö (WAS), on julkaissut kansainväliset seksuaalioikeudet ensimmäistä kertaa Hongkongissa vuonna 1999 pidetyssä maailmankongressissa (Virtanen 2002 15–17; WAS 1999). Suomen Seksologinen Seura Ry on kääntänyt ne suomen kielelle. Järjestö pyrkii edistämään seksuaalisia oikeuksia ja seksuaaliterveyttä Suomessa. (Suomen Seksologinen Seura Ry 2013.) Seksuaalioikeuksissa keskeistä on ihmisen koskemattomuus, oikeus tietoon ja opetukseen, oikeus uusimman tiedon suomiin palveluihin sekä lupa puhua että kysyä seksuaalisuudesta (Bildjuschkin 2012, 26). Seksuaalioikeudet on päivitetty loppuvuodesta 2014 (WAS 2014).

Seksuaaliohjaus. Seksuaaliohjaus on hoitotilanteessa tapahtuvaa, tilannekohtaista ja tavoitteellista jokaiselle terveydenhuoltoalan ammattilaiselle kuuluvaa potilaan ohjausta ja vuorovaikutusta. Keskeistä on seksuaalisuuteen liittyvän tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Usein potilaat tulevat autetuksi jo sillä, että he saavat puhua seksuaalisuudesta, siihen liittyvistä asioista ja ongelmista. Keskustelussa potilaalla on mahdollisuus saada riittävästi tietoa ja ohjeita. Seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen

ja sukupuolisuuteen liittyvät asiat ovat sekä terveyden- että sosiaalialan ammattihenkilöiden normaaliin hoito-, kasvat- ja huolenpitoon sisältyviä tehtäviä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 10–11; Hautamäki-Lamminen 2012, 25.) Ei ole olemassa mitään yleispätevää ikärajaa, jonka jälkeen informaatio seksuaalitoiminnoista ja seksuaalisuudesta olisi turhaa (Kellokumpu-Lehtinen, P., Hautamäki, K. & Väisälä, L. 2003, 9).

Seksuaalineuvonta. Seksuaalineuvonta on tavoitteellista prosessiluontoista, vuorovaikutuksessa tapahtuvaa ammatillista asiakas- tai potilastyötä, jonka keskeisinä elementteinä ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät ongelmat. Neuvonta sisältää yleensä 2–5 tavoitteellista tapaamiskertaa. Seksuaalineuvonta on aina asiakkaan tarpeista käsin lähtevää. Seksuaalineuvonta voi olla joko yksilöllistä- tai parineuvontaa. Erityistason palvelua kuten seksuaaliterapiaa, annetaan vasta jos seksuaalineuvonnasta ei ole hyötyä. (Ilmonen 2006, 41; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 10–11; Hautamäki-Lamminen 2012, 25.)

Seksuaalineuvontaa voi antaa seksuaalineuvojan koulutuksen saanut henkilö. Oikea-aikainen seksuaalineuvonta ehkäisee seksuaaliongelmia sekä niiden pitkittymistä ja saattaa myös vähentää erityispalvelujen tarvetta. (Ilmonen 2008, 32; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 11.) Seksuaalineuvojan koulutuksen rinnalle on tullut vuoden 2014 aikana uusi seksuaalikasvattajan koulutus, joka tähtää nuorten seksuaaliterveyden edistämiseen (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 188).

Seksuaaliterapia. Seksuaaliterapia pyrkii seksuaalisuuteen liittyvän ongelman ratkaisuun. Seksuaaliterapia jatkuu yleensä noin 5–10 kertaa, mutta voi jopa kestää useamman vuoden, kuten esimerkiksi psykoterapia. Seksuaaliterapeutti voi olla avuksi esimerkiksi parisuhdeongelmissa, joissa seksuaaliset tekijät ovat hallitsevia. (Lukkarinen 2006, 271–272.) Seksuaaliterapiaa voi antaa siihen koulutuksen saanut henkilö. Suomessa sovelletaan yhteispohjoismaalaista seksologian koulutusmallia, joka on kehitetty yhteistyössä Nordic Association for Sexology (NACS) kanssa. (NACS 2013.)

Asenne. Sivistyssanakirjan mukaan asenne tarkoittaa asennoitumista, suhtautumista, asennoitumistapaa, suhtautumistapaa tai kantaa. Asenteen synonyymejä ovat asennoituminen, kanta, näkökanta, mielipide, käsitys, asennoitumistapa, suhtautuminen, suhtautumistapa ja näkökulma. (Suomisanakirja 2014.)

Kasvatustieteen näkemys asenteelle (attitude) on arvioida jotakin objektia, symbolia tai aspektia myönteisyyden ja kielteisyyden ulottuvuudella. Asenteille on ominaista suurehko pysyvyys ja vaikea muutettavuus, joten ne ovat rinnastettavissa persoonallisuuden piirteisiin. Asenteet voivat muuttua esimerkiksi jos henkilö saa uudenlaista tietoa asennekohteesta. Jos asenne muodostuu lähes yksinomaan virheellisestä tiedosta tai uskomuksista, puhutaan ennakkoluuloista. Asenteiden mittaamista varten on kehitetty erilaisia mittareita, jotka soveltuvat kysely- ja haastattelukäyttöön, kuten Likert-tekniikka, jota käytetään tässä opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Huttunen, Kari, Kuusinen & Vaherva 1982, 17–18.)

Uskomus. Sivistyssanakirjan mukaan uskomus tarkoittaa uskoon perustuvaa käsitystä jostakin. Uskomuksen synonyymejä ovat myytti, lainalaisuus, luulo ja tapa. (Suomisanakirja 2014.)

Uskomus -käsitteen rinnalla käytetään paljon käsitteitä luuleminen, mielipide, mielikuva, käsitys sekä näkemys. Esimerkiksi kasvatustieteissä ovat vanhempien uskomukset tutkimuskohteena suuressa suosiossa, mutta uskomus -käsitettä ei ole siltikään määritetty riittävän tarkasti kasvatustieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa. Usein oletetaan että lukija tietää mitä uskomus tarkoittaa. (Hirsjärvi & Perälä-Littunen 2001, 87–88.)

3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden edistäminen

Seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle on tehty kirjallinen ohjeisto (Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009) ja Pro Nursing Ry on myöntänyt ”Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa” -kirjallisen ohjeiston laatimisesta vuoden 2009 hoitotekopalkinnon. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on myös kirjattu hyvä käytäntö suositukseksi. (Sosiaaliportti, 2013.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sanoo, että potilaalle on annettava tarpeeksi tietoa hoidon vaikutuksista, merkityksistä ja muista hoitoon liittyvistä seikoista. Terveystieteiden tutkimuslaki (1326/2010) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaille ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa myös seksuaalipoliklinikan perustamista jokaiseen sairaanhoitopiiriin (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä 2012, 30). Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä lakeja ja säädöksiä on Suomessa useita. Mainittakoon mm. Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, Kansanterveyslaki 66/1972 ja Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 563/2002.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokseen (THL) perustettiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksikkö (SELI) vuonna 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluja lainsäädännön, strategioiden, suositusten ja oppaiden avulla. THL on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alla ja toimii tutkimus- ja kehittämislaitoksena. Sen tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 208–209.)

Suomeen valmistui ensimmäinen kansallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toiminta-ohjelma sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatimana vuonna 2007. Ohjelman keskeisenä tavoitteena oli hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden lisääminen. Ohjelma kattoi seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämisen vuosille 2007 - 2011. Ohjelmassa mainitaan mm. että seksuaalineuvonta integroidaan osaksi peruspalveluja sekä ehkäisevään työhön ja sairaanhoitoon. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 21–23; Ritamo & Ryttyläinen-Korhonen 2011, 14.) Loppuarviossa nostettiin tärkeiksi kehittämisen kohteiksi mm. seksuaalineuvojan toimenkuvan määrittäminen ja toimien avaaminen ja seksuaalineuvonnan tasapuolisen saamisen varmistaminen (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 15).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden uusi toimintaohjelma on laadittu vuosille 2014–2020, se sisältää tavoitteita ja niihin liittyviä toimenpiteitä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Painopistealueet ovat lapset ja nuoret, miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys, monikulttuurisuus sekä hyvä syntymän hoito. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 3.)

Näyttöön perustuvan toiminnan avulla kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita niin, että ne ovat mahdollisimman vaikuttavia (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 138). Seksuaalineuvonnassa ja seksuaaliterveyden edistämisessä voidaan näyttöön perustuvaa toimintaa käyttää hyödyksi monella tasolla. Näyttöön perustuvassa seksuaalineuvonnassa tieteellinen tieto yhdistetään seksuaalineuvojan ammatilliseen osaamiseen. (Ryttyläinen-Korhonen & Petäjä 2011, 56.) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii Käypä Hoito -suosituksia. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä suosituksia on tällä hetkellä yksitoista. (Käypä Hoito 2014.) Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus koordinoi kansallisten hoitotyön suositusten laadintaa ja kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Toistaiseksi on valmistunut vasta yksi suositus joka liittyy seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, tämä koskee imetysohjausta. (Hotus 2014; Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 191–192.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden parissa tehdään myös kansainvälistä yhteistyötä. Yksi osoitus siitä on yhteisesti Eurooppaan luodut seksuaalikasvatuksen standardit, joissa on luotu suuntaviivoja poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Asiakirjan tarkoituksena on edistää kokonaisvaltaista seksuaalikasvatusta. Ryhmään kuului 19 asiantuntijaa yhdeksästä Länsi-Euroopan maasta. (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010, 3–4; Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2014, 9.)

3.3 Seksuaaliohjaus hoitotyössä

Terveydenhuollon tehtävänä on edistää ja säilyttää sekä fyysiset että psyykkiset edellytykset seksuaaliterveydelle. Tämä sisältää potilaan informoimisen sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen ja pyrkimistä niiden vaikutusten estämiseen tai vähentämiseen. (Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009, 5.) Jokaisen potilaan, jonka sairauden tai hoidon ajatellaan vaikuttavan hänen seksuaaliterveyteensä, tulee saada asianmukaista ohjausta, neuvontaa tai terapiaa (Petäjä 2012, 68).

Seksuaalinen nautinto katsotaan ihmisen hyvinvointiin olennaisesti kuuluvaksi asiaksi. Ihmiset tulevat tulevaisuudessa yhä useammin terveydenhuollon ammattilaisten luo hakemaan apua erilaisiin seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin ja häiriöihin. Tämä asettaa vaatimuksia terveydenhuollon ammattilaisten osaamiselle, eli koulutusta on kehitettävä

sekä hoitotyöntekijöiden että lääkäreiden osalta. Vain näin voimme turvata seksuaalioikeuksien toteutumisen ja kansalaisille kuuluvat seksuaaliterveyspalvelut. (Brusila 2011, 2503; Väisälä 2011, 2512.) Sairastuminen tai vammautuminen vaikuttaa ihmisen itsetuntoon ja siten myös käsitykseen itsestä seksuaalisena olentona (Hautamäki-Lamminen 2012, 33).

Tutkimuksissa on havaittu, että potilaat kokevat seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan saamisen tärkeänä (Nylund, Järvinen, Susi & Vihtamäki 2008, 21; Hautamäki-Lamminen 2012, 45). Potilaat toivovat tietoa sairastumisen ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, sivuvaikutuksista ja niistä selviytymisestä. Potilaat tarvitsevat etenkin henkistä tukea sairauteen sopeutumiseen ja seksuaaliseen eheytymiseen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 45.) Potilaat odottavat, että ohjaus on suunnitelmallista ja kuuluu kaikille potilaille. Potilaat toivovat, että nimenomaan terveydenhuollon ammattilaiset tekevät keskustelun aloitteen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Potilaat toivoivat myös, että ohjaus sisältyy hoitosuunnitelmaan automaattisesti ikään katsomatta. Seksuaalisuuteen liittyvä tiedonsaannin tarve lisääntyy merkittävästi potilailla, joiden sairaus tai hoidot vaikuttavat tai aiheuttavat haittavaikutuksia seksuaalisuuteen tai parisuhteeseen. (Kellokumpu-Lehtinen, Hautamäki & Väisälä 2003, 7–8; Hautamäki-Lamminen 2012, 7–8, 70–71.) Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että käytännössä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ei puhuta hoitotyössä automaattisesti (Hautamäki 2007, 403).

Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksen tekijöistä koostuvat potilaslähtöisyydestä, ohjauksen suunnitelmallisuudesta ja ammatillisuudesta. Potilaslähtöisyydellä ohjauksessa tarkoitetaan potilaan huomioimista yksilönä, jolloin keskustelu lähtee potilaan tarpeista käsin. Ohjauksen suunnitelmallisuus tarkoittaa seksuaaliohjauksen kuulumista hoitosuunnitelmaan automaattisesti ja kaikille kuuluvaksi. Ammatillisuutta kuvastavat hyvät vuorovaikutustaidot, oikeanlainen asenne ja asiantuntemus. Seksuaaliohjauksen sisällöltä odotetaan muun muassa myönteisen minäkuvan vahvistamista, puolison ohjaamista ja surutyön sallimista. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto & Åsted-Kurki 2010, 282–286.)

Gianotten (2012, 7) tutkimuksen mukaan seksuaalisuutta ei huomioida aina tarpeeksi. Usein keskitytään pelkästään sairaudesta parantamiseen ja jätetään huomioimatta, min-kälaisia vaikutuksia hoidoilla tai niistä tulevilla sivuvaikutuksilla saattaa olla ihmisen seksuaalisuuteen. Potilaat saattavat hävetä seksuaalisuuden puheeksi ottamista ja siksi aloit-

teen tulisi tulla hoitohenkilökunnan taholta. Kaikkiin seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin ei välttämättä löydy apua, mutta jo asiasta puhuminen voi auttaa potilasta (Hautamäki-Lamminen 2012, 98).

Sairaanhoitajat kokevat seksuaaliohjauksen kuuluvan työnkuvaansa ja velvollisuudekseen keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja huolenaiheista (Magnan, Reynolds & Galvin 2005, 258; Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto 2007, 401; Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki 2009, 497; Julien, Thom & Kliene 2010, 189; Petäjä 2010, 47; Saunamäki, Andersson & Engström 2010, 1311; Hautamäki-Lamminen 2012, 74–75). Käytännössä sairaanhoitajat kuitenkin harvoin ottavat seksuaalisuuden puheeksi, eikä seksuaaliohjaukselle varata aikaa. (Magnan 2005, 287; Magnan & Norris 2006, 264; Magnan ym. 2006, 288; Hautamäki ym. 2007, 401; Petäjä 2010, 49–50; Saunamäki ym. 2010, 1311; Zeng, Liu & Loke 2011, 280; Hautamäki-Lamminen 2012, 74–75.)

Sairaanhoitajat uskovat, etteivät potilaat odota heidän ottavan puheeksi seksuaalisuuteen liittyviä aiheita (Magnan ym. 2005, 285; Magnan & Reynolds 2006, 288; Julien ym. 2010, 188; Petäjä 2010, 50). Sairaanhoitajat ajattelevat, että potilaita ei kiinnosta seksuaalisuuteen liittyvät asiat tai että puheeksi ottaminen saattaa jopa tuntua potilaasta kiusalliselta. Hoitaja haluaa suojella sekä itseään että potilasta kiusalliselta puheenaiheelta ja sivuttaa seksuaalisuuden ohjaustilanteessa. (Magnan & Reynolds 2006, 286, 290.)

Aiheen arkaluontoisuus ja hoitajan vaivaantuneisuus aiheen suhteen koetaan merkittäviksi esteiksi (Magnan 2005, 288; Magnan ym. 2006, 288; Kotronoulas ym. 2009, 493; Akinci 2011, 242; Petäjä 2010, 45; Saunamäki 2010, 1312; Hautamäki-Lamminen 2012, 75). Jonkin verran hoitajat uskovat, että potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta tai sen puheeksi ottamisesta (Magnan ym. 2005, 285; Petäjä 2010, 47). Hoitaja saattaa ajatella, että potilasta ei kiinnosta sairastuessaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja että seksuaalisuus on liian yksityinen asia, jotta siitä voitaisiin puhua. Ajatellaan että potilas saattaisi loukkaantua jos asia otetaan puheeksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137; Zeng ym. 2011, 280.) Kiire, yksityisyyden puute, vuorovaikutuksen toimimattomuus ja muut tärkeämmäksi koetut asiat ovat myös esteinä puheeksi ottamiselle (Petäjä 2010, 50). Potilaan ikä, sukupuoli, kulttuuritausta ja uskonto vaikuttavat myös hoitajan halukkuuteen puhua seksuaalisuudesta (Kotronoulas ym. 2009, 494).

Nuoren potilaan kanssa koetaan puhuminen seksuaalisuudesta helpommaksi kuin vanhemman henkilön kanssa. (Julien ym. 2010, 186; Petäjä 2010, 44.) Valtosen (2014, 1) tutkimuksen mukaan seksuaalisuudesta ei keskustella vanhuksen kanssa ajanpuutteen vuoksi. Hautamäki-Lamminen ym. (2010, 285) tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat seksuaalisuuden puheeksi ottamista ikään katsomatta. Terveystieteiden ammattilaisten ei tulisi antaa potilaan iän vaikuttaa seksuaaliasioista keskusteluun, vaan ohjausta tulisi antaa ikään katsomatta (Hautamäki-Lamminen 2012, 98).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen esteiksi koetaan lisäksi koulutuksen puute. Hoitajat eivät koe omaavansa tarpeeksi tietoa ottaakseen seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi. Valtaosa hoitajista onkin sitä mieltä, että koulutusta tarvitaan ehdottomasti lisää. (Magnan 2005, 287; Hautamäki ym. 2007, 403; Kotronoulas ym. 2009, 497; Akinici, Yildiz & Zengin 2010, 13; Petäjä 2010, 50; Yildiz & Dereli 2011, 92; Hautamäki-Lamminen 2012, 74–75; Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-Lehtinen 2012, 8–12.) Koulutusta halutaan muun muassa sairauksien, toimenpiteiden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, vuorovaikutukseen, seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle käytännön ohjeita ja neuvoja potilasohjaukseen. (Petäjä 2010, 46; Akinci 2011, 245). Sairaanhoidajille tulisikin järjestää koulutusta sairauksien ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen sekä arkaluontoisista asioista puhumiselle. Koulutuksella todetaan olevan myönteinen vaikutus, hoitajat kokevat tiedon lisäävän rohkeutta ottaa seksuaalisuus puheeksi. (Magnan ym. 2005, 287.)

Tutkimuksessa todetaan, että pitkän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat tekevät itse herkemmin aloitteen seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle. (Saunamäki 2010, 1311–1312; Hautamäki-Lamminen 2012, 74–75.) Julien (2010, 186) tutkimuksen mukaan nuorilla ja vähän työkokemusta omaavilla hoitajilla oli huomattavasti enemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle kuin vanhemmilla ja pitkän työkokemuksen omaavilla hoitajilla. Toisaalta taas osassa tutkimusta oli täysin vastakkaisia tuloksia eli nuoremmat ja vähän työkokemusta omaavat hoitajat kokivat helpommaksi ja luontevammaksi puhua seksuaalisuudesta kuin vanhemmat ikäpolvet (Kotronoulas ym. 2009, 494).

Seksuaaliohjauksen toteutuminen vaatii ajan, asianmukaisten tilojen ja koulutuksen järjestämistä. Koulutus ihmisen seksuaalisuudesta, hoitojen ja lääkkeiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen sekä arkaluontoisista asioista keskustelemiseen voi madaltaa kynnystä seksuaalisuudesta puhumiselle. Hoitosuhteen pirstaleisuus luo omat

haasteensa. Luottamussuhteen syntyminen potilaan ja hoitajan välille voi viedä useita tapaamiskertoja. Kaikki terveydenhuollon ammattilaiset eivät ole sinut oman seksuaalisuutensa kanssa, eivätkä ole siksi halukkaita keskustelemaan potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tällöin voi kuitenkin ohjata potilaan esimerkiksi seksuaalineuvonpuheille. (Hautamäki-Lamminen 2012, 100–101.) Hoitajalla tulee olla herkkyyttä havaita, milloin on hyvä hetki puhua seksuaalisuudesta. Keskustelun avaajana voi olla vaikka opaslehtinen, vihjaus asiasta tai suora kysymys. Keskustelun aloite voi tulla työntekijältä, potilaalta tai omaiselta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138.) Puolison ja parisuhteen huomioiminen pitäisi myös saada osaksi hoitoa. Tarvittaessa potilaalle ja läheiselle pitää järjestää seksuaalisuuden ja parisuhteen tueksi intensiivistä seksuaalineuvontaa. (Hautamäki ym. 2007, 404; Hautamäki-Lamminen 2012, 103.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. Opinnäytetyön aineisto kerättiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisätautien vastuualueelta. Vastuualue käsittää sekä vuodeosastoja että poliklinikoita. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään paljon muun muassa sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä asioita ovat muun muassa keskeisten käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien valinnat, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, esimerkiksi prosenttilukoiden avulla. Tulosten merkitsevyyttä testataan tilastollisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 138–140.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Kyselytutkimus on tärkeä tapa kerätä ja tarkastella tietoa ilmiöistä, toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Tavoitteena on selvittää miten ihmiset kokevat tai mitä he ajattelevat jotakin ilmiöstä. (Karjalainen 2010, 11.) Kyselytutkimus on määrällistä tutkimusta, jossa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kyselyaineisto koostuu luvuista ja numeroista. Sanallisesti voidaan täydentää tietoja tai vastauksia kysymyksiin, joita ei voi esittää numeraalisesti. Kyselytutkimus on mittausväline, joka soveltuu hyvin mielipidetiedusteluihin. Kyselyaineisto koostuu mitatuista luvuista ja numeroista, vaikka kysymykset esitetäänkin sanallisesti. (Vehkalahti 2008, 11–13.)

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on saada yleistettäviä päätelmiä (Hirsjärvi ym. 2013, 180). Tulosten luotettavuutta arvioidaan tilastollisilla testeillä (Karjalainen 2010, 11). Rajallisen ajan ja oman mielenkiinnon pohjalta valikoitui otannaksi sisätautien vastuualueen sairaanhoitajat sekä poliklinikoilta että vuodeosastoilta.

Sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia potilaan seksuaalisuusohjausta kohtaan on lähi-vuosina tutkittu useissa eri tutkimuksissa käyttäen Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) – mittaria (Liite 1). Mittari on kehitetty Yhdysvalloissa (Reynolds & Magnan 2005, 258). Sexuality Attitudes and Beliefs Survey -mittaria käytetään myös tässä opin-näytetyössä kartoittamaan sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia sairaalan vuodeosas-tolla ja poliklinikalla tapahtuvaa seksuaaliohjausta kohtaan.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuskohteena olivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisätautien vastuualueen sairaan-hoitajat (284). Lupa kyselyn toteuttamiselle saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä maa-liskuussa 2014.

Saatekirje on tärkeä osa kyselyä. Se kertoo vastaajalle perustiedot kyselystä, kuka sen tekee, mistä on kysymys ja mihin tutkimustuloksia käytetään. Saatekirjeen perusteella vastaaja joko motivoituu osallistumaan kyselyyn tai hylkää koko kyselyn. Hyvin laadi-tulla saatekirjeellä voi herättää vastaajan mielenkiinnon. Kyselyiden määrä on kasvanut valtavasti, joka on johtanut vastaajien haluttomuuteen osallistua kyselyihin. Vastaaminen pitäisi tehdä mahdollisimman helpoksi ja ulkoasuun sekä kielen selkeyteen tulisi kiinnit-tää huomiota. (Vehkalahti 2008, 47–48.)

Tämän opinnäytetyön saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, kenelle se on suun-nattu ja tutkimuksen tekijän tiedot. Kirjeessä painotettiin anonymiteetin säilymistä jokai-nessa vaiheessa ja että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaamisen ker-rottiin vievän aikaa 5–10 minuuttia. Saatekirjeen yhteydessä oli linkki itse kyselyyn.

Tutkimusaineisto kerättiin toukokuussa 2014 Webropol® ohjelman avulla verkkoky-selynä. Kyselylomakkeen laadinnan Webropol® alustalle toteutti toimialueen sihteeri. Opinnäytetyön tekijä lähetti saatekirjeen ja linkin kyselyyn sähköpostilla kohdejoukolle. Vastauksia tuli ensimmäisessä vaiheessa 55. Muistutus kyselystä lähetettiin toukokuun loppupuolella. Vastauksia saatiin lopulta yhteensä 123. Vastausprosentti oli 43 %. Toi-mialueen sihteeri lähetti opinnäytetyön tekijälle vastaukset Excel -muodossa kesäkuussa. Aineiston analysointi aloitettiin heinäkuussa.

4.3 Aineiston analysointi

Kyselylomake (LIITE 2 ja 3) käsitti taustamuuttujakysymyksiä, kuten ikään ja työkokemukseen liittyviä tietoja sekä Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) – mittarin kysymykset (Reynolds & Magnan 2005, 258).

Likertin asteikossa pitää tutkittavan päättää, kuinka samaa mieltä hän on väitteen kanssa (Nummenmaa 2009, 40). Likertin asteikko soveltuu hyvin asennemittauksiin (Parahoo 2006, 294). Likertin asteikkoa voidaan pitää järjestysasteikkona, välien suuruudet voivat vaihdella, kunhan järjestys säilyy. Likertin asteikosta voidaan laskea keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatioita. Mittaus on ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita pystytä jälkikäteen parantamaan. (Vehkalahti 2008, 37, 40.) SABS-mittarin avulla kartoitettiin sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. SABS-mittarissa on 12 väittämää, joiden asteikkona on 6-portainen Likertin asteikko. (1 = täysin eri mieltä, 6 = täysin samaa mieltä).

Osassa mittarin väittämiä on päinvastainen koodaus, joka huomioitiin analysointivaiheessa kääntämällä asteikko. Kyselyn yhteispistemäärä on teoriassa 12–72 pistettä. Mitä suurempi on vastaajan saama pistemäärä, sitä suuremmat ovat esteet keskustella potilaan kanssa seksuaalisuudesta. (Reynolds & Magnan 2005, 257.)

Mittarin käyttöön tässä opinnäytetyössä on saatu lupa mittarin kehittäjältä Dr. Magnanilta. Mittari on käännetty suomeksi. Sitä on käytetty ensimmäisen kerran Suomessa Petäjän (2010) YAMK opinnäytetyössä, joka kartoitti Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnan potilaiden seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviä asenteita, uskomuksia, kokemuksia sekä osaamisen kehittämistarpeita. Lupa suomenkielisen SABS-mittarin käyttöön tässä opinnäytetyössä on saatu Petäjältä.

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS® Statistics 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) ohjelmaa. SABS-kyselyn väittämät (1, 2, 4, 6, 8, 10, 12) käännettiin samansuuntaisiksi muiden väittämien kanssa ennen analysointia.

Perusteellinen aineiston esikäsittely luo pohjan varsinaiselle analyysille. Esikäsittely auttaa löytämään virheet, jotka kannattaa yrittää korjata heti. Selailu on hyvä tapa arvioida onko aineisto päällisin puolin kunnossa. Aineistoon tutustuminen aloitetaan muuttujien jakaumista. (Vehkalahti 2008, 51.) Analysoitavassa aineistossa puuttuvia vastauksia oli vain muutamia.

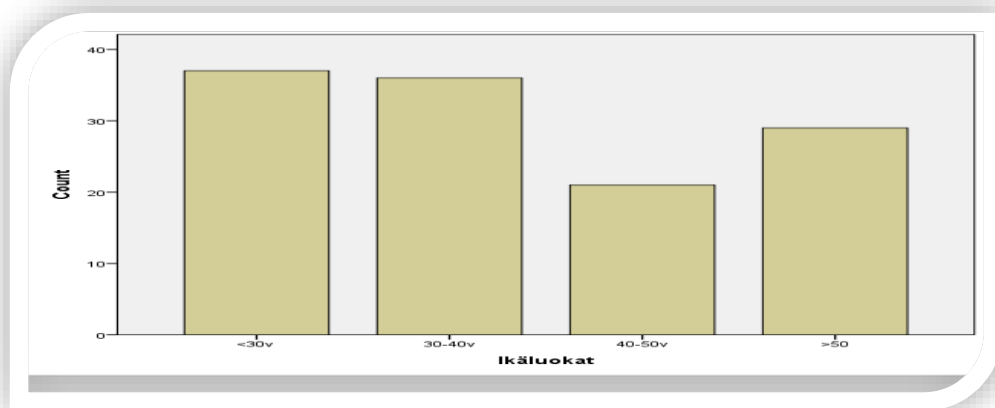
Taustamuuttujia (ikä, työkokemus ja koulutukset) luokiteltiin tarkempaa tarkastelua varten. Työpaikka oli jaoteltu kahteen luokkaan, joten se jätettiin ennalleen. Ikä jaoteltiin neljään eri ryhmään < 20v, 30–40v, 40–50v ja > 50v. Koulutuksia läpikäydessä kävi ilmi, että ainoastaan hyvin pieni osa oli osallistunut koulutuksiin, joten jako tehtiin kaksiluokkaiseksi siten, että toisessa olivat koulutuksessa olleet ja toisessa ne jotka eivät olleet osallistuneet koulutuksiin. Työkokemuksesta muodostettiin neljä eri luokkaa seuraavasti: < 5v, 5–10, 10–20 ja > 20v työkokemusta omaavat.

Likertin asteikolle muodostetun SABS-kyselyn väittämiä yhdistettiin seuraavasti: 1–3 luvut luokaksi ”eri mieltä” ja 4–6 luvut ”samaa mieltä” luokiksi. Aineiston kuvailuun käytettiin keskilukuja, prosentti- sekä frekvenssilukuja. Aineiston havainnollistamiseksi muodostettiin taulukoita ja kuvioita.

5 TULOKSET

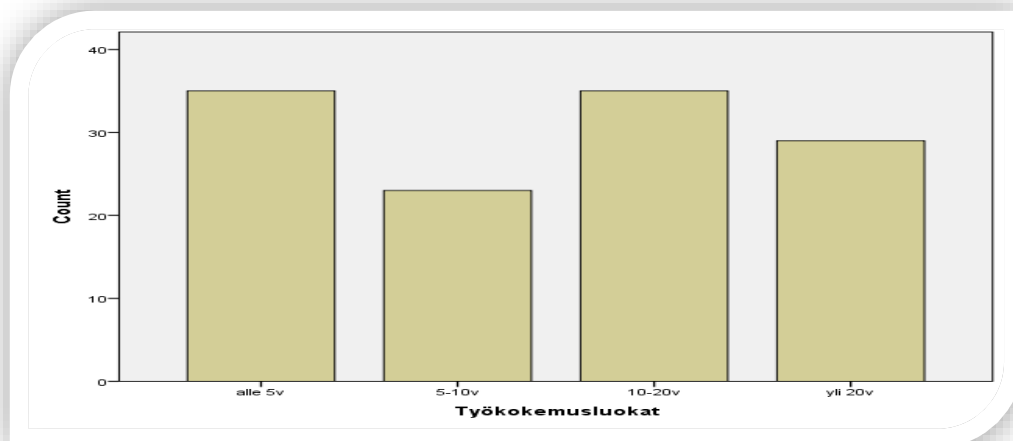
5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 123 (N = 123) sisätautien vastuu-alueen sairaanhoitajaa. Suurin osa vastaajista, 92 henkilöä (75.7 %), työskentelivät vuodeosastoilla ja loput 30 henkilöä poliklinikoilla. Puuttuvia vastauksia työpaikan suhteen oli yksi. Vastaajien iät jaoteltiin neljään eri ryhmään. Vastaajien keski-ikä oli 39.2. Iät vaihtelivat 23–62 vuoden välillä. Puuttuvia vastauksia iän suhteen ei ollut. Kuvioon 1. on havainnollistettu ikäluokat.



KUVIO 1. Vastaajien ikäluokat

Kuviossa 2. on kuvattu vastanneiden työkokemusvuodet luokiteltuina. Vastaajien työkokemus jaoteltiin neljään eri luokkaan. Työkokemuksen keskiarvo oli 14.1 vuotta. Puuttuvia vastauksia työkokemuksen suhteen oli yksi.



KUVIO 2. Vastaajien työkokemusluokat

Suurin osa sairaanhoitajista, 76 henkilöä (62.8 %), ei ollut osallistunut seksuaalisuutta koskeviin täydennyskoulutuksiin. Koulutuksen käyneissä oli muutama pidemmän täydennyskoulutuksen käynyt sairaanhoitaja, muut olivat osallistuneet muutaman tunnin tai päivän pituiseen lisäkoulutukseen. Tämä ryhmä jaoteltiin kahteen osaan seuraavasti: ei koulutusta ja koulutusta. Liitteessä 4 on tarkemmin eritelty vastaajien taustamuuttujien tietoja.

5.2 Seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja uskomukset

Sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan kartoitettiin jo aiemmin eri yhteyksissä käytössä olleella valmiilla SABS kyselylomakkeella (Magnan ym. 2005, 286). Valmiiseen mittariin tulee suhtautua varauksellisesti, koska sen toimivuus ei ole itsestäänselvyys. Toisaalta mitattavat ilmiötäkään eivät ole vakaita, ne voivat muuttua ajan myötä tai olla ympäristöstä riippuvaisia. Hyvässä kyselylomakkeessa toteutuvat sekä sisällölliset että tilastolliset näkökulmat. (Vehkalahti 2008, 12,20.)

SABS kyselylomakkeessa kartoitetaan vastaajien seksuaaliasenteita ja uskomuksia. Kyselylomakkeen ajatuksena on, että mitä suuremman pistemäärän saa, sitä enemmän on esteitä keskustella potilaan kanssa seksuaalisuudesta. (Magnan ym. 2005, 286.) Asenteita ja uskomuksia ei käsitellä yksittäisinä tutkimuskysymyksinä, koska molemmat vaikuttavat toisiinsa.

Liitteessä 5. on eritelty tarkemmin SABS kysymyksistä saatujen pistemäärien tunnuslukuja. Kyselyn kokonaispistemäärän keskiarvo oli 37.48, mediaani 38 ja keskihajonta 7.816. Liitteen taulukossa ovat Likertin asteikon arvot 1–3 luokiteltu ryhmäksi ”eri mieltä” ja arvot 4–6 ryhmäksi ”samaa mieltä”. Luokkien erot on muutettu prosenteiksi. Pisteiden keskiarvo kuvaa yksittäisestä vastauksesta Likertin asteikolla saatua lukua.

Kyselyssä suurimman pistemäärän sai kysymys 6. ”*Varaan aikaa keskustellakseni potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.*” Tuloksen mukaan 87 % sairaanhoitajista ei käytännössä varaa aikaa keskustellakseen potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Vastauksen pisteiden keskiarvo oli 4.75. Toiseksi eniten pisteitä sai kysymys 12. ”*Potilaat odottavat hoitajien kysyvän heidän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.*” Tulosten mukaan 69 % sairaanhoitajista ei usko, että potilaat odottavat

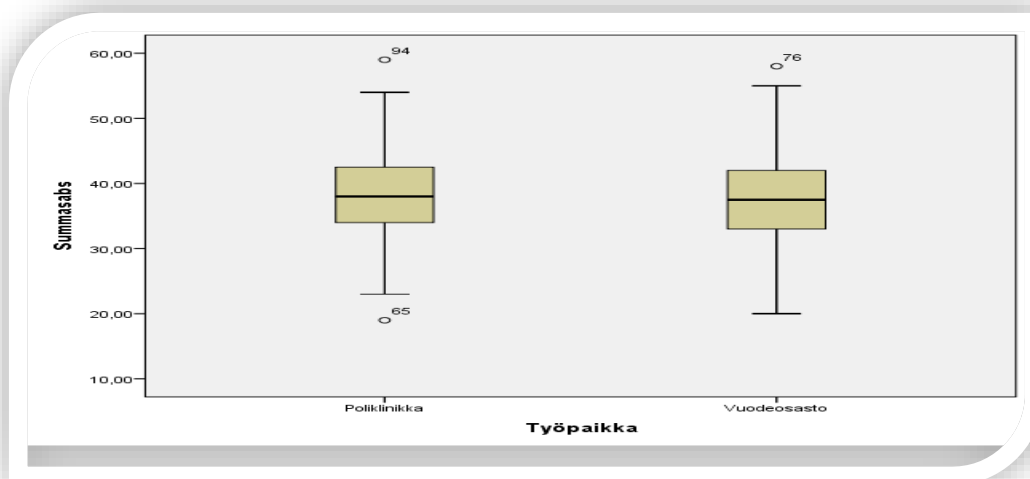
heidän kysyvän seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Keskiarvo 3.89. Kolmantena oli kysymys 8. ”*Luotan omiin kykyihini vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.*” Lähes 60 % sairaanhoitajista ei luota kykyihinsä keskustella seksuaalisuudesta potilaan kanssa. Keskiarvo 3.75.

Kyselyssä pienimmät pisteet sai kysymys 10. ”*Hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.*” Sairaanhoitajista lähes kaikki eli 98 % koki velvollisuudekseen antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuudesta. Keskiarvo 1.40. Toiseksi vähiten pisteitä sai kysymys 9. ”*Seksuaalisuus on liian yksityinen asia, jotta siitä voisi keskustella potilaan kanssa.*” Sairaanhoitajista 86 % oli sitä mieltä, ettei seksuaalisuus ole liian yksityinen asia, jotta siitä ei voisi keskustella potilaan kanssa. Keskiarvo 2.13. Kolmanneksi vähiten pisteitä sai kysymys 7. ”*Aina kun potilaat kysyvät minulta seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen, neuvon heitä keskustelemaan asiasta lääkäriensä kanssa.*” Sairaanhoitajista 87 % eivät neuvo potilasta kääntymään lääkärin puoleen seksuaalisuusasioissa. Keskiarvo 2.45.

Yli puolella (56 %) sairaanhoitajista on uskomus, että sairaalahoitossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Sairaanhoitajista kuitenkin 76 % ymmärtää miten potilaan sairaudet ja hoidot vaikuttavat heidän seksuaalisuuteensa ja kokevat (76 %) että seksuaalisuudesta keskusteleminen on olennaista potilaan terveyden edistämiseksi. Ainoastaan 37 % sairaanhoitajista kokee, että seksuaalisuudesta pitäisi puhua vain potilaan aloitteesta, mutta toisaalta 69 % sairaanhoitajista on uskomus, että potilaat eivät odota heidän kysyvän heidän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.

Sairaanhoitajat eivät pääsääntöisesti koe oloansa vaivaantuneeksi puhuessaan seksuaalisuudesta (58 %), mutta kokevat että toiset sairaanhoitajat kykenevät helpommin puhumaan seksuaalisuudesta kuin he itse (67 %). Sairaanhoitajista peräti 59 % ei luota omiin kykyihinsä vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.

Kuviossa 3. on vertailtu poliklinikan ja vuodeosaston SABS pistemäärien jakaumaa. Poliklinikan SABS pistemäärän keskiarvo on 37.71 ja vuodeosaston 37.40. Molemmissa ryhmissä on havaittavissa muutamia poikkeavia havaintoarvoja, kaksi poikkeavan suurta pistearvoa ja yksi hyvin pieni pistearvo.



KUVIO 3. Poliklinikan ja vuodeosaston SABS pistemäärien jakaumat

Ryhmien odotusarvojen testaukseen käytetään t-testiä (Independent Samples Test), joka perustuu keskiarvojen vertailuun. T-testiä voidaan soveltaa, jos otos on poimittu perusjoukosta, joka on normaalijakautunut. Kummatkin vertailtavat ryhmät ovat osa samaa perusjoukkoa. Ryhmät eivät riipu toisistaan. Varianssien yhtäsuuruutta testataan Levenen testillä, jonka tulos on näkyvissä samassa taulukossa t-testin kanssa. Levenen testin nollahypoteesina on, että varianssit ovat samat (p -arvo >0.05). (KvantiMOTV 2014; Tilastotieteen johdantokurssi 2014.)

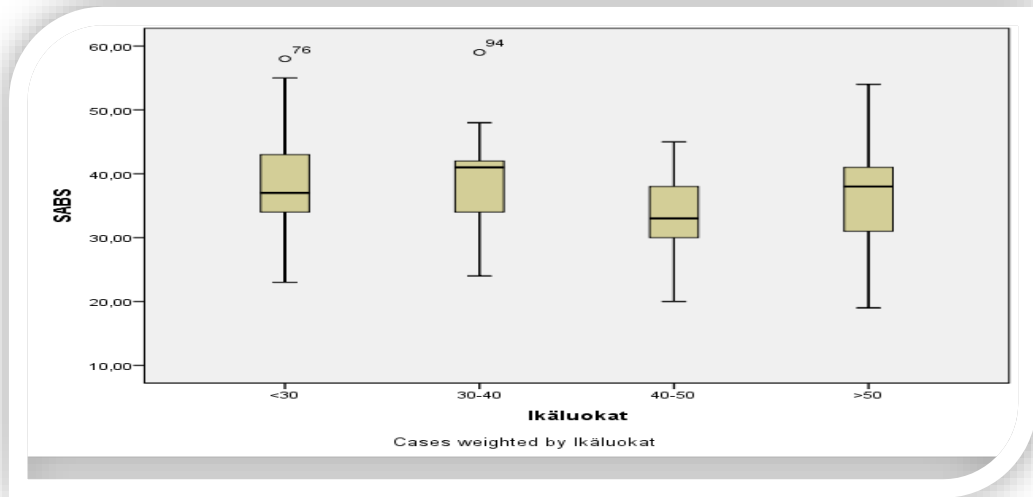
Ennen t-testin suorittamista varmistetaan, että SABS-pistemäärä on likimain normaalijakautunut. Normaalijakautuneisuus voidaan testata esimerkiksi muodostamalla histogrammi tai Kolmogorov-Smirnov-testillä. Kahden riippumattoman otoksen testeissä vertaillaan tutkittavan muuttujan arvoja ryhmittelymuuttujan määräämissä kahdessa ryhmässä. Hypoteesit ovat samat kuin vastaavan t-testin tapauksessa. SABS:n pistejakauman normaalijakautuneisuus on tarkistettu histogrammin avulla ja Kolmogorov-Smirnov-testillä. Normaalijakautuneisuus voidaan olettaa ($p > 0.5$). Riippumattomien otosten testissä oletetaan lisäksi vertailtavien ryhmien riippumattomuus. Varianssien yhtäsuuruutta on

testattu Levenen testillä, jossa F-testisuureen arvoksi saadaan 0.196. Levenen testin nol-lahypoteesina on, että varianssit ovat samat. Varianssit voidaan olettaa yhtä suuriksi ($p > 0.05$). T-testin tuloksen mukaan (t-testisuure 0.184, vapausastein 118, $p = 0.854$) voi-daan päätellä, että poliklinikan ja vuodeosaston välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa suhteessa SABS pisteisiin. Lisäksi odotusarvojen erotuksen 95 % luottamusvälistä voidaan todeta, että nolla sisältyy luottamusvälille, mikä tukee päätelmää siitä, että ryh-mien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevä ero. (KvantiMOTV 2014; Tilastotieteen joh-dantokurssi 2014.)

Kuviossa 4. on kuvattu SABS pistemäärien jakaumat ikäluokittain. Jakaumat näyttävät eroavan toisistaan sijainnin, mediaanin ja hajonnan mukaan. Kussakin ikäluokassa ja-kauma näyttää myös melko vinolta, jolloin jakauman pistemäärät ovat kasautuneet joko vasemmalle tai oikealle.

Alle 30 vuotiaiden ryhmässä jakauma näyttäisi olevan oikealle vino, jolloin pistemäärät ovat kasautuneet enemmän vasemmalle puolelle, eli valtaosa havainnoista saa keskiarvoa pienempiä arvoja. Alle 30 vuotiaiden ryhmän pisteiden keskiarvo on 39.14 ja mediaani 37. Toisaalta taas 30–40 vuotiaiden ryhmässä jakauma näyttää olevan vasemmalle vino, jolloin valtaosa havainnoista saa keskiarvoa suurempia arvoja. 30–40 vuotiaiden pistei-den keskiarvo on 39.14 ja mediaani 41. Eli kahden nuorimman ikäluokan keskiarvot ovat lähes saman samat, mutta mediaanit poikkeavat toisistaan. Eniten hajontaa pistemäärissä tapahtuu nuorimpien ja vanhimpien ikäryhmissä. 40–50 vuotiaiden ryhmässä jakauma näyttäisi aavistuksen tasaisemmalta, ja kyseinen ikäryhmä ei myöskään saa niin suuria pistemääriä kuin vertailuryhmät. 40–50 vuotiaiden keskiarvo on selvästi pienin eli 33.52 ja mediaani 33. Yli 50 vuotiaiden ryhmän keskiarvo on 36, joka sekkin on matalampi ver-rattuna kahteen nuorimpaan ikäryhmään. Mediaani on 38.

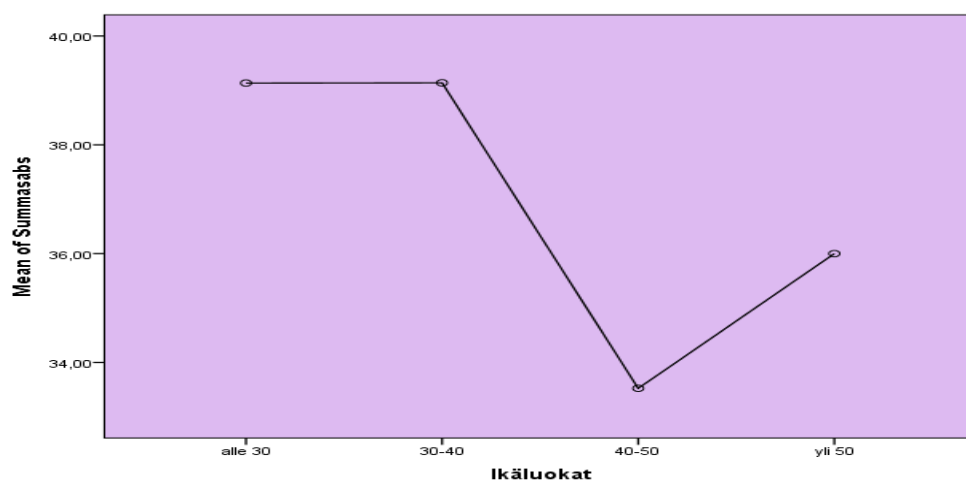
Kun kyseessä on useamman ryhmän odotusarvojen testaus ja verrattaessa yhden ryhmit-telymuuttujan vaikutusta jatkuvan muuttujan vaihteluun, käytetään yksisuuntaista vari-anssianalyysiä. Tarkoituksena on vertailla SABS-pistemäärän keskiarvoja ikäluokittain. Ennen varianssianalyysin toteuttamista tutkitaan varianssien yhtäsuuruus- ja normaalija-kaumaoletuksen voimassaolo. Varianssit voidaan olettaa yhtä suuriksi ($p > 0.05$). Kun ryh-mien varianssit ovat yhtäsuuret, voidaan käyttää F-testiä. F-testisuureen arvoksi saadaan 3.390. Testin mukaan ikäluokkien välillä suhteessa SABS pistemäärään on tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0.02$). (KvantiMOTV 2014; Tilastotieteen johdantokurssi 2014.)



KUVIO 4. SABS pistemäärien jakaumat ikäluokittain

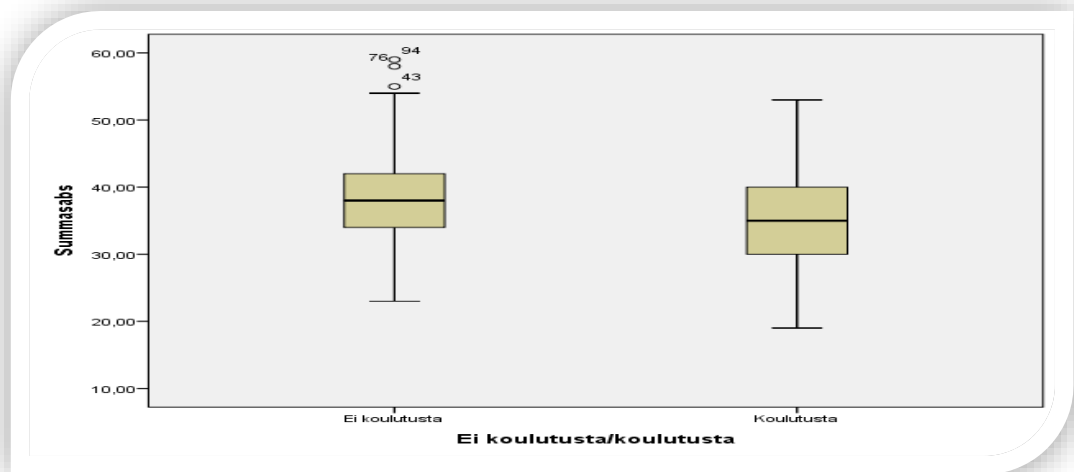
Parittaisella vertailutestillä (Bonferroni) testattiin, mitkä ryhmistä ovat toisistaan poikkeavia. Bonferroni- testillä verrataan kunkin ryhmän keskiarvoa erikseen kaikkiin muihin. Tämän tuloksen perusteella ikäluokkia yhdisteltiin. Ikäluokat yhdistettiin alle 40v ja yli 40v ryhmiin. Alle 40v ikäryhmän SABS pisteiden keskiarvoksi saatiin 39.14 ja mediaani 38. Yli 40v ikäryhmän keskiarvo on 34.89 ja mediaani 35. T-testin ($p = 0.003$) mukaan tilastollinen ero on erittäin merkitsevä. (KvantiMOTV 2014; Tilastotieteen johdantokurssi 2014.)

Kuviossa 5. on havainnollistettu Means Plots kuvion avulla iän vaikutus suhteessa SABS pisteisiin. Kuvioista on havaittavissa selkeä ero alle 40v ja yli 40v ikäryhmän välillä.



KUVIO 5. Iän vaikutus SABS pisteisiin

Kuviossa 6. on kuvattu SABS pistemäärien jakauma koulutuksen suhteen. Koulutusta omaavien SABS pisteiden keskiarvo on 35.2. Ei koulutusta omaavien pisteiden keskiarvo on 38.8. Mediaanissa on kolmen pisteen ero, koulutusta omaavien pistearvo on 35 ja ei koulutusta omaavien 38. Jakaumassa on havaittavissa, ei koulutusta omaavien, jakaumassa kolme huomattavan suurta arvoa. Varianssit voidaan olettaa yhtä suuriksi ($p > 0.05$). (T-testisuureen 2.488, vapausastein 116). T-testin mukaan ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.014$). Lisäksi odotusarvojen erotuksen 95 % luottamusvälistä (0.74, 6.53) voidaan todeta, että nolla ei sisälly luottamusvälille, mikä tukee päätelmää siitä, että ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero. (KvantiMOTV 2014; Tilastotieteen johdantokurssi 2014.)

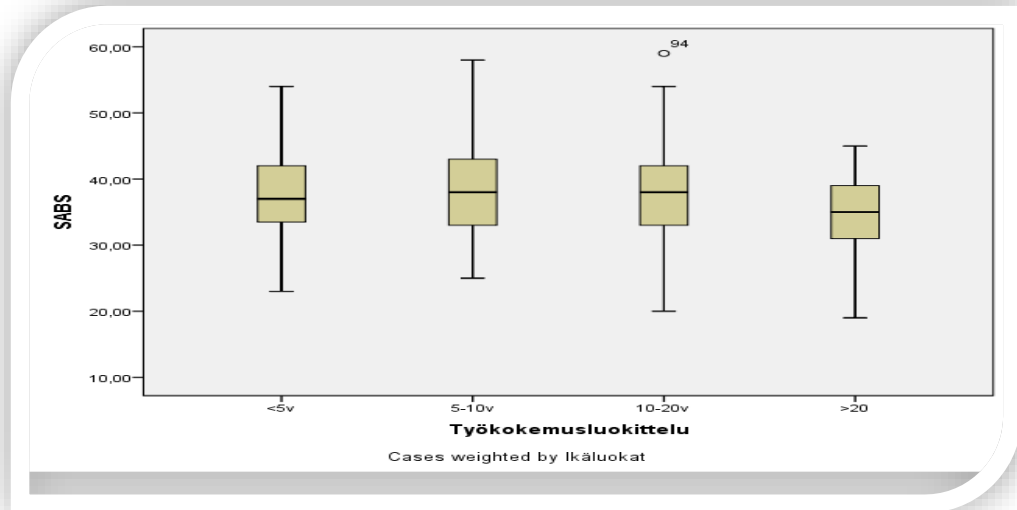


KUVIO 6. SABS pistemäärien jakauma koulutuksen suhteen

Kuviossa 7. on esitetty työkokemuksen vaikutus saatuun pistemäärään. Työkokemuksen suhde saatuun pistemäärään ei näytä vaikuttavan tulokseen. Mediaani on kaikissa lähes sama, eikä keskiarvoissa ole merkittävää eroa. Keskiarvot ovat <5v luokassa 37.81, 5–10v luokassa 39.44, 10–20v luokassa 37.48 ja yli 20v työkokemusta omaavien luokassa 34.69.

Varianssianalyysin mukaan ryhmittäiset varianssit ovat yhtäsuuria ($p > 0.05$). F-testisuureen arvoksi saadaan 1.853. Testin mukaan työkokemusvuosien välillä suhteessa SABS pistemäärään ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa ($p = 0.142$). Varianssianalyysin mukaan ryhmittäiset varianssit ovat yhtäsuuria, joten keskiarvotestin oletus yhtäsuurista ryh-

mävariansseista on voimassa. Tilastollisesti testattuna Anovan mukaan ($p = 0.142$) työkokemuksen suhde verrattuna SABS pisteisiin ei ole tilastollisesti merkittävä. (Kvanti-MOTV 2014; Tilastotieteen johdantokurssi 2014.)



KUVIO 7. SABS pistemäärien jakauma työkokemuksen suhteen.

6 POHDINTA

6.1 Eettiset kysymykset

Opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen tutkimuskäytännön periaatteita noudattaen (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6–7; Hirsjärvi ym. 2013, 23). Muiden tekemiin tutkimuksiin on viitattu asianmukaisella tavalla ja tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti. Kyselyn kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy jokaisessa vaiheessa. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimuksen kulku on tuotu esiin tarkasti vaiheittain ja saatuja tuloksia on pohdittu kriittisesti. Tuloksia ei ole pyritty yleistämään vastausprosentin pienuuden takia.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Mielipiteiden, asenteiden ja arvojen tutkimisessa on useita epävarmuuskohtia; saatiinko tarpeeksi vastauksia, mittasivatko kysymykset tutkittavaa asiaa, toimivatko mittarit luotettavasti ja niin edelleen. Osa haasteista liittyy mittaamiseen ja osa taas tutkimuksen sisällöllisiin tavoitteisiin. (Vehkalahti 2008, 12,20.) Kyselylomaketutkimus aineiston keruumenetelmänä sopii hyvin suurelle ja hajallaan olevalle kohdejoukolle. Kyselytutkimus sopii erityisen hyvin kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia asioita. (Vilkkä 2007, 74.)

Vastausprosentti on yksi luotettavuuden ilmaisun. Jos vastausprosentti jää kovin alhaiseksi, edustavuus voi jäädä kyseenalaiseksi. Kyselytutkimuksen vastausprosentti jää usein alle 50 % suuruisiksi. Vaillinaisia vastauksia voidaan joissain määrin paikata, mutta hylkääminenkin voi tulla kyseeseen. Puutteellisten vastausten määrä on hyvä raportoida. Puhutaan eräkadosta, jos täyttäjät jättää osan vastauksista täyttämättä. Mitä enemmän puuttuvia tietoja on, sitä enemmän epävarmuuksia aineistoon sisältyy. (Vehkalahti 2008, 44,81.)

Tässä tutkimuksessa vastausprosentti oli 43 %. Tämän vuoksi tutkimustulosta ei voi yleistää. Tutkimuksia tulee täytettäväksi osastoille ja poliklinikoille runsaasti. Saattaa olla, että sairaanhoitajilla ei riitä kiinnostusta jokaisen tutkimuksen täyttämiseen. Ennen saatekirjeen lähettämistä pidin esittelyn osastonhoitajille tutkimuksesta ja he informoivat hoitajia osastoilla ja poliklinikoilla tulevasta tutkimuksesta. Olisi ehkä ollut viisasta käydä jokaisessa kohteessa henkilökohtaisesti kertomassa tutkimuksesta ja motivoida heitä vastaamaan siihen. Saattaa olla että se olisi nostanut vastausprosenttia. Vastausprosentti on kuitenkin kohtalainen kun kyseessä on kyselytutkimus. Kyselylomakkeisiin oli vastattu huolellisesti. Puuttuvia vastauksia oli vain muutama. Yksi oli jättänyt mainitsematta työpaikkansa, SABS kyselyssä yksittäisiä tyhjiä kohtia oli kolme ja yksi ei maininnut ikäänsä. Kokonaisuuteen nämä puuttuvat arvot eivät vaikuttaneet.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli ovatko aineistosta tehdyt johtopäätökset oikeita ja vastaavatko ne tutkimusongelmaa. (Karjalainen 2010, 16; Vehkalahti 2008, 41) Sisäinen validiteetti viittaa käytettyjen mittareiden luotettavuuteen ja ulkoinen validiteetti viittaa tulosten siirrettävyyteen tai toistettavuuteen (Karjalainen 2010, 16). Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan myös tutkimuksen sisäistä logiikkaa ja johdonmukaisuutta (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 130). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen vaiheet on tuotu selvästi julki ja tutkimustulokset on raportoitu johdonmukaisesti. Tutkimuskysymyksiin on saatu käytetyllä tutkimusmenetelmällä vastaus.

Mittarin validiteetti tarkoittaa sen pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Tässä opinnäytetyössä käytetyn mittarin validiteetti on testattu ja todettu, että mittari korreloi tilastollisesti merkitsevästi Sexual Knowledge and Attitudes Scale – kyselyn kanssa (Reynolds & Magnan 2005, 257). Korrelaatio tarkoittaa lineaarista eli suoraviivaista riippuvuutta. Riippuvuuden luonne arvioidaan hajontakuvista. (Vehkalahti 2008, 77.) SABS kysely on käännetty englannin kielestä suomen kielelle kielenkääntäjällä ja suomennettu mittari on esitestattu (Petäjä 2010, 34).

Sairaanhoitajien asenteita on mitattu vuosien varrella muillakin mittareilla. Esimerkiksi sairaanhoitajien asenteita homoseksuaaleja kohtaan on tutkittu "The Attitudes Toward Homosexuality Scale" – mittarilla (ATHS) (Röndahl, Innala & Carlsson 2004, 386, 388). Tässä opinnäytetyössä ei eritellä asenteita ja uskomuksia eri seksuaalisiin suuntautumisiin.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin johdonmukaisuutta ja mittaustulosten pysyvyyttä eli reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän siihen sisältyy mittausrvirheitä. (Vehkalahti 2008, 41; Karjalainen 2010, 16. Ronkainen ym. 2013, 131.) Mielipidettä ilmaisevat vastaukset ovat erilaisia johtuen vastaajien erilaisista mielipiteistä. Erot eivät siis johdu huonosti laadituista kysymyksistä. Reliaabelin tutkimuksen rinnakkais-tutkimuksista tai jos tutkimus toistetaan, voidaan saada samankaltaisia tutkimustuloksia. (Karjalainen 2010, 16.) Tutkimustulokset ovat saaneet vahvistusta aiemmin tehdyistä samankaltaisista tutkimuksista. Muutaman avoimen kysymyksen lisääminen kyselyyn olisi saattanut antaa lisää tietoa asenteiden ja uskomusten taustalla olevista tekijöistä.

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi tutkijan kokemattomuus määrällisen tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen luotettavuutta parannettiin käymällä lisäopintoina sekä tilastotieteen että SPSS® analysoinnin opintoja opinnäytetyön prosessin aikana.

6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien asenteista ja uskomuksista seksuaaliohjausta kohtaan. Opinnäytetyön tuloksena saatiin tutkittua tietoa asenteista ja uskomuksista jotka vaikuttavat seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kun pohditaan ja kehitetään potilaan saamaa seksuaaliohjausta hoitotyössä tai mietitään kouluttamistarpeita sairaanhoitajille potilaan seksuaaliohjaukseen.

Tulosten mukaan suurimmalla osalla sairaanhoitajista (97 %) on uskomus, että hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuudesta. Huomattava osa (87 %) ei kuitenkaan varaa aikaa seksuaalisuuteen liittyvien huolenaiheiden keskusteluun. Ainoastaan hyvin pieni joukko (13 %), sairaanhoitajista varaa aikaa keskustellakseen potilaan kanssa seksuaalisuudesta. Samankaltaisia tutkimustuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimustuloksissa. (Reynolds & Magnan 2005, 258; Magnan ym. 2005, 285; Reynolds & Magnan 2006, 287–290; Julien ym. 2010, 189; Petäjä 2010, 39; Saunamäki ym. 2010, 1311.) Tämän tutkimuksen tulos oli aiempiin tutkimuksiin verrattuna pistemäärältään suurempi eli aikaa seksuaalisuudesta keskustelemiselle varataan vielä harvemmin kuin mihin tuloksiin muissa tutkimuksissa on tultu.

Valtaosa sairaanhoitajista keskustelee potilaan kanssa seksuaalisuudesta, mikäli potilas tekee aiheesta aloitteen (Hautamäki-Lamminen 2012, 75; Petäjä 2010, 44). Osa sairaanhoitajista ajatteleekin, että seksuaaliasioista on syytä keskustella potilaan kanssa ainoastaan jos potilas itse tekee aiheesta aloitteen (Petäjä 2010, 48; Saunamäki ym. 2010, 1313; Akinci 2011, 247; Hautamäki-Lamminen 2012, 74–75). Tässä tutkimuksessa 37 % sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että seksuaalisuudesta pitäisi puhua potilaan kanssa vain potilaan omasta aloitteesta.

Sairanhoitajat kokevat, ettei seksuaalisuus ole liian yksityinen asia (86,1 %), jotta siitä voisi keskustella potilaan kanssa. Yhteneviä tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa. (Julien 2010, 188; Petäjä 2010, 47; Magnan & Reynolds 2006, 289.) Toisaalta sairaanhoitajilla on uskomus (69 %), etteivät potilaat oleta heidän ottavan puheeksi seksuaalisuuteen liittyviä huolenaiheita. Samankaltaisiin tuloksiin on päädytty myös aiemmissa tutkimuksissa. (Reynolds & Magnan 2006, 286; Julien ym. 2010, 188; Petäjä 2010, 50; Saunamäki ym. 2010, 1311). Sairanhoitajat eivät myöskään luota omiin kykyihinsä puhua seksuaalisuudesta. Samankaltaisia tutkimustuloksia löytyy myös aiemmista tutkimuksista. (Magnan & Reynolds 2006, 289; Julien ym. 2010, 189; Saunamäki 2010, 1311.)

Sairanhoitajat eivät ohjaa potilasta puhumaan lääkärinsä kanssa seksuaalisuudesta, jos potilas kysyy siihen liittyvän kysymyksen. Samankaltaisia tuloksia löytyy myös aiemmista tutkimuksista. (Magnan ym. 2006, 451; Julien ym. 2010, 189; Saunamäki 2010, 1311.) Olisi mielenkiintoista tietää, puhuvatko sairaanhoitajat sitten itse seksuaalisuudesta vai sivuttavatko he kysymyksen.

Kyselyn kokonaispistemäärän keskiarvo oli 37.46. Ruotsalaiseen Saunamäki ym. (2010, 1313) tekemään tutkimukseen verrattuna on saatu kokonaispistemäärä pienempi (Ruotsissa keskiarvo 40.7) eli naapurimaan tutkimukseen verrattuna esteitä puhua seksuaalisuudesta on vähemmän. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa (Magnan & Reynolds 2006, 287) oli lähes sama keskiarvo 37.48 eli siihen tutkimukseen verrattuna esteitä on samassa suhteessa. Suomen Turussa naistentaudeilla tehdyn tutkimustuloksen (Petäjä 2010, 39) keskiarvo sitä vastoin on pienempi verrattuna tekemääni tutkimukseen. Naistentaudeilla tehdyssä tutkimuksessa keskiarvo oli 32.37.

Naistentautien ja syöpätautien sairaanhoitajien keskimääräiset pisteet ovat aiemmissa tutkimuksissa olleet alhaisemmat kuin sisätautien ja kirurgisten osastojen puolella saadut tulokset. (Magnan & Reynolds 2006, 288; Julien ym. 2010, 188; Petäjä 2010, 48; Saunamäki ym. 2010, 1311.) Tässä kyselyssä saadut tulokset tukevat päätelmää, että naisten- taudeilla ja syöpätaudeilla näyttäisi tutkimustulosten perusteella olevan vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle kuin sisätautisilla ja kirurgisilla osastoilla.

Koulutusta omaavilla havaittiin vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle. Koko SABS kyselyn keskiarvo oli 37.46, mediaani 38. Seksuaalisuuteen liittyviin koulutuksiin osallistuneiden SABS pisteiden keskiarvo on 35.2 eli selvästi alle keskiarvon. Koulutukseen osallistumattomien keskiarvo on 38.8. Ero on tilastollisesti testattuna merkittävä. Koulutuksen myönteinen vaikutus seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle on havaittu myös muissa samankaltaisissa tutkimuksissa (Magnan & Reynolds 2006, 287–288; Petäjä 2010, 48; Saunamäki ym. 2010, 1312).

Kyselyni tulosten mukaan peräti 59 % sairaanhoitajista ei luota omaan kykyihinsä vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista ja kokevat, että toiset sairaanhoitajat kykenevät helpommin puhumaan seksuaalisuudesta kuin he itse (67 %). Seksuaalisuuteen ja seksuaalisuuden puheeksi ottamisen koulutus auttaisi merkittävästi näihin esteisiin seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Sairaanhoitajat kuitenkin kokevat tietävänsä miten potilaiden ja sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa heidän seksuaalisuutensa (76 %) sekä uskovat, että seksuaalisuudesta keskusteleminen on olennaista potilaan terveyden edistämiseksi (76 %). Tämän perusteella voisi olettaa, että koulutusta tulisi lisätä etenkin käytännön puheeksi ottamisen harjoitteluun.

Tutkimukseni tulosten mukaan sairaanhoitajan iällä on tilastollisesti erittäin merkitsevä vaikutus seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Tutkimustuloksen mukaan vanhemmat hoitajat omasivat selvästi vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle kuin nuoremmat. Tämä tulos saa vahvistusta myös aiemmista tutkimuksista (Julien 2010, 186; Saunamäki ym. 2010, 1313). Voidaanko ajatella, että elämäkokemus lisää rohkeutta puhua avoimemmin seksuaalisuudesta tai että oman elämäkokemuksen kautta sen kokonaisvaltainen merkitys hyvinvoinnille avautuu eri tavalla?

Mielenkiintoista oli havaita, että Ruotsalaisen Saunamäki ym. 2010 tutkimuksen mukaan myös Ruotsissa vanhemmilla hoitajilla oli vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Lieneekö kyseessä pohjoismainen ujous ja häveliäisyys, joka luo nuorille esteitä puhua seksuaalisuudesta.

Päinvastaisia tuloksia on saatu osassa tutkimuksia, joissa todetaan nuorempien hoitajien omaavan vähemmän esteitä seksuaalisuudesta puhumiselle (Magnan 2005, 287; Kotroulas ym. 2009, 494). Sairaanhoidajan työpaikalla tai työkokemuksella ei tämän tutkimuksen tulosten mukaan ollut vaikutusta seksuaaliasenteisiin ja -uskomuksiin.

Ensimmäiset tutkimukset SABS-mittarilla oli tehty 2005. Lähes kymmenen vuotta on jomenty eteenpäin ja yhä edelleen on havaittavissa samansuuntaisia rajoituksia hoitohenkilökunnan keskuudessa seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle. Julkisessa keskustelussa niin lehdissä, keskustelupalstoilla, internetissä, kirjoissa, artikkeleissa kuin tutkimuksissa käsitellään seksuaalisuutta valtavasti ja eri näkökulmista. Aiheesta keskusteleminen arjessa on vapautunut valtavasti ja ihmiset ovat erittäin kiinnostuneita seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista ja piirteistä. Herää kysymys miksi ihmeessä hoitotyön saralla keskustelu koetaan edelleen niin haastavaksi?

Harmillista on seksuaalisuuteen liittyvän täydennyskoulutuksen muuttuminen maksulliseksi. Seksuaalikasvattajan, seksuaalineuvojan ja seksuaaliterapeutin koulutus maksaa 2500–6000e, joten kaikki työnantajat eivät ole halukkaita kustantamaan henkilökunnalle näin kallista koulutusta. Omakustanteinen kouluttautuminen ei taas ole kaikille mahdollista kustannusten kohotessa noin suuriksi. Koulutus on useassa tutkimuksessa todettu merkitseväksi tekijäksi seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa, niin tämä koulutuksen hinta ei ainakaan edesauta sairaanhoidajien koulutukseen hakeutumista.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että koulutuksella on varsin myönteinen vaikutus seksuaaliohjaukseen liittyviin uskomuksiin ja asenteisiin. Koulutus antaa valmiuksia ja rohkeutta puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista potilaan kanssa. Koulutuksella voidaan parantaa luottamusta omiin kykyihin puhua seksuaalisuudesta ja parantaa valmiuksia vastata potilaiden kysymyksiin. Iän karttuessa seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden puheeksi ottaminen käy luontevammaksi.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Kliiniset asiantuntijat ja seksuaalineuvojat voisivat toimia tiennäyttäjinä ja roolimalleina seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. He voisivat etsiä näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, tehdä tutkimuksia ja sitä kautta olla mukana kehittämässä hoitokäytänteitä omilla työpaikoillaan. He voisivat myös osallistua hoitajien kouluttamiseen seksuaalikasvatukseen ja seksuaaliohjaukseen liittyvissä asioissa.

Sairaaloissa tulisi olla koulutettuja seksuaalineuvojia ja seksuaaliterapeutteja saatavilla, mikäli potilas haluaa puhua tarkemmin seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista. Tähän käytänteeseen velvoittavat jo suosituksetkin. Potilailta voisi kysyä ohjauksen yhteydessä haluavatko he keskustella seksuaalisuudesta mieluummin sen tutun osaston/poliklinikan hoitajan kanssa vai ulkopuolisen seksuaalineuvojan tai -terapeutin kanssa. Pitää myös ottaa huomioon, että kaikki eivät koe seksuaalisuudesta keskustelemista aiheelliseksi tai tarpeelliseksi, mutta aina voi tarjota siihen mahdollisuutta.

Seksuaalineuvojat tai muu hoitohenkilökunta voisivat pitää potilaille tietoiskuja seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden tiimoilta ja herättää sitä kautta keskustelua ja tietoisuutta aiheesta niin hoitajien kuin potilaiden keskuudessa. Seksuaalisuuteen liittyviä oppaita tulisi olla jokaisella osastolla vapaasti saatavilla. Esimerkiksi Syöpäyhdistys on tehnyt erinomaisen oppaan seksuaalisuudesta ja sen sisältämä tieto soveltuu muihinkin sairauksiin kuin syöpään. Opasta saavat potilaat tilata ilmaiseksi yhdistyksestä. (Seksuaalisuus ja syöpä.)

Hoitotyön perus- ja jatkokoulutuksissa tulisi kiinnittää huomiota vielä enemmän seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliohjauksen aiheisiin. Tämän tutkimuksen perusteella nuoremmilla sairaanhoitajilla oli enemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle, joten sairaanhoitajien ammatillisessa koulutuksessa pitäisi seksuaalisuudesta keskustella laajemmin. Puheeksi ottaminen helpottuu, kun on tarpeeksi oikeaa tietoa aiheesta ja jos vielä voi koulutuksissa harjoitella arkaluontoisista aiheista puhumista, niin se lisäisi varmuutta potilaan ohjaukseen käytännön hoitotyössä.

Jatkotutkimushaasteena voisi potilailta kysyä mielipiteitä hoitotyössä tapahtuvan seksuaaliohjauksen tarpeellisuudesta ja sisällöstä. Sairaanhoitajilta voisi kysyä tarkemmin, minkälainen koulutus lisäisi valmiutta puhua luontevammin seksuaalisuudesta potilaan kanssa.

LÄHTEET

Akinci, A. 2011. The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics. *Sexuality & Disability* 29(3), 239–250.

Akinci, A., Yildiz, H. & Zengin, N. 2010. The Level of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling to Patients Who Have Chronic Medical Conditions. *Sexuality & Disability* 29(1), 11–20.

Bildjuschkin, K. 2014. Peruskäsitteet. Teoksessa Bildjuchkin, K. & Ruuhilahti, S. (toim.) *HOT Huolehdi, ohjaa ja tue*. Turun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 2012. Alocon Oy.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010a. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010b. Seksuaalisuus – ihmiskäsitys ja arvot. Teoksessa Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. (toim.) *Selkee!* Turun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 6/2010. Alocon Oy.

Brusila, P. 2011. Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. 2011. *Suomen Lääkärilehti* 35(66), 2499–2503.

Gianotten, W. 2012. Cancer and Sexuality. Pleasure and Health by education, counselling and treatment. Nordic Association for Clinical Sexology NACS 2012. Helsinki: Proceedings of NACS 2012 conference in Helsinki. 7–18.

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J. & Åsted-Kurki, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta. *Hoitotiede* 22(4), 282–290.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P. & Lehto, J. 2007. Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues. *Cancer Nursing* 30(5), 399–404.

Hirsjärvi, S. (toim.), Huttunen, J., Kari, J., Kuusinen, J. & Vaherva, T. 1982. Kasvatustieteen käsitteistö. 1.–3. painos. Helsinki: Otava.

Hirsjärvi, S. & Perälä-Littunen, S. 2001. Parental beliefs and their role in child-rearing. *European Journal of Psychology of Education* 16(1), 87–116.

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

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Fioca.

- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2014. Hoitotyön suositukset. Luettu 18.10.2014.
<http://www.hotus.fi/hotus-fi/hoitotyön-suositukset>
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki: ISBN. Luettu 1.10.2014.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 41–59.
- Ilmonen, T. 2008. Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutuksen kartoitus 2002. Teoksessa Ritamo, M. (toim.) Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. Stakesin työpapereita 26/2008. Helsinki: Valopaino Oy. 25–38.
- Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Sanasto. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 432–457.
- Julien, J., Thom, B. & Kline, N. 2010. Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing Forum*. 37(3), 186–190.
- Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K. & Kellokumpu-Lehtinen 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa. Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 25/2012.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otava.
- Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakausikirja. Duodecim. 119(3), 237–246.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020.
- Kontronoulas, G., Papadopoulou, C. & Patiraki, E. 2009. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*. 17(5), 479–501.
- KvantiMOTV. 2014. Luettu 1.9.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>
- Käypä Hoito. 2014. Hoitosuositukset. Duodecim. Luettu 18.10.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset>
- Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 563/2002.
- Lukkarinen, O. 2006. Miehen seksuaaliongelmien. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 264–278.

- Magnan, M., Reynolds, K. & Galvin, E. 2005. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *Medsurg Nursing*. 15(5), 282–289.
- Magnan, M. & Norris, D. 2006. Nursing Students' Perceptions of Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns. *Journal of Nursing Education*. 47(6), 260–268.
- Magnan, M., Reynolds, K. & Galvin, E. 2006. Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization. *Clinical Nurse Specialist*. 20(6), 285–292.
- Nordic Association for Clinical Sexology. (NACS). Luettu 7.12.2013. <http://www.nacs.eu/>
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Keuruu: Tammi.
- Nylund, A-M., Järvinen, S., Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008. Tampere.
- Parahoo, K. 2006. *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. 2. uudistettu painos. New York: Palgrave Macmillan.
- Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu, YAMK. Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö.
- Petäjä, H. 2012. Kliininen asiantuntija seksuaaliterveyden osaamisen edistäjänä. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututunninosta. Turun ammattikorkeakoulu. Raportteja 130. 67–81.
- Reynolds, K. & Magnan, M. 2005. Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality. *Clinical Nurse Specialist*. 19(5), 255–259.
- Ritamo, M. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2011. Seksuaalineuvojan koulutus ja pätevyys. 2. uudistettu painos. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011. 14–16.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Ryttyläinen, K., Valkama, S., Ritamo, M. & Blek, T. 2008. Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen. Teoksessa Ritamo, M. (toim.) Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakesin työpapereita 26/2008. Helsinki: Valopaino Oy. 7–23.
- Ryttyläinen-Korhonen, K. 2011. Mitä on seksuaalineuvonta? 2. uudistettu painos. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011. 9–12.

Ryttyläinen-Korhonen, K. & Petäjä, H. 2011. Näyttöön perustuva seksuaalineuvonta. 2. uudistettu painos. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011. 52–58.

Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. 2004. Nurse's attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*. 47(4), 386–392.

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. 2010. Original Research. Discussing sexuality with patients: nurse' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 66(6), 1308–1316.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. 2010. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Suom. Semantic Lingua Nordica Oy 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Valopaino Oy.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. 2014. Toteuttamisohjeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa - perusteet. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta.

<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf>

Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen syöpäpotilaat Ry. Mainostoimisto Contra Oy.

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

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä. 2012. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaaliportti, 2013. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveydenhuollon potilas- ja asiakastyössä. Luettu 7.12.2013.

www.sosiaaliportti.fi <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/kuvaus/?PracticeId=0c04a4c3-6cf9-479c-ab6c-f40ef427ba72#Better>

Suomisanakirja. Luettu 13.5.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/>

Suomen Sairaanhoitajaliitto. 2006. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Luettu 29.12.2013. www.sairaanhoitajaliitto.fi.

Suomen Seksologinen Seura Ry. 2013. Luettu 7.12.2013. <http://www.seksologinenseura.fi>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilastotieteen johdantokurssi. 2014. Tulostettu 1.8.2014. www.uta.fi/sis/mtt/mtt1.html

Valtonen, S. 2014. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa – hoitajien näkökulma. Helsingin yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1–2. painos. Vaajakoski: Tammi.

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Väestöliitto. Tulostettu 30.10.2013.

www.vaestoliitto.fi

Väisälä, L. 2011. Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta? Suomen Lääkärilehti 35(66), 2505–2512.

World Health Organization (WHO). 2013. Sexual health. Luettu 7.12.2013.
http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

World Association of Sexual Rights (WAS). 1999. Declaration of Sexual Rights. Tulostettu 6.12.20013.

<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

World Association of Sexual Rights (WAS). 2014. Declaration of Sexual Rights 2014. Luettu 18.10.2014.

<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

Zeng, Y., Liu, X. & Loke, A. 2011. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. Journal of Advanced Nursing 68(2), 280–292.

Yildiz, H. & Dereli, E. 2011. The Views and Attitudes of Nurses on the Topic of Sexual Counseling. Sexuality & Disability 30(1), 89–95.

LIITTEET

Liite 1. Sexuality Attitudes and Beliefs Survey mittarilla tehdyt tutkimukset

	Tutkimuksen tekijä(t), otsikko, julkaisuvuosi, tutkimuksen taso ja julkaisumaa	Tarkoitus / Tavoite	Otos	Keskeiset tulokset
1	<p>Reynolds & Magnan. 2005.</p> <p>Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkijoiden ja klinisten asiantuntijoiden kanssa kehittää hoitajien asenteita ja uskomuksia mittaava mittari ja testata sen toimivuutta.</p> <p>Kohderyhmänä olivat syöpätautien ja HIV potilaiden sairaanhoitajat.</p>	N=34	Tutkimuksen tuloksena kehitettiin toimiva SABS-mittari.
2	<p>Magnan, Reynolds & Galvin. 2005.</p> <p>Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa suurimmat asenteet ja uskomukset, jotka ovat esteenä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle ja määrittellä vaikuttavatko hoitajan työpaikka, ikä, koulutus jne. asenteisiin ja uskomuksiin seksuaalisuuden huomioinnissa.</p> <p>Kohderyhmänä oli sairaanhoitajia sekä poliklinikoilta että vuodeosastoilta. Erikoisalueina olivat syöpätaudit, sisätaudit ja kirurginen.</p>	N=148	<p>Suurin este seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle oli sairaanhoitajien uskomus, etteivät potilaat odota heidän ottavan seksuaalisuutta puheeksi.</p> <p>Suurin osa hoitajista koki hoitajan velvollisuudeksi puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista, mutta vain kolmannes järjesti keskusteluun aikaa.</p> <p>Puolet sairaanhoitajista koki olonsa epämukavaksi keskustellessaan potilaan kanssa seksuaalisuudesta.</p>

3	<p>Magnan & Reynolds. 2006.</p> <p>Barriers to Addressing Patient sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle viidellä eri erikoisalalla.</p> <p>Kohderyhmänä oli sairaanhoitajia syöpätaudeilta, sisätaudeilta, kirurgiselta, naisten-taudeilta ja kuntoutus-osastolta.</p>	N=302	<p>Suurimmaksi esteeksi seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle erikoisalasta riippumatta muodostui uskomus, etteivät potilaat oletta hoitajien kysyvän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.</p> <p>Toinen suuri este oli hoitajan oma epäjumavuus keskustella seksuaaliasiosta ja hoitajat eivät myöskään järjestäneet aikaa keskustelulle.</p>
4	<p>Magnan & Norris. 2006.</p> <p>Nursing Students' Perceptions of Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita ja uskomuksia, jotka saattavat olla esteinä potilaiden seksuaalisuuteen liittyvien huolenaiheiden huomioimisessa sekä määrittellä vaikuttavatko opiskelijan ikä, sukupuoli tai koulutus asiaan.</p> <p>Kohderyhmänä olivat perustason ja toisen asteen sairaanhoidon opiskelijat.</p>	N=341	<p>Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen suurimmiksi esteiksi muodostuivat, etteivät sairaanhoitajaopiskelijat järjestäneet aikaa seksuaalisuuden huolenaiheista puhumiselle potilaan kanssa. Opiskelijat myös uskoivat, etteivät potilaat oletta hoitajien ottavan seksuaalisuutta puheeksi.</p> <p>Toisen asteen opiskelijoilla oli enemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle kuin perinteisillä opiskelijoilla.</p>
5	<p>Julien, Thom & Kliene. 2010.</p> <p>Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia onkologisten sairaanhoitajien asenteita ja tietämystä seksuaaliterveydestä.</p> <p>Kohderyhmänä olivat onkologiset sairaanhoitajat poliklinikalta ja vuodeosastolta.</p>	N=576	<p>Nuorilla ja vähän kokemusta omaavilla sairaanhoitajilla oli enemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle. Onkologiaan erikoistuneilla hoitajilla ja poliklinikalla työskentelevillä oli vähemmän esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle.</p> <p>Hoitajat uskoivat, etteivät potilaat oletta heidän keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.</p>

6	<p>Saunamäki, Andersson & Engström. 2010.</p> <p>Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs.</p> <p>Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia potilaalle annettavaa seksuaaliohjausta kohtaan sekä vaikuttaako hoitajan ikä, koulutus tai työkokemus asiaan.</p> <p>Kohderyhmänä oli sairaanhoitajia sisätautien ja kirurgian osastoilta.</p>	N=88	<p>Suurin osa (90 %) hoitajista ymmärsi kuinka sairaus ja hoito vaikuttavat potilaan seksuaalisuuteen. Hoitajien mielestä oli heidän velvollisuutensa keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista, mutta harva silti teki niin.</p> <p>Vanhemmat hoitajat, sekä hoitajat joilla oli lisäkoulutusta, kokivat helpommaksi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kuin nuoremmat.</p> <p>Ruotsalaisilla sairaanhoitajilla oli enemmän esteitä puhua seksuaalisuudesta kuin USA:n kollegoilla.</p>
7	<p>Petäjä. 2010.</p> <p>Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnan potilaiden seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvät asenteet, uskomukset, kokemukset sekä osaamisen kehittämistarpeet.</p> <p>Kohderyhmänä oli Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunta.</p>	N=49	<p>Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että seksuaalisuudesta keskusteleminen on oleellista potilaan terveyden kannalta ja hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.</p> <p>Yli puolet hoitajista kuitenkin oli sitä mieltä, että useimmat sairaalahoitossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta ja lähes 70 % hoitajista ei varaa aikaa keskusteluun seksuaalisuudesta.</p>

Liite 2. Sairaanhoidajien taustatietojen kyselylomake

Taustatietokysymykset

1. Ikäsi _____ vuotta

2. Työpaikkasi
 - A. Poliklinikka
 - B. Vuodeosasto

3. Työkokemus hoitotyössä _____ vuotta

4. Seksuaalisuuteen liittyvät koulutukset
 - A. Ei koulutusta
 - B. Lyhyt luento
 - C. Päivän kestävä koulutus
 - D. Seksuaalineuvojakoulutus
 - E. Seksuaaliterapeuttikoulutus
 - F. Muu, mikä? _____

Liite 3. SABS kyselylomake

KYSELYLOMAKE

II KYSELY SEKSUAALISUUDESTA JA -USKOMUKSISTA

Jokaisen väittämän perässä on kuusi numeroa.

Merkitse numero, mikä parhaiten kuvaa mielipidettäsi kunkin väittämän kohdalla.

1 = täysin eri mieltä, 6 = täysin samaa mieltä

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

30.9.2009 © Morris Magnan

Suomennos: Hanna Petäjä

Seuraava teksti ei tule kyselylomakkeeseen:

Päinvastaista koodausta käytetään kysymyksissä 1, 2, 4, 6, 8, 10 ja 12. Tämä tarkoittaa, että analysointivaiheessa edellä mainittujen väittämien asteikko käännetään samansuuntaiseksi muiden väittämien kanssa. Kyselystä on mahdollista saada maksimissaan 72 pistettä. Mitä suuremman pistemäärän vastaaja saa, sitä enemmän esteitä on seksuaalisuuden käsittelyssä potilaiden kanssa.

Liite 4. Vastaajien taustatiedot

	Lukumäärä	% (n)
Ikä		
< 30	37	30,1
30–40	36	29,3
40–50	21	17,1
yli 50	29	23,6
Yhteensä	123	
Puuttuvat tiedot	0	
Keskiarvo	39	
Mediaani	37	
Min-Max	23–62	
Työpaikka		
Poliklinikka	30	24,6
Vuodeosasto	92	75,4
Yhteensä	122	
Puuttuvat tiedot	1	
Työkokemus		
< 5v	35	28,7
5-10v	23	18,9
10-20v	35	28,7
yli 20v	29	23,8
Yhteensä	122	
Puuttuvat tiedot	1	
Keskiarvo	14	
Mediaani	11	
Min-Max	0–40	
Koulutus		
Ei koulutusta	76	62,8
Koulutusta	45	37,2
Yhteensä	121	
Puuttuvat tiedot	2	

Liite 5. SABS kysymyksistä saatujen pistemäärien tunnuslukuja

Kysymykset	Me- di- aani	KA	Sdt. Dev.	Sa- maa mieltä (%)	Eri- mieltä (%)	Min- Max	Puut- tuvat arvot
Seksuaalisuudesta keskusteleminen on oleellista potilaan terveyden edistämiseksi.	3,0	2,74	1,085	75,6	24,4	1-5	0
Ymmärrän miten potilaiden sairaudet ja hoidot voivat vaikuttaa heidän seksuaalisuuteensa.	2,0	2,66	1,160	75,6	24,4	1-5	0
Tunnen oloni vaivautuneeksi keskustellessani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.	3,0	3,21	1,262	42,3	57,7	1-6	0
Verrattuna useimpiin hoitajiin joiden kanssa työskentelen, minun on helpompi puhua potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.	4,0	3,74	1,078	33,3	66,7	1-6	0
Useimmat sairaalahoidossa olevat potilaat ovat liian sairaita ollakseen kiinnostuneita seksuaalisuudesta.	4,0	3,70	1,360	55,7	44,3	1-6	1
Varaan aikaa keskustellakseni potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.	5,0	4,75	1,110	13,0	87,0	1-6	0
Aina kun potilaat kysyvät minulta seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen, neuvon heitä keskustelemaan asiasta lääkäriänsä kanssa.	2,0	2,45	1,103	13,0	87,0	1-6	0
Luotan omiin kykyihini vastata potilaiden tarpeisiin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.	4,0	3,75	1,245	40,7	59,3	1-6	0
Seksuaalisuus on liian yksityinen asia, jotta siitä voisi keskustella potilaan kanssa.	2,0	2,13	1,331	13,9	86,1	1-6	1
Hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.	1,0	1,40	0,733	97,6	2,4	1-5	0
Seksuaalisuudesta pitäisi puhua vain potilaan omasta aloitteesta.	3,0	3,11	1,300	36,6	63,4	1-6	0
Potilaat odottavat hoitajien kysyvän heidän seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista.	4,0	3,89	1,180	31,1	68,9	1-6	1