



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

HOITAJIEN KOKEMUKSIA RINTASYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALIOHJAUKSESTA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Tiia-Maria Stranius

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

STRANIUS, TIIA-MARIA:

Hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan
seksuaaliohjauksesta

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 35 sivua, 16 liitesivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa siitä miten hoitajat kokevat rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tutkimuksen tulosten avulla hoitajat voivat kehittää ohjaustaitojansa sekä kehittää koko poliklinikan rintasyöpäpotilaiden ohjaustoimintaa.

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä kyselylomaketta, joka sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpätautien poliklinikan hoitohenkilökunta. Vastauksia saatiin yhteensä kymmenen kappaletta. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että laadukkaan potilasohjauksen korostamisesta huolimatta rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus on vähäistä. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa huomioon otettavia asioita ovat potilaan fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä potilaan sosiaaliset -ja ympäristötekijät. Tutkimustulosten pohjalta rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa kehitettävänä hoitajat kokevat koulutuksen, kirjallisen materiaalin, asiantuntijuuden käytön ja ohjauksen ajan kehittämisen.

Opinnäytetyön perusteella voidaan sanoa, että rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaukseen tarvitaan lisäkoulutusta, monipuolista ja yhteneväistä kirjallista materiaalia ja asiantuntijuuden lisäämistä sekä ohjausajan oikea-aikaisuutta.

Asiasanat: rintasyöpä, seksuaalisuus, potilasohjaus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

STRANIUS, TIIA-MARIA:

Nurses' experiences of breast cancer patients' sexual guidance

Bachelor's Thesis in Nursing

35 pages, 16 pages of appendices

Autumn 2012

ABSTRACT

The purpose of this study was to obtain information about how nurses experience the sexual guidance of breast cancer patients. The aim of this study was that the results of the study can help nurses to develop their guidance skills, as well as to develop the whole clinic breast cancer patients' guidance activities.

The thesis was carried out using questionnaire that included closed and open questions. The target group was the Päijät-Häme Central Hospital's oncology clinic nursing staff. The data was collected by using a questionnaire and 10 responses were received. Data were analyzed by using a data-oriented content analysis.

The research results show that despite highlighting the quality of patient guidance breast cancer patients' sexual guidance is low. In addition, the results show that in the breast cancer patients' sexual guiding it is needed to observe things such as patients' physical and psychological characteristics, as well as social and environmental factors. Based on the results nurses experienced that in the breast cancer patients' sexual guidance education, written material, use of experts and the right timing of guidance need to be developed.

Based on the thesis it can be said that more education, diverse and coherent written material, as well as expertise and right timing of guidance is needed in the field of breast cancer patients' sexual guidance.

Key words: breast cancer, sexuality, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	RINTASYÖPÄ JA SEKSUAALISUUS	3
2.1	Rintasyöpä sairautena	3
2.2	Rintasyöpä ja seksuaalisuus	4
2.3	Rintasyöpä ja parisuhde	7
3	RINTASYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUS	9
3.1	Potilaan ohjaaminen	9
3.2	Seksuaaliohjaus	12
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	15
5.1	Aineiston keruumenetelmä ja käsittely	15
5.2	Kohderyhmä ja aineisto	15
5.3	Aineiston analyysi	16
6	TULOKSET	18
6.1	Rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen toteutuminen	18
6.2	Ohjauksessa huomioon otettavat asiat	20
6.3	Seksuaaliohjauksen kehittäminen	22
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	25
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka	25
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua	27
7.3	Jatkotutkimusehdotuksia	30
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	36

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Sairastuminen vakavasti vaikuttaa potilaan elämään monimuotoisesti. Rintasyöpäpotilaan hoitaminen on naisen ja hänen mahdollisen puolisonsa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tämän laadukas onnistuminen vaatii hoitajalta ammattitaitoa ja hyviä ohjaustaitoja. Kääriäisen (2007) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien ja potilaiden kokemuksia laadukkaasta potilasohjauksesta. Hänen tutkimuksensa mukaan laadukkaan ohjauksen lähtökohtana pidetään potilaslähtöisyyttä. (Puustola 2011; Huovinen 2010.)

Rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa ja tilaa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Konkreettisten ohjeiden sekä neuvojen antaminen on usein potilasta helpottavaa. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 282–290.) Tutkimusten mukaan rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus on haastavaa ja hoitohenkilökunta ei käytä ohjauksessaan aikaa seksuaalisuuteen liittyviin asioihin riittävästi. Tämän vuoksi se on tärkeä ja ajankohtainen opinnäytetyön aihe. (Sheppard & Ely 2008; Huber, Ramnarace & McCaffrey 2006.) Lisäksi aihe on ajankohtainen, sillä rintasyöpä on yleistynyt viime vuosien aikana. Vuonna 2009 rintasyöpään sairastui 4485 naista ja vuonna 2010 rintasyöpään sairastui 4678 naista. (Suomen syöpärekisteri 2012; Rintasyövän (hoito ja seuranta) 2007.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpätautien poliklinikan kanssa. Kiinnostus aiheeseen lähti toimeksiantajan kanssa käydyistä keskusteluista. Aihetta ei ollut aikaisemmin tutkittu tässä yksikössä, joten opinnäytetyön toteuttaminen oli perusteltua. Tämän työn pohjalta oli tarkoituksena syventää omia teoreettisia ohjausvalmiuksia sekä ymmärtää seksuaalisuuden merkitys naisen sairastuessa vakavasti. Erilaisten syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen korostui työstettäessä kattavaa materiaalia.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa siitä miten hoitajat kokevat rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen. Tutkimuksen tavoitteena on, että tutkimuksen tulosten avulla hoitajat voivat kehittää ohjaustaitojansa sekä kehittää koko poliklinikan rintasyöpäpotilaiden ohjaustoimintaa. Tutkimuskysymyksiä on

kolme: miten rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus toteutuu, mitä asioita tulee ottaa huomioon rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa ja mitä kehitettävää rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa on.

2 RINTASYÖPÄ JA SEKSUAALISUUS

2.1 Rintasyöpä sairautena

Teollistuneissa maissa kuten Suomessa rintasyöpä on yleisimmin esiintyvä naisten syöpä. Tilastojen mukaan rintasyövän esiintyvyys on selvästi kasvanut. (Puistola 2011; Huovinen 2010.) Vuonna 2010 rintasyöpään sairastui 4678 naista (Suomen syöpärekisteri 2012). Rintasyöpä on harvinainen alle 30 vuotiailla, mutta yleistyy 45 ikävuoden jälkeen. Rintasyövän esiintyvyyden kasvua on osittain selitetty väestön ikääntymisellä, mutta toisaalta esiintyvyyden kasvu ei kuitenkaan ole lisännyt kuolleisuutta. Rintasyöpää voi esiintyä myös miehillä, mutta se on heillä huomattavasti harvinaisempaa kuin rintasyövän esiintyminen naisilla. Miehillä esiintyviä uusia rintasyöpätapauksia on noin 15 vuodessa. (Puistola 2011; Huovinen 2010; Rintasyövän (hoito ja seuranta) 2007.)

Rintasyövän syntymiselle ei voida osoittaa yhtä yksittäistä syytä, vaan rintasyöpä syntyy useiden tekijöiden vaikutuksesta. Yksi näistä rintasyövän syntyyn vaikuttavista tekijöistä on perimä. Tämän lisäksi muina tekijöinä pidetään muun muassa varhaista kuukautisten alkamisikää, myöhään alkaneita vaihdevuosia, lapsettomuutta tai myöhäistä synnytysikää. Edellä mainittujen lisäksi ylipainolla, pitkäaikaisella hormonikorvaushoidolla, runsaalla alkoholin käytöllä sekä ionisoivalla säteilyllä voi olla vaikutusta syövän syntyyn. (Rintasyövän (hoito ja seuranta) 2007.) Rintasyöpään sairastumisen vaaraa pienentävät muun muassa liikunta, nuorella iällä tapahtunut ensisynnytys sekä esimerkiksi useat täysiaikaiset raskaudet (Huovinen 2010).

Rintasyöpään liittyy erilaisia oireita, mutta se voi olla aluksi myös täysin oireeton. Noin 80 prosentilla sairastuneista naisista on kyhmy rinnassa. Tämän lisäksi voi olla nännin tai ihoalueen muutoksia sekä eritettä nännistä tai kipua, pistelyä sekä painon tunnetta rinnassa. Rintasyöpään liittyvänä oireena voi edellä mainittujen lisäksi esiintyä kainalossa sijaitseva kyhmy tai etäpesäkkeiden aiheuttamat ongelmat. (Leino 2011, 24–27; Huovinen 2010.)

Rintasyöpä todetaan edelleen usein naisen itsensä havaitseman kyhmyn seurauksena. Kyhmyn tai muun muutoksen seurauksena toteutetaan niin sanottua

kolmoisdiagnostiikkaa, johon kuuluu kliininen tutkimus eli palpaatio tai inspektio, mammografia ja lisäksi voidaan suorittaa paksuneulanäytteen histologinen tutkimus. Edellä mainittujen tutkimusten lisäksi magneettitutkimus on yleistynyt erityisesti tiettyjen syöpätyyppien diagnostiikassa. (Puistola 2011; Huovinen 2010.)

Rintasyöpää hoidetaan ensisijaisesti leikkaushoidolla, jolloin rinta poistetaan osittain (resectiomammae) tai kokonaan (ablatiomammae). Rinnan osittaisen tai kokopoiston lisäksi voidaan kainaloiden imusolmukkeet tyhjentää (evacuatioaxillae). Leikkaushoidon jälkeen potilaalle on mahdollista antaa sädehoitoa ja solunsalpaajahoitoja eli sytostaattihoidoja. Näiden hoitomuotojen lisäksi on olemassa erilaisia liitännäislääkehoitoja, joiden tarkoituksena on ehkäistä taudin uusiutuminen. (Leino 2011, 26–27.)

Rintasyövän seurannalla tavoitellaan kestäviä tuloksia hoidetun rinnan kannalta, mutta lisäksi pyritään ennakoimaan ja estämään rintasyövän uusiutuminen. Lisäksi pyritään varhaiseen havainnoimiseen toisen rinnan osalta. Seuranta suoritetaan vuosien ajan, sillä rintasyöpä voi uusiutua jopa usean vuoden jälkeen sen toteamisesta. Seurannan tavoitteena on tukea potilaan psykososiaalista puolta sekä ohjata tarvittaessa rintasyöpäpotilaille tarkoitettuun kuntoutukseen. Rintasyövän hoidoista saadut hoitotulokset ovat erinomaiset tarkasteltaessa elossaoloennustetta viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta. Vuosina 2011–2013 Suomessa rintasyövän viiden vuoden elossaoloennuste oli 92 prosenttia, joka on kolme prosenttia enemmän kuin vuosina 2003–2005. Parantuneisiin hoitotuloksiin on vaikuttanut erityisesti varhaisdiagnostiikka sekä kehittyneet liitännäislääkehoidot. Hoitotulosten myönteinen kehittyminen ja jatkuva tutkimustyö edesauttavat rintasyövän muuttumista vähitellen parannettavaksi. Toisaalta rintasyöpään kuolee edelleenkin noin 800 henkilöä vuodessa. (Huovinen 2010; Leidenius & Joensuu 2010.)

2.2 Rintasyöpä ja seksuaalisuus

Seksuaalisuus on osa ihmisen identiteettiä ja sitä voidaan pitää yhtenä elämän laatutekijöistä. Näin ollen sen katsotaan koostuvan muustakin kuin vain kyvystä tai halusta olla yhdynnässä. Seksuaalisuudella on monia ulottuvuuksia, joita

ovatbiologinen, psyykinen, sosiaalinen, eettinen sekä kulttuurinen ulottuvuus. Syöpään sairastuminen vaikuttaa seksuaalisuuteen kaikilla näillä ulottuvuuksilla, joko suoraan tai välillisesti. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 282–290; Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237.) Seksuaalisuuden biologisen ulottuvuuden katsotaan käsittävän sukupuolisuuden sekä perinnöllisyyden. Sosiokulttuurinen ulottuvuus tarkoittaa sitä kuinka lait, uskonnot, kulttuuri, läheiset ihmiset sekä eettisyys määrittävät seksuaalisuutta. Psykologinen ulottuvuus taas tarkastelee seksuaalisuutta tunteiden, kokemusten, opittujen asenteiden, käyttäytymisen, minäkuvan ja kehonkuvan kautta. (Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki & Lehto, 2011, 15.)

Syövän vaikutuksia seksuaalisuuteen tulee tarkastella kaikilla seksuaalisuuden ulottuvuuksilla, jotta voidaan ymmärtää seksuaalisuudessa tapahtuvat muutokset. Syöpään sairastuminen aiheuttaa kriisin, joka vaikuttaa usein heikentävästi elämänlaatuun useilla elämän osa-alueilla. Elämän laadun heikentymisellä katsotaan olevan lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia ihmisen arjessa. Toisaalta syöpä voi vaikuttaa seksuaalisuuteen myönteisesti, sillä sairastuminen saattaa lisätä puolisoiden läheisyyttä ja arvostusta toisiaan kohtaan. (Hautamäki-Lamminen 2012, 33.) Vakava tai pitkäaikainen sairastaminen ei poista ihmisen seksuaalisuutta, mutta sillä voi olla merkitystä seksuaalisuuden ilmentymiseen ja merkitykseen. Syövän hoidoissa käytetyt hoitomenetelmät voivat itsessään aiheuttaa potilaille erilaisia oireita, jotka vaikuttavat seksuaalisuuteen. Etenkin rintasyövän kohdalla hoidot vaikuttavat usein ulkonäköön ja minäkuvan muutokseen. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237.) Syöpään sairastuneen tunteet voivat vaihdella laajalla skaalalla. Sairastunut saattaa kokea häpeää, vihaa, masennusta tai ahdistusta. Tunteiden vaihtelut vaikuttavat ihmissuhteisiin, elämänlaatuun ja seksuaalisuuteen. Yleisesti voidaan sanoa, että syövän aiheuttamat muutokset lisäävät sairastuneen pelkoja koskien etenkin hedelmällisyyttä, haluttomuutta, minäkuvan muutosta sekä viehätysvoiman vähentymistä, masennusta ja ahdistusta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15; Sheppard & Ely 2008, 176–181.)

Seksuaalisuudella katsotaan olevan suuri merkitys siinä, kuinka ihmiset näkevät ja kokevat oman itsensä sekä millaisena he haluavat nähdä itsensä. Rintasyöpään

liittyvät tutkimukset osoittavat, että etenkin ennenaikaisilla vaihdevuosilla, seksuaalisuuteen liittyvillä muutoksilla sekä hedelmättömyydellä katsotaan olevan vaikutusta naisten kokemaan elämänlaatuun. Toisaalta näillä muutoksilla katsotaan olevan vaikutusta naisen kokemaan minäkuvaan, etenkin rinnanpoistoon liittyvä menetys vaikuttaa koettuun elämänlaatuun. Sairastumisen myötä uuden minäkuvan muodostamiseen tarvitaan tukea, opastusta ja pysyviä ihmissuhteita. Tutkimusten mukaan avoimen keskustelun on koettu auttavan seksuaalisuuteen liittyvien toiminnallisten häiriöiden selvittämisessä. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 282–290; Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237.)

Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksen mukaan seksuaalisuuteen liittyvä tiedonsaanti on tärkeää. Tiedonsaannin tärkeyttä korostettiin muissakin samasta aiheesta tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan potilaat kokivat suullisen tiedon olevan kirjallista tietoa tärkeämpää vaikka molemmat koettiin tarpeellisiksi. Suurin osa tutkimuksiin osallistuneista potilaista koki hoitohenkilökunnan tai lääkärin tekemän aloitteen olevan ensiarvoisen tärkeä seksuaalisuudesta keskusteltaessa. Tutkimuksien mukaan naiset pitivät tärkeänä etenkin minäkuvaan, mielialaan ja ihmissuhteisiin liittyvää tiedonsaantia. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 244–245.)

Huberin, Ramnaracen ja McCaffreyn (2006) tutkimusartikkelissa todetaan, että rintasyöpään sairastuneet ja heidän kumppaninsa kärsivät seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista rintasyöpädiagnoosin jälkeen. Samanlaisiin tuloksiin tuli Hautamäki-Lamminen (2012), jonka tutkimuksen mukaan seksuaalinen haluttomuus ja toiminnalliset ongelmat koettiin merkittäväksi haitaksi seksuaalisuudessa syöpään sairastumisen jälkeen. Huber:n ym. (2006) kirjallisuuskatsauksessa esille tulleiden tutkimusten mukaan voitiin kuitenkin osoittaa, että vahva parisuhde ehkäisee syntyviä ongelmia seksuaalisuuteen liittyen.

Seksuaalisuus on monimuotoinen ja subjektiivinen kokemus, joka voi muuttua kun ihminen on kokeneempi ja vanhempi. Seksuaalisuudella ei tarkoiteta vain kykyä lisääntyä tai suorittaa seksuaalisia toimintoja, vaikkakin seksuaalisuus voidaan nähdä kyynä toimia seksuaalisesti (mielenkiinto, toiminta ja tyydytys).

Seksuaalisuuden katsotaan myös sisältävän minäkuva – käsityksen. Tällä tarkoitetaan ihmisen kokemaa omaa kuvaa, terveyttä ja seksuaalisuutta. Minäkuvan, seksuaalisen toiminnan ja lisääntymiskyvyn lisäksi seksuaalisuus merkitsee rooleja ja ihmissuhteita. Lyhyesti voidaan sanoa, että seksuaalisuus on ihmisen itseilmaisua itsensä tai muiden kanssa. (Pelusi 2006, 32.)

2.3 Rintasyöpä ja parisuhde

Parisuhde on kahden aikuisen välinen suhde, joko avo- tai avioliitossa, jonka tavoitteena on yhdessäolo, rakastuminen sekä suhteen jatkumisen turvaaminen ja kehittäminen. Parisuhde voidaan jakaa eri osa-alueisiin, joita ovat seksuaalisuus, luottamus ja turvallisuus, suhteen hoitaminen, rajat ja arkipäivä sekä parisuhteen kehitysvaiheet. (Airikka 2003, 11–17.) Parisuhteen katsotaan olevan kahden puolison välinen, toisaalta tietoinen ja toisaalta tiedostamaton, emotionaalinen ja seksuaalista vuorovaikutusta sisältävä molemminpuolinen suhde, jossa kahden eri ihmisen kokemat kohtalot vaikuttavat suhteen rakentumiseen. Parisuhdetta pidetään yhtenä ihmisen vaikeimmista suhteista. (Tuhkasaari 2007, 32.) Lisäksi parisuhde voidaan määritellä puolisoiden vuorovaikutussuhteeksi, jossa puoliset pystyvät sopeutumaan toisiinsa suhteen kuluessa. Parisuhteen hyvinvointiin vaikuttavat puolisoiden ominaisuudet ja sopeutumiskyky. (Malinen 2011, 13.)

Hyvän parisuhteen katsotaan edellyttävän etenkin onnellisuutta ja itsensä toteuttamisen mahdollisuutta. Väestöliiton perhebarometrissa vuonna 2003 tutkittiin ihmisten käsityksiä parisuhteesta. Vastaajat määrittelivät hyvän parisuhteen rakentuvan luottamukselle, arvostukselle sekä kunnioitukselle. Tärkeänä pidettiin hyvää kommunikaatiota puolisoiden välillä. Parisuhteen merkitys korostui etenkin ilojen ja surujen jakamisessa. Lisäksi parisuhde merkitsi taloudellista turvallisuutta ja lisää ystäviä. Seksuaalisuudessa ja seksuaalisella kanssakäymisellä on myös kiistaton merkitys parisuhteen ylläpitämisessä. (Airikka 2003, 12; Paajanen 2003, 27–40.)

Sheppardin ja Elyn (2008) tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen merkittävästi. Tutkimuksen mukaan 25 prosenttia parisuhteista kärsi huomattavasta kuormituksesta, 35 prosenttia koki rintasyöpään sairastuneen puolison olevan emotionaalisesti ”poissaoleva tai ei

saatavilla” ja 12 prosenttia raportoi erosta. Toisaalta Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksessa mainitaan, että jopa puolet rintasyöpään sairastuneista pariskunnista koki sairastumisen lähentäneen heitä. Syövän voidaan siis katsoa vaikuttavan joko positiivisesti tai negatiivisesti potilaan parisuhteeseen. Avoimuuden puute ja puhumattomuus johtavat useimmiten negatiiviseen vaikutukseen. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.) Edellä mainituissa tutkimuksissa kuvattiin hoitohenkilökunnan ottavan vain harvoin esille seksuaalisuutta tai parisuhdetta ohjauksessaan. Samanlaisiin tuloksiin päätyivät myös omassa tutkimuksessaan Kellokumpu-Lehtinen ym. (2003). Kuitenkin henkilökunta mainitsi seksuaalisuudesta puhumisen olevan osana heidän työtään.

Vakavasti sairastuminen vaikuttaa parisuhteeseen, puoliso voi kokea sairastumisen jopa raskaammin kuin sairastunut osapuoli (Hautamäki-Lamminen 2012, 36–38). Puolison sairastuminen merkitsee muutosta arkielämässä, parisuhteessa vallitsevat roolit saattavat muuttua. Lisäksi arkipäiväisistä toiminnoista selviytyminen muuttuu. Toinen puolisoista voi joutua tekemään enemmän kotitöitä tai ottaa enemmän vastuuta perheestä. (Mattila 2001, 14.) Tunteet vaihtelevat vihan ja rakkauden välillä. Parisuhteen säilymisen kannalta on tärkeää avoin keskustelu ja empatia sairastunutta kohtaan. Avoimeen keskusteluun vaikuttaa hoitohenkilökunnan antama tieto ja ohjaus. Hoitohenkilökunnalta saadun asianmukaisen ja ajantasaisen tiedon saannilla vältytään turhaan kuormittavilta arvailuilta ja pystytään keskittymään oleelliseen. Puoliso on kuitenkin useissa tilanteissa suurin psyykkisen tuen tarjoaja. Parisuhdetta uhkaavaksi tekijäksi saattaa kehittyä seksuaalisuudessa tapahtuneet muutokset. Toisaalta tutkimusten mukaan puoliset pitävät puolisonsa selviytymistä sairaudesta seksuaalisuutta tärkeämpänä asiana. (Hautamäki-Lamminen 2012, 36–38.)

3 RINTASYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUS

3.1 Potilaan ohjaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan sellaista potilasohjausta, joka antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan, hoidoista sekä vaihtoehtoista siinä määrin kuin se on hänen hoitonsa kannalta merkittävää. Tiedon antamisen tulee olla sellaisella tasolla, että potilas pystyy sen ymmärtämään.

Ohjaus on käsitteenä laaja-alainen ja kontekstisidonnainen. Ohjauksen sijaan voidaan käyttää myös seuraavia ilmauksia: tiedonanto, neuvonta, opastus tai informointi. Näillä kaikilla edellä mainituilla tarkoitetaan arkikielessä ohjausta, mutta merkitykseltään ne kuitenkin eroavat toisistaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Tässä opinnäytetyössä ohjaus määritellään Kääriäisen (2007) väitöskirjassa tehtyyn käsiteanalyysiin nojaten. Hänen mukaansa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa, joka on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa sidoksissa molempien osapuolten konteksteihin.

Potilaan ja hoitohenkilöstön vuorovaikutus käsittää kaikki tekemiset hoitotilanteissa. Mattila (2001) määrittelee vuorovaikutuksen tavoitteiksi hoitosuhteen muodostumisen, tiedon tarpeen tyydyttämisen, potilaan kärsimyksen poistumisen tai lievittämisen sekä potilaan hyvän olon. Hyvän vuorovaikutuksen ominaispiirteinä koettiin aloitteellisuus, turvallisuus, läheisyys ja potilaslähtöisyys. Hoitoympäristö vaikutti vuorovaikutuksen toteutumiseen joko vahvistaen tai heikentäen vuorovaikutusta. Näitä hoitoympäristössä vaikuttavia tekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysiset tilat ja ihmissuhteiden vaikutukset. Tämän opinnäytetyön kannalta huomio kiinnitetään etenkin ohjaustilanteissa tapahtuvaan vuorovaikutukseen.

Hoitotyössä ohjauksen voidaan katsoa liittyvän etenkin hoitotyön toimintoihin, joissa potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä tuetaan. Ohjaus painottuu yhä enemmän asiakkaan huomiointiin ja vuorovaikutukselliseen toimintaan, jossa potilas ja hoitaja nähdään molemmat asiantuntijoina. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas oppii löytämään ratkaisuja sekä uusia toimintatapoja

uusissa tilanteissa. Toisaalta tavoitteena on myös, että hoitaja tukee potilasta ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan sekä tehdyistä valinnoista. Ohjauksen tarkoituksena on synnyttää luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, joka auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa. Ohjausta voidaan toteuttaa niin suullisesti, kirjallisesti kuin audiovisuaalisestikin. Ohjaustavan valintaan vaikuttavat ohjaustilanne, ohjattavan taustatekijät sekä päämäärä, jota tavoitellaan. Lyhyesti voidaan sanoa ohjauksen olevan vuorovaikutuksen, ajattelun sekä viestinnän väline. (Eloranta & Virkki 2011, 7; Kääriäinen 2007, 27–29.)

Kääriäisen (2007) väitöskirjan tarkoituksena on muun muassa selvittää sekä hoitajien että potilaiden kokemuksia laadukkaasta ohjauksesta.

Hoitohenkilökunnan kannalta ongelmallista oli hoitajan ja potilaan erilaiset käsitykset ohjauksen tarpeesta. Väitöskirjan mukaan potilaat toivoivat enemmän tietoa juuri sairauteensa liittyen kun taas hoitohenkilökunta koki antavansa tässä suhteessa riittävästi ohjausta. Potilaiden kyky vastaanottaa ohjausta voi olla vaihteleva, eikä tiedon omaksuminen tai muistaminen ole aina yksiselitteistä. Toisaalta hoitohenkilökunta saattaa myös kiireeseen tai muuhun tilanteeseen vedoten antaa huonoa ohjausta. Tässä suhteessa yhteisesti sovitut toimintaperiaatteet yksikössä ja oikein mitoitettut resurssit voivat vähentää kiirettä ja luoda edellytyksiä hyvälle ja laadukkaalle ohjaukselle. (Kääriäinen 2007, 34–35.)

Hoitotyössä toteutettavan ohjauksen tulisi täyttää ohjauksen laadun osa-alueet. Nämä osa-alueet voidaan jakaa ohjausresursseihin, ohjauksen toteutukseen, riittävyys, vaikuttavuuteen sekä kehittämiseen. Kääriäisen (2007) väitöskirjassa laadukkaana ohjauksen toteutuksen katsotaan olevan potilaslähtöistä. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan kykyä huomioida ohjattava potilas yksilöllisenä kokonaisuutena. Ohjauksen toteuttamiseen vaikuttivat muun muassa potilaan taustatekijät ja koettu ohjaustarve sekä kyky vastaanottaa ohjausta. Toisaalta laadukkaaseen ohjauksen toteuttamiseen kuuluivat myös vuorovaikutuksellisuus sekä ilmapiiri. Syöpäpotilaan ohjauksessa tärkeänä koettiin yksilöllisyys sekä potilaan omat voimavarat huomioon ottava ohjaus. Turvallisuudentunteen, suunnitelmallisuuden, tavoitteellisuuden ja jatkuvuuden

merkitys korostui vakavasti sairaan ihmisen voimavaraisessa ohjaamisessa. (Kääriäinen 2007 40–41; Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 45–48.)

Laadukas ohjaaminen koostuu ohjauksen resursseista. Näihin taas vaikuttavat toimintamahdollisuudet sekä -valmiudet. Sovitut käytännöt ohjauksen suhteen auttavat hoitohenkilökuntaa toteuttamaan laadukasta ohjausta. Toisaalta kaikkea vastuuta ei voida asettaa vain esimiestasolle, sillä samalla tavalla hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on myös vastuu oman ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Ammattitaidon ylläpidolla sekä jatkuvalla itsensä kehittämisellä voidaan vaikuttaa laadukkaaseen ohjauksen toteutumiseen positiivisella tavalla. Laadukkaaseen ohjaukseen vaikuttavat siis ylipäänsä hoitohenkilön aktiivisuus, ammattitaito, ohjaustaidot, motivaatio sekä vuorovaikutustaidot. (Kääriäinen 2007, 40–41.)

Hoitotyössä potilaan ohjausta voidaan toteuttaa yksilö- ja ryhmäohjauksena. Tutkimusten mukaan potilaat arvostavat suullista yksilöohjausta, jossa potilas on aina ensisijainen lähtökohta, jolloin aktivoinnin sekä motivoinnin voidaan katsoa toteutuvan helpommin. Suullisen yksilöohjauksen tukena toivotaan käytettävän ajan tasalla olevaa kirjallista materiaalia, jolloin asioihin voi paneutua ennen vastaanotolle tuloa sekä palata niihin vastaanottoajan ulkopuolella. (Liimatainen ym. 2005, 47.) Ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa hyviä tuloksia, sillä samaa sairautta sairastavien esittämät kysymykset voivat tukea myös muita ryhmäläisiä. Toisaalta ryhmäohjaustilanteissa saattaa tulla esille sellaisia asioita, joita yksilöohjauksessa ei tule. Lisäksi ryhmäohjauksessa itse ryhmän tuoma vertaistuki on merkittävää. Yksilö- ja ryhmäohjauksen lisäksi omaisten läsnäolo ohjaustilanteissa on merkittävä osa laadukkaaseen ohjauksen toteutumista. Omaisten läsnäolo voi auttaa tulkitsemaan ohjauksen tarvetta sekä rohkaista esittämään kysymyksiä. Lisäksi asioiden läpikäyminen omaisen kanssa auttaa heitä tukemaan sekä auttamaan läheistään. Omaisten ottamisessa mukaan ohjaukseen on kuitenkin ensisijaisen tärkeää kuunnella haluaako potilas omaisten olevan läsnä ohjaustilanteissa vai ei. Omaisten ohjausta sivuavissa tutkimuksissa kuitenkin todetaan omaisten saavan puutteellista ohjausta. (Kääriäinen 2007, 32–35.)

3.2 Seksuaaliohjaus

Seksuaaliohjaus on kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa kaikille hoitotyön ammattilaisille kuuluvaa tiedon antamista ja seksuaalisuuden hyväksymistä. Seksuaaliohjaus on osa seksuaaliterveyspalveluita. Näihin katsotaan kuuluvan kaikki ne palvelut, joissa käsitellään asiakkaan seksuaalisuutta tai seksuaalitoimintoja sekä parisuhdetta. Seksuaaliohjauksessa on tarkoitus antaa potilaalle tietoa ja tilaa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Konkreettisten ohjeiden sekä neuvojen antaminen on usein potilasta helpottavampaa kuin pelkkä asioista yleisellä tasolla puhuminen. Tutkimusten mukaan potilaat eivät koe saavansa tarpeeksi seksuaaliohjausta. Tutkimuksista selvisi myös se, etteivät hoitajat aloita keskustelua vaan odottavat potilaan aloitetta. Potilaat kuitenkin odottavat hoitajan tekevän aloitteen ja tietoa halutaan etenkin siitä, kuinka taudin eteneminen, hoidot, niiden sivuvaikutukset, ulkonäön muutokset sekä minäkuvan muutokset vaikuttavat koettuun seksuaalisuuteen sekä seksuaaliseen toimintaan. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 282–290; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 21; Huber ym. 2006, 1164.)

Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaat odottavat seksuaaliohjauksen olevan potilaslähtöistä, suunnitelmallista sekä ammatillista. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan, että keskustelu olisi potilaan tarpeet huomioivaa ja, että heidän tunteitaan ja kokemuksiaan arvostettaisiin. Toiveena on myös, ettei ikä olisi este seksuaaliohjaukselle. Ohjauksen suunnitelmallisuus nähdään asiana, johon vaikuttavat muun muassa annetun ohjauksen ajankohta, jonka toivotaan olevan koko hoidon pituinen eikä vain yksittäinen kerta hoitojen lopussa. Toisaalta aivan ensimmäisillä kerroilla annetun seksuaaliohjauksen ei koeta olevan tarpeellista, sillä tutkimukseen osallistuneet kokevat tällöin päällimmäisenä ajatuksissa olevan sairaudesta selviämisen. Ammatillisuutta kuvataan hoitajien herkkyytenä tunnistaa potilaan tarpeet, hoitajien myös toivotaan olevan ammattitaitoisia, helposti lähestyttäviä sekä asenteeltaan ja vuorovaikutustaidoiltaan asiantuntevia. Seksuaaliohjauksen sisällön oletetaan olevan surutyön sallivaa, myönteisen minäkuvan vahvistamista, puolison ohjaamista sekä vertaistuen piiriin ohjaamista. Toisaalta hoitajien

puutteellisten taitojen koetaan olevan ajan puutteesta johtuvaa, tiedon puutetta tai koulutuksen vähyyttä. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 244.)

Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksessa selvitetään myös hoitajien kokemuksia seksuaaliohjauksen toteutumisesta heidän työssään. Hoitajat kokevat työhön kuuluvana velvollisuutena kertoa potilailleen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Heidän mukaansa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden kertominen kuuluu myös hoitavalle lääkärille. Tutkimuksen mukaan seksuaalisuudesta keskusteleminen on kuitenkin harvinaista. Seksuaaliohjauksessa hoitohenkilökunnasta yksi prosentti teki aloitteen liittyen toiminnallisiin ongelmiin erittäin usein ja 90 prosenttia harvoin. Mahdollisista parisuhteessa esiintyvistä ongelmista kysyi yhdeksän prosenttia erittäin usein ja harvoin 65 prosenttia hoitohenkilökunnasta. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kysymisen mahdollisti erittäin usein viisi prosenttia ja harvoin 70 prosenttia. Sairauden mahdollisista seksuaalisuuteen liittyvistä sivuvaikutuksista potilaalle kertoi erittäin usein 14 prosenttia ja harvoin 55 prosenttia. Hoitojen mahdollisista seksuaalisuuteen liittyvistä sivuvaikutuksista kertoi erittäin usein 14 prosenttia ja harvoin 58 prosenttia. Seksuaalisuudesta ja syövästä kertovaa kirjallista materiaalia potilaille antoi erittäin usein yhdeksän prosenttia ja harvoin 71 prosenttia.

Tutkimuksessa (Hautamäki-Lamminen 2012) tuli esille muiden tutkimusten tapaan, että seksuaalisuudesta keskusteleminen oli helpompaa potilaan aloitteesta. Toisaalta yli kymmenen vuoden työkokemuksella nähtiin olevan vaikutusta hoitohenkilökunnan tekemään aloitteeseen. Pitkä työkokemus ennusti aloitteen tekemisen olevan helpompaa hoitohenkilökunnan puolelta. Ristiriitaisena tutkimuksessa tuli esille, että vaikka keskusteleminen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista oli harvinaista, koki hoitohenkilökunta kuitenkin olevan halukas keskustelemaan. Tutkimuksen mukaan he eivät kuitenkaan olleet kykeneviä tekemään aloitetta. Aiheen arkaluontoisuus ja koulutuksen puute koettiin esteenä seksuaalisuudesta puhumiselle. (Hautamäki-Lamminen 2012, 74–76.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tutkimuksen tulosten avulla hoitajat voivat kehittää ohjaustaitojansa sekä kehittää koko poliklinikan rintasyöpäpotilaiden ohjaustoimintaa. Tutkimuskysymykset rakennettiin tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen sekä viitekehyksen pohjalta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus toteutuu?
2. Mitä asioita tulee ottaa huomioon rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa?
3. Mitä kehitettävää rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa on?

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ei käytä aikaa ohjauksessa seksuaalisuuteen liittyviin asioihin, joten aihe on rajattu koskemaan hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisesta. (Sheppard & Ely 2008; Huber, Ramnarace & McCaffrey 2006.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Aineiston keruumenetelmä ja käsittely

Tutkimus toteutettiin käyttäen kyselylomaketta, joka sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä (LIITE 2). Tarkoituksena oli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lisäksi tarkoituksena oli saada tutkittavasta aiheesta täysin uusi tai syvälinen näkökulma. Tutkimus etenee joustavasti, jolloin tiedonkeruu ja analysointi tapahtuvat rinnakkain. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ole yleistää saatuja tutkimustuloksia koko populaatioon vaan vain tutkittuun ilmiöön. (Metsämuuronen 2006, 80–82.)

Tutkimuksessa voidaan käyttää aineiston hankintamenetelminä muun muassa haastattelua, kyselyä, havainnointia sekä erilaisia dokumentteja. Aineiston hankintamenetelmiä on mahdollista käyttää joko yksittäisinä tai niitä on mahdollista käyttää yhdessä. Tutkimuksessa perusanalyysimenetelmänä pidetään sisällönanalyysiä, johon muut tutkimuksessa käytettävät analyysimenetelmät pohjautuvat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 91.)

5.2 Kohderyhmä ja aineisto

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpätautien poliklinikan hoitohenkilökunta. Kyseisellä poliklinikalla toteutetaan rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamista. Kohderyhmä muotoutui kyseiseen yksikköön toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Tällaisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkittavilla on mahdollisimman laaja tieto tutkittavasta aiheesta, ja juuri laaja tietämys vaikutti poliklinikan hoitohenkilökunnan valintaan tätä tutkimusta varten (Kananen 2008, 37).

Kumar (2005, 126–129) määrittelee kyselylomakkeet kirjoitetuiksi listoiksi kysymyksiä, joihin vastaaja pystyy ymmärrettyään kysymyksen vastaamaan. Hänen mukaansa on erittäin tärkeää, että kyselylomakkeen kysymykset ovat tarkkaan mietittyjä, jolloin vastaajan on helppo ymmärtää mitä kysytään eikä tällöin synny väärinkäsityksiä. Tämä asia huomioitiin tässäkin opinnäytetyössä kyselylomaketta työstettäessä. Opinnäytetyössä käytettiin kyselylomaketta, joka

sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Ennen kyselyyn vastaamista osallistujille kerrottiin kirjallisesti saatekirjeen (LIITE 1) muodossa tämän tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Lisäksi kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, ja ettei vastauksista voida päätellä vastaajaa.

Saatekirjeessakerrottiin myös vastauksen antamiseen kuuluva aika sekä missä ajassa kysely tuli palauttaa suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajan osoittamaan paikkaan. Lopuksi annettiin vielä tutkimuksen tekijän yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Kyselylomakkeeseen valittiin niin avoimia kuin suljettuja kysymyksiä.

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset olivat kysymyksiä, joihin vastaaja kirjoittaa itse vastauksen, kun taas suljetut kysymykset olivat sellaisia, joissa vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Suljettujen kysymysten avulla kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Avoimilla kysymyksillä saatiin tietoa tutkittavasta aiheesta ja niiden pohjalta vastattiin tutkittavaan ilmiöön. Kyselylomaketta käytettäessä ei voida esittää lisäkysymyksiä tai tarkentavia kysymyksiä. (Kumar 2005, 132.)

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto käsiteltiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen, jolloin tavoitteena oli saada aiheesta mahdollisimman tiivis ja yleismuotoinen kuvaus.

Analysoinnista muodostettiin taulukko (LIITE 3), jolla havainnoillistettiin muodostuneita yhdistäviä luokkia (LIITE 4). Kyselylomakkeen vastaukset käytiin huolellisesti läpi useaan kertaan. Tämän jälkeen suoritettiin litterointi eli aineiston puhtaaksi kirjoitus. Litteroinnin jälkeen tekstistä merkittiin erivärisillä yliviiwaustusseilla tutkimustehtävän kannalta merkittävät asiat. Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin eli redusoiitiin siten, että aineistosta koodattiin tutkimustehtävään liittyvät pelkistetetyt ilmaisut. Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroitiin, jolloin siitä eriteltiin samanlaiset ja toisistaan eroavat ilmaukset. Klusteroinnin jälkeen ryhmiteltiin samankaltaiset ilmaukset samaan luokkaan, jolloin muodostui alaluokkia, jotka nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Seuraavaksi näitä alaluokkia yhdistettiin, jolloin muodostui yläluokkia. Lopuksi aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin. Yläluokista luotiin yhdistäviä luokkia.

Abstrahoinnin avulla nostettiin tutkimuksen yleistettävyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113; Kumar 2005, 240–241.) Tutkimustuloksissa raportoitiin analyysissä muodostettu yleismuotoinen kuvaus tutkimusaiheesta.

6 TULOKSET

Tutkimustulokset käsittelivät hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksesta. Tutkimukseen saatiin yhteensä kymmenen vastausta. Vastaajista kaikki olivat sairaanhoitajia, joista yhdellä oli yli kymmenen vuoden työkokemus, neljällä työkokemusta oli viidestä kymmeneen vuotta ja viidellä vastaajista alle viiden vuoden työkokemus. Tuloksia tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta. Näkökulmia olivat rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen toteutuminen, ohjauksessa huomioon otettavat asiat ja seksuaaliohjauksen kehittäminen.

6.1 Rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen toteutuminen

Seksuaaliohjauksen toteutumista tarkasteltaessa muodostui yksi yhdistävä luokka, joka oli *laadukas potilasohjaus*. Tämämuodostui yläluokista *moniammatillisuus, hoitajan ohjaustaidot, kirjallisen materiaalin käyttö, ohjauksen toteutuminen, työnkuvan toteutuminen, seksuaalisuuden ohjaamisen toteutuminen, puheeksiottamiseen vaikuttavat asiat ja potilaan aloitteen merkityksestä*.

Moniammatillisuus muodostui alaluokasta *moniammatillinen työyhteisö*.

Moniammatillisuudella hoitajat tarkoittivat moniammatillisen työyhteisön toteutumista ja merkitystä. Seksuaaliohjauksesta puhuttaessa moniammatillisuus toteutui vastaajien mukaan jo aivan ensimmäisellä lääkärin vastaanottokäynnillä, jossa tulevia hoitoja suunnitellaan. Seksuaaliohjauksen katsottiin kuitenkin olevan tällä ensimmäisellä lääkärikäynnillä hyvin vähäistä, etenkin jos potilas ei itse painottanut seksuaalisuutta tai osoittanut kysymyksiä siihen liittyen.

Lääkärikäyntien lisäksi potilailla kerrottiin olevan mahdollisuus kuntoutusohjaajan vastaanottokäynnin kautta päästä erilaisiin kuntoutuksiin. Edellä mainittujen lisäksi potilailla oli mahdollisuus päästä seksuaaliterapeutin vastaanotolle, jos tarvetta tällaiselle käynnille oli. Hoitajat kuvasivat asian esimerkiksi seuraavasti:

Ensimmäisen kerran asia tulee ajankohtaiseksi, kun potilas tulee lääkärin vastaanotolle hoidon suunnittelua varten

Kuntoutusohjaajan kautta esim. rintasyöpäpotilaille tarkoitettuun kuntoutukseen jossa käsitellään seksuaalisuutta

Hoitajan ohjaustaidot muodostui alaluokista *avoin ilmapiiri, kommunikointi, kannustaminen ja tukeminen*. Moniammatillisuuden lisäksi laadukkaan potilasohjauksen katsottiin koostuvan hoitajan ohjaustaidoista. Näiden taitojen perustana pidettiin hoitajan kykyä luoda avoin ilmapiiri, jossa keskustelun oli tarkoitus edetä potilaan ehdoilla. Lisäksi hoitajan kommunikointitavat, potilaan kannustaminen ja tukeminen nähtiin ohjaustaitoina. Kommunikoinnilla tarkoitettiin kykyä keskustella, kuunnella ja neuvoa potilasta. Potilaan kannustamisella tarkoitettiin kannustamisen lisäksi rohkaisemista ja rauhoittamista. Edellä mainittuja hoitajan ohjaustaitoja katsottiin hyödynnettävän etenkin suullisessa ohjauksessa.

Avoin keskustelu alusta alkaen potilaan ehdoilla

Tuen potilasta kysymään / keskustelemaan aiheesta silloin kun hän on valmis

Kirjallisen materiaalin käyttö muodostui alaluokasta *kirjallisen materiaalin merkitys*. Laadukkaan potilasohjauksen kannalta hoitajat pitivät tärkeänä kirjallisen materiaalin käyttöä. Ohjauksessa käytettiin muun muassa erilaisia syöpäyhdistysten opaskirjoja ja materiaaleja. Toisaalta hoitajat kertoivat joidenkin potilaiden kokevan kirjallisen materiaalin turhana.

Annan opaskirjan

Ohjauksen toteutuminen muodostui alaluokasta *ohjaus osana hoitotyötä, työnkuvan toteutuminen* muodostui alaluokasta *ohjaus osana työnkuvaa ja seksuaalisuuden ohjauksen toteutuminen* muodostui alaluokasta *seksuaaliohjauksen huomioimisen vähyys*. Laadukkaan potilasohjauksen korostamisesta huolimatta hoitajien mukaan rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus oli vähäistä. Seksuaaliohjaus koettiin hankalaksi, toisaalta sen koettiin olevan osana hyvää hoitoa ja kuuluvan työhön. Seksuaaliohjaus koettiin usein kaukaiseksi ensimmäisillä vastaanottokäynneillä, jolloin sen toteuttaminen jäi vähälle.

Puheeksiottamiseen vaikuttavat asiat muodostui alaluokista *iän ja persoonan merkitys puheeksiottamisessa ja sairauden laadun merkitys puheeksiottamisessa*. *Potilaan aloitteen merkitys* muodostui alaluokasta *potilaan*

aloitteen merkitys puheeksiottamisessa. Iän ja potilaan persoonan kerrottiin myös vaikuttavan seksuaalisuuden puheeksiottamiseen. Hoitajat kokivat seksuaalisuudesta puhumisen olevan helpompaa nuoremmille. Lisäksi sillä tekeekö potilas aloitteen seksuaalisuudesta puhuttaessa, helpotti hoitajan kykyä käydä seksuaalisuuteen liittyviä asioita läpi. Sairauden laadulla kerrottiin olevan merkitystä siihen otetaanko asia vastaanottokäynnillä esille. Vastaajien mukaan sairauden ollessa parantuvaa laatua, tuli seksuaalisuudesta keskusteltua helpommin.

En koe hankalaksi. Kuuluu osana potilaan ohjaukseen

Jää vähemmälle muun ohjauksen ohella

Riippuu potilaasta; toisten kanssa helpompi puhua

6.2 Ohjauksessa huomioon otettavat asiat

Ohjauksessa huomioon otettavia asioita tarkasteltiin vastausten pohjalta neljässä yhdistävässä luokassa, joita olivat *potilaan fyysiset ominaisuudet, potilaan psyykkiset ominaisuudet, potilaan sosiaaliset tekijät ja ympäristötekijät.* *Potilaan fyysiset ominaisuudet* muodostuivat yläluokista *potilaan taustan merkitys, fyysisten muutosten merkitys ja lääkkeitä johtuvien vaikutusten huomioiminen ohjauksessa.* *Potilaan psyykkiset ominaisuudet* muodostuivat yläluokista *psyykkinen valmius vastaanottaa ohjausta ja psyykkisten muutosten merkitys.* *Potilaan sosiaaliset tekijät* muodostui yläluokasta *omaisen ohjaaminen.* *Ympäristötekijät* muodostui yläluokasta *ohjaustilanteen ympäristön vaikutus.*

Potilaan taustan merkitys muodostui alaluokasta *potilaan tausta.* *Fyysisten muutosten merkitys* muodostui alaluokasta *sairauden aiheuttamat fyysiset muutokset.* *Lääkkeistä johtuvien vaikutusten huomioiminen ohjauksessa* muodostui alaluokasta *lääkehoidon fyysisten vaikutusten huomioiminen ja lääkehoidon psyykkisten vaikutusten huomioiminen.* Potilaan fyysisinä ominaisuuksina hoitajat pitivät potilaan taustatekijöitä, joihin he mainitsivat kuuluvan iän, sukupuolen, yleistilan ja siviilisäädyn. Potilaan taustatekijöiden lisäksi potilaan fyysisinä ominaisuuksina pidettiin sairauden aiheuttamia fyysisiä muutoksia kehossa, kuten rinnan puuttumista. Lääkkeistä johtuvien vaikutusten huomioiminen ohjauksessa katsottiin kuuluvan potilaan fyysisiin ominaisuuksiin,

vaikkakin lääkkeistä aiheutui niin fyysisiä kuin psyykkisiä vaikutuksia. Lääkkeistä johtuvia fyysisiä vaikutuksia olivat muun muassa vaikutukset limakalvojen kuivumiseen, hormonitoimintaan ja ennenaikaiset vaihdevuosisoireet. Lääkehoidon osalta tärkeänä koettiin lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista kertominen. Lääkkeistä aiheutuviin haittavaikutuksiin pyrittiin löytämään helpotusta niin tiedonannon kuin täsmälääkityksen löytymisen avulla.

Rinnan puuttuminen

Lääkkeiden vaikutus hormonitoimintaan

Psyykkinen valmius vastaanottaa ohjausta muodostui alaluokista *keskusteluvalmius, vastaanottokyky ja tiedon tarpeen kokeminen*. Hoitajat pitivät potilaan psyykkisenä ominaisuutena hänen psyykkistä valmiutta vastaanottaa ohjausta. Tämä tarkoitti sitä, että hoitaja huomioi potilaan keskusteluvalmiuden, vastaanottokyvyn sekä sen kokiko potilas tietoa tarpeelliseksi. Hoitajat kokivat tärkeänä potilaslähtöisen ohjauksen, jolloin huomioitiin esimerkiksi milloin potilas oli valmis keskusteluun tai milloin hän oli valmis vastaanottamaan tietoa. Hoitajat kuvasivat kokemuksen karttuessa kehittyvän ”tuntosarvet”, jolloin potilaan psyykkisen tilan arvioiminen oli helpompaa. *Psyykkisten muutosten merkitys* muodostui alaluokasta *sairauden aiheuttamat psyykkiset muutokset*. Sairauden aiheuttamilla psyykkisillä muutoksilla hoitajat tarkoittivat minäkuvan muutoksia, vakavan sairauden vaikutuksia ja psyykkistä kriisiä sekä fyysisten muutosten aiheuttamaa häpeää.

Asioissa edettävä aina potilaan ehdoilla mietittävä mitkä asiat ovat ensisijaisia / priorisoitava ohjauksen antaminen ja nähtävä milloin potilas pystyy ottamaan tiedon vastaan.

Minäkuvan muuttuminen

Vakavan sairauden vaikutus psyykkeeseen

Omaisien ohjaaminen muodostui alaluokasta *omaisten ohjauksen tarve*. Potilaan sosiaalisena tekijänä hoitajat nostivat esille omaisen ohjaamisen, johon vaikutti se oliko potilaalla kumppania ja etenkin oliko tämä vastaanottokäynnillä mukana. Huomiotta jäi täysin potilaan kulttuurin vaikutus sekä äidinkielen vaikutus ohjauksen toteutumiseen.

Onko kumppania mukana

Ohjaustilanteen ympäristön vaikutus muodostui alaluokasta *ohjaustilanteen ympäristön huomioiminen*. Ohjaukseen vaikuttavina muina ympäristötekijöinä hoitajat korostivat ohjaustilanteen rauhallisuutta, turvallisuutta sekä luontevuutta. Ohjaustilanteen ympäristöllä nähtiin selkeä vaikutus ohjauksen toteutumiseen. Tilannetajua käyttämällä hoitajat pyrkivät käymään ohjauskeskustelut oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Hoitajat kertoivat, että ohjaustilanteen oikea-aikaisuudella ja oikealla paikalla pyrittiin takaamaan ohjaustilanteen luottamuksellisuus.

Onko mahdollisuus rauhassa keskustella potilaan kanssa; aikaa, paikka!

Luon turvallisen keskustelutilanteen, ei muiden kuullen

6.3 Seksuaaliohjauksen kehittäminen

Tutkimuksen tavoitteena oli, että tulosten pohjalta kehitetään hoitajan yksittäisiä ohjaustaitoja sekä koko poliklinikanrinstasyöpäpotilaiden ohjaustoimintaa. Seksuaaliohjauksen kehittämistä tarkasteltiin neljän eri yhdistävän luokan kautta. Näitä luokkia olivat *koulutuksen kehittäminen, kirjallisen ohjausmateriaalin kehittäminen, asiantuntijuuden käytön kehittäminen ja ohjauksen ajankohdan kehittäminen*. *Koulutuksen kehittäminen* muodostui yläluokista *koulutuksen merkitys, yhteistyön lisääminen ja tutkimustiedon käyttö*. *Kirjallisen ohjausmateriaalin kehittäminen* muodostui yläluokasta *kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö*. *Asiantuntijuuden käytön kehittäminen* muodostui yläluokasta *asiantuntijuuden hyödyntäminen*. *Ohjauksen ajankohdan kehittäminen* muodostui yläluokasta *asiantuntijuuden hyödyntäminen*.

Koulutuksen merkitys muodostui alaluokasta *koulutuksen tarve*. Hoitajien vastausten perusteella koulutuksella nähtiin olevan merkitystä ohjaamisen toteutumisessa. Neljässä vastauksessa (4/10) kehittämistarpeena nähtiin koulutuksen lisääminen. Toisaalta saman verran vastaajista (4/10) oli saanut peruskoulutusta seksuaalisuuden ohjaamiseen liittyen. Luentoja oli järjestetty, mutta niitä toivottiin lisää. *Yhteistyön lisääminen* muodostui alaluokasta *yhteistyön merkitys*. Kehittämistarpeena koettiin yhteistyön lisääminen eri tahojen

välillä. Mahdollista yhteistyön sisältöä ei kuitenkaan tarkennettu. *Tutkimustiedon käyttömuodostui* alaluokasta *tutkimustiedon merkitys*. Tutkimustiedon tuominen poliklinikkatyöskentelyyn nähtiin kehitettävänä asiana. Lisäksi toivottiin tietoa esimerkiksi siitä, kuinka rintasyöpäpotilaat kokevat seksuaalisuutensa.

Tutkimustiedon perusteella koettiin, että omia ohjaustaitojaan voisi parantaa.

Luennot ja koulutus

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö muodostui alaluokasta *kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys*. Kirjallisen ohjausmateriaalin kehittäminen nähtiin myös ohjausta edistävänä tekijänä. Kirjallisen materiaalin toivottiin olevan monipuolisempaa ja yhteneväisempää, jolloin sen käyttö olisi hoitajien mukaan helpompaa.

Monipuolisempaa kirjallisuutta annettavaksi potilaalle

Yhteneväisillä kirjallisella materiaalilla

Asiantuntijuuden hyödyntäminen muodostui alaluokasta *asiantuntijuuden merkitys*. Hoitajien mukaan seksuaalisuuden ohjaamista voisi kehittää lisäämällä ja hyödyntämällä asiantuntijuuden käyttöä. Tällä tarkoitettiin etenkin erillistä asiantuntijuushoitajaa sekä seksuaaliterapeuttia. Asiantuntijuushoitajan nähtiin olevan enemmän seksuaalisuuden ohjaamiseen perehtynyt, joka pystyisi näin toteuttamaan laadukkaampaa seksuaaliohjausta. Toisaalta kehitettävänä koettiin myös se, että potilas pääsisi automaattisesti seksuaaliterapeutin vastaanottokäynnille.

Asiantuntijuus hoitaja, joka perehtyy enemmän asiaan

Ohjausajankohdan merkitys muodostui alaluokista *erillisen ohjausajan tarve* ja *ohjauksen oikea-aikaisuus*. Neljäntenä seksuaaliohjauksen kehittämiskohteena hoitajat kokivat ohjauksen ajankohdan kehittämisen. Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden läpikäymiseen toivottiin enemmän aikaa. Lisäksi ohjausaika tulisi olla muusta ohjauksesta erillinen. Tämän lisäksi hoitajat toivoivat ohjauksen tapahtuvan vasta myöhemmillä vastaanottokäynneillä, jolloin ensimmäisillä käynneillä uudentiedon määrä ei ylittäisi potilaan vastaanottokykyä. Myöhemmän vastaanottokäynnin ajankohtaa perusteltiin myös sillä, että ensimmäisillä

vastaanottokäynneillä potilaalla harvoin oli mielessä seksuaalisuuteen liittyvät asiat.

Aikaa keskustelulle pitäisi olla enemmän

Ohjaus mieluummin myöhemmillä vastaanottokäynneillä

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka

Eettinen toiminta tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan.

Tutkimusprosessin ajan tutkija on vastuussa tutkimuksensa eettisyyden toteutumisesta. Jotta tutkimus on eettinen, tulee sen koostua tiedeyhteisön hyväksymistä menetelmistä sekä argumentointitavoista. (Tuomi 2007, 143–145.)

Tutkimusaiheeksi valittiin hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksesta, sillä sitä ei ole kyseisessä paikassa tutkittu ja sen tutkimiselle osoitettiin tarvetta. Lisäksi tutkimuksen ajankohtaisuutta lisäsi rintasyövän yleisyys naisten syöpänä. Seksuaalisuuden ohjaaminen rajautui aiheeksi, sillä rintasyöpä vaikuttaa suuresti naisen minäkuvaan ja tätä kautta sen vaikutus heijastuu erityisesti seksuaalisuuteen.

Tutkimukseen haettiin lupa Päijät-Hämeen keskussairaaltalta. Tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden suoja taattiin koko tutkimusprosessin ajan.

Tutkimuksen toteuttamiseen käytettiin kyselylomaketta, jossa tutkittavien taustatietoja kartoitettiin suljetuilla kysymyksillä ja avoimilla kysymyksillä kartoitettiin tutkittavaa aihetta. Saatekirjeessä esiteltiin tutkimuksen kannalta merkittävät asiat ja painotettiin vapaaehtoisuutta. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti eikä niistä voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa, jolloin anonyymiteetti säilyy. Tutkimuksesta saatu aineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimustulosten valmistuttua. (Tuomi 2007, 145–146.)

Yleisesti tutkimusten luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmasta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta ja validiteetilla sitä, onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä luvattiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa näiden kahden käsitteen käyttö koetaan ristiriitaisena, sillä nämäsoveltuvat parhaiten kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Käsitteiden käytön ristiriitaisesta sopivuudesta huolimatta myös laadullisessa tutkimuksessa tulee tarkastella tutkimuksen luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta tarkasteltiin koko prosessin näkökulmasta. (Hirsjärvi, Remes&Sajavaara 2009, 231–233; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–137.)

Tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen tulee olla tarkoin määriteltyjä. Tässä tutkimuksen kohteena oli rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaaminen. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisesta. Kohderyhmäksi valittiin Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpätautien poliklinikan hoitohenkilökunta, koska heillä katsottiin olevan riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta. Luotettavuuteen vaikuttivat myös aineiston keruumenetelmä ja tekniikka. Tutkimuksen tiedonantajat eli tutkittavat ja heidän informointinsa sekä anonymiteetin varmistaminen nostivat tutkimuksen luotettavuutta. Kuten jo edellä mainittiin, tutkimuksesta informoitiin saatekirjeen muodossa ja anonymiteetti varmistettiin koko tutkimusprosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–142.)

Aineisto kerättiin kokonaisuudessaan kyselylomakkeen avulla, jolloin esimerkiksi lisä- tai tarkentavien kysymysten esittäminen ei ollut mahdollista. Kyselyssä saadut vastaukset olivat pääsääntöisesti hyvin informatiivisia, mutta pari vastausta sisälsi vain ”en tiedä -vastauksia”. Tämä voi olla seurausta tutkijan kokemattomuudesta muodostaa kyselylomaketta tai sitten vastaajien kokemattomuutta tai haluttomuutta vastata kyselyyn. Kuitenkin näitä paria vastausta lukuun ottamatta oletettiin, että kyselyn kysymykset olivat olleet ymmärrettäviä ja niihin oli ollut helppo vastata. Kyselyissä saadut vastaukset alkoivat toistaa itseään, jolloin tutkimuksen kyllästeisyys tuli esille. Tämä oli luotettavuutta lisäävä tekijä. Lisäksi kyllästeisyydellä tarkoitetaan, että tutkija on saanut tutkittavasta aiheesta olennaiset asiat esille. Lisäksi tutkimukseen käytetty aika sekä suhde tutkittaviin vaikuttivat luottamukseen. Tutkimukseen käytettiin aikaa kaiken kaikkiaan vajaa 11 kuukautta ja tutkijalla ei ollut minkäänlaista henkilökohtaista suhdetta tutkittaviin, jolloin tutkija ei voinut vaikuttaa vastauksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–142; Mäkinen 2006, 114.)

Tutkimuksen raportoinnin tulee myös toteutua eettisiä sääntöjä noudattaen. Luottamusta lisättiin siis korkeatasoisella aineiston kokoamisella sekä analysoinnilla. Toisaalta tärkeää oli tutkimustulosten selkeä ja ymmärrettävä muoto. Kaikki tekeminen tuli kertoa luotettavasti, jotta tutkimusta voidaan arvioida objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–142.) Tutkimuksen tulokset pyrittiin esittämään mahdollisimman selkeässä ja yksiselitteisessä muodossa. Aineiston analysointi selitettiin vaiheittain ja lisäksi analyysistä

muodostettu käsitteellistämistaulukko esitetään tutkimuksessa. Analyysin esittäminen taulukkomuodossa selkeytti edelleen tutkimustuloksia ja auttoi arvioimaan tuloksia edelleen objektiivisemmin.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksesta ja tavoitteena oli, että tutkimustulosten pohjalta hoitajat voisivat kehittää sekä omia, että koko osaston rintasyöpäpotilaiden ohjaustoimintaa.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että laadukkaan potilasohjauksen korostamisesta huolimatta rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus oli vähäistä. Lisäksi tuloksista selvisi, että rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksessa huomioon otettavia asioita olivat potilaan fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä potilaan sosiaaliset,-ja ympäristötekijät. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat kehitettävänä koulutuksen lisäämisen, kirjallisen materiaalin kehittämisen monipuolisemmaksi sekä yhteneväisemmäksi, asiantuntijuuden käytön lisäämisen sekä ohjauksen ajan kehittämisen.

Rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjaus koetaan haastavana ja hoitohenkilökunta käyttää siihen tutkimusten mukaan vähän aikaa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 74–76; Sheppard&Ely 2008; Huber ym. 2006.) Samanlaisia tuloksia saatiin myös tässä opinnäytetyössä. Tulosten mukaan hoitohenkilökunta kokee seksuaaliohjauksen olevan vähäistä. Hoitajat kokevat asian jäävän muun ohjauksen varjoon. Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksessa hoitohenkilökunta piti seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta työhön kuuluvana asiana, samanlaisiin tuloksiin päädyttiin myös tämän opinnäytetyön tuloksissa.

Kääriäinen (2007) tutki hoitajien ja potilaiden kokemuksia laadukkaasta ohjauksesta. Hänen mukaansa laadukkaan potilasohjauksen lähtökohtana on potilaslähtöisyys. Hän jakaa laadukkaan potilasohjauksen laadun eri osa-alueisiin ja tarkastelee sitä kautta laadukasta potilasohjausta. Laadun eri osa-alueina hän määrittelee ohjausresurssit, ohjauksen toteutuksen, riittävyyden, vaikuttavuuden sekä kehittämisen. Opinnäytetyössä laadukkaan potilasohjauksen nähtiin

koostuvanmoniammatillisuudesta, hoitajan ohjaustaidoista, kirjallisen materiaalin käytöstä, ohjauksen toteutumisesta, työnkuvan toteutumisesta, seksuaalisuuden ohjaamisen toteutumisesta, puheeksiottamiseen vaikuttavista asioista ja potilaan aloitteen merkityksestä. Edellä mainitut asiat todistavat, että tämän opinnäytetyön tuloksissa tulee esille jo aikaisemmista tutkimuksista merkitykselliset asiat.

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuuden koettiin toteutuvan jo ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Lisäksi potilailla kerrottiin olevan mahdollisuuksia kuntoutusohjaajan ja tarvittaessa seksuaaliterapeutin vastaanottokäyntiin. Moniammatillisuuden toteutumisesta huolimatta koettiin tarvetta asiantuntijuuden kehittämiseksi. Asiantuntijuuden kehittämiseksi tarkoitettiin erillistä asiantuntijuushoitajaa tai automaattista mahdollisuutta seksuaaliterapeutin vastaanottokäynnille. Tutkimusten mukaan potilaat toivovat annetun seksuaaliohjauksen olevan ammatillista, jolloin hoitajilla olisi kyky huomioida potilas kokonaisvaltaisesti. Ammatillisuutta voitaisiin lisätä koulutusta lisäämällä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 74–76; Hautamäki-Lamminen ym. 2007, 285.) Koulutuksella tarkoitetaan tässä tapauksessa erilaisia luentoja, osastotunteja tai yhteistyökumppanin esimerkiksi syöpäyhdistyksen järjestämää koulutusta. Koulutuksen lisäämisen koetaan ammatillisuuden lisäksi nostavan seksuaaliohjauksen laatua.

Laadukkaaseen ohjaukseen vaikuttavat etenkin hoitajan ohjaustaidot. Hoitajan tulee olla aktiivinen, ammattitaitoinen, motivoitunut ja hänellä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot (Kääriäinen 2007, 40–41.) Tämän opinnäytetyön pohjalta hoitajan ohjaustaitoina korostettiin hoitajan kykyä luoda avoin ilmapiiri, jossa potilaan on helppo keskustella luottamuksellisesti. Lisäksi hoitajan vuorovaikutustaidoista esille tuli hyvät keskustelu- ja kuuntelutaidot sekä empatiakyky.

Ohjausta voidaan toteuttaa yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena. Suullisesti annetun ohjauksen lisäksi suositellaan käytettävän kirjallista ohjausmateriaalia. (Liimatainen ym. 2005, 47). Tässä opinnäytetyössä kirjallisen materiaalin käyttöä pidettiin tärkeänä. Toisaalta tuloksista selviää, etteivät kaikki potilaat koe tarvitsevansa kirjallista materiaalia. Hoitajat kokivat kirjallisen materiaalin kehittämisen tärkeänä, jotta seksuaaliohjaus voisi jatkossa olla yhtenäistä ja

monipuolista. Lisäksi he kokivat materiaalin kehittämisen helpottavan seksuaaliohjauksen toteutumista. Toisaalta tällä hetkellä kirjallista materiaalia koettiin olevan paljon ja esimerkiksi syöpäyhdistyksen materiaalit koettiin kattavina, jolloin kehittämiskohteenä voisi materiaalin kehittämisen rinnalla nähdä yhtenäiset käytännöt materiaalin käytössä. Hoitajien perehdyttäminen materiaaliin sekä sen käyttöön voisi tuottaa tulosta laadukkaana ohjauksen toteuttamisessa.

Seksuaaliohjauksessa on tarkoitus antaa potilaalle tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä antaa tilaa kysyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 21). Ongelmana seksuaaliohjauksessa potilaat kokevat, etteivät hoitajat tee aloitetta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70-76; Huber ym. 2006, 1164.) Tämän opinnäytetyön perusteella näyttäisi, että hoitajat odottivat potilaan aloitetta ennen kuin tekevät itse aloitteen. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajilla on kyky keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mutta aloitteen tekeminen koetaan hankalaksi. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille hoitajien kokemus siitä, että potilaan ikä ja persoona vaikuttavat annettuun ohjaukseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa tuli esille, että hoitajat kokevat seksuaaliohjauksenannon luontevampana nuoremmille. Samanlaiseen tulokseen tultiin tässäkin opinnäytetyössä. Tämän koettiin johtuvan siitä, että seksuaalisuus on ajankohtaisempi asia nuoremmille kuin vanhemmille. Toisaalta potilaat toivovat, ettei ikä ole este seksuaaliohjauksen saamiselle. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70-76.)

Seksuaaliohjauksen tulee tapahtua koko hoitojen ajan. Toisaalta aivan alkuvaiheessa annetun seksuaaliohjauksen koetaan olevan henkisesti liikaa, sillä alkuvaiheessa sairaudesta selviytyminen on päällimmäisenä mielessä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70.) Tässä opinnäytetyössä tuloksista tuli esille, että ensimmäisillä vastaanottokäynneillä seksuaalisuudesta puhuminen oli vähäistä, ellei potilas itse aloittanut keskustelua. Ohjauksen ajankohdan kehittäminen sekä asiantuntijuuden lisääminen nousivat opinnäytetyössä esille. Ohjauksen ajankohdan nähtiin olevan myöhemmillä vastaanottokäynneillä. Lisäksi kehittämistarpeena nähtiin aivan erillisen vastaanottokäynnin mahdollistamisen seksuaalisuuteen liittyen. Seksuaaliterapeutin kanssa tehtävä yhteistyö voisi kehittää koko poliklinikan ohjaustoimintaa, sillä hänen ammattitaitonsa lisäisi ohjauksen laatua sekä auttaisi hoitajia saamaan neuvoja omaan työhönsä.

Rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja potilaan kokonaisvaltaisesti huomioivaa. Tässä opinnäytetyössä ohjauksessa huomioon otettavia asioita olivat potilaan fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä sosiaaliset- ja ympäristötekijät. Aikaisemmissa tutkimuksissa painotettiin etenkin fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin kohdistuvaa ohjausta. Etenkin naiset kokevat fyysiset muutokset kuten rinnanpoiston ja ennenaikaiset vaihdevuosioireet sekä hedelmättömyyden vaikuttavan elämänlaatuun. Fyysisillä muutoksilla on vaikutusta myös potilaan psyykkisiin muutoksiin ja päinvastoin. Minäkuvan muutokset ja mielialan vaihtelut ovat esimerkkejä psyykkisistä muutoksista. Toisaalta ohjauksessa psyykkisistä ominaisuuksista tulee huomioida etenkin keskusteluvalmius sekä potilaan vastaanottokyky. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 282–290; Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237)

Omaisten läsnäolo nähtiin tämän opinnäytetyön osalta potilaan sosiaalisena tekijänä. Tutkimusten mukaan omaisten läsnäololla on tukeva ja auttava vaikutus ohjaustilanteessa, kuitenkin on tilannekohtaisesti päätettävä onko omainen läsnä ohjaustilanteessa vai ei. (Kääriäinen 2007, 32–35.) Parisuhteen merkitys on kuitenkin kiistaton puolison sairastuessa vakavasti (Hautamäki-Lamminen 2012, 36–38).

Opinnäytetyön perusteella hoitajan ohjaustaitojen kehittämiseen sekä koko osaston ohjaustoiminnan kehittämiseen olisi kiinnitettävä huomiota, sillä laadukkaalla ohjaustoiminnalla pystytään parantamaan hoitajan toimintavalmiuksia ja vuorovaikutustaitoja. Lisäksi hyvillä ohjaustaidoilla vaikutetaan potilaan selviytymisen tukemiseen. Tämän opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää koko populaatioon vaan tutkittuun ilmiöön sen esiintymispaikassa. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset vahvistavat aikaisemmissa tutkimuksissa esille tulleita tuloksia. (Metsämuuronen 2006, 80–82.)

7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että hoitajat pitävät kirjallisen materiaalin kehittämistä tärkeänä, jotta rintasyöpäpotilaan seksuaaliohjausta voisi toteuttaa jatkossakin laadukkaasti. Jatkossa voisi tutkia mitä hoitajat tarkoittavat

monipuolisella ja yhteneväisellä kirjallisella materiaalilla ja tuottaa tulosten pohjalta kirjallisen materiaalin esimerkiksi toiminnallisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena olisi, että materiaalia voisi käyttää rintasyöpöpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisen tukena.

Hoitajien toiveena on erillinen ohjausaika seksuaalisuuteen liittyvien asioiden läpikäymiseen. Edellä mainittua ajatusta hieman muokaten voisi tutkia mitä hoitajat haluaisivat tämän ohjausajan sisältävän. Hoitajien toiveiden sekä aikaisempien tutkimusten pohjalta voisi tuottaa rintasyöpöpotilaan seksuaaliohjauksesta ohjausaikarungon. Ohjausaikarunkoa voisi hyödyntää vastaanottoajan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Lisäksi opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että hoitajat toivovat tutkitun tiedon hyödyntämisen lisäämistä poliklinikkatyöskentelyssä. Jatkossa voisi toteuttaa kirjallisuuskatsaustyypin opinnäytetyön, jossa esiteltäisiin viimeisimpiä tutkimuksia liittyen rintasyöpöpotilaan seksuaaliohjaukseen sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Kattavan materiaalin koostaminen hyödyntäisi poliklinikan henkilökuntaa erityisesti oman ohjauksen ja tutkimuksissa esille tulleiden ohjauskokemusten vertailussa. Materiaalin pohjalta saisi tietoa kuinka edelleen kehittää ohjaustoimintaa yksilö- sekä poliklinikkatasolla.

LÄHTEET

Airikka, S. 2003. Parisuhteen roolikartta –käyttäjän opas. Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P. & Lehto, J. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. Tutkiva Hoitotyö 2011. Vol. 9,3, 14–22.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huber, C., Ramnarace, T. & McCaffrey C. 2006. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncologynursing forum* 2006. Vol. 33, 6, 1163–1167 [viitattu 15.2.2012]. Saatavissa:
<http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=122&sid=aa57ceb0-a5ba-48a8-8b7e-deac6a4d3ebf%40sessionmgr113>.

Huovinen, R. 2010. Rintasyöpä. Aikakauskirja *Duodecim* [viitattu 15.2.2012]. Saatavissa *Duodecimin lääkärin tietokannasta*:
http://www.terveysportti.fi/aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%F6p%E4.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 119:237-246 [viitattu 16.7.2012]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93410.pdf>.

Kumar, R. 2005. *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*. Second edition. London: Sage publications.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.

Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2006. Ohjaus – tuttu mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja –lehti* 2006. Vol. 10 [viitattu 23.9.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Leidenius, M. & Joensuu, H. 2010. Rintasyövästä paranee yhä useampi, mutta paraneeko myös elämänlaatu. *Aikakauskirja Duodecim* [viitattu 15.2.2012].

Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98824&p_haku=rintasy%F6p%E4.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Malinen, K. 2011. Parisuhde pikkulapsiperheessä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampere: Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Paajanen, P. 2003. Parisuhde koetuksella. Käsityksiä parisuhteesta ja sen purkautumisesta. Perhebarometri 2003. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos. E17/2003, 27-40.

Pelusi, J. 2006. Sexuality and Body Image. American Journal of Nursing 2006. Vol. 106,3.

Puistola, U. 2011. Rintasyöpä. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim [viitattu 11.5.2012]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02304&p_haku=rintasyöpä.

Rintasyövän (hoito ja seuranta) 2007. Käypä hoito – suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 15.2.2012].

Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi25001&p_haku=rintasyöpä.

Sheppard, L.A. & Ely, S. 2008. Breast cancer and Sexuality. The Breast

Journal. Volume 14 Number 2, 176–181 [viitattu 15.2.2012]. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aa57ceb0-a5ba-48a8-8b7e-deac6a4d3ebf%40sessionmgr113&vid=5&hid=122>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino [viitattu 16.7.2012]. Saatavissa:

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

Suomen syöpärekisteri. 2012. Keskimääräiset syöpätapausten määrät vuosina 1964–2010 primääripaikoittain ja kalenterijaksoittain, Naiset [viitattu 15.2.2012]. Saatavissa: <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>.

Tuhkasaari, P. 2007. Parisuhteen ja paripsykoterapian prosessista. Malinen, V. & Alkio, P. (toim.) Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus. Helsinki: Väestöliitto, 32-51.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

LIITE 1

SAATEKIRJE

Hyvä hoitaja!

Olen Tiia-Maria Stranius ja opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tutkimuksen tulosten avulla hoitajat voivat kehittää ohjaustaitojansa sekä kehittää koko poliklinikan ohjaustoimintaa. Opinnäytetyö toteutetaan vuoden 2012 aikana.

Toteutan kyselyn poliklinikallanne, kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tietonne rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisesta on ensiarvoisen tärkeää. Vastauksenne tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eikä opinnäytetyön tuloksista voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineisto kerätään vain tätä opinnäytetyötä varten ja opinnäytetyön päätyttyä vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Vastausaikaa on 4 viikkoa. Tutkimukseen vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Täytetty kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajan osoittamaan paikkaan.

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rastittamalla sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun kohtaan.

Opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin vastaan mielelläni.

Ystävällisin terveisin

Tiia-Maria Stranius
tiia-maria.stranius@lpt.fi

Ohjaaja Maritta Ahtiainen
maritta.ahtiainen@lamk.fi

LIITE 2

KYSELY HOITAJILLE RINTASYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALISUUDEN OHJAAMISESTA

Rastita sopivin vaihtoehto

1. Ammattinimike

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Muu

2. Kokemus syöpätautien poliklinikalla

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun kohtaan.

3. Mitä asioita huomioit rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisessa?

4. Minkälaisia keinoja sinulla on hoitajana tukea rintasyöpäpotilaan seksuaalisuutta?

5. Minkälaisena koet rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamisen?

6. Mitä koulutusta olet saanut rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamiseen?

7. Miten kehittäisit rintasyöpäpotilaan seksuaalisuuden ohjaamista?

8. Mitä muuta haluat kertoa?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!



LIITE 3 Taulukko aineiston analysoinnista

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Yläluokka

Tutkimuskysymys 1

”Ensimmäisen kerran asia tulee ajankohtaiseksi, kun potilas tulee lääkärin vastaanotolle hoidon suunnittelua varten”

Lääkärin vastaanottokäynti



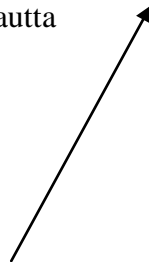
”Kuntoutusohjaajan kautta esim. rintasyöpäpotilaille tarkoitettuun kuntoutukseen jossa käsitellään seksuaalisuutta”

Kuntoutusohjaajan vastaanottokäynnin kautta kuntoutukseen



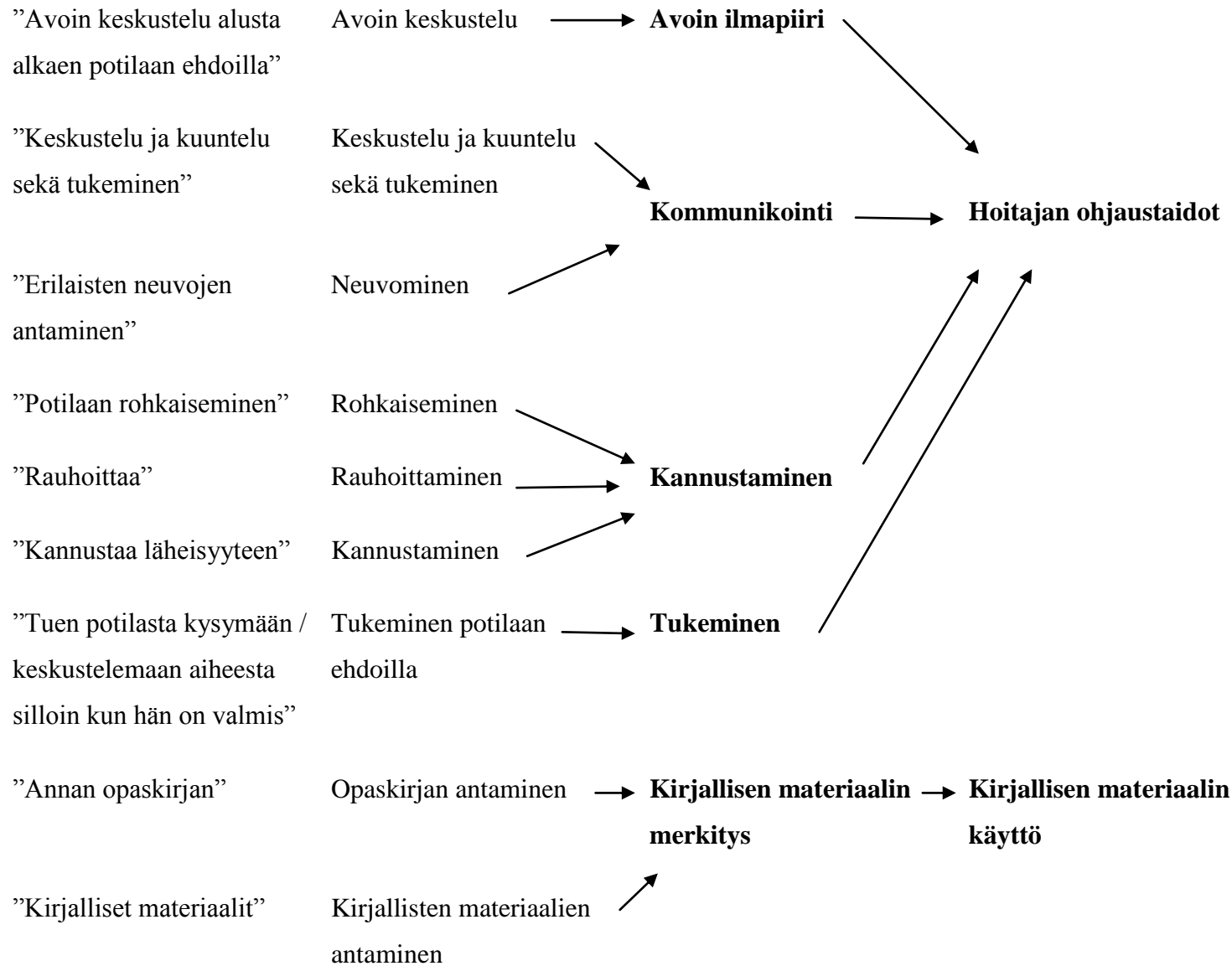
”Mahdollisuus ohjata seksuaaliterapeutin vo:lle”

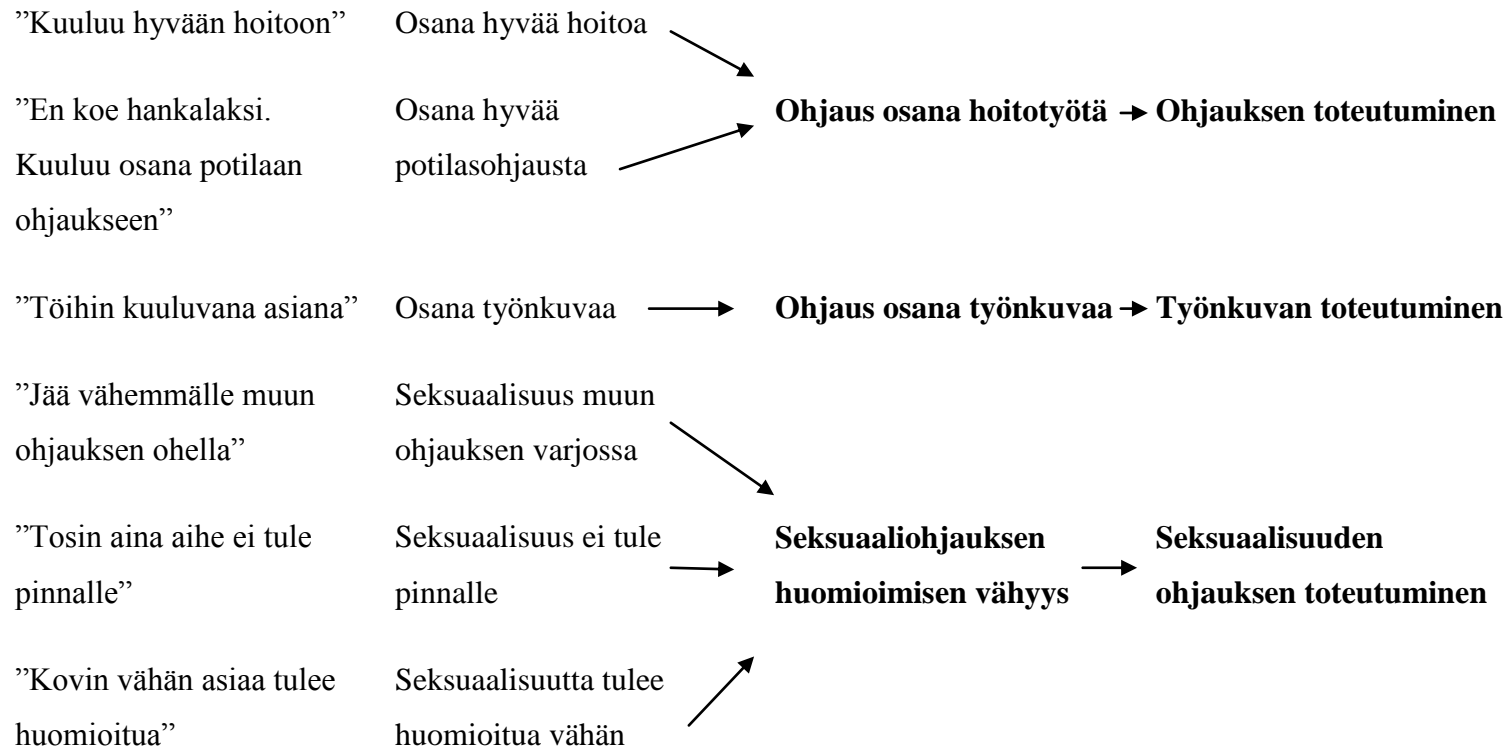
Seksuaaliterapeutin vastaanottokäynnin mahdollisuus

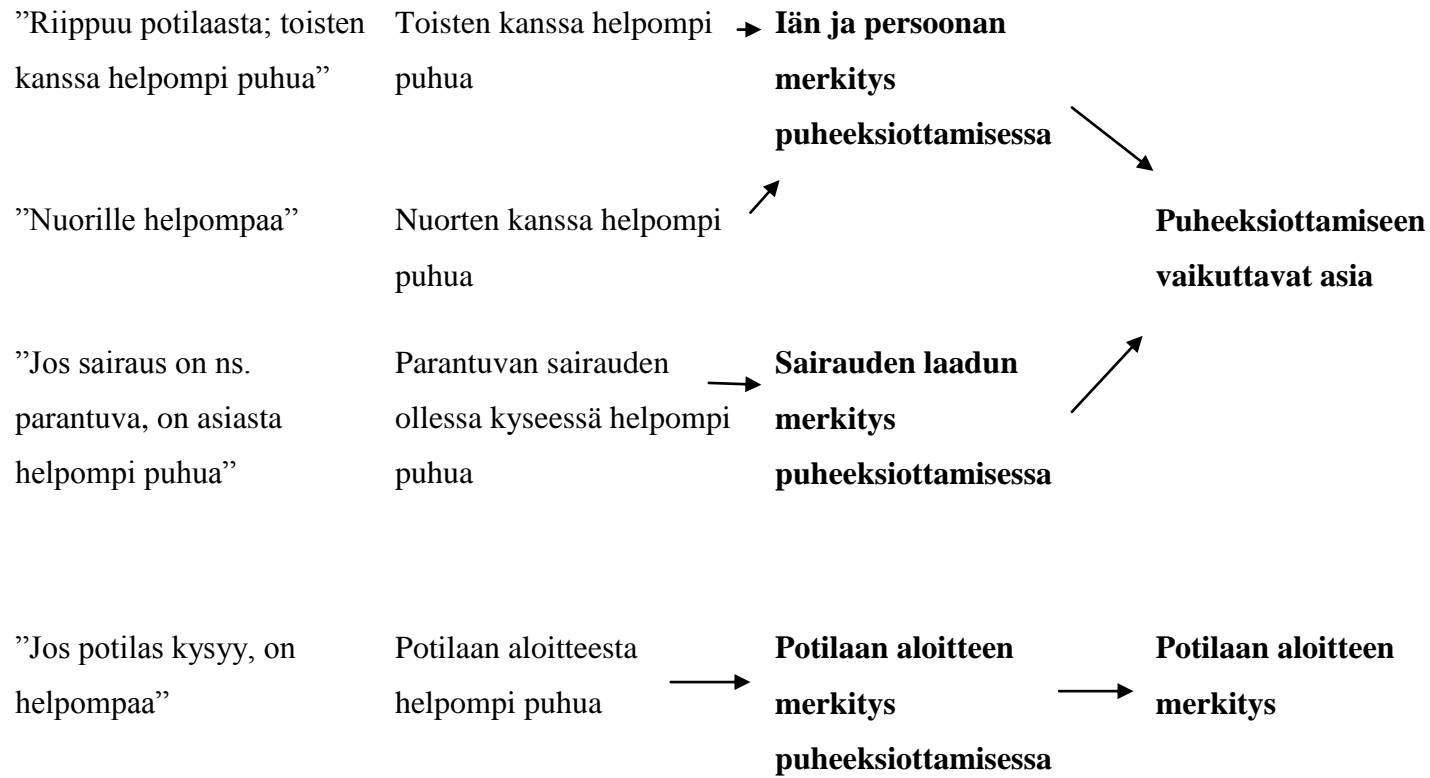


Moniammatillinen työyhteisö

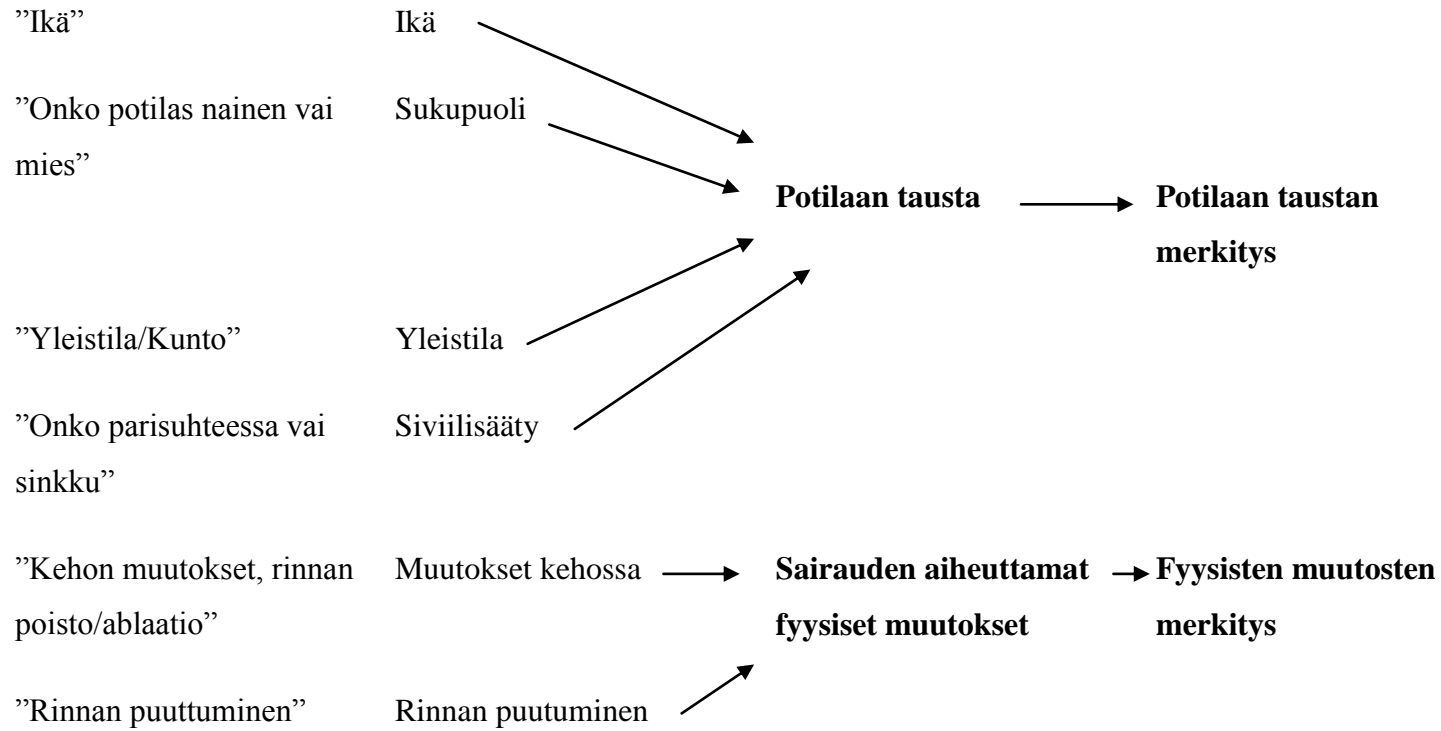
→ **Moniammatillisuus**







Tutkimuskysymys 2



”Lääkkeiden vaikutus
hormonitoimintaan”

Lääkehoidon vaikutus
hormonitoimintaan



**Lääkehoidon fyysisten
vaikutusten
huomioiminen**



”Lääkkeiden vaikutus
limakalvojen
kuivumiseen”

Lääkehoidon vaikutus
limakalvoihin



**Lääkkeistä johtuvien
vaikutusten
huomioiminen
ohjauksessa**

”Lääkkeiden aiheuttama
haluttomuus”

Lääkehoidon aiheuttama
haluttomuus



**Lääkehoidon psyykkisten
vaikutusten
huomioiminen**



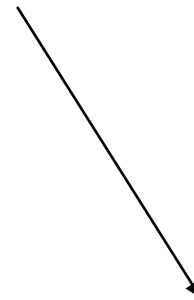
”Vaihdevuosisoireet”

Vaihdevuosisoireiden
ilmeneminen



”Tärkeintä on ottaa huomioon milloin potilas on valmis keskustelemaan / tai haluaako hän keskustella niistä hoitajan kanssa”

Valmius keskusteluun → **Keskusteluvalmius**

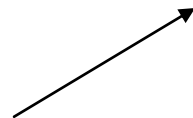


”Potilaan kyky vastaanottaa tietoa”

Kyky vastaanottaa tietoa → **Vastaanottokyky** → **Psykkinen valmius vastaanottaa ohjausta**

”Potilaan oma halu ja tarve tiedosta”

Halu ja tarve tiedosta → **Tiedon tarpeen kokeminen**



”Minäkuvan muuttuminen”

Minäkuvan muutokset



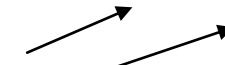
”Vakavan sairauden vaikutus psyykkeeseen”

Vakavan sairauden vaikutukset

→ **Sairausten aiheuttamat psykkinet muutokset** → **Psykkinet muutosten merkitys**

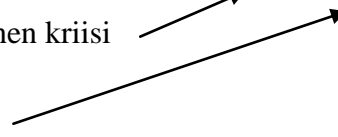
”Psykkinen kriisi”

Psykkinen kriisi



”Häpeä”

Häpeä



”Onko kumppania mukana”

Kumppanin läsnäolo ohjaustilanteessa → **Omaisten ohjauksen tarve** → **Omaisien ohjaaminen**

”Onko mahdollisuus rauhassa keskustella potilaan kanssa; aikaa, paikka!”

Rauhallinen ohjaustilanne



”Luon turvallisen keskustelutilanteen, ei muiden kuullen”

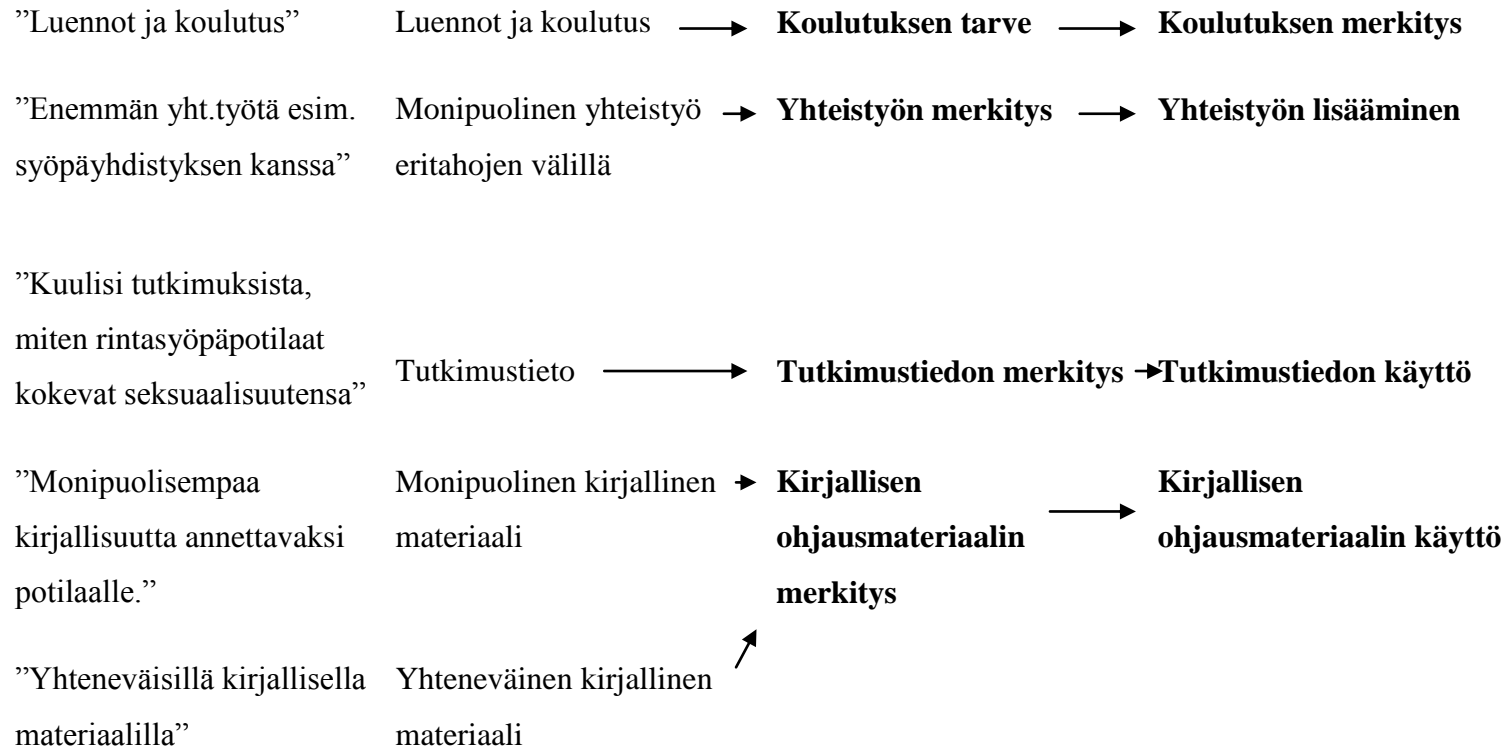
Turvallinen ohjaustilanne → **Ohjaustilanteen ympäristön huomioiminen** → **Ohjaustilanteen ympäristön vaikutus**

”Potilaan ohjaustilanne mahdollisimman luonteva ja rento”

Luonteva ohjaustilanne



Tutkimuskysymys 3



”Asiantuntijuus hoitaja, joka perehtyy enemmän asiaan”

Asiantuntijahoitajuuden
tarve



”Olisi ihana, jos potilailla mahdollisuus tavata automaattisesti seksuaaliterapeutti!”

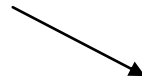
Mahdollisuus tavata
seksuaaliterapeutti



Asiantuntijahoitajuuden merkitys → **Asiantuntijuuden hyödyntäminen**

”Aikaa keskustelulle pitäisi olla enemmän”

Enemmän aikaa
ohjaukselle



”Tarvitsee erillisen ohjauksajan sitä tarvitsevalle”

Erillinen ohjauksaika



Erillisen ohjauksajan tarve



”Ohjaus mieluummin myöhemmillä vastaanottokäynneillä”

Ohjaus myöhemmin



Ohjauksen oikea-aikaisuus



Ohjauksajankohdan merkitys

LIITE 4: Taulukko yhdistävistä luokista

Yläluokka

Yhdistävä luokka

Moniammatillisuus

Hoitajan ohjaustaidot

Kirjallisen materiaalin käyttö

Ohjauksen toteutuminen

Laadukas potilasohjaus

Työnkuvan toteutuminen

Seksuaalisuuden ohjauksen toteutuminen

Puheeksiottamiseen vaikuttavat asiat

Potilaan aloitteen merkitys

Potilaan taustan merkitys

Fyysisten muutosten merkitys

Potilaan fyysiset ominaisuudet

Lääkkeistä johtuvien vaikutusten huomioiminen
ohjauksessa

Psyykinen valmius vastaanottaa ohjausta

Potilaan psyykkiset ominaisuudet

Psyykkisten muutosten merkitys

Yläluokka

Omaisien ohjaaminen

Ohjaustilanteen ympäristön vaikutus

Koulutuksen merkitys

Yhteistyön lisääminen

Tutkimustiedon käyttö

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö

Asiantuntijuuden hyödyntäminen

Ohjausajankohdan merkitys

Yhdistävä luokka

Potilaan sosiaaliset tekijät

Ympäristötekijät

Koulutuksen kehittäminen

Kirjallisen ohjausmateriaalin kehittäminen

Asiantuntijuuden käytön kehittäminen

Ohjauksen ajankohdan kehittäminen