



Tiina Ikonen & Juuli Pitkäkari

**GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIDEN
SEKSUAALINEUVONTA HOITAJIEN KOKEMANA**

**GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVIEN POTILAIKEN
SEKSUAALINEUVONTA HOITAJIEN KOKEMANA**

Tiina Ikonen & Juuli Pitkäkari

Opinnäytetyö

Kevät 2014

Hoitotyönkoulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä(t): Tiina Ikonen & Juuli Pitkäkari

Opinnäytetyön nimi: Gynekologista syöpää sairastavien potilaiden seksuaalineuvonta hoitajien kokemana

Työn ohjaaja(t): Marja Kinisjärvi ja Pia Mäenpää

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: *esim.* 66 + 5 liitesivua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan, naistentautien osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia antamastaan seksuaaliohjauksesta gynekologiselle syöpäpotilaalle. Tutkimuksestamme saadun tiedon perusteella työnantajan on mahdollista kehittää halutessaan hoitohenkilökunnan osaamista koulutuksilla sekä kehittää seksuaalineuvonnan hoitopolkua. Tämä johtaa parhaimmillaan ohjauksen laadun paranemiseen, josta potilaat hyötyvät. Tutkimuksen toimeksiantaja oli Oulun yliopistollinen sairaala.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Tutkimukseemme osallistui neljä kätilöä naistentautien osastolta. Tutkimusaineiston keräsimme nauhoitettavien teemahaastatteluiden avulla. Teemahaastattelun avoimet kysymykset muodostuivat viitekehyksessä esille nousseista teemoista. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina. Aineistomme haastatteluteemoiksi nousivat 1) seksuaalisuus ajatuksena, 2) syöpä ja seksuaalisuus, 3) puheeksiottaminen, 4) kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta, 5) seksuaalineuvonnan toteuttaminen ja 6) seksuaalineuvonnan kehittämistarpeet. Analysoimme aineiston aineistolähtöisesti sisällön analyysillä.

Teoriaosuudessa käsittelemme lyhyesti syövän syntymekanismia ja gynekologisen syövän hoitomuotoja ja niiden vaikutusta seksuaalisuuteen. Käsittelemme myös työssämme lyhyesti seksuaalisuutta, seksuaaliterveyttä, seksuaalineuvontaa ja parisuhdetta sekä potilaiden ja hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnasta.

Saamamme tutkimustulokset tukevat hyvin aikaisempia tutkimustuloksia. Tutkimustulostemme mukaan seksuaalineuvonta koetaan tärkeänä ja positiivisena asiana, johon halutaan panostaa. Hoitajat käsittivät seksuaalisuuden ja seksuaalineuvonnan laajana kokonaisuutena. Resurssit seksuaalineuvonnan antamiseen koetaan riittämättömiksi. Tuloksissa tuli ilmi tarve kehittää osaston seksuaalineuvontaa.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia miten potilaat saavat osastolla seksuaalineuvontaa ja miten he kokevat sen saamisen. Potilailta voisi kerätä ehdotuksia seksuaalineuvonnan kehittämiseen. Lisäksi voitaisiin kartoittaa kaikkien osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta. Samalla voitaisiin kerätä tietoa missä asioissa he kokevat ohjauksen ja lisäkoulutuksen tarvetta.

Asiasanat: Gynekologinen syöpä, syöpä ja seksuaalisuus, seksuaalineuvonta

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in Nursing and Health Care – Option of Midwifery

Author(s): Tiina Ikonen & Juuli Pitkääkari

Title of thesis: Gynekologista syöpää sairastavien potilaiden seksuaalineuvonta hoitajien kokema-
mana

Supervisor(s): Marja Kinisjärvi ja Pia Mäenpää

Spring 2014

Number of pages: 63 + 5 appendix pages

The purpose of our thesis was to describe experiences of the nurses who work in the department of gynecological diseases at the University Hospital of Oulu as they give sexual counselling to gynecological cancer patients. It is possible for the employer to develop the know-how of the nursing staff with educations and to develop the care path of the sexual counselling on the basis of the information that has been received from our study. This at its best leads to the improvement of the quality of the counselling, from which the patients benefit. The principal of the study was the University Hospital of Oulu.

Our thesis is a qualitative study. Four midwives participated in our study from the department of gynecological diseases. We collected the research material with the help of the theme interviews that we recorded. The open questions of the theme interview formed from themes which had risen in the frame of reference. We carried out the interviews as individual interviews. We had six interview themes that emerged from our data: 1) sexuality as a thought, 2) cancer and sexuality, 3) bringing up the subject (sexuality), 4) experiences from giving sexual counselling, 5) carrying out sexual counselling and 6) development needs for the sexual counselling. We analysed the data with content analysis.

In the theory part of our thesis we discussed briefly the pathophysiology of cancer, treatment options for gynecological cancers and their influence on sexuality. We also dealt with the sexuality as a concept, sexual health, sexual counselling and relationship, and the patients' and nurses' experiences of the sexual counselling in practice.

The research results we got support well earlier studies of the subject. According to our research results, the sexual counselling is experienced as an important and positive matter in which one is willing to invest. The resources for the sexual counselling are regarded as inadequate. The results revealed that the department of gynecological diseases should develop sexual counselling.

How patients get sexual counselling in the department of gynecological diseases, could be examined and also how patients experience getting it. Suggestions could be collected from patients in order to develop sexual counselling. In addition, the experiences of the nurses working in the department of gynecological diseases, could be surveyed. At the same time information, where they feel the need of deflection and extra education, could be collected.

Keywords: Gynecological cancer, cancer and sexuality, sexual counselling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	GYNEKOLOGISEEN SYÖPÄÄN SAIRASTUNEEN NAISEN SEKSUAALISUUS JA SEN TUKEMINEN	8
2.1	Gynekologinen syöpä.....	8
2.2	Seksuaalisuus ja syöpä	9
2.3	Gynekologisen syövän hoidot ja niiden vaikutukset seksuaalisuuteen.....	12
2.4	Seksuaaliterveys ja seksuaalineuvonta.....	15
2.5	Terveydenhuollon henkilökunta seksuaalineuvojana	18
2.6	Potilaiden odotukset seksuaalineuvonnalta.....	21
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	26
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	26
4.2	Tiedonantajien valinta.....	27
4.3	Aineistonkeruu	28
4.4	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	30
5	TUTKIMUSTULOKSET	33
5.1	Hoitajien ajatuksia gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuudesta.....	33
5.2	Hoitajien ajatuksia seksuaalineuvonnasta	35
5.3	Hoitajien kokemukset seksuaalineuvontaa edistävästä tekijöistä.....	37
5.4	Hoitajien kokemukset seksuaalineuvontaa estävästä tekijöistä.....	39
5.5	Hoitajien ajatuksia osaston seksuaalineuvonnan kehittämisestä.....	44
6	POHDINTA	47
6.1	Tutkimuksen eettisyys.....	47
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	48
6.3	Tutkimustulosten tarkastelua	50
6.4	Johtopäätökset.....	54
6.5	Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämissuhteet.....	57
6.6	Oppimiskokemukset	58
	LÄHTEET	60
	LIITTEET.....	64

1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa sairastuu gynekologiseen syöpään noin 1500 naista. (Ketola 2007, 14). Gynekologiseen syöpään sairastuttuaan potilas tarvitsee ammattilaisen tukea ja ohjausta seksuaalisen eheyden ja seksuaaliterveyden säilyttämiseksi. Tutkimusten mukaan gynekologista syöpää sairastavat potilaat eivät saa tarpeeksi tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteensa. Tähän on osaksi syynä se, että arkaluontoisista asioista on hankalaa puhua ja niitä ei uskalleta nostaa esille. (Nylund, Järvinen, Susi & Vihitamäki ym. 2008, 12, 14.) Potilaat odottavat hoitohenkilökunnan tekevän aloitteen seksuaaliasioista keskusteltaessa. He toivovat, että seksuaaliasioista keskustellaan kaikkien kanssa ikään katsomatta. Potilaat haluavat taudin levinneisyyden, hoitojen sivuvaikutusten ja ulkonäön muutosten lisäksi käytännön neuvoja ja tukea, miten elää muuttuneen minäkuvan ja intiimien seksuaalisten muutosten kanssa. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt- Kurki & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 284–285.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt seksuaaliterveyden osaksi seksuaalioikeuksia. Seksuaalioikeuksien mukaan jokaisen tulee saada seksuaaliterveyden palveluja kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa, huolissa ja toimintahäiriöissä. (Sexpo, hakupäivä 2.2.2012.) Lisäksi seksuaalioikeuksiin kuuluu seksuaalisuuteen liittyvän tiedon saanti, seksuaaliopetus ja seksuaalivalistus. (Valkama, Ryttyläinen 2010, 14,15).

On luonnollista ja yleistä, että seksuaalinen haluttomuus tulee esiin syövän hoidon yhteydessä. (Pellinen 2004, 13). Henkeä uhkaavan sairauden tiedostaminen vähentää seksuaalista halukkuutta ulkoisten muutosten, pahoinvoinnin, väsymyksen sekä hormonaalisten muutosten lisäksi. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 152). Usein sairastuttaessa muut asiat nousevat seksiä merkityksellisemmiksi ja voimavarat menevät tautia vastaan kamppaillessa. (Hautamäki-Lamminen ym. 2008. 158–159). Mitä lähempänä seksuaalisuuteen liittyviä elimiä syöpä on, sitä suurempi vaikutus sillä on seksuaalisuuteen. (Rosenberg-Ryhänen, hakupäivä 30.5.2011). Syövän vaikutukset seksuaalisuuteen riippuvat syöpätyypistä, hoidoista, iästä ja persoonallisuudesta. (Väestöliitto 2009, hakupäivä 7.11.2011). Näiden asioiden ymmärtäminen on tärkeää, jotta tietää millaisia seksuaalisuuden ongelmia gynekologinen syöpä voi tuoda mukanaan.

Suomen Kätilöliiton laaturyhmä on asettanut kätilötyölle eettiset ja laadulliset perusteet, joiden mukaan kätilön tehtäviin naistentautien hoitotyössä kuuluu seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kuuluvan ohjauksen ja neuvonnan itsenäinen toteuttaminen mm. seksuaaliongelmassa. Kätilön tulee antaa oikeaa tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Kätilön oma asennoituminen seksuaalisuuteen tulee olla myönteinen ja hänellä tulee olla kyky ymmärtää ihmisen seksuaalisuuden monimuotoisuutta. (Suomen Kätilöliitto ry 2009, hakupäivä 24.4.2012.)

Olimme yhteydessä Oulun Yliopistolliseen Sairaalaan (OYS) opinnäytetyöstä ja kyselimme mahdollista opinnäytetyön aihetta seksuaalisuuteen liittyen. Tällöin tuli ilmi, että voisimme tutkia hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan toteuttamisesta. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta, joten päätimme ryhtyä yhteistyöhön. Työstäessämme valmistavaa seminaaria perehdyimme useisiin tutkimuksiin jotka käsittelivät seksuaalineuvontaa. Tutkimusten aineisto oli kerätty haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa ja potilaita. Tutkimuksissa selvisi, ettei henkilökunta ota tarpeeksi esille potilaiden kanssa seksuaalisuutta. (Nylund, ym. 2008, 12; Heinonen, Lampinen & Nurmeksela 2008, 44–45; Rautasalo 2008, 113). Nylundin ym. tutkimuksessa tuli esille potilaiden tarve saada käsitellä seksuaalisuuttaan koskevia asioita. (Nylund ym. 2008, 12.) Helsingin Yliopistollisessa Sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulevat tärkeiksi, kun toipuminen alkaa. (Pakarinen 2007, 11).

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla OYS:n naistentautien osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia antamastaan seksuaalineuvonasta gynekologiseen syöpään sairastuneelle naiselle. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella työnantajan on mahdollista kehittää halutessaan hoitohenkilökunnan osaamista erilaisin koulutuksin, mikäli tarvetta koulutukseen ilmenee. Tämä voi johtaa parhaimmillaan ohjauksen laadun paranemiseen, mistä potilaat hyötyvät.

Oppimistavoitteenamme on oppia miten hyvä seksuaalisuuden tukeminen tapahtuu. Lisäksi tavoitteenamme on lisätä tietouttamme gynekologisista syövästä sekä hoitojen aiheuttamista ongelmista seksuaalisuuteen, niin psyykkisellä kuin fyysiselläkin tasolla. Näiden asioiden ymmärtäminen auttaa meitä tulevina kätilöinä tukemaan naisen seksuaalisuutta. (Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2012, hakupäivä 24.4.2012).

2 GYNEKOLOGISEEN SYÖPÄÄN SAIRASTUNEEN NAISEN SEKSUAALISUUS JA SEN TUKEMINEN

2.1 Gynekologinen syöpä

Gynekologisella syövällä tarkoitetaan sukupuolielinten alueella esiintyviä syöpiä. Kolme yleisintä gynekologisen syövän tyyppiä ovat kohdunrunгон syöpä, kohdunkaulan syöpä ja munasarjasyöpä. Näiden osuus kaikista gynekologista syöivistä on 95 %. Muita gynekologisia syöpiä ovat munanjohdin-, ulkosynnytin-, emätin- ja istukkasyöpä. Gynekologiset syövät ovat yleisempiä iäkkäillä naisilla, mutta sairastuneiden joukossa on myös nuoria naisia. Sairastuneet ovat keski-ikältään noin 60-vuotiaita. (Ketola 2007, 14; Pellinen 2004, 5.)

Syöpä syntyy kun solun perimäaineen vaurioituminen aiheuttaa solun muuttumisen pahanlaatuiseksi monivaiheisessa tapahtumasarjassa, joka voi kestää vuosista vuosikymmeniin. Syövän syntymekanismina ovat erilaiset häiriöt solujen kasvun, solunjakautumisen ja perimän eheyttä ylläpitävien geenien toiminnassa. Kasvain muodostuu syöpäsoluista, jotka ovat alun perin yhden pahanlaatuiseksi muuttuneen solun jälkeläisiä. Pahanlaatuista kasvainta kutsutaan syöväksi. Syövässä kudoksesta poistuvien ja kudokseen syntyvien solujen välillä vallitsee epätasapaino. Lisääntymiskykyisten solujen elinikä voi pidentyä ja solujen kuoleminen ja poistuminen voi olla vähentynyt, jonka takia syöpäkudos kasvaa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 95, 93.)

Hyvänlaatuinen kasvain muistuttaa normaalia lähtökudostaan, kun taas pahanlaatuinen koostuu usein erilaistumattomista soluista, joiden lähtökohtaa on vaikea määrittellä. Hyvänlaatuinen kasvain kasvaa pyöreähköksi ja ympäröivä kudos muodostaa kehän kasvaimen ympärille. Pahanlaatuinen kasvain työntyy reunoiltaan ulokkeidensa avulla ympäröivän kudoksen sisään. Kasvainsolut voivat levitä imu- tai veriteitse elimistöön. Alkuperäisen kasvaimen ulkopuolelle päässeet solut muodostavat etäpesäkkeitä eli metastaseja. Solujen muuttuessa pahanlaatuiseksi ne menettävät usein kykynsä hoitaa alkuperäisiä tehtäviään. Ne myös muuttuvat ulkonäöltään sekä ominaisuuksiltaan ja joskus

solut voivat omaksua uusia, alkuperäisen kudoksen tehtävistä poikkeavia tehtäviä. (Holmia ym. 2006, 93.)

2.2 Seksuaalisuus ja syöpä

Seksuaalisuus vaikuttaa ihmisessä koko elämän ajan, mutta sen ilmentymät vaihtelevat eri ikäkausina ja yksilöstä toiseen. Seksuaaliselle minäkuvalle ja kehitykselle syntyvät perusteet jo lapsuudessa. (Cacciatore, Hervonen & Kosunen 2003, 209.) Jokainen kokee seksuaalisuutensa yksilöllisesti. Sama ihminen eri elämänvaiheissa antaa seksuaalisuudelle eri merkityksiä. Se mikä on tärkeää seksuaalisuudessa jollekin toiselle, ei välttämättä ole tärkeää toiselle. (Malinen 2002, 161.)

Seksuaalisuudelle on monia määritelmiä. Yksi on **Greenbergin-malli**, jossa seksuaalisuudelle on määritelty psykologinen, biologinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus. Seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen kuuluvat kokemukset, ilmaisukyky, minäkuva, kehonkuva sekä opitut asenteet ja käyttäytyminen. Sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen kuuluvat lait, uskonto, kulttuuri, informaatiovälineet, eettisyys, omaiset, naapurit ja ystävät. Biologiseen ulottuvuuteen kuuluu sukupuolta ja perinnöllisyyttä koskevat asiat, muun muassa lisääntyminen ja seksuaalinen kiihottuminen. (Ryttyläinen ym. 2010, 11–13.)

Greenbergin malli auttaa ymmärtämään, mitä kaikkea sairastuminen voi merkitä ihmisen seksuaalisuudelle. Sairaudella on väistämättä vaikutuksia johonkin tai kaikkiin näihin ulottuvuuksiin ja sitä kautta seksuaalisiin toimintaedellytyksiin ja elämisen laatuun. (Kosunen 2003, 207.) Diagnoosin saaminen voi vaikuttaa negatiivisesti seksuaalireaktiosarjan vaiheisiin ja seksuaalielämän kokemukseen. Seksuaalireaktiosarjalla tarkoitetaan seksuaalitoimintoihin liittyviä vaiheita kuten psyykkistä ja fyysistä kiihottumista, kostumista ja laukeamista. (Hautamäki, Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä 2003, 239–240.)

Sairastunut ihminen kokee itsensä usein ei-seksuaalisena ja ei-haluttavana. Itseään on usein vaikeaa hyväksyä. Monet tuntevat kielteisiä ajatuksia itsestään ja häpeää oman kehon muutoksista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2008, 158–159.) Sairastuneelle on hyvä kertoa minäkuvan muutosten olevan normaaleja ja yleisiä ja niistä voi selviytyä. Nämä

asiat tulisi tuoda esille jo diagnoosin varmistuessa. (Rosenberg-Ryhänen, hakupäivä 30.5.2011.)

Seksuaalisuuden muuttumiseen syöpäsairauden jälkeen voi sisältyä sekä myönteisiä että kielteisiä asioita. Sairauden pitkittyessä ja kriisin väistyttyä seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvät asiat nousevat pintaan. Muutokset seksuaalisuudessa ovat pääosin kielteisiä ja liittyvät lähinnä oman kehon muuttumiseen ja seksuaaliseen haluttomuuteen. Toisaalta potilaat voivat kokea myönteisiäkin kokemuksia kuten oman ainutkertaisuuden vahvistumisen. (Aalto, Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Miettinen 2008, 158, 163.)

Aalto ym. tutkivat vuosina 2001–2003 potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja sen muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Sen mukaan potilaat käsittävät seksuaalisuuden laajasti. Seksuaalisuuteen kuului tutkittavien mukaan kumppanuus, hellyys, läheisyys, vahva sukupuoli-identiteetti, käsitys omasta viehättävyydestä, toisen vetovoimaisuus ja seksuaalinen nautinto. Seksuaalisuuden muuttumisen kokemukseen syöpäsairauden aikana vaikuttivat koetut muutokset viehätysvoimassa ja rakasteluhalussa sekä sairauden myötä ilmaantuneet fyysiset oireet. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista potilaista arvioi parisuhteen muuttuneen syöpäsairauden aikana. Lähes puolet arvioi parisuhteen parantuneen ja osa koki sen huonontuneen. (Aalto, Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Miettinen 2008, 151.)

Seksuaalisuus on yleensä ihmiselämän salatuin ja intiimein asia. Seksuaalisuus on niin intiimi, että jopa omalle kumppanille on usein hankalaa kertoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kuten toiveista, kokemuksista tai haluttomuudesta. (Kontula 2008, 13.)

Sairaus muuttaa lähes aina parisuhdetta. Totutut roolikuvat voivat muuttua. Aktiivisesta kumppanista saattaa tulla sairastumisen myötä passiivinen tai päinvastoin. Sairastuminen herättää aina paljon kysymyksiä ja pelkoja. (Konttinen 2009, 25.) Potilaan on tärkeää saada alusta lähtien hoitohenkilökunnalta asianmukaista tietoa seksuaalisuudesta. Tarpeettomia huolia on tärkeää eliminoida oikealla tiedolla. On tärkeää muistaa, että lähellä oleminen ja kosketus ovat jo sellaisenaan mielihyvää tuottavia asioita, jos sairaus estää sukupuolielämän toteuttamisen. (Konttinen 2009, 26.) Seksuaalisia tunteita voi osoittaa muutenkin kuin yhdynnän kautta. Pitkät tauot yhdynnässä saattavat kuitenkin

aiheuttaa psyykkisiä esteitä käsitykselle itsestään seksuaalisena kumppanina. (Konttinen 2009,12–13)

Puolison suhtautumisella ja puolisoiden välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä siihen miten sairastunut kokee oman kehonsa ja seksuaalisuutensa. (Aalto ym. 2008, 163.) Sairastuneen on helpompi kokea itsensä edelleen seksuaalisesti kykeneväksi, jos puoliso osoittaa rakkauttaan ja kertoo hänen olevan yhtä viehättävä kuin ennenkin. (Aalto ym. 2008, 158.) Parisuhteessa kumppani saattaa kieltää itseltään sairastuneen puolisonsa seksuaalisen viettelyn. Sairastuneen kumppani käy myös läpi monenlaisia tunteita. Sairastuneen kehon muutokset ovat kumppanille yhtäläillä vieraita ja muutoksiin tottumiseen voi mennä aikaa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2011, 294.)

Vakavan sairauden myötä arki vaihtuu epävarmuuden tunteeseen tulevasta ja ajatus kuolemasta voi tulla lähelle. Tällöin suhtautuminen seksuaalisuuteen on eri ihmisillä erilaista. Leena Rosenbergin mukaan jotkut miettivät seksuaalisuuttaan paljon ja jotkut jättävät sen ikään kuin taka-alalle. Sairauden myötä potilaan ulkoinen ja sisäinen minäkuva voivat muuttua. Elimiä saatetaan joutua poistumaan, arpia voi syntyä, ihokarvat voivat lähteä ja potilas saattaa laihtua kovasti. Muutosten myötä sairastunut saattaa kokea, ettei ole enää riittävän hyvä kumppani puolisolleen. (Toikkanen 2001, 2418–2419.)

Rosenbergin mielestä olisi tärkeää, että lääkärit ja hoitajat rohkaisisivat potilasta puhumaan puolisonsa kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä hankalista ja mieltä vaivaavista asioista. Potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottaminen. Toipuminen edellyttää tunteiden läpikäymistä. Potilaan tulee saada surra naiseuden muuttumista. (Toikkanen 2001, 2418–2419.)

Naisten seksuaalitoimintojen häiriöt ovat monimutkaisia ja vähän tutkittuja. Yleisesti seksuaalitoimintojen häiriöillä tarkoitetaan sukupuolisen halun, kiihottumisen ja sukupuolielinten toiminnan häiriöitä. Nämä voivat johtua elimellisistä tai muista syistä. Tavallista on, että fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhdeongelmat kietoutuvat tiiviisti toisiinsa. (Räsänen 2003, 219.) Seksuaalinen halu on monimutkaisin ja herkimmin haavoittuva seksuaalireaktion osa. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 241).

Hormonien vaikutus naisen seksuaalisuuteen on monimutkainen ja vieläkin syy-yhteys on epäselvä. Estrogeenia tarvitaan emättimen limakalvon ylläpitoon ja kostumisreaktioon. Kuitenkaan ei tiedetä, onko estrogeenilla suoraa vaikutusta seksuaaliseen haluun ja kiihottumiskykyyn. Vaihdevuosissa munasarjojen estrogeenin tuotanto loppuu ja testosteronin tuotanto vähenee iän mukana. Monet tutkimukset tukevat estrogeenihoidon positiivista vaikutusta naisen seksuaaliseen toimintaan, mikäli vaihdevuosisoireet ovat häiritseviä. Vaikutus kohdistuu lähinnä elämänlaadun paranemisen kautta seksuaalisen toimintakyvyn paranemiseen. (Väisälä 2011, 2487–2488.)

Testosteronin ajatellaan olevan tärkein hormoni, joka lisää ja ylläpitää seksuaalista halua. Naisten osalta tämä käsitys on edelleen kuitenkin varsin epäselvä. Naisten testosteronipitoisuus veressä on niin pieni, että nykyisillä käytössä olevilla mittausmenetelmillä ei saada luotettavia, toistettavissa olevia mittausrvoja. (Väisälä 2011, 2487.)

Fysiologisesti haluun vaikuttavat monet aivojen välittäjäaineet, sukupuolihormonit sekä elimistön fysiologinen tila (esim. yleiskunto, ravitsemus) ja sairaudet. Aivojen seksuaaliseen haluun vaikuttavia välittäjäaineita ovat dopamiini, serotoniini ja noradrenaliini. Serotoniini voi vähentää dopamiinivaikutusta seksuaalitoimintoihin. Tämä selittää mielialälääkkeiden negatiivista vaikutusta seksuaalisuuteen. (Väisälä 2011, 2487.)

2.3 Gynekologisen syövän hoidot ja niiden vaikutukset seksuaalisuuteen

Eri hoidoilla on erilaisia vaikutuksia seksuaalisuuteen. Gynekologinen syöpä poistetaan yleensä leikkaushoidolla. (Pakarinen 2007, 12.) Leikkaus vaatii yleensä 4-6 viikon mittaisen toipumisajan. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240). Tämän jälkeen annetaan yleensä lisäksi solunsalpaaja- ja sädehoitoa tai niiden yhdistelmää eli kemosaadehoitoa. Istukkasyöpä muodostaa poikkeuksen sillä se on yleensä lääkehoidolla hoidettava. (Pakarinen 2007, 12.) Sukupuolitoimintojen sekä hedelmällisyyden säilyttäminen on sitä tärkeämpää, mitä nuoremasta potilaasta on kyse. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä, Hautamäki 1991, 237.) Esimerkiksi nuorten naisten kohdalla voidaan joskus poistaa vain toinen munasarja, jolloin kohtu ja toinen munasarja säästyvät. Tällöin taudin täytyy olla paikallistunut munasarjaan. (Pellinen. 2004, 8.)

Leikkaushoito voi vaikuttaa haluun olla yhdynnässä ja yhdynnän helppouteen ja spontaniuteen. Kun poistetaan kehon osia esim. kohtu tai klitoris, se voi muuttaa kehonkuvaa kielteiseksi siten, että itseä ei tunneta eheäksi naiseksi ja tätä kautta seksuaalisuuden halu vähenee. (Hautamäki-Lamminen 2008, 160.) Vulvan ja klitoriksen poistolla on suuri vaikutus naisen seksuaaliseen elämään, koska ne saattavat muuttaa kykyä kiihottua ja saavuttaa orgasmi. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240.) Leikkaushaavat aiheuttavat lisäksi pelkoa kosketuksen aiheuttamasta kivusta. (Hautamäki-Lamminen 2008, 160.) Gynekologisen syövän leikkauksesta seuraa yleensä pieniä tai jopa olemattomia kehon muutoksia. Munasarjojen ja kohdun poisto vaikuttaa naiseuteen ja seksuaali-identiteettiin etenkin nuorilla naisilla. Nainen joutuu tällöin kokemaan sekä syövän että lapsettomuuden. (Pakarinen 2007, 12.) Tutkimusten mukaan kohdunpoisto ei vaikuta sinänsä naisen seksuaaliseen elämään. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 240.)

Leikkaushoito voi lyhentää emätintä sekä vaikuttaa hermotukseen. Lisäksi leikkaus voi aiheuttaa kipua ja kiinnikkeitä. Munasarjasyövässä leikkaushoitoon liittyy yleensä munasarjojen poisto, mikä aiheuttaa tavallista rajumpia menopaussioireita. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 240.) Munasarjojen poisto aiheuttaa estrogeenin puutetta, jota voidaan hoitaa estrogeenihoidolla. Tämä poistaa yleensä tehokkaasti vaihdevuosisoireita. Oireiden hoitoon on olemassa myös muita lääkkeitä, jos hormonihoito ei syystä tai toisesta ole mahdollinen. Näistä esimerkkinä erilaiset luontaistuotteet, soija, e-vitamiini ja selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI). Näiden ei ole kuitenkaan todettu olevan tarpeeksi tehokkaita. (Pakarinen 2007, 11.) SSRI- lääkkeet voivat aiheuttaa orgasmin hitautta sekä libidon (sukupuolivietin) heikkenemistä. (Kellokumpu- Lehtinen ym. 2003, 240.)

Kohdunkaulan syövässä kohdunpoistolla saattaa olla vaikutusta myös suolen ärsytysoireisiin ja virtsarakon toimintaan. (Rosenberg 2001, 5.) Emätintä saatetaan myös joutua lyhentämään, jolloin muutoksia tapahtuu yhdyntäaajuudessa. Tämä aiheuttaa usein yhdyntäkipua ja -ongelmia. Erilaiset apuvälineet, sekä yhdynnät auttavat emätintä muokkautumaan ennalleen. Esimerkiksi emättimen venyttimestä sekä apteekista saatavista liukastusvoiteista on myös apua. Joskus hankalissa tapauksissa saatetaan joutua käyttämään plastiikkakirurgista leikkausta. (Pakarinen 2007, 12.)

Solunsalpaajahoitojen ja sädehoidon tavallisimpia haittoja ovat väsymys, masentuneisuus ja pahoinvointi. Solunsalpaajahoidot sekä sädehoito voivat aiheuttaa myös häiriöitä kuukautiskierrossa sekä ennenaikaisia vaihdevuosisoireita. Solunsalpaajahoito voi johtaa jopa pysyvään hedelmättömyyteen. (Rosenberg 2001, 5.) Se voi myös aiheuttaa yhdyntäkipuja kuivuuden ja limakalvoärsytyksen vuoksi. (Kellokumpu-lehtinen 2003, 240). Lisäksi solunsalpaajahoidot aiheuttavat fyysisen hyvinvoinnin heikkenemistä, huonovointisuutta, pahoinvointia ja oksentelua. (Hautamäki-Lamminen 2008, 160).

Sädehoito yleensä ahtauttaa ja arpeuttaa emätintä ja heikentää limakalvoa. (Kellokumpu-lehtinen 2003, 240). Emättimen dilatointi (laajentaminen) on hyvä apukeino tässä tilanteessa. Dilatointiin voi käyttää tekopenistä. Laajennus tulisi toteuttaa sädehoidon yhteydessä päivittäin, muuten tarpeen mukaan. Dilatoinnista voi yrittää tehdä itselleen miellyttävän hetken, vaikka naiset kokevat dilatoinnin usein lähinnä hoitotoimenpiteeksi. Laajennuskeinona yhdyntä on myös tehokas. (Skott, Rosenberg, Valasti, Sandberg, Väättänen & Kosonen 2006, 143.) Ontelonsisäinen sädehoito voi aiheuttaa emättimen arpeutumista ja kutistumista sekä steriliteetin. Tällöin estrogeenin tuotanto lakkaa ja vaihdevuodet alkavat. Sädehoito voi aiheuttaa myös häpykarvoituksen lähtemisen ja voi olla ettei karvoitus enää kasva takaisin. (Ahvonen, Hakso, Saaranen 2003, 16.)

Sädehoitoa voidaan antaa myös ennen leikkausta. (Kouri, Ojala & Tenhonen 2006, 138). Tavallisimpia sädehoidon aiheuttamia haittavaikutuksia ovat ihon punoitus, hilseily, karvoituksen lähtö, ruoansulatuskanavan yläosan vauriot, pahoinvointi, ripuli ja maksan ja munuaisten toimintahäiriöt. Suurista säteilyannoksista voi seurata sädehoitoalueelle side-, lihas- ja luukudoksen arpeutumista sekä kroonista hermosärkyä tai jopa halvaantuminen. (Jussila ym. 2010, 30–32.)

Kun ulkosynnyttimien iho ja limakalvo ovat sädehoitokentässä, voi sädehoito aiheuttaa haavaumia. Ne voivat olla kivuliaita ja ovat herkkiä tulehtumaan. Yli vaihdevuosisikäisten limakalvoa voi vahvistaa estrogeenivoiteella, mikäli siihen ei ole estettä hoidettavan syövän vuoksi. Kutinaa vähentävät suihkuttelu, ärsyttämättömät rasvat tai muut perusvoiteet. Virtsaamisen aiheuttamaa kirvelyä voidaan vähentää levittämällä limakalvolle puuduttavaa geeliä. Vaikeissa ärsytystiloissa tarvitaan avuksi kipulääkitys. (Syöpäjärjestöt, hakupäivä 20.12.2011.)

Limakalvojen kuivumiseen on olemassa erilaisia kostuttavia valmisteita. Osa potilaista saa limakalvojen kuivumiseen apua myös hormonivalmisteista. (Hautamäki- Lamminen ym. 2008, 160.) Pelkkää estrogeenia voidaan antaa naisille vaihdevuosisoireisiin, joilla on poistettu kohtu. Muille on lisättävä keltarauhashormoni, jolla ehkäistään kohdun limakalvon paksuuntumista ja syövän vaaraa. Hormonihoidon rinnalle on kehitetty synteettisiä valmisteita, jotka sitoutuvat estrogeenireseptoreihin. Mikäli systeemiselle hoidolle ei ole tarvetta, mutta limakalvo – ja/tai virtsaoireita esiintyy, on emättimeen annosteltava paikallinen estrogeeni hyvä vaihtoehto. Kaikki paikallishoitoon käytettävät valmisteet ovat tehokkaita, eikä niille ole vasta-aiheita. (Mikkola 2011, 117–118.)

Tutkimusten mukaan naiset kokevat suurimpia ongelmia kehonsa kanssa yleensä noin kahden vuoden ajan hoitojen jälkeen. Ongelmiin kuuluu muuttunut käsitys itsestä, huonontunut itsetunto ja -luottamus sekä tunne siitä että naiseus on kärsinyt. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 240.)

2.4 Seksuaaliterveys ja seksuaalineuvonta

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista. (WHO 2000)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa terveyden edistämisen laatusuosituksissa on esimerkkinä seksuaaliterveyden edistäminen. Se sisältää myös sairaaloita koskevia suosituksia. Suositusten mukaan potilaalle tulee kertoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä palveluista tulee olla helposti saatavissa ja löydettävissä. Lisäksi suosituksissa mainitaan yhteistyö sekä ammattihenkilöstön osaamisen vahvistaminen. Yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten tulee järjestää neuvotteluja ja alueellista koulutusta yhteisistä linjoista seksuaaliterveyden edistämiseksi. (Nylund, Järvinen, Susi & Vihtamäki 2008, 8.)

Seksuaalisen eheyden säilyttäminen sekä seksuaaliterveyden säilyminen on oleellinen osa paranemisprosessia, kun potilas joutuu kohtaamaan gynekologiseen syöpään sairastumisen kriisiin. (Nylund ym. 2008, 12.) Syöpäpotilaiden seksuaaliongelmien ehkäisyyn on keinoja, joita terveydenhuollon ammattilaisten tulisi käyttää. Keinoja ovat kumppanin informointi sekä kysymyksien esittäminen seksuaalisuudesta ja seksuaalitoiminnoista. Tarvittaessa potilas tulee lähettää seksuaalineuvojalle tai -terapeutille. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 237.)

Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan tavoitteellista, tilannekohtaista, kaikissa hoitotyön tilanteissa tapahtuvaa ja kaikille hoitotyössä toimiville kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta. Siinä on keskeistä tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 6.) Seksuaalineuvonta määritellään prosessiluontoiseksi vuorovaikutukseksi, johon sisältyy aloitus, työskentelyvaihe ja lopetus. (Ilmonen 2006.)

Asiakkaan on tärkeää kuulla, ettei hän ole yksin pulmiensa kanssa, vaan muillakin samaa sairastavilla on samanlaisia ongelmia, tunteita ja käyttäytymistä. On tärkeää, että ammattilainen välittää tietoa asiakkaalle, koska sairastumiseen ja seksuaalisuuteen liittyy kuvitelmia, pelkoja sekä poikkeavuuden tunteita joista ei puhuta. Asiakas voi pohtia onko asia, tunne tai käyttäytyminen normaalia. Ammattilainen voi todeta huolen olevan tavallinen, joka normalisoi tilannetta. (Ryttyläinen ym. 2010, 6.)

Terveydenhuollon ammattilaisen henkilökohtainen käsitys seksuaalisuudesta on yhteydessä siihen, millaista ohjausta potilas saa. Jos ammattilaisen oma käsitys seksuaalisuudesta on hyvin suppea, saattaa muun muassa seksuaaliseen itsetuntoon tai ihmissuhteeseen liittyvät asiat jäädä käsittelemättä. Kirjallinen tieto ei riitä, vaan potilas tarvitsee suullista ohjausta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lipiäinen, Lehto, Åstedt-Kurki 2011, 15.) Tiedon antamisen suhteen on erotettavissa kolme ajanjaksoa: 1) diagnoosin aika ja hoitajakso, 2) hoidosta toipuminen ja ensimmäinen yhdyntä ja 3) seksuaalielämän jälleenrakentamisjakso, jonka keskeistä on kahdesta vuodesta ylöspäin.

Diagnoosin ja hoitajaksojen aikana potilaat haluavat usein tietää hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteensa. Potilaiden on vaikea ymmärtää ja muistaa saamia tietoa tässä vaiheessa, koska he ovat syöpädiagnoosin aiheuttamassa shokissa. Toinen vaihe on jäl-

kitarkastuksen yhteydessä. Yhdyntä on yleensä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta mahdollinen. Usein halutaan tietoa ensimmäisestä yhdynnästä ja siihen liittyvistä mahdollisista ongelmista. Näitä ongelmia voivat olla esim. kipu, vuodot ja emättimen kuivuus tai lyhyys. Tuolloin tulisi neuvoa liukastevoiteen käyttö ja tarvittaessa paikallishoidoksi estrogeenilääkitys tai hormonikorvaushoito. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 241.)

Kolmas vaihe hoitojen jälkeen alkaa seksuaalineuvonnassa noin puolen vuoden päästä hoidoista. Silloin sopeutuminen sairauteen on hyvässä vauhdissa. Neuvonta sisältää samoja asioita kuin jälkitarkastus. Joskus tässä vaiheessa ilmenee tarve käyttää emättimen venyttimiä, jos yhdyntä ei ole onnistunut. Sopeutuminen seksuaalielämän muutoksiin tässä vaiheessa on helpompaa, jos ensimmäinen ja toinen neuvontavaihe on käyty asianmukaisesti lävitse. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 241.)

Haluttomuuden ja seksuaaliongelmien hoito perustuu **PLISSIT-malliin**. Suurin osa potilaista tulee autetuksi luvan annolla eli kuuntelemalla ja puhumalla. Viime kädessä potilaan on itse otettava vastuu niin seksuaalisuudestaan ja halustaan kuin parisuhdetilanteestaan. Usein tämä vaatii ammattilaiselta empaattista kuuntelua. (Väisälä 2011, 2490.)

Seksuaalineuvonnan käytännön toteutumista voidaan jäsentää PLISSIT-mallin avulla. Kaavion neljä tasoa kuvaavat lähestymistapoja, kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia. PLISSIT-mallissa on neljä tasoa, jotka muodostuvat luvan antamisesta (permission), rajatun tiedon antamisesta (limited information), erityisohjeiden antamisesta (specific suggestions) ja intensiivisestä terapiasta (intensive therapy). Kaksi ensimmäistä tasoa, luvan ja tiedon antaminen ja jossakin määrin erityisohjeiden antaminen muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan kutsua seksuaalineuvonnaksi. Kätilön koulutus antaa valmiudet käyttää näitä kahta tasoa työssä. Seksuaalineuvonnan tulisi tapahtua terveydenhuollon ja sosiaalitoimen peruspalveluissa. Suurta osaa asiakkaista voidaan auttaa antamalla tietoa ja ohjeita ja lupa puhua seksuaalisuudesta. Seksuaaliterapiaa tarvitaan usein vasta silloin kun perustason ohjeista ei ole apua. (Ilmonen 2006, 45–46.)

Seksuaalineuvonnan saamisella voidaan sanoa olevan kaksi tärkeää vaikutusta. Neuvonta ehkäisee ongelmien syntymistä, vaikeutumista ja kroonistumista. Samalla vähenee erityispalveluiden tarve. (Ilmonen 2006, 45.) Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa

suhtautumista seksuaalisuuteen ja sen erilaisiin ilmenemismuotoihin. Lupa merkitsee sitä, että asiakas voi saada sanattoman tai sanallisen viestin tai vaikutuksen siitä, että hän on normaali. Luvan antamisessa on merkityksellistä miten kysymykset muotoillaan. Kysymysten tulee olla riittävän avoimia, eivätkä ne saa sisältää päätelmiä tai normittamista. (Ilmonen 2006, 47.)

Rajattu tieto merkitsee tiedon antamista juuri siitä, mikä asiakasta huolettaa. Tietoa on hyvä antaa aina, kun tuntuu että sitä joltakin alueelta puuttuu. Asianmukaisen tiedon puute korvautuu usein uskomuksilla ja kuvitelmillä, jotka voivat aiheuttaa turhia pelkoja ja ahdistusta. Tietoa annettaessa on myös tärkeää normalisoida tilannetta asiakkaalle (Immonen 2006, 52.)

BETTER-malli on kehitetty syöpää sairastavien potilaiden hoitavien työntekijöiden työkaluksi potilaiden seksuaalisuuden tukemisessa. Malli soveltuu myös muiden sairauksien yhteydessä käytettäväksi. Tasoja on kuusi ja ne koostuvat puheeksi ottamisesta (**Bring up the topic**), kertomisesta, että hoitotyöntekijän työhön kuuluu keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja potilas voi ilmaista kaikki huolenaiheensa sinulle (**Explain**). Kertomisesta, että tarvittava tieto ja voimavarat hankitaan potilaan huolenaiheiden käsittelemiseksi (**Tell**). Neljännellä tasolla pyritään arvioimaan keskustelun oikea-aikaisuus, mikäli ajoitus ei ole sillä hetkellä oikea kerrotaan, että seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä voi kysyä milloin tahansa (**Timing**). Viidennellä tasolla ohjataan potilasta sairauden tai sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen (**Educate**). Viimeinen kohta pitää sisällään kirjaamisen arvioinnistasi ja toiminnastasi potilasasiakirjoihin (**Record**). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 20.12.2013)

2.5 Terveydenhuollon henkilökunta seksuaalineuvojana

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilökunta jättää potilaan seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat usein vaille huomiota. Hoitajilla voi olla ongelmana, etteivät he tiedä miten ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa. Hoitaja voi ajatella, ettei potilasta kiinnosta sairastuessaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja seksuaalisuus on potilaan yksityisasia. Lisäksi hoitaja saattaa luulla, että ottamalla seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi, hän voi loukata potilasta. (Ryttyläinen, Valkama 2010, 137.) Osittain on kyse siis kommunikaation ongelmista, siitä että ei olla harjaannuttu ottamaan puheeksi arka-

luontoiseksi koettua asiaa. (Kosunen 2003, 207.) Potilaat jäävät usein täysin ilman seksuaalineuvontaa, jos he eivät itse rohkene kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Hautamäki ym. 2003, 244.)

Hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn mukaan ongelmaksi seksuaaliohjauksessa koetaan erityisesti puutteet tiedonkulussa, riittämättömät resurssit seksuaalineuvojen käyttämiseen sekä ajan puute. Ongelmia voidaan tarkastella henkilöstön, potilasnäkökulman, resurssien sekä menetelmien kannalta. Henkilöstön suhtautumisella seksuaalineuvontaan on suuri merkitys. Neuvonnan toteuttaminen on hankalaa, jos henkilökunta suhtautuu siihen kielteisesti. Myös tiedon puute sekä asiantuntijoiden puute ovat syynä neuvonnan vähäisyydelle. Puute rahasta, sopivista tiloista, tarvikkeista sekä asiantuntijoista ja lyhyet hoitajaksot vaikuttavat neuvonnan onnistumiseen. Menetelmänäkökulmasta katsottuna ongelmana on yleensä se, että neuvonta on yhden sairaanhoitajan tai seksuaalineuvojan varassa. (Nylund ym. 2008, 12,14–15.)

Seksuaaliohjausta antavan on tärkeää tietää, mikä auttaa naisia parhaiten sopeutumaan gynekologisen syövän aiheuttamiin seksuaalisuuden muutoksiin. Tärkeimpänä tekijänä pidetään naisen omaa suhtautumista sairauteensa ja sen hoitoon. Sopeutumisessa auttavina tekijöinä pidetään optimismia, vahvuutta, taistelevaa asennetta ja tietoisia yrityksiä etsiä nautintoa ja tyydytystä tuovaa tekemistä. (Hautamäki ym. 2003, 24.)

Seksuaalisuus voi olla osalle ammattilaisista arkaluonteinen asia. Tämä ei saa kuitenkaan tarkoittaa, että seksuaalisuuden käsittelyn vastuu jätetään potilaalle. Kätilön on ammattinsa sekä potilaan sairauden ja tilan asettamien vaatimusten perusteella käsiteltävä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja pyrittävä löytämään niihin vastauksia potilaan kanssa. Potilas tarvitsee tukea seksuaalisuuden käsittelyssä, arvostusta, myötätuntoa ja tiedon antamista sopivana ajankohtana. (Ryttläinen 2010, 6.) Ammatilaisen ei tule jäädä yksin ahdistavissa ja vaikeilta tuntuissa seksuaalisuutta koskevilla tilanteilla. Keskustelu kollegan tai esimiehen kanssa seksuaalikysymyksistä auttaa työssä jaksamisessa sekä oppimisessa. (Ryttläinen 2010, 7.)

Työyhteisön tulisi sopia yhdessä, miten potilaan seksuaalisuus huomioidaan. Työryhmän tavoitteena on välittää potilaalle se tunne ja tieto, että osastolla seksuaalisuudesta voi puhua, kysyä ja saada tietoa. Mikäli ammattilainen ei osaa vastata potilaalle tämän

esittämiin kysymyksiin, tulee hänen kertoa, että hankkii asiasta tietoa tai konsultoi muita asiantuntijoita. Hän voi tarvittaessa ohjata potilaan keskustelemaan lääkärin tai seksuaalineuvojan kanssa. (Ryttyläinen ym. 2010, 7.)

Kun seksuaalisuus koetaan luonnolliseksi ja sen huomioiminen lähtee sisältäpäin, se liittyy helpommin kokonaisvaltaiseen hoitoon. Kaikkein tärkein asia on jokaisen hoitajan oman seksuaalisuuden prosessointi. Kun hoitaja on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa, on hänen helpompi kohdata potilas ja tämän seksuaalisuus. (Malinen 2002, 162.) Jos seksuaalisuudesta puhumisen kokee vaikeaksi, tulee sitä helposti väisteltäviä vaistomaisesti. Jos itse ei pysty puhumaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, voi potilaan ohjata sellaiselle henkilölle, joka pystyy tai tietää asiasta enemmän. (Malinen 2002, 5.)

Kätilöllä tulee olla herkkyyttä havaita, milloin on sopiva tilanne puhua seksuaaliasioista. Aloite voi tulla potilaalta, tämän kumppanilta tai hoitajalta. Keskustelun aloitteena voi olla kysymys tai annettu opaslehtinen. Keskustelussa on hyvä käyttää avoimia tai avaavia kysymyksiä. Keskustelussa tulee käyttää ammatillisia sanoja ja korostaa keskustelun luottamuksellisuutta. On hyvä valita sellaiset seksuaalisuutta kuvaavat sanat sekä kysymykset, jotka sopivat omaan suuhun. (Ryttyläinen 2010, 7.)

Tärkeää on opetella puhumaan seksuaalisuudesta potilaan kanssa. Siihen ei tarvita mitään erikoiskoulutusta. Auttaa, jos on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Tietenkin seksuaalisuuden alueen koulutuksesta ja kirjallisuuteen perehtymisestä voi olla hyötyä. Seksuaalisuudesta keskusteltaessa potilaan kanssa aloitetaan nykyongelmasta, selvitetään seksuaalireaktioiden toimivuus, (parisuhteen) seksuaalinen toiminta ja yleinen parisuhdetilanne ja elämäntilanne. Yleisesti seksuaaliongelmaisen hoidossa sovelletaan ns. PLISSIT-kaaviota. (Väisälä 2011, 2510.)

Seksuaalisuutta käsitellään harvoin hoitokontakteissa, vaikka tiedettäisiin potilaan pitkäaikaissairauden heikentävän seksuaalitoimintoja. Seksuaalineuvonta jää usein antamatta jopa silloin, kun hoito kohdistuu suoraan sukupuolielimiin. (Kosunen 2003, 207.) Potilaiden saadessa oikeanlaista ohjausta ja tietoa ennen operatiivista tai muuta hoitoa, tutkimusten perusteella erilaisten korjaavien toimenpiteiden tarve vähenee. Myös myöhemmät käynnit lääkäriä seksuaalisiin ongelmiin liittyen mahdollisesti vähenevät. Psykoterapeuttisen hoidon tarve voi vähentyä, jos potilaalle annetaan oikeaan aikaan

tietoa sairauden vaikutuksista parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Seksuaalineuvonnalla voi näin ollen olla monia taloudellisestikin positiivisia vaikutuksia. (Nylund, Järvinen, Susi, Vihtamäki 2008, 30.)

2.6 Potilaiden odotukset seksuaalineuvonnalta

Gynekologiseen syöpään sairastuttuaan potilas tarvitsee ammattilaisen tukea ja ohjausta seksuaalisen eheyden ja seksuaaliterveyden säilyttämiseksi. Seksuaalineuvontapalvelujen tarjonta on ollut ja on edelleen satunnaista ja hajallaan. (Nylund, Järvinen, Susi, Vihtamäki 2008, 12.) Tutkimusten mukaan gynekologista syöpää sairastavat potilaat eivät saa tarpeeksi tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteensa. Tähän on syynä osaksi se, että arkaluontoisista asioista on hankalaa puhua ja niitä ei uskalleta nostaa esille. (Nylund ym. 2008, 14.)

Hautamäki-Lammisen ym. tekemän tutkimuksen mukaan potilaiden odotukset seksuaaliohjauksen suhteen kohdistuvat ohjauksen laatutekijöihin, ohjauksen sisältöön sekä ammatillisuuteen. Heidän mukaan laadukas potilasohjaus koostuu kohtelusta, ymmärtämisestä, tukemisesta ja yhteistyöstä. Keskeistä on potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Ohjauksen laatutekijöillä tarkoitetaan muun muassa ammatillisuutta, potilaslähtöisyyttä ja suunnitelmallisuutta. Ohjauksen sisältöön kuuluu puolestaan myönteisen minäkuvan vahvistaminen, surutyön salliminen, vertaistukeen ohjaaminen sekä puolison ohjaaminen. (Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt- Kurki & Kellokumpu-Lehtinen. 2010, 282–283). Naiset odottavat tukea naisena eheytymiseen sekä kielteisten tunteiden oikeutusta ammattilaisilta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285).

Tampereen Yliopistollisessa Sairaalassa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan syöpäpotilaat pitivät tärkeänä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä sairaalassa. Lisäksi he kokivat hoidolla olevan vaikutusta seksuaalisuuteen ja potilaat toivoivat henkilökunnan tekevän keskustelualoitteen. (Nylund ym. 2008. 12.)

Hautamäki-Lammisen ym. mukaan sairastumisella voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia parisuhteeseen ja puolisoitten suhtautumiseen toisiinsa. Tutkimuksesta ilmeni, että potilaat toivovat puolisoitten saavan tietoa hoitojen aiheuttamista seksuaaliongelmista ja seksuaalisuuden haavoittuvuudesta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283, 285–286). Naiset

toivoivat miesten ymmärtävän paremmin heidän tunteitaan ja saavan ohjausta siitä min-käläinen suhtautuminen voisi helpottaa sairastuneen sopeutumista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 286.) Tärkeänä pidetään, että myös puoliso osallistuu neuvottelutilanteisiin. (Rosenberg 2000, 187.)

Tutkimuksessa tärkeänä pidettiin, että potilaiden puoliset ymmärtäisivät syöpähoitojen sivuvaikutusten olevan usein väliaikaisia ja ohimeneviä. Taustalla voi olla pelko puolison menettämisestä syöpäsairauden aiheuttaman seksuaalisen kyvyttömyyden vuoksi. Pelusi (2006) ja Tan ym. (2002) ovat todenneet puolisoilla olevan myös sairauden aiheuttamia pelkoja, joiden vuoksi he välttelevät fyysistä läheisyyttä ja kanssakäymistä sairastuneen kanssa. Hautamäki-Lammisen ym. tutkimuksessa haastateltavat eivät tuoneet esille puolisoitten välttelyä fyysisellä tasolla. Pelusin (2006) ja Galbraithin ja Crightonin (2008) mukaan suulliset ja kirjalliset ohjeet hoitojen sivuvaikutuksista, kestosta ja sairauden aiheuttamista psyykkisestä stressistä voivat auttaa puolisoa paremmin ymmärtämään ja tukemaan sairastunutta puolisoaan. Ne voivat auttaa puolisoita keskustelemaan paremmin keskenään seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 289.)

Potilaat eivät usein uskalla ottaa seksuaalisuutta puheeksi, koska ajattelevat lääkäreiden pitävän sitä toissijaisena asiana syövän hoitoon nähden. Esteenä ohjaukselle saattaa olla myös potilaan tai puolison asenteet. (Nylund 2008, 9, 14.) On tärkeää, että potilas ymmärtää, että hänen on lupa puhua seksuaalisuudestaan ja niihin liittyvistä peloista ja tunteista. Potilaalle tulee antaa tietoa ilman, että hänen odotetaan sitä kysyvän. (Rosenberg 2000, 184–186.) Tutkimuksen mukaan potilaat olisivat keskustelleen mielellään lääkärin kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 245.) Yleensä sairauden ja hoidon vaikutuksista seksuaalisuuteen keskustellaan, mikäli potilas tekee itse aloitteen (Hautamäki-Lamminen 2010, 284.) Potilaat arvioivat, että ikää pidettiin perusteena seksuaalisuusasioiden hoitosuunnitelmassa. Tutkittavat pitivät tärkeänä, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kerrottaisiin kaikille potilaille ikään katsomatta, mikäli potilas kokee tiedon tarpeelliseksi. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285.)

Ammatillisuutta kuvasivat potilaiden mielestä helppo lähestyttävyyys, asiantuntemus, hyvät vuorovaikutustaidot, oikeanlainen asenne, herkkyys huomata potilaan keskustelun tarve ja omahoitajuus. Omahoitaja koettiin tutuksi ja läheiseksi, jonka kanssa oli luonnollista keskustella seksuaaliasioista, edellyttäen, että hänen kanssaan oli muutenkin helppo keskustella. Hoitajilta odotettiin herkkyyttä huomata potilaan keskustelun tarve. Tutkimuksessa nousi esille, että hoitajien kanssa pystyi keskustelemaan tunneasioista, kuten esimerkiksi siitä mitä syöpään sairastuminen ja hoidot merkitsevät seksuaalisuudelle ja miten sivuvaikutuksia voidaan hoitaa. Lääkäreiltä odotettiin sen sijaan enemmän asiatietoa. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285.)

Odotukset seksuaaliohjauksen sisällöstä olivat surutyön salliminen, myönteisen minäkuvan vahvistaminen ja vertaistuen piiriin ohjaaminen. Naiset toivoivat mahdollisuutta keskustella ulkonäön ja muuttuneen minäkuvan aiheuttamista tunteista hoitohenkilökunnan kanssa. Minäkuvan muutos koettiin kielteiseksi ja viehätysvoiman koettiin vähentyneen syöpäsairauden myötä. Potilaat toivoivat keskustelua siitä miten tunteisiin ja tilanteisiin voisi ennalta valmistautua. Tunteiden purkamisen mahdollisuutta pidettiin tärkeänä, kuten myös lupaa kielteisiin tunteisiin. Naiset odottivat enemmän tukea naisena eheytymiseensä kuin asiatietoa seksuaalisuudesta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285–286.)

Potilaat odottavat tietoa taudin levinneisyydestä, tulevista hoidoista ja niiden sivuvaikutuksista, ulkonäön muutoksista sekä hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin. Potilaat ja puoliset toivoivat käytännön neuvoja ja emotionaalista tukea siihen, miten elää intiimien seksuaalisten muutosten ja muuttuneen minäkuvan sekä syöpäsairauden kanssa. (Hautamäki-Lamminen 2010, 284.)

Ohjauksen suunnitelmallisuus ja ajankohta herättivät keskustelua, koska tietoa tarvitaan jo hoidon alkuvaiheessa. Tällöin henkinen kapasiteetti ei kuitenkaan välttämättä riitä seksuaaliohjauksen vastaanottamiseen, koska syövästä selviäminen on silloin päällimmäisenä mielessä. Naiset kokevat kaipaavansa henkistä tukemista sairastumisen alkuvaiheessa. Tutkimuksessa nousi esille että seksuaaliohjaus toivottiin osaksi hoitosuunnitelmaa, automaattiseksi ja kaikille kuuluvaksi. Oikeaksi ajankohdaksi nousi jälkitarkastus, jonka yhteyteen potilaat toivoivat kokonaisvaltaisen tilannearvioinnin ja keskustelua mieltä askarruttavista asioista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285.) Potilaan krii-

sivaihe on tärkeää ottaa huomioon. Shokkivaiheessa potilaan on hankalaa ottaa vastaan tietoa. (Nylund 2008, 14.)

Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi keskustella ennen leikkausta ja sen jälkeen. Potilaan ohjaukseen tulisi kuulua neuvonta hoitojen aiheuttamista muutoksista sekä puhuminen mahdollisista myyteistä ja uskomuksista. Edelleen voi itää pelkoa syövän leviämisestä tai tarttumisesta yhdynnässä. Neuvontaan kuuluu informointi hoitojen aikaisesta ehkäisystä, seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista ja niiden hoitomahdollisuuksista sekä hoitojen vaikutuksista hedelmällisyyteen. (Kellokumpu-Lehtinen 2003, 244–245.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan kokemuksia antamastaan seksuaalineuvonnasta gynekologiseen syöpään sairastuneelle naiselle.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävänä on:

- Millaisia kokemuksia osaston sairaanhoitajilla/kätilöillä on antamastaan seksuaalineuvonnasta?

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksemme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimukseen sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Pyrimme tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Otimme huomioon arvolähtökohdat, koska arvot muovaavat sitä, mitä ja miten ymmärrämme tutkimaamme ilmiötä. Pyrimme löytämään ja paljastamaan tosiasioita, sekä todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

Tutkimuksemme aineisto on koottu luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa, mikä on tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle. Tutkimuksessa suositaan ihmisiä tiedon keruun välineenä. Pyrimme tekemään havaintoja tutkittavista havainnoimalla ja keskustelemalla heidän kanssaan. Tutkimuksessa käytetään tyypillisesti induktiivista analyysia, eli pyrimme tekemään päätelmiä aineistoista nousevien seikkojen perusteella. Tämän vuoksi tarkastelimme aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkimuksessa tutkija ei määrää sitä mikä on tärkeää. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

Käytimme laadullisia metodeja aineiston hankinnassa. Halusimme, että tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Esimerkkinä metodista on teemahaastattelu, jota olemme omassa tutkimuksessamme käyttäneet. Valitsimme kohdejoukon tarkoituksenmukaisesti ja käsitelimme tapauksia ainutlaatuisina. Aineistoa tulkitsimme myös sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

4.2 Tiedonantajien valinta

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajien määrä on yleensä pieni. Tärkeää on ihmisten kokemukset ja yksittäiset tapaukset eikä tutkittavien lukumäärä. (Kankkunen 2009, 83). On tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta ilmiöstä. Kaikilla tiedonantajillamme oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.)

Tiedonantajat, joilla on hyvin aikaa haastatteluun antavat laajemmin ja syvällisemmin tietoa. Tästä syystä on tärkeää kuvata tarkasti osallistujien ja tapahtumien laatua ja kulua. (Kankkunen 2009, 85.) Jokaiselle tiedonantajallemme oli varattu tunti aikaa potilas-työstä, eikä heillä ollut kiire palata työtehtäviin. Lähes kaikki tulivat haastatteluun ennen iltavuoron aloitusta. Mielestämme kaikki haastatteluun osallistuneet henkilöt pysyivät hyvin keskittymään haastattelutilanteeseen.

Opinnäytetyömme kohderyhmänä olivat osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ja kätilöt. Yritimme aluksi saada vapaaehtoisia haastateltavia saatekirjeen avulla. Lähetimme osastolle saatekirjeen (liite 1) hyvissä ajoin, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksista, haastattelun sisällöstä ja haastattelutilanteesta. Tällöin haastateltavilla oli aikaa rauhassa miettiä osallistumistaan. Saatekirjeen avulla emme saaneet haastateltavia, joten osastonhoitaja valitsi mielestään sopivat henkilöt haastatteluun. Saimme suunnitellut neljä hoitajaa yksilöhaastatteluihin. Käytimme lumipallo-otantaa, jossa meillä oli tiedossa avainhenkilö, jonka kautta saimme tiedonantajat haastatteluihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.)

Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastateltavat voivat tutustua haastattelun aiheeseen etukäteen. Tämä toteutuu siten, että haastattelulupa ja haastattelun ajankohta sovitaan etukäteen. On myös eettisesti tärkeää, että tutkittava tietää mitä aihetta haastattelu koskee. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75.) Meille ilmoitettiin hyvissä ajoin haastatteluun osallistuvat henkilöt. Haastateltavat tiesivät hyvissä ajoin haastattelusta ja mitä aihetta haastattelu koski.

Haastateltavamme olivat iältään 25–40 vuotiaita. Kaikki olivat koulutukseltaan kättilöitä ja heillä oli työkokemusta syöpäpotilaiden parissa kahdesta kuuteen vuotta. Yksi haastateltavistamme kertoi parhaillaan opiskelevansa seksuaalineuvojaksi. Emme kyselleet sen tarkemmin tutkittavien henkilökohtaisia asioita, koska niillä ei ollut tutkimuksen kannalta merkitystä. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden lukumäärä on pieni, joten emme halunneet tuoda esille tarkemmin tutkittavien ikää tai muita tietoja, joista haastateltavat voisi tunnistaa.

4.3 Aineistonkeruu

Tutkimusaineiston keräsimme nauhoitettavien teemahaastattelujen avulla. Valitsimme teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, koska haastattelussa haastateltavat pääsevät paremmin mukaan ja voivat avoimesti kertoa kokemuksistaan. Haastattelussa pysyimme tarkentamaan haastateltavien vastauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 194.) Ensimmäinen haastattelu oli koehaastattelu, jolla testasimme teemahaastattelun runkoa ja harjoittelimme haastattelemista. Totesimme sen toimivaksi, joten emme tehneet siihen muutoksia. Päätimme ottaa koehaastattelun mukaan tutkimusaineistoon. (Hirsjärvi & Hurme 2000. 92–93.)

Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa. Kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat, mutta jokainen teema-alue tuli käytyä lävitse haastateltavien kanssa. Tämä mahdollisti haastattelun etenemisen haastattelutilanteen mukaan. Näin haastattelutilanne pysyi keskustelevampana ja saimme selvitettyä haastateltavan mielipiteitä, ajatuksia, tuntemuksia ja käsityksiä. Haastattelun aikana meillä oli mahdollista toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja selventää ilmauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 197–199.) Usein tarkentavien kysymysten esittäminen toi aiheesta vielä lisää ajatuksia, vaikka haastateltava olisi jo vastannut aiemmin jollain tapaa kysymykseen. Saimme tällä tavalla laajempia vastauksia. (Kankkunen 2009, 97).

Mielestämme yksilöhaastattelu sopi parhaiten tutkimukseemme haastattelumenetelmäksi. Haastattelun avulla voidaan syventää tietoja sekä tutkia arkoja aiheita. Se on aineistonkeruumenetelmänä myös joustava. Seksuaalisuus aiheena voi olla osalle arka aihe. Tämän vuoksi ajattelimme, etteivät haastateltavat välttämättä halua keskustella aiheesta

ryhmässä. Toisaalta ryhmässä olisi voinut viritä aiheesta hyvääkin keskustelua. Yksilöhaastatteluilla uskomme saaneemme paremmin esille haastateltavien omia kokemuksia. Pystyimme keskittymään yhteen haastateltavaan kerrallaan ja keskittymään hänen kokemuksiinsa ja ajatuksiinsa. (Kankkunen 2009, 95, 99.) Useampia henkilöitä samanaikaisesti haastateltaessa ryhmädynamiikka ja valtahierarkia vaikuttavat siihen, miten haastateltavat vastaavat kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63).

Haastattelutilanteet aloitimme kertomalla haastattelusta. Toimme esille, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa ja halutessaan he voivat keskeyttää tutkimuksen. Kerroimme, että tutkimus nauhoitetaan ja kerroimme nauhoitusten tuhoamisesta mahdollisimman pian haastatteluiden purkamisen jälkeen. Pyrimme rentouttamaan haastattelutilannetta ja luomaan luottamuksellisen keskustelusuhteen juttelemalla muista asioista ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. (Aaltola & Valli 2001, 30). Toinen meistä oli ollut työharjoittelussa osastolla ja osa haastateltavista oli entuudestaan tuttuja. Uskomme tämän myös osaltaan rentouttaneen ilmapiiriä.

Haastattelumme teemoiksi valikoituivat 1) seksuaalisuus ajatuksena, 2) syöpä ja seksuaalisuus, 3) puheeksi ottaminen, 4) kokemuksia seksuaaliohjauksen antamisesta, 5) Seksuaaliohjauksen toteuttaminen ja 6) Seksuaaliohjauksen kehittämistarpeet.

Toteutimme haastattelut kahden viikon aikana OYS:ssa naistentautien osaston tiloissa. Haastattelimme haastateltavat tyhjässä huoneessa. Huone oli tyhjä potilashuone tai kirjaamista varten tarkoitettu pieni työpiste. Asetuimme huoneessa vastakkain haastateltavan kanssa. Asetimme nauhurin välillemme niin ettei se ollut suoraan näkökentässä. Saimme toteuttaa haastattelut rauhallisessa ja haastateltaville tutussa ympäristössä. (Aaltola & Valli 2001, 28). Yhdessä haastattelussa haastattelu keskeytyi, kun joku tarvitsi kyseistä huonetta käyttöönsä. Pääsimme kuitenkin siirtymään sujuvasti seuraavaan vapaana olevaan huoneeseen, jossa saimme jatkaa haastattelua heti.

4.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusaineiston analyysin tarkoituksena on kuvata sanallinen ja selkeä kuvaus tutkitavasta ilmiöstä. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon ja sen perusteella voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Laadullisessa aineistossa analyysiä tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Aineistolähtöiseen sisällön analyysiin kuuluu analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen (redusointi), aineiston ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). (Tuomi, Sarajärvi 2002, 110–111.) Pyrimme ymmärtämään tutkittavia analyysin kaikissa vaiheissa heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei ole tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. Pyrimme sulkemaan aikaisemman tiedon ulkopuolelle, ettei se vaikuttaisi lopputulokseen. Sisällön analyysissä määritetään ensin analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö määräytyy tutkimusaineistosta ja tutkimustehtävästä. Se tarkoittaa tutkimuksessa ilmenevää rajattua ilmiötä. (Tuomi ym. 97.) Tutkimuksemme analyysiyksikkö on “Miten hoitajat kokevat seksuaaliohjauksen?”.

Aineiston analyysin aloitimme litteroinnilla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaalin tekstiksi heti, kun olimme saaneet haastateltua kaikki kättilöt. Kuuntelimme nauhat heti haastatteluiden jälkeen. Näin meillä oli muistissa vielä haastateltavan äänenpainot ja tauot sekä haastateltavan ja haastattelijan roolit. Kuuntelimme useaan kertaan lävitse nauhoja ja sitä kautta saimme koko ajan lisää materiaalia tutkimukseemme. (Kankkunen 2009, 132). Tulostimme aukikirjoitetun tekstin. Näin meidän oli helpompi alkaa pelkistämään ja ryhmittelemään aineistoa.

Aineiston pelkistämisen aloitimme alleviivaamalla tekstistä olennaiset asiat ja muutimme tutkimuksen kannalta oleelliset asiat pelkistetympään muotoon. Kävimme alkuperäiset ilmaukset tarkasti läpi, ettei lauseiden merkitys muuttuisi pelkistämisen myötä. Tämän jälkeen aloitimme pelkistetyn aineiston ryhmittelyn. Alleviivasimme eri väreillä aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelimme ja yhdistimme luokaksi sekä nimesimme luokan sisältöä kuvaavalla ni-

mellä. (Tuomi ym. 2002, 111–112). Kirjoitimme omiin tekstitiedostoihin samalla värillä alleviivatut asiat ja näin saimme muodostettua tutkimuksemme alaluokat.

Seuraavassa vaiheessa aloitimme aineiston abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen. Erotimme tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon ja muodostimme niistä teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Aineiston käsitteellistämisestä muodostui tutkimuksemme viisi yläluokkaa. Abstrahoinnissa vertasimme usein johtopäätöksiä alkuperäiseen aineistoon saadaksemme mahdollisimman luotettavia tuloksia. (Tuomi ym. 2002, 114–115).

Lopulta yläkategoriat yhdistimme yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Pelkistettyjä ilmaisuja yhdistämällä on siis muodostettu alakategoriat ja alakategorioita yhdistelemällä on luotu yläkategoriat. Lopuksi on muodostettu pääkategoriat. (Tuomi ym. 2002, 103.)

Suora otos haastattelusta:

“No estää ainaki semmonen, että sitä kotihoito- ohjausta ja sitä ohjausta annetaan tuolla potilashuoneissa. Ei oo välttämättä semmosta tilaa tai aikaa sen potilaan kanssa lähtä erikseen sitä ohjausta saamaan.”

Pelkistetty ilmaus:

→

Kotihoito-ohjausta estää jos sitä annetaan potilashuoneessa. Ei välttämättä tilaa tai aikaa potilaan kanssa lähteä erikseen antamaan ohjausta.

→

Alaluokka:

Resurssien puute

→

Yläluokka:

HOITAJIEN KOKEMUKSIA SEKSUAALINEUVONTAA ESTÄVISTÄ TEKIJÖISTÄ

KUVIO 1. Esimerkki aineiston luokittelusta.

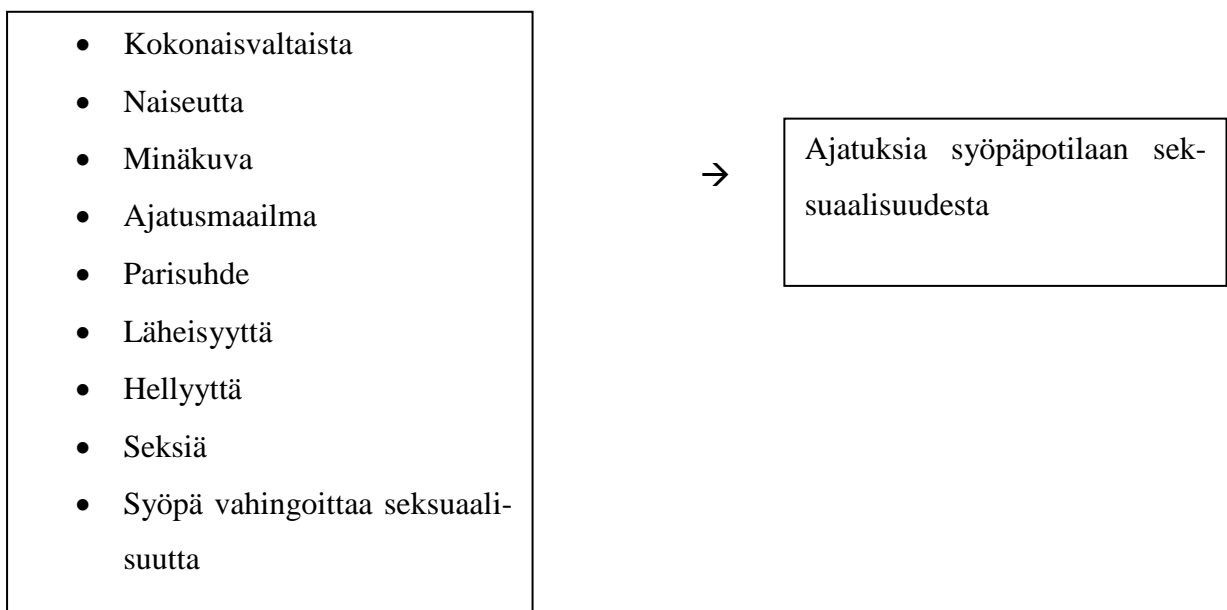
5 TUTKIMUSTULOKSET

Pääluokkia muodostui aineiston abstrahoinnin jälkeen yhteensä viisi kappaletta. Pääluokiksi muodostui 1) Hoitajien ajatuksia gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuudesta, 2) Hoitajien ajatuksia seksuaalineuvonnasta, 3 Hoitajien kokemuksia seksuaalineuvontaa edistävästä tekijöistä, 4) Hoitajien kokemuksia seksuaalineuvontaa estävistä tekijöistä ja 5) Hoitajien ajatuksia seksuaalineuvonnan kehittämisestä.

5.1 Hoitajien ajatuksia gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuudesta

Tutkimuksemme yhdeksi pääluokaksi muodostui hoitajien ajatukset gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuudesta. Halusimme tietää, mitä hoitajat ajattelivat seksuaalisuuden pitävän sisällään gynekologisella syöpäpotilaalla. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuus muodostuu suoraan yhdeksästä alaluokasta, joihin kuuluu kokonaisvaltaisuus, minäkuva, ajatusmaailma, naiseus, parisuhde, läheisyys, hellyys, seksi ja syövän vahingoittavuus.

KUVIO 2. Hoitajien ajatuksia gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuudesta.



Tutkimustulosten mukaan haastatellut hoitajat ymmärsivät seksuaalisuuden laajaksi kokonaisuudeksi, ei pelkäksi yhdyntäkeskeisyydeksi. Tutkimustulosten mukaan hoitajat ymmärsivät gynekologisella syövällä olevan vaikutusta elämän ja seksuaalisuuden eri osa-alueisiin. Haastatteluiden mukaan nainen tulisi nähdä kokonaisvaltaisena eikä vain syöpäsairana.

”Seksuaalisuus on osa ihmistä. Se on osa sinua itseä ja, jokaisella ihmisellä on omassa itsessään seksuaalisuus. Se ei ole mikään erillinen osa, vaan se on osa kokonaisuutta.”

Tutkimustulosten mukaan ajatusmaailman ja minäkuvan ajateltiin olevan osa gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuutta.

”Se ei ole vain seksiä, vaan kaikkea kuten minäkuva ja koko ajatusmaailma ja kaikki mitä siinä on.”

Haastatellut hoitajat liittivät läheisyyden ja hellyyden läheisesti seksuaalisuuteen ja niiden merkitystä tuli korostaa. Seksi liitettiin osaksi seksuaalisuutta muiden asioiden ohella.

”Seksuaalisuus on lähinnä kaikkea läheisyydestä seksiin. Kaikkea sitä, miten nainen voi ilmaista itseään. Se on hirveän laaja alue.”

Haastateltavat liittivät naiseuden seksuaalisuuteen kuuluvaksi. Haastatteluiden mukaan gynekologisen syövän vaikutus naiseuteen on yksilöllinen. Naiseuden ajateltiin kuvastavan sitä, millä tavalla nainen ilmaisee itseään. Hoitajat ajattelivat naiseuden säilyvän gynekologisesta syövästä huolimatta. Haastatteluiden mukaan potilaat liittivät läheisesti kohdun ja munasarjojen poiston naiseuteen.

”Naiseus ei muutu vaikka kohtu poistetaan, mutta vieläkin on vanhanai-kasia uskomuksia vanhoilla ihmisillä, että ei ole naiseutta, jos ei ole kohtua ja munasarjoja.”

Haastatteluissa nousi esille gynekologisen syövän vaikutus parisuhteeseen. Haastatteluiden mukaan hoitajan tulee ottaa huomioon, etteivät kaikki välttämättä ole parisuhteessa.

”Niin ja kaikki semmonen ja se parisuhde. Eihän kaikki välttämättä ole edes parisuhteessa. Tai jos on vanhoja ihmisiä niin niillä voi olla vaikka, että niillä ei ole enään miestä tai kumppania.”

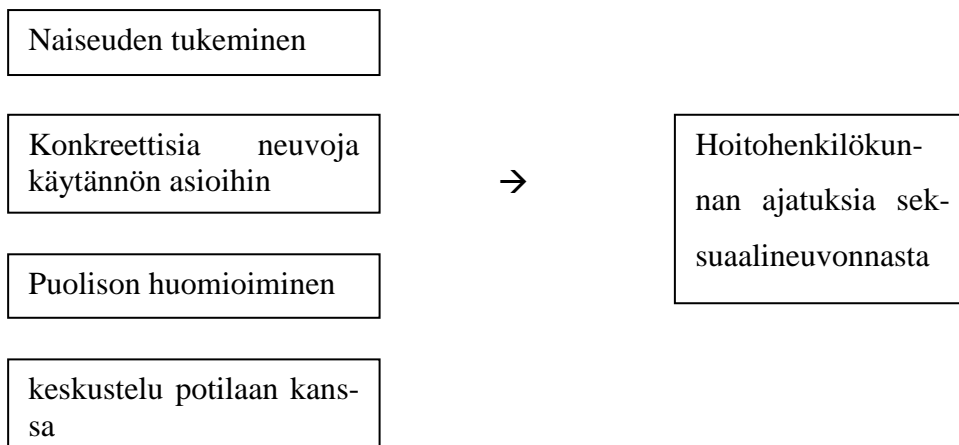
Tutkimustulosten mukaan hoitajat ajattelivat gynekologisen syövän olevan vahingoittava seksuaalisuudelle. Vahingoittavuus miellettiin erityisesti kohdun ja munasarjojen poistoon.

”Vahingoittava, koska kohtuun mielletään monesti äitiys ja naiseus, samoin kuin munasarjoihin. Monesti saakin tukea naisia, ettei otsassa lue: Minulta on poistettu kohtu, olen epänaissellinen.”

5.2 Hoitajien ajatuksia seksuaalineuvonnasta

Yhdeksi tutkimuksemme pääluokaksi nousi hoitohenkilökunnan ajatukset seksuaalineuvonnasta. Halusimme tietää, mitä hoitajat ajattelivat seksuaalineuvonnan pitävän sisälleen. Alaluokiksi muodostuivat 1) Naiseuden tukeminen, 2) Konkreettisia neuvoja käytännön asioihin, 3) Puolison huomioiminen ja 4) Keskustelu potilaan kanssa.

KUVIO 3. Hoitohenkilökunnan ajatuksia seksuaalineuvonnasta.



Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvontaan kuuluu naiseuden tukeminen ja huomiointi. Ajatusten herättelyä naiseudesta pidettiin tärkeänä seksuaalineuvontaan kuuluvana asiana. Haastateltavat ymmärsivät naiseuden tukemisen laajana kokonaisuutena. Haastateltavat ajattelivat gynekologisen syövän olevan traumaattinen kokemus, jossa naiseus ja seksuaalisuus tulee ottaa huomioon.

”Enemmän herätellään ja keskustellaan ajatuksia naiseudesta. Yritetään löytää vinkkejä, missä on edelleen nainen.”

Käytännön neuvojen antamisen ajateltiin kuuluvan seksuaalineuvontaan muiden asioiden ohella. Tutkimustulosten mukaan syöpähoitojen sivuvaikutuksista kertominen ulkonäköön liittyen on tärkeää. Haastatteluiden mukaan seksuaalineuvontaan kuuluu kertoa leikkauksen ja hoitojen vaikutuksista yhdyntään, esimerkiksi limakalvojen kuntoon. Konkreettisten neuvojen ja esimerkkien antamista potilaalle pidettiin tärkeänä.

”Monella mietityttää miten sytostaatit vaikuttaa limakalvojen kuntoon. Mitä sitten kun hiukset ja karvat lähtee. Miten sitten voi olla kun yhdyntä sattuu ja ihan tällöisiä konkreettisiä kysymyksiä.”

Konkreettisten neuvojen antaminen koettiin helpoimpana. Haastateltavat hoitajat olivat antaneet potilaille ohjausta leikkausten sekä hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja yhdyntään. Eräs haastateltava koki, että naisilla on usein oma anatomia hukassa. Potilaille tulee tällöin konkreettisesti näyttää esimerkiksi kuvien avulla, mitä heiltä on poistettu leikkauksessa. Haastateltavien mukaan eteen oli tullut myös tilanteita, joissa potilaat olivat tarvinneet konkreettisiä neuvoja ongelmiin, joiden antamisen hoitajat kokivat vielä hankalana.

”No jos päästään niin pitkälle että sieltä alkaa tuleen jotain ongelmatiikkaa, haluttomuutta, erektio-ongelmaa niin kyllä siinä menee vielä sormi suuhun, että miten nyt tästä eteenpäin.”

Yhdeksi alaluokaksi muodostui keskusteleminen potilaan kanssa. Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvontaan kuuluu ajatusten herättely. Hoitajat nostivat esille tiedonannon, tuen ja kannustuksen merkityksen seksuaalineuvonnassa. Haastateltavat hoitajat pitivät tärkeänä, että potilaalle annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta.

”Antaa luvan potilaalle puhua asioista ja keskustella. Luoda kuva, että meillä on luvallista puhua seksuaalisuudesta.”

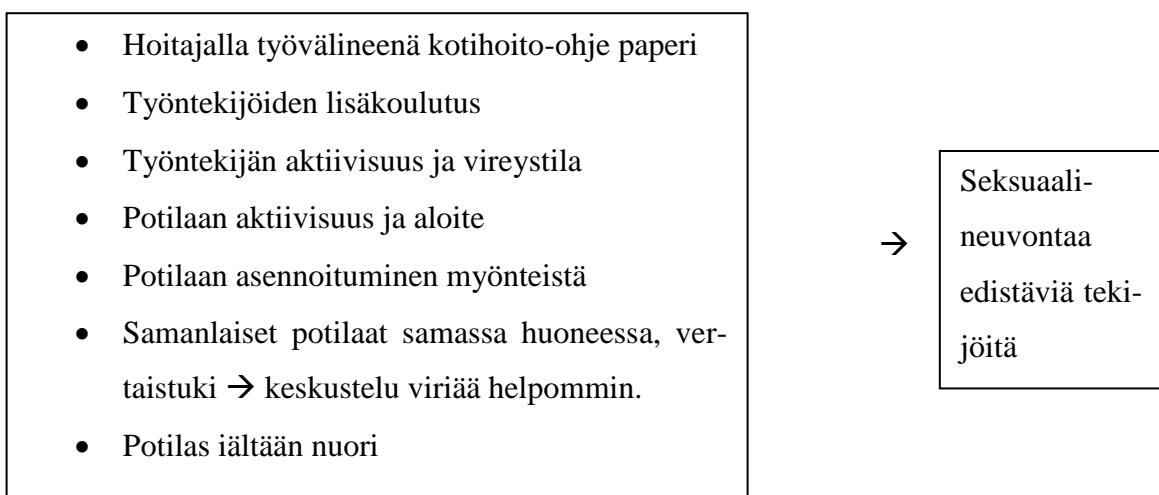
Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvontaan kuuluu puolison ja perheen huomioiminen. Tulosten mukaan hoitajan tulee ohjata naista, miten lähteä kertomaan puolisolle sairaudesta ja mahdollisista kehon muutoksista.

”Varmaan naiset saattavat ajatella, miten näistä asioista lähteä kertomaan puolisolle.”

5.3 Hoitajien kokemukset seksuaalineuvontaa edistävästä tekijöistä

Seksuaalineuvontaa edistävät tekijät on yksi aineistomme viidestä pääluokasta. Seksuaalineuvontaa edistävästä tekijöistä muodostui suoraan seitsemän alaluokkaa, joita ovat 1) Hoitajalla työvälineenä kotihoito-ohje paperi, 2) Työntekijöiden lisäkoulutus, 3) Työntekijän aktiivisuus ja vireystila, 4) Potilaan aktiivisuus ja aloite, 5) Potilaan myönteinen asenne, 6) Samanlaiset potilaat samassa huoneessa ja 7) Potilas iältään nuori.

KUVIO 4. Seksuaalineuvontaa edistäviä tekijöitä.



Haastatteluissa nousi esille kotihoito-ohjeiden merkitys seksuaalineuvontaa edistävänä tekijänä. Haastateltavat kokivat, että neuvontaa oli luontevinta antaa kotihoito-ohjeiden antamisen yhteydessä. Haastateltavat pitivät tärkeänä kirjallista ohjetta seksuaalisuudesta, johon potilas pystyi halutessaan palaamaan.

“Minun mielestäni on jo suuri edistysaskel, että siinä kotihoito-ohjeessa on siitä, että tavallaan joutuu pakosta käymään, vaikka ne ihmiset ei halua aiskaan. Niillä jää mustaa valkosella siihen.”

Hoitajat kokivat, että kotihoito-ohjeet antavat jotain konkreettista, minkä kautta ottaa seksuaalisuus puheeksi.

“Myös samalla se on sellainen lappu, joka antaa meille ammattilaisille niin sanottuja sanoja.”

Tutkimustulosten mukaan yksi tärkeimmistä neuvontaa edistävästä tekijöistä on potilaan aloite keskusteluun. Seksuaalisuudesta oli helpompi keskustella, jos potilas itse otti seksuaalisuuden puheeksi. Haastateltavien mukaan potilaan vastaanottavaisuus ja positiivinen asennoituminen seksuaalisuuteen koettiin neuvontaa edistävänä tekijänä.

“Sillonko ne potilaat on avoimia ja pystyy vastaamaan kysymyksiin ja sil-lai, ettei tarvi kauheena, niinkö tunnu siltä, että siitä potilaasta on hirveen hankalaa puhua siitä asiasta.”

Hoitajien näkökulmasta seksuaalineuvontaa edistävänä tekijänä koettiin työntekijän aktiivisuus, vireys ja työntekijöiden saama koulutus. Haastatteluissa mainittiin kättilökou-luksessa käydyn seksuaalisuuskurssin hieman tukeneen neuvonnan antamista. Haastatteluiden mukaan hoitajan mielentilalla on vaikutusta seksuaalineuvonnan onnistumiseen. Hoitajan positiivinen asenne seksuaalineuvontaan ja positiivinen mielenvireys koettiin neuvontaa edistävä tekijänä.

”Se paljo riippuu siitä kuinka syvällisesti annat siitä omasta mielenvireydestä ja tavallaan sen hoitohenkilökunnan omasta aktiivisuudesta ja vi-reystilasta. Että mitenkä siihen on fiiliksiä.”

Puolet haastateltavista koki keskustelun viriävän luonnollisemmin, jos samassa huoneessa on samanlaisia potilaita. Hoitajat kokivat, että potilaat ovat tavallaan “samassa veneessä”, vaikka olisivat eri vaiheessa sairauttaan. Neuvonnan antaminen potilashuoneessa koettiin tällöin helpompana. Samalla potilaat saavat toisiltaan vertaistukea.

“Varsinki jos on hirveen hyvä semmonen, että on kaks vaikka syöpäpotilasta samassa huoneessa ja käyt asioita läpi siellä, niin saattaa herätä hedelmällinen keskustelu seksuaalisuudesta, mitä se on.”

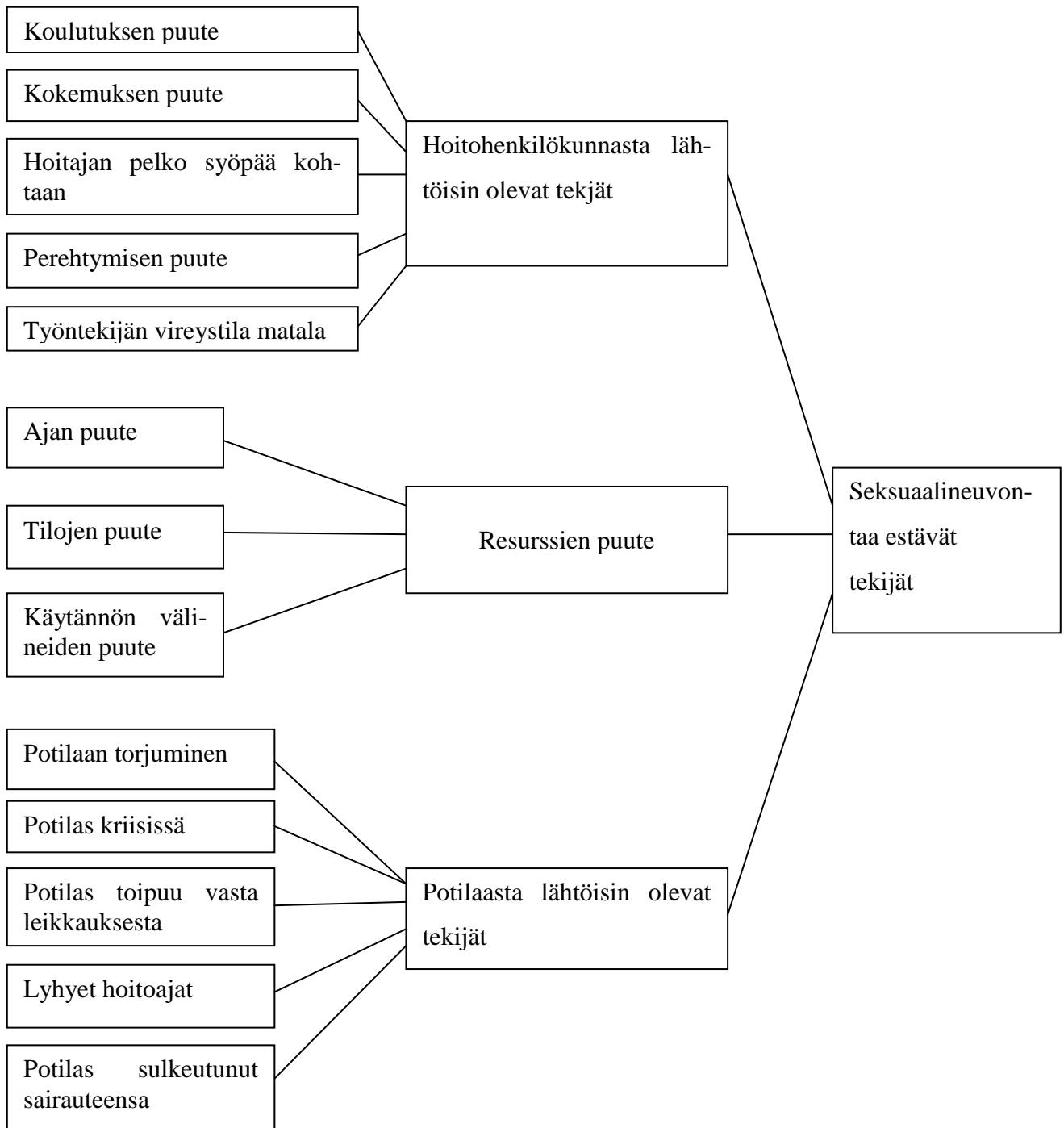
Haastatellut hoitajat kokivat, että joidenkin kanssa seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on luontevampaa ja aiheen nostaminen esille tulee automaattisesti. Haastatteluiden mukaan potilaan ikä voi vaikuttaa seksuaalineuvonnan antamiseen. Nuorille puhuminen koettiin luontevampana ja nuoremmat ottivat useammin itse esille seksuaalisuuden, kun vanhat ihmiset saattoivat tyrmätä hoitajan aloitteen toteamalla, ettei asia enää koske heitä.

”Se on hyvin potilaskohtasta ja jollaki tavalla ikäryhmäkohtasta. Nuoremmille ihmisille se seksuaalisuus ja seksuaaliasioista puhuminen on luontevampaa kuin 60–70 vuotiaille naisille, jotka on oppinu siihen, että siitä asiasta ei puhuta piste.”

5.4 Hoitajien kokemukset seksuaalineuvontaa estävistä tekijöistä

Tutkimuksemme yhdeksi pääluokaksi nousi hoitajien kokemukset seksuaalineuvontaa estävistä tekijöistä. Se muodostuu kolmesta yläluokasta, joihin kuuluu 1.) Hoitohenkilökunnasta lähtöisin olevat tekijät, 2.) Resurssien puute ja 3.) Potilaista lähtöisin olevat tekijät. Jokaisen yläluokan alle muodostui kolme- kuusi alaluokkaa.

KUVIO 5. Hoitajien kokemuksia seksuaalivointia estävistä tekijöistä



Hoitohenkilökunnan näkökulmasta seksuaalineuvontaa estäviksi tekijöiksi muodostui 1) koulutuksen puute, 2) rutiinien puute, 3) perehtymisen puute, 4) työntekijän matala vireystila ja 5) pelko syöpää kohtaan.

Osaamisen näkökulmasta haastateltavat kokivat seksuaalineuvontaa estäväksi tekijäksi tiedon puutteet. Haastateltavat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta voidakseen ohjata potilaita seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa ja ongelmissa. Tutkimustulosten mukaan kättilöopinnoissa käyty verkkokurssi koettiin riittämättömäksi. Haastateltavat kokivat, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olisi pitänyt keskustella myös kasvotusten. He kokivat, että osaaminen jää paljon omien tietojen ja mielenkiinnon varaan. Kättilön koulutus ei ole tutkittavien mukaan antanut eväitä seksuaalineuvontaan.

”aika paljon se jää niiden omien tietojen varaan tai sen mikä kiinnostaa, että ei se välttämättä se kurssi kauheena, varsinkaan kun se oli verkkokurssi.”

Haastatellut kokivat kokemuksen puutteen ja rutiinien puutteen hankaloittavan neuvonnan antamista. Hoitajat kokivat, että olisivat tarvinneet enemmän kokemusta ja opastusta syöpäpotilaiden seksuaaliohjaukseen.

“vähän on tullut näistä asioista ehkä juteltua vielä, kun on niin uutta tämä syöpätautien puoli.”

Tutkimustulosten mukaan työntekijän matala vireystila vaikuttaa negatiivisesti seksuaalineuvonnan onnistumiseen. Haastateltavat kokivat, että hoitajien aktiivisuus ja mielen-tila vaikuttaa siihen kuinka syvällistä tietoa potilaalle annetaan.

”Kyllä mielentilallakin on vaikutusta, että minkälaisessa vireystilassa itse on. Kuinka paljon jaksaa vielä peruspaketin päälle jatkaa.”

Eräs haastateltavista toi esille pelon syöpää kohtaan seksuaalineuvontaa estävänä tekijänä. Syövän kautta seksuaalisuuden esille ottaminen koettiin hankalampana kuin muuten seksuaalisuudesta keskusteleminen esim. naistentautien potilaan kanssa.

“Ehkä itessään se syöpä on vähän semmoinen mörkö, että sen kautta käsittelemine on vähän hankalampaa kuin muuten terveiden naisten kanssa juttelu.”

Haastateltavat olivat silti sitä mieltä, että seksuaalisuus pitäisi ottaa enemmän puheeksi hoitajistakin käsin. Hoitajat kokivat, ettei osastolla tule annettua niin paljon seksuaalineuvontaa kuin mitä potilaat ehkä tarvitsisivat.

”Se varmaa riippuu aika paljo ihmisestä. Joittenki kanssa tulee semmosia keskusteluja niinkö iha hyviäki. Mutta ehkä semmoset, jotka ei kauheena puhu, niin niitten kanssa ei välttämättä sitten tulekaan. Varmaa pitäs enemmä itsekin ottaa sitä asiaa esille.”

Resurssien puutteen alaluokiksi muodostuivat 1) Ajan puute, 2) Sopivien tilojen ja 3) Käytännön välineiden puuttuminen. Ajan puute ja kiire nousivat tärkeimmiksi seksuaalineuvontaa estäviksi tekijöiksi. Haastatteluissa ilmeni hoitajien kokemus siitä, ettei heillä ole mahdollisuutta lähteä antamaan potilaalle seksuaaliohjausta. Haastateltavien mukaan aikaa tulee olla reilusti, jos lähtee keskustelemaan potilaan kanssa seksuaalisuudesta. Muihin työtehtäviin ei tule tällöin olla kiire. Haastateltavat kokivat, että seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittely saattoi jäädä taka-alalla muiden työtehtävien vuoksi.

“Joskushan sitä on vaan pakko tehdä ne asiat mitkä on pakko tehdä tai mitkä menee edelle. Tarvis enemmän vielä resursseja, että olisi potilaille enemmän aikaa.”

Tutkimustulosten mukaan sopivien tilojen puute ja käytännön välineiden puute ovat esteenä seksuaalineuvonnan antamiselle. Ohjauksen antaminen isoissa potilashuoneissa koetaan esteenä ohjaukselle. Haastatteluiden mukaan hankalana koettiin, jos huoneessa on eri sairauksia sairastavia potilaita. Esteenä ohjaukselle muodostui lisäksi salassapitovelvollisuus.

“No estää ainaki semmonen, että kotihoito- ohjausta annetaan potilashuoneissa. Ei ole välttämättä tilaa tai aikaa sen potilaan kanssa lähteä erikseen sitä ohjausta antamaan.”

Potilaista lähtöisin olevat tekijät jaettiin viiteen alaluokkaan, joita ovat 1) Potilaan torjuminen, 2) Potilas kriisissä, 3) Potilas vasta toipuu leikkauksesta, 4) Lyhyet hoitoajat ja 5) Potilaat sulkeutuneita sairauteensa.

Tutkimustulosten mukaan potilaan asennoituminen seksuaalineuvontaan vaikuttaa seksuaalineuvonnan antamiseen. Potilaan torjuminen koettiin neuvontaa estävänä tekijänä. Haastateltavat kokivat, etteivät halua asettaa potilasta noloon tilanteeseen, jos huomavat että potilas kokee aiheesta puhumisen vaikeana. Haastatteluissa tuli ilmi, ettei hoitaja välttämättä ole se henkilö, jonka kanssa potilas haluaa keskustella. Hoitajat mainitsivat aistivansa heti, jos potilas ei halua aiheesta puhua tai jos aiheesta keskusteleminen on potilaalle hankalaa.

“Mutta sitten, jos vastapuoli ottaa sen vaikeana, niin sen kyllä aistii heti, että tästä ei haluta keskustella enempää. Eikä halua toista noloon tilanteeseen saattaa että jos on oikiasti tosi hankalaa puhuminen siitä asiasta.”

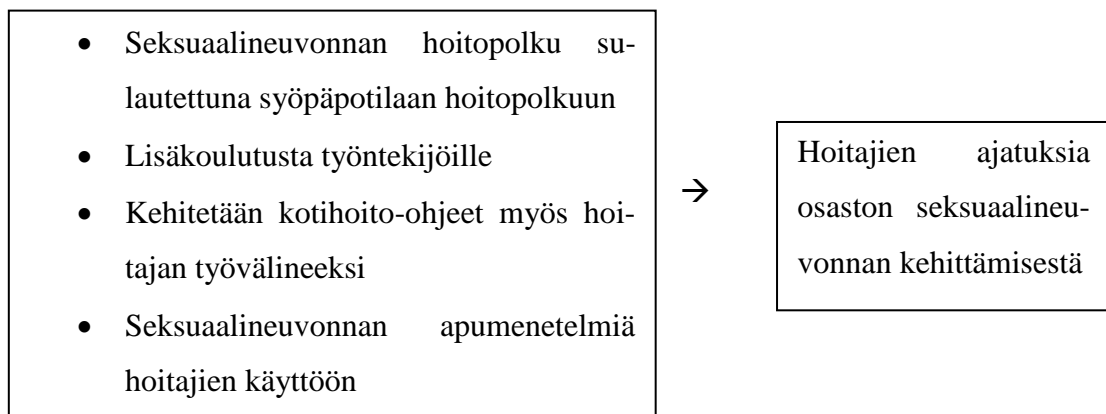
Tutkimustulosten mukaan lyhyet hoitoajat ovat esteenä neuvonnan antamiselle. Tällöin potilas vasta toipuu leikkauksesta, jolloin seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät ole päälimmäisenä mielessä. Hoitajat kokivat, että suurimmalle osalle potilaista ohjauksen antaminen on ihan liian varhaista osastohoidon aikana. Hoitajien mukaan potilaat ovat usein tässä vaiheessa vielä kriisissä, eivätkä he ole vielä vastaanottavaisia seksuaalineuvonnalle.

”Potilaat on niin omissa ajatuksissaan ja käsittelee sitä asiaa, että ei tuu mieleen mennä siihen, että “hei ootko sää ajatellu tämmösiä”. He ovat vielä niin sulkeutuneita siihen sairauteen. Että ei ehkä tällasilla osastoilla tuu niin paljon vielä lähettyä sellaisista asioista keskustelemaan, mitkä tulee vähän myöhemmin helpommin heilläkin. He tulevat ajattelemaan niitä asioita enemmän kuin heti tässä leikkauksen jälkeen.”

5.5 Hoitajien ajatuksia osaston seksuaalineuvonnan kehittämisestä

Pääluokka ”Hoitajien ajatuksia osaston seksuaalineuvonnan kehittämisestä” koostuu yhteensä kolmesta alaluokasta, joita ovat 1) seksuaalineuvonnan hoitopolku, 2) lisäkoulutus työntekijöille, 3) työväliseenä kotihoito-ohjeet ja 4) seksuaalineuvonnan apumenetelmiä hoitajien käyttöön.

KUVIO 6. Hoitajien ajatuksia osaston seksuaalineuvonnan kehittämisestä.



Kysyimme haastatteluissa hoitajien ajatuksia seksuaalineuvonnan hoitopolusta. Haastatteluista ilmeni, ettei osastolla ole seksuaalineuvonnan hoitopolkua ja seksuaalineuvonnan ajateltiin olevan vielä ”vauvan kengissä”. Tutkimuksen mukaan seksuaalineuvonnan hoitopolku koettaisiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Haastateltavat pitivät tärkeänä hoidon jatkuvuutta. Haastatteluissa nousi esille, että seksuaalineuvonnan hoitopolku olisi hyvä sulauttaa osaksi syöpäpotilaan hoitopolkua. Seksuaalineuvojan tapaaminen voisi olla ohjelmoituna hoitoon.

”Tällä hetkellä tuntuu että seksuaalineuvonta on meidän osastolla niin sanotusti vauvankengissä. Että siihen meän täytyy tehdä porukalla töitä.”

Tutkimuksen mukaan seksuaalisuudesta tulisi keskustella potilaan kanssa eri vaiheissa sairautta ja toimenpidettä. Seksuaalineuvontaa tulisi haastateltavien mukaan antaa hyvissä ajoin ennen leikkausta, sairaalahoidon aikana sekä sairaalajakson jälkeen. Haastatteluissa nousi esille, että otollisin hetki seksuaalineuvonnalle olisi jälkitarkastus. Tärkeänä koettiin, että potilaalla on mahdollisuus halutessaan keskustella seksuaalineuvo-

jan tai seksuaaliterapeutin kanssa siinä vaiheessa, kun potilas on jo kotiutunut. Hoitajat kokivat, ettei osastolla oloaika ole vielä otollista aikaa puhua seksuaalisuudesta.

”Puhutaan jo etukäteen siitä potilaan kanssa, mielellään jo siinä vaiheessa kun leikkausta suunnitellaan tai yleensäkin siinä vaiheessa kun pahanlaatusuutta on todettu. Että miten se jatkossa vaikuttaa ja alkaa tavallaan petaamaan sitä paikkaa sinne sitte kun se ois todellisuudessa ajankohtasta.

Yhdeksi alaluokaksi muodostui lisäkoulutus työntekijöille. Haastatteluissa mainittiin koulutuksen tarve seksuaalineuvontaan. Hoitajat kokivat tarvitsevänsä lisää tietoja ja taitoja seksuaalineuvonnan antamiseen. Haastatteluiden mukaan toiveena on sairaalan järjestämä kurssi seksuaalisuudesta, koulutuspäivä tai osastotunti.

”Joku koulutussysteemi olisi aika monellekkin hyvä vielä lisäksi. Ei siis mitään vuoden koulutusta vaan koulutuspäiviä.”

Seksuaalisuudesta keskusteleminen ja seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin sekä helppona että vaikeana. Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvontaa pidetään tärkeänä ja siihen halutaan panostaa. Hoitajan kaipaavat etenkin lisää rohkeutta puheeksi ottamiseen. Tutkimuksen mukaan kotihoito-ohjeiden tekemisellä voitaisiin kehittää seksuaaliohjausta. Tutkimuksessa nousi esiin, että ongelmana seksuaaliohjauksessa on usein rohkeuden puute ottaa seksuaalisuus puheeksi. Kotihoito-ohjeiden avulla hoitajat saavat konkreettisia asioita, joiden avulla ottaa seksuaalisuus puheeksi.

”..kotihoito-ohje, joka voidaan antaa, oli se sitte gynekologinen tai syöpäpotilas. Että se tavallaan tois sitä rohkeutta ja työkaluja”

Haastatteluissa kysimme hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan apumenetelmistä. Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät käytä seksuaalineuvonnan apumenetelmiä, koska he kokevat, ettei heillä ole mitään mitä käyttää. Yksi haastateltavista mainitsi esittelevänsä syöpä ja seksuaalisuus lehtisen potilaalle. Muut eivät varsinaisesti käyttäneet lehtistä hyödyksi ohjauksessa. Haastatteluiden mukaan eräs hoitajista oli käyttänyt hyödyksi

anatomista kuvaa seksuaalineuvonnassa. Oma tietous ja persoonallisuus koettiin yhdeksi seksuaalineuvonnan apumenetelmäksi.

”Syöpäpotilaille esittelen sen syöpä ja seksuaalisuus lehtisen. Monesti potilaiden kanssa ihan selataan sitä, että mitä siellä on, että se ei ole sellainen pelottava asia. Mut niin, mitä muuta niin omaa tämän hetkistä tietoutta ja omaa persoonallisuutta, omaa suuta.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys on tärkeää ottaa huomioon kaikessa tieteellisessä toiminnassa, etenkin kun kyse on ihmisistä. (Kankkunen 2009, 172.) Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Mielestämme tutkimuksemme teko on eettisesti perusteltu, sillä saaduilla tutkimustuloksilla saimme tietoon miten hoitajat kokevat seksuaalineuvonnan antamisen ja minkälaisissa asioissa he kaipaivat koulutusta. Tutkimuksestamme nousi esille kehittämisehdotuksia osaston seksuaalineuvontaan. Tutkimuksestamme saadut tulokset voivat tulevaisuudessa vaikuttaa edistävästi potilaiden seksuaaliterveyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177). Koemme tutkimusaiheemme eettisesti merkittäväksi, sillä tutkimustuloksia voidaan käyttää hoitotyön laadun parantamiseen. (Vrt. Kankkunen 2009, 177).

Tutkittavien anonymiteetti tulee huomioida tutkimuksen teossa. Tutkijan tulee arvioida onko tarpeellista kertoa tutkimuksessa tutkittavien henkilökohtaisia tietoja. (Kankkunen ym. 2009, 177.) Korostimme tutkittaville, että heidän anonymiteetti tulee säilymään koko tutkimusprosessin ajan. Emme ole luovuttaneet tietoja tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. (Vrt. Kankkunen 2009, 179.) Mielestämme tutkittavien henkilökohtaisten tietojen kertominen ei ollut olennaista tutkimuksemme kannalta. Halusimme ainoastaan tietää tutkittavien iän, koulutuksen ja työkokemuksen. Kuvasimme tutkittavien taustatietoja keskiarvona, jotta anonymiteetti säilyisi, sillä tutkittavien joukko oli pieni. Iän ja työkokemuksen asetimme isoon haarukkaan emmekä ole paljastaneet missään vaiheessa tutkimusprosessia tutkittavien tarkkaa ikää. (Kankkunen ym. 2009, 177.) Lähes kaikki osastolla työskentelevät hoitajat ovat koulutukseltaan kättilöitä, joten emme usko sen vaikuttavan tutkittavien anonymiteettiin.

Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä eettisistä arvoista tutkimuksen teossa. Kerroimme haastatteluiden alussa tutkittaville heidän mahdollisuudestaan keskeyttää tutkimus ja kieltäytyä antamasta tietojaan missä vaiheessa haastattelua tahansa. Tutkittavat

osallistuvat vapaaehtoisesti haastatteluun, vaikka osastonhoitaja oli valinnut haastateltavat tutkimukseen. (Kankkunen ym. 2009, 177.)

Riittävät tiedot tutkimuksen sisällöstä ovat vapaaehtoisuuden peruste ja tutkimukseen osallistumisen tulee perustua riittävään tietoon. (Kuula 2011, 231). On eettisesti tärkeää, että tutkittava tietää mikä on tutkimuksen luonne. Saatekirjeessä kerroimme perustiedot tutkimuksestamme ja sen aiheesta. Kerroimme myös tutkimustulosten säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. (Kankkunen ym. 2009, 178.) Lisäksi kerroimme tutkimuksen käyttötarkoituksesta ja kauanko tutkimukseen kuluu aikaa. (Vrt. Kuula 2011, 61.) Saatekirjeessä kerroimme haastattelutilanteesta ja haastattelun nauhoittamisesta. Näin tutkittavilla oli hyvin aikaa valmistautua haastatteluihin.

Käytimme tutkimuksessamme melko paljon suoria lainauksia. Otimme tutkittavien anonymiteetin huomioon ja käänsimme murre sanoja yleiskielelle, jotta tutkittavia ei voisi tämän perusteella tunnistaa. (Kankkunen & ym. 2009, 180).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä selkeää määritelmää. (Paunonen ym. 1997, 215.) Laadullisessa tutkimuksessa tulkintaan vaikuttaa aina tutkijan persoonallinen näkemys asiasta. Olemme tutkimusprosessin alusta saakka kertoneet ennako-olettamuksistamme tutkittavaa ilmiötä kohtaan ja pyrkineet sulkemaan ennako-olettamuksemme tutkimusprosessin ulkopuolelle. Tämä lisää tutkimuksemme luotettavuutta. (Kankkunen ym. 2009, 166; Nieminen 1997, 215.)

Olemme mielestämme kertoneet ja kuvanneet selkeästi tutkimuksen tuloksia. Lukijan tulee ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimuksen suorittamisessa olemme kertoneet tarkasti osallistujien valinnasta ja aineiston keruusta. Analyysin olemme pyrkineet kuvaamaan kattavasti. (Kankkunen ym. 2009, 160.)

Laadullisen tutkimuksen analysointi vaatii luovuutta. Olemme tarkastelleet asioita useista eri näkökulmista. (Nieminen 1997, 219). Olemme kirjanneet ja perustelleet, millä tavalla olemme aineistoa luokitelleet. Aineiston luotettavuutta lisäsimme käyttämällä

suoria lainauksia. Suorat lainaukset elävöittävät tekstiä. Olemme kertoneet rehellisesti tutkimustulokset, emmekä ole yleistäneet saamiamme tuloksia ilman perusteita. Kerromme rehellisesti niin sanotut negatiiviset tulokset ja tutkimuksen teossa ilmenneet puutteet. (Kankkunen 2009, 183).

Mielestämme tutkittavat suhtautuivat positiivisesti haastatteluihin. Emme saaneet haastateltavia saatekirjeen avulla, mutta osastonhoitaja valitsi meille lopulta halukkaat ja sopivat henkilöt haastatteluihin. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkittava haluaa aidosti osallistua tutkimukseen. (Nieminen 1997, 216.) Uskomme, että haastateltavat olivat itsekin kiinnostuneita oman osastonsa toiminnasta seksuaaliohjauksen antamisessa ja sen vuoksi halusivat aidosti osallistua tutkimukseen.

Pyrimme tekemään haastattelukysymyksistä sopivan laajoja. Haastattelimme hoitajia eri teemojen mukaan. Mielestämme tutkimuskysymykset olivat sopivan mittaisia, sillä saimme mielestämme hyvin esille tutkittavien näkemyksen aiheesta ja tutkimusaineistoa kertyi sopiva määrä. (Nieminen 1997,217).

Usein tutkijat ajattelevat, että avoimella haastattelulla saadaan rehellisiä vastauksia, koska tutkittava saa vapaasti kertoa kokemuksistaan. (Nieminen 1997,217). Tutkijan on hyvä muistaa, että haastateltavat saattavat jättää olennaisia asioita kertomatta, muunnella totuutta tai he voivat pyrkiä miellyttämään tutkijaa tuottamalla sosiaalisesti hyväksytyjä kertomuksia. Tätä pyrimme välttämään siten, että kerroimme haastateltaville haastattelumateriaalien säilyttämisestä ja siitä, ettei heidän henkilöllisyytensä paljastu missään tutkimusprosessin vaiheessa. Korostimme hoitajille, että halusimme tietää heidän henkilökohtaisen kokemuksensa aiheesta. (Nieminen 1997,218.) Ennen haastattelun aloitusta keskustelimme hetken aikaa muista aiheista. Toinen meistä oli ollut työharjoittelussa osastolla, mikä mielestämme saattoi vaikuttaa siihen, että hoitajat uskalsivat avoimemmin kertoa kokemuksistaan. (Nieminen 1997,218).

6.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia antamastaan seksuaalivonnon antamisesta. Halusimme selvittää miten hoitajat kokevat seksuaalivonnon antamisen gynekologiselle syöpäpotilaalle ja miten hoitajat ymmärtävät seksuaalisuuden ja seksuaalivonnon. Lisäksi halusimme saada hoitajien mielipiteitä ja ajatuksia siitä, millä tavoin osaston seksuaalivonnot voitaisiin kehittää. Näiden asioiden kartoittaminen mahdollistaa ohjauksen laadun parantamisen. Tarkastelemme tutkimustuloksiamme samassa järjestyksessä kuin olemme ne tutkimustuloksissa esittäneet.

Ryttyläisen ja Valkaman mukaan hoitajat mieltävät yleensä seksuaalisuuden osaksi hoitotyötä ja suhtautuvat siihen myönteisesti. Käytännön työssä potilaan seksuaalisuutta huomioidaan vielä melko vähän. Potilaat kokevat tiedonsaannin usein riittämättömäksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.) Tutkimustulosten mukaan seksuaalivonnot pidetään tärkeinä ja siihen halutaan panostaa. Hoitajat kaipaavat etenkin lisää rohkeutta puheeksi ottamiseen. Haastateltavien mielestä seksuaalisuus pitäisi ottaa enemmän puheeksi hoitajistakin käsin.

On myös tavallista, että hoitajat ajattelevat, ettei potilas halua puhua seksuaalisuudesta ja puheeksi ottamalla hoitaja loukkaa potilaan yksityisyyttä. Hoitaja saattaa pyrkiä suojelemaan potilaita ahdistuksen tunteilta, joita seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi aiheuttaa ja sen vuoksi jättää käsittelemättä seksuaalisuutta potilaan hoidossa. (Ryttyläinen ym. 2010, 131). Tutkimuksemme saimme myös vastaavia tuloksia, kun hoitajat kertoivat kokemuksistaan potilaan kiusaantumisesta ja ahdistumisesta tai aistimuksistaan, ettei potilas haluaisi puhua seksuaalisuudesta. Hoitajien aistiessa potilaan kiusaantumisen, he kertoivat yleensä lopettavansa keskustelun.

Hoitajalla tulee olla herkkyyttä havaita sopiva ajankohta seksuaaliasioiden puheeksi ottamiselle. Keskustelun aloitteena voi olla esimerkiksi opaslehtinen, suora kysymys tai pieni vihjaus aiheesta. (Ryttyläinen ym. 2010, 138). Haastateltavat kertoivat tekevänsä aloitteen seksuaalivonnot yleensä kotihoito-ohjeiden avulla. Vain muutama hoitaja käytti hyödykseen seksuaalisuus ja syöpälehtistä ohjauksessa. Haastatteluissa tuli ilmi, että oli henkilöitä, jotka tiesivät oppaan, mutta eivät olleet perehtyneet siihen. Eräs haas-

tateltavista kertoi, ettei itse tee aloitetta seksuaaliasioista keskustelemiseen, vaikka tietäinkin, että se on hänen velvollisuus. Haastateltava koki, ettei hänellä ollut osaamista seksuaalineuvonnan antamiseen.

Seksuaalisuuden käsitteleminen voi olla myös hoitajalle arka aihe. Asian käsittelyä ei saa silti jättää potilaan vastuulle. Hoitaja on velvollinen ammattinsa puolesta käsittelemään potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja löytämään niihin ratkaisuja. Potilas tarvitsee hoitajalta tukea, arvostusta ja myötätunnon osoitusta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137–138.) Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat eri tavoin seksuaaliohjauksen antamisen. Osa koki neuvonnan antamisen helppona, osa vaikeana ja osalle seksuaalineuvonnan antaminen oli neutraali asia. Haastatteluissa nousi esille neuvonnan antamisen olevan myös potilaskohtaista. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, että joidenkin kanssa seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on luontevampaa ja aiheen nostaminen esille tulee automaattisesti. Nuorille puhuminen koettiin luontevampana ja nuoremmat ottivat useammin itse esille seksuaalisuuden. Hoitajat toivat esille, että iäkkäät ihmiset saattoivat sivuuttaa asian toteamalla, ettei asia enää koske heitä iän tai kumppanin kuoleman vuoksi.

Perhekeskeisyyden mukaan potilaan puoliso tai kumppani otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen potilaan niin halutessa. Seksuaalineuvonnassa käsiteltävät asiat koskevat usein molempia kumppaneita ja siten molemmat hyötyvät seksuaalineuvonnasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 50.) Aineistomme mukaan hoitajat mielsivät seksuaalineuvontaan kuuluvaksi myös perheen ja puolison huomioimisen. Monikaan hoitajista ei ollut keskustellut yhdessä sairastuneen ja hänen kumppaninsa kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioita.

Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvontaa edistäväksi tekijäksi koettiin konkreettiset asiat, kuten kotihoito-ohjeet. Kotihoito-ohjeiden avulla hoitajat kokivat seksuaalisuuden puheeksi ottamisen luontevampana. Hoitajien kokemuksen mukaan kotihoito-ohjeet auttavat myös potilaita nostamaan seksuaalisuuden puheeksi. Pelusin 2006 sekä Galbraithin ja Critghtonin 2008 mukaan suulliset ja kirjalliset ohjeet auttavat puolisoita paremmin ymmärtämään ja tukemaan sairastunutta sekä kannustavat puolisoita keskustelemaan keskenään seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Åstedt-Kurki 2010, 285.)

Tutkimuksemme tulosten mukaan potilaan positiivinen asennoituminen ja vastaanottavaisuus sekä hoitajan positiivisen asenne ja vireystila koettiin edistävän seksuaalineuvonnan antamista.

Ryttyläisen ja Valkaman mukaan työyhteisön ilmapiiri ja hoitotyön periaatteet vaikuttavat siihen kuinka seksuaalineuvontaan suhtaudutaan. Heidän mukaan on tärkeää, että työyhteisössä asiat on järjestetty niin, että hoitajalla olisi aikaa ja sopiva paikka käsitellä potilaan kanssa seksuaalisuutta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131). Tutkimuksemme saatujen tulosten mukaan haastateltavat kokivat isojen potilashuoneiden estävän neuvonnan antamista. Tuloksissa tuli esille, että samantyyppisten potilaiden ollessa samassa huoneessa keskustelu saattoi viritä helpommin. Tällöin potilaat ovat ikään kuin samassa veneessä.

Hoitajasta lähtöisin oleviksi estäviksi tekijöiksi nousivat matala vireystila, kokemuksen ja rohkeuden puute, pelko syöpää kohtaan ja koulutuksen sekä perehtymisen puute. Matalan vireystilan ajateltiin vaikuttavan negatiivisesti seksuaalineuvonnan antamiseen, koska tällöin hoitaja ei jaksanut antaa neuvontaa perusasioiden lisäksi. Kaikki haastateltavat toivat esille koulutuksen puutteen seksuaalineuvontaa hankaloittavana tekijänä. Haastatteluissa nousi esille, ettei seksuaaliterveyden kurssit ole toimivia verkko-opetuksessa, koska tällöin ei harjoitella puhumaan asioista ääneen ja kasvokkain. Osa hoitajista koki, ettei heidän tietotasonsa ollut riittävä, eivätkä he olleet saaneet perehdytystä ja koulutusta seksuaalineuvonnan antamiseen syöpäpotilaalle. Haastatteluissa tuotiin esille, ettei aina ollut rohkeutta nostaa seksuaalisuutta esille. Eräs hoitaja toi myös esille, että syöpä itsessään on jo ”mörkö” mikä vaikeuttaa neuvonnan antamista.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille, että esteet seksuaalineuvonnan antamisessa voivat liittyä hoitajaan, hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen tai hoitotyön toimintaympäristöön. Vaikka hoitajat mieltävät seksuaalineuvonnan hoitotyöhön kuuluvaksi, ei suurin osa silti keskustele potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja ongelmista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131). Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan kokemukset seksuaalineuvontaa estävistä tekijöistä ovat hyvin moninaiset. Estäviksi tekijöiksi mainittiin potilaista sekä hoitajista lähtöisin olevia syitä. Potilaasta lähtöisin oleviksi syiksi hoitajat kertoivat potilaan torjumisen nostettaessa esille seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Hoitajat nostivat esille lyhyet hoitoajat seksuaalineu-

vontaa vaikeuttavana tekijänä. Tällöin potilaat vasta toipuvat leikkauksesta ja ovat vielä kriisissä ja sulkeutuneita sairauteensa.

Osa hoitajien kokemuksista tuki Hautamäki-Lammisen ym. 2010 tekemä tutkimus. Tutkimuksen mukaan potilaat toivat esille tarvitsevansa tietoa hoidon alkuvaiheessa, mutta heidän henkinen kapasiteetti ei tällöin välttämättä riitä seksuaalineuvonnan vastaanottamiseen. Heillä on tällöin syövästä selviytyminen päällimmäisenä mielessä. Samaisessa tutkimuksessa tuli esille, että neuvonnan oikea ajoitus on yksilöllinen. Mikäli potilas ei kyseisellä hetkellä tunne tarvetta keskustella seksuaalisuuteen tai parisuhteen liittyvistä asioista, on hoitajan hyvä rohkaista häntä kysymään niistä niiden tullessa ajankohtaisiksi. Potilaat pitivät oikeana ajankohtana seksuaalineuvonnalle jälkitarkastusta, jonka yhteyteen he toivoivat kokonaisvaltaista tilannearviointia ja keskustelua mieltä askarruttavista kysymyksistä. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 285.) Järvisen ym. tutkimuksessa tuli esille, että neuvonnan onnistumista heikentävät vaikea sairaus, lyhyet hoitoajat, asenteet sekä pitkät sairaalamatkat. (Järvinen, Nylund, Susi, Vihtamäki 2008, 13.)

Tutkimuksessamme resurssit seksuaalineuvonnan antamiseen koettiin riittämättömiksi. Hoitajat kokivat, ettei seksuaalineuvonnan antamiselle ole sopivia tiloja, aikaa ja käytännön apuvälineitä. Hoitajat kokivat näiden tekijöiden estävän seksuaalineuvonnan antamista. Myös Nylundin ym. tekemässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnalle nousi esille resurssinäkökulma. Heidän tutkimuksessa nousivat esille rahan, tilojen, tarvikkeiden ja asiantuntijoiden puute seksuaalineuvontaa estävinä tekijöinä. Ongelmaksi seksuaalineuvonnassa koettiin erityisesti puutteet tiedonkulussa ja riittämättömät resurssit seksuaalineuvojen käyttämiseen sekä ajan puute. Seksuaalineuvonnan vähäisyyden syyksi nousivat tiedon- ja asiantuntijoiden puute. Ongelmaksi koettiin, että seksuaalineuvonta on yhden sairaanhoitajan tai seksuaalineuvojan varassa. (Nylund ym. 2008, 12,14,15.)

Potilaat tulevat yleensä autetuiksi siten, että hoitaja sallii ja hyväksyy potilaan seksuaalisuuden, kuuntelee potilasta ja keskustelee potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Hoitajalla tulee olla aikaa pysähtyä keskustelemaan näistä asioista. Se ei useimmiten vaadi mitään lisäresursseja. (Ryttyläinen ym. 2010, 7.) Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, ettei heillä ollut useinkaan aikaa pysähtyä keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Osa tutkittavista toi esille, että potilaan alka-

essa keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä, heillä ei enää saanut olla kiire. Tutkimustuloksissa nostettiin esille tiedonannon, tuen ja kannustuksen merkitys seksuaalineuvonnassa. Haastateltavat hoitajat pitivät tärkeänä, että potilaalle annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta.

6.4 Johtopäätökset

Yhteenvedona voidaan todeta, että kaikki haastatellut hoitajat ymmärsivät seksuaalisuuden laajana kokonaisuutena, ei pelkkänä yhdyntäkeskeisyytenä. Tutkimustulosten mukaan hoitajat ymmärsivät gynekologisella syövällä olevan vaikutusta seksuaalisuuden ja elämän eri osa-alueisiin. Heidän mukaan nainen tulisi nähdä kokonaisvaltaisena eikä vain syöpäsairana.

Seksuaalineuvontaan miellettiin kuuluvaksi läheisesti naiseuden tukeminen ja huomiointi. Myös puolison huomiointi ymmärrettiin kuuluvaksi osaksi seksuaalineuvontaa, vaikkei se käytännössä juurikaan toteutunut. Osa haastateltavista kertoi keskustelunsa naisen kanssa miten lähteä kertomaan puolisolleen sairaudesta ja mahdollisista kehon muutoksista. Käytännön neuvojen antamista pidettiin tärkeänä osana seksuaalineuvontaa ja hoitajat kokivat niiden antamisen helppona. Vaikeina asioina seksuaalineuvonnassa hoitajat kokivat, kun mukaan tuli ongelmia esim. haluttomuutta.

Kokemukset seksuaalineuvonnasta olivat hoitajilla erilaisia. Eräs haastateltavista toi esille, että koki seksuaalineuvonnan antamisen luontaisena riippumatta henkilöstä. Muut haastateltavat toivat esille seksuaalineuvonnan antamisen olevan riippuvainen potilaasta. Neuvonnan antamiseen vaikutti miten hoitajan ja potilaan henkilökemiat kohtasivat. Toisille potilaille neuvonnan antamisen koettiin tulevan luonnostaan. Nuoren iän ajateltiin edistävän seksuaalineuvonnan antamista. Tutkimustuloksissa tuli ilmi, että hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta seksuaalineuvonnan antamiseen. Tiedon puute koettiin estävänä tekijänä neuvonnan antamisessa. Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa seksuaalisuusasioista. Lisää rohkeutta kaivattiin seksuaalisuuden esille nostamiseen.

Hoitajat mielsivät seksuaalineuvontaan kuuluvaksi myös perheen ja puolison huomioimisen, mutta monikaan hoitaja ei ollut keskustellut yhdessä sairastuneen ja kumppanin kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioita. Ehkä tähän on syynä lyhyet hoitoajat ja se, että hoitajat haluavat ensin herätellä naisen ajatuksia seksuaalisuudesta ja tulevaisuudesta. Tulevaisuudessa seksuaalineuvontaa voisi antaa kumppaneille yhdessä ainakin jälkitarkastuksen yhteydessä. Tällöin potilaat ovat saaneet toipua leikkauksesta ja syövän aiheuttamasta kriisistä rauhassa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että hoitajat saattavat odottaa potilaan aloitetta seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen. Meidän tulostemme mukaan puolet hoitajista odotti potilaan tekemän aloitteen, kun puolet hoitajista taas ei odottanut potilaalta aloitetta vaan teki itse aloitteen keskusteluun.

Lähes kaikki haastateltavat toivat esille seksuaalineuvonnan hoitopolun tuomisen osaksi syöpäpotilaan hoitopolkua. Haastateltavat toivoivat hoitopolun alkavan jo hoitosuhteen alussa ja jatkuvan osastolla ollessa. Jälkitarkastuksen yhteydessä ajateltiin seksuaalineuvojan tapaamisen viimeistään olevan ajankohtainen asia. Eräs haastateltavista toivoi, että tulevaisuudessa osastolla voitaisiin todeta potilaalle, että seksuaalineuvoja tulee käymään samalla lailla kuin sosiaalihoitaja. Potilaille tulisi mielestämme antaa mahdollisuus keskustella seksuaalineuvojan kanssa potilaan niin halutessa. Eräs hoitaja toi esille idean, että potilaalle annettaisiin numero, johon voisi tarvittaessa soittaa seksuaaliasiointiin liittyen. Seksuaaliohjaus on vielä kuitenkin enemmän kiinni yksittäisistä hoitajista, siitä, miten he ottavat seksuaalisuuden puheeksi potilasohjauksessa.

Tutkimustulosten mukaan seksuaalineuvonnan kehittämistä pidettiin tärkeänä. Hoitajat toivoivat lisäkoulutusta, esimerkiksi osastotunnin tai koulutuspäivän muodossa. Uuden kotihoito-ohjeen tekemistä neuvonnan tueksi pidettiin tarpeellisena.

Lähes kaikki hoitajat kokivat, ettei heillä ollut seksuaalineuvonnan apuvälineitä, mitä käyttää neuvonnan antamisessa. Tämä osoittaa, ettei heillä ole tietoa olemassa olevista malleista, jotka on luotu seksuaalineuvonnan apuvälineiksi. Esimerkiksi BETTER-malli on kehitetty seksuaalisuuden arvioimiseen ja puheeksi ottamiseen apuvälineeksi työntekijöille, jotka työskentelevät syöpää sairastavien potilaiden kanssa. Tutkimustuloksissa ilmeni, etteivät kaikki hoitajat hyödyntäneet syöpä ja seksuaalisuus esitettä potilaiden

ohjauksessa. Osastolla voitaisiin tulevaisuudessa koota seksuaalineuvonnan salkku, jossa olisi malleina esim. venyttimiä, hieromasauvoja ja liukuvoiteita, jota työntekijät voivat hyödyntää tulevaisuudessa seksuaalineuvonnassa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi tietoja ja taitoja käsitellä seksuaalisuutta potilaan kanssa. Hoitajat kokivat, ettei kättilön koulutus ole antanut riittävästi eväitä seksuaalineuvonnan antamiselle.

Mielestämme olemme onnistuneet saamaan viitekehykseen hyvän teoriaosuuden gynekologisen syöpäpotilaan tavallisimmista seksuaalisuuden ongelmista sekä tavallisimmista odotuksista seksuaalineuvonnan suhteen. Olemme mielestämme käsitelleet laajasti hoitohenkilökunnan käsityksiä seksuaalineuvonnasta. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilaslähtöisessä hoitotyössä.

6.5 Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämisehdotukset

Aiheen tutkimuksemme saimme olemalla yhteydessä OYS:aan. Meille kerrottiin, että voisimme tutkia hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan toteuttamisesta. OYS koki tutkimuksen teon tarpeelliseksi, joten uskomme, että tutkimuksesta saatuja tuloksia tullaan hyödyntämään. Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ohjauksen laadun parantamisessa. Työnantajan on mahdollista kehittää halutessaan hoitohenkilökunnan osaamista erilaisin koulutuksin.

Haastatteluissa kysyimme hoitajilta kehittämisehdotuksia osaston seksuaalineuvonnan kehittämiseen. Esitetyt kehittämisehdotukset olivat mielestämme hyviä ja toteuttamiskelpoisia. Hoitajat toivoivat koulutusta seksuaalineuvontaan lyhyen kurssin, koulutuspäivän tai osastotunnin muodossa. Kehittämisehdotuksena mainittiin uuden kirjallisen ohjeen teko sekä seksuaalineuvonnan hoitopolun kehittäminen.

Kehittämisehdotuksena mainittiin, että potilaalle voitaisiin antaa osastolla puhelinnumero tai paikka, johon potilas voisi kotiuduttuaan ottaa yhteyttä ja keskustella seksuaalneuvojan tai seksuaaliterapeutin kanssa. Tämän järjestäminen vaatii jo paljon lisäresursseja. On tärkeää pohtia, että pystyttäisiinkö osastolla järjestämään sopivaa ja rauhallisempaa tilaa seksuaalineuvonnan tarpeeseen. Tämä olisi tärkeää, koska seksuaaliohjauksen antaminen isoissa potilashuoneissa koetaan hankalaksi.

Mietimme itsekkin, mitkä asiat voisivat edistää seksuaalineuvontaa. Ainakin osaston seinälle laitettava posterit tai juliste voisi tuoda potilaille kuvan, että osastolla suhtaudutaan myönteisesti seksuaalisuuteen ja osastolla on lupa ottaa seksuaalisuus puheeksi. Osastolle voitaisiin järjestää myös erilaisia seksuaalineuvonnan apumenetelmiä, kuten anatomisia kuvia tai malleja.

Seksuaalineuvonnan hoitopolku olisi mielestämme toteuttamiskelpoinen kehittämisehdotus. Emme usko, että se välttämättä vaatisi lisäresursseja paljon, jos se sulautetaan osaksi syöpäpotilaan normaalia hoitopolkua.

Jatkossa voitaisiin tutkia miten potilaat saavat osastolla seksuaalineuvontaa ja miten he kokevat sen saamisen. Potilailta voisi kerätä ehdotuksia seksuaalineuvonnan kehittämiseen. Tutkimuksen voisi toteuttaa samalla tavalla yksilöhaastatteluina tai kyselylomakkeiden avulla. Tämä toisi esille potilaiden kokemuksen toteutuneesta seksuaalineuvonnasta. Haastateltavien saaminen voi tässä tapauksessa olla haastavampaa, koska kyseessä on potilaiden haastattelu aiheesta, joka on monille arka aihe keskustella.

Tulevaisuudessa voitaisiin kartoittaa kaikkien osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta. Samalla voitaisiin kerätä tietoa missä asioissa he kokevat ohjauksen ja lisäkoulutuksen tarvetta. Olisi mielenkiintoista tietää koko osaston hoitohenkilökunnan kokemukset seksuaalineuvonnasta ja missä asioissa he kokevat koulutuksen tarvetta

6.6 Oppimiskokemukset

Itse olemme tutkimusprosessin aikana oppineet, millä tavalla hyvä seksuaalineuvonta tapahtuu. Olemme saaneet lisää tietoutta gynekologisista syövästä ja niiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Uskomme, että tutkimuksen teko on antanut meille lisää rohkeutta ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa. Olemme oppineet teoriaosuuden tekemisen myötä gynekologisen syövän ja hoitojen vaikutuksista naisen seksuaalisuuteen fyysisellä ja psyykkisellä tasolla. Voimme hyödyntää tutkimuksen teossa oppimiamme asioita tulevassa työssämme. Tutkimuksen teko on antanut meille tulevana kättilöinä eväitä tukea naisen seksuaalisuutta ja tiedostamme yleisimmät tuen alueet.

Meillä kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen teosta, joten tutkimuksen teko oli ajoittain melko haasteellista. Tutkimuksen teko oli kuitenkin koko tutkimusprosessin ajan mielekästä, koska pidimme molemmat tutkimustamme tärkeänä ja aiheena se kiinnosti meitä molempia. Oli mielenkiintoista saada selville hoitajien kokemuksia seksuaalineuvonnan antamisesta.

Meillä kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluista ja se vaati meiltä molemmilta paljon valmistautumista. Mielestämme onnistuimme hyvin haastatteluissa. Haastattelut paranivat haastatteluiden myötä. Alussa kysyimme molemmat kysymyksiä haastateltavilta, mikä hieman sekoitti meitä ja saatoimme kysyä saman kysymyksen

kaksikin kertaa. Ensimmäisen haastattelun myötä päätimme, että toinen haastattelee ja toinen on tukena ja havainnoimassa. Havainnoitsija esitti tarvittaessa lisäkysymyksiä. Tämä selkeytti huomattavasti haastattelutilannetta. Kirjallisuuden lukeminen laadullisen tutkimuksen teosta on ollut tärkeää koko tutkimusprosessin ajan. Olemme molemmat kehittyneet tiedonhaussa ja haastattelijoina.

On ollut mielekästä, että olemme saaneet itse päättää aikataulusta. Olisimme voineet pitää paremmin kiinni suunnitelluista aikatauluista, koska ajallisesti opinnäytetyöprosessi kesti paljon suunniteltua kauemmin. Tutkimusprosessi on ollut pitkä, sillä aloitimme valmistavan seminaarin ja tutkimussuunnitelman teon jo varhaisessa vaiheessa opintoja. Tällöin valmistuminen tuntui vielä melko kaukaiselta asialta. Olemme ymmärtäneet eri vaiheiden merkityksen tutkimuksemme teossa.

Mielestämme yhteistyömme opinnäytetyöprosessin aikana on sujunut hyvin, vaikka pieniä erimielisyyksiä välillä tuli eteen. Aikataulujen yhteensovittaminen on ollut välillä haasteellista ja se on vaatinut molemmilta joustamista. Tutkimuksen teon ajan olemme olleet yhteydessä yhteistyökumppaniimme sekä ohjaaviin opettajiin, mikä on opettanut meille tärkeitä yhteistyötaitoja, joista voimme hyötyä tulevassa työssämme.

LÄHTEET

Aaltola, J., Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 28, 30.

Aalto, P., Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J. & Miettinen M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* 20 (3), 151–163.

Cacciatore, R., Hervonen, A. & Kosunen, E. Seksuaalisuus elämänkaaressa. *Duodecim* 119.(3), 209.

Elonen, E. & Elomaa, I. 2006. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 451.

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen P., Lehto J. & Åstedt-Kurki P. 2010. Syöpäpotilaan sairastuminen ja seksuaaliohjaus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 22 (4), 160, 282–289.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen L., Åstedt- Kurki P., Lehto J. & Kellokumpu-Lehtinen K. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (3), 14, 15, 19.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2008. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus, 63, 92–93.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 152, 155, 197–199.

Holmia, S., Murto, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. *Sisätutien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY. 93, 95.

Jussila A., Kangas A. & Haltamo M. 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro, 22, 24–25, 30–32.

Johansson, R. 2011. Tietoa potilaalle: Solunsalpaajat eli sytostaatit. Hakupäivä 1.12.2013.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk01077&p_haku=solunsalpaajahoito

Johansson, R. 2012. Tietoa potilaalle: sädehoito. Hakupäivä 1.12.2013.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01625&p_haku=solunsalpaaja%20hoito

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy, 54, 83, 85, 95–99, 132, 160–161, 166, 172, 176–180, 183.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Hautamäki, K. & Väisälä L. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Duodecim. 119 (3), 237–241, 244–245, 152.

Konttinen H. 2009. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Suomen väestöliitto, 12–13, 25–26.

Kontula O. 2008. Halu & intohimo. Keuruu: Otava, 13,15, 17, 18, 41, 55, 62–67, 107.

Korteniemi- Poikela E. & Cacciatore R. 2011. Aikuisen naisen seksi. Juva: Wsoy, 230, 255, 261, 289–290, 292, 293, 294

Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuus lääkärin koulutuksessa. Duodecim 119.(3), 207–208.

Kosunen E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkärin peruskoulutuksessa. Suomen lääkärilehti 58 (43), 4373–4374

Kouri, M., Ojala A. & Tenhunen, M. 2006. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 138.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy. 61, 231.

Malinen, L. 2002. Syöpä ja seksuaalisuus. Kätilölehti (4), 161.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215–220.

Nylund A., Järvinen S., Susi J. & Vihtamäki P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 8, 12, 14–15, 30, 44–45.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2012. Hoitotyön koulutusohjelma. Hakupäivä 24.4.2012.

http://www.oamk.fi/koulutus_ja_hakeminen/nuoret_suomenkielinen/sosiaali_terveys_ja_liikunta/index.php?sivu=hoitoty_oulu

Pakarinen, P. 2007. Sairaus muokkaa naiseutta. Sairaus muokkaa naiseutta. 11–12

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 16

Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologia ja kansanterveys. Väitöskirja. 113, 158–159.

Ryttyläinen K. 2008. Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden tulevaisuuden osaamistarpeet. Kätilölehti 113 (5), 185–187

Ryttyläinen, K. 2010. Seksuaaliohjaus naistentautien hoitotyössä. Kätilölehti 5, 5-7.

Ryttyläinen, K & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita, 7, 11, 50–51, 54–55, 122, 129, 131–132, 137–138, 203–204

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa E. Eriksson & M. Kuuppelonmäki. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 174, 184–188

Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Duodecim 119 (3), 219–226.

Sexpo. 2012. Seksuaalioikeuksien julistus. Hakupäivä 2.2.2012

http://www.sexpo.fi/?seksuaalioikeuksien_julistus

Skott, S., Rosenberg, L., Valasti, H., Sandberg, T., Väättänen, J & Kosonen, T. 2006. Suuri seksivälineopas. Gregoria Ou, Eesti: Sincity Publishing, 28, 29, 98, 143

Suomen Kätilöliitto ry. 2009. Tiedolla, taidolla ja tunteella - Kätilötyön eettiset ohjeet. Hakupäivä 24.4.2012.

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Toikkanen U. 2001. Vakava sairaus on aina kriisi. Suomen lääkärilehti 56, 2418–2419

Tuomi T. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 75, 87-88, 97, 103, 109-115, 128

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Hakupäivä 20.12.2013. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf>.

Väisälä, L. 2011. Haluttomuuden monet kasvot. Suomen lääkärilehti 35, 2487, 2488, 2490.

Väisälä, L. 2011. Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta. Suomen Lääkärilehti 35. 2510.

LIITTEET

HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET

LIITE 1

TAUSTATIEDOT

- Ikä
 - a. 25–30
 - b. 30–40
 - c. 40–50
 - d. 50–60
- Koulutus?
- Työkokemus (kuinka kauan olette työskennellyt syöpäpotilaiden parissa?)
 - a. 1–5 vuotta
 - b. 5–10 vuotta
 - c. 10–15 vuotta
 - d. 15–20 vuotta
 - e. 20–30 vuotta
- Millaisia ajatuksia sinussa herättää kyseinen aihe?

SEKSUAALISUUS AJATUKSENA

- Mitä ajattelet seksuaalisuuden olevan?
- Mitä ajatuksia ja tunteita seksuaalineuvonta sinussa herättää?
- Mitä ajattelet seksuaalineuvonnan olevan?

SYÖPÄ JA SEKSUAALISUUS

- Mitä ajattelet gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuuden olevan?
- Minkälaisia kokemuksia sinulla on syöpäpotilaan ongelmista/tarpeista? (konkreettisia esimerkkejä)
- Miten ajattelet gynekologisen syövän vaikuttavan naiseuteen? (Kokemuksia?)
- Minkälaisia seksuaalineuvonnan tarpeita ajattelet gynekologisella potilaalla olevan?

PUHEEKSIOTTAMINEN

- Miten nostat esille seksuaalisuuden potilasohjauksessa?
- Miten koet seksuaalisuuden nostamisen esille gynekologisen syöpäpotilaan kanssa?

KOKEMUKSIA SEKSUAALINEUVONNAN ANTAMISESTA

- Millaisena koet seksuaalineuvonnan antamisen? (Esimerkkejä)
- Millaiset asiat koet seksuaalineuvonnassa helppoina ja vaikeina?
- Minkälaisien asioiden koet edistävän/estävän seksuaalineuvonnan antamista?
- Mikäli et ole antanut seksuaalineuvontaa, niin minkä vuoksi? (Kysymys, jos tulee esille, ettei hoitaja ole antanut seksuaalineuvontaa.)

SEKSUAALINEUVONNAN TOTEUTTAMINEN

- Millainen seksuaalineuvonnan hoitopolku on osastollanne?
- Minkälaisia seksuaalineuvonnan apumenetelmiä käytät seksuaalineuvonnassa? (Esim. ohjauksen apuvälineet ja ohjeet)
- Oletko käyttänyt työssäsi apuna potilasopaskirjasta syöpä ja seksuaalisuus? Miten olet hyödyntänyt sitä seksuaalineuvonnassa?

SEKSUAALINEUVONNAN KEHITTÄMISTARPEET

- Millaista koulutusta olet saanut seksuaalineuvontaan ja missä? Miten koet koulutuksen tukeneen työtäsi?
- Minkälaista koulutusta koet tarvitsevasi?
- Miten mielestäsi seksuaaliohjausta tulisi kehittää osastollanne?

Hei!

Olemme Oulun ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoita ja tutkimme opinnäytetyönämme hoitajien kokemuksia gynekologiseen syöpään sairastuneen potilaan seksuaaliohjauksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia seksuaaliohjauksen antamisesta. Toivomme, että tutkimuksesta saatu tieto auttaa parantamaan ja kehittämään hoitotyötä/hoitajien antamaa seksuaaliohjausta. Tutkimustulosten avulla voidaan mahdollisesti järjestää lisäkoulutusta, mikäli se on tarpeellista.

Tarvitsemme apuamme tutkimusaineiston keräämiseen. Haluaisimme haastatella teitä ja kerätä kokemuksianne seksuaaliohjauksen antamisesta eli miten koette henkilökohtaisesti seksuaaliohjauksen. Haastatteluun menee aikaan noin tunti. Haastattelut suoritamme yhdessä, haastattelutilanteessa on mukana kerrallaan yksi haastateltava. Pyrimme pitämään haastattelun mahdollisimman rauhallisessa ympäristössä. Haastattelutilanteet nauhoitetaan, nauhat käsitellemme luottamuksellisesti, jonka jälkeen ne hävitetään. Henkilöllisyytenne ei paljastu missään vaiheessa. Haastatteluista esiin nousevat keskeiset kokemukset ja ajatukset muodostavat tutkimuksemme rungon.

Jos olette halukas osallistumaan tutkimukseemme, olisimme erittäin kiitollisia, että ottaisitte meihin yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse, jotta voimme sopia haastatteluajan. Tarvittaessa voitte myös ottaa yhteyttä meihin, jos teillä ilmenee tutkimukseen liittyviä kysymyksiä.

Ystävällisin terveisin

Tiina Ikonen ja Juuli Pitkäkari