



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Eturauhassyöpäpotilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden tukeminen

Asikainen, Anette  
Paasalo, Adele

2016 Laurea



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

Eturauhassyöpöpotilaan postoperatiivinen  
seksuaaliterveyden tukeminen

Anette Asikainen  
Adele Paasalo  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2016

Anette Asikainen & Adele Paasalo

### **Eturauhassyöpäpotilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden tukeminen**

Vuosi 2016 Sivumäärä 48

---

Eturauhassyöpä on suomalaisten miesten yleisin syöpä. Eturauhassyöpä vaikuttaa lähes aina miehen seksuaalisuuteen, koska käytetyt hoitomuodot aiheuttavat potilaalle esimerkiksi erektio-ongelmia ja haluttomuutta. Seksuaaliterveys kuuluu olennaisena osana jokaisen ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, mikä tulisi huomioida myös hoitotyössä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia minkälaisia ohjauskäytäntöjä urologian osaston hoitajilla on seksuaaliterveyden puheeksiotossa. Tarkoituksena oli myös kartoittaa, miten urologian potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyön laatua tuottaen hoitajille tietoa, joka edistää hoitajien ammatillista osaamista liittyen seksuaaliterveyden puheeksiottoon ja ohjaustaitoihin urologian osastolla. Opinnäytetyö oli Laurea-ammattikorkeakoulun sekä HUS-alueen ja Hyksin erityisvastuualueen erään sairaalan urologian osaston yhteistyöhanke. Sairaalan yhteyshenkilönä toimi urologian osaston osastonhoitaja. Opinnäytetyön aihe tuli hankkeen toimeksiantajalta, sillä urologian osastolla oli selkeä tarve kehittää potilasohjausta seksuaaliterveyden näkökulmasta.

Tutkielma toteutettiin kvalitatiivisin menetelmin ja tutkimusmenetelminä käytettiin teoreettista viitekehystä sekä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Teemoina toimivat seksuaaliterveyden ohjaus sekä potilaalle tarpeellinen seksuaaliterveyden tieto. Haastateltavat (n=5) olivat urologian osaston hoitajia. Tutkielman haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että urologian osastolla ei oltu luotu selkeitä ohjauskäytäntöjä potilaiden seksuaaliterveyden systemaattiseen puheeksiottoon. Hoitajilta puuttui yhteinen perehdytys seksuaaliterveyden puheeksiottoon ja ohjaukseen. Hoitohenkilökunta tiesi aiheen olevan olennainen osa urologista hoitotyötä ja he pyrkivät ottamaan aiheen puheeksi potilaiden kanssa. Osastolla ei kuitenkaan oltu tietoisia, kenen vastuulla seksuaaliterveydestä keskusteleminen on milloinkin ja mikä on potilaan kannalta ideaalisin ajankohta keskustelulle.

Työn tulosten perusteella voitaneen myös järjestää koulutusta hoitajille. Jatkotutkielmana osastolle voitaisiin tehdä kahden vuoden päästä vastaava haastattelututkielma ja tutkia, kuinka ohjausta on kehitetty. Toisaalta haastatteleamalla potilaita voitaisiin heidän näkemyksiensä ja kokemuksiensa valossa kehittää seksuaaliterveyden puheeksiottoa. Osaston hoitajille olisi lisäksi hyödyllistä suunnitella seksuaaliterveyden suullista ohjausta tukeva kirjallinen ohjevihko.

Asiasanat: Eturauhassyöpä, ohjaus, seksuaaliterveys

Anette Asikainen & Adele Paasalo

**The postoperative sexual health guidance of a prostate cancer patient**

| Year | 2016 | Pages | 48 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

---

Prostate cancer is the most common cancer among men in Finland. Prostate cancer affects almost always to male sexuality because the used methods of prostate cancer treatments may cause for example erectile dysfunctions and unwillingness to have sex. Sexual health is an essential part of every person's overall well-being which should be taken into account also in nursing.

The purpose of this study was to explore what kind of health care's guidance practices exist in the Department of urology in aiming to bring up patients' sexual health topics. The purpose was also to find out how the guidance and communication of the urological patient's post-operative sexual health are realized. The aim of this study was to develop the quality of nursing by producing information that promotes nurses' skills in bringing up this topic and improving their guidance practices. This thesis was made in co-operation with Laurea University of Applied Sciences and HUCH specialist medical care area which is a part of HUS area. The contact person was the Head nurse of HUCH's Department of urology. The topic of this thesis became from the Head nurse because the Department of urology had a clear necessity to develop patient guidance in sexual health point of view.

This thesis was accomplished as a qualitative study where semi-structured interviews and theoretical framework were used as data collection methods. The themes were sexual health guidance and necessary sexual health information for the patients. The interviewees (n = 5) were nurses of Department of urology. Data analysis was made by means of inductive content analysis.

The results showed that there have not been created systematic guidance practices for nurses to bring up patients' sexual health in the Department of urology. The nurses have not received identical introduction what comes to sexual health guidance. Nursing personnel knows the importance of this topic in urologic nursing and they aim to take the matter up with patients. However, the nurses are not aware of who is responsible for sexual health discussion in which case and what is the ideal point of time to discuss of this topic.

The Department of urology can probably organize guidance education based on the results for nurses. Further research could be repeated interview in two years' time to study how the guidance has developed in the Department of urology. On the other hand, interviewing also patients to their beliefs and experiences could be a good way to improve the nurses' way to bring up patients' sexual health. It would be useful to produce a written instruction booklet to support discussion with patients, too.

Keywords: Prostate cancer, guidance, sexual health

## Sisällys

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Johdanto.....  | 6  |
| 2   | Ohjaus hoitotyössä ja ohjauksen etiikka.....                             | 7  |
| 3   | Eturauhassyöpä.....  | 8  |
| 3.1 | Eturauhanen ja rakkularauhaset.....                                      | 8  |
| 3.2 | Eturauhassyöpään sairastuminen, oireet, toteaminen ja tutkimukset.....   | 9  |
| 3.3 | Eturauhassyövän hoito.....   | 10 |
| 3.4 | Hoidon jälkeiset ongelmat.....   | 11 |
| 3.5 | Hoidosta aiheutuvien ongelmien vaikutus sukupuolielämään.....            | 12 |
| 3.6 | Parisuhde ja eturauhassyöpä.....   | 13 |
| 4   | Seksuaaliterveys.....  | 13 |
| 4.1 | Seksuaaliterveys ja seksuaalioikeudet.....                               | 13 |
| 4.2 | Seksuaalisuus.....   | 14 |
| 5   | Seksuaaliterveyden ohjaus osana ihmisen hyvinvointia.....                | 14 |
| 5.1 | Seksuaaliterveyden ohjaus.....   | 14 |
| 5.2 | Seksuaaliohjauksen tavoitteet.....                                       | 15 |
| 5.3 | Seksuaaliterveyden ohjauksen haasteita.....                              | 16 |
| 6   | Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....                 | 17 |
| 7   | Tutkielman toteutus.....   | 18 |
| 7.1 | Tutkimusmenetelmät.....  | 18 |
| 7.2 | Tutkimusympäristö ja kohderyhmä.....                                     | 18 |
| 7.3 | Aineistonkeruu.....  | 19 |
| 7.4 | Aineistoanalyysi.....  | 22 |
| 8   | Tulokset.....  | 23 |
| 8.1 | Hoitajien haasteet kouluttautua seksuaaliterveyden ohjauksessa.....      | 23 |
| 8.2 | Seksuaaliterveyden muutoksien puheeksioton haasteet.....                 | 24 |
| 8.3 | Seksuaaliterveyden muutoksien puheeksioton ajankohdat.....               | 24 |
| 8.4 | Seksuaaliterveyden puheeksiottoon vaikuttavat tekijät.....               | 25 |
| 8.5 | Potilaan seksuaaliterveyden keskustelumahdollisuudet.....                | 26 |
| 8.6 | Tiedonannon vaihtelevat käytännöt seksuaaliterveyden puheeksiotossa..... | 27 |
| 8.7 | Potilaan puolison tiedonsaannin huomioiminen.....                        | 27 |
| 8.8 | Potilaiden halu keskustella seksuaaliterveydestään.....                  | 28 |
| 9   | Pohdinta.....  | 28 |
| 9.1 | Tutkimuseettiset kysymykset.....   | 28 |
| 9.2 | Tutkielman luotettavuus.....   | 29 |
| 9.3 | Tutkielman tulosten tarkastelu.....                                      | 31 |
| 9.4 | Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkielmaehdotuksia.....                  | 35 |
|     | Liitteet.....  | 39 |

## 1 Johdanto

Eturauhassyöpä on suomalaisten miesten yleisin syöpä, johon sairastuu vuosittain noin 4000-5000 miestä. Sairastuneiden keski-ikä on 71 vuotta diagnoosin hetkellä mitattuna. Paikalliseen eturauhassyöpään on olemassa monia hoitomuotoja, joita ovat hormonihoito, sädehoito tai leikkaus. (Saarelma 2016; Suomen syöpärekisteri 2016.) Eturauhassyöpä vaikuttaa lähes aina miehen seksuaalisuuteen. Sen hoitomuodot aiheuttavat esimerkiksi haluttomuutta ja erektio-ongelmia, jotka voivat korjautua ajan kuluessa. Erityisesti syövän hoidon ja kirurgian yksiköissä sairaaloissa on tarpeen antaa potilaille seksuaaliohjausta asian tiimoilta. (Klementti & Raussi-Lehto 2016, 64.)

Suomessa on meneillään Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma (2014-2020), jonka tarkoituksena on parantaa väestön seksuaaliterveyttä ja hyvinvointia. Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys on yksi toimintaohjelman painopistealueista. Palvelut halutaan saattaa ohjelman avulla paremmin miesten ulottuville. (Klementti & Raussi-Lehto 2016, 3, 10, 184.) Nykyajan hoitajilla on suhteellisen vapaamieliset seksuaaliasenteet ja he kokevat seksuaalineuvonnan tärkeäksi osaksi työtä. Tästä huolimatta heillä on usein puutteita seksuaaliterveyden ohjaustaidoissa ja puheeksi ottamisessa. Tämä voi johtaa potilaan seksuaaliterveydellisten huolien huomiotta jättämiseen. (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki 2009, 479.) Ympäri maailmaa on myös levinnyt Movember-kampanja, jonka tarkoituksena on kerätä vuosittain varoja eturauhas- ja kivessyövän tutkimuksiin. Kampanjan pääyhteistyökumppanina toimii Syöpäsäätiö. (Syöpäsäätiö; Movember 2016.)

Opinnäytetyö on Laurea ammattikorkeakoulun ja HUS/HYKS toimialueen erään urologian osaston yhteistyöhanke. Sairaalan yhteyshenkilöinä toimivat kliinisen hoitotyön opettaja sekä urologian osaston osastonhoitaja. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Laurea-ammattikorkeakoulun lehtori Marja Tanskanen. Opinnäytetyön aihe tuli hankkeen toimeksiantajalta, sillä kyseisellä urologian osastolla on selkeä tarve kehittää potilasohjausta seksuaaliterveyden näkökulmasta. Opinnäytetyön aihe on aidosti työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, mitä hoitoalan ohjauskäytäntöjä on olemassa potilaan seksuaaliterveyden puheeksioton suhteen. Tarkoituksena on lisäksi kartoittaa, miten urologisen potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkielmana, ja tiedonhankintamenetelmänä käytetään puolistrukturoitua teemahaastattelua.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä sitä on tutkittu Suomessa suhteellisen vähän, ja tarve lisätiedolle on selkeästi olemassa. Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan eturauhassyöpäpotilaan leikkaushoitoa sekä hoidon jälkeistä seksuaaliterveyden ohjausta, sillä aikaisempien tutkimusten mukaan eturauhassyövällä ja sen hoidolla on merkittävä vaikutus miehen seksuaalisuuteen.

## 2 Ohjaus hoitotyössä ja ohjauksen etiikka

Hoitotyössä laadukas potilasohjaus perustuu tasavertaiseen vuoropuheluun ohjaajan ja ohjattavan kesken, jolloin pyritään motivoimaan potilas sitoutumaan ja vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Ohjaustilanteen sisältö muodostuu potilaan kokemusten ja lähtökohtien kautta. Ohjaajan on mietittävä, miten otetaan huomioon potilaan asema oman elämänsä hallitsijana, sillä potilas on oikeutettu tekemään vapaasti elämäänsä liittyviä päätöksiä. Hänen arvovalintojaan on myös arvostettava samanaikaisesti huomioiden näistä mahdollisesti aiheutuvia seurauksia. Ohjaajan tavoitteena on saada potilas ymmärtämään hoidon tarkoitus ja hoidon mahdollinen vaikutus hänen elämäänsä. Ohjaajan ei ole tarkoitus tehdä ratkaisuja valmiiksi potilaalle. Ideana on sen sijaan antaa potilaalle riittävästi tukea, jotta hänellä on valmiudet tehdä itsenäisesti omaa hoitoaan koskevat päätökset. Taitava ohjaaja pitää potilaan itsemääräämisoikeutta, kunnioittamista ja ihmisarvoa ohjaustilanteensa avainasioina. Ohjaajalle itselleen ei riitä vain oleellisen tiedon osaaminen, vaan lisäksi on opiskeltava itse ohjausta menetelmien. (Eloranta & Virkki 2011, 8, 12; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 25, 154.)

Tietoa saa nykyään niin monista eri lähteistä, ettei ohjaajan ole aina helppoa olla tietoauktoriteetin roolissa. Potilaalle on kyettävä antamaan vain oleellinen ja luotettava tieto monien tiedonlähteiden joukosta. Ohjaaja voi myös havainnollistaa tarjoamaansa tietoa sopivin keinoin, jotta se on mahdollisimman monipuolisesti ohjattavan hyödynnettävissä. (Kyngäs ym. 2007, 25; Eloranta & Virkki 2011, 19-20.) Hoitohenkilökunta voi vaikuttaa ohjauksellaan positiivisesti potilaan kokemuksiin ja valmiuksiin, mikä mahdollistaa potilaan rohkaisemisen itsenäiseen päätöksentekoon hoidossaan. Parhaassa tapauksessa potilaan hyvinvointi kohenee, mikä parantaa potilastyytyväisyyttä ja elämänlaatua. Ammattitaitoinen ohjaaja voi lievittää potilaan negatiivisia tunteita ja ajatuksia, jotka ovat seurausta sairauden tuomista muutoksista elämään. Ohjaajan on tärkeää muistaa, että tiedon ymmärtäminen ja mahdollisuus hyödyntää sitä on tärkeämpää kuin ainoastaan suuri määrä annettua tietoa. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Terveystieteiden ammattissa noudatetaan terveydenhuollon eettisiä periaatteita, joihin sisältyvät hoitajan hyvät ohjaustaidot. Hoitajan antaessa potilaan päätösten tueksi tarpeeksi informaatiota, huomioi hän potilaan itsemääräämisoikeuden sekä oikeuden saada hyödyllistä merkityksellistä tietoa hoitonsa tueksi. (Eloranta & Virkki 2011, 12.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa vuorovaikutus on merkittävä tekijä potilaan hoidossa. Keskinäisen vuorovaikutuksen on oltava molemmin puolin toista arvostavaa. Yhdessä sovittuihin tavoitteisiin sitoutuminen edellyttää vastavuoroista luottamusta ja rehellisyyttä. Jokainen osaa, tietää ja on kokenut erilaisia asioita elämänsä aikana, ja näitä tulee arvostaa antaen yksilöllistä tietoa tarvittavien asioiden tiimoilta. (Etene 2011, 6.)

Hoitajan ohjaustilanteita helpottaa lainsäädäntöihin perehtyminen sekä omien arvojen ja moraalien analysoiminen, sillä näin ohjaaja osaa katsoa ohjaustilannetta eettisesti eri kannoilta. Omat voimavarat tunnistaessaan hoitaja kykenee keskittymään potilaan vointiin ja jaksaa antaa parasta mahdollista ohjausta. Omia näkemyksiään voi tarpeen tullen kehittää tietoisesti, jottei eettisiä päätöksiä tarvitse luovuttaa muiden tehtäviksi. Ohjaajan tutustuttua huolellisesti potilastietoihin, mahdollistuu hänelle ohjaukseen keskittyminen samalla huomioiden asiakkaan tarve yksityisyyteen. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.) Eettisesti kestävään toimintaan sisältyy lisäksi päivitetyn, näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen hoidossa. Omien tietojen ja taitojen ylläpito ei ole ainoastaan työnantajan järjestämien koulutusten varassa vaan jokaisella ammattihenkilöllä on velvollisuus ammattitaitonsa ylläpitämiseen. (Eloranta & Virkki 2011, 14.)

### 3 Eturauhassyöpä

#### 3.1 Eturauhanen ja rakkularauhaset

Eturauhanen ja rakkularauhaset ovat miehen lisäsukupuolirauhasia (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2013, 361). Aikuisen miehen eturauhasen pituus on arvioltaan noin 4 cm ja painaa keskimäärin 20-25g, sekä muistuttaa muodoltaan pyramidia. Eturauhanen sijaitsee virtsarakon alla ja ympäröi osittain virtsaputkea. Rakenteeltaan pussimaiset rakkularauhaset eli siemenrakkulat ovat puolestaan kiinnittyneinä eturauhaseen. Rakkularauhaset ovat merkittävä tekijä eturauhassyövän yhteydessä, sillä eturauhassyöpä leviää yleisimmin juuri niihin vaikuttaen negatiivisesti syövän paranemisen ennusteeseen. Eturauhasen tehtävä, muiden miesten sisäisten sukupuolielimien tiehyiden ja rauhasien kanssa, on erittäin nesteitä vaikuttamalla myös siemennesteen koostumukseen sekä siemensyöksyn aikaansaamiseen. Nesteeneritys tapahtuu hitaasti, ja eturauhanen varastoi nestettä vaihtelevia määriä harvakseltaan tapahtuvia eritteiden poistoja varten. Nämä nesteet mahdollistavat siittiöiden liikkumisen ja kuljettamisen muokkaamalla siemennesteestä sopivan sitkoista, jolloin se pysyy riittävän kauan naisen emättimessä. Nesteet tekevät ympäristöstä siittiöille ravinnerikkaan sekä luovat pH-arvon siittiöille sopivaksi eli emäksiseksi. Siemenneste koostuu juuri näistä rauhaseritteistä sekä siittiöistä. (Taari, Aaltomaa, Nurmi, Parpala & Tammela 2013, 35; Leppäluoto ym. 2013, 361; Boström 2015, 19.)

Eturauhasen solut erittävät verenkiertoon PSA-entsyymiä eli prostataspesifistä antigeeniä, jonka määrän suureneminen voi viitata eturauhassairauksiin. Eturauhassyövän, hyvänlaatuisen liikakasvun ja eturauhastulehduksen vaikutuksesta PSA-entsyymiä tuotetaan eturauhasissa normaalia suurempia määriä. PSA-entsyymien pääasiallinen tehtävä on liuottaa hyytelömäinen siemenneste nestemäisempään muotoon. Se myös osallistuu miesten tulehdusten ehkäisemiseen erittämällä bakteerien ja muiden mikrobien kasvua estäviä aineita sekä on osana miehen virtsanpidätyskyvyn toimintaa. Vaikka mieheltä olisi poistettu eturauhanen, ei hänellä kuiten-



kaan ole kohonnutta riskiä virtsatietulehduksiin tai vaikeutta virtsanpidätyksessä, kunhan vain ulkoinen sulkijalihas on säilynyt ehjänä leikkauksessa. (Leppäluoto ym. 2013, 362; Boström 2015, 19.)

### 3.2 Eturauhassyöpään sairastuminen, oireet, toteaminen ja tutkimukset

Eturauhassyöpään sairastuu vuosittain 4000-5000 miestä, ja se onkin miesten yleisimmin sairastettu syöpä (Suomen syöpärekisteri 2016; Ryttyläinen & Valkama 2010, 179). Syöpään menehtyi vuonna 2010 845 miestä ja määrä on pysynyt melko samoissa lukemissa lähivuosina. Tauti oli kyseisenä vuonna diagnosoitu 40 000 miehellä. Suomalaiset miehet sairastuvat 80 ikävuoteen mennessä eturauhassyöpään 13 % todennäköisyydellä ja kuolevat 4,3 % todennäköisyydellä. Arvioitu keski-ikä syöpään sairastumiseen on 71 vuotta. Eturauhassyöpää ei pysty suoranaisesti ennaltaehkäisemään, mutta terveellisten elämäntapojen on katsottu pienentävän todennäköisyyttä sairastua syöpään. Selkeitä riskitekijöitä taudille altistumiseen ei ole vielä todettu, mutta sairastumiseen yhdistettyjä ominaisuuksia ovat etninen tausta, ikä, pe-riytyvyys ja ympäristön vaikutus. (Aaltomaa, Jousilahti, Kataja, Korpela, Kujala, Laato, Lindholm, Matikainen, Rannikko, Sipilä, Tammela, 2014; Saarelma 2016.)

Varhaisvaiheessa eturauhassyöpä on usein oireeton. Pidemmälle edetessään eturauhassyövän oireet ovat pääosin samankaltaisia kuin eturauhasen hyvänlaatuisessa liikakasvussa ja muissa sairauksissa, joista seuraa miehelle ongelmia virtsaamiseen liittyen. Näitä oireita ovat esimerkiksi tihentynyt virtsaamisen tarve tai toisaalta virtsantulon viipyminen tai heikentynyt virtsasuihku. Erektiohäiriö voi olla myös ensimmäinen oire eturauhassyövästä. Osalla sairastuneista ensimmäiset oireet aiheutuvat vasta syövän levitessä pääkasvaimen ulkopuoliseen elimistöön, jolloin etäpesäkkeet aiheuttavat luustokipua tai luun haurastumisesta johtuvia patologisia murtumia. (Aaltomaa ym. 2014; Tammela, Nurmi, Petas, Sipilä & Taari 2012.)

Eturauhassyövän toteamisessa on kolme perustutkimusta, jotka ovat eturauhasen tunnustelu, PSA-verikoe ja koepalat. Jos on aihetta epäillä syövän mahdollisuutta, yleislääkäri tuseeraa eturauhasen eli tunnustelee sitä käsin potilaan peräsuolen kautta. Eturauhasesta tutkitaan sen kokoa, kiinteyttä sekä mahdollisia kyhmyjä tai kovettumia. Potilaan laskimoverinäyttees-tä otetaan lisäksi PSA-verikoe, jonka kohonnut arvo voi antaa viitteitä syövän olemassaolosta. PSA-arvo ei kuitenkaan aina ole luotettava merkki syövästä, sillä se nousee iän karttuessa. Virsatulehdus ja eturauhastulehdus sekä eturauhasen liikakasvu voivat myös nostaa tätä arvoa. Kolmas tutkimuskeino on koepalojen eli kudospätkien ottaminen eturauhasesta ultraäänitutkimuksen aikana. Koepaloista pystytään selvittämään tieteellisesti, onko kyseessä syöpä ja mikä laatuinen syöpä on. Täydellinen varmuus eturauhassyövästä saadaan kudospätkästä, joka otetaan leikkauksen tai neulanäytteen avulla. Näiden perustutkimuksien lisäksi on olemassa myös muita tutkimuksia, jotka antavat syövästä ja sen sijainnista tarkempia tietoja. (Tarnanen, Aaltomaa, Sipilä & Jousilahti 2014; Boström 2015, 72-73, 75.)

### 3.3 Eturauhassyövän hoito

Eturauhassyövän hoito suunnitellaan yksilöllisesti kaikille potilaille. Eturauhassyövän hoitomuodon valintaan vaikuttavat syövän koko, levinneisyys, potilaan ikä, peruskunto ja muut sairaudet sekä oletettavissa oleva elinikä. Hoidoksi voidaan valita aktiivinen tai passiivinen seuranta, jos muiden menetelmien ei uskota auttavan potilaan tilanteessa. Muita hoitovaihtoehtoja ovat hormonihoito, ulkoinen tai kudoksensisäinen sädehoito sekä radikaalileikkaus eli prostatektomia. (Tarnainen ym. 2014; Saarelna 2016.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään radikaaliin leikkaukseen hoitovaihtoehtona. Eturauhassyövän leikkaushoidossa poistetaan aina eturauhanen sekä siinä kiinni olevat rakkularauhaset. Toimenpiteisiin sisältyy lisäksi aina siemenjohtimien katkaiseminen, josta potilaalle seuraa sterilisaatio eli hedelmöityskyvyyttömyys. Leikkauksen aikana katkaistaan virtsaputki, joka eturauhasen poiston jälkeen liitetään takaisin yhteen virtsarakon kanssa. Leikkaus on mahdollista tehdä erektiohermot säästäten tai säästämättä. Tilanteen salliessa edes toinen hermo voi olla mahdollista säästää. Hermot säästävään leikkaukseen voidaan päätyä vain, jos kasvain ei ulotu eturauhasen läpi erektiohermojen alueelle. Jos eturauhassyöpä on levinnyt eturauhasen ulkopuolelle, hermoja säästävä leikkaus johtaisi mahdollisesti epätäydelliseen kasvaimen poistoon eli leikkauksen epäonnistumiseen. Päätökseen erektiohermojen säästämisestä vaikuttavat kasvaimen koko sekä potilaan ominaisuudet, joita ovat leikkausta edeltävä erektiokyky sekä seksuaalinen aktiivisuus. Eturauhassyövän leikkauksessa arvioidaan erektiohermojen säästämisen ohella myös, onko potilaan imusolmukkeiden poisto tarpeellinen toimenpide. Imusolmukkeisiin levinnyt syöpä voi poistamattomana aiheuttaa virtsanjohtimien tyhjentämisen ongelmia, verisuonten tukkeutumista tai muita paikallisia haittoja. (Boström 2015, 114-115.)

Radikaalissa eturauhasen poistoleikkauksessa eli prostatektomiassa eturauhanen kapsелеineen ja siinä kiinni olevat rakkularauhaset poistetaan, jotta saataisiin poistettua eturauhassyöpä. Kyseinen hoitomuoto toimii vain paikalliseen tai paikallisesti levinneeseen eturauhassyöpään. Radikaali eturauhasen poistoleikkaus on hoitovaihtoehtoista luotettavin, jos potilas on leikkaushoitoon soveltuva eli esimerkiksi tarpeeksi hyväkuntoinen leikkausta varten. Syövän poistamisen lisäksi leikkauksen tavoitteena on säilyttää elämänlaadun kannalta tärkeät toiminnot, kuten virtsanpidätys ja erektio, sekä välttää lisähoitojen tarve. Eturauhasen poistoleikkaus eturauhassyövän hoitomenetelmänä kehitettiin ensimmäisen kerran jo vuonna 1905, mutta vasta viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana eturauhasen poistoleikkaus on kehittynyt huomasti kirurgisen tekniikan kehittymisen ansiosta. (Nurmi 2005.) Avoimella radikaaliprostatektomialla tarkoitetaan leikkauksiin tekemistä häpyluun ja navan väliin. Avoileikkauksen hyötynä pidetään lääkärin mahdollisuutta tuntea eturauhanen ja muut ympäröivät kudokset käsillään, mikä helpottaa kasvaimen sijainnin löytymistä. Toipuminen leikkauksesta kestää yleensä 4-5 päivää, jonka jälkeen potilas kotiutuu. Avoileikkaus on vanhin leikkausmuoto, jonka rinnalle on tullut vähän kajoavia leikkausmuotoja eli laparoskooppinen prostatektomia ja robottiaivusteinen laparoskooppinen prostatektomia. Näillä kaikilla leikkausmuodoilla on käy-

tännössä mahdollista säästää miehen erektiohermot, jos leikkaus menee odotuksien mukaisesti. (Borström 2015, 119, 121; Viitanen 2011.)

Tähystysleikkauksessa eli laparoskooppisessa eturauhasen poistossa kirurgi vie leikkausalueelle vatsaonteloon kameran ja instrumentteja, joilla kasvaimen poisto toteutetaan. Kirurgi seuraa toimenpiteitään monitorilta. Tähestysleikkauksen etuina ovat pienemmät ihoviillot, vähäiset vaikutukset kudoksiin sekä lievempi verenvuoto ja kivut, joista johtuen potilas voi kotiutua mahdollisesti jo leikkausta seuraavana päivänä, mutta viimeistään 2-3 päivän kuluttua. Robottivusteinen tähystysleikkaus on paljolti samankaltainen kuin tavallinen tähystysleikkaus, mutta tässä robottiyksiköstä ohjataan mekaaniset kädet toimenpiteitä varten valmistettuihin portteihin, joihin on kiinnitetty kamera ja instrumentit. Nämä ohjataan porttien kautta vatsaonteloon. Kirurgi havainnoi konsolistaan leikkausaluetta ja ohjaa omilla käsillään ja jaloillaan kameran ja leikkausinstrumenttien toimimista. Potilaan toipuminen ja kotiutuminen ovat aivan kuin normaalissa tähystysleikkauksessa. (Boström 2015, 122-123, 126.)

### 3.4 Hoidon jälkeiset ongelmat

Verrattaessa eri syöpätauteja keskenään eturauhassyöpää sairastavilla miehillä on eniten syövästä ja sen hoidosta aiheutuvia erilaisia seksuaalisuuden haittavaikutuksia sekä toiminnallisia seksuaaliongelmia (Hautamäki-Lamminen 2012, 7). Eturauhassyövän eri hoitomuodot aiheuttavat usein pitkäaikaisia ja joskus jopa pysyviä vaikutuksia miesten seksuaaliseen halukkuuteen ja toimintakykyyn (Diefenbach & Mohamed 2007, 449). Eturauhasen poisto, kivesten poisto, sädehoito ja hormonilääkitys ovat eturauhassyövän hoitomuotoja, jotka voivat kaikki aiheuttaa jälkiseurauksena erektiokyvyttömyyttä. Eturauhasen leikkaushoidon jälkeen normaali ejakulaatio ei ole enää mahdollinen eturauhasen ja rakkularauhasten poiston jälkeen, sillä siemennestettä ei enää erity. Miehen on kuitenkin mahdollista saavuttaa yhä orgasmi. Useat toimenpiteet eivät vaikuta erektioon, ja jopa hetkellisen häiriintymisen jälkeen erektiokyky voi palautua. Tilanteen korjaantumista voi hidastaa epävarmuuden ja itseluottamuksen heikentymisen kokeminen, sillä psyykkiset syyt ovat merkittävä tekijä erektion saamiseen. Lopullinen impotenssi on miehelle raskas taakka, joka horjuttaa henkistä vointia vaahtien asian pitkäaikaista käsittelyä ja runsaasti voimia. (Rosenberg 2001, 15, 16; Nurmi 2005.)

Erektiohäiriöstä kärsiessään miehellä on vaikeuksia saavuttaa erektio eli siittimen jäykistyminen ja ylläpitää sitä, mikä hankaloittaa tyydyttävän seksuaalisen kanssakäymisen kokemistä. Erektiohäiriön syinä voivat olla sairauden mukanaan tuomat vaikeudet, itsenäiset syyt, yleistyneet erektiohäiriöt tai tietyn tilanteen aiheuttamat häiriöt. Aiheuttavat tekijät voivat olla henkisiä tai saaneet alkunsa ruumiillisista tai psykologisista sairauksista. Pitkäaikaisen erektiohäiriön syynä on mahdollisesti leikkauksessa tapahtunut eturauhasen vieressä kulkevien erektiohermojen vaurioituminen erektiohermoja säästävässä leikkauksessa. Kasvaimen ollessa

levinnyt hermot joudutaan uhraamaan, josta lähes jokaiselle potilaalle kehittyy erektiohäiriö eli impotenssi. (Huttunen 2015.)

Lääkehoidot voivat olla myös erektiohäiriön syynä. Stressillä, väsymyksellä, epäonnistumisen pelolla, seksuaalisuuteen liittyvällä häpeän tai syyllisyyden tunteilla, traumatisoivilla kokemuksilla ja parisuhteen ongelmilla on mahdollisesti rooli psykologisina häiritsevinä. Puolison negatiivinen suhtautuminen seksuaalisuuteen voi myös johtaa erektiohäiriöön. Orgasmihäiriöön kuuluu jokaisella kerralla tai satunnaisesti ilmenevä vaikeus laua tai orgasmin kokemisen puuttuminen johtuen hankaluudesta kiihottua seksuaalisissa toiminnoissa. Orgasmin saavuttaminen voi kestää kauan tai jäädä täysin kokematta. (Huttunen 2015.) Monilla eturauhassyöpää sairastavilla potilailla esiintyy myös haluttomuutta. Siihen löytyy useita selittäviä tekijöitä, kuten rankkojen hoitojen läpikäynti sivuvaikutuksineen, pelko menettää seksuaalisuus, masentuneisuus, minäkuvan muuttuminen, parisuhdeongelmat tai kyvyttömyys seksin harrastamiseen. Jotta puoliset osaisivat varautua haluttomuuteen ja välttyisivät ylimääräiseltä haluttomuuden syiden pohdinnalta, olisi hoidon aikana syytä mainita sen olevan eturauhassyöpään sairastuneille yleinen ongelma. (Rosenberg 2001, 22-23.)

### 3.5 Hoidosta aiheutuvien ongelmien vaikutus sukupuolielämään

Vuonna 2009 eturauhassyöpöpotilaille tehdyn valtakunnallisen kyselytutkimuksen mukaan kaikki hoitomuodot vaikuttavat suuresti sukupuolielämään. Hormonihoitoa saaneista potilaista 81 % ja leikkaushoitoa saaneista 93 % koki sukupuolielämän muuttuneen hoidon alkamisen jälkeen. Hoitomuodoista vähiten vaikutuksia sukupuolielämään aiheutui brakyterapiasta, jossa kertaluontoisesti lyhyttäisykyssä sädehoidossa eturauhasen sisälle viedään radioaktiivisia jyväsä paikallisesti kaikkuväusohjauksessa. Haastateltavat arvioivat suuremmalla iällä olevan vähentävää vaikutusta sukupuolielämässä koettuihin vaikeuksiin. (Lehto, Tenhola, Taari & Aromaa 2013, 3001-3002; Käypähoito 2014.) Tutkimuksessa erektiohäiriöiksi on rajattu seksuaalisuuden kyvyn ja halun tai molempien häviäminen. Haastatelluista leikkaushoitoon päätyneet kokivat menettäneensä seksuaalisuuden kyvyn menettämättä kuitenkin seksuaalista haluaan. Hormonihoidolla oli taas vaikutusta molempiin, sekä seksuaaliseen kykyyn että myös haluun. Mainittujen seksuaalisten menetysten vaikutukset kokivat pienemmiksi iäkkäämmät potilaat niin leikkauksen kuin sisäisen sädehoidon jälkeen. Tutkimuksen mukaan leikkaushoidossa olleilta sukupuolielämä loppui 38 % vastanneista, ulkopuolisen sädehoidon vaikutuksesta 30 % vastanneista, brakyterapian jälkeen 20 % vastanneista ja hormonihoidon jälkeen 58 % vastanneista. Ennakoivat tekijät sukupuolielämän ongelmiin olivat samat riippumatta valitusta hoitomuodosta. Sukupuolielämän ongelmia tuli herkemmin esiin miehillä, joille seurasi hoito-toimenpiteistä erektiohäiriöitä, joilla oli ennen hoitoa aktiivinen sukupuolielämä puolisonsa kanssa ja joilla kyky ja halu seksuaaliseen kanssakäymiseen oli kadonnut hoidosta johtuen. (Lehto ym. 2013, 3002.) Useat eturauhassyöpöpotilaat kokevat psykososiaalisia vaikeuksia hoidon jälkeen, sillä he eivät miehisestä auktoriteetin asemastaan johtuen kykene tai halua

ilmaista avun tarpeitaan hoitohenkilökunnalle. He pyytävät apua vasta, kun ovat hyväksyneet uuden maskuliinisen asemansa. Puolison mukana oleminen ohjaustilanteissa on merkittävä tekijä potilaan seksuaalisen palautumisen kannalta. (McConkey 2015.)

### 3.6 Parisuhde ja eturauhassyöpä

Eturauhassyöpään sairastuessa parisuhdetta ei tule pitää itsestäänselvyytenä eikä saa unohtaa parisuhteen huoltamisen merkitystä toimenpiteiden ohella. Sairastuminen voi aiheuttaa miehelle sekä hänen puolisolleen pelkoa parisuhteen rikkoutumisesta ja etäännyttää heitä toisistaan. Mies saattaa pohtia, onko hän syövästä johtuen enää haluttava tai pysyvä puoliso hänen rinnallaan seksielämän vaikeuksista huolimatta. Puhumattomuus pahentaa tilannetta, etenkin jos sairastunut ei kerro haluttomuudestaan, ei kaipaa hellydenosoituksia tai jättää puolison huomiotta ahdistuksestaan johtuen. Tämä aiheuttaa kumppanille tietämättömyyttä ja epätoivon tunteita, sillä puoliso alkaa käyttäytyä tunteettomasti ilman selitystä. Pakonomainen yhdynnän yrittäminen ilman keskustelemista tilanteesta horjuttaa parisuhdetta. Sen tilalta voi rakastella esimerkiksi hyväilemällä ja olemalla toista lähellä, mikä lisäksi nopeuttaa halujen palaamista. Se palaa usein hiljalleen suhteessa, jossa haluttomuutta ei ole ennen ilmennyt. Miehen on tärkeää keskustella puolisonsa kanssa huolistaan liittyen seksuaalisten toimintojensa muutoksiin. Keskustelu parantaa heidän läheisyyttään avun tarpeen tullessa ajankohtaisemmaksi. Myös ulkopuolinen keskusteluapu on usein tarpeen esimerkiksi sairaalassa hoitajien kanssa. Hyvät edellytykset miellyttävälle keskustelun ilmapiirille ovat stressitön tilanne ja molempia parisuhteen osapuolia rohkaiseva hoitaja. Pariskuntaa on tärkeää kannustaa jatkamaan seksuaalista elämää välittämättä seksuaalisten toimintojen muutoksista. Parhaassa tapauksessa eturauhassyöpä voi vahvistaa puolisoitten tunteita toisiaan kohtaan. (Rosenberg 2001, 17-18, 22-23; Darst 2007, 535.)

## 4 Seksuaaliterveys

### 4.1 Seksuaaliterveys ja seksuaalioikeudet

Seksuaaliterveys on Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Hyvän seksuaaliterveyden käsite rakentuu seksuaalisuuden positiivisen ja kunnioittavan asenteen ympärille sekä perustuu seksuaalioikeuksiin. Hoitaja pystyy vaikuttamaan eturauhassyöpäpotilaan seksuaaliterveyden edistämiseen vahvistamalla potilaan itsetuntoa ja oman kehon arvostamista sekä antamalla riittävästi seksuaaliterveyden tietoa, jotta potilas sopeutuu sairauden aiheuttamiin muutoksiin helpommin. Yhteisötasoisien seksuaaliterveyden edistämisen päätoimenkuva on järjestää kaikille toimivat seksuaaliterveyspalvelut. (Klementti & Raussi-Lehto 2014, 10; Ryttyläinen & Valkama 2010, 14, 22-23.) Seksuaalioikeudet on määritelty tarkalleen vasta 1990-luvun aikana, mutta nykyään ne ovat olennainen osa maailmanlaajuisia ihmisoikeuksia. Seksuaalioikeudet on luotu, jotta kaikilla olisi oikeus saada tarvitsemaansa seksuaalitietoutta ja

seksuaaliterveyden palveluita, oikeus oman kehonsa koskemattomuuden kunnioittamiseen, kumppanin valintaan sekä turvalliseen ja nautinnolliseen seksuaalielämään ilman väkivaltaa tai pakottamista. Hoitotyössä potilaiden seksuaalioikeuksien kunnioittaminen näkyy muun muassa hoitotilanteissa, joissa potilaan intymiteettiä suojataan ja potilaalle annetaan mahdollisuus määrittellä tai olla määrittelemättä omaa seksuaalisuuttaan. Lisäksi se huomioidaan myös hoitajan antaessa tietoa potilaalle seksuaaliterveyden edistämisestä tai sairauden vaikutuksissa seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14-17.)

## 4.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuuden käsitteiden määritelmässä on olemassa maakohtaisia eroavaisuuksia, mutta WHO eli Maailman terveysjärjestö kuvailee yleisesti seksuaalisuutta koko ihmiselämän mittaiseksi ja olennaiseksi sekä luonnolliseksi osaksi ihmisen hyvinvointia. Siihen sisältyy sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja sukupuoliroolit, seksuaalinen suuntautuminen, erotiikka, mielihyvä, sukupuolisuhteet ja lisääntyminen. (Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto BZgA 2010.) Seksuaalisuus ulottuu vanhuusikään asti, mutta se voi muuttua muotoaan ikävaiheiden tuomien uusien haasteiden mukana. Usein seksuaalisesti aktiivista sukupuolielämää viettäneet ihmiset jatkavat sitä myös ikääntyessään, jos fyysinen ja psyykinen terveys sen sallivat. Parisuhde on myös ikääntyneen seksuaalista kanssakäymistä tukeva tekijä. Erityisesti miehillä seksuaaliset halut säilyvät usein pitkälle vanhuuteen. Toisaalta ikääntyminen vaikuttaa osaltaan miehen seksuaalisuuteen, sillä se hidastaa ihmiskehon fysiologisia toimintoja. 50 ikävuoden jälkeen miehen sukupuolihormonin tuotanto vähenee, jolloin vaikutukset voivat näkyä sekä fyysisinä ja henkisinä muutoksina että erektioon liittyvinä ongelmina. Erektion aikainen kiihottumisvaihe pitenee sekä erektion saavuttaminen viivästyy ja vaatii voimakkaampaa stimulaatiota. Palautumisvaihe on nopeampi ja seuraavan erektion saaminen kestää entistä kauemmin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 118-120.)

## 5 Seksuaaliterveyden ohjaus osana ihmisen hyvinvointia

### 5.1 Seksuaaliterveyden ohjaus

Seksuaaliterveyteen liittyviä tarpeita ei tutkimuksien mukaan selvitetä yhtä kattavasti kuin muita ihmisen terveystarpeita. Tutkimukset kertovat myös, että seksuaaliohjaus saattaa jäädä usein antamatta potilaan kokonaisterveyteen liittyvässä hoitotilanteessa, tai jopa tilanteessa, jossa hoito kohdistuu sukupuolielimiin. Seksuaaliterveys on kuitenkin olennainen osa jokaisen ihmisen hyvinvointia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä säädellään Suomessa monella eri lailla ja asetuksella, joilla turvataan kaikille kansalaisille yhtenäiset seksuaalioikeudet (Klementti & Raussi-Lehto 2014, 11-12). Potilaat harvemmin tekevät aloitetta keskustellakseen seksuaaliterveydestään, sillä he toivovat hoitajan ottavan asian ensin puheeksi. Aloitevastuu seksuaaliterveyden puheeksiotosta onkin hoitajalla, jolloin hän samalla myös rohkaisee potilasta kertomaan omasta seksuaalisuudestaan. Jo-

kaisella potilaalla on oikeus saada seksuaaliohjausta ja -neuvontaa normaalien terveyspalveluiden puitteissa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129; Hautamäki-Lamminen 2012, 8.)

Oman seksuaaliterveyden tilanteen arviointi ammattilaisen kanssa auttaa potilasta tarttumaan asiaan ja tiedostamaan omat seksuaaliterveyden kehityskohteensa. Usein ammattilaisen empaattinen kuunteleminen voi olla ensisijaisesti parempi vaihtoehto kuin erityislääkityksen aloittaminen. (Väisälä 2011.) Potilaat eivät koe merkitykselliseksi ohjaavan hoitajan ammatinimikettä tai sukupuolta, vaan he arvostavat hyviä vuorovaikutustaitoja, asiantuntemusta, yksilöllistä ja suunnitelmallista ohjausta sekä että hoitajan kanssa on luontevaa keskustella. Luontevinta potilaiden mielestä oli keskustella omahoitajansa kanssa, mikäli heille oli kehittynyt hyvä turvallinen hoitosuhde. Hoitajien kanssa oli myös yleisesti helpompaa jutella tunteasioista verrattuna keskustelemiseen lääkäreiden kanssa. Potilaiden mielestä paras hetki seksuaaliterveyden puheeksiottoon olisi jälkitarkastuksen yhteydessä, jolloin hoitaja antaisi neuvoja seksuaalisuuden käsittelyyn sekä selviytymis- ja hoitokeinoja sukupuolielämän ongelmiin. (Hautamäki-Lamminen 2012, 8, 71.)

## 5.2 Seksuaaliohjauksen tavoitteet

Hoitajan päätehtävät seksuaaliterveyden ohjauksen aikana ovat riittävän tiedon tarjoaminen ja potilaan tukeminen, jotta hän pystyy hyväksymään sairauden myötä muuttuneen kehonkuvansa. Potilas tarvitsee tietoa sairaudestaan, seksuaalisuuteen vaikuttavista fysiologisista muutoksista, sekä lääkkeiden vaikutuksista seksuaalitoimintoihin. Myös kumppanin huomiointi tilanteessa on tärkeää. Erään suomalaisen tutkimuksen tuloksista selvisi, että potilaiden puolisot odottivat saavansa tietoa potilaan sairaudesta sekä hoitojen aiheuttamien seksuaaliterveyden ongelmien yleisyydestä ja ohimenevyydestä. Potilaan parisuhdetta voidaan käydä läpi ja kannustaa löytämään uusia seksuaalisuuden muotoja kuten läheisyyden tunteen luominen, hyväily ja kosketukset sekä hieronta. Poistetaan paineet varsinaisesta yhdyntätilanteesta, jos se ei ole sillä hetkellä mahdollista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 123-124; Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 286.) Kannustetaan puolisoita keskustelemaan aiheesta keskenään, jotta potilaan toiminnalliset ongelmat eivät heikentäisi parisuhteen henkistä puolta (Badr & Taylor 2009, 735). Ikääntyneen seksuaaliterveyteen vaikuttavat omalta osaltaan myös terveelliset elämäntavat. Hoitajan olisi hyvä käydä ohjaustilanteessa läpi, että tupakoimattomuus, vähäinen alkoholin käyttö, monipuolinen ravinto ja säännöllinen liikunta vaikuttavat positiivisesti seksuaalisen toimintakyvyn säilymiseen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 123.)

Ohjaustilanteesta luodaan potilaalle luottamusta ja turvallisuuden tunnetta herättävä, annetaan potilaalle vapaus kertoa tunteistaan ja edetään auttamisprosessissa hänen tarpeidensa mukaisesti. Potilaalle selvennetään, että seksuaaliterveydestä keskusteleminen kuuluu osaston hoitajien normaalikäytäntöihin ja sen on tarkoitus toteutua jokaisen potilaan kanssa.

(Ryttyläinen & Valkama 2010, 129, 204-205; THL 2015.) Seksuaaliterveyden turhat myytit pyritään poistamaan, jotta asioista voidaan keskustella ilman paineita ja oikeilla nimikkeillä (Kotronoulas ym. 2009, 479). Hoitajan toimenkuvaan kuuluu potilaan tuen laadun arviointi sekä selvittää tarve hoitotyön auttamismenetelmille tai muulle erityisosaamiselle. Tavoitteena on saada vahvistettua potilaan itsetuntoa ja minäkuva, minkä avulla potilas onnistuu irrottautumaan menetetyistä ominaisuuksistaan ja sopeutuu uuteen ainutlaatuiseseen kehoonsa ja sen nykyisiin toimintoihin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129, 205.)

### 5.3 Seksuaaliterveyden ohjauksen haasteita

Seksuaaliterveyden käsitteleminen hoitotyössä on kuitenkin haastavaa, sillä jokaisella on yksilöllinen ja ainutlaatuinen suhde seksuaalisuuteensa ja omat seksuaaliset mieltymyksensä. Hoitajan on osattava käsitellä omaa seksuaalisuuttaan tuntematta oloaan epämukavaksi tai kiusaantuneeksi, jotta hän voi luontevasti ottaa potilaan seksuaaliterveyden puheeksi. Lukuisat asiat hoitotyössä, vuorovaikutuksesta lähtien, vaikuttavat potilaan seksuaaliterveyden puheeksi ottamiseen. Sopivan ajan tai rauhallisen ympäristön löytämättömyys voivat hidastaa hoitajan keskusteluintoa aiheen tiimoilta. Seksuaaliterveyden käsittelyyn hoitotyössä tulee uusia vaatimuksia, jos potilas tai hoitaja ei ole heteroseksuaali, jolloin hoitajan ei ole yhtä helppo samastua ja ymmärtää potilaan kokonaistilannetta. Toisaalta hoitajan seksuaaliterveyden tiedot voivat myös olla puutteelliset, jonka takia hän ei uskalla ottaa aihetta puheeksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129-132; Kotronoulas ym. 2009, 479.)

Hollantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin, millaiset käytännöt hoitajilla oli keskustella seksuaaliterveydestä potilaiden kanssa. Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi, millaiset esteet estivät hoitajia ottamasta seksuaalisuutta puheeksi potilaiden kanssa. Merkittävimmiksi esteiksi olivat nousseet heikko organisaation käytäntö aiheeseen liittyen, hoitajien koulutuksen puute, haasteet liittyen uskontoon ja kulttuuriin sekä potilaiden ikä. Samasta kyselylomakkeesta tuli ilmi, että hoitajien puheeksiottoa ei estä ajatus seksuaaliterveyden puheeksioton kuulumattomuudesta heidän työtehtäviinsä, potilaan sama ikäluokka hoitajan kanssa tai potilaan vastakkainen sukupuoli. Hoitajat, jotka kertoivat keskustelelevansa aina kyseisestä aiheesta potilaiden kanssa, mainitsivat esteiksi potilaan kielen ja etnisen alkuperän. Esteitä olivat myös, jos potilas oli liian sairas puhumaan aiheesta tai jos potilas ei pitänyt seksuaaliterveytensä muutoksia ongelmana. Hoitajat, jotka harvoin tai eivät koskaan ottaneet seksuaaliterveyttä puheeksi, mainitsivat esteiksi potilaan epäonnistumisen ottaa aihe itse puheeksi, potilaan vanhemman iän hoitajaan nähden tai hoitajan tiedon puutteen liittyen seksuaaliterveyteen. Tutkijat tulivat tulokseen, että useimmin raportoitu este seksuaalisuuden huolenaiheisiin puuttumiseen olivat organisaation käytännöt. Seksuaaliterveyden puheeksioton helpottamiseen ja kehittämiseen tulisi hoitajille tehdä selkeät hoitotyön ohjeet, joita hyödyntäen hoitajat ottaisivat aiheen puheeksi potilaan kanssa. (Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderman, Jaarsma 2012, 492-499.)



Eräissä suomalaisessa tutkimuksessa perehdyttiin potilaiden kokemuksiin heidän seksuaalisuudestaan ja sen muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Tutkimuksen lähtökohtana toimi tieto, jonka mukaan terveydenhuollossa ei ole systemaattisesti kehitettyjä toimintamalleja potilaan mahdollisuudelle keskustella seksuaaliterveydestään ammattihoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimuksessa korostettiin tunnistamaan potilaiden käsitykset ja kokemukset seksuaalisuudestaan, minkä pohjalta voitaisiin luoda osastokohtaiset potilasohjauksen toimintamallit. Keskustelemattomuuden syiksi luettiin aiheen sensitiivisyys, koulutuksen puute, työkiireet sekä sopivan keskustelutilan puuttuminen. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto & Miettinen 2008, 152.) Toisessa suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita sekä niihin liittyviä tekijöitä. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat toivoivat lääkärin, sairaanhoitajan tai seksuaalineuvojan tekävän keskustelualoitteen. Yksiköissä, joissa hoidetaan syöpäpotilaita, olisi tärkeää sopia eri ammattiryhmiin kuuluvien kanssa potilasohjauksen menettelytavoista ja vastuualueista. Tutkimus vahvisti myös tietoa siitä, että nuoremmille seksuaalisuuteen liittyvä tiedonsaanti on tärkeämpää kuin iäkkäämmille. Kolmannessa suomalaisessa pilottitutkimuksessa todettiin myös, että miehen ollessa yli 60-vuotias, hänen seksuaaliterveytensä jäi helposti sairauden taka-alalle. Tähän voi olla syynä seksuaaliongelmien ilmaantuminen jo ennen syöpään sairastumista. Hoitohenkilökunnan on kuitenkin tärkeää tarjota iäkkäämmillekin mahdollisuus keskustella seksuaaliterveydestä, ettei kukaan jää ilman ohjausta. (Lipiäinen, Kurki & Lehto 2011, 14, 19; Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-lehtinen 2012, 8)

## 6 Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia luotettavien sähköisten ja kirjallisten lähteiden sekä hoitoalan ammattilaisten haastattelujen avulla, mitä hoitoalan ohjauk käytäntöjä on olemassa potilaan seksuaaliterveyden puheeksioton suhteen. Tarkoituksena on myös kartoittaa, miten urologisen potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat. Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkielmana ja sen tekemisessä hyödynnetään olemassa olevaa tietoperustaa sekä alan aikaisempia tutkimuksia teoreettisen viitekehyksen luomiseen. Tiedonhankintamenetelmänä käytetään lisäksi urologian osaston hoitajien haastatteluja. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön laatua tuottaen hoitajille tietoa, joka edistää hoitajien ammatillista osaamista liittyen seksuaaliterveyden puheeksioton ohjaustaitoihin urologian osastolla.

### Tutkimuskysymykset

1. Minkälaisia ohjauk käytäntöjä urologian osaston hoitajilla on seksuaaliterveyden puheeksiotossa?

2. Miten urologisen potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat?

## 7 Tutkielman toteutus

### 7.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö muodostettiin teoreettisesta viitekehuksesta ja laadullisesta haastattelututkimuksesta, joka mukailee fenomenografista lähestymistapaa aiheeseen. Teoreettisen viitekehysten avulla voidaan kehittää, rakentaa tai arvioida jo olemassa olevaa teoriaa valitun tutkittavan aiheen pohjalta. Tutkielman tekijältä odotetaan aiemman tutkimustiedon kriittistä tarkastelua, jotta se luo pohjan uusien tulosten syntymiselle sekä selkeän kokonaiskuvan muodostumiselle aiheesta. Luotettavan tutkielman toteuttaminen vaatii tutkielman tekijältä huolellista tutkimusotetta, erityisesti valitessaan tarkoin tutkielmassa käytettävät lähteensä. (Salminen 2011, 3-4.) Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään eturauhas-syöpää, seksuaaliterveyttä ja niihin liittyvää hoitotyön ohjausta.

Laadullinen tutkimusmenetelmä on hyvä valinta, kun tutkittavasta aiheesta on vain vähän tutkimustietoa, sillä sen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa (Kylmä & Juvakka 2007, 30). Fenomenologisen filosofian mukaan kaikki lähtee ihmiskäsityksestä ihmisen omassa kokemusmaailmassaan. Tutkielman tekijöiden tarkoituksena on luottaa tiedonantajien omiin havaintoihin, tulkintoihin ja näkökulmiin tiedonkeruumenetelmänä. Fenomenologia pyrkii kokemusten ja merkitysten ymmärtämiseen. Tutkielman aineisto kootaan luonnollisten ja todellisten tilanteiden pohjalta. Laadullisia metodeja käytetään tiedonantajien näkökulmien esille pääsyn tukemisessa tutkielman aikana. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 71-72; Tuomi & Sarajärvi 2012, 34; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-164.) Opinnäytetyön toteutuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, sillä olemassa olevan rajallisen tutkimustiedon lisäksi haluttiin saada uutta näkökulmaa sensitiiviseen aiheeseen tiedonantajien omien näkemysten kautta. Aihetta haluttiin myös tutkia ymmärtämisen näkökulmasta eli miksi seksuaaliterveyden puheeksiotto ei sisälly vakituisesti urologisten potilaiden ohjaukseen. Tutkielman keskeisimmäksi osaksi muodostuivat hoitajien kokemukset saamastaan seksuaaliterveyden koulutuksesta sekä potilaille antamastaan seksuaaliterveyden ohjauksesta postoperatiivisella urologian osastolla. Tässä tutkielmassa hyödynnettiin teemahaastattelua tiedonkeräämisen laadullisena metodina, koska haluttiin saada urologian osaston hoitajien oma näkemys potilaille arasta ja henkilökohtaisesta aiheesta.

### 7.2 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Urologia on kirurgian erikoisala, joka on keskittynyt virtsaelinten eli munuaisten, virtsajohtimien, virtsarakon, eturauhasen sekä virtsaputken sairauksien ja toimintahäiriöiden tutkimukseen ja hoitoon. Helsingin ja Uudenmaan alueen sairaaloissa hoidetaan muun muassa munu-

aisten, virtsarakon ja eturauhasen kasvaimia, eturauhasen hyvänlaatuista liikakasvua, virtsatiekiviä, virtsateiden vammoja ja arpikuroumia. Suurin osa urologisista potilaista tulee hoitoon jonkin virtsa- tai sukuelinsyövän takia, joista yleisin miehillä on eturauhassyöpä. Myös eturauhasen hyvänlaatuista liikakasvua hoidetaan paljon. HUS-alueella tehdään näiden lisäksi vaativampia urologisia toimenpiteitä, joihin tarvitaan hoitoalan ammattilaisilta erityisperhe-tyneisyyttä. HUS-alueen sairaaloissa on sekä päivystyksellistä toimintaa että elektiivisiä eli ennalta suunniteltuja leikkauksia. Urologisten sairauksien hoitomuotona tähytyksellinen kirurgia on suosituin, mutta osa toimenpiteistä tehdään yhä avoleikkauksina. Myös lääkehoito on toimiva hoitomuoto osassa tapauksista. Urologian hoitotyötä toteutetaan HUS-alueella Peijaksen sairaalassa ja Meilahden tornisairaalassa sekä Hyvinkään, Raaseporin, Lohjan ja Porvoon sairaaloissa. (Urologia, HUS.) Opinnäytetyön tutkimusympäristönä toimi eräs Hyksin erityisvastuualueen sairaalan urologian osasto. Opinnäytetyön tekijöiden yhteyshenkilöinä toimivat sairaalan kliinisen hoitotyön opettaja sekä urologian osaston osastonhoitaja. Tutkimuslupa haettiin kesäkuussa ja se hyväksyttiin elokuussa 2016 HUS-alueen Vatsakeskus-yksikön toimesta. Teemahaastattelut toteutettiin pian tutkimusluvan saamisen jälkeen urologian osaston tiloissa.

Kvalitatiivisessa tutkielmassa tiedonantajien riittävää lukumäärää on mietittävä huolella, jotta saavutetaan tutkittavan ilmiön rikas ja syvä kuvaus. Laadullisessa tutkielmassa aineistojen otokset ovat usein pienempiä kuin esimerkiksi kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkielmassa, sillä tutkielmassa keskitytään määrän sijasta aineiston laatuun. Otoksen on hyvä olla harkinnanvarainen, jotta siihen saadaan tutkimusjoukko, joka edustaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja monipuolisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 110; Kylmä & Juvakka 2007, 26-27.) Tutkielman kohderyhmänä olivat urologian osaston sairaanhoitajat, joista tavoitteena oli saada viisi haastateltavaa osallistumaan vapaaehtoisesti tutkielmaan. Opinnäytetyöhön haluttiin tutkimusjoukko, joka koostuisi sairaanhoitajista, jotka ovat keskenään eri ikäisiä sekä ovat tehneet eri pituisia työuria osastolla. Harkinnanvaraisen tutkimusjoukon valinnan tueksi osastonhoitaja valitsi soveltuvimmat haastateltavat tutkielman valintakriteerien perusteella. Haastatteluun osallistuvat tiedonantajat olivat tutkielman tekijöille ennestään tuntemattomia. Osaston hoitajilta toivottiin, että he ilmoittautuisivat ennakkoluulottomasti ja oma-aloitteisesti tutkielmaan.

### 7.3 Aineistonkeruu

Puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla aineistonkeruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteita ja haastateltavia mukailten. Tutkielmassa halutaan antaa vastaajalle mahdollisuus tuoda omia näkemyksiään esille mahdollisimman vapaasti, mutta usein tiettyjä haastattelijoien laatimia keskustelun aihepiirejä noudattaen. Kysymykset kootaan lomakkeelle teemoitain, mutta kysymysten muotoiluun tai jopa järjestykseen voi tulla muutoksia haastattelujen aikana. Myös vastausten tulkinnan mahdollisuuksia on enemmän kuin esimerkiksi struktu-

roidussa kyselyssä. Huonona puolena teemahaastattelussa on, että menetelmänä se on aikaa vievää, tarvitsee huolellisen suunnittelun pohjaksi ja vaatii haastattelijalta eräänlaisen rooliinsa kouluttautumisen. Haastateltava voi puolestaan antaa haastattelutilanteessa sosiaalisesti suotavia vastauksia tai toisaalta kokea haastattelun jollain tavalla uhkaavaksi tai ahdistavaksi. Haastattelumuotoa mietittäessä yksilöhaastattelu on hyvä valinta, jos tutkielman aihe on sensitiivinen eivätkä haastatteluun osallistuvat oletettavasti halua puhua aiheesta ryhmän kesken. (Hirsjärvi ym. 2009, 204-210; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95-97.)

Tutkielman aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu teemahaastattelu, jonka mukaisesti haastattelukysymykset (liite 2) laadittiin osittain avoimiksi. Haastatteluun muodostui kaksi pääteemaa, jotka olivat seksuaaliterveyden ohjaus ja potilaalle tarpeellinen seksuaaliterveyden tieto. Näiden teemojen alle muodostettiin tarkentavia kysymyksiä, joita tutkielman tekijät pystyivät muokkaamaan haastatteluprosessin aikana. Tarkentavat kysymykset oli laadittu etukäteen teoreettista viitekehystä apuna käyttäen. Opinnäytetyön haastattelu- muotona toimi yksilöhaastattelu aiheen sensitiivisuuden vuoksi. Tutkielman tekijät kokivat kyseisen menetelmän parhaaksi, koska tällöin haastateltavat pystyivät kertomaan omia näkemyksiään luottamuksellisesti tutkielman tekijöille häpeilemättä tai vertailematta niitä toisten hoitajien kanssa.

Tutkielman tekijät olivat lähettäneet osastonhoitajalle etukäteen sähköpostiviestiä haastattelujen ajankohdasta ja kulusta. Haastattelut tehtiin elokuussa 31.8.2016 urologian osastolla viidelle sairaanhoitajalle. Tutkielman tekijät olivat valinneet haastattelupäivät, jotka osastonhoitaja oli hyväksynyt. Viiden haastattelun toteuttamiseen oli varattu kaksi päivää, mutta haastattelut saatiin tehtyä yhdessä päivässä kuuden tunnin sisällä. Haastateltavat saapuivat tällöin haastattelutilanteeseen oman ja osastonsa aikataulun sallimissa rajoissa. Yhden haastattelun kestoksi oltiin sovittu noin 10-15 minuuttia, jotta se ei veisi hoitajilta liikaa työaikaa. Osastonhoitaja oli etukäteen ilmoittanut hoitajille haastattelun ajankohdasta ja jakanut hoitajille saatekirjeen (liite 3) ja suostumuslomakkeen (liite 4) tutkielman teemahaastatteluun liittyen. Osaston hoitajilla oli mahdollisuus tutustua opinnäytetyön uusimpaan versioon ennen haastattelua. Tutkielman tekijöiden toivomuksesta tutkimusjoukkoon saatiin sekä nuorempia että iältään vanhempia hoitajia, joilla oli eri mittaisia työuria urologian osastolla. Kaikki haastateltavat olivat pohjakoulutukseltaan ammattikorkeakoulusta valmistuneita sairaanhoitajia. Iältään he olivat 27-49-vuotiaita. Lyhyimmillään yksi sairaanhoitajista oli työskennellyt osastolla kolme kuukautta ja pisimmillään yksi heistä 17 vuotta.

Tutkimusaineiston keruussa suositellaan hyödyntämään teknisiä apuvälineitä kuten puheen nauhoitukseen soveltuvaa laitetta tai matkapuhelimen puheen tallennustoimintoa, jotta aineistoon pystytään palaamaan analyysivaiheessa. Tallennuslaitteita on hyvä ottaa haastattelutilanteeseen useampia, jotta haastattelut pysyvät luotettavammin tallessa. Nauhureiden

toimivuus, nauhurin paikka haastattelutilassa sekä äänen laatu on hyvä tarkistaa ennen haastattelua. Onnistuneen haastattelutilanteen kehittymisen kannalta on tärkeää valita haastateltaville miellyttävä ja tuttu paikka, jonka tarkoituksena on edistää turvallisen ilmapiirin syntymistä. Haastattelun tallennuksesta on informoitava tutkielman osallistujia etukäteen saatekirjeen (liite 3) yhteydessä. (Vehviläinen-Julkunen 2009, 99; Kylmä & Juvakka 2007, 90-91.)

Haastattelujen nauhoittamista varten tutkielman tekijät saivat Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta lainaksi Olympus-merkkisen nauhurin, jonka nauhoitusominaisuuksia he testasivat kotonaan ennen haastattelupäivää. Lisäksi molemmat tutkielman tekijät nauhoittivat haastattelut omille kännyköilleen varmistukseksi tallennuksen onnistumisen. Ennen haastattelujen aloitusta tutkielman tekijät valitsivat osastonhoitajan kanssa haastateltaville entuudestaan tutun huoneen ja varmistivat tilan häiriöttömyyden. Tutkielman tekijät varmistivat myös huolellisesti nauhoituslaitteiden sijoittamisen haastattelutilassa, jotta äänet tallentuisivat selkeästi ja kuuluvasti nauhurille. Tutkielman osallistujille kerrottiin haastattelujen tulevan tallennetuksi tutkielman tekijöiden aineiston analyysin toteuttamisen vuoksi.

Tutkielman tekijöiden triangulaatiolla tarkoitetaan tekijöiden yhteistyötä aineistonkeruussa ja analysoinnissa, jolloin sen tarkoituksena on vahvistaa tutkielman luotettavuutta. Haastateltaville on selvitettävä ennen haastattelua, miten heidän anonymiteettinsa pidetään turvassa sekä miten tutkielman aineisto hävitetään puhtaaksikirjoituksen jälkeen. Luvatta haastateltaville heidän henkilöllisyytensä salassapitäminen, heille luodaan rohkeutta puhua aiheesta rehellisesti ja suoraan, mikä helpottaa tutkielman tekijöiden tietojen keruuta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 76; Mäkinen 2006, 94, 114.) Molemmat tutkielman tekijät olivat mukana jokaisessa haastattelutilanteessa tutkielman luotettavuuden takaamiseksi. Tutkielman tekijät olivat etukäteen sopineet rooleistaan haastattelutilanteissa, jotta molemmat olisivat tasavertaisesti osallisena ja äänessä.

Haastattelut toteutettiin pienessä noin 8 m<sup>2</sup> kokoisessa huoneessa. Hoitajien kertoman mukaan kyseinen huone oli osaston ainoa tila, jossa hoitaja ja potilas pystyivät olemaan täysin omissa rauhassaan esimerkiksi seksuaaliterveyden ohjaustilanteessa. Haastattelutilanteiden alussa varmistettiin, että haastateltavat olivat lukeneet saatekirjeen (liite 3) ja suostumuslomakkeen (liite 4). Suostumuslomake pyydettiin allekirjoittamaan ennen haastattelun aloittamista. Haastateltaville informoitiin nimettömänä pysymisestä sekä nauhoitusten ja kirjallisten litterointien hävittämisestä tutkielman valmistumisen jälkeen Laurean käytänteiden mukaisesti.

Haastatteluja ei tule koskaan aloittaa kylmiltään, vaan aluksi on tärkeää käyttää aikaa tutustumiseen, jotta jokaiselle syntyisi tunne helposta ja mukavasta ilmapiiristä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 98). Tutkielman tekijöiden kielenkäyttö, sanaton viestintä ja oma

olemus vaikuttavat haastattelun kulkuun ja onnistumiseen (Kylmä & Juvakka 2007, 91). Tutkielman tekijät haastattelivat 5 sairaanhoitajaa, jotka tulivat haastattelutilanteisiin osastonhoitajan ehdotuksesta oma-aloitteisesti heille itselleen sopivina ajankohtina. Tutkielman tekijät loivat haastateltavalle mahdollisimman lämminhenkisen tunnelman keskustelemalla arkipäiväisistä asioista ennen virallisen haastattelun aloitusta. Haastateltaville kerrottiin haastattelun arvioidusta kestosta ja kulusta. Ennen nauhurin päälle kytkemistä myös varmistettiin haastateltavilta, haluavatko he, että heitä teititellään vai sinutellaan. Tutkielman tekijät loivat mahdollisimman vapautuneen ilmapiirin ja kannustivat avoimeen ja rohkeaan keskusteluun. Ensimmäinen haastattelu kesti noin 5 minuuttia, toinen noin 22 minuuttia, kolmas noin 9 minuuttia, neljäs noin 9 minuuttia ja viides noin 6 minuuttia. Kaikki haastattelut sujuivat rauhallisesti työpaikan hektisestä ilmapiiristä huolimatta. Haastateltavien ulkoisesta olemuksesta oli myös luettavissa, että he osallistuivat haastatteluun mielellään. Yksi haastateltavista mainitsi haastattelun jälkeen, että häntä jännitti haastattelun nauhoitus. Tätä ei kuitenkaan haastattelun aikana suuremmin huomannut.

#### 7.4 Aineistoanalyysi

Kvalitatiivisen tutkielman aineiston analyysi on monivaiheinen ja usein haastava prosessi, joka alkaa kerätyn aineiston litteroinnista eli nauhoitettujen haastattelujen aukikirjoittamisesta sanasta sanaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-132). On suositeltavaa alkaa heti analysoimaan aineistoa hankinnan jälkeen, sillä tuoretta aineistoa tekijän on vielä innostavampaa selventää sekä lisätä tietoa tarpeen vaatiessa. Kerätyn aineiston analyysin tulkinna ja johtopäätösten luotettavuutta lisää, kun aineiston tiedot on tarkastettu, täydennetty ja järjestetty. Aukikirjoitetun aineiston järjestäminen on iso osa laadullista tutkielmaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-223.) Tässä opinnäytetyössä tutkielman tekijät aloittivat aineiston sisällönanalyysin litteroimalla haastatteluiden tallenteet sanasta sanaan käyttäen Word-tekstinkäsittelyohjelmaa. Wordissa oli käytössä Laurea-ammattikorkeakoulun mukaiset kirjoitusasetukset. Litteroitua aineistoa kertyi viidestä haastattelusta 21 sivua Trebuchet MS -fontilla, jolloin kirjasinikoko oli 10 ja riviväli oli 1,5 ilman välityksiä. Jokainen puheenvuoro aloitettiin uudelta riviltä, jotta aineistoa olisi selkeää analysoida. Haastattelut numeroitiin yhdestä viiteen. Tutkielman tekijät merkittiin aineistoon A- ja B-kirjaimin ja haastateltava C-kirjaimella haastattelukohtaisesti. Tämän jälkeen aineistoa luettiin useaan kertaan läpi, jotta tutkielman tekijöille muodostui kokonaiskuva haastatteluaineistosta.

Erilaisia analyysimenetelmiä on olemassa lukuisia. Aineiston analysoinnin haastavuutta lisää noudatettavien sääntöjen olemattomuus. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2008, 220.) Aineiston analysointi induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä aloitetaan yleensä haastatteluaineiston litteroinnilla, josta jatketaan aineiston käsittelyyn. Aineistosta muodostetaan havaintoja yksittäisistä ilmiöistä, jotka lopuksi yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Aineiston käsittelyssä voidaan käyttää apuna tunnettua Miles ja Hubermanin (1994) mallia, jossa

aineisto redusoidaan eli pelkistetään ja klusteroidaan eli ryhmitellään. Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli luodaan alakategorioita, yläkategorioita ja yhdistäviä kategorioita, joiden avulla pystytään etsimään vastaukset tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelua aineistonkeruussa käytettäessä jo valmiiksi laaditut haastattelun teemat helpottavat aineiston pilkkomista. Aineistosta on tällöin tarkoitus etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tutkielman tavoitteena ei ole teorian paikkansapitävyyden testaaminen tai päätelmien yleistettävyyden vaan ennemminkin aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadullisen tutkielman etuna on toteutuksen joustavuus ja avoimuus sekä tapauskohtaisuus ja ainutlaatuisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Analyysiyksiköksi voidaan valita sana, lause, lauseenosa, teema tai ajatuskokonaisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-136).

Tässä opinnäytetyössä tutkielman tekijät päätyivät etsimään litteroidusta aineistosta ajatuskokonaisuuksia, jotka auttoivat löytämään vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Ajatuskokonaisuuksien oli tarkoitus ilmaista haastateltavan kokemuksia saamastaan seksuaaliterveyden koulutuksesta sekä seksuaaliterveyden puheeksiotosta ja tiedonannosta potilaan kanssa. Analyysia työstettiin eteenpäin muodostamalla alkuperäisistä ajatuskokonaisuuksista pelkistettyjä ilmaisuja, joista etsittiin samankaltaisuuksia. Apuna käytettiin eri värejä, jotta samankaltaisuudet erottuisivat selkeästi toisistaan. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin niiden yhteisiä tekijöitä, joiden pohjalta muodostettiin alaluokkia. Alaluokkien keskinäisten samankaltaisuuksien perusteella muodostettiin yläluokkia. Pilkottua kerättyä tietoa peilattiin kriittisesti tutkimuskysymyksiin analyysin jokaisessa vaiheessa, jotta välttyttiin virhepäätelmiltä. Prosessin eri vaiheita käytiin läpi muutamaan kertaan, jolloin tarvittaessa muokattiin ja tarkennettiin ilmaisuja tai luokkia vastaamaan sisällöltään paremmin tutkimuskysymyksiin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen pohjalta muodostui 10 alakategoriaa ja 3 yläkategoriaa. Toisen tutkimuskysymyksen pohjalta muodostui puolestaan 18 alakategoriaa ja 5 yläkategoriaa. Tutkielman tuloksissa hyödynnettiin hoitajien kertomia suoria lainauksia havainnollistamaan tutkielman luotettavuutta.

## 8 Tulokset

### 8.1 Hoitajien haasteet kouluttautua seksuaaliterveyden ohjauksessa

Haastatteluista kävi ilmi, että osastolla ei ollut olemassa selkeää toimintamallia potilaan psyykkisen ja fyysisen seksuaaliterveyden puheeksiottoon. Hoitajat olivat saaneet organisaation eri tahoilta hyvin vähäistä ja vaihtelevaa perehdytystä potilaiden seksuaaliterveyden ohjaukseen ja puheeksiottoon. Haastateltavista suurinta osaa ei oltu perehdytetty lainkaan osastolla seksuaaliterveyden ohjaukseen. Lähes kaikki kokivat kuitenkin, että perehdyttäminen olisi ollut tarpeen. Kaksi haastateltavista kertoi saaneensa vähän perehdytystä aiheen tiimoilta, mutta se oli ollut puutteellista. Lisäkoulutusmahdollisuuksista kysyttäessä selvisi,

että hoitajien oma kiinnostus ja aktiivinen koulutusten etsintä vaikuttivat perehdytyksen hankkimiseen. Hoitajat kertoivat koulutuksia olevan vähäisesti tarjolla ja niihin pääsevän vain muutama osaston hoitaja kerrallaan. Kaksi hoitajista ei ollut lainkaan käynyt tai ollut tietoinen potilaan seksuaaliterveyden ohjaukseen liittyvistä lisäkoulutuksista.

“No tota ihan kollegoilta, ihan niiku sellasta ohjausta, mut ei mitenkään siihen (seksuaaliterveyden puheeksiottoon) ihan niiku paneuduttu koskaan. Et kyl se on tullu sillee ihan luonnollisesti siin, et mitä ne jatkohoito-ohjeet on.”

## 8.2 Seksuaaliterveyden muutoksien puheeksioton haasteet

Haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että seksuaaliterveyden muutoksista pitäisi ja olisi aiheellista keskustella potilaiden kanssa, sillä leikkaus toimenpiteenä vaikuttaa lähes aina potilaan seksuaalisuuteen. Tutkielmassa kävi ilmi, että seksuaaliterveydestä keskusteleminen ei kuitenkaan toteudu automaattisesti jokaisessa potilaskontaktissa. Puheeksiottoon vaikutti potilaasta ja hoitajasta riippuvia tekijöitä, joista huolimatta seksuaaliterveyden muutokset tulisi ottaa puheeksi. Kolmen haastateltavan kokemusten mukaan seksuaaliterveyden aiheista keskusteleminen jäi usein potilaiden kanssa vähäiseksi ja puutteelliseksi. Yksi haastateltavista koki, että aiheesta keskustellaan sen tullessa spontaanisti vuorovaikutustilanteissa esille. Yksi hoitaja kertoi pyrkivänsä ottamaan aiheen esille kotiutustilanteessa. Hän mainitsi myös lääkärin ottavan aiheen puheeksi potilaiden kanssa. Yksi hoitajista antoi lisäksi muistisäännön, jonka tavoitteena olisi edes muistaa kysyä potilaalta: “Haluatko keskustella aiheesta?” Tällöin asiasta olisi mainittu ja potilaalle annettaisiin ohjat valinnalle, haluaako puhua aiheesta vai eikö.

“Kyllä. Joo se on ihan...se on ihan kyllä niin. Joka ikisen pitäisi se (seksuaaliterveyden keskustelu) käydä. Että miten...millä lailla nää meidän toimenpiteet vaikuttaa heihin...et heillä. Niinku, et koska aika monet vaikuttaa justiin siihen (seksuaalisuuteen).”

“Mmh no olis tarkoitus ja se olis niiku suotavaa, että joskus hyvin iäkkäillä se (keskusteleminen) saattaa jäädä vähän vähemmälle. Mutta tota sillonki olis...niiku tavoitteena olis aina, että kysyttäis, että ”haluatko keskustella?” ja, että ”onko tästä asiasta kysyttävää?””

## 8.3 Seksuaaliterveyden muutoksien puheeksioton ajankohdat

Haastateltavien mielipiteet olivat yhtenäiset siitä, että seksuaaliterveyden muutokset otetaan puheeksi osastolla viimeistään kotiutustilanteessa. Muutama haastateltavista kertoi potilaiden nopeasta toipumisajasta leikkauksen jälkeen, mistä johtuen hoitojaksot ovat nykyään suhteel-



lisen lyhyitä. Ensimmäiset leikkauksen jälkeiset päivät menevät potilaan keskittyessä fyysiseen kuntoutumiseen, jolloin aihe on luonnollista ja ideaalista ottaa esille vasta kotiutustilanteessa. Kysyttäessä haastateltavien omia mielipiteitä, liittyen seksuaaliterveydestä keskustelun ideaalisimpaan ajankohtaan, ilmeni eriäviä tuloksia. Suurin osa haastateltavista koki kotiutustilanteen olevan paras hetki aiheesta keskusteluun, sillä tällöin potilaan toipumisprosessi leikkauksesta on jo alkanut ja hänen on helpompi sisäistää uutta tietoa. Potilaat ovat yleensä leikkauksen jälkeen järkyttyneitä toimenpiteestä, omasta selviämistään sekä sairauden ja leikkauksen aiheuttamasta elämänmuutoksesta. Mahdollisesti vasta tämän vaiheen jälkeen sairauden ja leikkauksen aiheuttamat seksuaaliterveyden muutokset tulevat potilaille mieleen, ja he haluavat kysellä hoitohenkilökunnalta aiheesta ennen kotiin lähtöä. Vähemmistö haastateltavista oli sitä mieltä, että aihe olisi parasta ottaa puheeksi jo ennen leikkausta. He kokivat, etteivät potilaat ole heti leikkauksen jälkeen kykeneväisiä vastaanottamaan tietoa tai eivät kykene omaksumaan sitä. Yksi haastateltavista nimenomaan korosti, että potilaiden olisi syytä tietää jo ennen leikkausta, mihin seksuaaliterveyden muutoksiin kannattaa etukäteen varautua.

“Ne on yleensä siinä kotihoito-ohjeitten yhteydessä. Et ei yleensä sitä ennen...kun yleensä ne toipuu. Tietysti aika pikaisesti nykyään pääsee kotiin, et näähän on nää robottileikkauksethan et ne pääsee jo seuraavana päivänä, nii siinähan se (puheeksiotto) tulee sit heti luonnollisesti.”

“Kyl se silloin on (kotiutustilanteessa)...ei ne ota vastaan (seksuaaliterveyden tietoa) siinä kun ne on ensin ihan järkyttyneitä siitä koko toimenpiteestä ja siitä, että...selviämisestä siitä toimenpiteestä ja elämänmuutoksesta muuten jo.”

#### 8.4 Seksuaaliterveyden puheeksiottoon vaikuttavat tekijät

Haastattelujen tuloksista ilmeni, että hoitajilla oli eriäviä käsityksiä seksuaalisuuden puheeksiottoon vaikuttavista tekijöistä. Vain yksi haastateltavista kertoi, että potilaan ikä, kulttuuri, uskonto tai muut tekijät eivät vaikuta puheeksioton kynnykseen. Haastateltava mainitsi, että iäkkäämmät potilaat voivat olla yllättävän viriilejä, joten ei kannata tehdä ennako-oletuksia heidän seksuaaliterveydestään. Hänen mukaansa iäkkäämmät potilaat saattavat kuitenkin myös itse todeta puheeksioton yhteydessä hoitajalle, että aihe ei enää kiinnosta heitä tai ole heille ajankohtainen. Kaksi haastateltavista oli puolestaan niillä linjoilla, että potilaan iällä oli jonkinlainen merkitys puheeksiottoon. Toisen haastateltavan mukaan hoitajat eivät ota iäkkäämpien potilaiden kanssa aihetta puheeksi, sillä potilailla ei enää välttämättä ole tarvetta keskustella seksuaaliterveytensä muutoksista. Kaksi haastateltavista kertoi kokevansa haastavaksi seksuaaliterveydestä keskustelemisen maahanmuuttajien kanssa mahdollisten kulttuurierojen vuoksi. Kahdella haastateltavalla ei ollut kokemuksia tai ajatuksia seksuaaliterveyden puheeksiotosta maahanmuuttajien kanssa, sillä he eivät olleet kohdanneet tällaisia tilanteita

tai pohtineet asiaa sen enempää. Muina puhekeskusteluihin vaikuttavina tekijöinä haastateltavat toivat esiin potilaan kyvyn vastaanottaa aiheeseen liittyvää tietoa sekä potilaan kiinnostuksen määrän aiheita kohtaan. Myös hoitajan naissukupuoli vaikutti erään hoitajan mielestä seksuaaliterveyden muutoksista keskusteluun maahanmuuttajien kanssa sekä yleisesti päivittäiseen hoitotyöhön, sillä kaikki eturauhassyöpäpotilaat ovat vastakkaista sukupuolta edustavia. Vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että suurimman osan mielestä jokaisen potilaan kanssa seksuaaliterveys tulisi ottaa puheeksi riippumatta potilaan iästä, kulttuurista, uskonnosta tai muista tekijöistä.

“No vaikuttaa se ikä nimenomaan, jos on ikää jo reilusti, niin sitten. Sit tietysti helposti aatellaan, että eihän tällasilla (seksuaaliterveyden keskusteluilla) enää ole niinku ehkä enää tarvetta, mutta pitäishän se tota noin kaikkien kanssa ottaa (puheeksi), iästä riippumatta.”

“Hmm, tottakai se on se. Se potilaan, miten hän on niinku hoitajan näkökulmasta kykeneväinen vastaanottamaan sellasta tietoa ja miten kiinnostunut hän on ja näin että. Et siitä se aika pitkälti varmaan riippuu.”

## 8.5 Potilaan seksuaaliterveyden keskustelumahdollisuudet

Haastatteluista kävi ilmi, että potilaille oli tarjolla erilaisia tahoja, joihin ottaa yhteyttä seksuaaliterveyden asioihin liittyen leikkauksen jälkeen. Osastolle ei kuitenkaan ollut mahdollista tulla myöhemmin kotiutumisen jälkeen käymään ja keskustelemaan näistä aiheista enää erikseen. Muutama haastateltava kertoi potilaiden mahdollisuudesta kysellä seksuaaliterveyden asioistaan soittamalla osastolle arkisin sairaanhoitajan puhelintunnilla kuukauden ajan leikkauksajankohdan jälkeen. Haastatteluista selvisi, että hoitajat eivät olleet saaneet yhtenäistä käytäntöä, minne potilas pitäisi ohjata, jos hänellä tulisi leikkauksen jälkeen kysymyksiä seksuaaliterveyteensä liittyen. Haastateltavat kertoivat syöpähoitajan, uroterapeutin ja seksuaaliterveyden saaneen fysioterapeutin olevan mahdollisia ammattihenkilöitä, joiden kanssa puhua. Yksi hoitajista totesi, ettei osastolla ole kartoitettu, millainen työnjako hoitajilla on seksuaaliterveyden puhekeskustelussa. Pääasia olisi, että joku hoitohenkilökunnan työntekijä keskustelisi potilaan kanssa aiheesta. Monet hoitajat olettivat lääkärin mahdollisesti kertovan potilaalle seksuaaliterveyden asioista jälkitarkastuksen yhteydessä.

“Meil on sairaanhoitajan puhelinaika, johon voi soittaa. No siis se suositus on, että neljän...oisko se nyt neljän viikon, kuukauden, jos niinku leikkauksen jälkeen (saa soittaa). Mutta siis tulee siihen paljon puheluita ilmeisesti sen jälkeenkin.”

“No periaatteessahan osastollehan ei, mut meil on tää syöpähoitaja olemassa. Et periaattessa, jos aktiivisemminkin heidän numeroaan annettaisiin, niin se on niiku yks portti. Mutta sitten niinkun seksuaaliterapeuttia ei varsinaisesti oo. Meil on fysioterapeutti kyllä käyny tän (seksuaaliohjaus) koulutuksen. Mä en tiedä, miten paljon hän käy sit näitä asioita. Todennäköisesti jonkun verran, kun hän ohjaa näitä lantionpohjan lihasjumpia ja muuta niin... Meil on ehkä vähän kartottamatta se, että mitä kukakin puhuu.”

#### 8.6 Tiedonannon vaihtelevat käytänteet seksuaaliterveyden puheeksiotossa

Haastateltavat kertoivat erilaisista käytänteistä seksuaaliterveyden puheeksioton suhteen osastolla. Osa heistä mainitsi ensisijaisesti hoitajien suullisen ohjeistuksen, jonka tukena on myös kirjallinen potilasopas. Potilasopas oli heidän mukaansa kuitenkin nykyään seksuaaliterveyden sisällöltään hyvin suppea. Haastateltavat mainitsivat lääkäreiden kertovan suullisesti potilaille leikkauksen kliinisestä vaikutuksesta seksuaaliterveyteen, esimerkiksi erektiohermojen mahdollisesta säästämisestä leikkauksen aikana. Haastateltavat toivat myös esiin hoitajien roolin kertoa seksuaaliterveydestä potilaiden erikseen kysyessään aiheesta. Tällöin tietoa annetaan mahdollisesti suullisesti kotiutustilanteessa tai tarpeen tullen etsitään potilasohjeita tai muita ohjeita monipuolisemmin internetistä potilaille.

“Ne saa potilasoppaan, kirjallisen. Siis täältä meiltä. Toki mä en tiedä mitä tapahtuu ennen kuin ne tulee tänne.”

#### 8.7 Potilaan puolison tiedonsaannin huomioiminen

Haastattelujen tulokset olivat yhtenäiset siinä, että potilaan puolisoa tai partneria ei automaattisesti huomioitu potilaan seksuaaliterveyden ohjauksessa osastolla. Puolison tiedonsaannin huomioiminen oli riippuvaista potilaasta sekä puolison omasta aktiivisuudesta olla osallisena läheisensä hoidossa. Puolison tiedonsaanti otettiin huomioon, mikäli hän osallistui leikkauksessa olleen miehensä kanssa yhdessä kotiutustilanteeseen. Haastateltavilla oli ollut sellainen mielikuva, että potilas itse kertoo puolisolleen seksuaaliterveyden asioista kotona, jolloin tiedonanto jää hänen vastuulleen. Yksi haastateltava kertoi puolisoitten olevan joissain tapauksissa tiiviistikin mukana miehensä hoidossa sekä heidän tulevan mukaan hoitotilanteisiin kysyäksään seksuaaliterveyden asioista hoitohenkilökunnalta.

“No se oikeestaan, jos potilaan puoliso haluaa tulla kotiutustilanteeseen, se on mahdollista. Mut muutenhan se puoliso jää vähän silleen, et ei tietenkään automaattisesti oteta yhteyttä potilaan puolisoon.”

“No se on tota aika lailla siitä kiinni, että minkälainen tää potilas itessään on, että onko se vaimo aktiivisesti tässä mukana...”

## 8.8 Potilaiden halu keskustella seksuaaliterveydestään

Haastatteluista selvisi hoitajien yhtenäinen näkemys siitä, että potilaat ovat yleisesti hieman hämmentyneitä, mutta kuitenkin hyvin tyytyväisiä saadessaan seksuaaliterveyden ohjausta niin hoitajilta, lääkäreiltä kuin muiltakin hoitotahoilta. Potilaat eivät välttämättä uskalla itse ottaa asiaa puheeksi, joten he ovat iloisia, ettei heidän tarvitse tehdä aloitetta asiasta keskustelemiseen. Osa potilaista on kuitenkin vaivautuneita hoitajan puhuessa aiheesta. Suurin osa haastateltavista totesi, että potilaat uskaltavat toisaalta kysyä aiheesta välillä hyvinkin rohkeasti. He kertoivat, että aihe kuitenkin kiinnostaa suurta osaa potilaista. Hoitajien mukaan lähtökohtina hyvälle seksuaaliterveyden keskustelulle on, kun potilaat ovat sinut oman seksuaalisuutensa kanssa eivätkä ole liian häveliäitä aiheen suhteen. Tärkeää on myös, että hoitaja vaikuttaa helposti lähestyttävältä sekä rohkealta keskustelemaan tästä intiimistä aiheesta.

“Öö hyvin on hämmentyneitä koko tilanteesta nii ne on..mut ne on tyytyväisiä. Mä koen, että ne on, että ”hyvä ku otetaan puheeks” ja ”hyvä, että siitä on siellä tekstiä” ja ”hyvä, että sanotaan, että lääkäri ottaa tästä vielä puheeks ja, että hän on apuna”. Kyl mä luulen et se on mitä nuorempi, niin sitä isompi on se merkitys tietenkkin.”

“No kyllä ne toisinaan uskaltaakin ja kehtaakin. Että tota, se riippuu niin siitä miten se potilas on sinut sen oman seksuaalisuutensa kanssa. Ja vähän et näkee, että hoitaja ei nyt heti häkelly siitä hänen kyselyistään.”

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tutkimuseettiset kysymykset

Sensitiivisen tutkielman edellytyksenä on tutkielman tekijän eettisesti korkeatasoinen toiminta koko tutkielmaprosessin ajan (Aho & Kylmä 2012, 278). Hyvän ja luotettavan tutkielman toteuttamisessa käytetään ohjeistuksena tutkimusetiikkaa, jota ohjaavat muun muassa lainsäädäntö, alueellisten sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat sekä kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus. Suomessa on myös luotu tutkimuseettinen neuvottelukunta turvaamaan tutkielmien eettistä kestävyttä ja laatua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363-364.) Tutkielman eettisiin periaatteisiin lukeutuu tutkielman osallistujien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyyden huomioiminen sekä tietosuojaperiaatteiden vastuullinen ja huolellinen noudattaminen. Tutkielman tekijät luotettavuus näyttäytyy tutkielman aikana, kun hän käyttää eettisesti hyväksytyjä tiedonhankinta-, tutkielma- ja arvi-

ointimenetelmiä. Tutkielman eettisyyttä lisää rehellisten tieteellisten hyväksi todettujen toimintatapojen ja käytäntöjen noudattaminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 23-24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

Tutkielman tekijät olivat tehneet huolellista taustatyötä ja tutustuneet etukäteen tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimiin eettisiin periaatteisiin. Tutkielman osallistujien itsemääräämisoikeutta sekä yksityisyyttä kunnioitettiin tutkielman kaikissa vaiheissa. Tutkielman tekeminen perustui tunnettuihin laadullisessa tutkielmassa käytettyihin menetelmiin, joilla on pitkä eettinen hyväksyntä taustalla. Tutkielman tekijät säilyttivät kerätyt tutkielman aineistot huolellisesti omilla tietokoneillaan salasanojen takana, jotta tutkielman aineisto pysyi vain heidän hallussaan. Kaikki tutkielman aineisto myös hävitettiin tietosuojaperiaatteiden mukaisesti opinnäytetyön julkaisun jälkeen.

Tutkielmaan osallistuvien tulee olla tietoisia tutkielman vapaaehtoisuudesta ja heillä tulee olla riittävä tieto tutkielmasta. Tutkimusjoukon on annettava suostumuksensa haastatteluun. Heillä on oikeus keskeyttää osallistuminen tutkielmaan missä vaiheessa tutkielmaa tahansa, mutta tästä huolimatta heidän jo antamiaan haastatteluja voidaan hyödyntää tutkielmassa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.) Osaston hoitajia oltiin informoitu tutkielmasta etukäteen käytäntöjen mukaisesti. Ennen haastatteluja varmistettiin kirjallisesti ja suullisesti, että tutkittavat olivat tietoisia opinnäytetyön tarkoituksesta, vapaaehtoisesta osallistumisesta tutkielmaan sekä heidän roolistaan tiedonantajina. Kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa he vakuuttivat ymmärtäneensä ja hyväksyvänsä opinnäytetyön tarkoituksen.

Tutkielman aihetta valittaessa on tärkeää pohtia aiheen yhteiskunnallista merkitystä sekä sen yleistä hyödyllisyyttä. Tutkielman tulosten käytettävyys tulevaisuudessa hoitotyön laadun kehittämässä on osa tutkimuseetiikan periaatteita, joita tutkielman tekijöiden on syytä pohtia muiden eettisten ratkaisujen lisäksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.) Kyseistä tutkielman aihetta haluttiin tutkia, koska siitä oli kohtuullisen vähän tutkimustietoa tarjolla. Eturauhassyöpä ja seksuaalisuus yhteen kietoutuneena aiheena kiehtoi tutkielman tekijöitä yhteiskunnallisen asemansa vuoksi, sillä se on miesten yleisin syöpä. Toisaalta tutkielman arka ja sensitiivinen aihe saattoi vähentää vastausten luotettavuutta, jos haastateltavat kokivat potilaiden seksuaaliterveydestä puhumisen epämukavana. Tämä ei kuitenkaan välittänyt haastatteluiden aikana tutkielman tekijöille, että näin olisi ollut. Hoitajat puhuivat asiasta ammattimaisesti.

## 9.2 Tutkielman luotettavuus

Tutkielmassa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä huolellisesti projektin jokaisessa vaiheessa, tulosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä arvioitaessa tuloksia. Luotet-

tavuutta huomioiden on tärkeää etsiä ja koota tietoa monipuolisesti erilaisista lähteistä. Valittujen lähteiden on hyvä olla tuoreimmasta päästä, jotta opinnäytetyöhön ei tule tietoa vanhentuneista aineistoista. Tutkittavien ihmisten subjektiivisten merkitysten tulkinta vaatii taustalleen kehyksen, johon tutkielman tekijät vertaavat saatuja aineistoja. Tutkielman ongelmaksi voi muodostua taustatietojen, esimerkiksi tapahtumapaikkojen, tiedonantajien ja rakenteiden yksipuolisuus tai epäselvyys. Luotettavaa tietojen siirrettävyyttä ajatellen on tutkielman tekijöiden varmistettava huolellinen osallistujien valinta taustojen selvityksellä. (Hirsjärvi ym. 2008, 24, 109; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161.)

Tutkielman tekijät etsivät aineistoja laaja-alaisesti eri lähteistä, niin kirjallisista tiedonlähteistä kuin monipuolisista suomen- ja englanninkielisistä sähköisistä tietokannoistakin. Tarkoituksena oli pystyä vertailemaan jo olemassa olevien aineistojen tuloksia tutkielman tekijöiden tuloksiin. Tutkielmaan valitut lähteet saivat olla enintään 10 vuotta vanhoja, yhtä 15 vuotta vanhaa kirjallista lähdeä lukuun ottamatta. Vanhimman lähteen koettiin sisältävän yhä ajankohtaista tietoa syövästä ja seksuaalisuudesta, eikä siitä ollut tuoreempaa painosta tarjolla. Tutkielmaan valittiin tarkoituksella eri ikäisiä ja eri mittaisia aikoja osastolla työskennelleitä hoitajia, jotta tutkielman aineistoon saataisiin monipuolista aineistoa analysoitaviksi ja vertailtaviksi keskenään. Haastateltavien taustatiedoista selvitettiin heidän ikänsä, opiskelutaustansa sekä työskentelyaikansa kyseisellä osastolla.

Yksi tärkeimmistä tutkielman lähtökohdista on tulosten realismi. Tutkielman tekijöiden on koko tutkielman teon ajan pyrittävä tuottamaan paikkansa pitävää ja luotettavaa tietoa. Tulosten uskottavuus on osoitettava tutkielmassa julkaisemalla vain aineistoa, joka vastaa tutkittavien henkilöiden todellisia käsityksiä tutkielman kohteesta. Luotettavuutta lisää myös tutkielman tekijöiden pidempiaikainen prosessi tutkittavan ilmiön parissa sekä tutkijatriangulaatio. Tutkijatriangulaatiossa tutkielmaa tehdään useamman hengen tiimissä, jossa jokainen toimii aineistonkerääjänä, tulosten analysoijana ja tulkitsijana. (Mäkinen 2006, 102; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Kylmä & Juvakka 2007, 128; Hirsjärvi ym. 2008, 228.)

Tässä opinnäytetyössä tekijöitä oli kaksi, mikä lisäsi tutkielman luotettavuusarvoa tutkielman tekijöiden yhdessä tekemien monipuolisten analysointien kautta. Tutkielman tekijät tekivät yhdessä opinnäytetyön kirjalliset osuudet sekä olivat yhdessä tekemässä teemahaastattelua. Tutkielman tekijöiden analysoidessa tuloksia he pitivät huolen tuloksien paikkansapitävyydestä olemalla muokkaamatta saatuja aineistoja. Aineistoa käytiin useat kerrat läpi, jotta tutkielman tekijät saivat selkeän käsityksen tutkittavien näkemyksistä. Haastattelut järjestettiin hoitajien työaikana, mikä mahdollisesti vaikutti tutkielman aineiston luotettavuuteen. Osaston kiireisestä ympäristöstä johtuen vastaukset saattoivat jäädä lyhyiksi ilman haastateltavien monipuolista asioiden tarkastelua. Osa hoitajista ei ollut ehtinyt työn ohella paneutua opin-

näytetyön sisältöön, mikä saattoi aiheuttaa heille tiedon puutteesta johtuvaa epätietoisuutta. Tämän huomioiden tutkielman tekijät selostivat tavoitteet, kulun ja tutkittavan oikeudet ennen haastatteluiden aloittamista.

Kvalitatiivisen tutkielman toteutusvaiheiden yksityiskohtainen selostaminen lisää luotettavuutta ja uskottavuutta lukijan silmissä. Haastattelututkielmassa tärkeää on kertoa todenmukaisesti aineiston keruupaikka ja tilanteessa vallinneet olosuhteet sekä haastattelujen kulku ja kesto, jotta aineiston siirrettävyys varmistetaan. Aineiston siirrettävyys takaa muille tutkielman tekijöille tutkimusprosessin seuraamisen sekä tutkielman tulosten käyttökelpoisuuden ja luotettavuuden arvioimisen. Tulkintavaiheessa tulee perustella selkeästi tutkielman tekijöiden tekemät tulkinnat sekä mihin hän nojaa päätelmänsä. Tavoitteena on, että lukija ymmärtää, miten tutkimusanalyysi on toteutettu. Haastatteluaineistosta poimitaan autenttisia eli suoria lainauksia luotettavuuden lisäämiseksi. Haastattelun validiutta tarkastellaan vertailemalla, täsmääkö tutkielman kuvaus selitysten ja tulkintojen kanssa. (Hirsjärvi ym. 2008, 227-228; Kylmä & Juvakka 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Tässä opinnäytetyössä tutkielman tekijät kuvasivat kaikki tutkielman vaiheet mahdollisimman tarkasti, jotta se lisäisi tutkielma luotettavuutta. Tutkimusaineiston analysointiprosessi avattiin erityisen yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta, jotta tutkielma olisi toistettavissa. Aineiston keruupaikka, tilanteessa vallinneet olosuhteet ja haastattelun toteutus kuvailtiin tutkielman aikana. Haastatteluiden aikana huomattiin, että tutkielman tekijöiden kokemattomuus haastattelutilanteessa vaikutti joihinkin haastattelun kysymysten muotoiluun ja oleellisen tiedon saamiseen analysointiosuutta varten. Nämä olivat kuitenkin vain yksittäisiä poikkeustapauksia, joissa asia huomattiin.

### 9.3 Tutkielman tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, minkälaisia ohjauksetähtöjä urologian osaston hoitajilla on seksuaaliterveyden puheeksiotossa tällä hetkellä. Tarkoituksena oli lisäksi kartoittaa, miten urologisen potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat osastolla. Tutkielman tulokset vastasivat hyvin ennalta laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelujen avulla tuotettu uusi tieto oli pääosin samoilla linjoilla opinnäytetyön kirjallisen osuuden kanssa. Haastateltavien keskinäisissä näkökulmissa ja kokemuksissa oli kuitenkin todettavissa pientä ristiriitaisuutta muutaman aihealueen kohdalla.

Hautamäki-Lamminen ym. (2008, 152) perustavat tutkimuksensa tiedolle, jonka mukaan terveydenhuollossa ei ole selkeitä toimintamalleja, joilla turvattaisiin potilaalle mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteensa liittyvistä kysymyksissä hoitohenkilökunnan kanssa. Työhön tuloon liittyvän perehdytyksen puute ja yleisesti koulutuksen puute seksuaaliterveyden osalta ovat keskeisiä tekijöitä hoitajien seksuaaliterveyden aiheista puhumattomuudelle. Opinnäyte-

työn teemahaastatteluissa ilmeni samankaltaisia tuloksia. Tulokset osoittivat, että urologian osaston hoitajien perehdytykseen ei sisälly olennaisena osana seksuaaliterveyden ohjaus. Kyseisellä erikoissairaanhoidon kuuluvalla osastolla ei ollut selkeää toimintamallia potilaan fyysisen ja psyykkisen seksuaaliterveyden puheeksiotosta. Tulosten mukaan osa hoitajista oli saanut perehdytystä aiheeseen epävirallisten tahojen kautta. Tämä vähäinenkin perehdytys koettiin hyödylliseksi ja hoitotyön laatua parantavaksi. Tulokset olivat keskenään samassa linjassa siitä, että hoitajien perehdyttäminen seksuaaliterveyden ohjaukseen sekä jatkokoulutukset aiheen tiimoilta olisivat tarpeellisia tuoden selkeyttä hoitotyön sisältöön. Yhteisten käytäntöjen luominen myös vahvistaisi hoitajien potilasohjauksen muuttumista satunnaisesta seksuaaliterveyden keskustelusta systemaattiseen puheeksiottoon aiheen tiimoilta. Vastaavia tuloksia ilmeni Hoekstran ym. (2012, 492-499) tutkimuksessa, jossa yhdeksi merkittävimmäksi tekijäksi perehdytyksen laiminlyömiseen nousivat heikot organisaation käytännöt. Hoitajille ei oltu laadittu selkeitä ohjeita, joita noudattamalla aihe olisi tullut luonnollisesti ja varmuudella puheeksi jokaisen potilaan kanssa. Kyseisessä tutkimuksessa seksuaaliterveyden puheeksi ottamisen helpottamiseksi ja kehittämiseksi mainittiin helposti hyödynnettävät hoitotyön ohjeet, joiden turvin hoitajat osaisivat sisällyttää seksuaaliterveyden puheeksioton jokaisen potilaan hoitoon.

Tutkielman haastateltavien mukaan seksuaaliterveyden muutokset olisi tarkoitus ottaa jokaisen potilaan kanssa puheeksi. Hoitajat olivat tietoisia, että se sisältyy potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Se ei kuitenkaan toteutunut jokaisessa potilaskontaktissa johtuen joko potilaasta tai hoitajasta riippuvista tekijöistä. Tuloksista tuli myös ilmi, että puheeksiotto jää väjävaiseksi tiettyjen seksuaaliterveyden aihepiirien osalta. Aiheesta keskustellaan useimmiten potilaan kanssa vain aiheen tullessa spontaanisti esille hoitotyön aikana. Tulokset olivat haastateltavien kesken yhtenäiset siinä, että seksuaaliterveyden muutokset otetaan yleisimmin puheeksi kotiutustilanteessa, jolloin potilas on ehtinyt aloittamaan fyysisen kuntoutumisprosessin leikkauksen jälkeen. Tulosten mukaan haastateltavien mielipiteet jakautuivat kuitenkin kahtia seksuaaliterveyden ensimmäisen puheenoton ideaalisimmasta ajankohdasta mietittäessä koko potilaan hoitopolkua eturauhassyövän leikkauksen suunnittelusta postoperatiiviseen hoitoon asti. Hautamäki-Lammisen (2012, 8, 71.) ja Järvisen ym. (2012, 9) tutkimusten mukaan potilaiden mielestä paras hetki seksuaaliterveyden keskustelulle olisi jälkitarkastuksen yhteydessä, jolloin hoitaja antaisi potilaalle neuvoja seksuaalisuuden käsittelyyn sekä selviytymis- ja hoitokeinoja sukupuolielämän ongelmiin. Suurin osa haastateltavista pitikin leikkauksen jälkeistä aikaa seksuaaliterveyden puheeksioton otollisimpana ajankohtana, mutta muutama haastateltavista kannatti vuorostaan puheeksioton ajoitusta jo leikkausta edeltäväksi. Syiksi mainittiin potilaan kykenemättömyys ottaa tietoa vastaan ja omaksua sitä heti leikkauksen jälkeen. Lisäksi potilaan varautumista leikkauksen jälkeisiin seksuaaliterveyden muutoksiin pidettiin syynä informoida potilasta jo preoperatiivisella käynnillä.



Opinnäytetyön tulokset olivat linjassa Hoekstran ym. (2012, 492-499) tutkimuksen kanssa liittyen seksuaaliterveyden puheeksiottoon vaikuttaviin tekijöihin. Organisaation puuttellisten käytäntöjen lisäksi molemmissa nousi esiin potilaan ikä sekä maahanmuuttajien uskonto- ja kulttuuritausta. Myös Järvisen ym. (2012, 8) tutkimuksessa kerrottiin, että yli 60-vuotias mies jättää syöpäsairauden kohdatessa helposti seksuaaliterveytensä asiat taka-alalle. Potilaan vanhempi ikä aiheuttaa joskus ennako-oletuksen hoitajille. Hoitajat kuvittelevat, että tämä ikääntyneempi potilasryhmä ei ole enää laisinkaan kiinnostunut seksuaaliterveyden asioista. Tällöin niitä aiheita ei viitsitä edes ottaa puheeksi. Myös Lehdon ym. (2013, 3001-3002) tutkimuksen haastateltavien arvioiden mukaan korkeampi ikä vähensi potilaan sukupuolielämässä koettuja vaivoja, koska seksuaalielämä ei ollut enää potilaille ajankohtaista. Nämä hoitajien ennako-oletukset voivat aiheuttaa seksuaaliohjauksen laiminlyöntejä, jolloin potilaan kokonaisvaltainen terveydenhoito jää osittain huomioimatta. Lipiäisen (2011, 14, 19) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan on annettava ikääntyneillekin potilaille mahdollisuus keskustella seksuaaliterveydestään, jotta kukaan ei jäisi ilman tarpeellista ohjausta. Muina puheeksioton heikentävinä tekijöinä tutkielman haastateltavat mainitsivat potilaan alhaisen kiinnostuksen aiheita kohtaan, potilaan kyvyn vastaanottaa tietoa sekä hoitajan naissukupuolen negatiivisen vaikutuksen maahanmuuttajien kanssa seksuaaliterveydestä keskustelemiseen. Tutkielman tekijöiden mielestä oli positiivista, ettei hoitajien puheeksioton haasteiksi ilmennyt osastolla vallitseva kiireinen ilmapiiri, josta johtuen hoitajat eivät ehtisi ottaa seksuaaliterveyttä puheeksi muiden tärkeiden asioiden ohella.

Tutkielman tulosten mukaan hoitajilla ei ollut selkeää ja yhdenmukaista tietoa siitä, minkälaiset mahdollisuudet potilailla on ottaa yhteyttä osastolle kysyäksään mieltä askarruttavista seksuaaliterveyden asioista. Haastateltavien mukaan potilailla oli mahdollisuus soittaa osaston sairaanhoitajille arkisin puhelintunnilla kuukauden ajan leikkauksen jälkeen. Tutkielmassa tuli lisäksi ilmi, ettei potilailla ollut mahdollisuutta palata osastolle keskustelemaan seksuaaliterveydestään. Heille oli kuitenkin tarjolla muita tahoja, joista voi saada tarvittaessa apua seksuaaliterveyden huoliin. Hoitajat olivat haastatteluissa yhtä mieltä, että osastolla ei ole kartoitettu seksuaaliterveyden puheeksioton työnjakoa. Oleellista olisi, että edes joku hoitohenkilökunnasta nostaisi aiheen esiin potilaan kanssa, jottei potilas jäisi ilman tätä tärkeää hänen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiinsa vaikuttavan aiheen käsittelyä.

Kysyttäessä seksuaaliterveyden tiedonannosta osastolla suurin osa haastateltavista oletti, että lääkärit ottavat useimmiten seksuaaliterveyden aiheet suullisesti puheeksi potilaiden kanssa. Samoja tuloksia oli todettavissa myös Järvisen ym. (2012, 10) tutkimuksen pohjalta. Tässä opinnäytetyössä haastateltavien mukaan myös hoitajilla on tärkeä rooli aiheen puheeksiotossa. Heillä on usein tapana käyttää kirjallista potilasopasta suullisen ohjeistuksen tukena. Haastateltavat kuitenkin huomauttivat potilasoppaan olevan nykyään hyvinkin suppea kyseisen aiheen tiimoilta, mistä johtuen siitä ei ole juurikaan apua puheeksioton yhteydessä. Pu-

heeksiotto oli haastateltavien mukaan päällisin puolin suullista informointia, jonka lisäksi internetistä tai muista lähteistä oli mahdollista etsiä potilaalle kirjallista tietoa, mikäli potilas kaipasi seksuaaliterveyden asioihin lisää tietoa kirjallisena versiona. Kirjalliset ohjeistukset toisivat tutkittavien kokemusten mukaan näin ollen helpotusta aiheen puheeksiottoon ja ne olisivat hyödyllistä sisällyttää myös osaston ohjauskäytänteisiin.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunta ei huomioi potilaan puolisoa automaattisesti seksuaaliterveyden asioissa. Samankaltaisia tuloksia oli myös Järvisen ym. (2012, 10) tutkimuksessa, jossa kerrottiin puolisoiden olevan harvoin mukana potilaiden ohjaustilanteissa. Nämä olivat ristiriidassa Rosenbergin (2001, 17-18, 22-23) esille tuomien asioiden kanssa, joiden mukaan parisuhdetta ei tule pitää itsestäänselvyytenä eikä hoitohenkilökunta saa unohtaa parisuhdesta huolehtimisen merkitystä toimenpiteiden ja muiden hoidollisten töiden ohella. Haastateltavien mukaan puoliso otetaan huomioon, mikäli hän osallistuu kotitilanteeseen ja on aktiivisesti mukana miehensä hoidossa. Hoitajat jättävät usein potilaan vastuulle kertoa puolisolleen seksuaaliterveyden asioista. Toisaalta joissain hoitotilanteissa puoliso on ollut tiiviistikin mukana. McConkeyn (2015) mukaan puolison mukana oleminen ohjaustilanteissa vaikuttaa merkittävästi potilaan seksuaaliseen palautumiseen positiivisella tavalla. Hautamäki-Lammisen ym. (2010, 289) mukaan puolison ohjaus myös lisää puolison ymmärtämystä potilaan sairautta kohtaan. Lisäksi Rosenbergin (2001, 22-23) mukaan hoitotilanteissa olisi syytä informoida puolisoa mahdollisesta haluttomuudesta ja muista seksuaaliterveyden ongelmista, jotka sisältyvät eturauhassyöpään sairastuneiden yleisimpiin ongelmiin. Näin puoliso ei yksin joudu pohtimaan miehensä haluttomuuden syitä. Puolison läsnäololla on vaikutusta niin potilaan henkiseen kuin fyysiseenkin palautumiseen eturauhassyöpän hoidossa. Rosenbergin mukaan potilaan on tärkeää tuoda puolisonsa tietoon huolensa liittyen seksuaalisten toimintojen muutoksiin, sillä huolien jakaminen parantaa heidän parisuhdettaan ja läheisyyttään.

Opinnäytetyön tulokset olivat linjassa Lipiäisen ym. (2011, 14,19) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan potilaat toivoivat lääkäreiden, hoitajien tai seksuaalineuvojan tekevän aloitteen seksuaaliterveyden asioista keskusteluun. Potilaat eivät välttämättä uskalla ottaa aihetta itse puheeksi ja ovatkin tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tehdessä aloitteen. Suurin osa haastateltavista kuitenkin kertoi, että potilaat uskaltavat joskus hyvinkin oma-aloitteisesti ja rohkeasti kysyä aiheesta hoitajilta, sillä aihe on heille usein hyvin ajankohtainen intiimialueensa leikkauksesta johtuen. Lähtökohtana potilaiden itse aloittamaan keskusteluun oli tutkielman mukaan se, että potilaat ovat sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Tällöin he eivät ole häveliäitä seksuaaliterveyden asioidensa suhteen. Hautamäki-Lammisen (2012, 8, 71) tutkimuksen mukaan potilaiden mielestä luontevinta oli keskustella seksuaaliterveydestään heidän omahoitajansa kanssa. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että potilaat pitivät hoitajien kanssa tunneasioista keskustelemista helpompana verrattuna samasta aiheesta keskusteluun lääkäreiden kanssa.

Tutkimuksien sekä opinnäytetyön tuloksista on pääteltävissä, että hoitajien on luotava potilaiden kanssa turvallinen ja luottavainen hoitosuhde, jotta seksuaaliterveyden keskustelusta tulisi onnistunut ja potilaan tilanteeseen nähden paras mahdollinen.

#### 9.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusmahdotuksia

Tutkielman tavoitteena oli kehittää hoitotyön laatua tuottaen hoitajille tietoa, joka edistää hoitajien ammatillista osaamista liittyen seksuaaliterveyden puheeksioton ohjaustaitoihin urologian osastolla. Opinnäytetyö vastasi asetettuun tavoitteeseen tuottamalla tietoa haastattelujen sairaanhoitajien kokemuksista liittyen seksuaaliterveyden puheeksiottoon ja potilasohjaukseen.

Tutkielmasta tuli ilmi, että hoitohenkilökunnalle ei ole luotu selkeää ohjeistusta seksuaaliterveyden puheeksiottoon. Haastateltavilla ei ollut tietoa, kenelle sairaalan henkilökunnasta kuuluu keskustelu aiheen tiimoilta potilaan hoitajakson aikana. Urologian osastolla seksuaaliterveys on potilaille kuitenkin hyvin ajankohtainen ja pinnalla oleva aihe, minkä takia selkeiden ohjeiden tekeminen hoitajille helpottaisi heidän päivittäistä työtään. Seksuaaliterveyden tulisi olla hoitajille mahdollisimman matalan kynnyksen aihe keskustella potilaiden kanssa. Opinnäytetyön tulokset ovat hyödynnettävissä kehitettäessä urologian osastolle yhtenäisempiä seksuaaliterveyden ohjauskäytäntöjä sekä suunniteltaessa sairaanhoitajien koulutusta aiheen tiimoilta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on herättää ajatuksia ja ideoita tulevien saman aihepiirin jatkotutkielmien tekijöiden avuksi. Jatkotutkielmanä voitaisiin toteuttaa laajempi hoitohenkilökunnan haastattelututkimus, jonka aineistojen perusteella osastolle tehtäisiin esimerkiksi seksuaaliterveyden aihetta käsittelevä kirjallinen ohjevihko. Kyseinen ohjevihko voisi olla tarkoitettu niin hoitajille kuin potilaillekin helpottamaan keskustelua ja antamaan informaatiota etenkin seksuaaliongelmista, mahdollisista eturauhassyövän hoitokeinoista ja parisuhteen hoitamisesta sekä hoitojen aikana että toimenpiteiden jälkeen. Toisaalta myös puolisoiden kokemaa ohjauksen tarvetta voisi olla mielenkiintoista selvittää.

Tutkielman tekijöistä olisi lisäksi mielenkiintoista, jos seuraavaksi kerättäisiin tietoa suoraan eturauhassyöpää sairastavilta potilailta, jotta seksuaaliterveyden puheeksiottoa saataisiin kehitettyä heidän yksilöllisten näkemyksiensä ja kokemuksiansa perusteella. Tutkielman aineistoa voitaisiin kerätä laajempien haastattelututkielmien tai kyselylomakkeiden avulla, joilla hankittaisiin ehdotuksia esimerkiksi seksuaaliterveyden ohjauksen ajankohtaan, sisältöön ja laatuun. Lisäksi samanlainen haastattelututkimus hoitajille olisi mielenkiintoista tehdä esimerkiksi kahden vuoden kuluttua tämän opinnäytetyön valmistumisesta. Näin olisi mahdollista tutkia, onko seksuaaliterveyden puheeksiotossa ja ohjauksessa tapahtunut osastolla positiivista kehitystä.

## Lähteet

- Aaltomaa, S., Jousilahti, P., Kataja, V., Korpela, M., Kujala, P., Laato, M., Lindholm, P., Matikainen, M., Rannikko, A., Sipilä, R., Tammela, T. 2014. Eturauhassyöpä. Käypä hoito. Viitattu 27.4.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=hoi11060](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi11060)
- Aho, A-L. & Kylmä, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä - näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24 (4).
- Badr, H. & Taylor, C. 2009. Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 18(7).
- Boström, P., 2015, Eturauhasen sairaudet, ennaltaehkäisy, tutkimukset ja hoito. Helsinki: Tammi.
- Darst, E., 2007. Sexuality and Prostatectomy: Nursing Assessment and intervention.
- Diefenbach, M. & Mohamed, N. 2007. Regret of treatment decision and its association with disease-specific quality of life following prostate cancer treatment. *Cancer Investigation* 25.
- Eloranta, T., & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa, tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1>
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* Vol.20, no 3.
- Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 22 (4).
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M., Sanderman, R., Jaarsma, T. 2012, What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung* 41. Viitattu 17.10.2016
- Huttunen, M. 2015, Erektiohäiriö (impotenssi). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.4.2016  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00391&p\\_haku=erektio%C3%A4iri%C3%B6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00391&p_haku=erektio%C3%A4iri%C3%B6)
- Huttunen, M, 2015. Miehen orgasmihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.4.2016  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00392&p\\_haku=erektio%C3%A4iri%C3%B6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00392&p_haku=erektio%C3%A4iri%C3%B6)
- Huttunen, M, 2015. Seksuaaliset toimintahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.5.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00496](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00496)
- Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysterveystoimintaa - Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. *THL Raportti* 25.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klementti, R. & Raussi-lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. THL opas 33.

Kotronoulas G., Papadopoulou C. & Patiraki E. 2009. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence.

Kylmä, J. & Juvakka, T., 2007, Laadullinen terveystutkimus, 1.painos, Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä, 1. painos, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehto, U., Tenhola, H., Taari, K., Aromaa, A. 2013. Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys, Suomen lääkärilehti, 46.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, o., Vierimaa, H, & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipiäinen, L., Astedt-Kurki, P., & Lehto, J. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. Tutkiva hoitotyö, Vol. 9 (3).

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. 2010. THL. Helsinki: Valopaino Oy.  
[www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=03e70bf48f92ddfe60b2467093706f99](http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=03e70bf48f92ddfe60b2467093706f99)

McConkey, R. 2015. Effect of erectile dysfunction following prostate cancer treatment.

Movember 2016. Viitattu 31.10.2016  
<https://fi.movember.com/programs/cause>

Nurmi, M. 2005. Eturauhassyövän leikkaushoito. Suomen lääkärilehti. Katsausartikkeli. 14/2005 vsk 60 s. 1531 - 1535.

Rosenberg, L., 2001, Syöpä ja seksuaalisuus. Hämeenlinna: Ilves-Paino Oy.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus HOITOTYÖSSÄ. Helsinki: Edita Prima.

Saarelma, O. 2016. Eturauhassyöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.5.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00210](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00210)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 28.6.2016.  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Esimerkkejä käytäntöön. 2015. THL. Viitattu 2.11.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi/esimerkkeja-kaytantoon>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta, 2011. Etene-julkaisuja 32, Helsinki. Viitattu 2.5.2016.

<http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Suomen syöpärekisteri 2016. Vuoden 2014 syöpätieto julkaistu. Viitattu 14.8.2016.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/?x52393114=112228730>

Syöpäsäätiö. Viitattu 31.10.2016.

<http://syopasaatio.fi/tyomme/movember/>

Taari, K., Aaltomaa, S., Nurmi, P., Parpala, T., Tammela, T. 2013. Urologia, 3., painos, Helsinki: Duodecim.

Tammela, T., Nurmi, M., Petas, A., Sipilä, R. & Taari, K. 2012. Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu. Käypä hoito. Viitattu 16.9.2016.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=hoi11010](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi11010)

Tarnanen, K., Aaltomaa, S., Sipilä, R. & Jousilahti, P. 2014. Eturauhassyöpä - miesten yleisin syöpä Suomessa. Käypä hoito. Viitattu 17.9.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00006>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Urologia. HUS. Viitattu 29.4.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>

Viitanen, J. 2011. Onko avoimen radikaaliprostatektomian aika jo takanapäin? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127(6):617-20. Viitattu 16.9.2016.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99418](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99418)

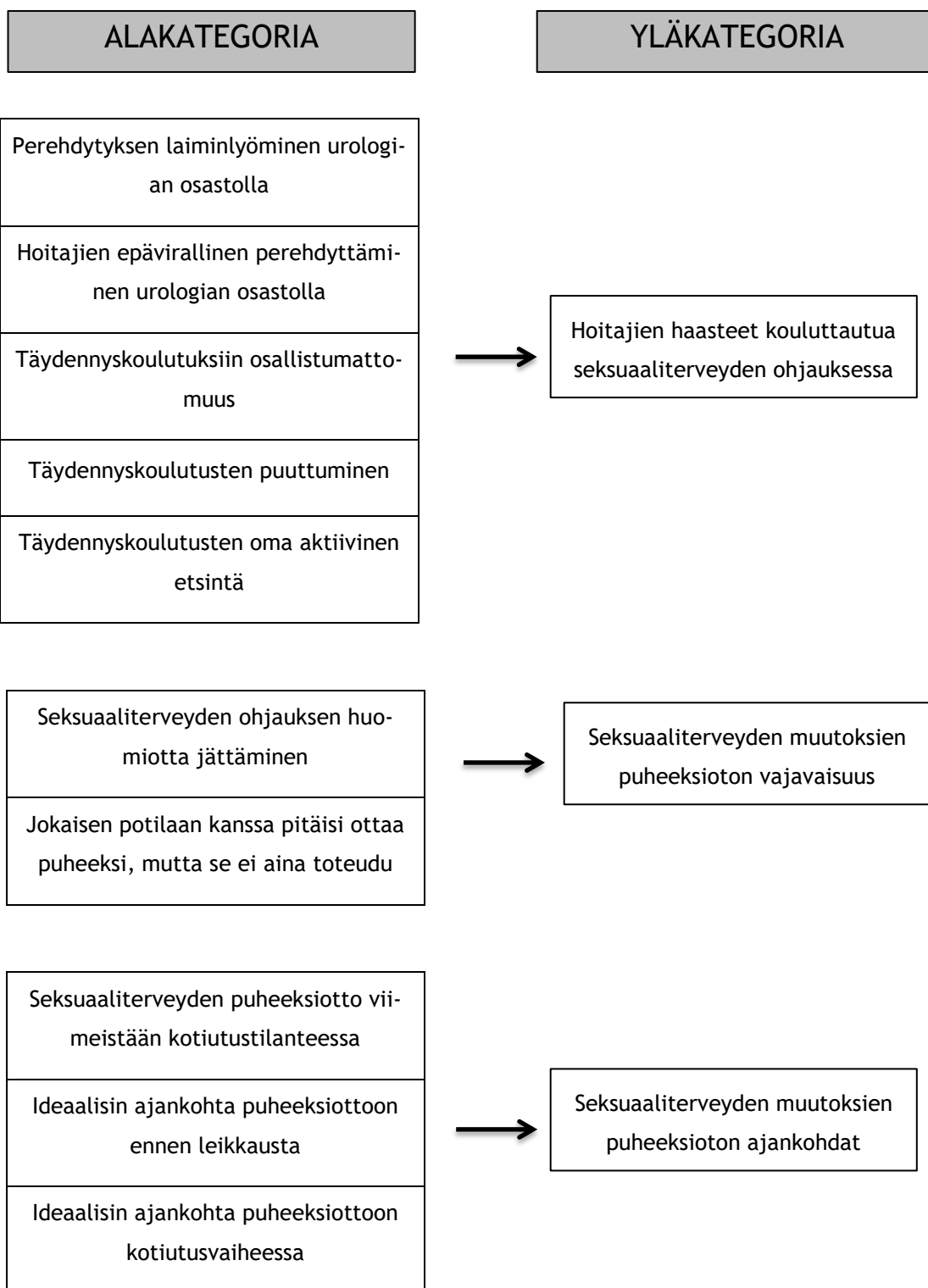
Väisälä, L. 2011. Haluttomuuden monet kasvot. Katsausartikkeli 35/2011 vsk 66, 2485-2491. Viitattu 21.10.2016.

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/haluttomuuden-monet-kasvot/>

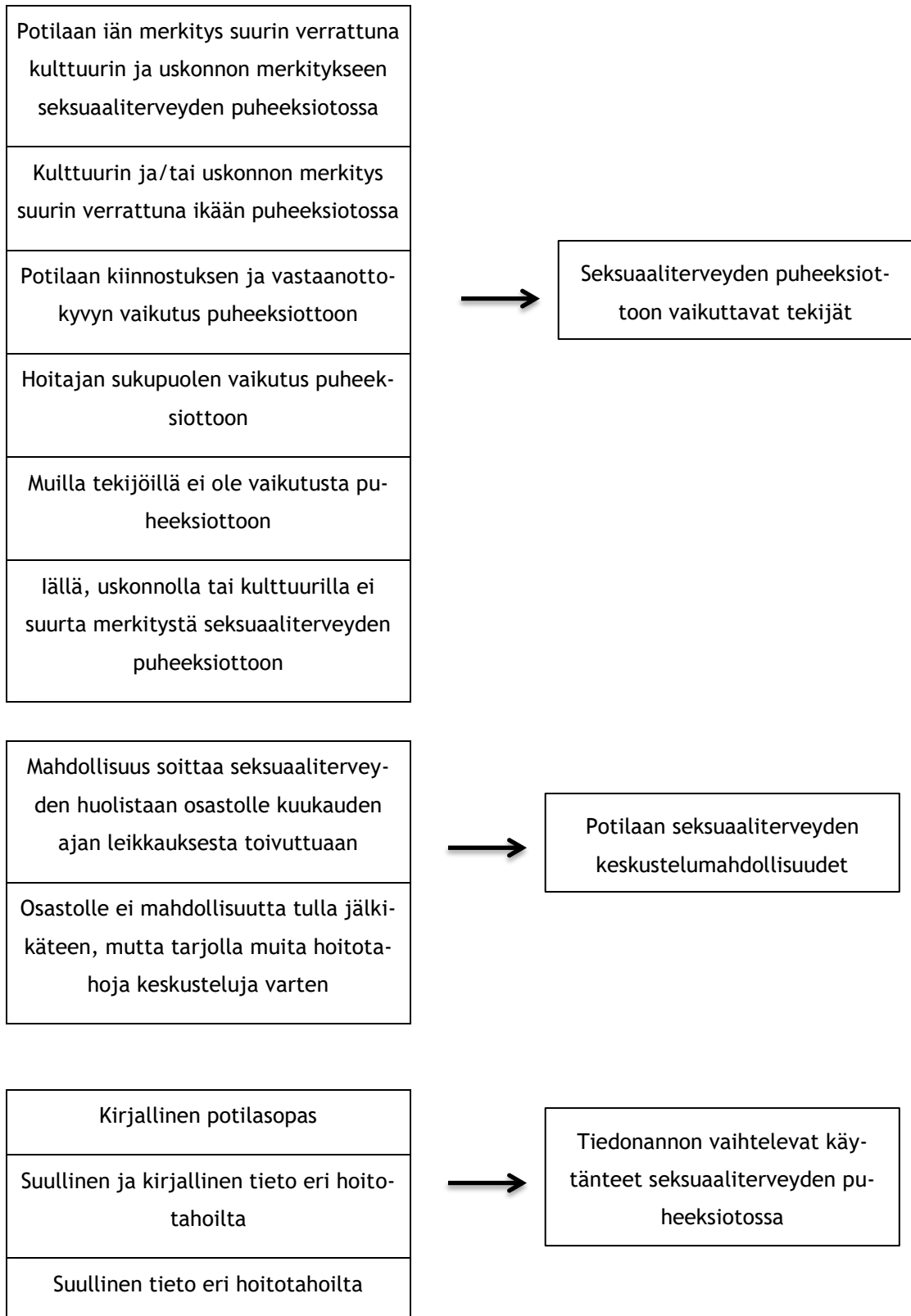
## Liitteet

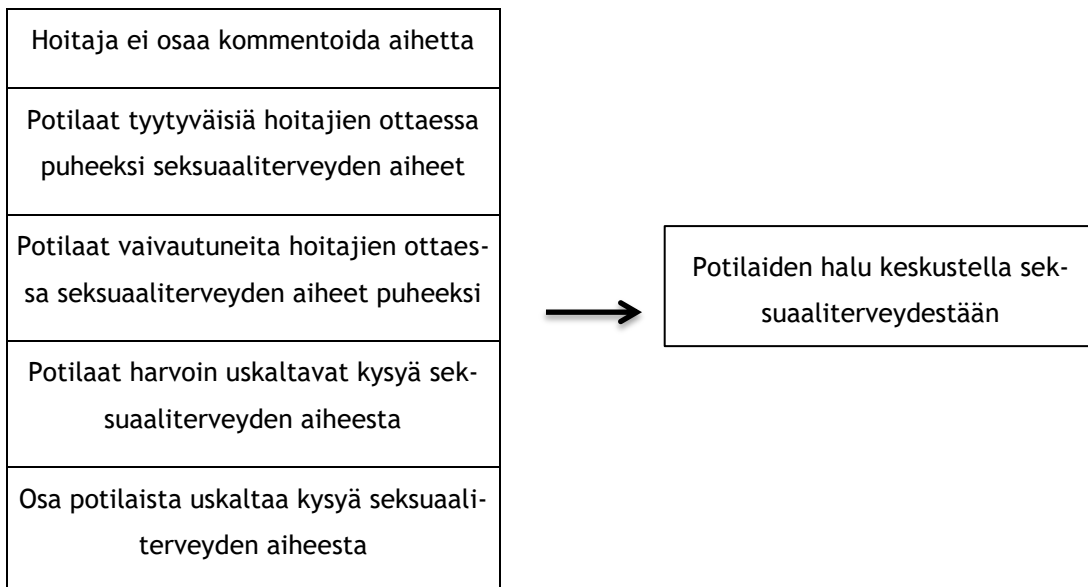
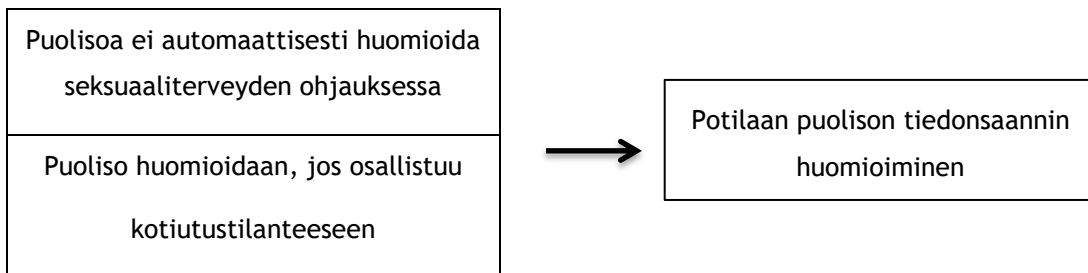
|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Liite 1: Ala- ja yläkategoriat..... | 40 |
| Liite 2: Teemahaastattelu.....      | 43 |
| Liite 3: Saatekirje.....            | 44 |
| Liite 4: Suostumuslomake .....      | 45 |
| Liite 5: Tutkimuslupa.....          | 46 |

Liite 1: Ala- ja yläkategoriat









## Liite 2: Teemahaastattelu

### Teema 1: Seksuaaliterveyden potilasohjaus

Minkälaisia ohjauskäytäntöjä urologian osaston hoitajilla on potilaiden seksuaaliterveyden puheeksiotossa?

- Minkälaisen perehdytyksen olette saaneet seksuaaliterveyden ohjaukseen ja puheeksiottoon urologian osastolla?
- Oletteko käyneet seksuaaliterveyteen liittyvissä lisä- tai täydennyskoulutuksissa? Missä?
- Keskustellaanko jokaisen potilaan kanssa eturauhassyövän hoidon jälkeisistä seksuaaliterveyden muutoksista?
- Missä vaiheessa leikkauksen jälkeistä hoitoa seksuaaliterveyden mahdolliset muutokset otetaan puheeksi?
- Millainen tila teillä on käytettävissä ohjausta varten?
- Minkälainen mahdollisuus potilaalla on tulla keskustelemaan seksuaaliterveydestään myöhemmin leikkauksesta toivuttuaan?
- Miten potilaan ikä, kulttuuri tai uskonto vaikuttavat seksuaaliterveyden puheeksiottoon?
- Mitkä muut tekijät voivat vaikuttaa seksuaaliterveyden puheeksiottoon?
- Onko olemassa palveluita, joita suositellaan potilaille ammattiryhmien tarjoaman seksuaaliterveyden ohjauksen lisäksi? Esimerkiksi vertaistukijärjestöt?

### Teema 2: Potilaan saama postoperatiivinen seksuaaliterveyden tieto

Miten urologisen potilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden ohjaus ja tiedonanto toteutuvat?

- Minkälaista tietoa potilas saa sairaudestaan ja sen hoidon vaikutuksista liittyen seksuaaliseen toimintakykyynsä ja sukupuolielämäänsä? Missä muodossa?
- Annetaanko potilaalle elämäntapaohjausta eli kerrotaanko päihteiden, ravinnon ja liikunnan vaikutuksesta seksuaalisen toimintakyvyn säilyttämiseen?
- Miten potilaan puolison/partnerin tiedonsaanti huomioidaan seksuaaliterveyden ohjauksessa?
- Milloin mielestänne on oikea ajankohta hoitoprosessissa puhua potilaille heidän seksuaaliterveydestään?
- Miten tuette potilasta hyväksymään uuden kehonkuvansa ja seksuaalisen identiteettinsä hoidon jälkeen?
- Miten potilaat yleisesti ottavat vastaan seksuaaliterveyden ohjauksen?

Liite 3: Saatekirje

Opinnäytetyön saatekirje

Hyvä sairaanhoidon ammattilainen,

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa hoitotyön koulutusohjelmassa terveydenhoitajiksi. Olemme tekemässä tutkintoamme liittyvää opinnäytetyötä, jonka toteutamme laadullisena tutkielmana. Opinnäytetyömme toteutetaan yhteistyöhankkeena HUS-alueen ja Hyksin erityisvastuualueen erään sairaalan urologian osaston kanssa.

Opinnäytetyömme aiheena on ”Eturauhassyöpöpotilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden tukeminen”. Tarkoituksenamme on tutkia, mitä hoitoalan keinoja on olemassa potilaan seksuaaliterveyden puheeksioton suhteen sekä kartoittaa, millaista seksuaaliterveyden ohjausta urologinen potilas saa postoperatiivisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön laatua tuottaen hoitajille tietoa, joka edistää hoitajien ammatillista osaamista liittyen seksuaaliterveyden puheeksioton ohjaustaitoihin urologian osastolla. Tutkielmasta saatua aineistoa käytetään opinnäytetyössä, joka julkaistaan joulukuun 2016 aikana Theseus-tietokannassa.

Toivoisimme, että pystyisitte osallistumaan suulliseen yksilöhaastatteluun, joka toteutetaan puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Haastattelu on tarkoitettu toteutettavaksi elokuun 2016 aikana osaston tiloissa. Toivoisimme haastatteluun osallistuvan 5 osastonne henkilöä. Haastattelusta saatuja tietoja voidaan käyttää hyödyksi urologisen potilaan seksuaaliterveyden ohjauksen laadun parantamisessa. Nimeänne ei tulla julkaisemaan, haastattelunne käsitellään luottamuksellisesti ja haastattelun nauhoitukset ja kirjallinen litterointiaineisto hävitetään tutkielman valmistumisen jälkeen Laurean käytäntöjen mukaisesti. Tutkielmaan osallistuminen on Teille vapaaehtoista, ja Teillä on myös mahdollisuus keskeyttää tutkielmaan osallistumisenne missä tahansa vaiheessa.

Kiitämme Teitä etukäteen osallistumisestanne!

Lisätietoa tutkielmasta:

Anette Asikainen

Adele Paasalo

Opinnäytetyön ohjaaja: Marja Tanskanen, lehtori

Liite 4: Suostumuslomake

Opinnäytetyön suostumuslomake

Suostumuslomake opinnäytetyön haastattelua varten

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyön tutkielmaan. Olen perehtynyt opinnäytetyön sisältöön, tarkoitukseen ja tavoitteisiin sekä ymmärrän, mistä tässä opinnäytetyössä on kysymys. Olen myös tietoinen mahdollisuudesta esittää tutkielman tekijöille kysymyksiä.

Suostun osallistumaan haastatteluun vapaaehtoisesti ja tiedän, että minulla on mahdollisuus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Haastattelun tuloksia saa käyttää opinnäytetyötä varten niin, ettei henkilöllisyyteni ole tunnistettavissa missään vaiheessa. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti koko tutkielmaproessin ajan.

---

Tutkittavan nimi

---

Tutkittavan puhelinnumero

---

| Päiväys | Paikka | Allekirjoitus |
|---------|--------|---------------|
|---------|--------|---------------|

---

Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitukset

---

Nimenselvennykset

---

| Päiväys | Paikka |
|---------|--------|
|---------|--------|

## Liite 5: Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Liite 1

|                                       |   |   |                                     |
|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot | Suku- ja etunimet<br>Asikainen Anette ja Paasalo Adele  |   |                                     |
|                                       | Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta<br>Terveydenhoitajaopiskelija   |   |                                     |
|                                       | HUS:n palveluksessa<br><input type="checkbox"/> Kyllä<br><input checked="" type="checkbox"/> Ei   |   |                                     |
|                                       | Sähköpostiosoite/puh/gsm<br>[REDACTED]  |   |                                     |
|                                       | Kotiosoite<br>[REDACTED]  |   |                                     |
|                                       | Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee<br>Laurea Tikkurila  |   |                                     |
|                                       | Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite<br>Ratatie 22, 01300 Vantaa   |   |                                     |
| Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin)<br>Marja Tanskanen, lehtori, marja.tanskanen@laurea.fi, 046 856 7007 <i>Marja Tanskanen</i>  |   |                                     |
|                                       | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa<br>Kyllä  |   |                                     |
| HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot  | Suku- ja etunimi/virka/toimi<br>[REDACTED]  |   |                                     |
|                                       | Työpaikan osoite<br>[REDACTED]  |   |                                     |
|                                       | Sähköpostiosoite/puh/gsm<br>[REDACTED]  |   |                                     |
|                                       | HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee<br>[REDACTED]   |   |                                     |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot        | Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa<br>Eturauhassyöpöpotilaan postoperatiivinen seksuaaliterveyden tukeminen   |   |                                     |
|                                       | Asiasanat (max 5 kpl)<br>Eturauhassyöpä, seksuaaliterveys, ohjaus   |   |                                     |
|                                       | Opinnäytetyön taso<br><input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto<br><input type="checkbox"/> Maisteritutkinto<br><input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto<br><input type="checkbox"/> Kandidaatti<br><input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto<br><input type="checkbox"/> Muu, mikä?   | Opinnäytetyön tieteenala<br><input type="checkbox"/> Lääketiede<br><input type="checkbox"/> Hammaslääketiede<br><input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede<br><input type="checkbox"/> Terveyshallintotiede<br><input type="checkbox"/> Muu, mikä?  |                                     |
|                                       | Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta?<br><input checked="" type="checkbox"/> Ei<br><input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?  | Arvioitu aloituspvm.<br>16.4.2016   | Arvioitu päättymispvm.<br>9.12.2016 |
|                                       | Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa<br>HYKS-sairaanhoidtoalue<br><input type="checkbox"/> HYKS Akuutti<br><input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu)<br><input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATeK)<br><input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS)<br><input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria<br><input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus<br><input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu)<br><input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus)<br><input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus<br><input type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia<br><input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus<br><input checked="" type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus<br><input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidtoalueen johto | <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidtoalue<br><input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidtoalue<br><input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidtoalue<br><input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidtoalue<br><input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto<br><input type="checkbox"/> HUS-Apteekki<br><input type="checkbox"/> HUS-Desiko<br><input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy<br><input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka<br><input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen<br><input type="checkbox"/> HUS-Servis<br><input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus<br><input type="checkbox"/> HUSLAB<br><input type="checkbox"/> Ravioli<br><input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy<br><input type="checkbox"/> Muu, mikä |                                     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Kohderyhmä<br><input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat<br><input type="checkbox"/> Muu, mikä?   |  | Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä<br>5 <i>1000/66</i><br>[Redacted]  |
| Aineiston keruumenetelmä<br><input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?                              |  |  |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot<br><b>Laurea Tikkurila</b>   |  |  |
| Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille?<br><input type="checkbox"/> Kyllä<br><input checked="" type="checkbox"/> Ei<br>(Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä)<br>(Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) |  | Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan<br><input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin urologisen potilaan seksuaaliterveyden ohjaukseen<br><input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta |
| Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.  |  |  |
| Päiväys <i>7.6.2016</i> <i>7.6.2016</i><br><i>Antto Aiki</i> <i>Adele Pm</i><br><i>Anette Asikainen</i> <i>Adele Paasala</i>   |  | Päiväys <i>27.6.2016</i><br>[Redacted]   |
| Opinnäytetyön tekijä/tekijät<br>nimenselvitys  |  | HUS:n vastuhenkilö<br>nimenselvitys  |
| Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa<br>Päiväys <i>16.8.2016</i><br><i>Leena Timonen</i>   |  | Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa<br>Päiväys <i>11.8.2016</i><br><i>Anna-Maija Kalra</i>  |
| Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija<br>nimenselvitys <i>LEENA TIMONEN</i>   |  | Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja<br>nimenselvitys <i>Anna-Maija Kalra</i><br>johtava yllähoitaja<br>HYKS Vatsakeskus<br>Helsingin sairaala<br>PL 340, 00029 HUS<br>050 427 0953  |

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

|   |   |   |
|---|---|---|
| LOMAKE-<br>PÄÄTÖS                           | Lomakepäätöksen numero <u>14/2016</u>   |   |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti<br><input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että<br><br><input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) |   |
| *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä            |   |   |
| Tutkimusluvan alkamispäivä <u>17.8.2016</u> |   | Tutkimusluvan päättymispäivä <u>9.12.2016</u>   |
| Päiväys <u>Helsinki 17.8.2016</u>           |   |   |
| Tutkimusluvan myöntäjä<br>nimenselvitys     |   | <u>Pauli Puolakkainen</u><br>HYKS Vastakeskus<br>Tutkimuksen ja opetuksen<br>koordinoiva professori/lläkäkäri |

|  |  |
|--|--|
| Opinnäytetyön tekijä                                 | Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot  |
| Opinnäytetyön ohjaaja                                | Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot  |
| HUS:n vastuuhenkilö                                  | Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomais määräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämistä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä.<br><br>Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta. |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot                       | Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä.<br>Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede<br>Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään.<br>Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim.<br>Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10.<br>Aineiston keruun menetelmät luokitellaan.   |
| Asiasanat  | Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl  |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot                    | Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.  |
| Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle        | Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilavuuden myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.   |
| Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan | Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaiikutuksista HUS:n toimintaan.   |
| Eettinen arviointi                                   | Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.   |
| Allekirjoitukset                                     | Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.  |
| Liitteet   | Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje.<br><br>Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muita liiteaineistoa.  |