

Laura Tiihonen

SAIRAANHOITAJAN OSAAMISALUEESEEN KUULUVA GYNEKOLOGINEN HOITOTYÖ

Katsaus Suomessa julkaistuihin vertaisarvioituihin tutkimuksiin

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Marraskuu 2019**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Marraskuu 2019	Tekijä/tekijät Laura Tiihonen
Koulutusohjelma Sairaanhoitaja (AMK)		
Työn nimi SAIRAAHOITAJAN OSAAMISALUEESEEN KUULUVA GYNEKOLOGINEN HOITOTYÖ. Katsaus Suomessa julkaistuihin vertaisarvioituihin tutkimuksiin.		
Työn ohjaaja Pia Hagqvist, lehtori Hanna-Mari Pesonen, yliopettaja		Sivumäärä 51 + 1
Työelämäohjaaja Hanna-Mari Pesonen, yliopettaja, Centria-ammattikorkeakoulu, Kokkola		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologista hoitotyötä käsitteleviä hoitotieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia on julkaistu Suomessa ja mistä näkökulmista näitä julkaisuja on tehty. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää opetuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Tutkimuskysymyksiä olivat: Millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologisia hoitotyön vertaisarvioituja tutkimuksia Suomessa on julkaistu ja mistä näkökulmista näitä tutkimuksia on tehty? Mitkä ovat näiden tutkimuksien gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset?</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineisto haettiin Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede -lehtien julkaisemista vertaisarvioituista tutkimuksista, jotka oli julkaistu vuosina 1998–2018. Tutkimusaineistoon valikoitui seitsemän vertaisarvioitua tutkimusta. Tutkimusaineiston analysoimiseen käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.</p> <p>Tulosten mukaan valikoituneita tutkimuksia oli lähestytty yhteensä 15 eri näkökulmasta. Tutkimukset käsitelivät rintasyöpää, munasarjasyöpää, vulvodyniaa ja HIV-testaustoiminnan kautta seksitauteja. Tutkimuksissa käsiteltyjä aiheita olivat gynekologisen sairauden tuomat potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyvät tekijät, gynekologisen sairauden vaikutus potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen ja hoitohenkilöstölähtöiset gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät.</p> <p>Johtopäätöksinä havaittiin, että kiinnostus gynekologisia sairauksia kohtaan on lisääntynyt ja tämä kiinnostus vaikuttaa koskevan tiettyjä sairauksia. Lähes kaikissa vertaisarvioituissa tutkimuksissa pääosin keskityttiin potilaaseen liittyviin tekijöihin. Gynekologiseen sairauteen sairastuneiden naisten läheisillä oli tarvetta hoitohenkilöstöltä saatavalle yksilölliselle tuelle. Läheisillä saattoi olla myös tiedonpuutetta. Hoitajilla oli tarve saada lisää resursseja läheisten tuen antamiseksi. Hoitohenkilökunnalla oli tarvetta erilaisille lisäkoulutuksille.</p>		
Asiasanat gynekologinen hoitotyö, kirjallisuuskatsaus, naisen hoitotyö, sairaanhoitajan osaamisalue, sisällönanalyysi		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date November 2019	Author Laura Tiihonen
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis GYNECOLOGICAL NURSING AS PART OF NURSE'S COMPETENCE. Overview of peer reviewed researches published in Finland.		
Instructor Lecturer Pia Hagqvist Senior Lecturer Hanna-Mari Pesonen		Pages 51 + 1
Supervisor Senior Lecturer Hanna-Mari Pesonen, Centria University of Applied Sciences, Kokkola		
<p>The purpose of this thesis was to describe different types of peer reviewed scientific researches about gynecological care in nurse's area of expertise that have been published in Finland, and from what kind of points of view these research papers were made. An additional goal was to produce information that can be utilized in teaching, and in the development of care work in the future. The research questions of the thesis were: What kind of peer reviewed research papers about gynecological nursing in nurse's area of expertise have been published in Finland? From what kind of point of view these research papers have been made and what are their outcomes concerning gynecological care?</p> <p>The thesis was made as a descriptive literature review. The peer reviewed research materials were published in Tutkiva Hoitotyö and Hoitotiede journals and were released between years 1998 and 2018. Seven peer reviewed researches were selected to be the research material. The inductive content analysis was used to analyze the research material.</p> <p>According to the results the research papers were approached from 15 different points of view. The selected research paper topics included breast cancer, ovary cancer, vulvodynia and sexually transmitted diseases via HIV testing activity. The subjects that were dealt with in the researches were patient's coping with illness related factors that were brought by a gynecological illness, the gynecological illness's impact on the patient's social relationships and support, and health care personnel based factors that have an influence on gynecological care work.</p> <p>The conclusive observations noted that the interest towards gynecological illnesses has increased and this interest only seems to apply to certain gynecological illnesses. Nearly every peer reviewed research mainly focused on patient related factors. The relatives of women with a gynecological illness had a need for individual support from care personnel. It was also assumed that patient's relatives might also have a lack of information. The nurses had a need for more resources to give more support to the patient's relatives. Health care personnel had a need for further education.</p>		

<p>Key words content analysis, gynecological nursing, literature review, nurse's area of expertise, nursing of women's health</p>

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TIETOPERUSTA	3
2.1 Sairaanhoidajan osaamisalueet	3
2.2 Naisen hoitotyö	4
2.3 Gynekologinen hoitotyö	5
2.3.1 Kuukautishäiriöt	6
2.3.2 Endometriooosi.....	6
2.3.3 Gynekologiset tulehdukset.....	7
2.3.4 Seksitaudit.....	8
2.3.5 Gynekologiset kasvaimet ja syövät	11
2.3.6 Rintasyöpä	13
2.3.7 Gynekologiset laskeumat	13
2.3.8 Virtsankarkailu	14
2.3.9 Vulvodynia	15
2.4 Tieteellinen julkaisu ja vertaisarviointi käsitteinä.....	16
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
4 TOTEUTUS	18
4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	18
4.2 Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö -lehdet sekä ARTO-tietokanta.....	18
4.3 Aineistonkeruu	19
4.4 Aineiston analyysi.....	21
4.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	21
5 TULOKSET	23
5.1 Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä käsittelevät vertaisarvioidut Suomessa julkaistut tutkimukset ja niiden näkökulmat.....	23
5.2 Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset ...	24
5.2.1 Sairaudesta selviytymiseen vaikuttavat tekijät	26
5.2.2 Sairautta koskeva tieto	28
5.2.3 Sairauden tuomat haasteet	29
5.2.4 Sosiaalinen tuki.....	30
5.2.5 Potilaan sosiaaliset suhteet ja sairauden vaikutus niihin	31
5.2.6 Vuorovaikutus potilaan kanssa.....	34
5.2.7 Hoitohenkilöstön osaamisen vaikutus	35
5.2.8 Hoitohenkilöstöön liittyvät yksilölliset tekijät	37
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	39
6.1 Luotettavuus	39
6.2 Etiikka	40
7 POHDINTA	42
7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	42
7.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	45

7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu.....	47
LÄHTEET	49
LIITTEET	
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Sisällönanalyysin kautta saadut ala-, ylä- ja pääluokat.....	25

1 JOHDANTO

Tehty opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 162). Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla, millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologista hoitotyötä käsitteleviä hoitotieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia Suomessa on julkaistu ja mistä näkökulmista näitä julkaisuja on tehty. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota jatkossa voidaan hyödyntää opetuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön aiheita ehdotti sen tilaaja, Centria-ammattikorkeakoulu. Aihe valittiin, sillä sille oli tilaajan suunnalta tarvetta, vastaavaa opinnäytetyötä ei ole aikaisemmin tehty ja aihe kiinnostaa sen tekijää.

Naisen hoitotyöhön sisältyvää gynekologista hoitotyötä on Suomessa tutkittu melko vähän varsinkin sairaanhoitajan ammatillisten osaamisalueiden suhteen. Eniten gynekologisen hoitotyön alueelta on tutkittu seksitauteja (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 136–137). Lisäksi valtaosa Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n tarjoamasta Theseuksessa olevista sairaanhoitajien tekemistä naisen hoitotyötä käsittelevistä opinnäytetöistä käsittelee äitiyshuoltoa ja noin parisen kymmentä opinnäytetyötä gynekologista hoitotyötä. Myös suurin osa naisen hoitotyötä koskevista Tutkiva hoitotiede ja Hoitotyö -lehtien julkaisemista vertaisarvioituista tutkimuksista käsittelee äitiyshuollon alueen aiheita, kuten esimerkiksi raskautta ja raskauden jälkeistä aikaa. Tämä äitiyshuollon suurempi näkyvyys naisen hoitotyössä tulee hyvin ilmi esimerkiksi Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020, jossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen keskeisimmiksi teemoiksi on esitetty aikuisväestö, lapset, nuoret ja nuoret aikuiset, perhesuunnittelu, äitiys ja tahaton lapsettomuus, seksitaudit, seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ja ympärileikkaukset sekä krooniset taudit ja ikääntyminen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 176.) Näistä teemoista vain seksitaudit kuuluvat selkeästi gynekologiseen hoitotyöhön. Tämän vuoksi nyt on syytä kartoittaa paremmin sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvan gynekologisen hoitotyön tutkimuksellista tilannetta.

Kirjallisuuskatsauksen tietoperustassa perehdytään sairaanhoitajan osaamisalueisiin, naisen hoitotyöhön, gynekologiseen hoitotyöhön ja sen rajaukseen ja lopuksi käydään läpi myös käsitteinä tieteellinen julkaisu ja vertaisarviointi. Tämän jälkeen esitellään tarkemmin kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset, jonka jälkeen kerrotaan tarkemmin kirjallisuuskatsauksen toteutuksesta. Toteutuksessa kerrotaan kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta, aineistonkeruun kannalta merkittävistä aineistonkeruun lähteistä, tutkimusten mukaanottokriteereistä ja itse aineistonkeruusta, aineiston analyysistä

ja käytetystä aineistolähtöisestä sisällönanalyysi menetelmästä. Toteutuksen kuvailun jälkeen kirjallisuuskatsauksessa perehdytään kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja lopuksi arvioidaan opinnäytetyön luotettavuutta ja etiikkaa, tarkastellaan tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen eli opinnäytetyön tekijä esittää, kuinka tehtyä opinnäytetyötä voi hyödyntää ja millaisia jatkotutkimuksia katsauksesta voidaan tehdä. Tekijä myös arvioi opinnäytetyötään prosessina ja omaa opinnäytetyönaikaista ammatillista kasvuaan.

2 TIETOPERUSTA

Suomessa sairaanhoitaja saa koulutuksessaan tietoja ja taitoja hoitotyöstä ja ammatin keskeisimmistä sisältöalueista. Saatujen tietojen ja taitojen kautta sairaanhoitaja lisää ja kehittää työelämäharjoitteluissa ja työelämässä omia ammatillisen osaamisensa alueita. Koulutuksessa yhtenä käsiteltävistä osaamis- ja sisältöalueista on naisen hoitotyö, johon gynekologinen hoitotyö sisältyy. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 11–12.) Tietoperustassa kerrotaan sairaanhoitajan osaamisalueista, naisen hoitotyöstä ja gynekologisesta hoitotyöstä sekä avataan tieteellisen julkaisun ja vertaisarvioinnin käsitteet.

2.1 Sairaanhoitajan osaamisalueet

Sairaanhoitajan ammatillisia osaamisalueita on useita. Nämä osaamisalueet ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. Asiakaslähtöisyydessä sairaanhoitajan tulee osata esimerkiksi kohdata asiakas oman elämänsä asiantuntijana. Hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden suhteen sairaanhoitajan kuuluu osata esimerkiksi toimia työssään hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden mukaisesti ja ihmisoikeuksia loukkaamatta. Johtamisen ja yrittäjäyden suhteen on osattava esimerkiksi koordinoita asiakkaan kokonaishoitoa sairaanhoitajan vastuun mukaisesti. Kliinisen hoitotyön alueessa sairaanhoitajan on esimerkiksi osattava suunnitella, toteuttaa ja arvioida turvallista lääkehoitoa ja toteuttaa potilaan tilanteen mukaista hoitotyötä. Näyttöön perustuvassa toimissa ja päätöksenteossa on osattava esimerkiksi määritellä hoitotyön tarve ja suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitotyötä. Ohjaus- ja opetusosaamisessa on osattava esimerkiksi hallita ohjaus ja opetus työmenetelminä eri konteksteissa. Terveyden ja toimintakyvyn edistämässä sairaanhoitajan on esimerkiksi osattava tunnistaa ja arvioida väestön/asiakkaan terveydentilaa ja hyvinvointia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön suhteen on osattava esimerkiksi ohjata asiakasta käyttämään tarkoituksen mukaisia julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sosiaali- ja terveystalvelujen laadun ja turvallisuuden suhteen sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu esimerkiksi potilasturvallisuuden edistäminen potilaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35–46.)

Ammattipätevyysdirektiiveissä 2005/36/EY ja 2013/55/EU määritellyt sairaanhoitajan tehtävät ja koulutuksessa painotettavat sisältöalueet luovat pohjan sairaanhoitajan ammatillisille osaamisalueille. Ammattipätevyysdirektiivissä määritellyn koulutuksen sisällön kautta sairaanhoitaja saa muun muassa tiedot terveyden- ja sairaanhoidon yleisperiaatteista, sairaanhoitajan ammatinluonteesta ja etiikasta sekä yleissairanhoidon perustana olevista tieteenaloista, kuten anatomiasta ja fysiologiasta sekä sosiaalisen ja fyysisen ympäristön vaikutuksista ihmisen terveydentilaan. Lisäksi ammattipätevyysdirektiivissä määritellään, että sairaanhoitajan koulutukseen tulee osaamisalueina sisältyä esimerkiksi sairaanhoito ja sen periaatteet, äitiyshuolto sekä lääketieteen erikoisalajat, joihin naistentautien hoitotyö lukeutuu. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 11–12.)

2.2 Naisen hoitotyö

Naisen hoitotyö on yksi sairaanhoitajan osaamisalueista. Naisen hoitotyössä on omat erityispiirteensä, jotka sairaanhoitajan tulee tietää ja huomioida. Yhtenä erityispiirteenä on se, että naisen hoitotyössä asiakkaat ovat hyvin eri ikäisiä, jolloin sairaanhoitajan on tiedettävä naisen elämänkaaren aikana tapahtuvat fysiologiset muutokset. Lisäksi hoitoajat ovat lyhyitä ja tehtävät toimenpiteet ja hoidot käsittävät naisen intiimeimpiä alueita. Sairanhoitajan tulee ottaa huomioon seksuaalisuus sekä huomioida ja pohdita eettisiä näkökohtia ja naisen itsemääräämisoikeutta. Lisäksi asiakkaana saattaa olla naisen lisäksi hänen puolisonsa tai jopa hänen koko perheensä. Myös gynekologisen sairauden aiheuttama menetyksen pelko naisellisuutta, seksuaalisuutta ja lisääntymisterveyttä kohtaan ja tämän potilaan pelon kohtaaminen kuuluvat naisen hoitotyön erityispiirteisiin. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 11.)

Naisen hoitotyössä sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat naisen terveyden edistäminen ja seksuaalisuuden tukeminen sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 11). Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tulee edistää yksilön tarpeen mukaan riippumatta hänen iästään, sukupuolestaan, sukupuoli-identiteetistään, kulttuuristaan, seksuaalisesti suuntautumisestaan tai muusta yksilöllisestä ominaisuudestaan. Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvää fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Oleellista on positiivinen asennoituminen seksuaalisiin suhteisiin, seksuaalisuuteen ja tyydyttäviin ja turvallisiin seksikokemuksiin, joissa yksilö ei koe painostusta, syrjintää ja väkivaltaa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 10, 22.) Seksuaaliterveyden voi saavuttaa vammautumisesta, vajaavuuksista, toimintahäiriöistä tai sairauksista huolimatta (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 25). Lisääntymisterveyteen kuuluu mahdollisuus vastuulliseen, turvalliseen ja tyydyttävään seksielämään sekä vapaus ja mahdollisuus päättää milloin ja kuinka usein lisääntyminen

tapahtuu. Lisäksi lisääntymisterveyteen sisältyy yksilön oikeus valita hyväksyttävistä ehkäisyvälineistä itselleen sopivin sekä päästä palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden, synnytyksen ja vastasyntyneelle parhaan mahdollisuuden terveyteen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 10.)

Naisen hoitotyö jakautuu naistentautien hoitotyöhön ja äitiyshuoltoon, joihin liittyvät eri lääketieteenaloina gynekologia eli naistentautioppi ja obstetriikka eli synnytysoppi. Naistentautien hoitotyössä hoitotyön toiminnot ja ohjaus koskevat pääasiassa naisen sukupuolielinten alueella olevia erilaisia sairauksia, tauteja ja häiriöitä, jotka sisältävät myös alkuraskauteen liittyvät ongelmat ja häiriöt. Äitiyshuolto pitää sisällään raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvät hoitotyötoiminnot sekä vanhempien ohjauksen ja heidän tukemisensa etenkin vanhemmuuden suhteen. Sairaanhoidtaja kohtaa työssään naisen hoitotyöhön lukeutuvia potilaita esimerkiksi vastaanotoilla, poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja kotihoitossa. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 9, 11, 13, 25.)

2.3 Gynekologinen hoitotyö

Naisen hoitotyöhön, ja etenkin sen naistentautien hoitotyön alueeseen, sisältyy gynekologinen hoitotyö. Tämän opinnäytetyön suhteen gynekologinen hoitotyö määritellään Bothan ja Ryttyläinen-Korhosen Naisen hoitotyö -kirjassa (2016) olevien naisen gynekologisten sairauksien mukaan. Tällöin määritelmästä rajataan pois gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyö, naisen seksuaaliset toimintahäiriöt ja raskausaikaan ja raskauteen liittyvät aiheet mukaan lukien raskauden ehkäisy. Tämän rajauksen mukaan gynekologinen hoitotyö käsittää kuukautishäiriöt, endometrioosin, gynekologiset tulehdukset, seksitaudit, gynekologiset kasvaimet ja syövät, rintasyövän, gynekologiset laskeumat ja virtsankarkailun. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 73–105.) Tässä opinnäytetyössä gynekologisen hoitotyöhön määritelmään sisältyy myös ulkosynnyttimien kirvelyä ja kipua aiheuttava pitkäkestoinen kipuoireyhtymä vulvodynia (Makkonen 2017). Duodecimin Terveyskirjaston määritelmän mukaan sairaus-termi tarkoittaa poikkeavuutta psykofyysisessä rakenteessa tai toiminnassa, jonka aiheuttama haitta on tilapäistä tai pysyvää tai haitta aiheuttaa jonkin tasoista vajaatoimintaa tai vammaisuutta (Terveyskirjasto 2019). Vulvodynia aiheuttaa naisen seksuaalisia toimintahäiriöitä, esimerkiksi yhdyntäkipuja ja vaginismia (emätinkouristukset), heikentää naisen elämänlaatua henkisesti ja fyysisesti ja voi välillisesti aiheuttaa jopa lapsettomuutta (Makkonen 2017). Vulvodynia tällöin täyttää sairauden määritelmän, minkä vuoksi se on tässä opinnäytetyössä luettu kuuluvaksi gynekologiseen hoitotyöhön ja sen sairauksiin.

2.3.1 Kuukautishäiriöt

Kuukautishäiriöitä on useita erilaisia, ja ne voivat syntyä herkästi, sillä kuukautiskierto on monimutkainen tapahtuma. Häiriöt voivat koskea kuukautisten vuotojen kestoa ja säännöllisyyttä, vuodon määrää ja/tai kuukautiskipuja. Esimerkiksi vuodot saattavat olla tiputteluvuotoa, vuodot saattavat olla selvästi epäsäännölliset tai ne voivat olla niin runsaat, että ne aiheuttavat anemisoitumista eli veren hemoglobiiniarvon laskua. Kuukautishäiriöiden syitä on useita. Syynä voi olla esimerkiksi elintavat, stressi, laihtuminen tai lihominen, tulehdus, yleissairaus, kohdun limakalvon toimintahäiriö tai kohdun sairaus. Kuukautishäiriöiden hoito riippuu vuotojen syystä, ja hoitona voi olla esimerkiksi elämäntapaohjaus, lääkehoito, hormonihoito tai taustalla olevan sairauden hoito. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 73–75.)

2.3.2 Endometrioosi

Kohdun limakalvon sirottumataudissa eli endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella, missä kohdun limakalvon kaltainen kudos aiheuttaa kroonisen tulehdusreaktion (Perheentupa & Santala 2011, 93; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75). Useimmiten tällaisia pesäkkeitä esiintyy munasarjojen pinnalla, emättimen ja peräsuolen välissä tai vatsakalvon pinnalla lantiossa. Endometrioosin oireet vaihtelevat kudospesäkkeiden sijainnin mukaan, mutta yleisin oire on elämänlaatua heikentävä kipu. Kipu voi olla alavatsakipua, virtsaamis- ja ulostamiskipua tai yhdyntäkipua. Muita mahdollisia oireita ovat esimerkiksi kuukautisvuotohäiriöt, epäsäännölliset kuukautiset ja joskus myös pahoinvointi, päänsärky ja ripuli. Endometrioosi myös vaikeuttaa lapsen saamista ja voi siten aiheuttaa lapsettomuutta. Oireet aiheutuvat, kun kudospesäkkeet reagoivat kuukautiskierron aikana kohdun limakalvon kaltaisesti. Nuorilla naisilla endometrioosi on yleistä, mutta sairaus yleensä poistuu menopaussin eli viimeisten kuukautisten yhteydessä. Tämä johtuu siitä, että endometrioosi on riippuvainen estrogeenihormonista, ja vaihdevuosiin sisältyvän menopaussin yhteydessä tämän hormonin tuotanto hiipuu (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 27, 75–77.)

Endometrioosin syntymekanismi tunnetaan huonosti, mutta sen on kuitenkin havaittu olevan osittain perinnöllinen sairaus. Lyhyt kuukautiskierto, runsaat kuukautisvuodot, ylipaino ja synnyttämättömyys ovat riskitekijöitä sairaudelle. Endometrioosilta suojaavia tekijöitä voivat olla imetys, liikunta ja hormonaalisen ehkäisyn käyttö. Endometrioosiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta kehitellyt hoidot voivat helpottaa taudin oireita ja hidastaa taudin etenemistä. Hoitona ovat endometrioosista riippuen tulehduskipulääkkeet, hormonihoitot, kuten keltarauhashormonikierukka, ja kirurginen hoito, jossa esimerkiksi

poistetaan endometriosipesäkkeitä. Endometrioosin hoidoissa ei voida hoitaa yhtä aikaa kipua ja lapsettomuutta, sillä kipua helpottavat hormonaaliset lääkkeet estävät raskauden. (Perheentupa & Santala 2011, 93, 96, 98; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75–78.) Vaikka endometrioosi rajoittaa paljon normaalia elämää, se on siitä huolimatta hyvänlaatuinen sairaus. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 76).

2.3.3 Gynekologiset tulehdukset

Gynekologiset tulehdukset jaetaan ulko- ja sisäsynnytintulehduksiin, joista ulkosynnytintulehdukset ovat yleisimpiä. Tulehduksia ovat vulviitti eli ulkosynnytintulehdus, vaginiitti eli emätintulehdus, serviitti eli kohdunkaulan tulehdus, PID (pelvic inflammatory disease) eli sisäsynnytintulehdus, endometriitti eli kohdun limakalvon tulehdus, salpingiitti eli munanjohdintulehdus ja oophoriitti eli munasarjatulehdus. Yleisimpiä ulkosynnyttin- ja emätintulehduksien aiheuttajia ovat hiivasienet, bakteerit, yksisolulainen alkueläin trikomonas, herpes simplex -virus ja HPV-virus. Sisäsynnytintulehdukset puolestaan ovat sekataulehduksia, joissa tulehdus leviää kohdun limakalvolle (endometriitti) ja siitä eteenpäin muodostaen uusia tulehdusalueita. Sisäsynnytintulehduksia aiheuttaa yleensä jokin bakteeri, esimerkiksi klamydia. Riskiä gynekologisiin tulehduksiin lisäävät antibioottien runsas käyttö, huono intiimihygienia, heikentynyt yleiskunto, immunologiset puutostilat, HIV, diabetes, kohtuun tehtävät toimenpiteet, kuten abraasio eli kohdun kaavinta, kierukan käyttö, useat seksikumppanit, seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja kondomin välttäminen ehkäisyvälineenä. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 79–80.)

Gynekologisten tulehdusten oireet vaihtelevat tulehduksen aiheuttajan mukaan. Hiivasienen aiheuttamassa tulehduksessa oireena on valkovuodon kokkareisuus ja hajuttomuus, limakalvojen kirvely ja turvotus sekä kutina. Trikomonaksen aiheuttamassa tulehduksessa valkovuoto on kellertävää, runsasta ja pahanhajuista, emättimen limakalvo on arka ja punoittava ja virtsaaminen aiheuttaa kirvelyä. Emättimen bakteerien epätasapainon häiriössä valkovuoto on harmahtavaa ja pahanhajuista. Sisäsynnytintulehduksissa oireina voi olla verinen valkovuoto, kuumeilu, kirvely virtsatessa ja tärinässä pahentuvat alavatsakivut. Oireita ei välttämättä ole, jos kyseessä on klamydia. Hoito riippuu tulehduksen aiheuttajasta, mutta yleisesti hiivasienen hoitona on hiivasienilääke ja muihin tulehduksen aiheuttajiin antibioottihoito. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 80.)

2.3.4 Seksitaudit

Seksi- eli sukupuolitaudit ovat pääasiassa seksikontaktissa tarttuvia tauteja (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 81). Seksitaudit jaetaan yleisvaarallisiin, valvottaviin ja muihin seksitauteihin. Yleisvaarallisiin luetaan kuppa, valvottaviin klamydia, tippuri, HIV-infektio, hepatiitti B ja sankkereihin kuuluva LVG. Muihin seksitauteihin luetaan kondylooma ja genitaalierpes. Yleisvaarallisista ja valvottavista seksitaudeista on tehtävä ilmoitus Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL). Klamydiasta ilmoituksen tekee tutkimuksen suorittanut laboratorio ja lopuista ilmoitettavista ilmoituksen tekee lääkäri. Ilmoitus on tehtävä tartunnan toteamisesta seitsemän vuorokauden kuluessa. Seksitaudin mahdollisuutta selvitettyä on tärkeää saada tietoon perustellusti epäillyn henkilön oireet, ehkäisymenetelmä, seksitaudin mahdollinen tartuntatapa, -paikka ja -ajankohta ja niiden henkilöiden nimet, jotka ovat voineet saada tartunnan tai olla tartunnan lähteenä. Lisäksi tartunnasta on ilmoitettava niille kumppaneille, jotka ovat mahdollisesti saaneet tartunnan, ja ohjattava heidät seksitautitutkimuksiin omalle terveysasemalleen. Ilmoituksen kumppaneille tekee lääkäri. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kuppa eli syfilis on bakteerin aiheuttama seksitauti. Kupan vaiheet jakautuvat neljään osaan, joiden mukaan kupan oireet vaihtelevat. Primaarivaiheessa tartunnasta on kulunut 3–4 viikkoa ja oireena on kovareunainen ja aristamaton haava, joka voi ilmaantua emättimeen, häpyhuuliin, peräaukon lähelle tai suun limakalvolle. Haava paranee itsestään muutamassa viikossa. Sekundaarivaiheessa tartunnasta on kulunut 1,5–2 kuukautta ja oireena ovat tuolloin, kuume, päänsärky, kämmenien ja jalkapohjien kovahkot papulat, pienitäpläinen ihottuma ja hiustenlähtö. Latentissa eli piilevässä vaiheessa hoitamattomasta tartunnasta on kulunut 1–2 vuotta ja oireita ei enää ole eikä kantaja enää tartuta kuppaa. Viimeisenä vaiheena on tertiääri vaihe, jolloin kuppa on aiheuttanut muutoksia keskushermostossa, ihossa ja sydämessä. Raskauden aikana oleva hoitamaton kuppa voi johtaa ennen aikaiseen synnytykseen, sikiön kuolemaan tai synnyntäiseen kuppaan. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 85–86.) Hoitona primaari- ja sekundaarivaiheen kupille on ensisijaisesti penisilliini ja myöhäisvaiheen kupille bentsatiinipenisilliini. Hoidon aikana pidättäydytään seksistä ja kondomia käytetään ehkäisyvälineenä niin kauan, kunnes hoito on onnistunut (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018).

Klamydia on bakteerin aiheuttama seksitauti, joka voi aiheuttaa kohdunkaulan, virtsaputken, peräsuolen, silmän sidekalvon tai nielun tulehduksen. Vastasyntynyt voi saada äidiltä klamydian synnytyksen yhteydessä, jolloin tauti saattaa ilmetä esimerkiksi silmätulehduksena. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 82.) Valtaosa klamydian saaneista on oireettomia. Oireina ovat lisääntynyt valkovuoto, alavatsakivut, verenvuoto yhdynnän jälkeen, kirvely virtsaamisen yhteydessä, tihentynyt virtsaamisen tarve,

virtsaputken vuoto sekä tilanteen mukaan aiemmin mainittujen tulehdusten oireita. Hoitamattoman klamydian seurauksena naisille saattaa syntyä sisäsynnytintulehdus eli PID, josta saattaa seurata kohdunulkoisia raskauksia tai jopa lapsettomuutta. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Klamydia hoitetaan antibioottihoidolla, jonka ensimmäisen hoitoviikon aikana yhdynnästä pidättäydytään ja siitä eteenpäin ehkäisyvälineenä käytetään kondomia, kunnes taudin todetaan parantuneen jälkitarkastuksessa (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 83).

Tippurin aiheuttaa bakteeri, joka voi aiheuttaa tulehduksen peräsuoleen, virtsaputkeen, kohdunkaulaan, nieluun tai silmän sidekalvoille. Tippuri tarttuu silmän sidekalvolle vain sormista. Kohdunkaulaan päästessä tippuri voi kehittyä sisäsynnytintulehdukseksi eli PID:ksi, mikäli sen tulehdus leviää kohtuun ja munanjohtimiin. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 86; Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Oireena on alavatsakipua, lisääntynyttä valkovuotoa ja virtsaamisvaivoja. Peräsuoleessa ja nielussa oleva tippuri on yleensä oireeton, mutta peräsuolen tartunnassa suolesta voi vuotaa limaista vuotoa ja nielun tartunnassa saattaa ilmetä kurkkukipua ja suun kirvelyä. Harvinaisessa yleistyneessä tippurissa oireena ovat kuume, niveltulehdus ja märkänäppylät. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Hoitamattomana tippuri suurentaa riskiä ennenaikaiseen synnytykseen ja vastasyntynyt saattaa synnytyksen yhteydessä saada silmän sidekalvotulehduksen. Tippurin hoitona on antibioottihoito, jonka ensimmäisen hoitoviikon aikana vältetään yhdyntää ja jälkitarkastukseen asti ehkäisyvälineenä käytetään kondomia. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 86.)

HIV-infektio on HI-viruksen eli immuunikatoviruksen aiheuttama tauti, joka välittyy suojaamattoman seksin, pistosten ja äidistä lapseen synnytyksen, raskauden tai imetyksen kautta. Oireita ovat päänsärky, nielutulehdus, kuume, suun kipeät haavaumat, nivelsäryt, ripuli, imusolmuketurvotukset ja ihottuma ylävartalossa, päässä, jalkapohjissa ja kämmenissä. Muutamassa kuukaudessa oireet ovat väistyneet. Oireiden poistumisen jälkeen oireeton aika kestää useita vuosia, joiden aikana HIV-infektio siirtyy AIDS-vaiheeseen, jolloin uudet oireet alkavat. Tuolloin elimistön immuunivaste eli sen reagoiminen taudinaiheuttajiin on heikentynyt ja elimistön puolustuskyky romahtaa. AIDS-vaiheen oireina ovat lämpöily, laihtuminen, pitkittynyt ripuli, voimakas yöhikoilu, vyöruusu, ihottuma, hiiva- ja sienitulehdukset iholla ja limakalvoilla, syylät, kondyloomat ja usein toistuvat genitaalisherpeksset. HIV-infektiota ei voida parantaa, mutta siihen on olemassa viruslääkkeitä, joiden avulla AIDS-vaiheeseen kehitystä voidaan hidastaa tai jopa estää kokonaan. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 86–87.)

Hepatiitti B on viruksen aiheuttama tauti, joka aiheuttaa kroonisen maksatulehduksen. Hepatiitti B tarttuu seksikontaktissa, veriteitse ja lapselle raskauden tai synnytyksen aikana. Oireina ovat esimerkiksi

keltaisuus, kutina ja erilaiset yleisoireet kuten väsymys. (Stefanovic & Ylikorkila 2011, 427; Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 531.) Hoitona käytetään alfainterferoni-injektiota eli -pistosta, sairastuneen riittävää nesteytystä ja erilaisia varotoimia taudin leviämisen estämiseksi. Näihin varotoimiin kuuluu, että esimerkiksi ehkäisyvälineenä käytetään kondomia, hygieniavälineet ovat henkilökohtaisia ja välteetään maksalle myrkyllisiä aineita, kuten alkoholia ja joitakin lääkkeitä. Hepatiitti B:n ehkäisemiseksi on kehitetty rokote. (Tiusanen 2017.)

LGV eli lymphogranuloma venereum on bakteerin aiheuttama genitaalialueen imukudoksen infektiio. LGV:tä tavataan useimmiten miehillä, joilla on seksiä miesten kanssa. Tauti voi olla oireeton, mutta oireina voi olla peräsuolesta vuotava verinen tai limainen vuoto, kipu ja myöhemmin ilmestyvät fistelit. Hoitona on antibioottikuuri, jonka ajan pidättäydytään seksistä, ja jälkitarkastukseen asti käytetään kondomia. Neljän viikon kuluttua hoidon päättymisen jälkeen otetaan uusi kontrollinäyte, jolla varmistetaan hoidon onnistuminen. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kondylooman aiheuttaa HPV eli ihmisen papilloomavirus, joka voi tarttua sekä seksin että käsien välityksellä. Kondylooma saattaa oireilla ensimmäisen kerran vuosienkin päästä. Oireena voi olla sileäpintainen epiteelipaksunnos, kukkakaalimaisesti ulkonevat ja syylän kaltaiset rykelmät tai limakalvon tai ihon pinnalla koholla oleva luomimainen muutos. Naisilla nämä kondylooman eri muodot saattavat esiintyä virtsaputken suulla, emättimen aukossa, ulkosynnyttimissä, välilihassa ja joskus kohdunnapukassa tai emättimessä, suuontelossa ja peräaukossa ja sen ympärillä. Parantavaa lääkettä kondyloomaan ei ole, ja se voi uusiutua, sillä se on virustauti. Taudin aiheuttamiin ihomuutoksiin on olemassa niitä poistavia hoitoja, jotka valitaan tilanteen mukaan. Näitä hoitoja ovat liuos- tai voidemuodossa olevat paikallisvalmisteet, kryohoito eli nestetyyppijääditys, hiilidioksidilaser tai kirurgiset hoidot. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Kondylooman aiheuttavat ihomuutokset saattavat aiheuttaa muutoksia myös solutasolla ja edistää siten syövän kehitystä. Kondyloomaa aiheuttavaan HPV:en on olemassa HPV-rokote, jonka avulla voidaan ehkäistä HPV-infektiota ja siten tytöillä ja naisilla kohdunkaulan syöpää. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 84–85.)

Genitaalierpes on viruksen aiheuttama, sukupuoliteitse tarttuva tulehdus. Genitaalierpeksen oireet ja kautuvat ensi-infektion ja reaktivaation eli uudelleen oireilun mukaan. Ensi-infektiossa genitaalierpes oireilee ensimmäisen kerran, jolloin oireina voi olla infektiotilan kipu, kihelmöinti ja kutina, virtsaamisen aikainen kipu, virtsaumpi, sukuelinten ja limakalvojen punoitus ja niiden pinnalla olevat helposti rikkoutuvat rakkulat, kuume, huonovointisuus, päänsärky ja imusolmukkeiden suureneminen nivustai-

peissa. Ilman hoitoa oireet helpottavat itsestään 2–3 viikon kuluessa. Reaktivaatiossa infektiotilanteen kuituminen ja kihelmöinti ovat ensioireina ja sitä seuraavat oireet ovat samoja kuin ensi-infektiossa, mutta ne ilmenevät pienemmällä alueella. Ilman hoitoa reaktivaation oireet katoavat viikon aikana. Ensi-infektio ja reaktivaatio voivat olla hyvin vähäoireisia tai jopa oireettomia. Genitaalisherpeksen aiheuttamaa viruslasta ei voida lääkkein hävittää elimistöstä, mutta viruslääkkeiden avulla oireiden kestoa voidaan lyhentää. Viruslääkkeitä voidaan käyttää tarvittaessa myös genitaalisherpeksen estohoitona, jolloin herpesin tarttuvuus ja oireiset jaksot vähenevät. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.3.5 Gynekologiset kasvaimet ja syövät

Hyvänlaatuisiin gynekologisiin kasvaimiin lukeutuvat kohdunkaulaan ilmestyvät Nabothin kysta ja limakalvon kasvain eli polyyppi. Nabothin kystan oireena on vain itse rakkulamainen kysta ja polyyppien puolestaan usein yhdynnän jälkeinen verenvuoto. Molemmat voidaan tarvittaessa poistaa gynekologisiin tutkimusvälineisiin kuuluvien pihtien avulla. Hyvänlaatuisia munasarjakasvaimia ovat erilaiset munasarjakystat, joiden oireina voi olla painontunnetta ja kipua. Hoitona on tilanteesta riippuen kystan seuranta tai kystan poisto. Esimerkiksi kookkaat kystat leikataan. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 89, 91–92.)

Kohdunrungossa esiintyy hyvänlaatuisina kasvaimina polyyppeja, kohdun lihaskyhyjä eli myoomia ja kohdun limakalvon liikakasvua eli endometrium hyperplasiaa. Kohdussa olevat polyyppit oireilevat runsaina ja pitkittyneinä kuukautisvuotoina tai tiputteluvuotoina. Polyyppi poistetaan kohtuontelon tähtäyksessä eli hysteroskopiassa ja osa polyypeista katoaa itseksensä. Myoomat oireilevat tavallisesti runsaina ja pitkittyneinä kuukautisina, mutta ne voivat myös olla oireettomia. Isot myoomat voivat aiheuttaa painontunteen alavatsalla, ulostamisvaikeuksia ja tihentynyttä virtsaamistarvetta. Hoidot valitaan tilanteen mukaan, ja hoitoina ovat runsaisiin vuotoihin hormonikierukka tai verenhyytymistä edistävä lääkehoito, kipuihin tulehduskipulääkkeet, myooman poisto joko hysteroskooppisesti tai leikkauksella ja myoomien verenkierron estäminen ja siten niiden kutistaminen kohtuvaltimoiden embolisaatiolla eli kohtuvaltimoiden tukkimisella. Kohdun limakalvon liikakasvun oireita ovat pitkäkestoiset ja ylimääräiset vuodot, ja ne voivat edistää kohdun runko-osan syöpää. Hoitoja ovat hormonihoito ja kohdun poistaminen. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 89–91.)

Gynekologiset syövät ovat pahanlaatuisia kasvaimia, joihin kuuluvat kohdunrunгон syöpä, kohdunkaulan syöpä, munasarjasyöpä, munanjohdinsyöpä, ulkosynnytin syöpä ja emätinsyöpä. Kohdunrunгон syöpä voi kehittyä hyperplasiasta ja kohdunrunгон syöpä usein ilmenee vaihdevuosien jälkeen. Riskitekijöitä tälle syöväälle ovat iän lisäksi synnyttämättömyys, ylipaino, perimä, myöhäinen menopaussi-ikä, monirakkulaiset munasarjat ja vaihdevuosien estrogeenihormonihoidot vajaalla keltarauhashormonilisäyksellä. Oireina ovat emättimestä tuleva epäsäännöllinen ja pitkittynyt vuoto ja vaihdevuosien jälkeinen verinen vuoto. Yleisenä hoitona toteutettavan lantion, kohdun ja munasarjojen imusolmukkeiden poiston lisäksi hoitoina on tilanne kohtaisesti sädehoito, hormonihoidot ja solunsalpaajahoidot. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 92–95.)

Kohdunkaulan syövän yksi merkittävä aiheuttaja on HPV eli ihmisen papilloomavirus. Kohdunkaulan syövän riskiä lisääviä tekijöitä ovat toistuvat gynekologiset tulehdukset, useat seksikumppanit, aikainen ensimmäinen yhdyntä ja seksikumppanit, joilla on useita seksikumppaneita. Oireina ovat pahanhajuinen valkovuoto, verenvuoto etenkin yhdynnän jälkeen, alavatsakivut, virtsaamis- ja ulostamisoireet ja ristiselän kipu. Hoitomuoto määräytyy syövän levinneisyyden mukaan. Hoitoina ovat erilaiset leikkaukset ja levinneeseen syöpää sädehoito ja solunsalpaajahoidot. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 92–93.)

Munasarjasyöpää tavataan useimmiten iäkkäillä naisilla. Taudin ennuste on huono, sillä munasarjasyöpä on voi olla pitkäänkin oireeton tai vähäoireinen ja yleensä oireet ilmestyvät silloin, kun syöpä on ehtinyt levitä pidemmälle ja synnyttää etäpesäkkeitä. Oireina ovat pahoinvointi ja ummetus, vatsakipu, virtsa-vaivat, lämpöily ja heikotus, vatsan ja lantion kasvain, väsymys, laihtuminen ja askites eli vatsaontelon nestekertymä, joka ilmenee vatsan turpoamisena. Hoitona on solunsalpaajahoidot ja leikkaus, jossa kasvain pyritään poistamaan vatsaontelosta kokonaan. Hoidon tavoitteena on parhaimman elämänlaadun edistäminen ja taudin oireiden lievitys, mikäli syöpää ei voida parantaa. Hoitoa on tuolloin pahoinvointin helpottaminen, kivun hoito, sädehoito, hengityksen helpottaminen esimerkiksi pleurapunktiolla tai -dreenillä, suolitukoksen oireiden poistaminen, henkinen tuki ja vertaistuki. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93–94.)

Munanjohdinsyöpä on harvinainen syöpä, joka on oireeton varhaisessa vaiheessa. Sairauden oireet ja hoito ovat samanlaiset kuin munasarjasyövässä. Ulkosynnytin- eli vulvasyöpä ja emätinsyöpä lukeutuvat myös harvinaisiin syöpiin. Ulkosynnytinsyöpä on yleensä isoissa häpyhuulissa ja siihen altistaviin tekijöihin lukeutuvat muun muassa krooniset ja toistuvat tulehdukset. Oireina ovat ulkosynnyttimien kutina, kipu ja kirvely ja joskus haavauma tai verinen vuoto. Hoitona on ulkosynnyttimen osan tai koko

ulkosynnyttimien leikkaus ja jatkohoitona on solunsalpaajahoito tai sädehoito. Emätinsyöpä on puolestaan aluksi oireeton, mutta se voi oireilla parantumattomana haavana tai pattina. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93–94.) Hoitona ovat tapauksesta riippuen leikkaushoito, solunsalpaajahoito ja sädehoito (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223).

2.3.6 Rintasyöpä

Rintasyöpä on syöpänä yleinen, ja valtaosa siihen sairastuvista on iältään noin 60-vuotiaita. Tästä huolimatta alle 30-vuotias voi myös saada rintasyövän. Rintasyövän varhaista toteamista edesauttaa naisen itse säännöllisesti suorittama rintojen tutkiminen. Syöpä voi kasvaa siten, että se rajoittuu rintaan, tai se voi myös lähettää etäpesäkkeitä esimerkiksi luustoon ja kainalon imusolmukkeisiin. Rintasyöväälle altistavia tekijöitä ovat ylipaino, runsas alkoholin käyttö, ikääntyminen, myöhäiset vaihdevuodet, varhainen kuukautisten alkamisikä, korkea synnytysikä, synnyttämättömyys, pitkään jatkuva vaihdevuosisoireiden hoito keltarauhashormonin ja naishormonin yhdistelmällä ja perinnöllinen alttius. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 96, 98.)

Rintasyöpä on oireeton pitkän ajan. Oireena voi olla rinnassa tai kainalossa ympäristöön kiinnittynyt kova kyhmy, jossa voi tuntua pistelyä ja kipua tai se on täysin kivuton. Muita oireita voivat olla kyhmy kohdalla oleva kuopalle vetäytynyt iho, sisäänvetäytynyt nänni, rinnan ihon muutokset, kuten ihottuma tai nännistä tuleva verinen tai kirkas erite. Hoito määräytyy tilanteen mukaan ja hoitomuodon valintaan vaikuttavat muun muassa syövän aggressiivisuus, koko ja levinneisyys. Hoitomuotona ovat kasvainta pienentävä säde- ja lääkehoito, erilaiset leikkaushoidot, esimerkiksi rinnan koko- tai osapoisto ja rinnan korjausleikkaus, leikkauksen jälkeinen sädehoito, solunsalpaajahoito, hormonihoito, vasta-ainehoito ja syövän uusiutumista ehkäisevä lääkehoito. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 97–98.)

2.3.7 Gynekologiset laskeumat

Gynekologiset laskeumat lukeutuvat hyvänlaatuisiin muutoksiin. Laskeumissa lantionpohjanlihasten kudusrakenne on heikentynyt, jolloin elimiä pääsee laskeutumaan synnytyskanavasta ulos. Laskeumatyypit ovat kohdun laskeuma, virtsarakonlaskeuma eli kystoseele, peräsuolen laskeuma eli rektoseele, suolenmutkan laskeuma eli enteroseele, virtsarakon puoleisen emättimen etuseinän pullistuma tai pe-

räsuolen puoleisen emättimen takaseinän pullistuma. Kohtu voi myös laskeutua niin paljon, että se pulistuu ulos emättimestä, jolloin kyseessä on kohtuprolapsi. Synnyttäneillä naisilla gynekologiset laskeumat ovat yleisiä, ja vaihdevuosien jälkeen laskeumat lisääntyvät. Laskeumille altistavat ylipaino, ummetus, raskas ruumiillinen työ, krooninen yskä, askites eli vatsaontelon nestekertymä, täysiaikainen raskaus, useat synnytyskerrat, vaikeat alatiesynnytykset ja sidekudoksen ominaisuuksiin liittyvät perinnölliset tekijät. (Mäkinen & Nieminen 2011, 196–197; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 100.)

Laskeuman oireita ovat lantionpohjan kipu, ristiselkäkipu, painontunne emättimessä tai lantionpohjassa, ulostamisongelmat, virtsankarkailu tai virtsarakon tyhjenemisongelmat, limakalvojen hankautuminen, yhdyntävaikeudet ja pullistuma emättimen aukosta. Laskeumia hoidetaan laskeumasta riippuen lantionpohjan lihasten harjoituksilla, painonhallinnalla, suolentoimintaa edistävällä ruokavaliolla, liikunnalla ja nesteytyksellä, emättimeen asetettavalla laskeumarenkaalla ja leikkaushoidolla. Lisäksi laskeumasta johtuvia limakalvojen hankaus- ja ärsytysoireita vähennetään paikallisilla emättimen estrogeenihoidoilla. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 100–102.)

2.3.8 Virtsankarkailu

Virtsankarkailu eli virtsainkontinenssi on lievänä ja satunnaisena tavallista useille naisille. Naisen ikään-tyymisen myötä haittaavan ja säännöllisen virtsankarkailun on havaittu lisääntyvän. Virtsainkontinenssit jaetaan neljään eri tyyppiin. Näihin lukeutuu ponnistusvirtsankarkailu eli virtsan karkaaminen ponnistuksen tai fyysisen rasituksen yhteydessä ja pakkovirtsankarkailu, jossa virtsan karkaaminen tapahtuu heti äkillisen virtsaamispakon tunteen jälkeen tai sen aikana. Sekatyypisessä virtsankarkailussa virtsankarkailu on kahden aiemman virtsankarkailutyyppin yhdistelmä, ja ylivuotovirtsankarkailussa akuutti tai krooninen virtsaretentio eli virtsarakon tyhjenemishäiriö liittyy virtsankarkailuun. Virtsankarkailu voi laskea naisen elämänlaatua huomattavasti, sillä hygieenisen haitan lisäksi se aiheuttaa myös sosiaalista ja psyykkistä haittaa. Virtsainkontinenssin syy riippuu virtsainkontinenssin tyypistä. Ponnistusvirtsankarkailu johtuu virtsaputken sulkijamekanismin ja virtsaputkea ympäröivien tukirakenteiden pettämisestä. Pakkovirtsankarkailussa puolestaan rakkolihas supistelee tahattomasti. Sekatyypinen virtsainkontinenssi johtuu yhdessä ponnistus- ja pakkovirtsankarkailun syistä ja ylivuotovirtsainkontinenssissa virtsaamisheijaste on heikentynyt. (Nilsson 2011, 203; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 102.)

Virtsankarkailulle altistavia tekijöitä on useita ja niihin lukeutuvat muun muassa ylipaino, ikään-tyminen, raskaus ja synnytys, virtsarakon tai kohdun laskeuma, tupakointi, tietyt sairaudet esimerkiksi diabetes ja

MS-tauti, tietyt lääkkeet ja ikääntyminen. (Nilsson 2011, 206–207; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 102–103.) Hoito riippuu virtsankarkailun tyypistä ja vaikeudesta. Hoitona käytetään elintapojen korjaamista, lantionpohjalihasten harjoittelua, fysioterapiaa, sähköstimulaatiota rauhoittamaan virtsarakon yliaktiivisuutta, virtsarakon koulutusta pidentämään virtsaamisvälejä, iäkkäillä estrogeenihoitoa, pakkoinkontinenssin oireiden lievittämiseen antikolinergeja ja tarvittaessa leikkaushoitoja ponnistusinkontinenssiin. Tarvittaessa hoidon apuvälineinä käytetään tilanteen mukaan esimerkiksi vaippoja, vuoteensuojia, siirrettäviä wc-istuimia ja katetreita. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 102–104.)

2.3.9 Vulvodynia

Vulvodynia on ulkosynnyttimien kirvelyä ja kipukokemuksia aiheuttava pitkäkestoinen kipuoireyhtymä, joka jakautuu vulvan vestibuliittioireyhtymään ja dysteettiseen eli hermokiputyypiseen vulvodyniaan. Vestibuliittioireyhtymässä emättimen eteisten kosketusarkuus aiheuttaa yhdyntäkipua, joka saattaa ilmaantua viiveellä. Yhdyntäkipu voi olla niin kovaa, että ehkäisee yhdynnän. Hermokiputyypisessä vulvodyniasa koko vulvan alueella esiintyy jatkuvaa kipua, joka saattaa säteillä reisiin, ristiselkään ja peräaukkoon. (Makkonen 2017.) Joillakin kiputila vaihtelee kuukautiskierron mukaisesti siten, että ennen kuukautisia kipu pahenee. Kivuista ja kirvelystä huolimatta ulkoisesti ulkosynnyttimien alue on terveen näköinen. Oireena kipujen ja kirvelyn lisäksi on vaginismi eli lantionpohjan alueella tahdosta riippumattomien lihasten aiheuttavat lihasspasmit tai -jännitykset. (Tiitinen 2019.) Vulvodynia vaikuttattaa perhesuunnitteluun ja saattaa jopa välillisesti aiheuttaa lapsettomuutta. Vulvodynia vaikuttaa suuresti myös naisen psyykkiseen hyvinvointiin, seksuaalielämään ja parisuhteeseen ja siten myös kumppanin hyvinvointiin (Makkonen 2017; Tiitinen 2019).

Vulvodyniaan ei tunneta selvää syytä, mutta laukaiseviksi tekijöiksi on havaittu esimerkiksi vulvan alueen toimenpide, toistuva bakteeri- tai hiivasienitulehdus, mikrobilääkitys tai yhdistelmäpillereiden käyttö. Hoitoina ovat ihoöljyn käyttö kipeille kohdille, emättimen herkkien kohtien totuttaminen kosketukseen ja siten kipuherkkyyden vähentäminen, kivun hallitseminen lantionpohjalihasten tunnistus- ja rentoutusharjoitusten kautta, yhdynnän helpottamiseksi puudutegeelien tai liukasteiden käyttö, kumppanin kanssa keskustelu yhdyntäkivuista, ulkosynnyttimien hyvä ihonhoito, epilepsialääkkeet ja trisykliset masennuslääkkeet hermokiputyypisessä vulvodyniasa ja leikkaushoito. (Makkonen 2017; Tiitinen 2019.)

2.4 Tieteellinen julkaisu ja vertaisarviointi käsitteinä

Tieteellisellä julkaisulla tarkoitetaan julkaisua, jonka tarkoituksena on uuden tiedon tuottaminen ja tieteen eteenpäin vieminen. Tieteellisen julkaisun tulee uuden tiedon tuottamisen ohella olla esitetty siten, että tutkimustulosten todentaminen ja/tai niiden käyttö on mahdollista uudessa tutkimuksessa. Lisäksi vähintään julkaisun bibliografisten tietojen, mutta mielellään koko julkaisun, tulee olla kirjoitettu asianmukaisella kielellä. Julkaisu saatetaan muiden tietoon sellaisella julkaisukanavalla, josta kaikki siitä kiinnostuneet tutkijat pääsevät sitä käyttämään ja jossa on käytäntönä arvioida julkaisut arviointikäytäntöjen mukaisesti. Arviointi tapahtuu siten, että julkaistavan tekstin arvioi yksi tai useampi ulkopuolinen taho, joka tuntee julkaisun käsittelemää asiaa. (Opetusministeriön julkaisutyypiluokittelu 2010, 4.)

Vertaisarviointi on julkaisun ulkopuolisten asiantuntijoiden tekemä arviointi julkaisusta. Näiden asiantuntijoiden tulee olla julkaisun tekijästä riippumattomia ja ansioituneita asiantuntijoita. Vertaisarvioinnissa arvioidaan vähintään koko julkaistavaksi lähetetty käsikirjoitus ja vertaisarviointi tehdään ennen sen julkaisua. Vertaisarvioinnissa arvioidaan esimerkiksi sitä, onko siinä ilmeisiä virheitä ja onko tehty työn kirjoitus tieteellisen yhteisön tyyli vaatimusten mukainen. (Opetusministeriön julkaisutyypiluokittelu 2010, 5.) Yleensä vertaisarviointiprosessi etenee siten, että tutkija lähettää julkaisijataholle julkaisunsa, jolloin julkaisija arvioi tarjouksen sopivuutta heille ja joko lähettää sen eteenpäin vertaisarvioitavaksi tai hylkää julkaisun. Vertaisarvioitsijoita on vähintään kaksi, ja kumpikin heistä kirjoittaa lausunnon, jossa he ehdottavat perustellen muokkauksia julkaisuun. Ihannetilanteessa vertaisarvioitsija vastaa julkaisun kirjoittajan kysymyksiin ja neuvoa häntä. Julkaisun kirjoittaja tekee muutokset ja niistä raportin, mikä helpottaa muutosten arviointia. Kun julkaisu hyväksytään, se käy läpi ennen julkaisua vielä julkaisukanavan oman toimitusprosessin, jossa tekijänoikeudet ja kieliasu varmistetaan. Vertaisarviointi on vastuullinen tehtävä, jonka suorittaminen eettisten toimintatapojen ja hyvien käytäntöjen mukaisesti edistää julkaisujen laatua. (Raento 2018.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla, millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologista hoitotyötä käsitteleviä hoitotieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia on julkaistu Suomessa. Lisäksi tarkoituksena on kuvailla, mistä näkökulmista näitä julkaisuja on tehty. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää opetuksessa ja hoitotyön kehittämisessä.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologisia hoitotyön vertaisarvioituja tutkimuksia Suomessa on julkaistu ja mistä näkökulmista näitä tutkimuksia on tehty?
2. Mitkä ovat näiden tutkimuksien gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset?

4 TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusaineistona käytettiin Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede -lehtien vertaisarvioituja tutkimuksia. Tämän vuoksi opinnäytetyöstä tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä siten tutkimusaineistoksi sopivia, aikaisemmin tehtyjä ja tiettyyn aihealueeseen lukeutuvia vertaisarvioituja tutkimuksia pystytään kuvailemaan (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 9). Lisäksi asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tarkoitukseen pystyttiin hyvin vastaamaan kirjallisuuskatsauksen avulla (Kangasniemi & Pölkki 2016, 81). Aineiston analysoimiseen valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysimenetelmä, sillä sen avulla tutkittavaa aineistoa pystyttiin analysoimaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Lisäksi sisällönanalyysi sopii hyvin kuvailemaan kirjallisuuskatsaukseen. Sen avulla tutkittavaa aineisto on mahdollista järjestää tiiviiseen ja selkeään muotoon ja samalla säilyttää sen alkuperäistä informaatiota. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 117, 122.)

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus kuvailee tiettyyn aihealueeseen kohdistuvia tutkimuksia. Nämä tutkimukset voivat olla tuoreita tai vanhempia, ja niistä voidaan katsauksen avulla kuvailla erilaisia osioita, kuten esimerkiksi tutkimusprosesseja, tutkimusten määrää, tutkimuksissa käytettyjä menetelmiä tai tutkimusten tuloksia. Varsinkin vertaisarvioidut tieteelliset tutkimukset ovat kuvailevien kirjallisuuskatsausten tarkastelun kohteena. Kuvailevien kirjallisuuskatsausten kysymysten asettelu on laajaa, mutta ne voivat sisältää myös rajauksia. Katsauksen prosessi käsittää tutkimusaineiston hankinnan, tekstiaineiston yhteen liittämisen ja analyysivaiheen. Yleensä tekstiaineisto liitetään yhteen taulukon avulla ja analyysin kautta osoitetaan tutkimuksen arvo. (Suhonen ym. 2016, 8–9.)

4.2 Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö -lehdet sekä ARTO-tietokanta

Hoitotiede-lehti julkaisee tieteellisiä artikkeleita liittyen hoitamiseen ja sen perusteisiin, tutkimuksiin ja koulutukseen. Lehti julkaisee myös erilaisia katsauksia liittyen hoitotieteeseen. Lehden tarkoituksena on tiedon välittäminen hoitotieteestä ja hoitotieteen tutkimusten tuloksista sekä tieteellisenä keskusteluforumina toimiminen. Hoitotiede-lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa, ja siinä julkaistut tutkimukset ovat

vertaisarvioituja. *Hoitotiede*-lehteä julkaisee Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS r.y. (University of Eastern Finland 2018.)

Tutkiva Hoitotyö -lehti on tiedelehti, joka välittää hoitotyön, koulutuksen ja johtamisen kehittämiseksi tutkimuksia ja käytäntöjä. Lehti palvelee käytännön hoitotyötä, ja siinä julkaistaan hoitotyötä käsittelevien tutkimusten lisäksi ajankohtaisiin kysymyksiin kantaa ottavia asiantuntija-artikkeleita ja puheenvuoroja. Hoitotyön interventiot, hoitotyön kehittäminen ja niiden vaikuttavuuden arviointi ovat lehdessä mielenkiinnon kohteina. Tutkiva Hoitotyö -lehdessä julkaistut tutkimusartikkelit ovat tieteellisesti vertaisarvioituja. (Sairaanhoitajat 2017.) Tutkiva Hoitotyö -lehteä kustantaa Fioca Oy, joka on Suomen sairaanhoitajaliiton omistama koulutus- ja kustannusyhtiö (Sairaanhoitajat 2014).

ARTO-tietokanta on viitetietokanta ja metatietovaranto kotimaisille monografia- ja aikakauslehtiartikkeleille. Kansalliskirjasto ylläpitää ja kehittää ARTO-tietokantaa ja sen käyttö on maksutonta eikä vaadi kirjautumista. Palvelun käyttäjiä ovat yksityishenkilöiden lisäksi erilaiset organisaatiot ja yritykset. ARTO-tietokannassa olevat tiedot ovat haettavissa myös muista käyttöliittymistä, esimerkiksi Finnasta ja Melindasta. (Kansalliskirjasto 2015.) ARTOssa aineistoa voi hakea hakusanojen, vuoden, julkaisumaan, aineiston ja kielen mukaan (ARTO 2019).

4.3 Aineistonkeruu

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistoon mukaanottokriteerit määriteltiin kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen kautta. Kriteereinä olivat siis ne, että tutkimusten piti olla hoitotieteellisiä ja vertaisarvioituja, niissä julkaistun sisällön tuli käsitellä sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä ja tutkimusten piti olla julkaistu Suomessa. Tämän vuoksi tutkimusaineiston haku rajattiin Tutkiva Hoitotyö ja *Hoitotiede*-lehtiin. Lisäksi suunniteltiin, että tutkimusaineistoa haetaan manuaalisesti ja sähköisesti internetin avulla. Tutkimusaineistoa kerättiin manuaalisesti käymällä läpi Tutkiva Hoitotyö ja *Hoitotiede* -lehtien sisällysluetteloita Centria-ammattikorkeakoulun kirjastossa ja sähköisesti käyttämällä ARTO-tietokantaa kyseisten lehtien vanhempien tutkimusten löytymiseen. ARTO-tietokannasta etsiessä tutkimuksia hakusanoina käytettiin Tutkiva Hoitotyö ja *Hoitotiede* -lehtien ISSN-tunnuksia 1459-4846 ja 0786-5686, jotka saatiin tietoon Centria-ammattikorkeakoulun kirjastosta. Tutkimuksia etsittiin vuosilta 1998–2018, julkaisumaaksi valittiin Suomi, kieleksi suomi ja aineistoksi valittiin painettu ja elektroninen aineisto. Tutkimusaineistoa haettiin vuosilta 1998–2018, sillä muuten tutkimusaineiston määrä olisi jäänyt liian pieneksi. *Hoitotiede* -lehdestä tutkimuksia löytyi etsityiltä vuosilta, mutta

Tutkiva Hoitotyö -lehden julkaisuja oli vain vuoteen 2003 asti. Tämä johtuu siitä, että tuolloin Tutkiva Hoitotyö -lehteä on aloitettu julkaisemaan (Salminen 2018). Tehdyllä haulla opinnäytetyön aiheeseen mahdollisesti sopivia Suomessa julkaistuja vertaisarvioituja sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologisen hoitotyöhön sisältyviä tutkimuksia löytyi 13 kappaletta. Valtaosa tutkimusartikkeleista tilattiin kopioina Centria-ammattikorkeakoulun kirjaston kautta ja loput löytyivät internetin välityksellä.

Jokainen löytyneistä 13 tutkimuksesta luettiin läpi ja samalla niihin tehtiin selkeyttäviä alleviivauksia. Luetuista tutkimuksista karsiutui ensin pois kolme mielipidekirjoitusta. Seuraavaksi mahdollisista tutkimuksista karsiutui rintasyöpäpotilaan hoitoprosessin aikana saamaa sosiaalista tukea käsittelevä tutkimus, sillä se oli menetelmäartikkeli, jolloin se ei palvellut tämän opinnäytetyön tarkoitusta. Mahdollisesta aineistosta karsiutui pois myös tutkimus, joka käsitteli sukupuolitaudin saaneen potilaan kokemusta tartunnan saamisesta ja sen hoidosta. Vaikka tutkimuksen aihe on gynekologiseen hoitotyöhön ja sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluva, tutkimukseen oli osallistunut vain miehiä, jolloin tutkimuksen tuloksista ei välittynyt gynekologisen potilaan näkökulma. Opinnäytetyön aineistoksi ei valikoitunut myöskään tutkimus, jossa kartoitettiin kotisairaanhoidossa työskentelevien hoitajien suhtautumista HIV- ja AIDS-potilaiden hoitoon. Tutkimuksessa kartoitettiin myös hoitajien homofobisia asenteita. Kyseinen tutkimus jätettiin pois tutkimusaineistosta, sillä se ei kohdistu selkeästi gynekologiseen hoitotyöhön, vaan painottuu enemmän perushoittoon ja muuhun hoitotyöhön.

Lopulta opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän tutkimusta. Yksi tutkimuksista käsitteli terveysasemien hoitajien ja lääkärin HIV-testaustoimintaa heidän itsensä arvioimana. Kyseinen tutkimus otettiin mukaan opinnäytetyön aineistoksi, sillä siinä oli sukupuolitaudin näkökulma, mikä kuuluu gynekologiseen hoitotyöhön. Muut vertaisarvioidut opinnäytetyön aineistoksi valitut tutkimukset kuuluivat gynekologisen hoitotyön alueeseen ja sairaanhoitajan osaamisalueeseen. Yksi näistä tutkimuksista käsitteli potilaiden elämänlaatua, toinen tutkimus käsitteli potilaiden hoitokokemuksia ja kolmas potilaiden kokemuksia sairauden vaikutuksesta heidän parisuhteeseensa. Kyseiset tutkimukset otettiin mukaan, sillä niiden sisältö vaikuttaa potilaan elämään ja sitä kautta sairauden hoitoon ja sairaanhoitajan antamaan potilasohjaukseen. Tällöin kyseiset tutkimukset kuuluvat myös sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Seitsemän valikoidua tutkimusta täyttivät siis kaikki tutkimusaineiston mukaanoton kriteerit.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimukset luettiin läpi uudelleen ja niiden perustiedot taulukoitiin (LIITE 1). Erilliseen Microsoft Word -tiedostoon tehtiin analyysitaulukko, jonne kerättiin ne tutkimusten tulokset, jotka koskivat sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä. Kyseiset tulokset kirjoitettiin analyysitaulukkoon kuten ne olivat tutkimusten tuloksissa ilmaistu. Tuloksia kirjattaessa taulukkoon jokaisen tutkimuksen tulokset koodattiin eri värillä, esimerkiksi yhden tutkimuksen tulokset oli kirjoitettu punaisella värillä ja toisen vihreällä. Tämän jälkeen tutkimusten tuloksista tehtiin pelkistetyt ilmaukset, jotka oli värikoodattu samalla tavalla kuin ennen pelkistystä. Värikoodatut pelkistetyt ilmaukset tulostettiin ja leikattiin erilleen. Jokainen pelkistetty ilmaus käytiin läpi ja samalla ryhmitellen niitä alaluokkiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Pelkistykset ryhmiteltiin lattiolla siten, että sisällöllisesti samaa aihetta käsittelevät laput kiinnitettiin sinitarralla tyhjään paperiin. Papereihin kirjoitettiin lappujen yhteinen aihe, esimerkiksi tiedon tarve. Ryhmittelyn aikana aiheiden nimet muuttuivat hieman parempaan muotoon ja jotkut pelkistetyt laput siirrettiin toisen aiheen alle, jonne ne vaikuttivat sopivan paremmin. Saadut alaluokat ryhmiteltiin yläluokkiin, jotka ryhmiteltiin vielä pääluokkiin. Ala-, ylä- ja pääluokkien ryhmittely tehtiin suoraan taulukkoon (TAULUKKO 1).

4.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan aineistona olevan tekstin merkityksiä ja kuvailaan niitä sanallisesti. Tavoitteena on aineiston järjestäminen selkeään ja tiiviiseen muotoon samalla säilyttäen aineiston sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysi voidaan muodostaa deduktiivisesti tai induktiivisesti. Deduktiivinen sisällönanalyysi on teorialähtöinen, jolloin jokin aikaisempi käsitejärjestelmä on pohjana analyysin luokitteluun. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 119, 122, 127.) Induktiivinen sisällönanalyysi on puolestaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysi on karkeasti kolmivaiheinen prosessi, jossa vastaus tutkimustehtävään saadaan yhdistelemällä käsitteitä. Tämä analyysiprosessi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Analyysin ajan on tärkeää tarkkailla, että aineisto on yhteydessä alkuperäiseen aineistoon. Analyysin prosessin vaiheita ovat pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja aineiston käsitteellistäminen. Ensimmäiseksi käydään analysoitava aineisto läpi. Mikäli aineisto on esimerkiksi äänitetty haastattelu, ensin se kuunnellaan ja samalla sanasta sanaan kirjataan auki. Aineistoon perehtymisen jälkeen alkaa

aineiston pelkistäminen eli redusointi. Kaikki epäolennainen informaatio karsitaan aineistosta pois ja jäljelle tulee jäädä vain ne alkuperäisilmaukset, jotka kuvaavat tutkimustehtävää. Alkuperäisilmaukset pelkistetään pelkistetyiksi ilmauksiksi, jotka listataan allekkain erilleen. Tätä seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset käydään läpi etsien käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään eri luokkiin siten, että samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ovat samassa ryhmässä. Näin muodostuvat ryhmät ovat alaluokkia, ja ne nimetään yhteisellä käsitteellä, joka kuvaa luokan sisältöä. Alaluokista muodostetaan yläluokkia ja niistä puolestaan pääluokkia. Klusterointi on osa viimeisenä vaiheena olevaa aineiston käsitteellistämistä eli abstrahointia, johon myös lukeutuu luokkien yhdistely ja nimeäminen. Abstrahoinnissa luokituksia yhdistellään aineiston sisällön näkökulman sallimissa rajoissa. Abstrahoinnista muodostetuista käsitteistä luodaan kuvausta tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

5 TULOKSET

Tulokset kuvataan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiensä avulla. Tuloksissa käydään ensin läpi, millaisia tutkimusaineistona olleet tutkimukset ovat ja mitkä ovat niiden näkökulmat. Näkökulmien käsittelyn jälkeen käydään läpi aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta saadut kirjallisuuskatsauksen tulokset. Nämä aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset kuvataan yläluokkien kautta.

5.1 Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä käsittelevät vertaisarvioituiden Suomessa julkaistut tutkimukset ja niiden näkökulmat

Opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän vertaisarvioitua tutkimusta. Gynekologisen hoitotyön aiheiden näkökulmasta katsottuna kolme tutkimuksesta käsitteli rintasyöpää (Timonen & Sihvonen 1998; Maukonen, Salonen, Rantanen, Suominen & Kaunonen 2011; Vieruaho, Palonen, Åstedt-Kurki & Leino 2016), kaksi vulvodyniaa (Törnävä, Koivula & Suominen 2012; Törnävä, Koivula & Suominen 2013), yksi munasarjasyöpää (Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki & Paavilainen 2004) ja yksi HIV-testaustoiminnan kautta seksitauteja (Bazia, Västinsalo, Kuivila & Kääriäinen 2017). Näiden ohella sairaanhoidajan osaamisalueeseen liittyviä pääaiheita olivat kahdessa tutkimuksessa ohjaus (Timonen & Sihvonen 1998; Vieruaho ym. 2016), yhdessä hoitohenkilöstön tekemä arviointi (Bazia ym. 2017), yhdessä tutkimuksessa elämänlaatu (Maukonen ym. 2011), yhdessä potilaiden hoitokokemukset (Törnävä ym. 2012), yhdessä sairauden vaikutus parisuhteeseen (Törnävä ym. 2013) ja yhdessä tutkimuksessa sairaudesta selviytyminen, perhe ja tukeminen (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004). Tutkimusten julkaisuaikajankohta sijoitui kolmelle eri vuosikymmenelle. Yksi tutkimuksista oli julkaistu 1990-luvulla, yksi 2000-luvulla ja loput viisi tutkimusta 2010-luvulla. Tutkimuksista kolme oli kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimuksia ja neljä kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimuksia. (LIITE 1.)

Tutkimuksissa tutkimusaineistoa kerättiin eri tiedonlähteistä ja eri aineistonkeruumenetelmillä. Neljässä tutkimuksessa tutkimusaineistoa kerättiin pelkästään potilailta/sairastavilta ihmisiltä, yhdessä tutkimuksessa hoitajilta ja lääkäreiltä, yhdessä potilailta, heidän perheeltään ja hoitajilta ja yhdessä tutkimuksessa tutkimusaineistona oli alkuperäisartikkeleita. Aineistonkeruumenetelminä oli kolmessa tutkimuksessa verkkokysely, yhdessä puolistrukturoitu kyselylomake, yhdessä kyselylomake, yhdessä äänitetyt teema-haastattelut ja kirjoitetut, teemoitetut esseet ja yhdessä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä oli

alkuperäisartikkelien keräys eri tietokannoista siten, että ne täyttivät tietyt arviointikriteerit. Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheeseen osallistuneiden vastaajien määrä vaihteli 30 vastaajasta 205 vastaajaan ja yhdessä tutkimuksessa aineistona käytettyjä alkuperäisartikkeleita oli 38 kappaletta. (LIITE 1.)

Opinnäytetyön tutkimusaineistoksi valikoituneita tutkimuksia oli lähestytty useista eri näkökulmista. Näkökulmien aiheita oli yhteensä 15, ja ne olivat potilaan, perheenjäsenen, parisuhteen, seksuaalielämän, ohjauksen, tiedonsaannin, hoitosuhteessa kohtaamisen, selviytymisen, tuen, vertaistuen, elämänlaadun, hoitajan, lääkärin, hoitohenkilöstön ammatillisen sukupuolitauditietouden ja osaamisen sekä hoitohenkilöstön suorittaman testaustoiminnan näkökulmat. Näkökulmien määrä vaihteli tutkimuksesta riippuen kolmesta kuuteen. Potilaan näkökulma oli yhtenä näkökulmana kuudessa tutkimuksessa, tiedonsaannin näkökulma neljässä, tuen näkökulma kolmessa tutkimuksessa, ohjauksen ja hoitajan näkökulma kahdessa ja loput näkökulmat olivat näkökulmina vain yhdessä tutkimuksessa. (LIITE 1.)

5.2 Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusten sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvaa gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset jakautuivat kolmeen pääluokkaan. Pääluokat kuvaavat tutkimuksissa käsiteltyjä aiheita. Pääluokat ovat Gynekologisen sairauden tuomat potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyvät tekijät, Gynekologisen sairauden vaikutus potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen ja Hoitohenkilöstölähtöiset gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät. Gynekologisen sairauden tuomiin potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyviin tekijöihin sisältyvät yläluokat ovat sairaudesta selviytymiseen vaikuttavat tekijät, sairautta koskeva tieto ja sairauden tuomat haasteet. Gynekologisen sairauden vaikutukseen potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen sisältyvät yläluokat sosiaalinen tuki ja potilaan sosiaaliset suhteet ja sairauden vaikutus niihin. Hoitohenkilöstölähtöisiin gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttaviin tekijöihin puolestaan sisältyvät yläluokat vuorovaikutus potilaan kanssa, henkilöstön osaamisen vaikutus ja hoitohenkilöstöön liittyvät yksilölliset tekijät. Ala-, ylä- ja pääluokat ovat näkyvillä taulukossa (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysin kautta saadut ala-, ylä- ja pääluokat

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Voimaantuminen	Sairaudesta selviytymiseen vaikuttavat tekijät	Gynekologisen sairauden tuomat potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyvät tekijät
Sairaudesta selviytymistä tukevat tekijät		
Henkinen hyvinvointi		
Potilaan kokemukset saaduista hoitomenetelmistä		
Tiedon tarve	Sairautta koskeva tieto	Gynekologisen sairauden vaikutus potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen
Tiedonlähteet		
Potilaan vastoinkäymiset	Sairauden tuomat haasteet	
Potilaan taakka		
Kipu sairauden oireena		
Tuen tarve	Sosiaalinen tuki	
Tuen antajat		
Perhe ja läheiset	Potilaan sosiaaliset suhteet ja sairauden vaikutus niihin	
Sairaus osa parisuhdetta		
Kumppanin merkitys ja kumppanuus	Vuorovaikutus potilaan kanssa	Hoitohenkilöstölähtöiset gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät
Seksuaalielämä		
Yksin eläminen		
Hoitosuhte		
Ohjauskokemukset	Hoitohenkilöstön osaamisen vaikutus	
Potilaan vaikutusmahdollisuus		
Työkokemuksen vaikutus	Hoitohenkilöstöön liittyvät yksilölliset tekijät	
Koulutuksen vaikutus		
Hoitohenkilöstön asenteet		
Hoitohenkilöstön kokemukset ja käsitykset		

5.2.1 Sairaudesta selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Sairaudesta selviytymiseen vaikuttaviin tekijöihin sisältyvät alaluokat ovat voimaantuminen, sairaudesta selviytymistä tukevat tekijät, henkinen hyvinvointi ja potilaan kokemukset saaduista hoitomenetelmistä. Voimaantumisen suhteen tutkimuksissa nousu esiin voimaannuttavia tekijöitä ja kokemuksia voimaantumisen tunteesta. Voimaannuttavia tekijöitä olivat potilaiden saama tieto ja hoito (Törnävä ym. 2012). Voimaantumista edistivät internetissä toimivat itseohjautuvat keskusteluryhmät ja inter-pohjainen hoitopolku lisäsi voimaantumisen kokemusta (Vieruaho ym. 2016). Voimaantumisen kokemusta parisuhteessa lisäsi parisuhteessa tapahtuva tuen jakaminen ja vulvodynia (Törnävä ym. 2013).

Sairaudesta selviytymistä tukivat erilaiset tekijät. Selviytymistä tukeviin tekijöihin sisältyivät myönteinen asenne ympäristöön ja ihmissuhteisiin. Potilaat korostivat selviytymisprosessissa perheen ja läheisten merkitystä, joista perhe oli tärkein selviytymiskeino. Selviytymistä tukivat ajatusten suuntaaminen johonkin muuhun kuin sairauteen, arjesta ja tavallisesta elämästä nauttiminen oman jaksamisen mukaan ja positiivisen asenteen ylläpitäminen. Selviytymisen kannalta oli tärkeää, että välillä myös läheiset unohtivat sairauden. Tapahtumaa kiellettiin, kunnes voimavaroja oli tarpeeksi sen kohtaamiseen ja lopulta ymmärtämään tapahtunut. Omien sairauteen liittyvien tunteiden käsittely edisti itsensä kanssa tasapainoon pääsyä ja siten selviytymistä. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Paranemisen ja sitä kautta selviytymisen kannalta tärkeää oli hyväksyvä asenne sairautta ja hoitoa kohtaan ja hoitojen myötä sairautta ymmärrettiin paremmin. Vertaistuki ja itsehoito tukivat hoitoa ja siten myös selviytymistä. Selviytymistä tuki myös diagnoosin saanti, sillä se edisti positiivisten hoitokokemusten lisäksi itsehoitoa ja lisäsi taistelutahtoa selviytyä tilanteesta. (Törnävä ym. 2012.)

Selviytymistä tukevia tekijöitä olivat myös toivo ja toiveet. Toivoa herättivät aloitettu tai alkavat hoidot (Törnävä ym. 2012). Toivoa lisäsi luottamus hoitohenkilökuntaan ja hoitoihin (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Potilailla oli toiveita oireiden helpottamisesta (Törnävä ym. 2012), oman terveyden ennallaan pysymisestä tai paranemisesta ja muuten liittyen tulevaisuuteen (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Selviytymistä tukivat myös saatu tieto ja tuki sekä sairaudesta keskustelu. Tieto auttoi valmistautumaan sairauden tuomaan uuteen elämäntilanteeseen (Vieruaho ym. 2016), ja tuki ja sairaudesta keskustelu edistivät rintasyöpöpotilailla leikkaukseen valmistautumista ja tuntemusta sairauksesta selviämiseen (Timonen & Sihvonen 1998). Selviytymistä tukivat myös potilaan voimaantuminen, päätöksentekoon saatu tuki, vertaisryhmän tuki ja internetistä saatu ohjaus (Vieruaho ym. 2016).

Sairaudesta selviytymistä tukeviin tekijöihin kuuluu myös potilaan kokema elämänlaatu. Rintasyöpöpotilaiden elämänlaatua vuoden kuluttua rintasyöpäleikkauksesta tutkineet Maukonen ym. (2011) selvittivät rintasyöpäleikkattujen kokevan kokonaiselämänlaatunsa olevan tuolloin hyvä. Valtaosa leikatuista oli tyytyväisiä elämänsä hallintaan ja itsensä huolehtimiseen ja useimmat olivat tyytyväisiä elämäänsä ja uskoonsa Jumalaan. Tärkeäksi koettiin muun muassa oma terveys, terveydenhoito, omat voimavarat, oma kyky huolehtia taloudellisista asioista ja koti. Vähiten tärkeäksi koettiin useimmin muun muassa oma ulkonäkö ja usko Jumalaan. (Maukonen ym. 2011.)

Henkinen hyvinvointi sisältyi tunteiden käsittelyä ja henkiseen hyvinvointiin liittyviä sekä sitä edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Sairastuneelle tunteiden ilmaiseminen oli tärkeää, joidenkin oli helpompi purkaa tunteitaan ryhmässä (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Mielenrauha ja elämäntyytyväisyys koettiin tärkeäksi (Maukonen ym. 2011). Henkiseen hyvinvointiin vaikuttivat vertaisryhmän tuki ja tiedon vaihtaminen (Vieruaho ym. 2016). Henkistä hyvinvointia edistivät sairauden nimeäminen, diagnoosin saaminen, fyysisten kipujen helpottaminen (Törnävä ym. 2012) ja sen seurauksena mahdollistuvat positiiviset tunteet (Törnävä ym. 2013). Henkistä hyvinvointia heikentäviä tekijöitä olivat naisten seksuaalinen painostus, seksuaalinen pakotus ja siihen liittyvä henkinen ja fyysinen seksuaalinen väkivalta, parisuhteen henkinen pahoinvointi ja naisten negatiiviset tuntemukset omasta seksuaalisesta kyvyttömyydestä, haluttomuudesta ja kumppanin seksuaalielämän muuttumisesta epänormaaliksi sairauden seurauksena (Törnävä ym. 2013). Henkistä pahoinvointia koettiin myös hoidoista ja tutkimuksista sekä niihin liittyvistä häpeän tunteista (Törnävä ym. 2012). Seksuaalielämää ja elämänhuolien määrää kohtaan koettiin tyytymättömyyttä (Maukonen ym. 2011). Kuolema oli käynyt naisten mielessä, ja heidän sairautensa vaikutti myös läheisten elämään aiheuttaen heille huolta, pelkoa ja ahdistusta (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004).

Potilaan kokemukset saaduista hoitomenetelmistä -alaluokkaan sisältyi vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia lääketieteellisistä hoidoista, fysioterapeuttisista hoidoista, psykoseksuaalisista hoidoista ja vaihtoehtohoidoista. Vulvodyniaoireita oli hoidettu naisesta riippuen yhdestä seitsemään erilaisella hoitomenetelmällä, jotka perustuivat tieteelliseen tietoon. Tehokkaina ja myönteisinä koettiin fysioterapeuttiset hoidot, naisten henkistä ja heidän parisuhteensa hyvinvointia helpottaviksi koettiin psykoseksuaaliset hoidot ja vaihtoehtohoidoilla koettiin olevan myönteinen vaikutus naisten seksuaalielämään ja vulvodyniasta johtuvien kipujen vähentämiseen. Lisäksi naiset olivat löytäneet vertaistuen kautta itsehoitomenetelmiä, jotka oli koettu jopa todella tehokkaiksi. Hoitoa edeltäviin tutkimuksiin oli varattu aikaa ja naisten kipuoireita lievitettiin niiden aikana. Naisilla oli myös kokemuksia tutkimusten ja hoitojen tehostuudesta, jolloin ne koettiin turhauttaviksi. Tutkimuksissa ja hoidoissa naisten parisuhdeongelmat

ja psykofyysinen osuus saatettiin sivuuttaa täysin, ja naisilla oli myös kokemuksia, että heidän itsemääräämisoikeutensa sivuutettiin. Naisilla oli kokemuksia, joissa he oli saaneet hoito-ohjeiksi yhdynnässä rentoutumista ja odottelua. (Törnävä ym. 2012.)

Myös munasarjasyöpöpotilailla ja rintasyöpäleikatuilla naisilla oli kokemuksia hoitomenetelmistä. Munasarjasyöpää sairastavilla kokemuksissa korostuivat solunsalpaajahoidon haittavaikutukset ja sairastaminen oli heille raskasta. Joskus hoitoja jouduttiin perumaan ja osalla naisista solunsalpaajahoido toteutui suunnitellusti (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Rintasyöpäleikatuista yksi seitsemästä koki kotiutuvansa liian aikaisin, eli hoitoaika oli heidän mielestään liian lyhyt. Kotiutuessaan naiset saivat mukaansa haavadreenin, jonka kanssa ongelmia oli hyvin vähän. (Timonen & Sihvonen 1998.)

5.2.2 Sairautta koskeva tieto

Sairautta koskevaan tietoon sisältyivät tiedon tarve ja tiedon lähteet. Tiedon tarve -alaluokassa tuli esiin, että korkeammin koulutetuilla oli tiedon suhteen enemmän odotuksia, ja he kokivat saavansa vähemmän tietoa verrattuna alhaisemmin koulutettuihin. Naiset tahtoivat heidän tilanteensa kannalta merkityksellistä tietoa. (Vieruaho ym. 2016.) Esille tuli kokemuksia diagnosoinnin jälkeisestä puutteellisesta informoinnista, jonka seurauksena naisilla oli epätietoisuutta liittyen sairauteensa, sen syihin ja siitä, mitä he itse voivat sille tehdä (Törnävä ym. 2012). Rintasyöpäleikatut olisivat tahtoneet tietoa vuodeosaston toiminnasta ja hoidosta, leikkauksen jälkeisistä lääketieteellisistä hoidoista, rinnan korjausleikkauksesta, leikkauksen jälkeisistä jatkohoidoista ja sairauden seurannasta. Lisäksi jälkitarkastukseen toivottiin tarpeeksi aikaa keskustella kirurgin kanssa. (Timonen & Sihvonen 1998.) Sairauteen liittyvän tiedon lisäksi kaivattiin hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta ja neuvontaa (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Tiedon tarpeisiin ja odotuksiin tiedolta vaikuttivat rintasyöpöpotilailla rintasyöpätietoa tarjoavat verkkosivut (Vieruaho ym. 2016).

Tiedonlähteitä oli useita. Tietoa sairaudesta ja hoidosta saatiin lääkäriltä ja hoitohenkilökunnalta, jotka antoivat tietoa myös potilaan läheisille. Läheiset saivat alussa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta potilaalta sekä jaetusta opaslehtisestä. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Rintasyöpäleikkauspotilaat saivat hoitajalta tietoa tutkimustuloksista ja rintaproteesista sekä ohjausta haavanhoidosta. Paras informaatio oli peräisin useista lähteistä. Rintasyöpäleikkauspotilaat saivat kirjallisista esitteistä tietoa lääkehoidoista ja korjausleikkauksista, sytostaatti- ja hormonihoidoista. Potilastovereilta saatiin tietoa paremmin kuin läheisiltä. (Timonen & Sihvonen 1998.) Vertaistuki oli tärkeä itsehoidon tietolähde. Lisäksi tietoa haettiin

internetistä. (Törnävä ym. 2012.) Sivustot lisäsivät ymmärtämistä ja tietoa muun muassa omasta sairaudesta ja terveydestä, paransivat päätöksentekovalmiutta, auttoivat muistamaan tietoa ja valmistautumaan terveydenhuoltohenkilöstön tapaamiseen. Toisaalta internetistä löytyi myös ristiriitaista tietoa, jolloin hoitoon liittyviä päätöksiä tehtiin puutteellisin tiedoin. (Vieruaho ym. 2016.)

5.2.3 Sairauden tuomat haasteet

Sairauden tuomiin haasteisiin sisältyvät potilaan vastoinikäymiset, potilaan taakka ja kipu sairauden oireena. Vastoinikäymisiä olivat kohdanneet etenkin vulvodyniaa sairastavat naiset, joilla kokemuksia puutteellisista tutkimuksista ja hoidoista, jotka olivat puolestaan viivästyttäneet hoidoista saatavaa apua. Heidä ei kohdattu kokonaisvaltaisesti, mikä ilmeni esimerkiksi heidän oireidensa vähättelynä. Naiset kokivat voivansa saada vaativan potilaan roolin, mikäli he vaatisivat asianmukaista kohtelua. Tutkimuksia koettiin kivuliaina, ja niiden aiheuttaman tutkimuskammon vuoksi naiset saattoivat keskeyttää sen hetkiset tutkimukset ja hoidot. Tutkimukset ja hoidot aiheuttivat taloudellista tappiota naisille ja heidän työnantajalleen. Väärän diagnoosin saaminen esti hoidoista saatavan avun, ja myöhäisen diagnosoinnin koettiin heikentäneen hoidon tehoa. Apua oli etsitty useilta asiantuntijoilta, ja naiset kokivat asiantuntijoita olevan vähän. Välillä avun etsiminen turhautti naisia. Mikäli syytä tai apua oireisiin ei löytynyt, kokivat naiset toivottomuuden tunnetta ja jääneensä vaivansa kanssa yksin, he saattoivat vähätellä sairauden tuomia kokemuksiaan kivuista ja alkaa ajatella, että oireet saattavat johtua jostain muusta syystä. Ennen vulvodyniadiagnoosin tekoa naiset olivat saattaneet joutua etsimään ulkosynnyttimien kipuoireiden syytä jopa monia vuosia. (Törnävä ym. 2012.)

Vastoinikäymisenä vulvodyniaa sairastaville naisille heidän saamansa hoidot olivat voineet auttaa oireisiin vähän tai ne olivat voineet jopa pahentaa niitä. Kokeillut hoitovaihtoehdot eivät välttämättä tuottaneet tulosta. Naiset olivat kokeilleet useita itsehoitomenetelmiä, ja kaikkien menetelmien kokeilematta jättäminen saattoi aiheuttaa syyllisyyden tunnetta (Törnävä ym. 2012.) Vulvodynia oli oireidensa kautta rajoittanut myös naisten seksuaalielämää (Törnävä ym. 2013). Vastoinikäymisiä oli myös muilla. Munasarjasyöpää sairastavat kokivat erilaisia hoitojen haittavaikutuksia (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Rintasyöpäleikatuista naisista joka neljäs nainen ilmoitti hänellä olleen kotihoidon aikana sairaudesta johtuvina ongelmina ahdistuneisuutta, nukkumisvaikeuksia ja kipuja (Timonen & Sihvonen 1998). Vuoden kuluttua leikkauksesta he kokivat tyytymättömyyttä liittyen ulkonäköönsä, poissaoloon töistä ja koulutukseensa (Maukonen ym. 2011).

Potilaan taakka -alaluokkaan sisältyi vulvodyniaa sairastavien kokemuksen sairautensa hoidon olevan heidän omalla vastuullaan, kun apua tai syytä oireisiin ei löytynyt. Oma aktiivisuus koettiin tärkeäksi hoitojen saamisen kannalta ja asiantuntijoita jouduttiin etsimään itse. Naiset diagnosoivat itsensä, jos oireiden syytä tai apua niihin ei asiantuntijoiden kautta löytynyt. Naiset kokivat itsehoidon olevan avun saamisen edellytys. (Törnävä ym. 2012.)

Kipu sairauden oireena -alaluokkaan sisältyi vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia kivusta. Kivut olivat sairauden oireiden ja vaiheiden mukaan vaihtelevia. Kivun ollessa kestänytöntä naiset saattoivat kokea emätintä kouristelevia ja henkisesti hysteerisiä tilanteita. (Törnävä ym. 2013.) Sairauden tuoma kipu alensi henkistä ja fyysistä hyvinvointia (Törnävä ym. 2012). Kipu leimasi naisten parisuhdetta, ja se oli saattanut vähentää seksuaalista aktiivisuutta ja yhdyntäyrityksiä samalla estäen naisten ja heidän kumppaniensa toivottua seksuaalista nautintoa. Kivut olivat saattaneet lopettaa intiimin kanssakäymisen jopa kokonaan. Sairaudesta tuoma fyysinen kipu aiheutti naisissa kivun pelkoa, jonka arveltiin vaikuttaneen kiputilanteiden kanssa naisten seksuaaliseen haluttomuuteen ja luovan seksiä kohtaan negatiivisia tunteita. Pelko seksuaalisesta kivusta esti seksuaalista nautintoa ja saattoi synnyttää miehiä kohtaan vihantunteita. Seksuaalisen kivun pelko alkoi jo ennen yhdyntäyritystä. Seksuaalisen kivun aiheuttamia parisuhdeongelmia pyrittiin ehkäisemään keskustelemalla omasta tilanteestaan mahdollisen kumppanin kanssa. Naiset myös toivoivat ajan myötä seksuaalisen kivun hellittävän. (Törnävä ym. 2013.)

5.2.4 Sosiaalinen tuki

Sosiaaliseen tukeen sisältyivät tuen tarve ja tuen antajat. Tuen tarpeen alaluokassa tiedollinen tuki koettiin tärkeäksi. Potilaiden läheiset odottivat saavansa yksilöllistä tukea hoitohenkilökunnalta ja halusivat henkilökunnalta lisää tukea, etenkin kuuntelua ja keskustelua. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Rintasyöpää sairastavien naisten puolisoilla oli tarve yhteisössä toimivalle psyykkiselle ohjaukselle. Puolisoilla oli myös tarve internetissä oleville vertaistukiryhmille (Vieruaho ym. 2016).

Tuen antajat -alaluokassa naiset saivat tukea useista eri paikoista. He kokivat tärkeimmiksi tukijoikseen puolison, ystävät ja lapset (Maukonen ym. 2011). Kumppaneiden kannustava läsnäolo oli auttamista hoidoissa ja tuen antamista, ja kumppanin tuki koettiin ymmärrykseksi sairautta kohtaan. Puhumattomuus koettiin tuen ja tiedon estäjänä, ja kumppanit saattoivat olla kyvyttömiä naisten tukemiseen. Parisuhteessa tapahtuva tuen jakaminen koettiin suhteen hyvinvoinnin ja molempien osapuolten jaksamisen

pohjana. (Törnävä ym. 2013.) Perheeltä tukea saavat naiset kokivat perheeseen liittyvän elämänalueen paremmaksi kuin ne, jotka eivät saaneet tukea perheeltään (Maukonen ym. 2011). Naiset saivat parhaiten tukea tukiverkosta, joka oli ollut olemassa jo ennen sairaustumista (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Ystävältä tukea saavat naiset kokivat sosioekonomisella alueella elämänlaadun paremmaksi kuin ne, jotka eivät saaneet tukea ystävältään (Maukonen ym. 2011). Yksi tuen lähde oli myös hengellinen yhteisö ja usko, josta saatiin tuen lisäksi voimaa ja luottamusta. Hoitohenkilökunnalta saatu tuki koettiin merkitykselliseksi, naiset olivat saaneet heiltä tukea ilman pyytämistä ja naiset saivat hoitohenkilökunnalta tukea useilla eri tavoilla muun muassa kuuntelun, keskustelun ja toivon antamisen kautta. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Rintasyöpäleikattujen naisten mukaan terveydenhuoltohenkilöstöltä tukea sai enää hyvin vähän vuoden kuluttua leikkauksesta, eli hoitohenkilöstöltä saatavan tuen määrä väheni hoidon loppua kohden (Maukonen ym. 2011).

Naiset kokivat tärkeäksi myös internetissä olevista vertaisryhmistä saadun tuen. Näissä vertaistukiryhmissä sekä vastaanotettiin että annettiin itse vertaistukea ja niissä tapahtuva neuvonta ja tunteiden ilmaisu koettiin hyväksi. (Vieruaho ym. 2016.) Lisäksi internetissä saatava vertaistuki koettiin voimaannuttavana, se toi mieltä keventävää tietoa ja tuki meneillään olevia hoitoja (Törnävä ym. 2012). Vertaistukea tarvittaessa oli suositeltavaa hyödyntämää samaan aikaan eri tukimuotoja (Vieruaho ym. 2016). Lisäksi vertaiselta tukea saavat kokivat perheeseen liittyvällä alueella elämänlaadun huonommaksi kuin ne, joilla ei ollut vertaistukea (Maukonen ym. 2011). Internet toimi myös naisille terveydenhuoltohenkilöstön kanssa keskustelun tukena (Vieruaho ym. 2016). Naisten lisäksi tukea saivat heidän läheisensä. Läheiset kokivat saaneensa hyvin hoitohenkilökunnalta tietoa ja tukea (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Lisäksi rintasyöpää sairastavien naisten puolisoiden oli mahdollista verkostoitua ja olla vuorovaikutuksessa toisten puolisoiden kanssa internetissä olevien puolisoille tarkoitettujen vertaistukiryhmien avulla (Vieruaho ym. 2016).

5.2.5 Potilaan sosiaaliset suhteet ja sairauden vaikutus niihin

Potilaan sosiaaliset suhteet ja sairauden vaikutus niihin -yläluokkaan sisältyvät perhe ja läheiset, sairaus osa parisuhdetta, kumppanin merkitys ja kumppanuus, seksuaalielämä ja yksin eläminen. Perhe ja läheiset -alaluokassa naiset toivat esille sairauden vaikuttavan koko perheen elämään. Perhe piti sairastuneen naisen kiinni normaalissa elämässä ja arjessa, ja osa naisista koki, että perhe tiedostamattomasti tuki ja kannusti heitä. Sairastunut nainen saattoi kokea myös kiitollisuuden tunnetta siitä, ettei sairaus tullut

perheenjäsenille vaan hänelle. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.) Lapset ja perheen terveys ja onnellisuus olivat naisille tärkeimpiä asioita perheen saralta, ja he olivat tyytyväisimpiä lapsiin ja perheen onnellisuuteen. Joka kymmenes nainen oli tyytymätön puolisoon ja perheen terveyteen. (Maukonen ym. 2011.) Sairastuneiden voimavarana olivat myös heidän vaikeita elämäntilanteita läpikäyneet ystävänsä, jotka mahdollistivat syvällisen keskustelun (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004).

Perhe ei ollut itsestäänselvyys kaikille naisille. Vulvodyniaa sairastavat naiset olivat pohtineet sairauden vaikutusta lapsettomuuteen, kun lapsen saamisen kanssa oli ollut vaikeuksia. Naiset olivat puolisoidensa kanssa harkinneet ja jotkut päätyneetkin toistaiseksi harkittuun lapsettomuuteen vulvodynian vuoksi. Vulvodynia vaikutti tällä tavoin pariskuntien perhesuunnitteluun. Lapsia saaneet naiset olivat onnellisia lasten saamisesta sairaudesta huolimatta. (Törnävä ym. 2013.) Naiset toivoivat läheisiltä ymmärrystä sairaudesta, kannustavaa ja positiivista asennetta ja että perheen parissa puhutaan sairaudesta. Hoitohenkilökunta koki sairastuneen läheisten tukemisen vaikeaksi heidän ollessa harvoin läsnä osastolla ja toivoi, että omaiset osallistuisivat sairaalassaoloajanakin potilaan hoitoon. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.)

Sairaus osa parisuhdetta -alaluokka käsittelee vulvodyniaa sairastavien naisten sairauden merkitystä parisuhteessa. Sairaus koettiin parisuhdetta ja seksuaalielämää määrittelevänä tekijänä. Vulvodynia saattoi vaikuttaa parisuhteeseen negatiivisesti, neutraalisti tai positiivisesti. Negatiivisia vaikutuksia olivat sairauden aiheuttamat ristiriitatilanteet ja ilottomuus parisuhteessa, intimitetin väheneminen ja sitä seuraava läheisyyden puute, vaikeus kokea suhteesta tai kumppanista onnellisuuden tunnetta ja mahdollinen kokemus riittämättömänä kumppanina olemisesta. Naiset kokivat myös pelkoa parisuhteen päättymisestä sairauden tai sairaudesta johtuvan seksittömyyden vuoksi, ja suhteita olikin ollut eron partaalla tai ne olivat päättyneet sairauden vuoksi. Sairauden vaikuttaessa neutraalisti parisuhteeseen sairautta ei koettu parisuhdetta rasittavana tekijänä ja parisuhteen hyvinvointi perustui intiimielämän sijaan johonkin muuhun. Sairauden vaikuttaessa positiivisesti parisuhteeseen se toimi parisuhteen voimavarana, siitä syntynyt suru edisti pariskunnan yhteen kasvua ja sen luomat rajoitukset parisuhteeseen olivat lujittaneet parisuhdetta, jolloin sairauden vaikeudet olivat edesauttaneet parisuhteen muodostumista. Sairauden aiheuttama seksuaalinen kipu oli saattanut loppua uuden parisuhteen myötä, minkä saattoi saada aikaan miehen ominaisuudet tai toimiva parisuhdedynamiikka. (Törnävä ym. 2013.)

Parisuhteen hyvinvoinnin kannalta tieto ja tuki kumppanilta ja parisuhteen ulkopuolelta oli tärkeää. Kommunikointi ja keskustelu sairauteen liittyvistä asioista kumppanin kanssa sekä kumppanin ennakkoiva informointi sairaudesta koettiin tärkeäksi myös sen kannalta, että sairaus hyväksyttäisiin osaksi

parisuhdetta. Sairauden hyväksymistä osaksi parisuhdetta edesauttoi myös pitkä parisuhde. Jotkut kumppanit hyväksyivät sairauden osaksi parisuhdetta, ja naiset kokivat, että sairautta hyväksymätön kumppani ei ollut parisuhteen arvoinen. Parisuhteen alkaminen käynnisti viimeistään diagnoosin etsimisen yhdyntäkivuille. Parisuhteen ristiriitoja helpotti diagnoosin saaminen, ja parisuhteen tueksi aloitettiin hoidot tai terapia. Parisuhteen osapuolien voimavaraksi koettiin rakkaus. (Törnävä ym. 2013.)

Kumppanin merkitys ja kumppanuus -alaluokassa kumppani eli puoliso koettiin voimavarana, joka edisti elämässä eteenpäin siirtymistä (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Vaikka puoliso tai kumppani ilmoitettiin perheeseen kuuluvalla alueella vähiten tärkeäksi, tätä mieltä oli vain pieni osa naisista (Maukonen ym. 2011). Vulvodyniaa sairastavat naiset kokivat tarvetta miellyttää ja sääliä kumppania, ja he kokivat kiitollisuuden tunnetta yhdessäolosta kumppanin kanssa. Vulvodyniaa sairastavien naisten sairauden koettiin heijastuvan myös kumppaneihin ikävinä tuntemuksena, esimerkiksi turhautumisena. Naiset arvelivat heidän sairautensa aiheuttamien kivun kokemuksien vaikuttavan kumppanin haluttomuuteen ja kumppanien kokevan satuttamisen pelkoa. He arvelivat myös, etteivät kumppanit luota naisten kertomiin kokemuksiin kivuista. Kumppanit saattoivat olla kykenemättömiä ymmärtämään tai huomioimaan naisten kipuja ja niiden tuomia rajoitteita. (Törnävä ym. 2013.)

Seksuaalielämä-alaluokkaan sisältyi pääasiassa vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia seksuaalielämästä lukuun ottamatta rintasyöpäleikkattujen kokemusta seksuaalielämän olevan useimmiten vähiten tärkein alue terveyden ja toimintakyvyn elämänlaadun alueella (Maukonen ym. 2011). Vulvodyniaa sairastavat naiset saattoivat kokea kumppanin seksuaalisten tarpeiden tyydyttämisen velvollisuuden tunteena. Vulvodynian aiheuttama seksuaalinen kipu saattoi estää seksuaalisen toiminnan ja nautinnon. Parisuhteessa molemmilla osapuolilla saattoi ilmetä seksuaalista haluttomuutta, joka aiheutti välttelyä seksiä johtavia tilanteita kohtaan. Pariskunnat olivat saattaneet myös oppia kuuntelemaan kipua ja rajoittamaan seksuaalista käyttäytymistä sen mukaan. Kipu oli voinut muokata seksuaalisen toiminnan kaavamaiseksi ja yhdynnän ollessa mahdotonta yhdyntä jätettiin pois seksuaalielämästä, jolloin seksuaalielämä koettiin rajoittuneeksi. Rajoittuneessa seksuaalielämässä nautinnon saamiseksi otettiin käyttöön apukeinoja, kuten liukasteita. Seksuaalielämä saattoi olla laadukasta vulvodyniasta huolimatta, mikä saattoi edellyttää seksuaalista elämää ilman yhdyntöjä. Kumppaneiden ollessa tyytyväisiä yhdynnättömyyteen naiset kokivat olevansa etuoikeutettuja saadessaan nauttia tunteiden osoittamisesta ja esileikeistä ilman yhdyntää. (Törnävä ym. 2013.)

Yksin eläminen oli vulvodyniaa sairastavien naisten mukaan kipeä kohtalo, ja jotkut heistä olivat valinneet itse tämän kohtalon. Yksin eläminen oli naisten mukaan helppoa, ja he perustelivat sitä sillä, ettei

heidän tarvinnut ajatella sairauden aiheuttamaa kärsimystä itselle ja toiselle osapuolelle. Naiset kokivat pelkoa uuden suhteen solmimisesta ja uuden suhteen mahdottomuudesta. Naiset kuitenkin toivoivat vierelleen ihmistä, läheisyyden tunnetta, hellyyttä ja rakkauden tunnetta. He myös toivoivat, että pystyisivät luomaan syvemmän suhteen ”kaveripohjalta”. (Törnävä ym. 2013.)

5.2.6 Vuorovaikutus potilaan kanssa

Vuorovaikutus potilaan kanssa -yläluokkaan sisältyivät hoitosuhde, ohjauskokemukset ja potilaan vaikutusmahdollisuudet. Hoitosuhteiden kanssa naisilla oli kokemuksia hyvistä välittävistä hoitosuhteista ja huonoista pettymysten hoitosuhteista. Hyvässä välittävässä hoitosuhteessa kunnioitettiin naisten itsemääräämisoikeutta, heidät kohdattiin inhimillisesti ja empaattisesti ja he kokivat hoitosuhteen huolenpidoksi (Törnävä ym. 2012.) Sairaalaan tullessa naiset kokivat olonsa mukavammaksi ja turvallisemmaksi, kysymyksiin vastatessa hoitohenkilöstön koettiin vastanneen niihin rehellisesti, naiset kokivat hoidon olevan yhteistyötä ja saavansa turvallisuuden tunnetta omalääkäristä (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Hyvässä hoitosuhteessa turvallista oloa loi myös hoitohenkilöstön asiantuntijuus, ja naiset arvostivat auttamisen yritystä hoitosuhteessaan hoitonsa tuloksista huolimatta. Erityisesti vulvodyniapotilaiden hyvä hoitosuhde ilmeni heidän oireidensa uskomisena, tarvittaessa sairausloman saamisena oireidensa ollessa voimakkaat ja heidän toiveestaan heille tehtävänä synnytystapa-arviona raskauden ja synnytyksen ollessa ajankohtaista. Hyvät hoitosuhdekokemukset synnyttivät arvostusta asiantuntijoita kohtaan. (Törnävä ym. 2012.)

Huonosta hoitosuhteesta eli pettymyksen hoitosuhteesta koostuvat kokemukset olivat vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia. Huonossa hoitosuhteessa hoitohenkilöstön asiantuntemus oli puutteellista, hoitotilanteissa hoitohenkilöstöllä koettiin olevan vähäiset vuorovaikutustaidot, naisia saatettiin kohdella asiattomasti, hoitohenkilöstö ei uskonut naisten kokemaan kipuun, ja he kommentoivat sitä vähättelevästi. Naiset toivoivatkin, että niin hoitohenkilöstön kuin tavallisten ihmisten tietous vulvodyniaa koskevista yleis- ja tutkimustiedoista lisääntyisi. (Törnävä ym. 2012.) Hoitosuhteita gynekologisen sairauden kautta naisilla saattoi olla lääkärin ja hoitajan lisäksi anestesia- ja fysioterapeuttiin. Hoitosuhteeseen vaikuttavia tekijöitä olivat riittävä tiedonsaanti sairauteen liittyvistä asioista ja tieto, miten ottaa yhteyttä hoitohenkilöstöön. (Timonen & Sihvonen 1998.) Internet-pohjaisen ohjauksen kautta tehdyt interventiot lisäsivät potilaan sitoutumista hoitoihin ja sitä kautta hoitosuhteeseen. Hoi-

tosuhteessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen vaikuttivat myös internet-pohjaisen ohjauksen kautta käydyt keskustelut ja saadut kyselylomakkeet, joiden sisältöä saatettiin käydä läpi hoitokäynneillä. (Vieruaho ym. 2016.)

Ohjaukokemukset-alaluokka koostuu rintasyöpäpotilaiden ohjaukokemuksista. Potilaiden mukaan heidän saamansa ohjauksen keskiarvo oli hyvä. Potilaat saivat ohjausta kirurgilta, hoitajalta ja kirjallisista esitteistä. Kirurgin antama ohjaus käsitteli leikkausta, sairautta ja sen muita hoitoja, ja hoitaja puolestaan informoi potilaita muista asioista ja antoi potilaille ohjausta liittyen haavanhoitoon. Rinnanpoistopotilaiden saaman ohjauksen jälkeen lähes kaikki potilaat arvioivat osaavansa hankkia rintaproteesin saamansa ohjauksen avulla. Lähes jokaisen potilaan mielestä vuodeosastolta saatu ohjaus oli heidän tarpeiden mukaista ja valtaosan mielestä eri ammattiryhmiltä saatu ohjaus oli yhdenmukaista. (Timonen & Sihvonen 1998.)

Potilaan vaikutusmahdollisuuksiin lukeutuivat rintasyöpäpotilaiden vaikutusmahdollisuudet heidän leikkauksensa suhteen. Korkeakoulutetut tekivät alemmin koulutettuja useammin itse leikkauspäätöksen, yli puolet potilaista kokivat voineensa vaikuttaa tulevaan leikkaukseen ja heistä lähes jokainen oli saanut tarpeeksi tietoa leikkausmahdollisuuksista. Joka kymmenes potilas antoi mieluummin kirurgin tehdä päätökset leikkauksen suhteen. Rinnankorjausleikkauspotilaat kokivat saaneensa päättää leikkaustavan ja osapoistoon tulleet potilaat pystyivät vaikuttamaan leikkaustapaan kokorinnanpoistoleikkauspotilaita paremmin. (Timonen & Sihvonen 1998.) Internetistä löytyvät sivustot tarjosivat rintasyöpäpotilaille tietoa ja päätöksenteon tukea ja paransivat naisten valmiuksia leikkauspäätöksentekoon edistämällä potilaiden vaikutusmahdollisuuksia (Vieruaho ym. 2016).

5.2.7 Hoitohenkilöstön osaamisen vaikutus

Hoitohenkilöstön osaamisen vaikutukseen kuuluvat alaluokat koulutuksen vaikutus ja työkokemuksen vaikutus. Koulutuksen vaikutus -alaluokkaan sisältyi terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden arvioimana heidän saamaansa koulutukseen liittyviä tuloksia. Saatuun koulutuksen määrään liittyi erilaisia havaintoja. Lähes kolme neljästä terveyskeskuksen hoitajista ja lääkäreistä oli saanut HIV-koulutusta ja heidän HIV-tietonsa oli melko hyvä. Paljon HIV-koulutusta saaneilla oli eniten henkilökohtaista HIV-kokemusta ja lähes jokaisella paljon HIV-koulutusta saaneella oli myös HIV-työkokemusta. (Bazia ym. 2017.)

Alle 34-vuotiaiden tietotaso oli parempi kuin vanhimpien työntekijöiden, he esimerkiksi tunnistivat parhaiten, etteivät HIVin tartuntareittejä ole kyynelneste, sylki ja ruokailuvälineet. Jokainen tiesi HIV-testin indikaatioksi itse hakeutumisen HIV-testiin ja HIVin tartuntareiteiksi yhteiset neulat ja suojaamattoman anaaliseksiin. Imetyksen HIVin tartuntareitiksi tunnistivat parhaiten paljon HIV-koulutusta saaneet, ja lähes kaikki tiesivät suojaamattoman emätinseksiin, suuseksiin ja veren HIVin tartuntareiteiksi. Sen, ettei HIV-tartunta johda aidsiin aina, tiesivät parhaiten miehet ja paljon HIV-koulutusta saaneet. Lähes jokainen kartoitti HIV-tartunnan ajankohtaa, ja valtaosa niistä, jotka selvittivät asiakkaan HIV-testiin hakeutumisen syyn, tiesi HIV-testiin hakeutuvalla olevan oikeus siihen. Valtaosa hoitohenkilökunnasta teki HIV-testin tai lähetteen siihen ja selvitti asiakkaan hakeutumisen syyn asiakkaan hakeutuessa itse HIV-testiin. Joka kymmenes päättäisi testiin hakeutumisen syyn selvittämisen jälkeen HIV-testistä. Vain noin yksi kymmenestä teki pelkän HIV-testin tai lähetteen siihen asiakkaan hakeutuessa itse HIV-testiin ja valtaosalla pelkän testin tekijöistä oli käsitys, että HIV-testiin hakeutujalla on testiin oikeus. (Bazia ym. 2017.)

Hyvin vähän HIV-koulutusta saaneet tekivät HIV-testejä tai läheteitä niihin harvemmin kuin kerran kuussa, he eivät tehneet riskikartoitusta, ja valtaosalla vähäistä HIV-koulutusta saaneilla ei ollut HIV-työkokemusta eikä henkilökohtaista HIV-kokemusta. Riskikartoitusta tekemättömien HIV-tietotaso oli myös matalampi. Lähes joka kolmas terveysasemien henkilökunnasta, ja heistä etenkin hyvin vähän HIV-koulutusta saaneet, arvioivat HIV-tartunnalta suojautumisen suhteen oman tietotasonsa riittämättömäksi. Riittämättömästä koulutuksesta kertoi myös se, että alle puolet vastaajista tunnisti imetyksen HIVin tartuntareitiksi. (Bazia ym. 2017.) Koulutus oli riittämätöntä myös vulvodynian suhteen, sillä hoitohenkilöstössä esiintyi tietämättömyyttä vulvodyniasta, sen oireista ja jatkotutkimus- ja hoitomahdollisuuksista (Törnävä ym. 2012). Koulutuksen suhteen esiin tulevia epäkohtia olivat ne, että hieman alle puolella pelkän HIV-testin tekijöistä oli työpaikallaan ohjeistus potilaan oikeudesta HIV-testiin ja lääkärit olivat saaneet hoitajia enemmän HIV-koulutusta. Lisäksi tutkimusaineistossa havaittiinkin yhteys HIV-koulutuksen saamisella ammattiin, sukupuoleen, henkilökohtaiseen HIV-kokemukseen ja HIV-työkokemukseen. Tämä ilmeni esimerkiksi siten, että lääkärit kartoittivat hoitajia useammin muun muassa seksiin liittyviä tekijöitä ja ne, jotka tekivät aina riskikartoituksen, olivat miehiä ja olleet työssä alle 7 vuotta. Suurin osa terveysasemien henkilökunnasta oli sitä mieltä, että yksi keino parantaa HIV-tartuntojen varhaista toteamista on henkilökunnan lisäkoulutus. (Bazia ym. 2017.)

Työkokemuksen vaikutukseen sisältyi vähäisen ja riittävän työkokemuksen vaikutuksia liittyen HIV-testaustoimintaan. Hyvin vähäistä HIV-työkokemusta omaavat jättivät asiakkaiden päihteiden käytön kartoittamatta. Asiakkaan hakeutuessa itse HIV-testiin reilu kymmenesosa teki ainoastaan HIV-testin

tai lähetteen siihen, jolloin he eivät selvittäneet esimerkiksi testiin hakeutumisen syytä. Tästä kymmenesosasta joka neljännen työkokemus oli erittäin vähäinen. Ne, jotka tekivät muihin seksitautitesteihin verrattuna harvemmin HIV-testejä tai -lähetteitä, arvioivat näiden harvemmin tekemisen syyksi jonkin muun seksitaudin selkeät oireet, asiakkaan kieltäytymisen HIV-testaukseen, HIV-tartunnan arvioinnin epätodennäköiseksi tai HIV-testauksen mieleen tulemattomuuden. Ne, joille HIV-testaus ei tullut mieleen, omasivat erittäin vähäisen HIV-työkokemuksen. (Bazia ym. 2017.)

HIV-testejä viikoittain tekevillä oli enemmän HIV-työkokemusta ja HIV-työkokemusta omaavat arvioivat HIV-tartunnalta suojautumisen tietonsa muita paremmaksi. Valtaosalla niillä, joilla oli henkilökohtaista HIV-kokemusta, oli myös HIV-työkokemusta. HIV-työkokemusta ja henkilökohtaista HIV-kokemusta omaavat tiesivät muita paremmin, ettei henkilöllä ole AIDSia, vaikka hänen HIV-tuloksensa olisi positiivinen. Pitkän työkokemuksen omaavat ja yli 50-vuotiaat tiesivät parhaiten suojaamattoman seksin olevan yleisin tapa saada HIV-tartunta, mutta silmäsuojien käytöstä veren tai eritteiden roiskealttiissa tilanteissa tiesivät parhaiten alle kuuden vuoden työkokemuksen omaavat. (Bazia ym. 2017.)

5.2.8 Hoitohenkilöstöön liittyvät yksilölliset tekijät

Hoitohenkilöstöön liittyviä yksilöllisiä tekijöitä ovat hoitohenkilöstön asenteet ja hoitohenkilöstön kokemukset ja käsitykset. Hoitohenkilöstön asenteet -alaluokkaan sisältyi hoitohenkilöstön HIV-testaustoimintaan liittyviä asenteita. HIV-potilaita ja riskiryhmiä kohtaan asennoituminen oli melko myönteinen, ja HIV-potilaita kohtaan lääkärit asennoituvat hoitajia positiivisemmin. Tämä näkyi esimerkiksi siten, että valtaosa hoitohenkilöstöstä halusi hoitaa HIV-potilaita, lääkärit hoitajia enemmän. Lisäksi jokaisen mielestä HIV-potilaan hoitamisen suhteen terveydenhuoltohenkilökunnalla ei tulisi olla oikeutta kieltäytyä hoidon antamisesta. Ruiskuhuumeiden käyttäjiä kohtaan asennoituminen oli negatiivisempaa niillä, jotka olivat saaneet paljon HIV-koulutusta. HIV-asennoituminen oli negatiivisempaa riskikartoituksen tekemättä jättävillä hoitohenkilöstön jäsenillä, jolloin HIV-testaustoiminta ja -asennoituminen olivat yhteydessä toisiinsa. (Bazia ym. 2017.) Asenteita puolestaan vulvodyniaa sairastavia naisia kohtaan saattoi kuvata hoitohenkilöstön vähättelevä käyttäytyminen naisten yhdyntäkipukokemuksia kohtaan (Törnävä ym. 2012).

Hoitohenkilöstön kokemuksissa ja käsityksissä nousi esille hoitajien käsityksiä munasarjasyöpää sairastavien potilaiden tukemisesta. Hoitajien potilaille antama tuki oli kokonaisvaltaista ja tukea annettiin yksilöllisesti heidän ehdoillaan. Potilaiden ja heidän läheistensä tukeminen nähtiin kuuluvan hoitajan

työhön, heidän tukemisensa koettiin tärkeäksi ja potilaiden saama vertaistuki nähtiin potilaan jaksamisen kannalta tärkeänä. Potilaan ja hänen läheistensä tukeminen koettiin antoisaksi, mutta raskaaksi. Hoitajien tuen antamista haittasi ajanpuute, vaikka he pyrkivätkin antamaan potilaalle aikaa kiireestään huolimatta. Hoitajat toivoivat tuen antamisen suhteen lisää resursseja, esimerkiksi koulutuksia ja aikaa. Tuen antamisen lisäksi hoitajat katsoivat tärkeäksi tehtäväkseen antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Erityistyöntekijän luokse potilaat ja heidän läheisensä ohjattiin, mikäli se koettiin tarpeelliseksi. (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004.)

Hoitohenkilöstön kokemuksiin ja käsityksiin sisältyivät myös hoitohenkilöstön työpaikkakäytänteet ja omat arviot työnteostaan HIV-testaustoiminnan suhteen. Alle puolella hoitohenkilöstön työpaikoilla oli työpaikkaohjeistus HIV-testiin hakeutuvan oikeudesta HIV-testiin, ja pienellä osalla hoitohenkilöstön työpaikoilla oli työpaikkaohjeistus HIV-testien tekemiseen muiden seksitautien yhteydessä ja HIV-testiin hakeutumisen syiden kartoittamiseen. Hyvin pienellä osalla hoitohenkilöstöstä oli työpaikkakäytäntö, jossa vain lääkäri teki HIV-testeihin lähetteet, ja hoitajat tekivätkin HIV-testejä ja muita seksitautitestejä ja niiden lähetteitä lääkäreitä useammin. Lähes jokainen hoitohenkilöstön jäsen arvioi tekevänsä riskikartoitusta, yli puolet arvioi HIV-testien teon olevan terveysasemilla liian vähäistä, ja lähes joka kolmas arvioi tekevänsä HIV-testejä tai niiden lähetteitä yhtä paljon kuin muihin seksitautiteihin. Lääkäreihin verrattuna hoitajat arvioivat riskikartoituksen olevan vaikeampaa, ja riskikartoitukseen liittyvä ohjaus oli vaikeampaa naisten kuin miesten arvioinnin mukaan. HIV-testien tarvetta arviointiin vastaanottokäyntien lisäksi puhelimitse, mikä osaltaan saattoi vaikuttaa päätökseen tehdä HIV-testi tai lähete siihen. Todellisuudessa HIV-testejä tai lähetteitä niihin tehtiin harvemmin kuin muita seksitautitestejä ja niiden lähetteitä. (Bazia ym. 2017.)

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu ja pohdinta on olennainen osa kirjallisuuskatsausta ja muita laadullisia tutkimuksia (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen edistää laadullisten tutkimusten eettisyyttä ja luotettavuutta. Hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen ennaltaehkäisee niiden loukkauksia, kuten esimerkiksi havaintojen vääristelyä tai tutkimusaineiston puutteellista kirjaamista, jotka puolestaan vähentävät laadullisten tutkimusten eettisyyden ja luotettavuuden tasoa. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6, 8, 9.)

6.1 Luotettavuus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on käytössä useita erilaisia suosituksia. Esimerkiksi laadullisen tutkimuksen yleisiksi luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi on esitetty uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Näiden esitettyjen kriteereiden sisälle kuuluu tarkasteltaviksi tutkimuksen aineistonkeruu, aineistona käytettävien tutkimusten valinta ja niiden taustojen selvittäminen, analyysin teko, analyysin kuvauksen tarkkuus ja tulosten kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Oleellista on myös tarkastella tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia sekä niitä asioita, mitkä ovat saattaneet aiheuttaa harhaa tuloksiin tutkimuksen teon aikana (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta tarkastellaankin seuraavaksi esitettyjen kriteereiden sisällön mukaisesti.

Ennen aineistonkeruun aloitusta tutkimusaineiston hakemiseen ja keräämiseen oli tehty selkeä strategia, mikä selkeytti tutkimusaineiston hakuprosessia ja edisti aineistonkeruun luotettavuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Tutkimusaineistojen lähteinä olleet *Tutkiva Hoitotyö* ja *Hoitotiede* -lehdet ovat keskeisimpiä kotimaisia Suomessa julkaistavia hoitotieteellisiä lehtiä, niiden toiminta on säännöllistä ja hoitotieteen ja hoitoalan ammattilaiset ylläpitävät niitä. Toisaalta aineiston kerääminen vain kahdesta lehdestä voi laskea luotettavuutta, sillä rajatun haun ulkopuolelle on saattanut jäädä kriteereihin sopivia tutkimuksia. Kaikki mukaan otetut tutkimukset olivat vertaisarvioituja, mikä lisäsi niiden luotettavuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Vertaisarvioitujen tutkimusten mukaanotto tutkimusaineistoon tai sen ulkopuolelle jäämisen suhteen tehdyt valinnat perusteltiin etenkin rajatapaustutkimusten kanssa.

Luotettavuuden kannalta aineiston hakuprosessi eli aineiston keruu on keskeisin vaihe, minkä vuoksi se on suoritettu ja kuvattu niin tarkasti, että kirjallisuuskatsauksen lukija pystyisi toistamaan sen itse (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25, 27). Myös analyysin vaiheet on kirjattu yksityiskohtaisesti ja selkeästi, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 1997, 232; Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Toisaalta sisällönanalyysin käyttäminen aineiston analyysissä hankaloittaa tuloksen toistettavuutta, sillä sisällönanalyysi perustuu loogiseen päättelyyn, tulkintaan ja luokittelujen kautta johtopäätösten tekemiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122, 127). Tällöin toistettaessa tutkimuksen sisällönanalyysiä tutkimuksen tulokset eivät välttämättä ole samat. Kirjallisuuskatsauksen teon aikana tehtiin muistiinpanoja, joita on hyödynnetty katsauksen kirjoittamisessa.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin, tulokset on kirjattu tarkasti ja niitä on havainnollistettu (TAULUKKO 1). Kirjallisuuskatsaus on tehty yhden henkilön toimesta, mikä ei välttämättä ole luotettavuuden kannalta hyvä asia. Kirjallisuuskatsauksen tekijä on saattanut sokaistua omalle tutkimukselleen. Tuolloin tekijän mielestä hänen saamansa johtopäätökset ja luomansa mallit ovat todellisuuden mukaisia, vaikka ne eivät välttämättä sitä ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Tätä omalle tutkimukselleen sokaistumista on ehkäissyt se, että kirjallisuuskatsauksen tekijä on ollut työtään ja tuloksiaan kohtaan kriittinen ja kyseenalaistanut niitä. Lisäksi hän on käynyt opinnäytetyönohjaajansa kanssa läpi kirjallisuuskatsausta ja sen tuloksia, minkä kautta hän on saanut toisen henkilön näkemystä katsauksensa suhteen.

6.2 Etiikka

Eettisyyttä edistää se, että kirjallisuuskatsauksen tekijän esteellisyys on aiemmin selvitetty ja hänen on havaittu pystyvän tekemään kirjallisuuskatsaus puolueettomasti. Kirjallisuuskatsaus on tehty avoimin mielin, vaikka alkuun oli jotakin aavistusta katsauksen tuloksista. Kirjallisuuskatsauksen käsittelemään aiheeseen on perehdytty ennen sen aloitusta, ja katsauksen tekijä on opiskelijana suorittanut siihen tarvittavat opinnot. Lisäksi katsauksen tekijän tutustuminen tutkimuseettisiin ohjeistuksiin, niiden tiedostaminen ja niiden noudattamiseen sitoutuminen lisäävät kirjallisuuskatsauksen eettisyyttä. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018.) Eettisesti hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluvat huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys tutkimustyössä ja tulosten kirjauksessa, esittelyssä ja arvioinnissa (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6). Kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruu, aineiston valinta ja analysointivaiheet sekä kirjallisuuskatsauksen tulokset onkin pyritty kirjaamaan mahdollisimman tarkasti, selkeästi ja totuudenmukaisesti.

Eettisyyden kannalta hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu ottaa asianmukaisesti huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset kunnioittamalla heiden tekemää työtä ja viitaten heidän julkaisuihinsa. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu myös niiden loukkaamisen välttäminen, esimerkiksi plagioiminen eli luvaton lainaaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6, 8, 9.) Tahattomasti tapahtuva plagiointi on riskinä tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa etenkin tulosten esittelyn suhteen, sillä tarkoituksena on vain tuoda julki muiden tutkijoiden aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia eikä esittää niitä tämän kirjallisuuskatsauksen tekijän omina tuloksina. Tuloksiin onkin tämän vuoksi laitettu perään lähdeviittaus, viitaten siihen kenen/keiden ja minkä tutkimuksen tuloksia kyseiset tulokset ovat. Lisäksi asianmukaisten lähdeviittausten käyttöä on pyritty noudattamaan parhaan mukaan koko kirjallisuuskatsauksessa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyönä tehdyn kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologista hoitotyötä käsitteleviä hoitotieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia Suomessa on julkaistu. Tarkoituksena oli myös kuvata, mistä näkökulmista kyseisiä julkaisuja on tehty. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää opetuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Tässä luvussa tarkastellaan tulosten merkitystä ja tehdään johtopäätöksiä tulosten pohjalta. Luvussa tuodaan esille, kuinka tehtyä tutkimusta voidaan jatkossa hyödyntää ja millaisia jatkotutkimuksia aiheen tiimoilta voi tehdä. Johtopäätöksien ja jatkotutkimusehdotusten suhteen tulee ottaa huomioon, että tutkimusaineistona käytetyt tutkimukset on kerätty viimeisen 20 vuoden aikana, joista kaksi tutkimusta on julkaistu ennen 2010-lukua. Lopussa kirjallisuuskatsauksen tekijä tarkastelee katsaustaan eli opinnäytetyötään ammatillisen kasvun suhteen.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, millaisia sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvia gynekologisia hoitotyön vertaisarvioituja tutkimuksia Suomessa on julkaistu ja mistä näkökulmista näitä tutkimuksia on tehty? Gynekologisten sairauksien näkökulmasta katsottuna tutkimusaineistojen ulkopuolelle jäi valtava kirjo muita gynekologisia sairauksia, kuten virtsankarkailu, endometriooosi ja kuukautishäiriöt. Ottaen kuitenkin huomioon, että viimeisen 20 vuoden aikana tehdyistä vertaisarvioiduista Suomessa julkaistuissa tutkimuksista yksi oli tehty 1990-luvulla, yksi 2000-luvulla ja loput 2010-luvulla, voidaan päätellä kiinnostuksen gynekologisia sairauksia kohtaan lisääntyneen. Tosin tämä kiinnostus vaikuttaa koskevan vain tiettyjä gynekologisia sairauksia.

Sairanhoitajan osaamisalueen näkökulmasta katsottuna vertaisarvioitujen tutkimusten pääaiheet voisi jakaa karkeasti potilaaseen, hoitohenkilökuntaan ja näihin molempiin liittyviin pääaiheisiin. Tuolloin näistä tutkimusten pääaiheista valtaosa on potilaaseen liittyviä pääaiheita. Lisäksi tutkimusten aineisto on pääosin kerätty potilailta. Näkökulmia tutkimuksissa oli yhteensä 15, ja myös ne voisi karkeasti jakaa potilaaseen, hoitohenkilökuntaan ja näihin molempiin liittyviin näkökulmiin. Tällöin valtaosa näistä näkökulmista on potilaaseen liittyviä näkökulmia. Näiden näkökulmien ja sairaanhoitajan osaamisalueeseen liittyvien pääaiheiden karkeiden jakojen perusteella lähes kaikissa vertaisarvioiduissa tutkimuksissa on pääosin keskitytty potilaaseen liittyviin tekijöihin.

Toinen tutkimuskysymys kuului, että mitkä ovat näiden tutkimuksien gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset. Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluvien, gynekologista hoitotyötä käsittelevien hoitotieteellisten vertaisarvioitujen tutkimusten gynekologista hoitotyötä koskevat tulokset jakautuivat aiheittain kolmeen pääluokkaan. Nämä pääluokat käsittelivät gynekologisen sairauden tuomia potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyviä tekijöitä, gynekologisen sairauden vaikutusta potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen ja hoitohenkilöstölähtöisiä gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä.

Gynekologisen sairauden tuomiin potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyviin tekijöihin kuuluvat sairaudesta selviytymistä tukevat tekijät, jotka liittyivät usealle elämänalueelle. Tästä voidaan päätellä, että yhden tai muutamankin tukevan tekijän puuttuminen ei välttämättä häirinnyt potilaan selviytymisen tuntemusta. Tosin jokin keskeisessä asemassa oleva tekijä, esimerkiksi perhe, on saattanut selvästi haitata sairaudesta selviämisen tai sen kanssa elämisen tunnetta. Henkisen hyvinvoinnin tuloksissa tuli esiin potilaiden henkistä hyvinvointia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, kun taas läheisten henkisestä hyvinvoinnista tiedettiin vain niitä heikentäviä tekijöitä. Tällöin tulosten pohjalta voidaan päätellä, että tietämys gynekologista sairautta sairastavien naisten läheisten hyvinvointia edistävästä tekijöistä on puutteellista. Sairaudesta selviytymiseen vaikuttivat myös potilaan kokemukset saaduista hoitomenetelmistä. Hoitomenetelmiin liittyviä kokemuksia oli vain vulvodyniaa sairastavilla ja munasarja- ja rintasyöpöpotilailta.

Gynekologisen sairauden tuomiin potilaan sairaudesta selviytymiseen liittyviin tekijöihin kuului myös sairautta koskeva tieto. Tiedon tarpeissa nousi esiin gynekologista sairautta sairastavien naisten tiedon tarpeen kokemuksia, mutta heidän läheistensä tiedon tarpeita ei noussut esiin. Tällöin gynekologista sairautta sairastavien naisten läheisten tiedon tarpeet ovat jääneet kartoittamatta. Ei siis tiedetä, tarvitsevatko läheiset lisää tietoa sairastavan naisen sairauden suhteen ja jos tarvitsevat niin millaista. Sairauden tuomiin haasteisiin sisältyviä vastoinkäymisiä olivat kokeneet vulvodyniaa ja munasarja- ja rintasyöpää sairastavat naiset. Muiden gynekologisten sairauksien aiheuttamia vastoinkäymisiä ei ole tietoa. Lisäksi vulvodyniapotilaiden kokemat vastoinkäymiset vaikuttivat johtuvan hoitohenkilökunnan puutteellisesta tietoudesta ja toiminnasta liittyen vulvodyniaan. Vulvodyniaa sairastavilla naisilla oli kokemuksia liittyen kipuun ja siihen, että naiset kokivat asiantuntijoiden löytämisen, diagnoosin selvittämisen ja hoitojen saamisen suhteen vastuun olevan heillä itsellään (Törnävä ym. 2012). Naisilla saattoi siis kulua tähän prosessiin paljon aikaa ja jaksamista, ja kyseinen prosessi saattoi viedä myös naisten henkisiä voimavaroja ja siten uuvuttaa heitä.

Gynekologisen sairauden vaikutus potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja tukeen -pääluokkaan liittyvien tulosten perusteella gynekologista sairautta sairastavien naisten läheiset kokevat hoitohenkilöstöltä saadun tuen riittäväksi, mutta heillä oli vielä tarve saada hoitohenkilökunnalta lisää yksilöllistä tukea. Lisäksi gynekologista sairautta sairastavien naisten puoliset kokevat saavansa tarpeisiinsa nähden huomattavasti vähemmän tukea, kuin sairastavat naiset. Keesing, Rosenwax ja McNamara (2018) ovat havainneet rintasyöpää sairastavien naisten ja heidän puolisoitensa kokeneen myös saavan liian vähän hoitohenkilöstöltä tukea ja tietoa rintasyövästä liittyen muun muassa terveyteen ja parisuhteeseen. Katsauksen tulosten mukaan vulvodynialla oli suuri, jopa hyvin rajoittava ja negatiivinenkin vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalielämään, esimerkiksi se saattoi evätä perheen perustamisen tai olla syynä parisuhteen päättymiseen (Törnävä ym. 2013). Lisäksi tulosten mukaan munasarjasyöpää sairastavien naisten läheisten ymmärrys sairautta kohtaan ei aina ollut riittävä, mikä saattoi ilmetä myös läheisten harvoina vierailuina osastolla ja heidän hoitoon osallistumattomuutena munasarjasyöpää sairastavan naisen ollessa hoidossa sairaalassa (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Sairastavan läheisillä saattoi siis olla tiedon puutetta liittyen sairautteen, sen oireisiin ja vaikutukseen.

Hoitohenkilöstölähtöisten gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttaviin tekijöihin liittyvien tulosten mukaan gynekologista sairautta sairastavilla naisilla oli kokemuksia hyvistä ja huonoista hoitosuhteista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstöllä vaikutti olevan hoitosuhteissa erilaisia suhtautumistapoja etenkin vulvodyniaa sairastavia naisia kohtaan. Vulvodyniaa sairastavien kohdalla hoitohenkilöstön suhtautumistapa saattoi olla epäasiallista, mikä voi johtua esimerkiksi tiedon ja ymmärryksen puutteesta. Ohjauskokemuksiin sisältyi rintasyöpäpotilaiden ohjauskokemuksia, ja niistä voisi todeta, että rintasyöpäpotilaat olivat tyytyväisiä hoitohenkilöstöltä saamaansa ohjaukseen.

Hoitohenkilöstölähtöisiin gynekologiseen hoitotyöhön vaikuttaviin tekijöihin sisältyivät myös hoitohenkilöstön osaamisen vaikutus ja hoitohenkilöstöön liittyvät yksilölliset tekijät. Vaikka valtaosa terveysasemien hoitajista ja lääkäreistä oli saanut HIV-koulutusta ja heidän HIV-tietonsa oli hyvää, tuloksissa oli havaittavissa koulutuksen suhteen myös puutoksia ja epäkohtia. Esimerkiksi lähes joka kolmas hoitohenkilökunnasta arvioi HIV-tartunnan suhteen tietotasonsa riittämättömäksi ja lääkärit saivat hoitajia enemmän HIV-koulutusta (Bazia ym. 2017). Lisäksi vulvodyniaa sairastavia hoitavassa hoitohenkilöstössä esiintyi tietämättömyyttä mm. vulvodyniasta ja sen oireista (Törnävä ym. 2012). Suurin osa terveysasemien hoitohenkilökunnasta oli myös sitä mieltä, että henkilökunnan lisäkoulutuksella parannettaisiin HIV-tartuntojen varhaista toteamista. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Työkokemuksen suhteen hyvin vähäistä HIV-työkokemusta omaavilla asiakkaan taustojen

kartoitus oli puutteellisempaa kuin enemmän HIV-työkokemusta omaavilla. HIV-työkokemusta omaavien HIV-tietotaso oli muita parempi. (Bazia ym. 2017.) Tuloksissa oli kuitenkin havaittavissa, että lyhyemmän työkokemuksen omaavat ovat todennäköisesti saaneet ammattiin kouluttautuessaan päivittyneempää tietoa verrattuna pidemmän työkokemuksen omaaviin henkilöihin.

Hoitohenkilöstöön liittyvissä yksilöllisissä tekijöissä nousivat esiin hoitohenkilöstön asenteet, jotka HIV-testaustoimintaa tekevien terveysasemien hoitohenkilöstöllä olivat HIV-potilaita ja riskiryhmiä kohtaan melko myönteiset, ja eniten näihin asenteisiin vaikutti saadun HIV-koulutuksen määrä (Bazia ym. 2017). Asenteita puolestaan vulvodyniaa sairastavia naisia kohtaan saattoi kuvata heitä hoitavan hoitohenkilöstön vähättelevä käyttäytyminen naisten yhdyntäkipukokemuksia kohtaan (Törnävä ym. 2012). Hoitohenkilöstön kokemuksissa munasarjasyöpäpotilaita hoitavat hoitajat kokivat ajanpuutteen haittaavan tuen antamista potilaille ja heidän omaisilleen ja tuen antamisen suhteen kaivattiin erilaisia resursseja (Mesiläislehto-Soukka ym. 2004). Hoitajat tahtoivat siis parantaa tuen antamisen nykyistä tilannetta. Syöpäpotilaiden saamaan tukeen käytetyn ajan on aiemminkin havaittu olevan liian lyhyt hoitajan kiireen tai työn paljouden vuoksi (Tay, Ong & Lang 2018, 1978, 1982). Hoitohenkilöstön kokemuksiin ja käsityksiin sisältyivät myös muun muassa työpaikkakäytänteet. Alle puolella terveysasemissa oli työpaikkaohjeistus liittyen HIV-testien tekoon ja pienellä osalla oli työpaikkaohjeistus liittyen HIV-testiin hakeutuvan asiakkaan oikeuksiin liittyen testin tekoon (Bazia ym. 2017). Tämä työpaikkaohjeistusten puutteellisuus on saattanut vaikuttaa etenkin vähäisen HIV-työkokemuksen ja HIV-tietouden omaavilla asiakkaan riskikartoituksen ja HIV-testien läheteiden tekoon.

7.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyönä tehdyn kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli siis tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää opetuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna sairaanhoitajan koulutukseen kuuluvan naisen hoitotyöhön sisältyvän gynekologisen hoitotyön osion päivittämiseen. Päivittäminen koskisi gynekologisen hoitotyön opetuksen aiheiden sisällön päivittämistä. Opinnäytetyön avulla pystytään myös kehittämään hoitotyötä, sillä se nostaa esiin aiheita, joilla kehittää hoitotyöntekijöiden toimintaa. Tällaisia aiheita olisivat esimerkiksi resurssien lisääminen gynekologista sairautta sairastavan läheisten riittävän tuen saamisen mahdollistamiseksi, seksitautien näytteidenottoon liittyvien työpaikkaohjeistusten päivittäminen tai niiden luominen ja hoitajien ja muun hoitohenkilöstön koulutusten kautta ymmärryksen lisääminen ja asenteinen muuttaminen positiivisemmiksi seksitautien ja vulvodynian suhteen. Lisäksi opinnäytetyön tulokset antavat hoitotyöntekijöille tietoa esimerkiksi siitä,

miten gynekologinen sairaus vaikuttaa naisen psyykkinen hyvinvointiin ja parisuhteeseen. Huomioimalla tämä tieto hoitotyössä voidaan gynekologisen sairauden aikana paremmin tukea näitä naisen elämän osa-alueita ja siten parantaa hänen elämänlaatuaan edistään sairaudesta toipumista tai sen kanssa elämistä. Opinnäytetyö myös nostaa esiin hoitotieteellisten tutkimuksen tarpeessa olevia aiheita. Näille tutkimuksen tarpeessa oleville aiheille esitetään seuraavaksi jatkotutkimusehdotuksia.

Kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksinä nousi esille kiinnostuksen lisääntyminen tiettyjä gynekologia sairauksia kohtaan. Jatkotutkimus voisi siis käsitellä sellaisia gynekologisia sairauksia, joista ei ole vielä tehty hoitotieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia. Tällaisia gynekologisia sairauksia ovat esimerkiksi erilaiset gynekologiset laskeumat ja gynekologiset kasvaimet. Nämä tutkimukset voisi myös tehdä siten, että ne olisi tehty sairaanhoitajan osaamisalueeseen kuuluvan gynekologisen hoitotyön näkökulmasta.

Johtopäätöksissä nousi myös esille gynekologisia sairauksia sairastavien naisten puolisoitten kokemus riittämättömästä tuen saannista hoitohenkilöstöltä. Tästä voisi tehdä jatkotutkimuksen liittyen gynekologista sairautta sairastavien naisten puolisoitten tuen tarpeeseen ja kartoittaa tarkemmin, millaista tukea he tahtoisivat ja tarvitsisivat. Tällainen tutkimus olisi tarpeen, sillä tämän tukemisen kautta kumppanit jaksaisivat paremmin tukea sairastunutta puolisoa ja ymmärtää häntä paremmin. Lisäksi johtopäätöksissä nousi esille munasarjasyöpää sairastavien naisten läheisten mahdollinen tietämättömyys sairautta, sen oireita ja sen vaikutuksia kohtaan. Tästä voisi tehdä jatkotutkimuksen, joka käsitelisi sitä, kuinka esimerkiksi sairaanhoitaja voisi työssään lisätä munasarjasyöpää sairastavan läheisten tietoutta liittyen munasarjasyöpään ja sen vaikutuksiin. Tehokkaiden tietämyksen lisäämisen keinojen selvittäminen olisi hyödyllistä, sillä läheisten ja etenkin puolison tietämättömyys vaikuttaa sairastuneen naisen elämään ja henkiseen hyvinvointiin ja sitä kautta naisen terveyteen. Lisäksi tiedon on havaittu helpottavan sairauden aiheuttaa omaisten ahdistusta, mikä on todettu esimerkiksi teho-osastolla olevien kriittisesti sairaiden potilaiden omaisten suhteen (Kynoch, Chang, Coyer & McArdle 2016, 208).

Johtopäätöksissä nousi esiin vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia, jotka viittasivat hoitohenkilökunnan puutteelliseen tietouteen, toimintaan ja asenteisiin vulvodyniaa ja sitä sairastavia naisia kohtaan. Jatkotutkimus voisi siis kartoittaa sitä, kuinka paljon hoitohenkilöstö tietää vulvodyniasta. Tästä sitten voisi tehdä jatkotutkimuksen liittyen siihen, mitä he tahtoisivat siitä tietää ja kuinka hoitohenkilökunnan tietoutta ja ymmärrystä vulvodyniasta ja sen oireista voidaan lisätä. Jatkotutkimuksena tai opinnäytetyönä voisi olla myös kehittää erilaisia koulutuksia liittyen vulvodyniaan. Tällainen jatkotutkimus olisi ajankohtainen, sillä molemmat tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistoon kuuluvat, vulvodyniaa käsittelevät hoitotieteelliset vertaisarvioidut tutkimukset ovat julkaistu 2010-luvulla, mikä viittaa

kiinnostuksen vulvodyniaa kohtaan lisääntyneen. Ajankohtaisuuden vuoksi vulvodyniasta voisi kertoa myös sairaanhoitajan koulutukseen kuuluvassa naisenhoitotyön oppimateriaaleissa. Tämä lisäisi osaltaan tulevien sairaanhoitajien tietoutta vulvodyniasta ja siihen liittyvistä asioista.

Johtopäätöksissä nousi myös esiin HIV-testaustoimintaan liittyvien työpaikkaohjeistusten puutteellisuus, joka on saattanut vaikuttaa asiakkaan riskikartoituksen ja HIV-testien läheteiden tekoon etenkin niiden hoitohenkilöstön jäsenten suhteen, jotka omaavat vähäisen HIV-työkokemuksen ja HIV-tiedon. Tästä voisi tehdä jatkotutkimuksen, jonka avulla kehitetään tai päivitetään terveysasemien HIV-testaus tai jonkin muun seksitaudin testaustoimintaan liittyvää työpaikkaohjeistusta. Työpaikkaohjeistusten kehittäminen tai päivittäminen edistäisi kunnollista asiakkaan riskikartoituksen tekoa ja edesauttaisi testien tai niiden läheteiden tekemisen päätöstä.

7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihe valikoitui kiinnostuksesta gynekologista hoitotyötä kohtaan, ja opinnäytetyön muodoksi valikoitui kirjallisuuskatsaus sen tilaajan Centria-ammattikorkeakoulun ehdotuksesta. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui vuoden 2018 huhtikuussa, jolloin tavoitteena oli saada opinnäytetyö valmiiksi keväällä 2019. Opinnäytetyön valmistuminen kuitenkin viivästyi tästä aikataulusta. Tutkimusaineiston keruu alkoi syksyllä 2018, mutta se keskeytyi saman vuoden marraskuussa. Tutkimusaineiston keruu käynnistyi uudelleen kesällä 2019, jolloin samaan aikaan luotiin opinnäytetyölle tietoperustaa. Alkusyksystä 2019 mahdolliset tutkimusaineistoksi kerätyt tutkimukset käytiin läpi ja niistä valikoitui lopullinen tutkimusaineisto. Syksyllä tietoperustaan lisättiin tietoa, tehtiin tutkimusaineiston sisällönanalyysi, tulosten tarkastelu ja kirjaukset. Opinnäytetyön viimeiset kirjaukset kirjoitettiin marraskuussa 2019.

Vaikka opinnäytetyön tekeminen keskeytyi pidemmäksi ajaksi, aiheen mielenkiinto motivoi takaisin opinnäytetyön tekemisen pariin ja sen jälkeen ylläpiti mielenkiintoa opinnäytetyön teossa. Opinnäytetyön teon aikana naisen hoitotyö ja varsinkin gynekologinen hoitotyö selkeytyivät paljon. Lisäksi sairaanhoitajan osaamisalueet ovat muuttuneet selkeämmiksi ja niitä osaa nyt katsoa hieman eri tavalla. Teoriapohjaa tehdessä tietoa karttui valtavasti gynekologisista sairauksista, niiden oireista ja hoidosta. Opinnäytetyön aikana tiedonhakutaidot, löytyneen tiedon kriittinen tarkastelu ja tiedon käyttöön liittyvät taidot kehittyivät. Opinnäytetyö toi paljon tietoa ja kokemusta kirjallisuuskatsauksen teosta ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin käytöstä. Tutkimusaineistosta tuli esille itselle uutta tietoa, jota ei ollut ai-

kaisemmin tullut vastaan. Tulosten tarkastelu ja johtopäätösten teko tuntuivat haasteelliselta, sillä kirjallisuuskatsauksen tuloksia oli aineiston lukumäärään nähden paljon. Opinnäytetyön teko haastoi hyvällä tavalla menemään oman mukavuusalueen ulkopuolelle. Samalla se opetti tunnistamaan omia rajoja ja muistutti aikataulutuksen tärkeydestä. Opinnäytetyö sai ajattelemaan enemmän myös sairastuneen sairauden vaikutusta läheisiin ja myös läheisten tukemisen tärkeyttä. Työ nosti myös itselle enemmän esiin sairaanhoitajan vuorovaikutuksen tärkeyden ja sen merkityksen potilaalle ja sai pohtimaan omaa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Lisäksi opinnäytetyö sai ajattelemaan, kuinka voisin opintojeni jälkeen seuraavaksi kehittää itseäni sairaanhoitajana.

LÄHTEET

- ARTO. 2019. Haku. Kansalliskirjasto. Saatavissa: <https://arto.linneanet.fi/vwebv/searchAdvanced>. Viitattu 27.9.2019.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Opinnäytetyön eettiset ohjeet. Saatavissa: http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene-opinnaytetyoprosessin-eettiset-suositukset_muistilistat-opiskelijalle-ja-ohjaajalle.pdf?t=1526903222. Viitattu 6.6.2018.
- Bazia, T., Västinsalo, P., Kuivila, H-M. & Kääriäinen, M. 2017. Hiv-testaustoiminta terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden arvioimana. *Hoitotiede* 29(2), 102–112.
- Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatilliset osaamisalueet – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>. Viitattu 13.6.2018.
- Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely – Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print, 80–93.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansalliskirjasto. 2015. ARTO. Saatavissa: <https://www.kansalliskirjasto.fi/fi/palvelut/metatietovarantopalvelut/arto>. Viitattu 27.9.2019.
- Keesing, S., Rosenwax, L. & McNamara, B. 2018. The implications of women’s activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women’s Health Vol. 14*. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/>. Viitattu: 24.11.2019.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.). 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F. & McArdle, A. 2016. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systemic review update. *JBI Database of Systemic Reviews & Implementation Reports*. 14(3): 179–232. Saatavissa: https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2016/03000/The_effectiveness_of_interventions_to_meet_family.13.aspx. Viitattu: 24.11.2019.
- Makkonen, T. 2017. Vulvodynia. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Viitattu 18.9.2019.
- Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, M., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. *Hoitotiede* 23(4), 273–284.

- Mesiäislehto-Soukka, M., Rajamäki, M. & Paavilainen E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2(3), 28–32.
- Mäenpää, J. & Pakarinen P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 216–239.
- Mäkinen, J. & Nieminen, K. 2011. Laskeumat. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 196–202.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print, 23–34.
- Nilsson, C. 2011. Naisen virtsatieongelmat. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 203–215.
- Opetusministeriön julkaisutyypiluokittelu. Käsikirja 2010. Saatavissa: https://aalto-doc.aalto.fi/doc_public/ohjeet/julkaisuluokitus2010.pdf. Viitattu 21.11.2019.
- Perheentupa, A. & Santala, M. 2011. Endometriooosi, adenomyoosi ja salpingitis isthmica nodosa. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 93–103.
- Raento, P. 15.3.2018. Hyvät käytännöt takaavat tieteen vertaisarvioinnin laadun. Vastuullinen tiede. Saatavissa: <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/julkaiseminen/hyv%C3%A4t-k%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6t-takaavat-tieteen-vertaisarvioinnin-laadun>. Viitattu 22.11.2019.
- Sairaanhoitajat. 10.6.2014. Fioca Oy. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/fioca-oy/>. Viitattu 4.6.2018.
- Sairaanhoitajat. 17.11.2017. *Tutkiva Hoitotyö* -lehti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/fioca-oy/tutkiva-hoitotyö/>. Viitattu 4.6.2018.
- Salminen, H. 2018. Uutta hoitotyön tiedonlähteissä: CINAHL Complete, Hoitotiede, *Tutkiva hoitotyö*. Satakunnan ammattikorkeakoulu SAMK. Saatavissa: <https://www.samk.fi/uutiset/uutta-hoitotyön-tiedonlähteissa-cinahl-complete-hoitotiede-tutkiva-hoitotyö/>. Viitattu 18.9.2019.
- Seksitaudit: Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50087#s14>. Viitattu 7.11.2019.
- Stefanovic, V. & Ylikorkala, O. Raskaushepatoosi ja muut maksasairaudet raskauden aikana. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 422–427.
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print, 7–22.

Tay, L.H., Ong, A.K.W. & Lang, D.S.P. 2018. Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses: a qualitative systemic review. JBI Database of Systemic Reviews & Implementation Reports. 16(10): 1965–2012. Saatavissa: https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2018/10000/Experiences_of_adult_cancer_patients_receiving.9.aspx. Viitattu 24.11.2019.

Terveyskirjasto. 2019. Lääketieteen sanasto: Sairaus. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03007&p_teos=ltt. Viitattu 18.9.2019.

Theseus. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Saatavissa: <http://www.theseus.fi>. Viitattu 2.6.2018.

Tiitinen, A. 25.9.2019. Vulvodynia (naisen sukuelinten kipu). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00650. Viitattu 6.11.2019.

Timonen, L. & Sihvonen, M. 1998. Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla. Hoitotiede 10(5), 299–308.

Tiusanen, T. 7.7.2017. Maksatulehdus potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Viitattu 7.11.2019.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 3.11.2019.

Törnävä, M., Koivula, M. & Suominen, T. 2012. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. Tutkiva Hoitotyö 10(4), 32–39.

Törnävä, M., Koivula, M. & Suominen, T. 2013. Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. Hoitotiede 25(4), 241–252.

University of Eastern Finland. 2018. Hoitotiede-lehti. Saatavissa: <https://www.uef.fi/web/https/hoitotiede-lehti>. Viitattu 4.6.2018.

Vieruaho, K., Palonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Leino, K. 2016. Rintasyöpäpotilaiden internet-pohjainen ohjaus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 28(1), 38–49.

Ämmälä, P. & Aitokallio-Tallberg, A. 2011. Sikiöön siirtyvät infektiot. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 517–539.

Tutkimuk- sen nimi	Tekijät, jul- kaisuvuosi	Tutkimuk- sen tarkoitus (mitä selvi- tetty)	Tutkimuk- sen lähesty- mistapa, ai- neistonke- ruumene- telmä, otos	Keskeisimmät tu- lokset	Näkökulma (mistä/ke- nen suun- nalta tutkit- tua asiaa on lähestytty)
Rintasyöpä- potilaan oh- jaus yliopis- tollisen kes- kussairaalan kirurgisella vuodeosas- tolla ja poli- linikalla.	Timonen Leena, Sihvo- nen Marja. 1998.	Kuvata lei- kattujen rinta- syöpäpotilai- den koke- muksia liit- tyen hoito- ajan pituu- teen, ohjauk- sen antajaan ja ohjauksen sisältöön sekä potilaan omaan mah- dollisuuteen vaikuttaa leikkausme- netelmän va- lintaan.	Kvantitatiivi- nen tutkimus. Rintasyöpä- leikkauksessa olleilta poti- lailta kerättiin materiaalia puolistruktu- roidulla kyse- lylomak- keella. Potilaita oli 100, joista 71 palautti kyse- lyn.	86% potilaista koki sairaalassa vietetyn hoitoajan pituuden sopivana. Potilaiden saama hoitoon liittyvä oh- jaus vastasi heidän mielestään melko hyvin heidän tar- peitaan. Tietoa ko- ettiin saavan par- haiten sairaudesta, leikkauksesta, nu- kutuksesta ja kä- den liikehoidosta. Vähiten tietoa po- tilaat kokivat saa- vansa rinnankor- jausleikkauksesta, hormoni-, säde- ja sytostaattihoi- doista ja etenkin jatkohoidoista. Po- tilaat saivat tietoa eniten kirurgien ja hoitajien lisäksi kirjallisista läh- teistä. Kotiutumisen jäl- keen potilaista kolme neljäsosaa koki hyvin selviy- tyneensä kotona ja haavadreenin hoi- don sujuneen il- man suuria hanka- luuksia.	Potilaan nä- kökulma. Ohjauksen näkökulma. Tiedonsaan- nin näkö- kulma.

				Leikkausmenetelmän valinnan suhteen kaksi kolmasosaa potilaista koki pystyneensä vaikuttamaan siihen.	
Munasarjasyöpää sairastavan selviytymisen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa.	Mesiäislehto-Soukka Helinä, Rajamäki Maria, Paavilainen Eija. 2004.	Kuvata munasarjasyöpää sairastavan potilaan ja hänen omaistensa kokemuksia sairaudesta, siitä selviytymisestä ja saadusta tuesta naisten tautien vuodeosastolla sekä hoitajien kokemuksia antamastaan tuesta.	Kvalitatiivinen tutkimus. Munasarjasyöpää sairastavilta potilailta kerättiin aineistoa äänitetyillä teemahaastatteluita. Potilaita oli 10 ja he kaikki olivat saaneet vähintään kolme kertaa solunsalpaajahoidon. Perheenjäseniltä kerättiin tietoa heidän kirjoittamilaan teemoitetuilla esseillä. Perheenjäseniä osallistui 4 ja he olivat potilaiden tyttäriä tai puolisoja. Naistentautien osaston hoitajilta kerättiin tietoa heidän kirjoittamillaan teemoitetuilla esseillä. Hoitajia osallistui 16.	Potilaiden kokemuksissa perheen merkitys selviytymisessä ja hoitojen haittavaikutusten raskaus korostuivat. Potilaat kokivat tarvetta keskustella sairaudesta ja sen vaikutuksesta perheen sisäisesti. Perheenjäsenet pitivät tärkeänä hoitajilta saatavaa tukea ja kokivat tarvitsevänsä sitä nykyistä enemmän. Potilaat ja heidän perheensä kokivat, että tietoa tulisi antaa heille yhtä aikaa, jotta heidän saamansa tieto olisi samaa. Hoitajien mielestä potilaiden ja heidän perheenjäsentensä tukeminen on tärkeää ja he pyrkivät tukemaan heitä aina kun mahdollista.	Potilaan näkökulma. Perheenjäsenen näkökulma. Hoitajan näkökulma. Selviytymisen näkökulma. Tuen näkökulma. Tiedonsaannin näkökulma.

<p>Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Maukonen Marika, Salonen Päivi, Rantanen Anja, Suominen Tarja, Kaunonen Marja. 2011.</p>	<p>Kuvata vuosi leikkauksen jälkeen rintasyöpäleikkautujen elämänlaatua ja elämänlaatuun yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin rintasyöpäpotilaille lähetetyllä kyselylomakkeella. Potilaille oli tehty vuosi ennen kyselylomakkeen lähetystä rintasyöpäleikkauksen tutkimukseen osallistuneista 250 potilaasta kyselyyn vastasi 82 % eli 205 potilasta.</p>	<p>Rintasyöpäleikkautut potilaat kokivat kokonaiselämänlaatunsa olevan hyvä, kun rintasyöpäleikkauksesta oli kuluttu vuosi. Rintasyöpäleikkautut kokivat perheeseen liittyvän osa-alueen ja sosioekonomisen osa-alueen parhaimmiksi elämänlaadun osa-alueiksi. Huonoimmiksi osa-alueiksi koettiin terveyden ja toimintakyvyn osa-alue sekä psykologinen ja hengellinen osa-alue. Naiset olivat tyytyväisimpiä lapsiin, kotiin, ystäviin, asuinympäristöön ja kykyyn huolehtia itsestään. Lapset, oma terveys ja perheen terveys ja onnellisuus koettiin tärkeimmiksi. Tyytymättömyyttä aiheuttivat elämän huolien määrän, oma ulkonäkö ja seksuaalielämä. Tärkeimmät tuen antajat olivat lapset, ystävät ja avotai aviopuoliso. Lähes kolmasosa naisista sai myös vertaiselta tukea.</p>	<p>Potilaan näkökulma. Elämänlaadun näkökulma. Tuen näkökulma.</p>
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

				Vuoden kuluttua leikkauksesta terveydenhuollon henkilökunnalta tukea saatiin vähän.	
Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia.	Törnävä Minna, Koi- vula Meeri, Suominen Tarja. 2012.	Kuvata niiden naisten hoitokokemuksia, joilla on vulvodynia.	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin internetissä vulvodyniaa sairastavien naisten suljetun keskustelupalstan kautta. Keskustelupalstalta 33 naista vastasi verkkokyselyyn, josta muodostui tutkimuksen aineisto.	Vulvodyniaa sairastavilla hoitokokemukset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Naiset kuvailivat saamaansa hoitoa välittäväksi hoitosuhteeksi tai hoitosuhteeseen pettymiseksi. Välittävässä hoitosuhteessa naiset saivat tukea, tietoa ja apua sairauteen. Lisäksi he kokivat, että heidän kokemuksiaan sairaudesta uskottiin ja heidät kohdattiin empaattisesti ja aidosti. Hoitosuhteeseen pettymisessä naiset kokivat, että heitä ei kohdattu kokonaisvaltaisesti, tietoa oli vähän ja hoidot olivat tehoamattomia. Heidän kertomuksiaan ei uskottu ja tunteuksia vähäteltiin. Naiset olivat kokeilleet vulvodyniaoireiden hoitamiseksi tieteellisesti tutkittujen hoitovaihtoehtojen	Potilaan näkökulma. Hoitosuhteessa kohtaamisen näkökulma. Tiedonsaannin näkökulma. Vertaistuen näkökulma.

				<p>lisäksi itsehoitomenetelmiä ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä.</p> <p>Hoitoja tukevaksi tekijäksi koettiin verkkopalstan tarjoama vertaistuki ja itsehoito.</p>	
<p>Naisten kokemuksia vulvodynian vaihtokutuksesta parisuhteeseen.</p>	<p>Törnävä Minna, Koivula Meeri, Suominen Tarja. 2013.</p>	<p>Kuvata naisten kokemuksia siitä, kuinka vulvodynia on vaikuttanut heidän parisuhteeseensa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto kerättiin internetistä suljetulta vulvodynia-keskustelupalstan kautta. Palsalta 33 vulvodyniaa sairastavaa naista vastasi verkkokyselyyn, josta muodostui tutkimuksen aineisto.</p>	<p>Vulvodynia muokkasi parisuhteita ja määritteli parisuhteiden seksuaalielämää. Sairausten koettiin joko heikentävän tai voimaannuttavan parisuhdetta. Pariskunnan kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidot vaikuttivat parisuhteen voimaantumiseen.</p> <p>Vulvodynian aiheuttama kipu rajoitti seksuaalielämää ja aiheutti kivun pelkoa kummallakin parisuhteen osapuolilla.</p> <p>Parisuhteen hyvinvoinnin edellytyksinä tieto ja tuki.</p>	<p>Potilaan näkökulma.</p> <p>Parisuhteen näkökulma.</p> <p>Seksuaalielämän näkökulma.</p>
<p>Rintasyöpäpotilaiden internet-pohjainen ohjaus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Vieruaho Kaija, Palonen Mira, Åstedt-Kurki Päivi, Leino Kaija. 2016.</p>	<p>Kuvata rintasyöpäpotilaiden internet-pohjaisen ohjauksen avulla saamaa tukea.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto koostui 38 alkuperäisartikkelista. Artikkelit kerättiin Medic-, Melinda-, Cinahl-, Medline- ja</p>	<p>Internet-pohjainen ohjaus lisäsi rintasyöpäpotilaiden tarjosi tietoa sairaudesta, lisäsi hoitoon sitoutumista ja voimaantumisen kokemuksia.</p> <p>Verkkosivustolla vierailu vähensi potilaiden tiedon</p>	<p>Potilaan näkökulma.</p> <p>Ohjauksen näkökulma.</p> <p>Tiedonsaannin näkökulma.</p> <p>Tuen näkökulma.</p>

			<p>Psyc-INF-tietokannoista vuosilta 2003-2013 ja ne sisälsivät Joanna Briggs Instituutin (JBI) laatimat arviointikriteerit.</p>	<p>tarpeita ja helpotti tiedon mieleen palauttamista.</p> <p>Tiedon saanti internetistä tuki potilaiden päätöksentekoa. Internetistä löytynyt tieto saattoi kuitenkin olla ristiriitaista.</p> <p>Potilaat kokivat internetistä olevista vertaistukiryhmistä saadun tuen tärkeäksi.</p>	
<p>HIV-testaus-toiminta terveysasemien hoitajien ja lääkärin arvioimana.</p>	<p>Bazia Tiia, Västinsalo Pia, Kuivila Heli-Maria, Kääriäinen Maria. 2017.</p>	<p>Kuvata terveysasemien lääkäreiden ja hoitajien hiv-testaustoimintaa, hiv-tietoa ja -asentoitumista sekä heidän itsensä arvioimana niiden välistä yhteyttä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto kerättiin terveyskeskusten hoitajille ja lääkäreillä lähetetyillä verkkokyselyllä. Terveyskeskukset valittiin kaksivaiheisella ryväsoitannalla ja rajaamalla tutkimusotoksen kaupunkimaisiin kuntiin, joiden suurimman taajaman väkiluku oli vähintään 15 000 tai joiden väestöstä taajamissa asui vähintään 90%. Kyselyyn vastasi valikoituneiden</p>	<p>Suomen suositukset hiv-strategian suhteen eivät aina toteutuneet.</p> <p>Terveyskeskusten hoitajien ja lääkärin tekemässä hiv-testaustoiminnassa oli vaihtelua. Toisinaan ohjausta annettiin potilaalle vasta hiv-testituloksen kuulemisen yhteydessä, vaikka se tulisi antaa sitä ennen.</p> <p>Terveyskeskuksen hoitajista ja lääkäreistä yli puolet teki hiv-testejä tai läheteitä hiv-testeihin harvemmin verrattuna muihin seksitautitesteihin. Suurin osa kartoitti riskitilanteen luonnetta ja ajankohtaa.</p> <p>Negatiivisemmalla</p>	<p>Hoitajan näkökulma.</p> <p>Lääkärin näkökulma.</p> <p>Hoitohenkilöstön ammatillisen sukupuolitautilaitetietouden ja osamisen näkökulma.</p> <p>Hoitohenkilöstön suorittaman testaustoiminnan näkökulma.</p>

			terveyskeskusten 415 hoitajasta ja lääkäristä 106 hoitajaa ja lääkäriä.	hiv-asetoitumisella ja matalammalla hiv-tiedolla oli yhteys riskikäitituksen tekemättä jättämiseen. Hiv-asetoituminen oli melko myönteistä ja hiv-tietous oli melko hyvä.	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--