

Naiseus gynekologisen potilaan
postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja
hoitajien kokemuksia



Koponen, Janna
Koponen, Sara
Rekola, Marjaana

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa

– potilaiden ja hoitajien kokemuksia

Janna Koponen
Sara Koponen
Marjaana Rekola
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2009

Janna Koponen
Sara Koponen
Marjaana Rekola

Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia

Vuosi 2009 Sivumäärä 67 + 12 (5 liitettä)

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HUS:n HYKS -naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa gynekologisen potilaan postoperatiivisesta ohjauksesta. Opinnäytetyössä käsite naiseudesta on jaettu kolmeen teemaan: (1) minäkuva ja psyykinen kokemus, (2) parisuhde sekä (3) seksuaalisuus. Opinnäytetyössä selvitettiin, minkälaista postoperatiivista ohjausta gynekologiset potilaat olivat saaneet ja olivatko he kokeneet sen riittävänä. Lisäksi tutkittiin, miten hoitajat ohjaavat potilaita ja kokevatko he antamansa ohjauksen riittävänä. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselytutkimusta potilaille ja teemahaastattelua hoitajille. Kyselytutkimus ja teemahaastattelu toteutettiin HYKS:n naistentautien osastoilla kesäkuussa 2009. Saatu aineisto analysoitiin laadullista ja määrällistä menetelmää käyttäen.

Kyselytutkimus tehtiin gynekologisille, postoperatiivisessa vaiheessa oleville potilaille. Kyselylomakkeita jaettiin potilaille yhteensä 60 kappaletta, joista 40 palautui. Kyselylomakkeiden kokonaisvastausprosentti oli 67 %. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin tilastollisesti 'SPSS 17.0 for Windows' -tilasto-ohjelman avulla kuvailevan tilastotieteen menetelmin. Kyselyn tulosten mukaan vastaajat pitivät minäkuvaan tärkeimpänä käsitteenä kuvaamaan naiseutta. Psykkistä kokemusta, ruumiillisuutta, äitiyttä, seksuaalisuutta ja parisuhdetta pidettiin myös tärkeänä. Tutkimustuloksissa tuli esiin, että vastaajien mielestä hoitajien antama postoperatiivinen ohjaus on riittävää. Lähes kaikki vastaajat kokivat näin riippumatta siitä, oliko heillä aikaisempia kokemuksia gynekologisista toimenpiteistä. Vastaajat pitivät tärkeänä seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta ja halusivat ohjausta mieluiten hoitajalta. Sen sijaan parisuhteeseen liittyvää ohjausta vastaajat pitivät vähemmän tärkeänä.

Teemahaastatteluihin osallistui yhteensä kahdeksan sairaanhoitajaa. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin laadullista ja määrällistä menetelmää käyttäen. Teemahaastatteluiden analyysissä selvisi, että hoitajat ohjaavat potilaita monipuolisesti, ja että postoperatiivinen ohjaus on heidän mielestään lähes riittävää. Parisuhteeseen liittyvää ohjausta hoitajat eivät pitäneet yhtä tärkeänä, kuin muiden naiseuden osa-alueiden ohjausta. Teemahaastattelun tulosten mukaan suurin osa hoitajista piti seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta kuitenkin tärkeänä osana gynekologisen potilaan hoitoa.

Opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä voidaan käyttää gynekologisen potilaan postoperatiivisen ohjauksen kehittämiseen. Ohjauksessa ei ilmennyt suuria puutteita, vaan siihen oltiin yleensä tyytyväisiä. Parisuhteeseen liittyvän ohjauksen tarvetta voitaisiin selvittää uudestaan esimerkiksi kontrollikäynnin yhteydessä, sillä välittömästi toimenpiteen jälkeen tarvetta ei ehkä tiedosteta. Toisaalta potilaskyselyssä ilmeni, että puolet vastaajista ei ollut saanut parisuhteeseen liittyvää ohjausta. Tämä voi myös vaikuttaa siihen, etteivät he kokeneet ohjausta tarpeelliseksi.

Teemahaastatteluiden ja potilaskyselyn perusteella voidaan sanoa, että resurssien lisääminen hoitajien antamaan seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvään ohjaukseen olisi tärkeää. Potilaat haluavat ohjausta mieluiten hoitajalta. Hoitajat kuitenkin kokevat syvällisemmän seksuaaliohjauksen olevan toimenkuvansa ulkopuolella. Toimenkuvan laajentaminen käytettävissä olevalla ajalla ja resursseilla nähdään haastavaksi.

Asiasanat: naiseus, gynekologisen potilaan ohjaus, postoperatiivinen potilasohjaus, naistentaudit

Laurea University of Applied Sciences
Laurea Tikkurila

Femininity in postoperative guidance of gynecological patients
— patients' and nurses' experiences

Janna Koponen
Sara Koponen
Marjaana Rekola
Nursing education
Thesis
November, 2009

Janna Koponen
Sara Koponen
Marjaana Rekola

Femininity in postoperative guidance of gynecological patients – patients’ and nurses’ experiences

Year 2009 Pages 67 + 12 (5 appendixes)

The Bachelor’s thesis is a part of Laurea University of Applied Sciences’ and Helsinki University Central Hospital’s quality improvement project of obstetrical and gynecological departments. The purpose of the thesis was to get information about gynecological patients’ postoperative guidance. In the thesis the concept of femininity was divided to three different themes: (1) self-image and psychological experience, (2) relationship, and (3) sexuality. The thesis studied what kind of postoperative guidance gynecological patients received and whether they considered it as sufficient. The study examined the ways the nurses counsel their patients and whether they find their own guidance as sufficient. The survey and the theme interview were carried out in June in two gynecological departments of Helsinki University Central Hospital. The material was analyzed using qualitative and quantitative methods.

The survey was conducted with gynecological patients who were going through the postoperative phase. The questionnaires were delivered to 60 patients and 40 responded, resulting in a response rate of 67 %. The material was analyzed statistically with ‘SPSS 17.0 for Windows’ statistics program by using descriptive statistical methods. The results showed that respondents considered their self-image as the most important theme to describe femininity, but also psychological experience, the body, maternity, sexuality and relationship were considered important. The survey also revealed that the respondents considered the postoperative guidance given by nurses sufficient, regardless of whether they had had previous experiences of gynecological operations. Further, the results reveal that the respondents preferred, and considered it important to receive sexuality and sex counseling from nurses. Relationship counseling was viewed as less important.

Altogether eight nurses were interviewed. The interviews were transcribed and analyzed using both quantitative and qualitative methods. The analysis showed that the nurses use different ways to counsel and they felt that postoperative guidance is sufficient for the patients. The results from the theme interviews showed that most of the nurses found counseling about sex and sexuality to be an important area in a gynecological patient’s care. As mentioned before, relationship counseling was found to be less important.

The results and conclusions of the Bachelor’s thesis can be used to develop a gynecological patient’s postoperative counseling. The results showed that the nurses’ guidance did not have any major shortcomings and therefore was found to be satisfactory. Nevertheless, the need for relationship counseling could be investigated again for example during follow-up appointments, since immediately after the operation the need for help might not be recognized. On the other hand, the survey showed that half of the respondents did not receive relationship counseling at all. This could have had an effect on the results.

Based on the results of the theme interviews and the survey, it was noted that increasing resources for nurses giving counseling on sex and sexuality is important: Patients receiving counseling prefer nurses to give counseling. On the other hand, nurses find that advanced sexuality counseling is not part of their job description. This implies that nurses’ job description might need to be broadened to include counseling on sex and sexuality. However, this is a challenge with the current time and resources allocated for an individual patient.

Key words: Femininity, gynecological patient’s guidance, postoperative patient guidance, gynecology

ALKUSANAT

*The love of rain
Enriches the fields
Mother Earth bores a plant
Of the sown seeds
I feel that feminine touch in it
It feels beautiful being a Woman*

Manisha Sharma, Femininity

Opinnäytetyöprosessimme on ollut pitkä ja kurinalainen taival, mutta vihdoin olemme saaneet työn valmiiksi. Olemme oppineet paljon prosessin aikana tutkimuksen tekemisestä ja saaneet paljon uutta tietoa gynekologisen potilaan ohjauksesta naiseuden osa-alueisiin liittyen.

Haluamme lämpimästi kiittää asiantuntevaa ohjaajaamme lehtori Marja Tanskasta opinnäytetyön ohjauksesta. Olemme saaneet häneltä paljon apua työmme eri vaiheissa. Ilman hänen aitoa läsnäoloaan ohjauksessa, opinnäytetyö olisi ollut hankala työstää. Haluamme myös kiittää pääkaupunkiseudun HYKS:n naistentautien osastojen hoitajia, jotka ovat osallistuneet opinnäytetyöhömmme, ilman heitä työmme ei olisi koskaan valmistunut. Heiltä saamamme laajat ja monipuoliset vastaukset ovat edesauttaneet meitä kirjoittamaan kattavan ja mielenkiintoisen tutkimustulososion gynekologisen potilaan postoperatiivisesta ohjauksesta naiseuden osa-alueisiin liittyen. Erityiskiitoksen haluamme osoittaa kyselytutkimukseen osallistuneille vastaajille. He toivat vastauksillaan työhön arvokasta sisältöä.

Haluamme sydämellisesti kiittää myös läheisiämme tuesta ja kärsivällisyydestä opinnäytetyöprosessimme ja koko opintojemme aikana. Olemme lisäksi erityisen kiitollisia toistemme työnpanoksesta, ajasta ja tuesta. Opinnäytetyöprosessin aikana kasvoimme sekä ihmisenä että ammattilaisina. Opinnäytetyössä kiteytyikin terveyden- ja sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja kehitys.

Espoossa syksyllä 2009

Janna Koponen
Sara Koponen
Marjaana Rekola

Sisällysluettelo

1	Projektin tausta ja tarkoitus	10
2	Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus projektissa	10
	2.1 Tarkoitus ja tavoitteet	10
	2.2 Opinnäytetyön suunnittelu	11
	2.3 Projektiryhmän kuvaus	12
3	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	13
	3.1 Tiedonhakuprosessi	13
	3.2 Aikaisemmat tutkimukset	13
	3.3 Gynekologisen potilaan postoperatiivinen ohjaus	18
	3.3.1 Hoitotyön ohjaus	18
	3.3.2 Postoperatiivinen potilasohjaus	20
	3.3.3 Naistentaudit ja gynekologinen potilas	22
	3.4 Naiseus	23
	3.4.1 Minäkuva ja psyykinen kokemus	24
	3.4.2 Parisuhde	25
	3.4.3 Seksuaalisuus	28
4	Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus opinnäytetyössä	29
	4.1 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä	29
	4.2 Kyselytutkimuksen toteutus opinnäytetyössä	31
	4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	32
	4.4 Teemahaastattelun toteutus opinnäytetyössä	32
	4.5 Aineiston analyysi	33
	4.6 Potilaskyselyn ja teemahaastattelun analyysi opinnäytetyössä	34
5	Potilaskyselyn tutkimustulokset	34
	5.1 Taustatekijät	34
	5.2 Minäkuva ja psyykinen kokemus	36
	5.3 Parisuhde	37
	5.4 Seksuaalisuus	40
6	Teemahaastatteluiden tutkimustulokset	43
	6.1 Hoitajien taustatiedot	43
	6.2 Ohjaus	43
	6.2.1 Gynekologisen potilaan ohjaus	43
	6.2.2 Ohjauksen riittävyys	46
	6.3 Minäkuva ja psyykinen kokemus	47
	6.3.1 Psyykkisten asioiden ohjaus	47
	6.3.2 Potilaiden ohjauksen tarve	47
	6.4 Parisuhde	49

6.4.1	Kumppanin osallistuminen ohjaustilanteeseen	49
6.4.2	Kumppanin kannustaminen ohjaustilanteeseen	50
6.5	Seksuaalisuus.....	51
6.5.1	Seksuaaliohjaus	51
6.5.2	Seksuaalineuvonta	52
7	Yhteenveto	53
7.1	Kyselytutkimuksen yhteenveto	53
7.2	Teemahaastattelun yhteenveto	53
8	Pohdinta	56
8.1	Tutkimuksen eettisyys.....	56
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	56
8.3	Tutkimuksen johtopäätökset.....	58
8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	63
8.5	Omien tavoitteiden arviointi	63
	Lähteet	65
	Taulukot	68
	Liite 1 Tutkimuslupahakemus johtavalle ylihoitajalle.....	69
	Liite 2 Saatekirje vastaajille	70
	Liite 3 Kyselylomake.....	71
	Liite 4 Saatekirje hoitajille.....	78
	Liite 5 Teemahaastattelun runko	79

1 Projektin tausta ja tarkoitus

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HUS:n HYKS - naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishanketta. Hanke on jaettu kahteen alahankkeeseen: Naistenklinikan anestesia- ja leikkaushoitotyön kehittämiseen ja gynekologisen potilaan hoitotyön kehittämiseen. (Liljeblad 2007.) Opinnäytetyö kuuluu gynekologisen potilaan hoitotyön kehittämishankkeeseen ja siinä seksuaaliterveys osana hoitotyötä naistentautien yksikössä - projektiin (Liljeblad 2007).

Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämässä LbD-opetussuunnitelmassa on tarkoitus sovittaa yhteen oppimisprosessi ja työelämälähtöinen kehittämistoiminta. Oppiminen tapahtuu tutkimus- ja kehittämishankkeissa työelämän kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyö toimii yhtenä osana ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyötä. Opinnäytetyön tarkoitus on lähteä työelämän kehittämistarpeista. Sen tulee kehittää työelämän käytänteitä ja luoda uutta osaamistietoa. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2006.)

Opinnäytetyön aihe on: Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa - potilaiden ja hoitajien kokemuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa gynekologisen potilaan postoperatiivisesta ohjauksesta sekä hoitajilta että potilailta. Opinnäytetyön johtopäätöksissä tuodaan esille miten gynekologista potilasta ohjataan naiseuden osa-alueisiin liittyen, ja onko tämä ohjaus riittävää.

2 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus projektissa

2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten gynekologista potilasta ohjataan postoperatiivisesti naiseuteen liittyen HYKS:n naistentautien osastoilla. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, millaista ohjausta toimenpiteessä olleet naiset kokevat tarvitsevansa ja kokevatko he, että heidän saamansa ohjaus on ollut riittävää. Lisäksi selvitetään, millaisia kokemuksia hoitajilla on antamastaan ohjauksesta ja kokevatko he sen riittävänä. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään kyselytutkimusta potilaille ja teemahaastattelua hoitajille.

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) ovat määritelleet käsiteanalyysin perusteella ohjauksen hoitajan ja potilaan väliseksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa kummankin taustatekijöihin ja tapahtuu vuorovaikutuksellisessa suhteessa. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin, sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254-255). Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat gynekologiset, postoperatiivisessa vaiheessa olevat potilaat. Raskaudenkeskeytyksessä olleet potilaat on rajattu kohderyhmän ulkopuolelle. Opinnäytetyössä on muodostettu Kääriäisen ja Kyngäksen käsiteana-

lyysin ja muun lähdekirjallisuuden pohjalta gynekologisen potilaan ohjaukseen syventävät kolme teemaa: minäkuva ja psyykinen kokemus, parisuhde sekä seksuaalisuus. Näistä teemoista on muodostettu naiseuden osa-alueisiin liittyvä ohjaus.

Opinnäytetyössä selvitetään miten gynekologista potilasta ohjataan minäkuvaan ja psyykkiseen kokemukseen, parisuhteeseen sekä seksuaalisuuteen liittyen. Kyselytutkimuksen ja teemahaastattelun rakenne noudattavat näitä kolmea teemaa. Teemojen ohjauksellinen merkitys korostuu opinnäytetyössä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Minkälaista naiseuden osa-alueisiin liittyvää postoperatiivista ohjausta gynekologiset potilaat ovat saaneet ja ovatko he kokeneet sen riittävänä?
- 2) Miten hoitajat ovat ohjanneet gynekologisia potilaita postoperatiivisesti naiseuden osa-alueisiin liittyen? Kokevatko he ohjauksen riittävänä?

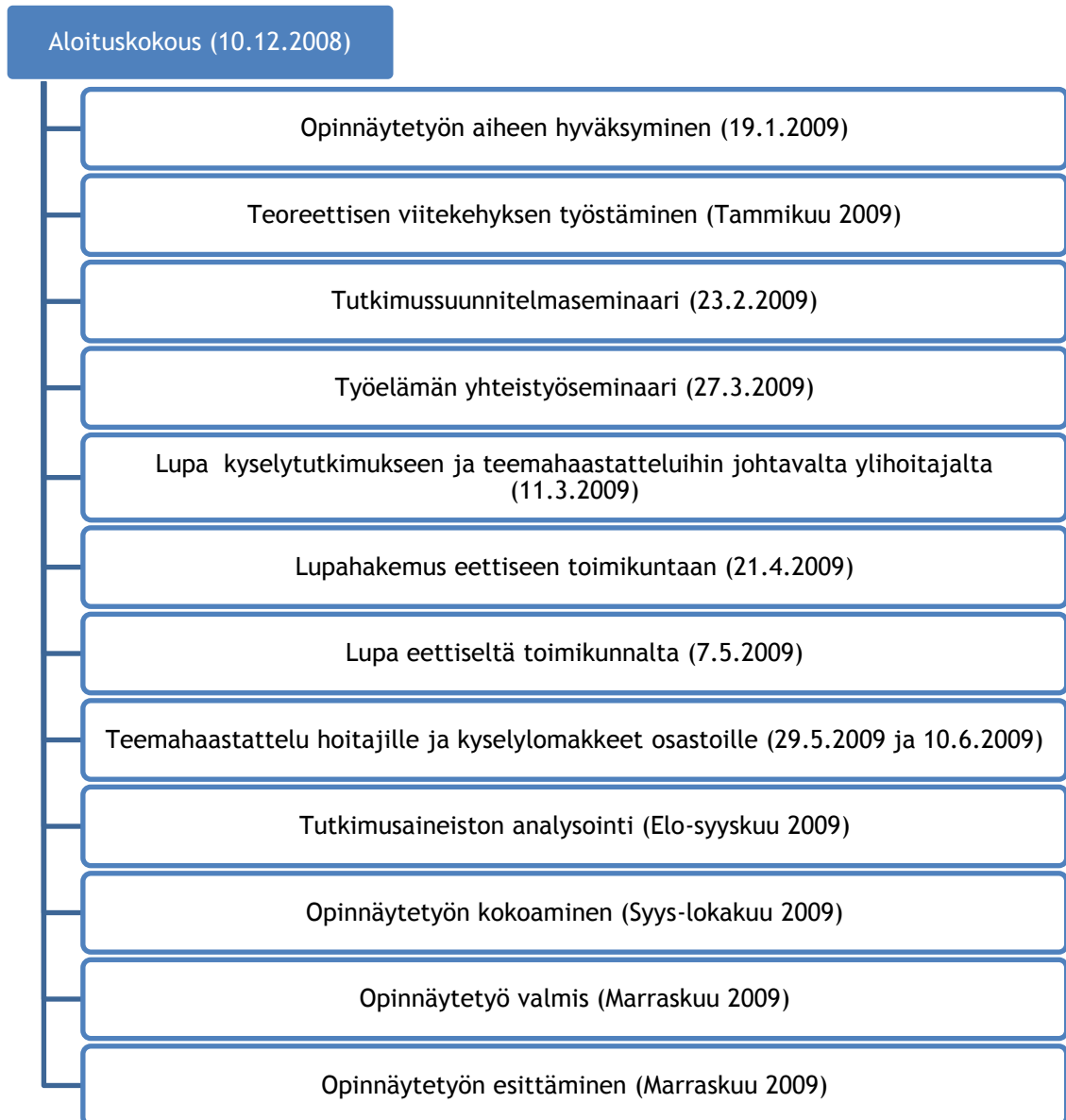
Tutkimuksen asiasanat: naiseus, gynekologisen potilaan ohjaus, postoperatiivinen potilasohjaus, naistentaudit

2.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Projektin suunnitelma perustuu Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS:n naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishankkeen 2007-2012 hankesuunnitelmaan.

Teoreettista viitekehystä työstettiin joulukuun 2008 ja tammikuun 2009 aikana. Myös tutkimuskysymykset määriteltiin tällöin. Opinnäytetyön aihe esiteltiin ja hyväksyttiin 19.1.2009. Tutkimussuunnitelmaseminaari pidettiin 23.2.2009. Lisäksi pidettiin työelämän yhteistyöseminaari 27.3.2009.

Tutkimuslupaa opinnäytetyölle haettiin johtavalta ylihoitajalta Karoliina Haggrenilta, joka myönsi luvan 11.3.2009. Tutkimuslupahakemus potilaskyselyä varten lähetettiin HUS:n eettiseen toimikuntaan 21.4.2009. Potilaskyselyyn saatiin lupa eettiseltä toimikunnalta 7.5.2009. Tämän jälkeen kyselytutkimus ja hoitajien teemahaastattelut voitiin aloittaa. Teemahaastattelut pidettiin 29.5.2009 ja 10.6.2009 kahdella eri HYKS naistentautien osastolla. Osastoille esiteltiin teemahaastattelupäivinä opinnäytetyö lyhyesti, ja hoitajille annettiin ohjeet kyselylomakkeiden jakamisesta potilaille. Täytetyt kyselylomakkeet haettiin osastoilta takaisin heinäkuun 2009 aikana. Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin elo-syyskuussa 2009 ja tämän jälkeen työ koottiin lokakuun aikana. Projektin aikataulu on kuvattu alla (Kuvio 1).



Kuvio 1. Projektin aikataulu

2.3 Projektiryhmän kuvaus

Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Laurea-ammattikorkeakoulun henkilökunta ja opiskelijat, sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueen henkilökunta ja potilaat (Liljeblad 2007). Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvat johtava ylihoitaja Karoliina Haggren, HYKS:n Naistentautien ja synnytysten osastoryhmän päällikkö Kirsi Heino, sekä osastonhoitaja Teija Kättö.

Laurea-ammattikorkeakoulun edustajina projektiryhmään kuuluvat hankekoordinaattori, yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko, ohjaava lehtori Marja Tanskanen, sekä neljännen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Janna Koponen ja sairaanhoitajaopiskelijat Sara Koponen ja Marjaana Rekola.

3 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Tiedonhakuprosessi

Teoreettinen viitekehys koottiin tammikuun 2009 aikana. Tiedonhaussa käytettiin sekä sähköistä että manuaalista tiedonhakumenetelmää. Sähköistä tiedonhakua tehtiin Helsingin terveystieteiden keskuskirjaston ovid ja medline -tietokannoista, Turun yliopiston Volter -tietokannasta sekä Laurea-ammattikorkeakoulun Laurus tietokannasta Lindan, Alman, Arton, Nellin, Theseuksen ja Medicin kautta. Tiedonhakua tehtiin myös hoitotieteen ja sosiologian tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. Myös filosofian tutkimusta ja naistutkimusta haettiin. Tiedonhaun jälkeen valittiin tutkielmaan sopivaa aineistoa. Hakuja on tehty sanojen katkaisuhallalla, yhdistelmähallalla ja perushallalla. Opinnäytetyön asiasanat määritellään teoreettisessa viitekehyksessä.

3.2 Aikaisemmat tutkimukset

Kätön (2009) pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata gynekologisen päiväkirurgisen tähytyspotilaan tiedollisia odotuksia ja toteutunutta tiedonsaantia. Tiedolliset odotukset jaettiin bio-fysiologiseen, toiminnalliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja taloudelliseen sisältöalueeseen. Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta gynekologiselta poliklinikalta ja kolmelta vuodeosastolta strukturoiduilla kyselylomakkeilla, jotka oli modifioitu gynekologista päiväkirurgista tähytyspotilasta varten. Tiedollisia odotuksia ja toteutunutta tiedon saantia arvioitiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen kyselyn potilaat palauttivat toimenpiteeseen tullessa, ja toisen vaiheen noin viikon kuluttua kotiutumisen jälkeen. Aineisto analysoitiin SPSS 14.0 -tilasto-ohjelman avulla. Tutkimustuloksen mukaan potilaiden tiedolliset odotukset kohdistuivat kaikkiin kuuteen osa-alueeseen. Eniten odotuksia tuli bio-fysiologiselta ja toiminnalliselta osa-alueelta, ja vähiten kokemukselliselta ja eettiseltä osa-alueelta. Tietoa he saivat eniten bio-fysiologiselta ja toiminnalliselta osa-alueelta, ja vähiten eettiseltä ja kokemukselliselta osa-alueelta. Mitä enemmän potilailla oli ikää, sitä enemmän he kokivat saaneensa tietoa toiminnalliselta, kokemukselliselta ja eettiseltä osa-alueelta.

Bradford ja Meston (2007, 10-14) tutkivat seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvän potilasohjauksen vaikutusta kohdunpoistossa olleiden potilaiden tuntemuksiin toimenpiteestä toimenpiteen jälkeen. Koe- ja kontrolliryhmissä oli mukana yhteensä 204 naista, joille oli tehty kohdunpoisto. Tutkimukseen osallistujat arvioivat heidän seksuaalisen toimintakykynsä ennen toimenpidettä käyttäen Female Sexual Function Index (FSFI) -nimistä arviointimenetelmää. Tämä arvio jaettiin vielä negatiivisiin ja positiivisiin seksuaalisuuden osa-alueisiin. Tutkimuksen johtopäätöksissä tuli ilmi, että potilaille annettu ohjaus mahdollisista ongelmista ja negatiivisista asioista seksuaalisuuteen liittyen toimenpiteen jälkeen, lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä toimenpiteeseen riippumatta siitä, kokivatko potilaat näitä asioita. Sillä, että negatiivisista asioista

puhuttiin ääneen, ei myöskään ollut vaikutusta siihen, että potilaat olisivat kokeneet enemmän seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia leikkauksen jälkeen. Kohdunpoiston tuomista seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista oli siis hyvä puhua ennen itse toimenpidettä.

Keräsen (2006) tekemän pro gradun tutkimuksen kuvaa tiedon tarvetta ja toteutunutta tiedon saantia raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen näkökulmasta. Tutkimus kuului Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen Potilasohjauksen tuloksellisuus- tutkimusprojektiin. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen sekä kuvaileva. Tutkimus oli kaksivaiheinen, jossa ensimmäiseen vaiheeseen osallistui 62 raskaudenkeskeytykseen tulevaa naista, ja toiseen vaiheeseen osallistui 17 potilasta. Tämä toteutettiin 5-14 päivää raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Aineisto tutkimukseen kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla, jotka oli modifioitu raskaudenkeskeytyspotilaita varten. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 12.0.1 -tilasto-ohjelman avulla. Tutkimustulokset osoittivat, että raskaudenkeskeytyspotilaat tarvitsevat erityisesti tietoa toiminnalliselta alueelta sekä bio-fysiologiselta alueelta. Potilaat kokivat tärkeäksi myös tiedon mahdollisten komplikaatioiden ehkäisemisestä, ja tiedon verenvuodosta mahdollisena komplikaationa. Vähiten potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa sosiaalis-yhteisöllisistä asioista.

Wu, Yu, Yang ja Che (2005) tutkivat, mitkä tekijät vaikuttavat taiwanilaisten naisten päätökseen teettää kohdunpoisto. He rakensivat aiheesta myös päätöspuu-mallin naisille, jotka harkitsevat kohdunpoistoa. Monet lääketieteen ammattilaisten uskovat, että kohdunpoisto voi helpottaa kipuja ja vähentää kohtusyvän riskiä, parantaen naisen elämänlaatua. Samalla, kun osa lääkäreistä suosittelee kohdunpoistoa, vaikka tähän ei varsinaista syytä olisikaan, feministit moittivat tätä perustellen, että kohtu on tärkeä naiseuden symboli. Tutkimus tehtiin kahdessa osassa: aluksi tutkittiin laadullista menetelmää käyttäen 14:n kohdunpoistoa harkitsevan naisen päätösprosessia, josta muodostettiin induktiivista ja deduktiivista menetelmää käyttäen kohdunpoistoa harkitsevan päätöksentekomalli. Tämän jälkeen mallia kokeiltiin 18:n kohdunpoistoa harkitsevan naisen kohdalla päätöksenteon tukena, analysoiden heidän päätöksentekoaan ja suurimpia ongelmiaan päätöksenteossa. Mallia kokeiltiin vuosina 1999 ja 2000. Tutkimus määrittä kriteerit, joita Taiwanilaisnaiset käyttävät harkitessaan kohdunpoistoa ja päätöspuulla pystyttiin ennustamaan naisen päätöksentekoa 90 %:n varmuudelle. Päätöspuu voisi olla apuna gynekologisia potilaita ohjaaville sairaanhoitajille, jotta he ymmärtävät mitä tekijöitä naiset miettivät läpikäydessään kohdunpoistopäätöstä. Tämä tukisi gynekologisten potilaiden oikeellista ohjausta ja sairaanhoitaja ymmärtäisi potilaan päätöksiä ja motiiveja.

Nordbergin (2008) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta Rauman aluesairaalan naistentautiosastolla ja Satakunnan keskussairaalan naistentautiosastolla. Kohdejoukkona opinnäytetyössä olivat Rauman aluesairaalan ja Satakunnan keskussairaalan naistentautiosastojen lupapaikoille tulevat gynekologiset leikkauspotilaat. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomak-

keella. Tutkimuksen vastausprosentti oli 79,5 %. Strukturoidut kysymykset analysointiin manuaalisesti. Avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysiä, ja ne esitettiin suorina lainauksina. Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat kokivat ohjauksen toteutuneen hyvin. Se oli ollut oikein ajoitettua ja, että sitä oli kestänyt riittävän kauan ja sitä oli ollut tarpeeksi monta kertaa. Myös potilaiden toiveita oli kuunneltu, yksityisyyttä oli huomioitu ja ohjauksen ilmapiiri oli ollut luottamuksellinen ja kiireetön. Tämän tutkimuksen tuloksista voitiin päätellä, että ohjauksen toteutuminen oli onnistunut osastoilla hyvin, ja ohjaukseen liittyvä tieto oli ollut riittävää.

Toijala ja Rautiainen (2008) ovat opinnäytetyössään kartoittaneet ja kuvanneet naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa, sekä solumuutosten vaikutusta heidän elämäänsä. Tavoitteena oli selvittää, minkälaista tukea naiset olisivat tarvinneen kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessin eri vaiheissa, ja minkälaisia kokemuksia naisilla oli saamastaan tuesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessin eri vaiheissa. Naisten kokemuksia tarkasteltiin kaikkien hoitoprosessin vaiheiden näkökulmasta. Nämä olivat solunäytteen ottamisen vaihe, diagnoosin saamisen vaihe, hoitovaihe, solumuutosten seurannan vaihe ja hoidon jälkeinen aika. Aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla eri-ikäisiltä naisilta, joilla oli kokemuksia kohdunkaulansolumuutoksista. Kuusi haastattelua analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimustuloksissa selvisi, että naisten tuen tarve vaihteli hoitoprosessin eri vaiheissa. Tuen tarve oli pienintä hoitoprosessin alussa, ja suurinta heti diagnoosin saamisen jälkeen ja hoitovaiheessa. Yhteistä kaikille hoitoprosessin vaiheille oli tiedollisen tuen tarve, sekä toisaalta se, ettei tukea tarvittu. Emotionaalista tukea kaivattiin eniten hoitovaiheessa, sekä solumuutosten seurantavaiheessa. Tällaista tuen tarvetta naisten oli kuitenkin vaikea arvioida itse.

Aittilan ja Kuuselan (2008) opinnäytetyössä selvitettiin seksuaalineuvonnan tarvetta Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 4 ja naistentautien poliklinikalla. Tutkimuksessa selvitettiin, tuleeko neuvontaa tarjota kaikille asiakkaille automaattisesti, tarvitsevatko asiakkaat neuvontaa ja minkälaista neuvonnan tulisi olla. Tutkimus toteutettiin tammikuussa 2008 kvantitatiivisena tutkimuksena, ja keruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kohderyhmänä olivat kaikki poliklinikan asiakkaat sekä naistentautien osaston potilaat. Tutkimuksesta rajattiin pois rintasyöpäpotilaat ja sytostaattihoitoja saavat potilaat. 60 jaetusta kyselylomakkeesta, 54 palautui. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelmalla. Lähes puolella vastaajista hoitoon tulosyö oli aiheuttanut muutoksia/vaikeuksia seksuaalisuuden alueella. Heistä joka toisella hoitoon tulosyö oli aiheuttanut haluttomuutta tai yhdyntäkipuja. Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulee tarjota automaattisesti kaikille asiakkaille. Vastaajista 5/54 koki tarvitsevansa neuvontaa seksuaalisuuden alueella. Halutuimmiksi ohjausmuodoiksi nousivat yksilö- ja pariohjaus, ja eniten neuvontaa kaivattiin gynekologisista sairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Neuvontaa haluttiin mieluiten seksuaaliterapeutilta ja kaikki halusivat parinsa mukaan neuvontaan.

Nylundin, Järvisen, Suden ja Vihtamäen (2008) projektin tarkoituksena oli aiemmin tehtyjen tutkimusten perusteella selvittää lisää gynekologisten potilaiden seksuaalineuvontaan liittyviä tarpeita ja pyrkiä vastaamaan niihin. Projektiin kuului kiinteänä osana kolmen kuukauden poliklinikkakokeilu. Seksuaalipoliklinikka rakennettiin asiakkaan tarpeiden mukaan, kirjallisuuden ja muiden sairaalakokeiluiden, alkukartoituskyselyistä ja kaavioiden esiin nostettujen ongelmien pohjalta. Projekti rajattiin koskemaan gynekologisia syöpäpotilaita. Tärkeimmät ongelmakohdat joihin haluttiin saada parannusta, olivat: seksuaalineuvonnan käytettävyys, huono tiedonkulku, systemaattisen seksuaalineuvonnan puute, kielteiset asenteet, tila- ja aikaresurssien puute, seksuaalineuvonnan kuulumattomuus potilaan-hoitoprosessiin, muun henkilökunnan vaikeus ottaa asioita esille ja osaamattomuus sekä ristiriita siinä, että potilaat haluavat saada tietoa, mutta eivät juuri ole sitä saaneet. Projektin avulla saatiin luotua seksuaalineuvonnan toimintamalli ja että seksuaalineuvojien ammattitaitoa voidaan hyödyntää niin potilaan kuin henkilökunnan ja kättilöopiskelijoiden hyväksi. Projektin tuloksena mallinnettiin seksuaalineuvonnan prosessikuvaus gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessissa. Myös seksuaalineuvojan toimenkuva saatiin kirjatuksi.

Palosen ja Puuran (2007) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen keskussairaalan rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla, jotka osaston hoitajat jakoivat rintasyöpäpotilaille hoitajakson aikana. Tutkimuksesta saadut tulokset esitettiin kuvioiden ja vapaan selittämisen avulla. Myös vapaamuotoisia lauseita, joita rintasyöpäpotilaat olivat kirjoittaneet vastauslomakkeeseen, käytettiin. Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että vastanneet olivat tyytyväisiä suurimmalta osin saamaansa ohjaukseen. Muutamilla ohjausalueilla esiintyi hieman tyytymättömyyttä saatuun ohjaukseen, kuten fysioterapian ja sosiaalihoitajan ohjausalueilla. Vähäisen vastausmäärän perusteella oli kuitenkin vaikea todeta, olivatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.

Hautamäki-Lammisen, Kellokumpu-Lehtisen, Lehdon, Aallon ja Miettisen (2008, 151-165) Hoitotiede-lehden artikkelissa, Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen, kuvataan syöpäpotilaiden käsityksiä seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta sairauden aikana. Tutkimus oli laadullinen ja tiedonkeruujärjestelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2001-2003 yliopistollisen sairaalan syöpätautien klinikan potilailta. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä. Artikkelissa seksuaalisuuteen kuului kumppanuus, hellyys ja läheisyys, vahva sukupuoli-identiteetti, käsitys omasta viehättävyydestä, toisen vetovoimaisuus ja seksuaalinen nautinto. Tutkimuksen aineiston mukaan seksuaalisuuden muuttumisen kokemukseen syöpäsairauden aikana vaikuttivat koetut muutokset viehätysvoimassa ja rakasteluhalussa sekä sairauden myötä ilmaantuneet fyysiset oireet. Valtaosa potilaista arvioi parisuhteen muuttuneen syöpäsairauden aikana ja lähes puolet arvioi parisuhteen parantuneen ja osa koki sen huonontuneen.

Hännisen, Kolehmainen ja Kuitusen (2006) opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Pieksämäen sairaalan päiväkirurgisten potilaiden saamaa preoperatiivista ohjausta ja sen merkitystä kotona selviytymiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaista ohjausta päiväkirurgiset potilaat olivat saaneet ennen toimenpidettä ja miten ohjaus oli tukenut kotona selviytymistä toimenpiteen jälkeen. Tutkimusaineisto kerättiin kyselytutkimuksella keväällä 2006. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Pieksämäen sairaalan päiväkirurgisen yksikön potilaat. Kyselyyn vastasi 45 potilasta, 28 naista ja 17 miestä. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimustulokset analysoitiin tilastollisesti SPSS -ohjelmalla ja sisällön analyysillä. Tutkimustulos osoitti, että preoperatiivinen ohjaus on toteutunut hyvin Pieksämäen sairaalan päiväkirurgisessa yksikössä. Preoperatiivinen ohjaus oli tukenut potilaiden kotona selviytymisessä, mutta ohjauksessa tulisi kuitenkin huomioida paremmin toimenpiteen vaikutus potilaiden ohjaustarpeisiin. Postoperatiivista kotisoittoa toimenpiteen jälkeisenä päivänä potilaat pitivät tarpeettomana.

Vuokilan (2005) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi hoitajat kokevat työnsä ja miten he ottavat huomioon potilaiden hengelliset tarpeet hoitotyössä. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistensairaalan ontologisen osaston perus- ja sairaanhoitajat. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja sitä täydentävän haastattelun avulla. Kyselylomakkeita jaettiin 21 kappaletta. Haastattelu tapahtui sähköpostitse tai puhelimitse, ja se oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastasi kahdeksan hoitajaa ja haastatteluun osallistui kaksi hoitajaa. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja tutkimuksen analyysissä käytettiin sisällönanalyysiä. Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajat kokivat onnistuneensa työssään gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kanssa parhaiten kun potilas-hoitaja suhde oli luottamuksellinen ja avoin sekä vuorovaikutus toimii potilaiden kanssa. Hoitajat kokivat tutkimuksessa myös hengellisyyden kuuluvan osaksi syöpäpotilaiden hoitotyötä.

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2006, 4-13) Hoitotiede-lehden artikkelissa, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelmasta, kuvattiin terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta sairaalassa, kuvattiin terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksen resursseista, ohjaustoiminnasta ja ohjauksen kehittämishaasteista sairaalassa. Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelma, joka osallistui tutkimukseen, valittiin suhteellisella kiintiöinnillä yhdestä sairaalasta. Tutkimuksessa käytettiin strukturoituja kysymyksiä, joiden vastaukset analysoitiin tilastollisesti. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimus osoitti että terveydenhuoltohenkilöstön tiedot sairauden hoidosta ja hoidon jälkeisestä voinnista olivat hyvät. Ohjausmenetelmistä hallittiin hyvin suullinen yksilöohjaus ja muut ohjausmenetelmät olivat huonompia. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelma huomioi ohjaustoiminnassa potilaan aktiivisuuden tukemisen ja lisäksi ohjaus oli potilaslähtöistä. Tutkimus osoitti myös, ettei ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa aina kuitenkaan otettu potilasta tai hänen elämäntilannettaan huomioon.

Alminoja (2002) on tehnyt opinnäytetyön, jossa hän tutki kohdunpoiston vaikutusta naisen elämään ja naiseuteen kohdunpoiston jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli ottaa selvää kohdunpoiston vaikutuksista sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen kohteena olivat eri elämäntilanteissa olevat naiset. Aineistoa kerättiin lähettämällä kyselylomake 50 naiselle, joille oli tehty kohdunpoisto joko vatsanpeitteiden läpi, emättimen kautta tai tähystyksellä. Tutkimukseen vastasi 38 naista. Avoimien kysymysten vastaukset tulkittiin käyttämällä sisälön analyysiä. Tutkimustuloksissa positiivisuus oli keskeisin piirre sekä ennen, että jälkeen kohdunpoiston. Potilaat kokivat tärkeäksi oman pohdiskelun ennen leikkausta, miltä se tuntuu ja mitä siltä odottaa. Odotettiin, että elämänlaatu paranee, ja elämää vaivanneet kivut ja vuodot poistuisivat. Potilaat odottivat tämän vaikuttavan myös seksuaalielämään. Puolison antama tuki nähtiin tärkeänä ja yhtenä keskeisimmistä voimavaroista. Myös muiden läheisten antama tuki korostui. Leikkauksen jälkeen koettiin iloa ja helpotusta parantumisesta ja elämänlaadun kohoamisesta.

3.3 Gynekologisen potilaan postoperatiivinen ohjaus

3.3.1 Hoitotyön ohjaus

Hoitotyön ohjaus on laaja käsite, joka kattaa erilaisia viestimisen keinoja. Ohjauksesta voidaan käyttää rinnakkain erilaisia termejä, kuten neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007. 5.) Potilasohjauksen merkitys on korostunut lyhyiden hoitajaksojen myötä. Interventiotutkimuksilla on voitu osoittaa ohjauksella olevan positiivisia vaikutuksia. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Asiakkaalle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hän luo valinnoillaan lopulta itse omaa elämäänsä (Kyngäs ym. 2007, 12).

”Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy, ja mitä hän haluaa tietää, sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia - kun asiakkaalla on riittävästi tietoa, hän pystyy viime kädessä itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi” (Kyngäs, ym. 2007). Ohjaus rakentuu niille asioille, jotka asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen (Kyngäs ym. 2007.) Lipponen (2006, 22-23) jatkaa, että potilasohjauksella tuetaan potilaan omien voimavarojen löytymistä ja siten aktivoidaan potilasta ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin.

Sairaanhoitajan antama ohjaus perustuu näyttöön tai hyväksi havaittuun menetelmään (Kyngäs ym. 2007, 62). Ohjauksesta on jokaisessa yksikössä erikseen sovitut käytännöt, ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä helpottaa, kun kaikki tietävät mitä esimerkiksi gynekologisen osaston postoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on kuitenkin aina hoitajan kyky arvioida yksilöllisesti ohjauksen kulku. Sisältöä tulee voida arvioida ja yhdistellä kriittisesti ja systemaattisesti. (Kyngäs ym. 2007, 62.)

Ohtosen (2006, 3) mukaan potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. Tilanteet eivät toistu samankaltaisina ja tulisi muistaa, että potilaille ja asiakkaille tilanne on ainutkertainen ja jännittäväkin. Ohtonen (2006) korostaakin, että potilasohjauksella on kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hoitoaikojen lyhentyminen lisää tarvetta ohjauksen kehittämiseen. Hyvällä potilasohjauksella on laajasti ajateltuna kansantaloudellista ja kansanterveydellistä merkitystä. Potilasohjauksen merkitys on syytä ymmärtää, sitä tulee kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti. Uusien potilasmuotojen kehittäminen on myös tarpeellista. Potilasohjauksella saadaan myös arvokasta asiakaspalautetta hoitotyön kehittämiseksi. Kyngäs ja Kääriäinen (2006) jatkavat, että hoitajan omien lähtökohtien tunnistaminen on edellytys hyvälle ohjaukselle. Mikäli hoitaja on tunnistanut omat edellytyksensä, hänen on mahdollista kiinnittää huomiota myös asiakkaan taustatekijöihin. Taustatekijät muodostavat todellisuuden, jossa asiakas elää ja toteuttaa hoitoaan. Ne ovat perusta asiakkaan ohjausprosessin suunnittelulle. Lipponen (2006) lisää myös, että tavoiteltuun lopputulokseen pääsemiseen vaikuttavat myös hoitoympäristö, sillä potilaat pitävät tärkeänä hoitotoimintoja, laitteita tai välineitä, hoidon aikaisia konkreettisia tapahtumia ja niiden ajankohtaa koskevia tietoja.

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) ovat määritelleet ohjauksen käsiteanalyysin perusteella hoitajan ja potilaan väliseksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutuksellisessa suhteessa. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin, sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254-255). (Taulukko 1). Opinnäytetyössä on muodostettu näiden taustatekijöiden pohjalta gynekologisen potilaan ohjaukseen syventävät osa-alueet, jotka ovat minäkuva ja psyykkinen kokemus, parisuhde ja seksuaalisuus.

Taustatekijät	
<i>Fyysiset tekijät</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ikä • sukupuoli • sairauden tyyppi • terveydentila
<i>Psyykkiset tekijät</i>	<ul style="list-style-type: none"> • terveysuskomukset • kokemukset • mieltymykset • odotukset • tarpeet • oppimistyyli • oppimisvalmiudet • motivaatio
<i>Sosiaaliset tekijät</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kulttuuri • etnisyys • sosiaalisuus • uskonnollisuus • eettisyys
<i>Ympäristötekijät</i>	<ul style="list-style-type: none"> • hoitotyön kulttuuri • fyysinen ympäristö • psyykinen ympäristö • sosiaalinen ympäristö

Taulukko 1. Esimerkkejä asiakkaan ja hoitajan taustatekijöistä Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) mukaan

3.3.2 Postoperatiivinen potilasohjaus

Perioperatiivinen prosessi sisältää ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä, intraoperatiivinen, eli leikkauksen aikainen ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2007, 80). Opinnäytetyössä käsitellään naiseutta gynekologisen potilaan postoperatiivisen ohjauksessa, eli leikkauksen jälkeisessä ohjauksessa.

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Potilaan tilan arvioiminen aloitetaan leikkaussalissa, ja arviointia jatketaan toimenpiteestä ja potilaan voinnista riippuen heräämössä, teho-osastolla, vuodeosastolla, poliklinikalla ja potilaan koto-

na. (Holmia ym. 2006, 59.) Postoperatiivisen hoidon tavoitteena on verenkierron ja hengitystoiminnan sekä muiden elintoimintojen vakauttaminen siten, että leikkauksesta ja anestesiasta toipuminen sujuisi komplikaatioitta (Tanninen & Koivula 2005, 268). Leikkauksen jälkeen korostuu potilaan vitaalitoimintojen vakauttaminen, sekä turvallisuuden tunteen ja kivuttomuuden ylläpitäminen (Holmia ym. 2006, 59-80). Holmia ym. (2006, 70) jatkavat, että gynekologisten leikkausten yhteydessä eritystoiminnan tarkkailu, sekä mahdollisten vuotojen seuraaminen ja haavojen siisteys korostuu.

Postoperatiivisen potilaan kuntoutumisen ohjauksessa huomioidaan Kyngäksen ym. (2007) mukaan potilaan *fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät, sekä ympäristötekijät*. Potilaan *fyysiset taustatekijät* (Kyngäs ym. 2007, 31), kuten ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila määrittävät paljon ohjaustarpeita. Jokainen nousee sängystä omien edellytystensä mukaisesti, ja aloittaa päivittäisien toimien harjoittelun tilanteeseen sopivalla tavalla (Holmia ym. 2006, 79). Huonosti liikkuvaa potilasta tulee ohjata pyörittelemään ja liikuttelemaan jalkoja sängyssä, kun parempikuntoista rohkaista jo nousemaan ylös veritulppariskin takia (Holmia ym. 2006, 79). Tanninen ja Koivula (2005, 269) jatkavat, että myös mahdollinen tapaturmariski tulee huomioida potilaan lähtiessä sängystä ensimmäisen kerran liikkeelle. Taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Vältteleekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä (Kyngäs ym. 2007, 29-31). Hoitajan tulee arvioida, onko ohjaukseen tällöin tarpeellista ottaa mukaan esimerkiksi omaiset tai kotihoito. Ohjausta annetaan sekä kirjallisesti että suullisesti. (Tanninen & Koivula 2005, 269.)

Psyykkiset taustatekijät (Kyngäs ym. 2007, 32-35) otetaan postoperatiivisen potilaan ohjauksessa huomioon. Potilaan mielialaan vaikuttaa käytetty anestesiamenetelmä ja lääkitys, leikkaushoitoa vaatineen sairauden luonne, kipu, potilaan henkilökohtaiset uskomukset sekä leikkausta edeltänyt pelko ja ahdistus (Holmia ym. 2006, 79). Henkiseen vireyteen ja mielialaan voivat vaikuttaa myös fyysiset tekijät, kuten kipu, riittämätön hapetus tai virtsaamisen tarve (Tanninen & Koivula 2005, 269). Potilaan psyykkisiä taustatekijöitä tuetaan kotiutumisvaiheessa antamalla yhteystiedot sairaalaan, ja toimintaohjeet jos kipuja tai muita komplikaatioita esiintyy (Tanninen & Koivula 2005, 269).

Kyngäksen ym. (2007) mukaan asiakkaan käyttäytymisen ymmärtämiseksi ja ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi häntä tulee tarkastella *sosiaaliset taustatekijät* huomioiden osana ympäristöään ja maailmankuvaansa. On aina tärkeää varmistaa potilaalta, millainen tukiverkosto hänellä on, miten tärkeänä hän pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaisten tuki voisi auttaa häntä. Toisaalta on olennaista huomioida myös omaisten ohjaustarpeet ja heidän käsityksensä potilaan ohjaustarpeista. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Monissa kulttuureissa perheen merkitys on paljon laajempi kuin meillä. Kun joku perheenjäsenistä sairastuu, koko perhe pyrkii huolehtimaan hänestä jollain lailla. (Eskola & Hytönen 2002, 27.) Kulttuurisissa taustatekijöissä tulee huomioida myös ohjauksen selkeys, ohjauskieli sekä mahdollinen tulkkausavun tarve.

Gynekologiassa korostuva intimitteetti on myös huomioitava erityisen hyvin, kun kulttuurit kohtaavat. Esimerkiksi islaminuskossa kätkeytyjä vartalonosia ei haluta aina näyttää edes lääkärille. Tässä tilanteessa lääkärin tai hoitajan olisi oltava samaa sukupuolta potilaan kanssa. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä. 2006, 44-48.)

Sosiaalisten taustatekijöiden kartoittaminen postoperatiivisen potilaan ohjauksessa on tärkeää monien käytännön asioiden, kuten esimerkiksi lääke- ja haavahoidon toteutumisen takia. Potilaan sosiaaliturva ja vakuutusasiat, sekä mahdollinen sosiaalihoitajan tuen tarve tulee kartoittaa. Hoitaja keskustelee myös potilaan, tai hänen omaistensa kanssa, tarvitaanko jatkohoitopaikkaa tai kotiapua. (Tanninen & Koivula 2005, 270.)

Postoperatiivisen hoitotyön onnistumisen edellytyksenä on hyvä ohjaus (Holmia ym. 2006, 80). Kaikessa postoperatiivisessa ohjauksessa tulisi huomioida Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) määrittelemät *ympäristötekijät*, joista merkittävin on huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. Potilaan turvallisuutta lisää myös tieto henkilökunnan läsnäolosta. Hoitaja viestii omalla käytöksellään arvostamansa potilaan identiteettiä, integriteettiä ja intimitteettiä (Holmia ym. 2006, 80) ja parantaa näin psyykkistä ilmapiiriä. Potilaan hoidossa ja ohjauksessa toteutetaan yksilöllisyyden periaatetta, eli arvioidaan yleisten hoito-ohjeiden käyttökelpoisuus jokaisen potilaan kohdalla jokaisessa hoitotilanteessa.

3.3.3 Naistentaudit ja gynekologinen potilas

Naistentaudeilla tarkoitetaan naisen sukupuolielinten ja niiden toiminnan erilaisia häiriöitä ja tautitiloja. Lääketieteessä tämän erikoisalan nimi on gynekologia. Naistentautien potilaat ovat hyvin eri-ikäisiä. Osa heistä tarvitsee kirurgista hoitoa. Osalla on tulehdustauteja, jotkut tulevat tutkimuksia varten tai saamaan gynekologisen syövän takia säde- tai sytostaattihoitoa. Osalla voi olla alkuraskauteen liittyviä häiriöitä tai ongelmia. (Eskola & Hytönen 2002, 22.)

Suomessa tehdään vuosittain 40 000 gynekologista leikkausta, joista yleisin on kohdunpoisto. Kohdunpoistoleikkauksia tehdään vuodessa noin 10 000. Potilaat ovat keskimäärin 45-vuotiaita. Yli puolet leikkauksista tehdään hyvänlaatuisten lihaskasvainten eli myoomien takia. (Eskola & Hytönen 2002, 332.)

Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat tyypillisiä sukukypsässä iässä olevilla naisilla (Eskola & Hytönen 2002). Mäenpää ja Pakarinen (2004, 216-221) jatkavat, että ulkosynnyttimissä, emättimessä ja kohdunkaulassa esiintyy lukuisia hyvänlaatuisia kasvaimia. Visvasyyli eli kondylooma on yleisin ulkosynnyttimien hyvänlaatuinen kasvain, joka on ihmisen papilloomaviruksen aiheuttama epiteelimuutos. Laserkirurgia on kondyloomien tärkein hoito.

Muita ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan hyvänlaatuisia kasvaimia ovat mm. erilaiset kystat, myoomat ja polyypit (Mäenpää & Pakarinen 2004). Myooma eli kohdun lihas- ja

sidekudoksen kasvain on naisen yleisin kasvain. Se saattaa esiintyä kohdussa monilukuisena tai yksittäisen kasvaimena. Useimmat myoomat ovat oireettomia ja saattavan löytyä sattumalta, tällöin sitä ei tarvitse hoitaa. Jos siitä on haittaa, poistetaan joko pelkkä myooma tähystyksellä, tai sitten jos myoomia on paljon koko kohtu kirurgisesti. (Eskola & Hytönen 2002, 342-343.)

Gynekologisiin syöpiin kuuluvat ulkosynnytin syöpä, emätinsyöpä, kohdunkaulan syöpä, kohdun rungon pahanlaatuiset kasvaimet, istukkasyyöpä sekä munasarja ja munanjohtimen syövät (Eskola & Hytönen 2002). Salmi ja Leminen (2007,451) toteavat, että vuosittain todetaan noin 1500 uutta gynekologista syöpää. Kohdunkaulan syöpä on ollut yleisin gynekologinen syöpä, se on kuitenkin muuttunut selvästi harvinaisemmaksi seulontojen ansiosta. Nykyisin kohdun runko-osan syöpä ja munasarjasyöpä ovat yleistyneet, ja ovat tällä hetkellä yleisimmät gynekologiset syövät.

Inkontinenssi on kontrollin menetys virtsaamisessa. Se voi olla tilapäistä tai pysyvää. Asiakas ei voi kontrolloida ulkoista virtsaputken sulkijalihasta. Vuoto voi olla jatkuvaa tai ajoittaista. (Potter & Perry, 2002, 767.) Suomessa noin 400 000 ihmistä kärsii ajoittain tai pitkäaikaisesti virtsankarkailusta. Kuitenkin vain pieni osa potilaista hakee vaivoihinsa ammattiapua, vaikka sitä olisi saatavilla. Virtsaamisvaivoihin liittyvien sairauksien määrittely ja hoito ovat kehittyneet hyvää vauhtia viimeisten vuosien aikana. (Lehtonen, T. & Nilsson, C-G. 2000.) Potter & Perry (2002) jatkavat, että inkontinenssi on yleinen ongelma, joka voi kehittyä jokaisen ikäiselle ihmiselle. Inkontinenssilla on vaikutusta kehon kuvaan ja *sosiaaliseen* vuorovaikutukseen. Vaatteet kastuvat virtsasta, ja sen mukana haju lisää häpeällisyyttä. Asiakkaat, joilla on tämä ongelma välttävät usein fyysistä ja sosiaalista toimintaa. Vanhemmat aikuiset ovat alttiimpia inkontinenssille, sen vuoksi että heillä on toiminnallisia rajoituksia ja ympäristötekijät, joissa he elävät altistavat inkontinenssille.

3.4 Naiseus

Naiseuden määrittelyyn vaikuttavat kulttuuri, uskonto, historia sekä käsitteen monenlaiset eri katsontatavat. Opinnäytetyössä naiseuteen liittyvät osa-alueet on jaettu kolmeen eri teemaan, jotka ovat minäkuva ja psyykinen kokemus, parisuhde sekä seksuaalisuus. Teemoista minäkuva ja psyykinen komeus on yhdistetty yhteiseksi teemaksi. Opinnäytetyössä selvitetään, miten nämä teemat näkyvät gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa. Rosenberg (2007, 12) toteaa, että sairastuminen koskettaa naisen elämän kaikkia osa-alueita ja kaikkea inhimillistä. Tunnetasolla se vaikuttaa itsetuntoon, minäkuvaan, seksuaaliseen minäkuvaan, parisuhteeseen, ihmissuhteisiin ja myös usein käytännön seksitoimintoihin. Rosenberg (2007, 12) kuitenkin vakuuttaa, että vaikutukset ovat äärimmäisen yksilöllisiä ja eritasoisia.

3.4.1 Minäkuva ja psyykkinen kokemus

Nikunen, Gordon, Kivimäki ja Pirinen (2001, 12-13) ovat kuvanneet, että ”Naiseus” asettuu ”naisen” ja ”naisellisuuden” väliin ideaalin representaatioksi, toisaalta kulttuurisena ja olemuksellisena, toisaalta ruumiillisena. Heidän tutkimuksessaan olemuksellisuuteen nähtiin kuuluvan viittauksia, kuten elämän perusvoima, elämä itse, mitä merkitsee olla nainen, naisen syvin olemus ja essentiaalinen olemus. Tämä kuvaa hyvin sitä, kuinka yksilöllistä ja kokemuksohtaista naiseus on. Tämä asettaa myös tutkijalle haasteen naiseuden määrittelyssä. Nikusen ym. (2001) tutkimuksessa naiseuden määrittely ruumiillisuutena nähtiin enemmän selkeinä assosiaatioina, joita olivat esimerkiksi napa, veri, kuukautiset, huulet, pehmeä, kaaret ja hormonit. Ruumiillisuus kytkettiin myös mahdollisuuteen muuttua, ja koettiin että naiseuteen liittyy valinnanmahdollisuus esimerkiksi kieltäytyä ns. miesten töistä

Nikusen ym. (2001, 180-181) teoksessa naisellisuutta ja naiseutta verratessa on naiseus nähty ihmisen syvänä olemuksena, kun taas naisellisuus enemmän käyttäytymisen sääntöinä. Samalla kun naiseutta pidetään oletusarvona, siitä tulee myös jokaiselle naiselle pakollinen päämäärä, josta suoriutua. Naiseuden ilmeneminen nähdään siis luonnollisena, ei opittuna. Siksi sitä voidaan pitää moraalisesti sitovampana, kuin naisellisuuden asettamia vaatimuksia. Jos naiseus ei toteudu, jotain on vialla. Esimerkiksi ajatus, että äitiys toteuttaa naiseuteen liittyvän potentiaalin, on tämän tason vaatimus.

Minäkuvan muuttuminen voi olla ennalta pelätty asia, ja sillä voi olla suuri vaikutus ihmisen elämälle ja sen laadulle. Mitä lähempänä seksuaalisuuteen tai seksitoimintoihin vaikuttavia alueita ollaan, sitä suurempi vaikutus niillä yleensä on. Koska minäkuvan muutos voi aiheuttaa häpeän ja huonommuuden tunteita, se voi rajoittaa myös sosiaalista kanssakäymistä ja harrastuksia. Nämä kaikki tekijät ovat tärkeitä, sillä hyvä itsetunto ja oma käsitys naisellisuudesta ja haluttavuudesta ovat seksuaalisen nautinnon kokemisen perusedellytyksiä. (Rosenberg 2007, 20-21.) Rosenberg (2007, 12) jatkaa, että sairaudesta ja raskaista hoidoista huolimatta pitäisi löytyä voimia myös tunteiden selvittämiseen, mutta ihmisten lähtökohdat selviytymiselle ovat erilaiset. Jotkut tarvitsevat paljon aikaa ja työtä, osa pääsee vähemmällä. Osa ihmisistä tottuu nopeasti uuteen minäänsä, osalla se vie aikaa ja osa ei totu koskaan (Rosenberg 2007, 21).

Minäkuvan muutos voi näkyä sisäisenä minäkuvan muutoksena ja ulkoisen minäkuvan muutoksena. Sisäisessä minäkuvassa muutos ei näy päältäpäin, mutta sen olemassa olon tietää ja kokee, ja se aiheuttaa rikkinäisyyden tunteen. Sisäisen elimen poisto tai kehon toiminnon menettäminen tai muuttuminen voi aiheuttaa muutoksen aliarviointia sen näkymättömyyden vuoksi. Tämä taas voi aiheuttaa elämän laadun laskua sekä vaikeuttaa parisuhdetta tai sen solmimista. Ulkoisen minäkuvan muutokset, kuten kaljuus, isot arvet, näkyvien elinten poistot, toiminnalliset muutokset, näkyvät niin itselle kuin muille. (Rosenberg 2007, 22.) Kukaan

muu ei voi parantaa kenenkään minäkuvaa, vaan sekä aloitus että työstäminen tulee omasta itsestään. Minäkuvan muutokset ja niiden kokeminen ovat intiimi ja haavoittuva alue (Rosenberg, 2007, 23.)

Gynekologinen syöpä vaikuttaa oleellisella tavalla naisen näkemykseen itsestään naisena, seksuaalisena ihmisenä ja partnerina (Wilmoth ja Spinelli 2000). Arvet, turvotus, karvojen lähteminen, inkontinenssi ja mahdolliset avanteet vaikuttavat kaikki negatiivisesti ihmisen käsitykseen omasta kehostaan. Ongelmiin kuuluu muuttunut käsitys itsestä, huonontunut itse-tunto ja itseluottamus sekä tuntemus siitä, että naisellisuus on kärsinyt. (Roberts 1992.)

Sairastumisen aiheuttaman kriisin vuoksi varsinaiset naiseuteen ja minäkuvan eheytymiseen liittyvät kysymykset eivät alussa ehkä kiinnosta potilasta, tai hänellä ei ole voimavaroja pohdita niitä. Tämän takia ne kannattaa jättää seurantakäyntien yhteyteen, ellei potilas niitä erikseen mainitse. On erittäin tärkeää kuitenkin muistaa ottaa ne esille jatkossa ja tämä voidaan turvata esimerkiksi merkitsemällä ne kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. (Rosenberg 2000, 185.) Rosenberg (2007, 41) jatkaa, että ongelmat ihmisen seksuaalisuudessa ja myös parisuh-teissa ovat erittäin yleisiä kaikkialla, eivät vain sairailta ihmisillä. On tavallista, että omaa elämää naisena ei kovinkaan paljon pohdita. Sairaus ja hoidot luovat siihen mahdollisuuden ikään kuin pakottamalla pohtimaan ja keskustelemaan ongelmista. Sairauden ja hoitojen aiheuttamat muutokset saattavat siis käynnistää myönteisen pohdinnan, jonka perusteella löytyykin rohkeutta ja mahdollisuus jopa entistä parempaan elämään.

3.4.2 Parisuhde

Naiseutta on pohdittu jonkin verran osana sukupuolisuutta ja parisuhdetta. Näre (2004, 85) on tutkinut, että naisen on vaikea hakea elämässään merkitystä miehistä, jos he kokevat nämä liian heikkoina. Länsimainen kuva naisen ja miehen suhteesta perustuu oletukseen miehen vahvuudesta, johon nainen voisi nojata. Suomalaisessa sukupuolikulttuurissa tämä ei näytä pitävän paikkaansa. Näre (2004, 85) haastatteleminen naisten puheessa välittyi sen sijaan kuva, jossa nainen joutuu tavalla tai toisella kannattelemaan miestä. Tähän epäsuhtaan naiset vaikuttavat kyllästyneen. Rosenberg (2007, 31) korostaa, että parisuhteen selviytymistä tukevat toisen kunnioittaminen, rakkaus, kyky keskustella, yhdessä aikaisemmin opitut selviytymiskeinot ja kumppanin tukeminen. On tärkeää, että halutaan ymmärtää toista, vaikka se ei aina niin helppoa olekaan. Miehen on vaikea ymmärtää naiseuteen ja naisen seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä.

Parisuhde kuuluu kiinteästi potilaan elämään. Kriisi ja selkeytymätön minäkuva voivat aiheuttaa siihen sairaalasta kotiinpaluun yhteydessä vaikeuksia, jotka tuntuvat ylivoimaisilta. Jännite parisuhteessa saattaa kohota, ja vaikeita tilanteita pyritään välttämään ja siirtämään sillä seurauksella, että niistä tulee entistä vaikeampia. Hoitajan avoin suhtautuminen ja kes-

kustelu voivat auttaa potilasta ja hänen kumppaniaan ymmärtämään tilanteen ja selviytymään siitä paremmin. Kun he kuulevat ongelmien olevan yhteisiä muissakin parisuhteissa ja saavat neuvoja ja ratkaisumalleja, vaikeudet tuntuvat vähemmän pelottavilta ja ahdistavilta. Usein myös huumori on keino, joka auttaa. (Rosenberg 2000, 187.)

Gynekologisissa sairauksissa kuten syövässä, vaikutukset parisuhteisiin ovat yleisiä, ja parisuhteessa tapahtuu aina jonkinlaista liikettä. Tilanteesta yleensä selvittää, jos asioista on opittu puhumaan ja ennen kaikkea jos kumppanit kunnioittavat toisiaan. Parisuhteet eivät kuitenkaan ole aina täydellisesti toimivia, ja muutostilanne saa aikaan monenlaisia ongelmia. Tavallisimpia niistä ovat puhumattomuus, kyvyttömyys tai haluttomuus ymmärtää toisen tunteita, ajatusten kohtaamattomuus, itsekkyyden eristäytyminen, mustasukkaisuus, kumppanin sitominen sairauteen ja monet muut parisuhdekohtaiset kysymykset. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237-246.) Rosenberg (2007, 29) jatkaa, että vaikeissa elämäntilanteissa parisuhteessa tapahtuu muutoksia. Gynekologinen syöpä voi olla uhka, mutta se voi olla myös tulevaisuus. Osa parisuhteista kärsii, jotkut jopa päättyvät. Vakava sairaus voi olla se asia, joka lopullisesti ratkaisee jo heiluvan suhteen. Osa parisuhteista taas paranee ja lujittuu.

On tärkeää, että kumpikin osapuoli saa tukea. Sairas siksi, että voi tuntua nöyryyttävältä joutua toisen hoidon armoille, avuttomaksi ja on vaikea löytää minkäänlaista puolison osuutta parisuhteessa. Voi tuntua siltä, että ei ole enää edes oikeutta seksuaalisuuteen. Terve kumppani tarvitsee tukea ja mahdollisuuden keskustella avoimesti omista tunteistaan, peloistaan ja haluistaan. (Rosenberg 2006, 288) Rosenberg (2007, 30) kuitenkin korostaa, että terve puoliso tarvitsee oikeuden olla terve ja elää terveen ihmisen elämää. Häntä ei tule sitoa sairauteen. Kumppanin ei tarvitse tuntea syyllisyyttä siitä, että on terve.

Kun hoitotoimenpiteet kohdistuvat suoraan sukupuolielinten alueelle, on potilaalle annettava selkeä kuva siitä mitä on tehty ja erityisesti siitä, mitä on jäänyt jäljelle ja mitä toiminnallisia muutoksia hänelle on mahdollisesti aiheutunut. Tällä vältetään väärin luulojen aiheuttama ahdistus. Usein ihmisillä on selkeytymätön kuva siitä, millaiset heidän sukupuolielimensä ja -toimintonsa ovat, joten kannattaa käyttää piirroksia tiedon antamisen tukena. Olisi hyvä, että myös mahdollinen kumppani olisi paikalla. Täytyy kuitenkin muistaa, että kaikissa parisuhteissa siihen ei ole edellytyksiä. Potilas ja kumppani päättävät itse asiasta. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 184-185.) Rosenbergin (2007, 30) mukaan kumppani voi tukea ja kuunnella, myötäelää ja lähteä mukaan lääkärikäynnille ja hoitokierroille, ja siten osoittaa taistelevansa yhdessä puolison kanssa.

Leikatun alueen näyttäminen ensimmäisen kerran saattaa olla vaikeaa potilaalle. Potilas ei ole ehkä itsekään vielä kunnolla uskaltanut tutustua haavaan. Niin potilas kuin myös puoliso saattaa pelätä omaa kuin myös toisen reaktiota. Tilannetta helpottaa ratkaisevasti haavan katsominen sairaalassa. Hoitaja voi myös ehdottaa siteiden vaihdon ajoittamista niin, että

kumppani on mukana. Siteenvaihto sairaalassa hoitaja tekemänä saa klinisen hoitotoimenpiteen luonteen kun siihen muuten liittyisi eroottinen lataus. Näin välttyään kotona vaikealta tehtävältä ja turhalta voimavarojen tuhlaukselta. Ensimmäinen kerta on jo ohi, eikä seuraava ole enää yhtä pelottava. (Rosenberg 2000, 187.)

Rakkauselämän aloittaminen voi olla vaikea askel. On tärkeää muistuttaa potilaalle, että hän itse päättää, milloin on kypsä aloittamaan. Potilaalle on rakasteltaessa oikeus suojata kipeät alueet katseilta ja kosketukselta. Avoin keskustelu kumppanin kanssa on tärkeää. Se helpottaa ja auttaa kumppania ymmärtämään. Hoitajan tehtävä on rohkaista siihen. (Rosenberg 2000, 187.) Rosenberg (2000, 188) jatkaa, että kumppanin osallistuminen potilaan kanssa käytäviin keskusteluihin ja neuvontatilanteisiin edistää myös parisuhteen säilymistä. Käytännön kysymysten lisäksi hoitaja voi ottaa keskusteluissa esille myös tunteet ja siten jopa käynnistää parisuhteessa sisäisen keskustelun, johon muuten ei ehkä uskallettaisi ryhtyä. Rosenberg (2000, 188) korostaakin, että hoitajan ei pitäisi aliarvioida omaa osuuttaan ja mahdollisuuttaan parisuhteen tukemisessa. Se voi olla jopa ratkaiseva.

Hoitajan tulee keskustella myös yksin asuvan potilaan kanssa seksiin liittyvistä asioista. Yksin eläminen ei aina tarkoita, että ihmisellä ei ole pari- tai seksisuhdetta. Vaikka ihminen ei eläisikään parisuhteessa, hän saattaa pelätä omaa seksuaalista tulevaisuuttaan ja mahdollisuuksia solmia ihmissuhteita. Hoitajan luonnollinen suhtautuminen yksinäisyyden tuomiin ongelmiin voi rohkaista potilasta ja estää monien vaikeidenkin ongelmien syntyminen. Jos potilas ei ole aiheesta kiinnostunut, hän yleensä sanoo sen ja voidaan siirtyä muihin aiheisiin. Valinta on siis aina potilaan. (Rosenberg 2000, 186.) Rosenberg (2006, 288-289) jatkaa, että kun kyseessä on yksinäinen ihminen, hoitavan henkilökunnan osuus sairaan tukemisessa korostuu verkostojen puuttumisen vuoksi. Häntä tulee rohkaista elämään, liikkumaan muiden ihmisten joukossa. Vastausta siihen, voiko kertoa sairaudesta ja milloin, ei ole. Jokainen toimii oman persoonallisuutensa ja tilanteen mukaan. Rosenberg (2006) korostaakin, että on tärkeää viestittää henkilölle, ettei sairaus yleensä ole esteenä uusille ihmissuhteille.

3.4.3 Seksuaalisuus

Ilmosen ja Nissisen (2006, 22) mukaan Sigmund Freudilla oli huomattava vaikutus seksuaalisuuden määrittelyyn lääketieteessä. Hän kehitti seksuaalisuudelle kokonaisvaltaisen lääketieteellisen teorian, ja mallinsi siihen liittyvien ongelmien hoitoa. Hänen teoriassaan seksuaalisuuden ymmärtäminen oli avain ihmisluonnon ymmärtämiselle. Ihminen erottui muusta ihmiskunnasta ja sivilisaatio kehittyi, kun ihminen oppi kontrolloimaan ja repressiomaan seksuaalienergiaa, erityisesti naisen seksuaalisuutta.

Aiemmin käsitys naisen seksuaalisuudesta ei ollut niin voimakasta kuin miehen, eikä seksuaalinen nautinto naiselle kovin tärkeä. 1800 - luvulla katsottiin länsimaisessa lääketieteessä, että normaali ylemmän keskiluokan nainen ei juuri tuntenut seksuaalista halua tai nautintoa. (Väisälä 2006, 241.) Naisen seksuaalisuudelle on tyypillistä positiivisesti seksuaalisesti aktiivisten naisten mallien puute. Tämä näkyy selvästi nuortenkin naisten kuvauksissa seksuaalisuudesta. Naisten kokemuspöörissä puuttuvat sellaiset naiset, jotka olivat arvostettuja tai rakastettuja, ja myös aktiivisesti seksuaalisia. Oma äiti, joka yleensä on rakastettu, on myös korostetun epäseksuaalinen. Vanhemman ikäpolven naisten muistikuvissa on usein konkreettinen esimerkki ”huonosta naisesta”, jonka huonous tuli aktiivisesta sukupuolielämästä. Nuoremman sukupolven naiset voivat elää seksuaalisesti jo huomattavasti vapaammin, mutta raja on yhä olemassa. Kun seksuaalikulttuurimme ei ole suosinut naisten aktiivista, toiminnallista ja ulospäin suuntautunutta seksuaalisuutta, se on sitä vastoin antanut tilaa sensuaalisuudelle ja eroottisuudelle. (Väisälä 2006, 242.)

Naisen seksuaalisuutta ja hänen seksuaalisia tarpeitaan on pidetty jollekin muulle päämäärälle alisteisina. Useimmiten niitä on tarkasteltu miehen seksuaalisten tarpeiden tai lisääntymisen näkökulmasta. Se tarkoittaa muun muassa sitä, että seksuaalisuus on katsottu vain parisuhteen osatekijäksi, tai äitiyttä on korostettu seksuaalisena päämääränä, ei esimerkiksi nautintoa. (Väisälä 2006, 242.) Rosenberg (2007, 8) kuitenkin jatkaa, että ei tarvitse mennä montaakaan vuosikymmentä taaksepäin, kun suomalaisessa kulttuurissa seksuaalisuus oli tabu. Perinteestä huolimatta tabu on onneksi murtumassa, ja suurelta osalta jo murtunut. Yhteiskunta muuttuu ja ihmiset sen mukana. Tasa-arvo miehen ja naisen seksuaalisuudessa on olemassa. Seksuaalisuudesta osataan ja halutaan keskustella, oikeus hyvään seksuaalisuuteen ja sen merkitykseen elämälle on hyväksytty. Seksuaalisuus ollaan hyväksymässä myös ikääntyneille ja vammautuneille, syrjäytyneille ja sairaille ihmisille. Tosin tällä alueella on vielä paljon vapautumisen ja edistämisen varaan.

Seksuaalisuudella tarkoitetaan sukupuoliviettiin perustuvaa käyttäytymistä, tunne-elämän kokonaisuutta, erotiikkaa, tunneperäistä kiintymystä ja rakkautta sekä sukupuolisuutta. Seksuaalisuudesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa seksuaalista suuntautuneisuutta tai sukupuolis-

ta halua ja kyvykkyyttä. Seksuaalisuus voidaan nähdä myös kokonaisuutena, jossa on mukana biologinen, sosiaalinen, sosiokulttuurinen ja eettinen ulottuvuus. (Paananen ym. 2006, 539.)

Rosenbergin (2006, 282) mukaan on tilanteita joissa seksuaalisuus ja minäkuva saattavat nousta heti suureenkin merkitykseen. Tämä yleensä silloin kun henkilön sairaus on seksuaalisuuteen liittyvillä alueilla, hänen minäkuvansa muuttunut tai muuttumassa tai seksuaalitoiminnot ovat uhattuna, seksuaalisuus on huomioitava ja heti lähtötilanteessa, vaikka sairastunut ei niitä puheeksi ottaisikaan. Rosenberg (2007, 18) Kertoo, että haavakipu, heikko kunto ja väsymys sekä sairauden aiheuttama huoli yleensä siirtävät seksuaalisuuden ja seksin taka-alalle odottamaan. Ne eivät kuitenkaan katoa kokonaan ja toipumisen jälkeen tilanne yleensä palautuu. Rosenberg (2007, 8-9) jatkaa, että seksuaalisuus on ihmisen perusvietti. Ilman sitä ei ole ihmistäkään. Se on sekä henkinen että fyysinen käsite, psykofyysinen ominaisuus, joka liittyy kiinteästi koko elämään. Seksuaalisuus käsitteenä mielletään usein vain toiminnaksi jonka tavoitteena on seksi. Se on kuitenkin paljon enemmän. Se on yksilön yksilöllinen perustarve, suhde omaan minään ja kehoon naisena.

Yksilöllinen perussuhde seksiin pysyy elämäntilanteen tai muista muutoksista huolimatta melko samana koko elämän. Ikääntyminenäkään ei vaikuta siihen niin paljon, kuin yleensä luullaan. Ikääntymisen vaikutus seksuaalisuuteen on yksilöllistä. Yleinen käsitys on, että seksuaalisuus vähenisi iän myötä. Luulo on väärä. Nainen pysyy naisena, seksuaalisuus säilyy, mutta elämän aikana koetut asiat jalostavat, antavat tietoa ja kypsyyttä. Pitkän parisuhteen aikana seksi voi muuttua vähemmän yhdyntäkeskeiseksi, kun hellyys ja läheisyys nousevat merkittävämpään asemaan. (Rosenberg 2007, 9-11.) Rosenberg (2007, 11) muistuttaa myös, että rakkaus ja seksuaalisuus on sallittua ja normaalia kaikille ikäluokille. Ei ole olemassa ikärajaa, jonka jälkeen seksuaalisuudesta ei sairauden yhteydessä pitäisi puhua.

Seksuaalineuvonta on ammatillista, henkilökohtaista ja asiakkaan yksilöllisistä tarpeista toteutettavaa terveyskasvatusta, jonka tavoitteena on tukea asiakkaan seksuaaliterveyttä. (Paananen 2006, 554.) Rosenberg (2007, 16) jatkaa, että hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitosuhteeseen kuuluu myös seksuaalisuuden käsittely. Seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvät kysymykset eivät ole yhtään sen vähempiarvoisia kuin muutkaan gynekologisiin sairauksiin ja niiden hoitoihin liittyvät kysymykset - joskus jopa päinvastoin.

4 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus opinnäytetyössä

4.1 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee itse kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen itse kirjallisesti. Tämän tapainen aineiston kerääminen tapa soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. Sitä käytetään myös silloin, kun tutkimuksessa käsitellään

arkaluonteisia asioita. Kyselylomakkeen etuna on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeen tyypillisimpänä haittana on pidetty, että riski vastausprosentin alhaisuuteen on suuri. Tällöin puhutaan tutkimusaineiston kadosta. (Vilka 2005, 74.)

Kyselylomake on tavallisin määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa. Siitä käytetään myös metodikirjasta riippuen nimitystä postikysely, informoitu kysely tai joukkokysely (gallup), riippuen toteutustavasta. (Vilka 2005, 73.) Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Hirsjärvi ym. (2007, 190) mukaan kyselylomake on tehokas myös sen takia, koska se säästää tutkijan aikaa ja väivannäköä.

Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee rastin tai rengastaa lomakkeesta valmiin vastausvaihtoehdon tai useampia vaihtoehtoja, jos sellainen ohje on annettu (Hirsjärvi ym. 2007, 194). Monivalintakysymyksissä kysymysmuoto on standardoitu eli vakioitu. Standardoidulla kysymyksillä tavoitellaan kysymysten vertailukelpoisuutta. Vilka (2005, 86) toteaa myös, että standardoidut kysymykset ovat aina kompromissi mittauksen tarkkuuden, systemaattisuusvaatimusten ja arkikielen monimerkityksellisyyden välillä.

Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avomien kysymysten suosijat perustelevat valintansa sillä, että avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään, kun taas monivalintatyyppiset kysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Monivalinta-tehtävien suosijat taas ajattelevat, että avoimet kysymykset tuottavat aineiston, joka on sisällöltään erittäin kirjavaa ja luotettavuudeltaan kyseenalaista ja joka on vaikea käsitellä (koodata). (Hirsjärvi ym. 2007, 196.) Avomien kysymysten tavoitteena on saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä, jossa vastaamista rajataan vain vähän. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu. Mukana on aina myös yksi tai useampi avoin kysymys. Sekamuotoinen kysymys on toimiva, kun on syytä epäillä, ettei kaikkia vastausvaihtoehtoja varmuudella tunneta. (Vilka 2005, 86-87.)

Vilkan ja Airaksisen (2004, 59) mukaan kyselylomake suunnitellaan aina vastaajan näkökulmasta. Lomakkeen lähtiessä vastaajalle siinä on hyvä olla mukana vastausohjeet ja saate, jossa kerrotaan mitä tutkimus sisältää, mihin käytät tuloksia ja mikä on tutkimuksen kohde-ryhmä. Vakuuttava saatekirje saattaa vaikuttaa myös vastausten saamiseen, koska se motivoi vastaajia vastaamaan lomakkeessa oleviin kysymyksiin.

4.2 Kyselytutkimuksen toteutus opinnäytetyössä

Kyselytutkimus tehtiin 60 potilaille, jotka olivat hoitojaksolla HYKS Naistentautien osastoilla kesäkuun 2009 aikana. Tutkimuslupaa oli haettu osastojen johtavalta ylihoitajalta (Liite 1) ja eettistä lausuntoa HUS:n eettisestä toimikunnasta. Eettiseltä toimikunnalta lupa potilaiden kyselytutkimukseen myönnettiin 7.5.2009, jonka jälkeen tutkimus voitiin aloittaa.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 60 kappaletta. Osastonhoitajat antoivat lomakkeet osastonsihteereille, jotka jakoivat ne eteenpäin osastolle gynekologiseen toimenpiteeseen tulevien potilaiden esittelykansioiden väliin. Hoitajia pyydettiin ohjeistamaan potilaita niin, että he palauttavat lomakkeet kotiutumisvaiheessa niille määrättyyn postilaatikkoon tai hoitajille. Kun kaikki lomakkeet oli jaettu potilaille ja he olivat paluttaneet ne, tutkijat hakivat lomakkeet osastoilta heinäkuun 2009 aikana.

Potilaille jaettavassa kyselylomakkeessa oli mukana saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin opinnäytetyön taustasta ja tarkoituksesta. Lisäksi kyselylomakkeen alussa oli lyhyt ohjeistus siitä, kuinka vastaajien tulee kyselylomakkeeseen vastata. Ohjeistuksessa todettiin, että vastaaminen on vapaaehtoista. Kuitenkin painotettiin, kuinka tärkeää vastaaminen kaikkiin kysymyksiin on tuloksien kannalta. Lisäksi vakuutettiin, ettei vastaaminen vaikuta heidän saamaansa hoitoon ja kyselytutkimukseen vastataan anonyymisti.

Kyselylomakkeessa (Liite 3) oli monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja sekakysymyksiä. Lomakkeessa oli yhteensä 19 kysymystä. Monivalintakysymyksiä oli 16 ja avoimia kysymyksiä kolme. Monivalintakysymyksistä neljä oli sekakysymyksiä.

Kyselylomakkeessa alussa kartoitettiin vastaajien taustatiedot. Taustatietokysymyksiä oli viisi, joissa tiedusteltiin vastaajien ikää, siviilisäätystä ja lapsia. Lisäksi kysyttiin millaisessa toimenpiteessä vastaajat olivat sairaalajakson aikana sekä olivatko he aiemmin olleet sairaalassa gynekologisessa toimenpiteessä.

Kyselylomakkeen kysymykset jaettiin kolmeen osaan, jotka olivat; (1) minäkuva ja psyykkinen kokemus, (2) parisuhde ja (3) seksuaalisuus. Minäkuvan ja psyykkisen kokemuksen osuudessa kysymyksiä oli kolme. Parisuhteesta oli viisi kysymystä ja seksuaalisuudesta kuusi kysymystä. Kukin kysymys painottui ohjauksellisiin asioihin. Esitetyt kysymykset selvittivät sitä, minkälaista ohjausta he ovat hoitajilta saaneet ja kuinka merkittävänä he sen kokivat.

Naistentautien osastoilta kyselylomakkeista palautui yhteensä 40 kappaletta (40/60). 40 kappaleesta kuusi lomaketta oli palautettu tyhjänä. Yhteensä täytettynä palanneita kyselylomakkeita oli 34 kappaletta. Kyselytutkimuksen kokonaisvastausprosentti oli 67 %.

4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Eskolan ja Suorannan (2000, 85) mukaan haastattelun idea on hyvin yksinäkertainen ja järkevä. Kun halutaan tietää jotain ihmisestä, hänen ajatuksistaan ja motiiveistaan, paras keino on kysyä häneltä suoraan. Haastattelu on yksinkertaisesti määriteltynä tilanne, jossa henkilö (haastattelija) esittää kysymyksen toiselle henkilölle (haastateltava).

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelua käytetään paljon kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, koska se vastaa hyvin monia kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtia. Teemahaastattelu ei kuitenkaan ole yksinomaan kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä, vaan se on yhtä hyvin käyttökelpoinen myös kvantitatiivisesti painottuneessa tutkimuksessa. Aineistosta voidaan laskea frekvenssejä, sitä voidaan saattaa tilastolliseen analyysiin edellyttämään muotoon, ja tuloksia voidaan analysoida ja tulkita monin tavoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.)

Teemahaastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä. Tavoitteena on, että kaikissa teema-alueista vastaaja voi antaa oman kuvauksensa. (Vilkkä 2005, 101-102.)

4.4 Teemahaastattelun toteutus opinnäytetyössä

Teemahaastattelut pidettiin kahdeksalle sairaanhoitajalle. Haastatteluihin valittiin neljä hoitajaa HYKS Naistentautien kahdelta eri osastolta. Haastatteluita pidettiin yhteensä neljä. Yhteen haastattelutilanteeseen osallistui kaksi hoitajaa. Osastonhoitajat olivat valinneet yksiköstään haastateltavat sairaanhoitajat. Osastonhoitajille oli esitetty toive, että toiseen haastatteluun osallistuisi kaksi vähemmän työkokemusta omaavaa hoitajaa, ja toiseen kaksi enemmän työkokemusta omaavaa hoitajaa. Opinnäytetyön tekijät osallistuivat kaikkiin haastatteluihin.

Teemahaastattelut toteutettiin 29.5.2009 ja 10.6.2009. Hoitajille jaettiin etukäteen saatekirje (Liite 4), jossa kerrottiin opinnäytetyön taustasta ja tarkoituksesta. Hoitajia myös pyydettiin allekirjoittamaan kirjallinen suostumus siitä, että haastattelut nauhoitettaisiin. Haastattelutilanteet kestivät noin 20-30 minuuttia. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun rungon (Liite 5) mukaisesti. Teemahaastatteluiden rungot jaettiin myös hoitajille ennen haastattelutilannetta. Näin hoitajat pääsivät etukäteen tutustumaan kysymyksiin. Haastattelun alussa kysyttiin hoitajien taustatietoja, siitä kuinka kauan he olivat toimineet sairaanhoitajina, kuinka kauan he olivat toimineet nykyisessä yksikössä ja oliko heillä aikaisempaa koulutusta.

Teemahaastattelun teemat oli jaettu kolmeen osaan: (1) minäkuva ja psyykinen kokemus, (2) parisuhde ja (3) seksuaalisuus. Minäkuva ja psyykinen kokemus oli jaettu yhteiseksi teemaksi. Teemahaastattelun alussa oli erillinen osio jossa kysyttiin yleisesti ohjauksesta. Ohjauksesta oli kaksi kysymystä. Minäkuvasta ja psyykkisestä kokemuksesta, parisuhteesta ja seksuaalisuudesta oli lisäksi kustakin kaksi kysymystä. Jokaisessa kysymyksessä oli painotettu hoitajien potilaille antamaa ohjausta näiden teemojen pohjalta.

4.5 Aineiston analyysi

Aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekee analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi mutta samalla ongelmalliseksi ja työlääksi. Monet tutkijat kokevatkin juuri analyysivaiheen erityisen aikaa vieväksi ja tuskalliseksi prosessiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 135.) Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Se on tärkeä vaihe: siihen tähdätään tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Hirsjärvi ja Hurme (2006) mainitsevat myös, että jos aineisto ei ole jo keruuvaiheessa samanaikaisesti purettu ja tarkasteltu, on sen käsittelyyn ja analyysiin ryhdyttävä mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Tähän on monia syitä. Aineisto on tällöin vielä tuore ja inspiroikin tutkijaa. Jos käy ilmeiseksi, että tieto on jollakin osin vielä täydennettävä tai selvennettävä, tämä on helpommin tehtävissä heti haastattelun jälkeen. Ohjetta ei kuitenkaan tule noudattaa sokeasti. Joihinkin ongelmiin voi olla hyvä ottaa ajallisesti etäisyyttä. Yksittäisiä tuloksia on pyrittävä katselemaan laajasta perspektiivistä ja kokonaisuuden valossa. (Hirsjärvi & Hurme, 2006, 135.)

Tallennettu laadullinen aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sananasaisesti. Tätä nimitetään litteroinniksi. Litterointi voidaan tehdä koko kerätystä aineistosta tai valikoiden, esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti. Aineiston litteroiminen on tavalisempaa kuin päätelmien tekeminen suoraan nauhoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

Taulukko on taloudellinen ja objektiivinen tapa esittää monia lukuja pienessä tilassa. Lukija voi taulukon avulla vertailla lukuja ja niiden suhteita sekä tehdä omia lisälaskelmiaan. (Heikkilä, 2004, 148.) Heikkilä (2004) jatkaakin, että suuret tietomassat saadaan yleensä taulukon avulla helpommin järjestettyyn ja hallittavaan muotoon kuin kuvion tai tekstin avulla. Suora jakauma eli yksiulotteinen frekvenssijakauma kertoo muuttujan eri luokkien yleisyyden havaintoaineistossa. Jos taulukkoihin sisältyy kovin monia erillisiä luokkia, on olennaisten piirteiden havaitseminen vaikeaa. Prosenttiluvut soveltuvat eri ryhmien välisiin vertailuihin. (Heikkilä 2004, 149.)

Sisällön analyysia voidaan tehdä joko aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä sisällönanalyysinä. Teorialähtöinen sisällönanalyysi eroaa aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä siten, että

teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on tutkittavien antamien merkitysten avulla uudistaa teoreettista käsitystä tai mallia tutkittavasta asiasta. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvaa tutkittavien merkitysmaailmaa ja tavoitteena on ensisijaisesti tutkittavien toiminta- ja ajattelutapojen ymmärtäminen ja uudistaminen tutkimuksessa muodusteneiden käsitteiden, luokitusten tai mallien avulla. (Vilkkä, 2005.)

4.6 Potilaskyselyn ja teemahaastattelun analyysi opinnäytetyössä

Kerätyn aineiston analyysi toteutettiin elo- syyskuussa 2009. Analyysivaiheeseen haluttiin ottaa etäisyyttä, jotta yksittäisiä tuloksia pystyttiin katselemaan laajemmasta perspektiivistä. Kyselylomakeaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 17.0 for Windows -ohjelman avulla. Aineisto kuvailtiin frekvenssi- ja prosenttijakaumin. Kerätyn aineiston tulkinta ja johtopäätösten teko toteutettiin loka-marraskuun aikana 2009.

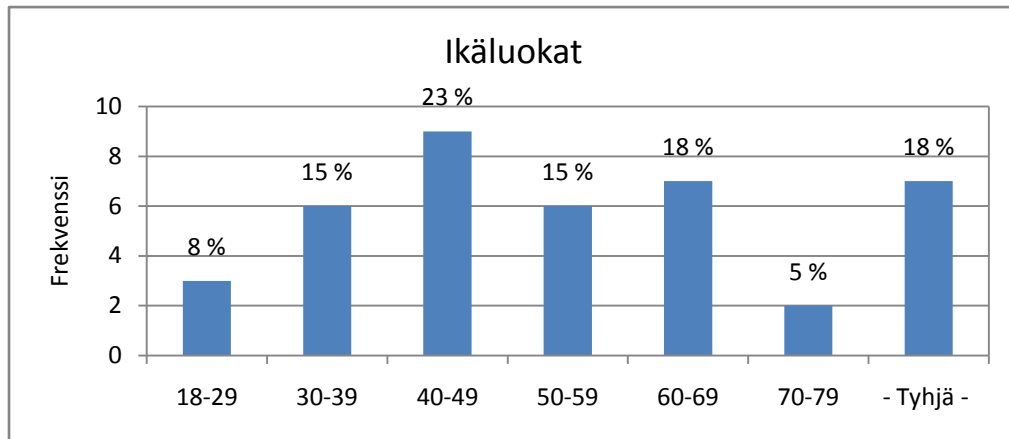
Teemahaastattelun aineiston litterointi tehtiin heti haastatteluiden jälkeen kesäkuussa 2009. Aineistosta pyrittiin saamaan hyvä yleiskuva lukemalla aineisto läpi useaan kertaan. Hoitajille esitettävät kysymykset kuvasivat hoitajien kokemuksia siitä, minkälaista ohjausta he potilaille antavat ja minkälaisena he sen kokivat, ja oliko se heidän mielestään riittävää. Teemahaastatteluiden tulosten analysointi ja tulkinta tehtiin loka-marraskuun aikana 2009. Teemahaastatteluiden analysoimisessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

5 Potilaskyselyn tutkimustulokset

Kyselylomakkeita jaettiin osastoille yhteensä 60 kappaletta, ja näistä 67 % (n = 40) palautui. Palautuneista lomakkeista 10 % (n = 6) oli palautettu tyhjinä. Kyselylomakkeiden kokonaisvastausprosentti oli 67 %.

5.1 Taustatekijät

Taustatekijöistä potilailta kysyttiin ensimmäisenä ikää. Vastaaajien ikäjakauma on kuvattu alla olevassa taulukossa (Kuvio 2).

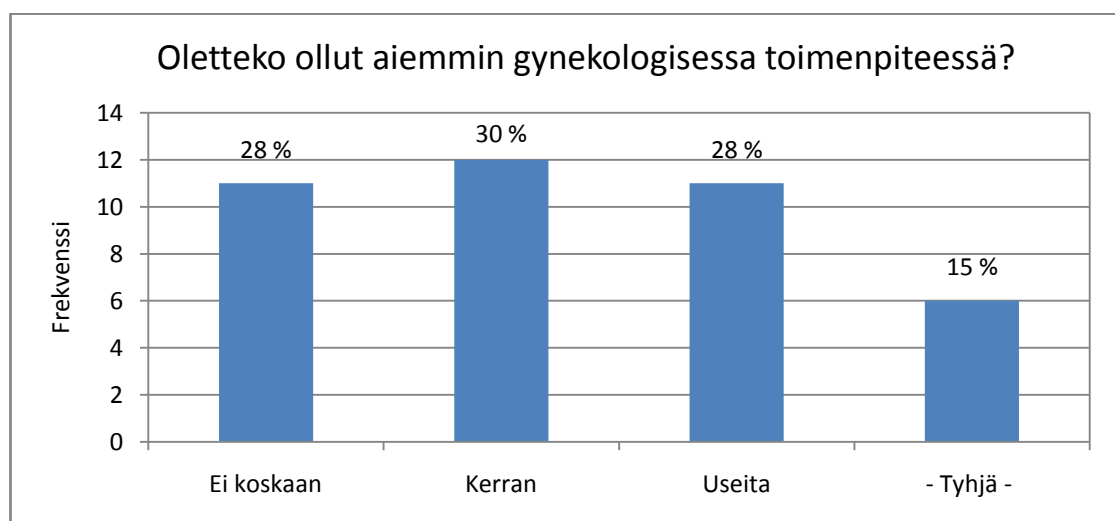


Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

Kyselyyn vastanneista 17 % (n = 7) oli naimattomia, 15 % (n = 6) oli avoliitossa, 48 % (n = 19) oli avioliitossa ja 5 % (n = 2) oli leskiä. Kysymykseen vastaamatta jätti 15 % (n = 6).

Vastaaajista 33 %:lla (n = 13) ei ollut lapsia, 15 %:lla (n = 6) oli yksi lapsi, 17 %:lla (n = 7) kaksi lasta ja 17 %:lla (n = 7) kolme tai useampi lapsi. Kysymykseen vastaamatta jätti 18 % (n = 7).

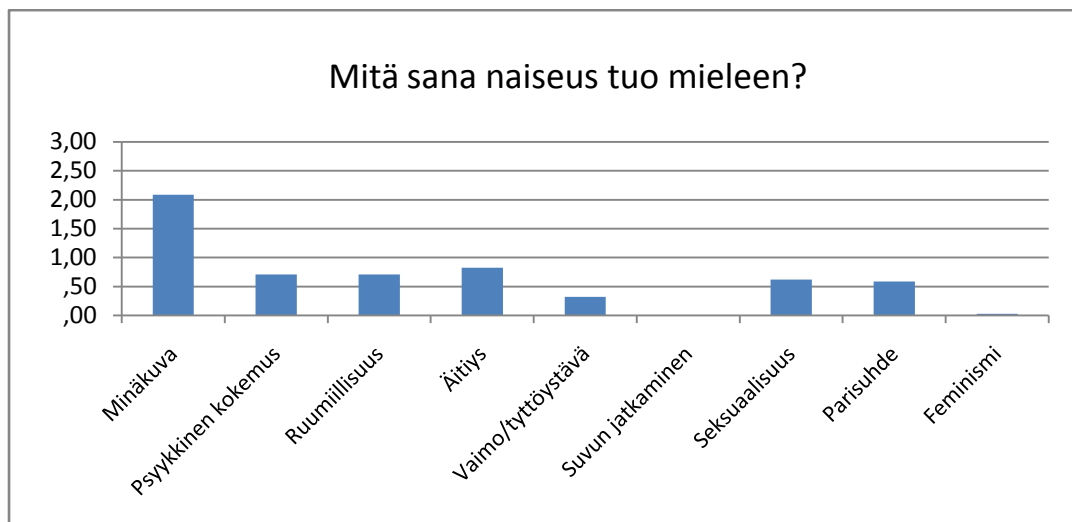
Lisäksi kysyttiin millaisessa toimenpiteessä vastaaja on ollut tämän sairaalajakson aikana. Kyselyyn vastanneista suurimmalta osalta, 43 %:lta (n = 17) oli poistettu kohtu- ja/tai munasarjat, ja 20 %:lta (n=8) oli poistettu kysta tai myooma. Toimenpiteet oli tehty joko avoleikkauksena tai laparoskooppisesti. 12 % (n=5) oli ollut inkontinenssiin liittyvissä toimenpiteissä, kuten emättimen tai virtsarakon laskeumaleikkauksessa tai TVT:ssä (tensionfree vaginal tape). 5 % (n=2) ilmoitti vain olleensa laparoskopissa ja 20 % (n=8) ei ilmoittanut, millaisessa toimenpiteessä oli ollut, tai se ei selvinnyt vastauksesta. Potilailta kysyttiin myös, olivatko he olleet aiemmin sairaalassa gynekologisessa toimenpiteessä. Alla on kuvattu vastauksen jakauma. (Kuvio 3) Vastaukset jakautuivat tasaisesti eri luokkiin.



Kuvio 3. Aikaisemmin gynekologisessa toimenpiteessä.

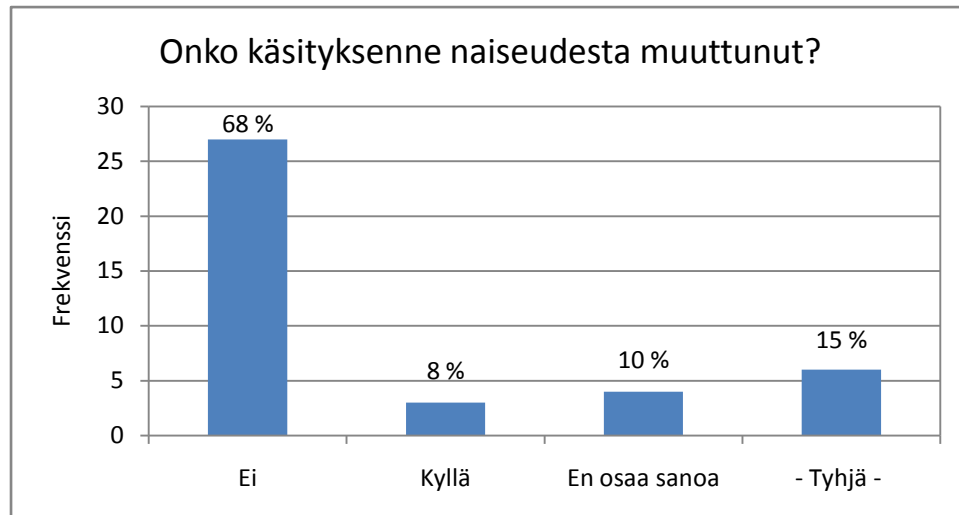
5.2 Minäkuva ja psyykkinen kokemus

Vastaajilta kysyttiin, mitä he ajattelivat naiseudesta ja mitä se käsitteenä tuo heidän mieleensä. Vastausvaihtoehdoiksi oli annettu minäkuva, psyykkinen kokemus, ruumiillisuus, äitiys, vaimo/tyttöystävä, suvun jatkaminen, seksuaalisuus, parisuhde ja feminisismi. Lisäksi oli annettu vapaamuotoinen vastausvaihtoehto. Kysymykseen ohjattiin vastaamaan niin, että vastaajan mielestä tärkein vastausvaihtoehto numerointiin ykkösellä, toiseksi tärkein kakkosella ja kolmanneksi tärkein, kolmosella. Taulukoitaessa kyselyn tuloksia, vastausvaihtoehto, joka on saanut ykkösen, on saanut kolme pistettä. Vastausvaihtoehto, joka on saanut kakkosen, on saanut kaksi pistettä. Vastausvaihtoehto, joka on saanut kolmosen, on saanut yhden pisteen ja muut vaihtoehdot nolla pistettä. Minäkuva on pidetty tärkeimpänä käsitteenä kuvaamaan naiseutta. Psyykkistä kokemusta, ruumiillisuutta, äitiyttä, seksuaalisuutta ja parisuhdetta on pidetty seuraavaksi tärkeimpinä. (Kuvio 4) Yksi vastaajista lisäsi avoimeen kohtaan käsitteen viisus.



Kuvio 4. Kyselyyn vastanneiden käsitys naiseudesta.

Kysyttäessä onko toimenpide muuttanut käsitystänne naiseudesta, 68 % (n = 27) vastasi että ei ole (Kuvio 5).



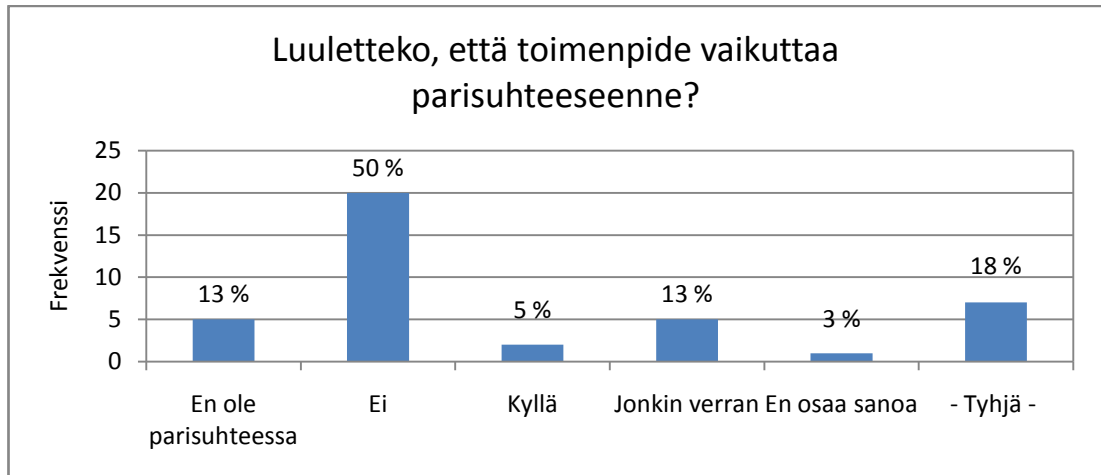
Kuvio 5. Vastaajien mielipiteitä siitä, onko toimenpide muuttanut heidän käsitystään naisuudesta.

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin vielä millaista tukea ja/tai ohjausta vastaaja olisi kaivannut leikkauksen jälkeen. Kysymykseen vastasi 63 % (n = 25). Heistä 84 % (n= 21) kokivat hoitajien antaman ohjauksen olleen riittävää. 8 % (n= 2) ei osannut sanoa, 4 % (n = 1) arveli vielä myöhemmin hoitojakson aikana saavansa ohjausta ja 4 % (n =1) koki tarvitsevansa vielä toiminnallista ohjausta liittyen seksielämään, virtsarakon toimintaan sekä jumppaohjeita.

Tärkeiksi asioiksi ohjauksessa vastaajat kokivat rohkaisemisen, henkisen tuen, sekä selvityksen siitä, mitä on tehty ja mitä jatkossa tapahtuu. Lisäksi vastaajat pitivät tärkeänä keskustelutukea, ja että kaikkiin heidän kysymyksiinsä pyritään vastaamaan. Myös läheisten ja kumppanin tuki ennen ja jälkeen leikkausta koettiin merkitseväksi.

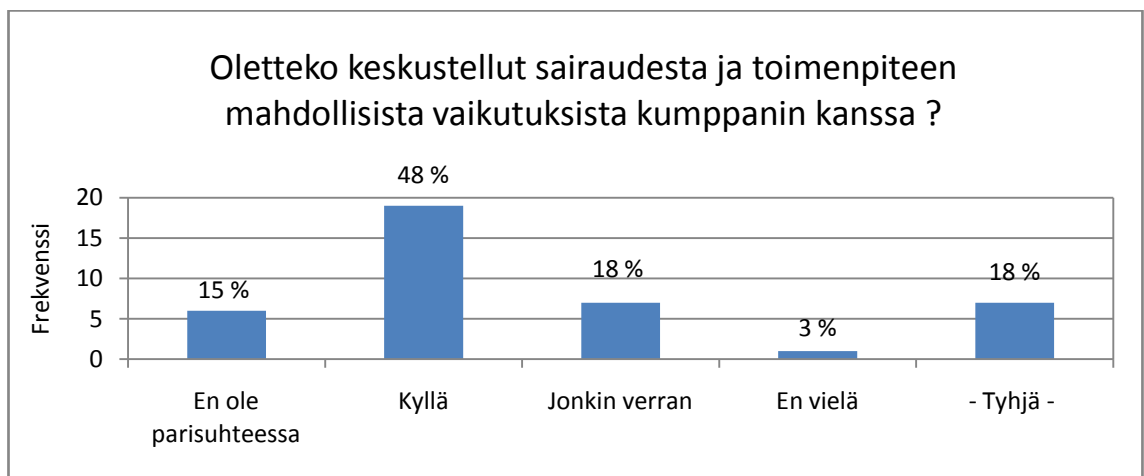
5.3 Parisuhde

Vastaajilta kysyttiin luulevatko he että toimenpide vaikuttaa heidän parisuhteeseensa (Kuvio 6). 50 % (n = 20) vastasi, etteivät usko toimenpiteen vaikuttaneen heidän parisuhteeseensa.



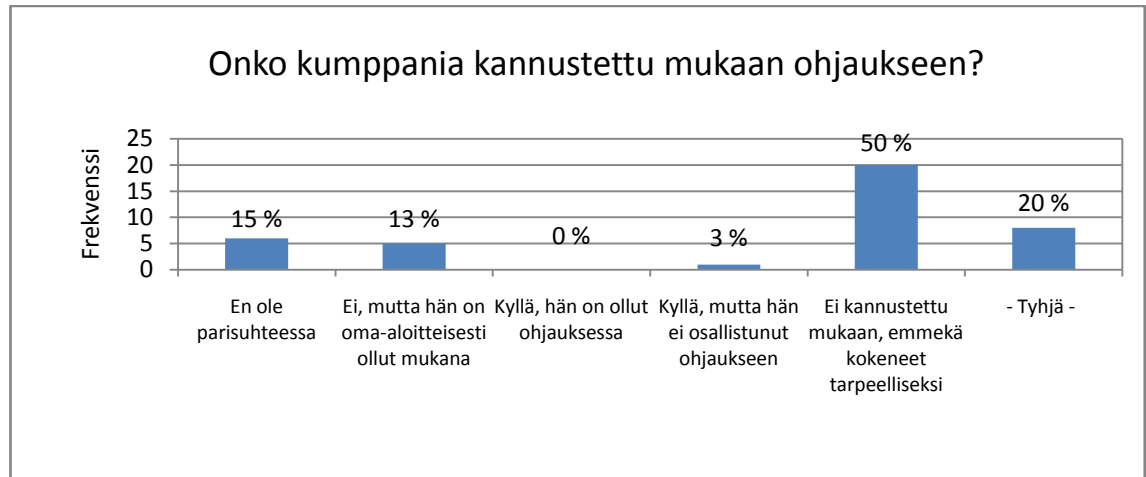
Kuvio 6. Vastanneiden mielipiteitä siitä, onko toimenpide vaikuttanut heidän parisuhteeseensa.

Vastaajilta kysyttiin myös, olivatko he keskustelleet kumppaninsa kanssa sairaudesta ja toimenpiteen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen. Suurin osa, 48 % (n = 19) oli keskustellut aiheesta kumppaninsa kanssa. (Kuvio 7)



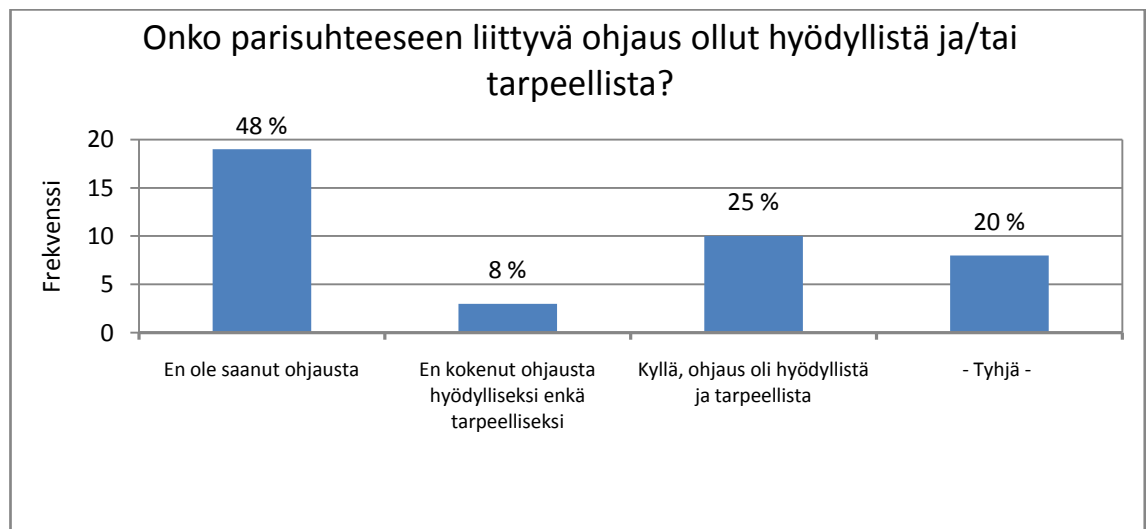
Kuvio 7. Vastaajien kommentteja siitä, ovatko he keskustelleet sairaudesta ja toimenpiteen mahdollisista vaikutuksista kumppaneidensa kanssa.

Kun vastaajilta kysyttiin onko heidän kumppaneitaan kannustettu tulemaan mukaan ohjaustilanteisiin 50 % (n=20), vastasi, ettei ole kannustettu, eivätkä he ole kokeneet sitä tarpeelliseksi (Kuvio 8). Niistä 50 %:sta (n=20), jotka vastasivat ettei kumppania kannustettu mukaan ohjaukseen, eivätkä he kokeneet sitä tarpeelliseksi. 15 % (n=3) oli pyyhkinyt loppulauseen pois, jolloin heidän vastauksensa oli ainoastaan, että kumppania ei kannustettu mukaan ohjaukseen.



Kuvio 8. Vastaajien kommentteja siitä, onko heidän kumppaneitaan kannustettu mukaan ohjaustilanteisiin.

Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin ovatko he kokeneet hoitajalta saadun ohjauksen parisuhteeseen liittyen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. vastaukset vaihtelivat suuresti, 48 % (n = 19) koki, ettei ole saanut ohjausta ja 25 % (n = 10) vastaajista kommentoi, että ohjaus oli hyödyllistä ja tarpeellista. (Kuvio 9)

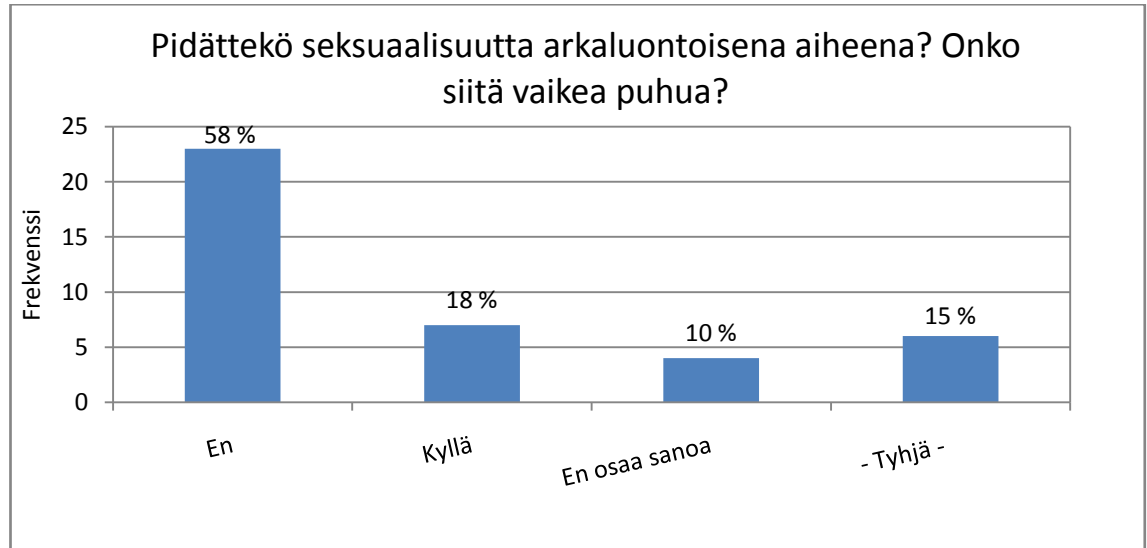


Kuvio 9. Vastaajien mielipiteitä siitä, ovatko he kokeneet hoitajalta saadun parisuhteeseen liittyvän ohjauksen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi.

Vastaajilta kysyttiin vielä avoimessa kohdassa, minkälaista ohjausta he kaipaisivat liittyen parisuhteeseen. Tähän vastasi 30 % (n=12). Heistä 67 % (n=8) vastasi, etteivät tarvitse ohjausta parisuhteeseen liittyen. Lähes kaikki olivat jättäneet vastauksen tyhjäksi, tai kommentoineet että he eivät tarvitse ohjausta parisuhteeseen liittyen. 25 % (n=3) kaipasi keskustelua seksielämään, ja sen mahdolliseen muuttumiseen liittyen ja 8 % (n=1) toivoi keskustelua yleensä parisuhteesta. Hoitajan antaman tiedon ja keskusteluavun lisäksi haluttiin kuulla muiden potilaiden kokemuksista parisuhteeseen liittyen vastaavan toimenpiteen jälkeen.

5.4 Seksuaalisuus

Ensimmäiseksi kysyttiin pitävätkö vastaajat seksuaalisuutta arkaluonteisena aiheena, ja onko siitä heidän mielestään vaikea puhua. Suurin osa eli 58 % (n=23) vastasi tähän kieltävästi. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Vastaajien kommentteja siitä, pitävätkö he seksuaalisuutta arkaluonteisena aiheena, ja onko siitä heidän mielestään vaikea puhua.

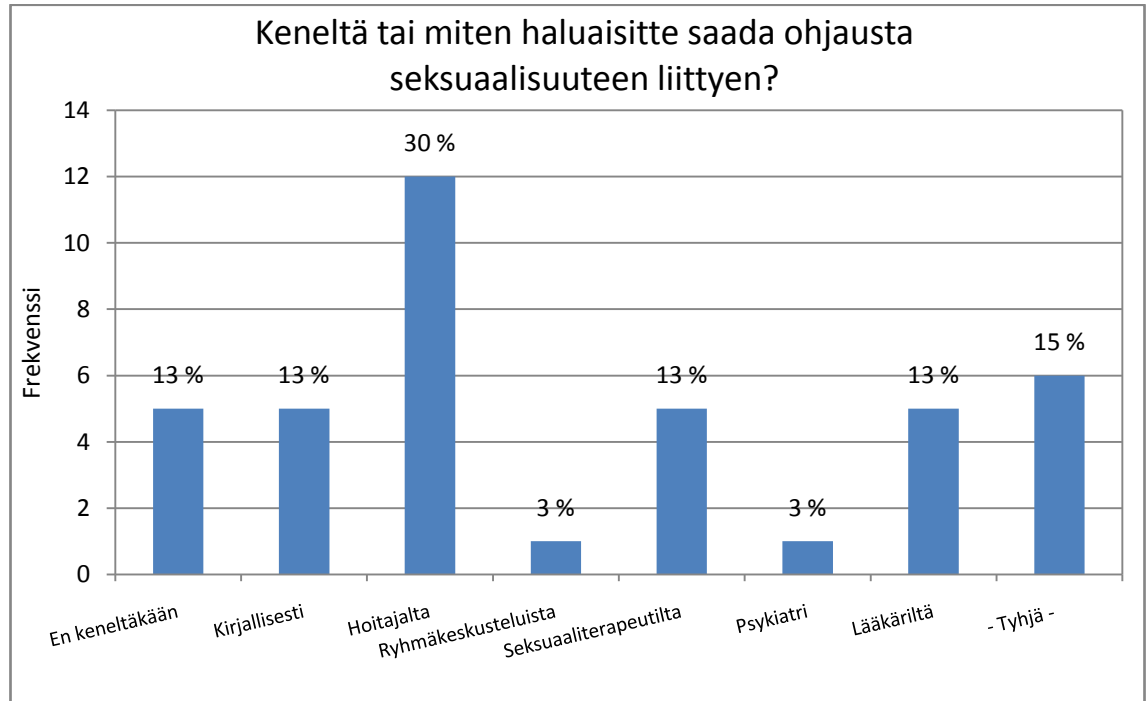
Seuraavaksi kysyttiin kokevatko vastaajat seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvän ohjauksen olevan tarpeellista. Vastaajista 43 % (n = 17) ei kokenut, 25 % (n = 10) koki ja 18 % (n = 7) ei osannut sanoa. Vastauksista 15 % (n = 6) oli tyhjiä.

Kun kysyttiin pitäisikö vastaajien mielestä seksuaalineuvonnan kuulua oleellisena osana naistentautien hoitoon, suurin osa 75 % (n = 30) vastasi kyllä, tapauskohtaisesti (Kuvio 11).



Kuvio 11. Vastaajien kommentteja siitä, pitäisikö seksuaalisuuden kuulua oleellisena osana naistentautien hoitoon.

Vastaajilta tiedusteltiin vielä, keneltä he mieluiten haluaisivat saada ohjausta seksuaalisuudesta. Annettujen vaihtoehtojen lisäksi oli annettu yksi avoin vastausvaihtoehto, tähän ei kukaan vastannut. Suurin ryhmä vastaajista 30 % (n = 12) halusi seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta hoitajalta. (Kuvio 12)



Kuvio 12. Kuvaa vastaajien kommentteja siitä, keneltä he haluaisivat mieluiten saada ohjausta seksuaalisuudesta.

Lisäksi kysyttiin missä vaiheessa hoitoa vastaajat haluaisivat keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista. 28 % (n = 11) kommentoi, että ei haluaisi keskustella. Ensikäynnillä ennen toimenpidettä halusi keskustella 23 % (n=9) ja toimenpiteen jälkeen sairaalassa halusi keskustella myös 23 % (n = 9). Sairaalasta kotiutumisen jälkeen halusi keskustella vain 13 % (n =6). (Kuvio 13)



Kuvio 13. Kuvaa vastaajien kommentteja siitä, missä vaiheessa sairautta he haluaisivat keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista.

Viimeisenä kysymyksenä vastaajilta tiedusteltiin oliko hoitajien antama leikkauksen jälkeinen ohjaus ollut heistä riittävää. 73 % (n = 29) vastaajista oli sitä mieltä että oli. (Kuvio 14)



Kuvio 14. Kuvaa vastaajien mielipiteitä hoitajien antaman ohjauksen riittävydestä.

6 Teemahaastatteluiden tutkimustulokset

6.1 Hoitajien taustatiedot

Teemahaastattelut pidettiin hoitajille kahdella eri HYKS:in naistentautien osastolla. Haastateltavia hoitajia oli yhteensä kahdeksan. Haastateltavista kahdeksasta hoitajasta seitsemällä oli lukio pohja ja yksi hoitajista oli aikaisemmalta koulutukseltaan perushoitaja. Hän oli toiminut perushoitajana 23 vuotta, ennen kuin hän valmistui sairaanhoitajaksi. Hoitajien työkokemukset jakoutuivat niin, että vähiten työkokemusta omaavalla oli kaksi vuotta työkokemusta, ja eniten työkokemusta omaavalla 21 vuotta. Hoitajien työkokemus nykyisessä työyksikössä vaihteli reilusta vuodesta 15 vuoteen.

6.2 Ohjaus

6.2.1 Gynekologisen potilaan ohjaus

Ensimmäisessä kysymyksessä hoitajilta kysyttiin, miten gynekologista potilasta ohjataan postoperatiivisesti, ja mitä asioita potilaan kanssa käydään läpi. Kaikki (8/8) hoitajat painottivat, että ohjaustavassa tulee huomioida potilaan taustatekijät ja tarpeet. Puolet (4/8) hoitajista mainitsi huomioivansa potilaan aikaisemmat sairaalakokemukset, sekä potilaan näkemykset ja tuntemukset omasta tilanteestaan. Kaksi (2/8) hoitajaa ilmoitti keskustelelevansa potilaan kanssa siitä, miten leikkaukseen liittyvistä asioista voisi puhua kumppanille.

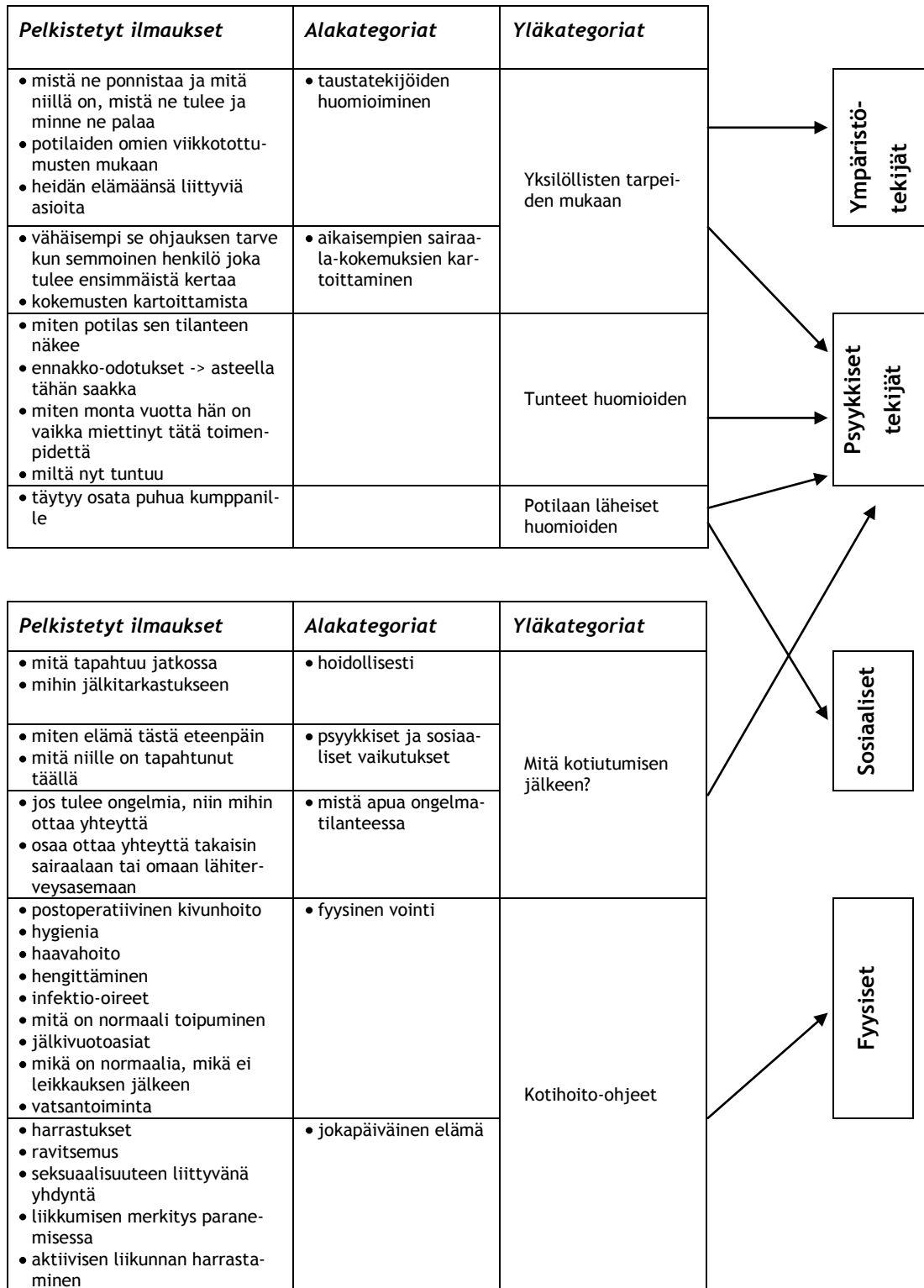
Kaikki (8/8) hoitajat sanoivat käyvänsä potilaan kanssa läpi, siitä mitä tapahtuu jatkossa, ja mihin potilas menee jälkitarkastukseen. Puolet (4/8) hoitajista myös ilmoitti varmistavansa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä, jos kotiutumisen jälkeen tulee jotain kysyttävää. Kaksi (2/8) hoitajaa mainitsi käyvänsä potilaan kanssa läpi, mitä hänelle on sairaalassaolon aikana tehty, sekä siitä miten heidän elämänsä kokonaisuudessaan jatkuu leikkauksen jälkeen.

”...heidän elämäänsä liittyviä asioita, niitä pyritään ottamaan huomioon ja niihin pyritään antamaan vastauksia...”

Hoitajista kuusi (6/8) sanoi selventävänsä kotihoito-ohjeissa potilaalle, mitä on normaali toimiminen, sekä ohjaavansa kivunhoidosta ja lääkkeiden käytöstä. Puolet (4/8) hoitajista ilmoitti ohjaavansa potilasta hygieniaan, haavahoitoon, infektoihin, jälkivuotoon ja sen määrään, sekä vatsantoiminta-asioihin liittyen. Kaksi (2/8) hoitajista mainitsi myös hengitysharjoitukset. Puolet (4/8) hoitajista sanoi ohjaavansa potilasta harrastuksiin, aktiiviseen liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Kuusi (6/8) hoitajaa ilmoitti ohjaavansa potilasta sukupuoliyhdyntäessä olemiseen liittyvistä rajoituksista gynekologisen toimenpiteen jälkeen.

”...jälkivuodon määrä, hygieniaoheistus ja siinä sitten tavallaan siihen läheisyyteen, seksuaalisuuteen liittyvänä erityisasiana on se yhdyntä. Vaikka siitä toki pitää aina sitten sanoakin, vähän miten potilas sen tilanteen näkee, että se yhdyntähän ei tietenkään oo koko se seksuaalisuus siinä...”

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) on luokiteltu hoitajien kuvaama ohjaus eri kategorioihin. Hoitajien kuvaamassa gynekologisen potilaan ohjauksessa huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) mukaan.



Taulukko 2. Miten potilasta ohjataan ja mitä asioita potilaan kanssa käydään läpi.

6.2.2 Ohjauksen riittävyys

Ohjaukseen liittyvässä kysymyksessä hoitajilta tiedusteltiin onko gynekologisille potilaille annettava ohjaus heidän mielestään riittävää. Kaikki (8/8) hoitajat olivat sitä mieltä, että ohjaus on lähes riittävää. Neljä (4/8) hoitajista painotti, että ohjaukseen panostetaan, ja ohjaus tehdään hyvin ja perusteellisesti. He toivat ilmi, että työsuunnittelu ja omahoitajajärjestelmä tukevat hoidon jatkuvuutta, mikä tukee ohjauksen riittävyttä.

”Meidän esimies on mahdollistajana tässä. Kuitenkin kun aika hyvin tuolla työsuunnittelulla annetaan mahdollisuus siihen ohjaukseen.”

Neljä (4/8) hoitajista toi ilmi, että ohjaus on riittävää, mutta korostivat että, erilaisilla tilanteilla, päivillä ja potilailla on paljon vaikutusta asiaan. Kaksi (2/8) hoitajaa koki, että ohjauksen riittämättömyys ja kiire tulee esille päiväkirurgisten potilaiden kohdalla.

”Noille meidän päiväkirurgisille potilaille, niin siinä on yleensä hirveän kiire, koska ne tulee aamulla ja lähtee illalla, ja sit ne on vielä niin pöpperössäkin vielä noista aineista, ne on kuitenkin nukutettuja potilaita, että siinä monta kertaa kokee että ei yksinkertaisesti ole sitä aikaa.”

Neljä (4/8) hoitajista kertoi, että ohjausta pyritään antamaan koko ajan potilaan ollessa osastolla hoidossa. Koko potilaan toipumisen aikana pyritään ohjaamaan ja antamaan neuvoja potilaalle. Hoitajat painottavatkin, että heidän työnsä on kaikista eniten ohjausta. Hoitajien mielestä se alkaa heti kun potilas astuu ovesta sisään osastolle.

”Ohjaus on meidän työssä aika sellanen iso alue, et me kuitenkin käytetään paljon aikaa tähän.”

Kaikki (8/8) hoitajat kertoivat, että gynekologisen potilaan ohjaus on potilaslähtöistä. Hoitajat pyrkivät ottamaan huomioon sen minkälaisesta potilaasta on kyse. Jonkun kanssa pyritään käymään enemmän asioita läpi ja jonkun kanssa vähemmän. He painottavatkin, että ohjaus lähtee aina potilaan tarpeista. Kaksi (2/8) hoitajaa toi ilmi, että potilaat ottavat joskus jälkikäteen yhteyttä puhelimitse, etteivät ole saaneet ohjausta johonkin asiaan liittyen. Puheluis- sa käy kuitenkin yleensä ilmi, että potilas on vain unohtanut saamansa ohjauksen tai ei ole pystynyt vastaanottamaan ohjausta sairaalassa ollessa. Tällöin ohjaus käydään uudestaan potilaan kanssa läpi kotiutumisen jälkeen. Kukaan (0/8) hoitajista ei tuonut selkeästi ilmi, että heidän antamansa ohjaus ei olisi tarpeeksi riittävää.

6.3 Minäkuva ja psyykinen kokemus

6.3.1 Psyykkisten asioiden ohjaus

Hoitajilta tiedusteltiin, ilmeneekö gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa myös potilaan omien psyykkisten asioiden tukemista. Kaikki (8/8) hoitajat pitivät psyykkisten asioiden tukemista tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja ohjauksessa.

”Psyykinen tukeminenhan on koko ajan mukana, eihän potilas oo sillä lailla irrallinen mikään fyysinen puoli, vaikka nää on leikkauspotilaita niin se nimenomaan se psyykinen tukeminenhan on äärettömän tärkeitä.”

Neljä (4/8) hoitajista oli sitä mieltä, että potilaiden psyykkisten asioiden tukemista on erittäin paljon gynekologisen potilaan ohjauksessa. Kaksi (2/8) hoitajista kertoi, että psyykinen tukeminen kuuluu joskus ohjaukseen, kun taas kaksi (2/8) hoitajista kertoivat sen riippuvan paljon tilanteesta. Hoitajista neljä (4/8) oli sitä mieltä, että potilaat eivät tuo psyykkisen tuen tarvetta selkeästi esille, siksi hoitajat painottivat että hoitajan tulee osata rohkaista ja ymmärtää potilasta.

”He ei välttämättä tuo sitä heti esille, ni silloin voi hoitaja ite sieltä vähän kysellä minkälainen olo sulla on, ja tavallaan niiden muiden asioiden kautta pyrkii löytää sitä ja antaa potilaalle tilaa, että hän uskaltais jossain vaiheessa esittää kysymyksiä ja ajatuksia.”

Yksi (1/8) hoitajista kommentoi, ettei hänelle ole tullut eteen tilannetta, jossa potilaan psyykkisten asioiden tukeminen olisi noussut erityisesti esille.

6.3.2 Potilaiden ohjauksen tarve

Seuraavassa kysymyksessä kartoitettiin minkälaista ohjausta ja tukea potilaat sanovat tarvitsevansa. Vastauksissaan hoitajat kertoivat, millaista ohjausta potilaat ovat heiltä pyytäneet. Taulukosta (Taulukko 3) näkyy, mitkä fyysiset asiat korostuvat potilaiden haluamassa ohjauksessa.

Fyysiset asiat

- Saunominen/uiminen
- Nostaminen/kantaminen
- Omien harrastusten aloittaminen
- Liikkuminen/urheileminen
- Yhdynät/seksielämä
- Vatsantoiminta ongelmat
- Kipulääkkeidenkäyttö
- Haavahoito/hygienia
- Syöminen/juominen
- Leikkauksenjälkeinen vuoto
- Mitä saa tehdä, mitä ei

Taulukko 3. Potilaiden tarvitsema fyysisten asioiden ohjaus.

Hoitajista kaikki (8/8) toivat esille, että potilaita kiinnostaa eniten sen hetkinen fyysinen paraneminen. Hoitajat korostivat sitä, että ohjauspyynnöt liittyvät käytännön asioihin. Monet potilaat pyytävät hoitajalta lupaa erilaisiin asioihin.

”Paljon potilaat kysellee ihan nimenomaan toipumista ajatellen, miten voin liikkua, kuinka paljon, kuinka raskasta. Et se tulee ekana mieleen. Et tavallaa kysytää sitä lupaa hoitajalta ja hoitohenkilökunnalta. Mut, ihan niin mä koen et tämmösiä käytännön juttuja. Kysytään lupaa, et saanko tehdä näin ja saanko tehdä noin.”

Yksi (1/8) hoitajista toi esille sen, että potilaat kysyvät myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mutta aluksi kovin arastellen. Hoitaja kertoi kun oli puhuttu potilaan kanssa jälki- vuodoista, niin potilas otti tämän yleensä jälkeen esille yhdynnän ja seksielämän.

Neljä (4/8) hoitajaa kertoi, että kotiutumisen jälkeen monet potilaat soittavat takaisin osastolle. Potilaat ovat joko unohtaneet saamansa kotihoito-ohjeet, haluavat tarkentaa niitä tai ohjaustilanne on ollut sellainen, etteivät he ole siinä tilassa pystyneet vastaanottamaan ohjeistusta. Hoitajat kertoivat, että yhteydenotot ovat myös tiedusteluja siitä, pitäisikö tulla päivystykseen vai mennä omalle terveyskeskusasemalle. Myös toimenpiteen jälkeisistä jatko- hoito-asioista tulee yhteydenottoja. Hoitajat korostavatkin, että tärkeintä ohjauksessa on se, että potilaat tietävät minne soittaa jos he haluavat apua tai neuvoa kotiutumisen jälkeen.

”Kaikista tärkeintä siinä ohjauksessa on, että ne ihmiset tietää mistä ne saa sitä apua. Elikkä se, että jos sä oot muutaman asian sitten unohtanu ni ei mi-

tää, mulla on puhelinnumero, mä soitan sinne ja tarkistan sen uudestaan, ja näitä soittoja tulee meille todella paljon.”

6.4 Parisuhde

6.4.1 Kumppanin osallistuminen ohjaustilanteeseen

Hoitajilta tiedusteltiin millaisessa postoperatiivisessa ohjauksessa kumppanin osallistuminen heidän mielestään korostuu. Kuusi (6/8) hoitajaa kommentoi, ettei kumppanin osallistuminen ohjaustilanteessa korostu. Kaksi (2/8) hoitajista perustelivat, että potilaat halusivat olla yksin ohjaustilanteessa kumppanin tärkeydestä huolimatta.

”Monet potilaat haluaa yksin hoitaa tän, et tavallaan se on kumminkin niin henkilökohtainen asia, vaikka se vaikuttaa siihen perheeseen ja parisuhteeseen ja näin.”

Kuusi (6/8) hoitajista totesi, että kumppani on harvoin ohjaustilanteessa mukana, kun ohjataan leikkauspotilaita. Heidän mielestään kumppanin osallistuminen ohjaustilanteeseen korostuu enemmän keskenmenopotilailla, mutta he painottivat että kun puhutaan juuri leikkauspotilasta, ei kumppanin osallistuminen ole heidän mielestään tarpeellista.

Neljä (4/8) hoitajista kertoi kumppanin osallistumisen ohjaustilanteeseen olevan joskus tarpeellista, kun kyseessä on ollut ulkomaalaistaustainen potilas tai puoliso. Tällöin kumppanin mukanaolo ohjauksessa korostui ohjauksen selkeuden, ohjauskielen ja tulkkausavun tai kulttuuristen tekijöiden takia. Hoitajista kaksi (2/8) koki myös, että oli ohjaustilanteita jolloin he kokivat itsensä ulkopuolisena auktoriteettina potilaan ja hänen kumppanin välillä.

”Mul on yhen kerra tullu sellanen jossa mä oon ohjannu miehen, ihan erikseen ja se oli tällänen ei suomalaistaustainen, jossa oli tärkeätä että se mies ymmärsi, että tää nainen on nyt leikattu ja sen kans ei voi olla sukupuoli yhteydessä. Käytiin näitä seksiasioita ja miten muuten voi sitä läheisyyttä olla toisen kanssa.”

Kaksi (2/8) hoitajista koki, että kumppanin osallistuminen ohjaukseen on erittäin tärkeänä kaiken ikäisten potilaiden ohjauksessa. Erityisryhminä he mainitsivat fertiliteetti-ikäiset naiset ja syöpäpotilaat.

”Kyllä mun mielestä noiden syöpäpotilaidenkin kanssa, on sitten nuori tai vanha. Perhe on kuitenkin, ja se kumppani on aika tärkeekin ja merkittävä osa sitä paranemista. Kyl se koskettaa sitä kumppania se sairastuminen, ja koko sitä perhettä.”

Yksi (1/8) hoitajista toi ilmi myös sen, että joskus ei itse pysty tuomaan asioitaan esille omalle kumppanilleen, väsymyksestä tai häpeästä johtuen. Hoitaja kokee että hänen on tällöin toimittava ulkopuolisena muunteluapuna potilaan ja kumppanin välillä.

6.4.2 Kumppanin kannustaminen ohjaustilanteeseen

Hoitajilta tiedusteltiin kannustavatko he potilaiden kumppaneita ohjaustilanteisiin, ja jos kannustavat, niin miten he kannustavat. Kuusi (6/8) hoitajasta oli sitä mieltä, että kumppaneita ei kannusteta mukaan ohjaukseen. He perustelivat tätä sillä, että keskustellessaan potilaan kanssa kahden, he pääsevät parempaan kontaktiin tämän kanssa.

”Monta kertaa huomaa niin että mä ohjaan sitä ihmistä, mä pääsen huomattavasti lähemmäs sitä naista kun mä olen sen kaa kahdestaan, että jos siihen tulis sitten se puoliso mukaan...”

Hoitajista kaksi (2/8) perustelivat, että jos kumppani olisi siinä ohjaustilanteessa, niin ohjaustilanne voisi menettää potilaan ja hoitajan välisen herkkyyden heidän kanssakäymisessään. Hoitajat jatkoivat, että jos kumppani olisi mukana ohjaustilanteessa, niin hoitajien mielestä sen olisi oltava kokonaan erillinen ohjaustuokio. Tämän hoitajat perustelivat sillä, että hoitajien mielestä potilaat eivät toivo kumppanin olevan ohjaustilanteessa mukana, kun puhutaan intiimeistä ja henkilökohtaisista asioista. Lisäksi kaksi (2/8) hoitajista kommentoi, ettei puolisoja näy sairaalassa ja siksi heitä ei voi kannustaa mukaan ohjaustilanteeseen.

Kaksi (2/8) hoitajista sanoi pyytävänsä potilaan kumppanin mukaan, jos potilas ei heidän mielestään jaksa tai pysty ottamaan ohjausta yksin vastaan. Hoitajat sanoivat pyytävänsä kumppania joskus mukaan myös käytännön asioiden tukemiseksi.

”Jos vaikka potilas ei itse halua laittaa Klexane -pistosta niin se ohjataan sille kumppanille että hän voi sitten tehdä sen siellä kotona.”

Kaksi (2/8) hoitajaa totesivat, että hän ohjaa potilaan ja tämän kumppanin yhdessä jos kumppani tulee pyytämättä ohjaustilanteeseen. Kumppania ei kuitenkaan erikseen kannusteta siihen, vaan hän tulee omasta tahdostaan. Neljä (4/8) hoitajista korosti vielä, että kumppanin ottaminen mukaan ohjaustilanteeseen on potilaslähtöistä.

”Se lähtee potilaan tarpeista että ei kaikki edes halua että mies tulis siihen. Se riippuu niin paljon potilaasta. Joskus on semmonen tilanne, että mies tulee hakemaan vaimoa ja sitten pyytää että voinko mäkin tulla siihen mukaan ja sitten se on ihan ok, eikä siinä ole mitään.”

Puolet (4/8) hoitajista totesi myös, että kumppanin mukana olo leikkauspotilaan ohjauksessa on heille ehkä uusi ja vieras asia. He miettivät voisiko tämä olla myös asennekysymys heidän kohdallaan.

”Se vois aluks olla perjaatteeks aika outoakin ehkä.”

”Ehkä se on toisaalta vielä semmonen asennekysymys meijänkin kannalta, että ollaanko me vielä valmiita siihen.”

6.5 Seksuaalisuus

6.5.1 Seksuaaliohjaus

Hoitajilta tiedusteltiin miten gynekologista potilasta ohjataan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Kaikki (8/8) hoitajat ilmoittivat ohjaavansa potilasta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Ohjauksessa painottui yhdynnän välttäminen postoperatiivisen toipumisen kannalta. Kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että seksuaalisuuteen liittyvän ohjauksen antaminen on hyvin pitkälti kiinni potilaasta. Kaksi (2/8) hoitajista toi ilmi, että potilaat kysyvät myös itse, milloin voi seuraavan kerran harrastaa seksiä.

Kuusi (6/8) hoitajaa kertoi, että he ohjaavat potilasta kertomalla, että jälkivuodon ja leikkaushaavan takia on syytä välttää yhdyntää. Potilasta neuvotaan, että haavan tuli ensin parantua.

”On syytä välttää yhdyntää sen jälkivuodon aikana ja tietty aika sit siinä et sen emättimen haava annetaan parantua et se on niiku aina mut et seki aina tulee ja se perustellaan et miks näin on ja et miks sitä suositellaan.”

Neljä (4/8) hoitajaa kertoi kuinka he neuvovat potilasta, jos yhdyntä on potilaalle ajankohmainen, että hän muistaisi olla varovainen ja käyttäisi aluksi kondomia infektioiden välttämiseksi. Lisäksi yksi (1/8) hoitajista kertoi, jos potilas kysyy raskausasioista, konsultoidaan tästä asiasta lääkäriä.

Kuusi (6/8) hoitajista painotti kertovansa potilaalla, että seksuaalisuus on muutakin kuin aktia. He sanoivat muistuttavansa potilasta muista keinoista osoittaa läheisyyttä ja seksuaalisuutta.

”Myös se että eihän se seksuaalisuus ja se parisuhde, eihän se oo pelkästään yhdyntää, on muitakin tapoja olla yhdessä. Sitäkin yrittää siinä tuoda, vaikka se nyt on tietyn aikaa ei ehkä niin hyvä juttu, niin on muita tapoja olla.”

6.5.2 Seksuaalineuvonta

Viimeisessä hoitajille esittämässä kysymyksessä tiedusteltiin pitäisikö seksuaalineuvonnan kuulua oleellisena osana gynekologisen potilaan postoperatiiviseen ohjaukseen. Kuusi (6/8) hoitajista oli sitä mieltä, että seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana ohjaukseen. He painottavat, että kokonaisvaltaisessa hoitotyössä se täytyy huomioida ohjauksessa, koska potilas on kokonaisuus, ja seksuaalisuus on iso osa kokonaisvaltaista elämää.

”Kyllä mun mielestä, se osittain ainakin mä nään että se kuuluu niin suurena osana naiseuteen ja naisen elämään ja se on osa arkea. Sitten mitä kukin laskee siihen seksuaalisuuteen mukaan, niin on jokaisen oma henkilökohtainen asia, mutta kyl se kulkee käsi kädessä vaikka siihen ei suoranaisesti sillä termillä puhuta, seksuaalisuudesta ja terveydestä, mistä tahansa niin tulee se sieltä rivien välistä, välillä se nousee ihan omilla termeillä keskustelu aiheeksi”

Neljä (4/8) hoitajista sanoi, että seksuaalineuvonta kuuluu osaksi ohjausta, mutta he halusivat painottaa, että tarve on potilaan, ei hoitajan. Hoitajan tuli heidän mielestään kuitenkin ottaa aina asia jotenkin esille ja antaa potilaalle mahdollisuus keskustella ja kysyä.

Kaksi (2/8) hoitajista oli sitä mieltä, että seksuaalineuvonta ei kuulu oleellisena osana gynekologisen potilaan ohjaukseen. Heidän mielestään tärkeämpää oli keskittyä oleellisiin asioihin, esimerkiksi syövästä selviytymiseen. He korostivat sitä, ettei potilaalle anneta liikaa neuvontaa. He toivat esille seksuaaliterapeutin roolin seksuaalineuvonnan antajana, ja tämä ohjaus kuului vain osalle potilaista. Puolet (4/8) hoitajista koki ajanpuutteen rajoittavana tekijänä ohjauksessa. He pohtivat, ettei osastolla ole aikaa syvällisempään keskusteluun tai seksuaaliohjaukseen.

”..toisaalta olis vähän pelottava tilannekin jos joku rupeis..haluaiskin sitte vuodattaa koko korinsa siinä ja sitten kun on kuitenkin välillä aika hektisiä päiviä niin ois aika sellanen..tosi haasteellinen tilanne kans siinä kun potilas haluaiskin puhua perin pohjin, ja ite tieäisi, että pitää lähteä viemään leikkussaliin ja mitä millonkin pitää tehdä..”

7 Yhteenveto

7.1 Kyselytutkimuksen yhteenveto

Kyselytutkimukseen osallistuneiden naisten ikäjakauma oli 18- 79 -vuotta. Vastajat edustivat kaikkia vaihtoehtoina olleita siviilisäätymiä. 49 %:lla (n= 20) vastaajista oli lapsia. Vastajien taustatekijöissä opinnäytetyön johtopäätösten kannalta oli merkittävää heidän ilmoittamansa aikaisempien gynekologisten toimenpiteiden määrä. 28 %:a (n=11) ei ollut koskaan ollut gynekologisessa toimenpiteessä, 30 %:a (n=12) kerran ja 28 %:a (n=11) oli ollut useita kertoja. Vastajat siis jakautuivat tasaisesti kaikkiin kolmeen ryhmään.

Minäkuvaa pidettiin tärkeimpänä käsitteenä kuvaamaan naiseutta. Psykkistä kokemusta, ruumiillisuutta, äitiyttä, seksuaalisuutta ja parisuhdetta pidettiin seuraavaksi tärkeimpinä. Kysyttäessä onko toimenpide muuttanut käsitystänne naiseudesta, 68 %:a (n=27) vastasi, että ei ole. Vastaajista 48 %:a (n=19) oli keskustellut sairaudesta ja sen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen kumppaninsa kanssa. 50 %:a (n=20) vastaajista ei kuitenkaan uskonut sairauden ja toimenpiteen vaikuttavan parisuhteeseen. Tästä huolimatta vastaajista 25 %:a (n=10) piti parisuhteeseen liittyvää ohjausta hyödyllisenä ja tarpeellisenä. 48 %:a (n= 19) koki, ettei ollut saanut ohjausta parisuhteeseen liittyen.

Vastaajista 58 %:a (n=23) oli sitä mieltä, ettei seksuaalisuus ole arkaluontoinen puheenaihe. Kuitenkin 28 %:a (n=11), joko piti sitä arkaluontoisena aiheena, tai he eivät osanneet sanoa. 43 %:a (n=17) koki, ettei seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvä ohjaus ole tarpeellista. Kuitenkin 75 %:a (n=30) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvonnan tulisi kuulua oleellisena osana naisten tautien hoitoon tapauskohtaisesti. Vain 10 %:a (n=3) koki, että sen tulisi aina kuulua naisten tautien hoitoon. Kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvän ohjauksen tulisi kuulua naistentautien hoitoon.

Ohjausta seksuaalisuuteen liittyen haluttiin mieluiten hoitajalta. Ohjausta seksuaalisuuteen liittyen haluttiin ensikäynnillä sairaalassa (23 %:a (n=9)) tai toimenpiteen jälkeen sairaalassa (23 % (n=9), mutta ei enää kotiutumisen jälkeen (13 %:a (n=6))).

73 %:a (n=29) potilaista koki, että hoitajien antama ohjaus on ollut kaiken kaikkiaan riittävää. Vain 5 %:a (n=2) potilaista koki, ettei ollut saanut ohjausta.

7.2 Teemahaastattelun yhteenveto

Hoitajien teemahaastattelussa kysyttiin, miten gynekologista potilasta ohjataan postoperatiivisesti, ja mitä asioita potilaan kanssa käydään läpi. Teemahaastatteluiden analyysissä ilmeni, että hoitajat huomioivat potilaiden taustatekijät ja yksilölliset tarpeet ohjaustilanteessa.

Ohjauksessa huomioidaan potilaan aikaisemmat sairaalakokemukset, sekä potilaan näkemykset ja tuntemukset omasta tilanteestaan.

Potilaan kanssa käydään läpi, mitä tapahtuu kotiutumisen jälkeen jatkossa, ja mihin potilas menee jälkitarkastukseen. Hoitajat (4/8) varmistavat, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä, jos kotiutumisen jälkeen tulee kysyttävää. Potilaille selvennetään kotihoito-ohjeissa, mitä on normaali toipuminen, sekä ohjataan kivunhoidossa ja lääkkeiden käytössä. Potilaita ohjataan myös hygieniaan, haavahoitoon, infektioihin, jälkivuotoon ja sen määrään, sekä vatsantoiminta-asioihin liittyen. Lisäksi hoitajat (6/8) ohjaavat potilaita sukupuoliyhdynnässä olemiseen liittyvistä rajoituksista gynekologisen toimenpiteen jälkeen.

Haastattelukysymyksessä kokevatko hoitajat, että heidän antamansa potilasohjaus on riittävä, ilmeni että kaikki (8/8) hoitajat kokevat hoidon olevan pääpiirteittäin riittävä. Ohjaukseen panostettiin ja se koettiin tärkeänä. Haastattelussa ilmeni, että hoitajien (2/8) potilaille antaman ohjauksen riittävyttä heikentävä tekijä on kiireellisyys. Hoitajat painottivat, että hyvällä työvuorosunnittelulla oli vaikuttava merkitys ohjauksen laatuun. Esimiehen roolia pidettiin tärkeänä omahoitaja-järjestelmän mahdollistajana. Hoitajat korostavat, että ohjausta pyritään antamaan koko ajan potilaan ollessa osastolla hoidossa. Ohjaustilanteessa pyrittiin huomioimaan se, että gynekologisen potilaan ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää.

Hoitajat pitivät gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa potilaan omien psyykkisten asioiden tukemista tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja ohjausta. Hoitajien kokemusten mukaan psyykkisten asioiden tukemista ilmeni gynekologisten potilaiden ohjauksessa joko erittäin paljon (4/8), joskus (2/8) tai se riippui paljon tilanteesta (2/8). Hoitajien (4/8) mielestä potilaat eivät tuo psyykkisen tuen tarvetta selkeästi esille. Tämän takia hoitajat kokivat, että heidän on tärkeää rohkaista ja ymmärtää potilasta.

Haastattelukysymyksenä oli, minkälaista ohjausta ja tukea potilaat sanovat tarvitsevänsä, tai millaista ohjausta potilaat ovat heiltä pyytäneet. Tutkimuksessa kaikki (8/8) hoitajat toivat ilmi, että potilaita kiinnostaa eniten heidän sen hetkinen fyysinen paraneminen. Hoitajat korostivat, että ohjauspyynnöt liittyvät käytännön asioihin. Monet potilaat pyytävät hoitajalta lupaa erilaisiin asioihin. Hoitajat toivat ilmi, että kotiutumisen jälkeen monet potilaat soittavat takaisin osastolle. Hoitajien mielestä potilaat ovat joko unohtaneet saamansa kotihoito-ohjeet, haluavat tarkentaa niitä tai ohjaustilanne on ollut sellainen, etteivät he ole siinä tilassa pystyneet vastaanottamaan ohjeistusta.

Parisuhteesta kysyttäessä ilmeni, että hoitajien (6/8) mielestä potilaiden kumppanin osallistuminen ei erityisemmin korostu potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa. Hoitajat (2/8) perustelivat sitä sillä, koska kumppani eivät ole sairaalassa yleensä läsnä, jolloin heitä ei ole mahdollista kannustaa. Lisäksi he olivat sitä mieltä, että kumppanin läsnäolo korostuu, lähinnä keskenmenopotilailla, eikä niinkään leikkauspotilailla. Hoitajat myös kertoivat kumppanin

osallistumisen ohjaustilanteeseen olevan joskus tarpeellista, kun kyseessä on ulkomaalaistaustainen potilas tai puoliso. Tällöin kumppanin mukanaolo ohjauksessa korostuu ohjauksen selkeyden, ohjauskielen, tulkkausavun tai kulttuuristen tekijöiden takia. Muuna syynä saattoi olla, että potilas ei itse pysty tuomaan asioitaan esille omalle kumppanilleen, väsymyksestä tai häpeästä johtuen. Hoitaja koki tällöin, että hänen on toimittava ulkopuolisena muuntelupuna kumppanin ja potilaan välillä.

Haastattelussa hoitajat (6/8) kertoivat, etteivät he kannusta potilaiden kumppaneita ohjaustilanteisiin, eikä sitä koettu tarpeelliseksi. Hoitajat perustelivat tätä sillä, että potilaan kanssa oli parempi käydä ohjausta kahdestaan. Hoitajien mielestä potilaan ja hoitajien välinen herkkyys häviäisi ohjaustilanteessa, jos kumppani olisi siinä läsnä. Lisäksi hoitajat kokivat että leikkauspotilaalla ei tarvitsisi olla puolisoa ohjaustilanteessa. Kumppanien kannustaminen ohjaustilanteisiin koettiin potilas- tai kumppanilähtöiseksi. Kumppanin kannustamista ohjaustilanteisiin ilmeni, kun oli kyseessä jokin käytännön asia, jota potilas ei itse pystynyt tekemään, kuten pistoksen pistämistä. Lisäksi todettiin, että ulkomaalaistaustaisuus voi olla syynä kumppanin pyytämiseen mukaan ohjaukseen. Kumppani voi tällöin toimia tulkkausapuna hoitajan ja potilaan välillä ohjaustilanteessa.

Gynekologisten potilaiden seksuaalisuuteen liittyvässä ohjauksessa, hoitajista lähes kaikki (6/8) painottivat yhdynnän välttämisen olevan postoperatiivisen toipumisen kannalta suotavaa. Potilaille perusteltiin tätä sillä, että haavan leikkaushaavan tulee ensin parantua, ja infektiolta välttyttäisiin. Potilaille kerrottiin sopiva aika seuraavan kerran harjoittaa yhdyntää. Lisäksi hoitajat (6/8) kertoivat potilaille seksuaalisuuden olevan muutakin kuin yhdyntää. He myös sanoivat rohkaisevansa kokeilemaan muita lähestymistapoja.

Suurin osa (6/8) hoitajista koki, että seksuaalisuusneuvonnan pitäisi kuulua oleellisena osana gynekologisen potilaan postoperatiiviseen ohjaukseen. Hoitajat painottivat ohjaustaan kokonaisvaltaiseksi hoitotyöksi ja seksuaalisuuden olevan oleellinen osa naisen kokonaisvaltaista elämää. Seksuaalineuvonnan painotettiin olevan potilaslähtöistä, mutta kuitenkin hoitajan oli otettava asia esille ja tarkasteltava, onko potilaalla tarve saada ohjausta. Osa (2/8) hoitajista koki, ettei seksuaalineuvonnan tulisi kuulua oleellisena osana gynekologisen potilaan ohjaukseen, koska potilaat saavat niin paljon ohjausta lyhyessä ajassa. Puolet (4/8) hoitajista koki käytettävissä olevan ajan olevan rajoittava tekijä osastolla annettavaan syvällisempään keskusteluun tai seksuaaliohjaukseen.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksentekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti käytettyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.)

Potilaskyselyä varten saatiin tutkimuslupa eettiseltä toimikunnalta 7.5.2009. Vastaajat saivat osastolla ollessaan saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja korostettiin tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Heitä muistutettiin, että tuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Heille kerrottiin myös, että tulokset käsitellään kokonaisuutena, jolloin yksittäisiä vastauksia ei ole mahdollista tunnistaa. Esille tuotiin myös, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta saatuun hoitoon, ja kyselylomakkeet tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimukseen osallistuneet potilaat vastasivat kyselyyn nimettöminä ja he palauttivat kyselylomakkeet niille tarkoitettuun postilaatikkoon, joka sijaitsee osastoilla. Vastauslomakkeet tuhottiin silppuamalla 2.10.2009.

Hoitajat saivat tutustua teemahaastattelun kysymyksiin ennen haastattelutilannetta. Heille lähetettiin saatekirjeet, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja mainittiin kuinka heidän asiantuntijuutensa ja kokemuksensa on tutkimukselle tärkeää. Saatekirjeessä muistutettiin siitä, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja, että osallistuminen on vapaaehtoista. Hoitajilta pyydettiin kirjallista lupaa haastattelunauhurin käyttöön haastatteluiden aikana. Tutkimuksen tekijät sitoutuivat myös tuhoamaan nauhoitusmateriaalin opinnäytetyön valmistuttua. Hoitajia pyydettiin ottamaan yhteyttä, jos tarvitsevat lisätietoa opinnäytetyöhön liittyen.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudella eli reliabiliteetilla tarkoitetaan tuloksen tarkkuutta ja sitä, ovatko tutkimustulokset toistettavissa tai ennakoitavissa. Tällä tarkoitetaan sitä, että kun mittaus toistetaan saman henkilön kohdalla, saadaan sama mittaustulos riippumatta mittauksesta (Vilka 2005, 161.) Krausen ja Kiikkalan (1992,72) mukaan tutkimuksen luotettavuus ilmenee tavassa, jolla tutkimus viedään läpi. Heidän mukaansa luotettavuutta parantaa se, että kysymykset ovat mahdollisimman yksiselitteisiä ja niitä on riittävästi. Laadullisen tutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava, kun tutkimuskohde ja siihen kuuluva materiaali ovat yhteensopivia, eikä teoria ole muodostunut epäolennaisista tai satunnaisista tekijöistä. (Vilka 2005, 158).

Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen luotettavuus varmistetaan suunnitteluvaiheessa. Tutkimuskysymyksiä tulee kattaa koko tutkimusongelma ja niiden pitää olla tarpeeksi kattavia ongelman ratkaisemiseksi. (Vilka 2005, 161.) Tutkijan pitää määrittää käyttämänsä käsitteet ja muuttaa ne sellaiseen muotoon, että niillä voidaan mitata. Luotettavuutta voidaan parantaa esitestauksella, tarpeeksi selkeällä ohjeistuksella ja tutkittavasta kohteesta johtuvien virhetekijöiden minimoimisella. Näitä voivat olla mm. kysymysten runsaus, ymmärrettävyys ja järjestys, mittausajankohta, väsymys tai kiire. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 207,210.)

Tutkimuksessa sekä hoitajat että potilaat saivat saatekirjeet, joissa kerrottiin opinnäytetyön taustasta ja tarkoituksesta. Potilaille jaetussa kyselylomakkeessa oli lyhyt kuvaus siitä miten vastaajien tulee kyselylomakkeeseen vastata. Potilaat saivat myös rauhassa vastata kyselylomakkeisiin osastolla ollessaan ja heitä pyydettiin palauttamaan ne vasta kotiutusvaiheessa niille sovitun postilaatikkoon. Tämä lisäsi potilaskyselyn luotettavuutta. Kyselytutkimus tehtiin 60 potilaalle ja kysymyksiä oli yhteensä 19. Kysymykset muodostuivat monivalintakysymyksistä, avoimista kysymyksistä sekä sekakysymyksistä. Avoimia kysymyksiä oli kolme. Tutkijat kokivat, että potilaille tarkoitettussa kyselylomakkeessa oli sopivasti kysymyksiä, ja potilaat jaksoivat keskittyä ja vastata niihin.

Kaikissa neljässä hoitajien teemahaastattelussa oli samanlainen runko (ks. liite 5). Luotettavuutta pyrittiin lisäämään jakamalla teemat ja teemoihin liittyvät kysyttävät kysymykset tutkijoiden kesken niin, että jokainen tutkija kysyi samaan teemaan liittyvät kysymykset kaikissa neljässä teemahaastattelussa. Luotettavuutta myös lisäsi se, että haastattelut pidettiin kahdella eri osastolla. Näin saatiin laajempi ja monipuolisempi käsitys HYKS:n naistentautien osastojen postopertaiivisesta ohjauksesta. Lisäksi pystyttiin haastattelemaan useampia hoitajia, joilla oli erilainen työkokemus hoitotyön alalta. Haastattelussa päädyttiin tuloksen luotettavuuden parantamiseksi haastattelemaan kerrallaan kahta vähemmän työkokemusta omaavaa hoitajaa ja kahta kokeneempaa hoitajaa. Näin myös vähemmän työkokemusta omaaville hoitajille pyrittiin antamaan mahdollisuus tuoda esille oma näkemyksensä niin, ettei kokeneemman hoitajan mielipide vaikuta siihen.

Teemahaastattelun tulosten luotettavuutta lisäsi haastattelun nauhoitus ja litterointi. Nauhoitettu haastattelu tuli muuttumattomana mukaan analysointiin. Tutkimuksen luotettavuus säilyi myös tulosten esittelyssä, koska hoitajien vastauksia esitettiin osin suorina lainauksina.

Useat asiat voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Virheitä saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, että vastaaja ymmärtää esimerkiksi haastateltaessa kysymyksen väärin tai muistaa vastatessaan jonkin asian väärin. (Vilka 2005, 162.) Myös tutkittavan ryhmän koko saattaa vaikuttaa heikentävästi luotettavuuteen jos kohderyhmä on liian suppea. Tutkimuksissa kan-

nattaakin aina ottaa huomioon esimerkiksi mahdollinen kato ja sen takia tutkittavan ryhmän kannattaa olla tarpeeksi suuri. (Heikkilä 2004, 29-30.)

Kyselytutkimuksen otoskoko todettiin olevan riittävän suuri. Luotettavuus olisi kuitenkin parantunut, jos kyselytutkimuksen 60 kyselylomakkeesta olisi palautunut enemmän kuin 40. Tutkimuksen otoskoon suuruuteen vaikutti opinnäytetyöhön käytettävissä oleva aika. Jos aikaa olisi ollut enemmän, kyselylomakkeita olisi voitu jakaa enemmän, ja kohderyhmän kokoa kasvattaa. Myös lyhyet hoitoajat saattoivat vaikuttaa siihen, että kyselylomakkeita palautui tyhjinä. Potilaat eivät välttämättä muistaneet tai ehtineet vastata kysymyksiin lyhyiden hoitoaikojen takia. Lisäksi on mahdollista, etteivät he vielä olleet ehtineet miettiä, mitä ajattelevat naiseudesta leikkauksen jälkeen. Vastaukset olisivat olleet ehkä parempia ja monipuolisempia, jos potilaskysely olisi lähetetty vastaajille kotiin. Tällöin he olisivat ehtineet rauhassa miettiä vastauksiaan. Kuitenkin Hirsjärven ym. (2007) mukaan kotiin lähetetty lomake ei välttämättä tuota tulokseksi korkeaa vastausprosenttia. Yleensä noin 30-40% lähetetyistä lomakkeista palautuu. (Hirsjärvi ym. 2007, 201).

Potilaskyselyn luotettavuutta saattoi heikentää se, että potilaat olivat toimenpiteiden jälkeen uupuneita eivätkä välttämättä jaksaneet keskittyä kyselyn kysymyksiin. He saattoivat myös jättää joitakin kyselyn kysymyksiä väliin. Potilaskyselyn luotettavuuteen mahdollisesti vaikutti sekin, jos hoitajat eivät käyttäytyneet tutkimuksen aikana niin kuin he normaalisti käyttäytyisivät ohjaustilanteissa. Hoitajat tiesivät kyselytutkimuksista osastoilla, ja se saattoi jotenkin muuttaa heidän tapansa työskennellä.

8.3 Tutkimuksen johtopäätökset

Tutkimustulosten teoreettista ja käytännöllistä merkitystä pohdittiin opinnäytetyöprosessin aikana vaihtelevista näkökulmista. Lähdekirjallisuus tuki opinnäytetyöprosessia ja tutkimustulosten merkityksien pohdintaa. Aineistossa sekä potilaat että hoitajat pohtivat omia kokemuksiaan gynekologisen potilaan ohjauksesta liittyen naiseuteen.

Vastaukset jakoutuivat taustatekijöiden osalta monipuolisesti. Kyselyyn vastanneiden ikäkauma oli 18-vuotiaista 79 -vuotiaisiin. Suurin ryhmä vastaajista oli 40-49 -vuotiaita. Vastaajia oli myös kaikista siviilisäädystä, suurin ryhmä oli avioliitossa olevien ryhmä. Toimenpiteitä, joissa vastaajat olivat olleet, oli monipuolisesti. Tyypillisimmät toimenpiteet, olivat kohdunpoisto, munasarjojen, kystan tai myoman poisto. Toimenpiteet oli tehty laparoskooppisesti tai avoleikkauksena. Vastaajista kolmasosa oli ollut aiemmin useissa gynekologisissa toimenpiteissä, kolmasosa oli ollut vain kerran aiemmin ja kolmasosa ei ollut koskaan aiemmin ollut gynekologisessa toimenpiteessä.

Opinnäytetyössä ilmeni, että minäkuvaa pidettiin tärkeimpänä käsitteenä kuvaamaan naiseutta. Psykkistä kokemusta, ruumiillisuutta, äitiyttä, seksuaalisuutta ja parisuhdetta pidettiin

seuraavaksi tärkeimpinä. Tutkimuksessa suurin osa vastaajista 68 % (n = 27) oli sitä mieltä, että toimenpide ei ole muuttanut heidän käsitystään naiseudesta. Rosenberg (2007) mainitsee, että sairaudesta ja raskaista hoidoista huolimatta pitäisi löytyä voimia myös tunteiden selvittämiseen, mutta ihmisten lähtökohdat selviytymiselle ovat erilaiset. Jotkut tarvitsevat paljon aikaa ja työtä, osa pääsee vähemmällä. Osa ihmisistä tottuu nopeasti uuteen minäkseen, osalla se vie aikaa ja osa ei totu koskaan. Rosenberg (2007) jatkaa vielä, että kukaan muu ei voi parantaa kenenkään minäkuvaa, vaan sekä aloitus että työstäminen tulee omasta itses- tään. Minäkuvan muutokset ja niiden kokeminen ovat intiimi ja haavoittuva alue.

Kyselytutkimuksessa ja teemahaastattelussa ilmeni, että potilaat eivät juuri kaipaa postope- ratiivista ohjausta tai tukea osastolla minäkuvan ja psyykkisen kokemuksen osalta. Kyselytut- kimuksessa 84 % (n= 21) vastaajista koki hoitajien antaman toimenpiteen jälkeisen tuen olleen riittävää. Opinnäytetyössä jääkin epäselväksi, voisiko psyykkisen tuen tarve tulla potilaille myöhemmin ilmi, vasta kotiutumisen jälkeen. Rosenberg (2000) kertoo, että sairastumisen aiheuttaman kriisin vuoksi varsinaiset naiseuteen ja minäkuvan eheytymiseen liittyvät kysy- mykset eivät alussa ehkä kiinnosta potilasta. Potilaalla ei myöskään välttämättä ole voimava- roja pohtia niitä. Opinnäytetyön teemahaastattelussa hoitajat olivat sitä mieltä, että kun potilas on tullut osastolle hoidattamaan hänen sairauttaan, hän pohtii toimenpidettä ja sen vaikutusta hänen fyysisiin tekijöihin.

Hoitajien mielipiteet psyykkisten asioiden tukemisesta vaihtelivat paljon. Puolet hoitajista koki psyykkisten asioiden ilmenevän paljon gynekologista potilasta ohjattaessa, kun taas osa oli sitä mieltä, että sitä ilmeni vain joskus. Rosenberg (2000) jatkaakin, että naiseuteen ja minäkuvaan liittyvät kysymykset kannattaa jättää seurantakäyntien yhteyteen, ellei potilas niitä erikseen mainitse. Hänen mielestään on erittäin tärkeää kuitenkin muistaa ottaa ne esil- le jatkossa.

Hautamäki-Lammisen (2007) tutkimuksessa, jossa arvioitiin potilaiden kokemuksia seksuaali- suudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen, valtaosa potilaista arvioi parisuhteen muuttuneen syöpäsairauden aikana, lähes puolet arvioi parisuhteen paran- tuneen ja osa koki sen huonontuneen. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä kyselytutkimuksen vastaajista 50 % (n = 20) arveli, ettei toimenpide tule vaikuttamaan parisuhteeseen. 66 % (n= 27) oli kuitenkin keskustellut sairaudesta ja sen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen kumppaninsa kanssa ennen sairaalaan tuloa ja 67 % (n=8) vastasi, etteivät tarvitse hoitajalta ohjausta parisuhteeseen liittyen. Pohdittavaksi jää, kokevatko vastaajat vielä kotiutumisen jälkeen, ettei toimenpide ole vaikuttanut parisuhteeseen. Rosenbergin (2000) mukaan pa- risuhde kuuluu kiinteästi potilaan elämään. Kriisi ja selkeytymätön minäkuva voivat aiheuttaa siihen sairaalasta kotiinpaluun yhteydessä vaikeuksia, jotka tuntuvat ylivoimaisilta. Jännite parisuhteessa saattaa kohota, ja vaikeita tilanteita pyritään välttämään ja siirtämään sillä seurauksella, että niistä tulee entistä vaikeampia.

Teemahaastattelussa tuli ilmi, että hoitajat ohjaavat potilasta ja kumppania harvoin yhdessä. Kumppania ei myöskään kannusteta mukaan ohjaukseen. Suurin osa hoitajista perusteli tätä sillä, että he pääsevät näin parempaan kontaktiin potilaan kanssa. Heidän kokemuksensa mukaan intiimeistä ja yksityisistä asioista on potilaan kannalta helpompi puhua kahden, ilman kumppania. Osa hoitajista kuitenkin otti esille, että kumppanin osallistuminen ohjaukseen on tärkeää kaiken ikäisten potilaiden ohjauksessa. Kellokumpu-Lehtisen ym. (2003) mukaan gynekologisissa sairauksissa kuten syövässä vaikutukset parisuhteisiin ovat yleisiä, ja parisuhteessa tapahtuu aina jonkinlaista liikettä. Rosenberg (2006) pitää tärkeänä kumppanin osallistumista, koska tervekin kumppani tarvitsee tukea ja mahdollisuuden keskustella avoimesti omista tunteistaan, peloistaan ja haluistaan. Rosenberg (2000) jatkaakin, että kumppanin osallistuminen potilaan kanssa käytäviin keskusteluihin ja neuvontatilanteisiin edistää parisuhteen säilymistä. Käytännön kysymysten lisäksi hoitaja voi ottaa keskusteluissa esille myös tunteet. Siten hän jopa käynnistää parisuhteessa sisäisen keskustelun, johon muuten ei ehkä uskallettaisi ryhtyä. Rosenberg (2007) lisää, että hoitajan avoin suhtautuminen ja keskustelu voivat auttaa potilasta ja hänen kumppaniaan ymmärtämään tilanteen ja selviytymään siitä paremmin. Kun he kuulevat ongelmien olevan yhteisiä muissakin parisuhteissa ja saavat neuvoja ja ratkaisumalleja, vaikeudet tuntuvat vähemmän pelottavilta ja ahdistavilta.

Kyselytutkimuksen ja teemahaastattelun perusteella voidaan sanoa, että potilaat eivät koe tarvitsevansa ohjausta ja tukea parisuhteeseen liittyen hoitajalta. Hoitajista suurin osa ei myöskään kokenut kumppanin osallistumista hyödylliseksi tai tarpeelliseksi. Kuitenkin 25 % (n = 10) vastaajista, jotka olivat saaneet ohjausta parisuhteeseen liittyen, olivat kokeneet sen hyödyllisenä ja tarpeellisenä. 48 % (n = 19) vastaajista ei ollut saanut ohjausta, joten epäselväksi jäi, jos he olisivat saaneet ohjausta parisuhteeseen liittyen, olisivatko he kokeneet sen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Rosenberg (2000, 188) toteaaakin, että hoitajien ei pitäisi aliarvioida omaa osuuttaan ja mahdollisuuttaan parisuhteen tukemisessa, joka voi olla jopa ratkaisevaa toipumisen kannalta.

Hoitajat eivät erikseen kannusta kumppaneita mukaan ohjaukseen, paitsi poikkeustapauksissa. Hoitajat kuitenkin pohtivat potilaan ja kumppanin yhteisohjauksen mahdollisuutta. Toisaalta potilaat eivät myöskään kokeneet, että kumppanin kannustaminen mukaan ohjaukseen olisi tarpeellista. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että kumppaneita ei erikseen kannusteta mukaan ohjaukseen. Poikkeuksen kannustamiseen tekee se, jos potilas on ulkomaalais- taustainen, jolloin kumppania voidaan tarvita tulkkausavuksi ja ohjauksen selventämiseksi. Lisäksi kumppanin merkitys ohjauksessa kasvaa, jos hoitaja kokee, että potilas tarvitsee tukea käytännön asioissa. Kaikki hoitajat kuitenkin toivat ilmi, että kumppani voi osallistua ohjaukseen, jos potilas sitä itse pyytää. Kuitenkin Kyngäksen ym. (2007) mukaan on aina tärkeä varmistaa potilaalta, millainen tukiverkosto hänellä on, miten tärkeänä hän pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaisten tuki voisi auttaa häntä. On myös oleellista huomioda omaisten ohjaustarpeet ja heidän käsityksensä potilaan ohjaustarpeesta. Paananen ym. (2006) koros-

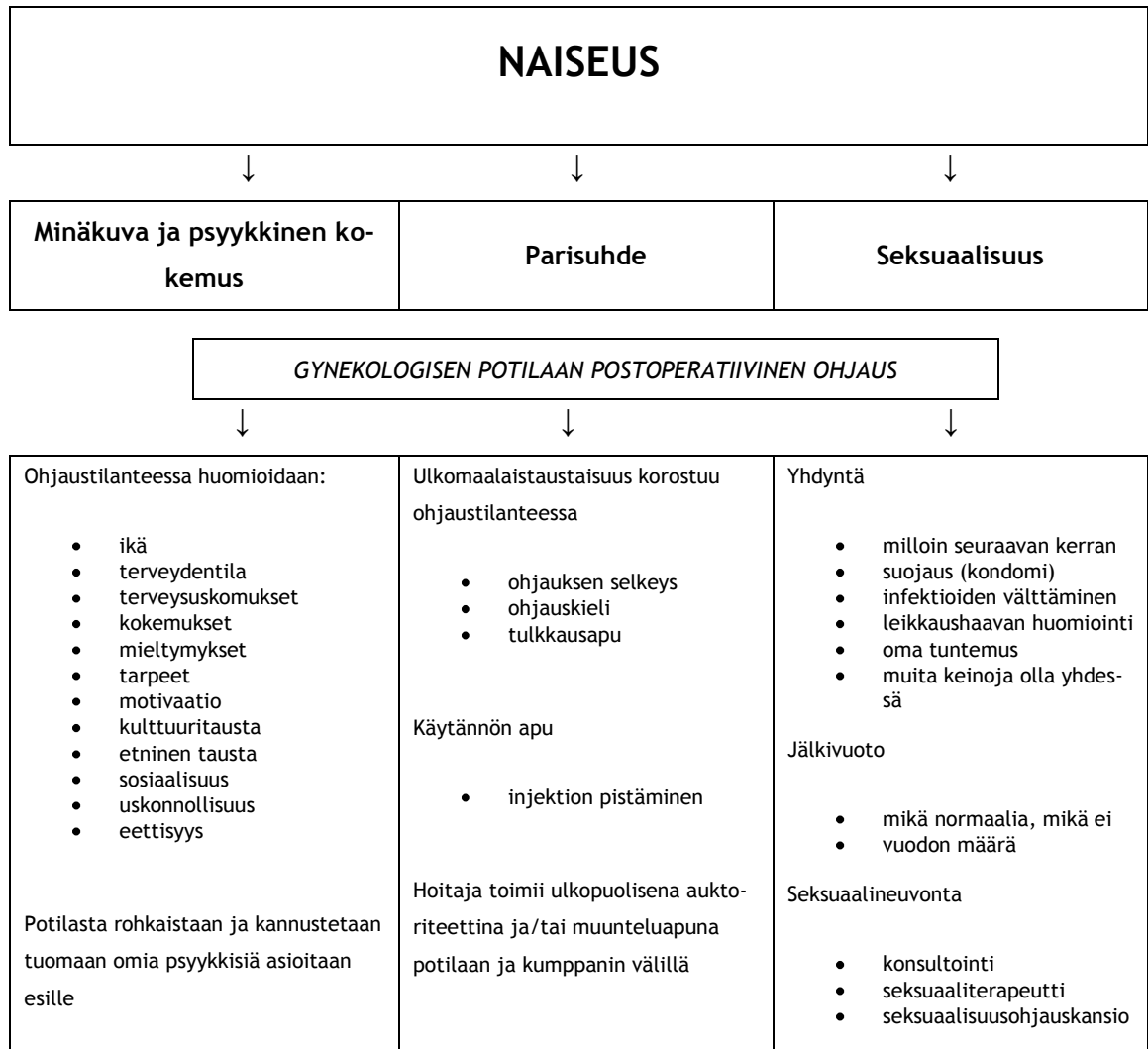
taakin, että kulttuurisissa taustatekijöissä tulee huomioida ohjauksen selkeys, ohjauskieli sekä mahdollinen tulkkausavun tarve. Monissa kulttuureissa perheen merkitys on paljon laajempi kuin meillä (Eskola & Hytönen 2002).

Aittilan ja Kuuselan (2008) opinnäytetyön johtopäätöksissä tuotiin esille, että gynekologiset potilaat halusivat seksuaalineuvontaa mieluiten seksuaaliterapeutilta. Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että potilaat haluavat seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta mieluiten hoitajalta. Kaikki hoitajat eivät kuitenkaan kokeneet, että heillä olisi tarpeeksi aikaa, resursseja tai ammattitaitoa antamaan syvällistä ja kattavaa seksuaalineuvontaa. Myös Nylundin ym. (2008) tekemässä julkaisusarjassa tuli ilmi annetun seksuaalineuvonnan ongelmakohtiksi tila- ja aikaresurssien puute, sekä hoitajien osaamattomuus.

Hoitajat ja potilaat olivat sitä mieltä, että seksuaalineuvonnan tarve tulee arvioida tapauskohtaisesti. Hoitajat kuitenkin kertoivat ottavansa aiheen esille jokaisen potilaan kohdalla. Myös Rosenberg (2006) toteaa, että seksuaalisuus on huomioitava heti lähtötilanteessa, kun henkilön sairaus on seksuaalisuuteen liittyvillä alueilla, hänen minäkuvansa on muuttunut tai muuttumassa tai seksuaalitoiminnot ovat uhattuna. Hän jatkaa, että tämä asia tulee huomioida, vaikka potilas ei ottaisiakaan sitä puheeksi. Rosenberg (2007) jatkaa, että hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitosuhteeseen kuuluu myös seksuaalisuuden käsittely. Seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvät kysymykset, eivät ole yhtään sen vähempiarvoisia kuin muutkaan gynekologisiin sairauksiin ja niiden hoitoihin liittyvät kysymykset. Joskus jopa päinvastoin.

Suurin osa potilaista haluaa keskustella seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvistä asioista. Ohjausajankohta on yksilöllinen, osa potilaista haluaa ohjausta preoperatiivisesti, osa postoperatiivisesti osastolla ja osa vasta kotiutumisen jälkeen. Haasteena onkin, miten potilaat saisivat seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta myös kotiutumisen jälkeen hoitajilta. Hoitajien antama seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus on potilaiden mielestä riittävää. Rosenberg (2007) toteaa, että haavakipu, heikko kunto ja väsymys sekä sairauden aiheuttama huoli yleensä siirtävät seksuaalisuuden ja seksin taka-alalle odottamaan. Ne eivät kuitenkaan katoa kokonaan ja toipumisen jälkeen tilanne yleensä palautuu.

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 4) on kuvattu hoitajien gynekologisen potilaan postoperatiivisen ohjauksen naiseuteen liittyen. Taulukossa esiintyy kolme yläkategoriaa, jotka ovat; minäkuva ja psyykinen kokemus, parisuhde ja seksuaalisuus. Näillä kaikilla yhdistävä kategoria on naiseus. Alakategorioissa esitellään tarkemmin sitä kuinka hoitajat ovat ohjanneet gynekologisia potilaita postoperatiivisessa vaiheessa tuoden näiden kolmen teeman näkyviin. Tutkimuskysymyksessä kysyttiin mitä naiseuteen liittyviä asioita hoitajat ovat ohjanneet potilaille gynekologisen toimenpiteen jälkeen. Taulukko kuvaa niitä asioita joita hoitajat olivat potilaan kanssa käyneet läpi.



Taulukko 4. Mitä naiseuteen liittyviä asioita hoitajat ovat ohjanneet potilaille gynekologisen toimenpiteen jälkeen.

Tutkimuskysymyksen, miten gynekologista potiasta ohjataan postoperatiivisesti, jatkokysymyksenä oli, onko ohjaus ollut hoitajien mielestä riittävää. Teemahaastattelussa ilmeni, että kaikki haastateltavat hoitajat kokevat potilaille annettavan ohjauksen olevan yleensä riittävää. Ohjaukseen panostettiin ja se koettiin tärkeänä. Haastattelussa ilmeni, että ajanpuute heijastui ajoittain ohjaukseen. Hoitajat painottivat työvuorojensuunnittelun olevan vaikuttava tekijä ohjauksen laatuun ja hoidon jatkuvuuteen. Esimiehen rooli koettiin tässä tärkeänä. Ohjausta pyrittiin antamaan koko ajan potilaan ollessa osastolla hoidossa. Ohjaustilanteessa pyrittiin huomioimaan se, että gynekologisen potilaan ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää. Myös muissa potilasohjausta tutkivissa opinnäytetöissä, kuten Nordbergin (2008) ja Palonen ja Puuran (2007) tutkimuksissa ilmeni, että potilaiden saama ohjaus on ollut pääpiirteittäin riittävää naistentautien osastolla.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa ilmeni, että hoitajien antama naiseuteen liittyvä postoperatiivinen ohjaus on lähes kaikkien potilaiden mielestä riittävää. Potilaat kokivat näin, huolimatta siitä oliko heillä aikaisempia kokemuksia gynekologisista toimenpiteistä. Myös hoitajat kokevat ohjaavansa potilaita monipuolisesti ja ovat sitä mieltä, että se on pääpiirteittäin riittävää. Potilaskyselyn ja teemahaastattelun tuloksista ilmeni, naiseuteen liittyvistä ohjauksen osa-alueista parisuhteeseen liittyvää ohjausta ei koettu potilaiden eikä hoitajien mielestä yhtä tärkeäksi kuin muiden osa-alueiden ohjausta. Pohdittavaksi kuitenkin jää, olisiko parisuhteeseen liittyvä ohjaus kotiutumisen jälkeen ajankohtaisempaa. Lisäksi kyselylomakkeiden ja teemahaastatteluiden tuloksista selvisi, että potilaat haluavat seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta mieluiten hoitajalta. Kuitenkin hoitajat kokivat, ettei heillä välttämättä ole aikaa ja resursseja syvälliseen ja kattavaan seksuaaliohjaukseen.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimus tehtiin naistensairaalassa, ja tutkimus koski naiseutta. Tämän tyylistä tutkimusta voitaisiin soveltaa myös miehille, esimerkiksi miten miehet kokevat miehuuden urologisen leikkauksen jälkeen. Myös Susanna Alminoja (2002) pohti opinnäytetyössään, että tutkimus miesten näkökannoista ja asenteista kohdunpoistoa kohtaan ja siitä, vaikuttaisiko se heidän mielestään naiseen ja tämän naisellisuuteen ja seksuaalisuuteen, voisi olla mielenkiintoinen. Lisätutkimusehdotuksena voisi myös olla tutkimus, jossa mietitään gynekologisen tai urologisen toimenpiteen vaikutusta seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen naisilla tai miehillä.

Opinnäytetyöstä rajattiin gynekologisista potilaista raskaudenkeskeytyspotilaat pois. Jatkotutkimusaiheena voidaan ehdottaa vastaavaa tutkimusta raskaudenkeskeytys-potilaille. Esimerkiksi parisuhteeseen liittyvä ohjaus voisi korostua enemmän heidän kohdallaan.

Alasuutarin (1999) mukaan tutkimusprosessi ei koskaan lopu siihen, kun tutkimusongelma on saatu selville. Vastaukset ovat aina osavastauksia ja osatotuksia. Tutkimus ei lopu, vaan se täytyy lopettaa tekemällä tuloksista raportti ja panemalla sille piste. Alasuutari (1999) kuitenkin jatkaa, että tutkimuksessa saatavat vastaukset joihinkin kysymyksiin herättävät yleensä aina uusia kysymyksiä ja teoreettisia ongelmanajatteluja. Yhden tutkimuksen loppu tai sen aikana saatu idea voikin olla toisen tutkimuksen alku.

8.5 Omien tavoitteiden arviointi

Opinnäytetyön tekeminen on kokonaisuudessaan varsin kurinalainen prosessi, mutta se on ollut alusta lähtien myös hyvin inspiroiva ja opettava kokemus. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet tietoa gynekologisen potilaan ohjauksesta ja prosessin aikana saamamme tiedot ja taidot ovat tukeneet ammatillista kasvuamme ja kehitystämme. Olemme saaneet

myös runsaasti uutta tietoa liittyen naiseuteen, ja myös omat pohdinnat ovat olleet jatkuvan uudelleen arvioinnin kohteena.

Prosessi oli myös raskas, sillä aihe on kaikesta kiinnostavuudestaan huolimatta herkkä ja vaativa. Naiseus ilmiönä on ollut jatkuvasti läsnä kaikissa tekemisissämme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Pitkäaikaisen, lähes vuoden kestäneen prosessin aikana on ollut ilo huomata, miten ryhmän yhteistyötaidot ovat parantuneet ja hioutuneet. Hyvä yhteistyösuhde on myös mahdollistanut aikataulujen yhdistämisen, mikä on tärkeä edellytys työn sujuvuudelle. Koemme että saavutimme prosessin alussa asettamamme tavoitteet kiitettävästi. Ryhmätyökentelyn syviltä karikoilta olemme välttyneet, sillä olemme huomanneet naiseuden olevan elämässämme tärkeä voimavara, josta on löydettävissä myös paljon iloa ja huumoria. Ajatuksemme ovat olleet koko prosessin ajan samoilla linjoilla ja meillä on ollut yhtenäinen käsitys työmme päämäärästä. Tutkimuksemme valmistui ajallaan, mikä on ollut meille suuri ilo.

Työn tekeminen piti sisällään monia kokouksia, istuntoja, suunnitteluita, aherrusta tietokoneen ääressä ja kirjastoissa kirjojen parissa sekä monia puhelimitse ja sähköpostitse käytyjä keskusteluja. Olemme pitäneet sähköpostein yhteistyökumppaneita ajan tasalla työn eri vaiheissa. Ohjaajan lehtorimme ammattitaitoinen apu oli myös usein saatavilla, joten hän on ollut prosessissamme merkittävä voimavara. Oli myös aikoja jolloin tuntui, että työstä ei tule mitään ja että se vain seisoo paikallaan kehittymättä mihinkään suuntaan, mutta nämä ajat olivat kuitenkin vain hetkellisiä. Opinnäytetyöprosessi on ollut kokonaisuudessaan antoisa ja opettavainen prosessi itse kullekin. Opinnäytetyössämme säilyi koko prosessin ajan yhtenäinen punainen lanka, koska pidimme jatkuvasti mielessä kysymystä siitä, *mitä on naiseus*.

Lähteet

- Aittila, M. & Kuusela, J. 2008. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski 2007, 278.
- Almioja, S. 2002. Kohdunpoiston vaikutus naiseen ja naiseuteen. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Porin yksikkö.
- Bradford, A. & Meston, C. 2007. Sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: influence of patient education. *Journal of Sexual Medicine*. 4(1), 10-14.
- Eriksson, E. Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 184-185.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY, 13, 22, 27, 332, 341-345.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä:Gummerus kirjapaino Oy, 85.
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* 20 (3), 151-165.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 29-30, 148-149.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. 4. painos. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press, 25-28, 135.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 23, 190, 194, 196, 201, 203, 216-217.
- Holmia S, Murtonen I, Myllymäki H, Valtonen K, 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY, 59-80.
- Hänninen, R., Kolehmainen, S. & Kuitunen, M. 2006. Päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivinen ohjaus - Potilaiden näkemyksiä preoperatiivisesta ohjauksesta ja kotona selviytymisestä. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Pieksämäen yksikkö. Opinnäytetyö.
- Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter D., Kaimola K., Väisälä L., (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 22, 20-26.
- Kellokumpu-Lehtinen, P. Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim*, 119 (3), 237-246.
- Keränen, K. 2006. Raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen tiedontarve ja toteutunut tiedonsaanti. Turku: Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Krause, K. & Kiikala, I. 1992. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 72.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 6-9.

- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 5, 12, 29-36, 62
- Kättö, T. 2009. Gynekologisen tähytyspotilaan ohjaus päiväkirurgiassa. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Kääriäinen M. & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjauskäsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 254-255.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4-13.
- Laurea-ammattikorkeakoulu, 2006, Opinto-opas 2006-2007, Edita Prima Oy.
- Lehtonen, T. & Nilsson, C-G. 2000 Virtsan karkailu. *Lehdistötiedote* 1.3.2000. <http://www.tohtori.fi/?page=2442205&id=6169800> Viitattu 22.10.2009.
- Liljeblad, T-K. 2007. Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanke 2007-2012. Hankesuunnitelma.
- Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 22-23.
- Mäenpää J, Pakarinen P. 2004. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Kirjassa Ylikorkala O, Kauppila A (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim, 20, 216-221.
- Nikunen M., Gordon T., Kivimäki S. & Pirinen R., 2001. Nainen/Naiseus/Naisellisuus, Tampere University Press, 12-13, 180-181.
- Nordberg, L. 2008. Gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta. Satakunnan-ammattikorkeakoulu: Rauman yksikkö. Opinnäytetyö.
- Nylund, A. Järvinen, S. Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Teoksessa Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008.
- Näre S. 2004. Kokonainen nainen. Helsinki: Kirjapaja, 85.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus. *Hoitotyön punainen lanka*. Sairaanhoitaja 79 (10), 3.
- Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. Väyrynen, P. Äimälä, A-M. (toim.) 2006. Kätilötyö. Helsinki: Edita, 44-48, 539, 554.
- Palonen, K. & Puura, H. 2007. Rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2002. *Basic Nursing: essentials for practice*. Fifth edition. St Louis, MO: Mosby, 767.
- Roberts, G.C. 1992. Motivation in sport and exercise: conceptual constraints and convergence. In Roberts, G.C. (toim.) *Motivation in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter D., Kaimola K., Väisälä L., (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 282, 288-289.
- Rosenberg, L. 2007. *Seksuaalisuus ja syöpä*. Helsinki: Suomen Syöpäpotilaat ry. Mainostoimisto Contra Oy, 8-12, 16, 20-23, 29-31, 41,

- Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Porvoo: WSOY, 172-189.
- Salmi, T. & Leminen, A. 2007. Syöpätaudit. Teoksessa Joensuu H., Roberts P., Teppo L. (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 451.
- Tanninen, S. & Kouvula, A. 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. Teoksessa Mustajoki M., Maanselkä S., Allila A. & Rasimus M., 2005. (toim.) Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 268-270.
- Toijala, E & Rautiainen, M. 2008. Naisten tuen tarve ja kokemukset saamastaan tuesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa. Stadia-ammattikorkeakoulu: Helsinki. Opinnäytetyö.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. (toim.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY, 207, 210.
- Vilkkä, H. 2005. Tutkija ja kehittäjä. Helsinki: Tammi, 73-74, 86-87, 101-102, 140-141, 158, 161-162.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä:Gummerus kirjapaino Oy, 59.
- Vuokila, S. 2005. Hoitajien kokemuksia gynekologista syöpää sairastavan potilaan hoitotyöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Helsinki. Opinnäytetyö.
- Väisälä, L. 2006. Naisen ja miehen seksuaalisuuden erityispiirteitä. Teoksessa Apter D., Kaimola K., Väisälä L., (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 241-242.
- Wilmoth MC, & Spinelli A. 2000. Sexual implications of gynaecologic cancer treatments. J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs
- Wu Shu-Mei, Yu Yu-Mei Chao, Yang Cheng-Fang & Che Hui-Lian. 2005. Decision-making tree for women considering hysterectomy. Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology, Taiwan.

Kuviot

Kuvio 1. Projektin aikataulu	12
Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.	35
Kuvio 3. Aikaisemmin gynekologisessa toimenpiteessä.	35
Kuvio 4. Kyselyyn vastanneiden käsitys naiseudesta.....	36
Kuvio 5. Vastaajien mielipiteitä siitä, onko toimenpide muuttanut heidän käsitystään naiseudesta.	37
Kuvio 6. Vastanneiden mielipiteitä siitä, onko toimenpide vaikuttanut heidän parisuhteeseensa.	38
Kuvio 7. Vastaajien kommentteja siitä, ovatko he keskustelleet sairaudesta ja toimenpiteen mahdollisista vaikutuksista kumppaneidensa kanssa.	38
Kuvio 8. Vastaajien kommentteja siitä, onko heidän kumppaneitaan kannustettu mukaan ohjaustilanteisiin.	39
Kuvio 9. Vastaajien mielipiteitä siitä, ovatko he kokeneet hoitajalta saadun parisuhteeseen liittyvän ohjauksen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi.	39
Kuvio 10. Vastaajien kommentteja siitä, pitävätkö he seksuaalisuutta arkaluontoisena aiheena, ja onko siitä heidän mielestään vaikea puhua.	40
Kuvio 11. Vastaajien kommentteja siitä, pitäisikö seksuaalisuuden kuulua oleellisena osana naistentautien hoitoon.	40
Kuvio 12. Kuvaa vastaajien kommentteja siitä, keneltä he haluaisivat mieluiten saada ohjausta seksuaalisuudesta.	41
Kuvio 13. Kuvaa vastaajien kommentteja siitä, missä vaiheessa sairautta he haluaisivat keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista.....	42
Kuvio 14. Kuvaa vastaajien mielipiteitä hoitajien antaman ohjauksen riittävydestä. .	42

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkkejä asiakkaan ja hoitajan taustatekijöistä Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) mukaan.....	20
Taulukko 2. Miten potilasta ohjataan ja mitä asioita potilaan kanssa käydään läpi	45
Taulukko 3. Potilaiden tarvitsema fyysisten asioiden ohjaus	48
Taulukko 4. Mitä naiseuteen liittyviä asioita hoitajat ovat ohjanneet potilaille gynekologisen toimenpiteen jälkeen.	62

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus johtavalle ylihoitajalle

Laurea-ammattikorkeakoulu
Espoo, Otaniemi
Metsänpojankuja 3
02130 ESPOO

Tutkimuslupahakemus
14.4.2009

Johtava Ylihoitaja Karoliina Haggren
Naistenklinikka
Haartmaninkatu 2 Helsinki
PL 140, 00029 HUS

Hyvä Johtava Ylihoitaja,

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa.

Pyydämme lupaa haastatella 4 sairaanhoitajaa Naistenklinikan osastolta 30 ja 4 sairaanhoitajaa Kätilöopiston sairaalan osastolta 8. Toivomme voivamme käyttää haastateltavan suostumuksesta nauhuria haastattelun aikana. Sen käyttö on kuitenkin vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä. Lisäksi pyydämme lupaa potilaille tarkoitetun kyselylomakkeen viemiseen osastoille, joissa hoitajat jakavat kyselyt eteenpäin potilaille. Tavoitteenamme on saada vastauksia 30 potilaalta kultakin osastolta.

Haastateltavien sekä potilaiden anonymiteetti säilyy tutkimuksen ajan ja sen jälkeen, sillä tutkimusmateriaalit tuhoaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Saadaksemme opinnäytetyöstä kattavan ja onnistuneen, on haastatteluilla sekä kyselylomakkeella suuri merkitys.

Saatuamme tutkimusluvan osastoille, lähetämme tutkimuslupahakemuksen sekä tutkimussuunnitelman vielä HUS:n Eettiseen toimikuntaan. Haastattelut sekä kyselylomakkeen jako voidaan suorittaa vasta Eettisen toimikunnan luvan jälkeen. Alustavasti haastattelut on tarkoitus suorittaa toukokuussa 2009. Toivomme, että voimme olla yhteydessä osastonhoitajiin sovittaessa haastattelujen ja kyselylomakkeiden jakamisen ajankohdasta.

Opinnäytetyön on tarkoitus olla valmis joulukuussa 2009. Annamme mielellämme lisätietoja opinnäytetyöhön liittyen. Yhteystietomme löytyvät ohesta.

Laurea-ammattikorkeakoulun puolesta ohjaajana on lehtori Marja Tanskanen

Ystävällisin terveisin,

Janna Koponen
Terveydenhoitajaopiskelija

Sara Koponen
Sairaanhoitajaopiskelija

Marjaana Rekola
Sairaanhoitajaopiskelija

Liite 2 Saatekirje vastaajille

Arvoisa vastaaja,

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on naiseus gynekologisen potilaan ohjauksessa toimenpiteen jälkeen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää sairaanhoitajien antamaa ohjausta liittyen naiseuteen ja sen osa-alueisiin. Teidän vastauksenne on todella tärkeä opinnäytetyömme kannalta. Vastauksista saamme tärkeää tietoa gynekologisen potilaan ohjauksesta. Kyselytutkimukseen valitaan yhteensä 60 henkilöä.

Vastauksenne käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyyttenne tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Tulokset esitetään kokonaisuutena, jolloin yksittäisiä vastauksia ei ole mahdollista tunnistaa. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta vastaamalla kyselyyn voitte vaikuttaa gynekologisen ohjauksen kehittämiseen. Pyydämme Teitä ystävällisesti palauttamaan vastauksenne sille varattuun palautelaa-tikkoon.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE!

Helsingissä 28.5.2009

Janna Koponen
Terveydenhoitajaopiskelija

Sara Koponen
Sairanhoitajaopiskelija

Marjaana Rekola
Sairanhoitajaopiskelija

Marja Tanskanen
Ohjaava lehtori

Liite 3 Kyselylomake

HYVÄ VASTAAJA!

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kyselylomakkeeseen rastimalla mielestänne yksi oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan. Jos tilaa on vastauksenne nähden liian vähän, voitte jatkaa kirjoittamista lomakkeen kääntöpuolelle. Merkitkää tällöin selvästi, mistä kysymyksestä on kyse laittamalla vastauksenne eteen kysymyksen numero.

Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väärä vastauksia. Tutkimustulosten luotettavuuden ja hyödynnettävyyden kannalta on tärkeää, että vastaatte kyselyyn totuudenmukaisesti ja kaikkiin kysymyksiin. Olemme kiinnostuneita Teidän mielipiteistänne ja kokemuksistanne saamastanne ohjauksesta gynekologisen leikkauksen jälkeen.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen ei vaikuta millään tavalla saamaanne hoitoon. Tutkimukseen vastataan anonyymisti. Henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan missään vaiheessa tutkimusta.

TAUSTATEKIJÄT

1. Minkä ikäinen olette?

- 18–29
- 30–39
- 40–49
- 50–59
- 60–69
- 70–79
- 80 vuotta tai yli

2. Mikä on siviilisäätyenne?

- Naimaton
- Avoliitossa
- Avioliitossa
- Leski

3. Onko teillä lapsia?

- Ei ole
- Yksi
- Kaksi
- Kolme tai useampi

4. Millaisessa toimenpiteessä olitte tämän sairaalajakson aikana?

5. Oletteko ollut aiemmin sairaalassa gynekologisessa toimenpiteessä?

- En koskaan
- Kerran
- Useita kertoja

Millaisessa toimenpiteessä, minkä takia?

MINÄKUVA JA PSYKKINEN KOKEMUS

6. Mitä ajattelette naiseudesta tai mitä se käsitteenä tuo mieleenne?
(Numeroi mielestäsi kolme tärkeintä, esim. numero 1 mielestäsi tärkein, numero 2 toiseksi tärkein jne.)

- Minäkuva
- Psykkinen kokemus
- Ruumiillisuus
- Äitiys
- Vaimo/tyttöystävä
- Suvun jatkaminen
- Seksuaalisuus
- Parisuhde
- Feminismi
- muuta, mitä? _____

7. Onko toimenpide muuttanut käsitystänne naiseudesta?

- Ei
- Kyllä
- En osaa sanoa

8. Millaista tukea ja/tai ohjausta olisitte tarvinnut leikkauksen jälkeen?

PARISUHDE**9. Luuletteko, että toimenpide on vaikuttanut parisuhteeseen?**

- En ole parisuhteessa
- Ei
- Kyllä
- Jonkin verran
- En osaa sanoa

10. Oletteko keskustellut sairaudesta ja toimenpiteen mahdollisista vaikutuksista kumppaninne kanssa?

- En ole parisuhteessa
- En
- Kyllä
- Jonkin verran
- En vielä

11. Onko kumppanianne kannustettu tulemaan mukaan ohjaustilanteisiin?

- En ole parisuhteessa
- Ei, mutta hän on oma-aloitteisesti ollut mukana
- Kyllä, hän on ollut ohjaustilanteissa mukana
- Kyllä, mutta hän ei osallistunut ohjaukseen
- Kumppania ei kannustettu mukaan, emmekä kumppanini kanssa kokeneet sitä tarpeelliseksi

12. Jos olette saanut ohjausta hoitajalta sairaudesta ja toimenpiteen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen liittyen, onko siitä ollut hyötyä ja oletteko kokenut sen tarpeelliseksi?

- En ole saanut ohjausta
- En kokenut ohjausta hyödylliseksi, enkä tarpeelliseksi
- Kyllä, ohjaus oli hyödyllistä ja tarpeellista
- Ohjaus oli tarpeellista, mutta riittämätöntä

13. Millaista ohjausta kaipaisitte parisuhteeseenne liittyen?

SEKSUAALISUUS

14. Pidättekö seksuaalisuutta arkaluonteisena aiheena? Onko siitä teidän mielestänne vaikea puhua?

- En
- Kyllä
- En osaa sanoa

15. Koetteko seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvän ohjauksen olevan tarpeellista?

- En
- Kyllä
- En osaa sanoa

16. Pitäisikö seksuaalineuvonnan kuulua oleellisena osana naistentautien hoitoon?

- Ei
- Kyllä, tapauskohtaisesti
- Kyllä, aina

17. Keneltä tai miten haluaisitte mieluiten saada ohjausta seksuaalisuudesta?

- En keneltäkään
- Kirjallisesti
- Hoitajalta
- Ryhmäkeskusteluista
- Seksuaaliterapeutilta
- Psykiatrilta
- Lääkäriltä
- Keneltä/miten? _____

18. Missä vaiheessa sairautta haluaisitte keskustella seksuaalisuutta koskevista asioista?

- En halua keskustella
- Ensikäynnillä ennen toimenpidettä
- Toimenpiteen jälkeen sairaalassa
- Kotiutumisen jälkeen

19. Onko hoitajien antama leikkauksen jälkeinen ohjaus ollut riittävää?

- Kyllä on
- En osaa sanoa
- Ei ollut
- En ole saanut ohjausta

Jos ei, niin miksi?

Liite 4 Saatekirje hoitajille

Laurea-ammattikorkeakoulu
Vantaa, Tikkurila
Ratatie 22
00000 Vantaa

28.5.2009

Arvoisa hoitaja,

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, minkä aiheena on naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemana.

Haastatteluun valitaan kahdeksan sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutetaan sekä Nais-tenklinikalla että Kätilöopiston sairaalassa. Molemmissa sairaaloissa haastatellaan neljää sairaanhoitajaa, kahta sairaanhoitajaa kerrallaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Teidän asiantuntijuuttanne ja kokemustanne hyödyntäen voidaan kehittää gynekologisen potilaan postoperatiivista ohjausta. Vastauksenne auttavat selvittämään, miten gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa huomioidaan naiseuteen liittyviä asioita kuten minäkuva, psyykkistä kokemusta, seksuaalisuutta ja parisuhdetta.

Pyydämme teiltä lupaa myös haastattelunauhurin käyttöön haastatteluiden aikana. Henkilötietonne eivät tule ilmi tutkimuksen aikana eivätkä sen jälkeen, sillä nauhoitusmateriaalit tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Haastattelut on tarkoitus toteuttaa touko-kesäkuussa 2009. Tutkimussuunnitelman mukaisesti opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2009. Annamme mielellämme lisätietoa opinnäytetyöhön liittyen. Yhteystietomme löytyvät ohesta. Liitteenä ovat lisäksi teemat, joita haastattelussa on tarkoitus käydä läpi.

Ystävällisin terveisin,

Janna Koponen
Terveystieteiden opettaja

Sara Koponen
Sairaanhoitajaopiskelija

Marjaana Rekola
Sairaanhoitajaopiskelija

Marja Tanskanen
Ohjaava lehtori

LUPA HAASTATTELUUN JA NAUHURIN KÄYTTÖÖN

Aika ja paikka

Nimikirjoitus ja nimenselvennys

KIITOKSIA OSALLISTUMISESTA!

Liite 5 Teemahaastattelun runko

Kysymyksiä:

Lisäkysymyksiä ei-vastauksiin:

HOITAJAN TAUSTATIEDOT

- Kuinka kauan olette toiminnut sairaanhoitajana?
- Kuinka kauan olette toiminnut nykyisessä yksikössä?
- Onko teillä jokin aikaisempi koulutus? Mikä?

OHJAUS

1. Miten gynekologista potilasta ohjataan postoperatiivisesti? Mitä asioita potilaan kanssa käydään läpi?

2. Onko ohjaus riittävää?

*EI → Mitä muuta haluaisitte ohjauksessa huomioida?
Onko ohjaukseen liian vähän aikaa? Ovatko ohjaustilat puutteelliset*

MINÄKUVA JA PSYKKINEN KOKEMUS

3. Ilmeneekö gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa myös potilaan omien psyykkisten asioiden tukemista?

4. Millaista ohjausta potilaat sanovat tarvitsevänsä?

PARISUHDE

5. Millaisessa ohjauksessa potilaan kumppanin osallistuminen mielestänne korostuu?

6. Miten potilaan kumppania kannustetaan osallistumaan ohjaustilanteeseen? Kannustetaanko?

Ei → Miksei kumppani yleensä osallistu? Onko kumppanin osallistumisesta mielestänne haittaa?

SEKSUAALISUUS

7. Miten gynekologista potilasta ohjataan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa leikkauksen jälkeen?

Ei → Miksi ei ohjata? Yleisimmät syyt? Miten arvioidaan, mitä asioita otetaan puheeksi?

8. Pitäisikö seksuaalineuvonnan kuulua oleellisena osana gynekologisen potilaan postoperatiiviseen ohjaukseen?

Ei -> Miksi ei? Millä perusteella jaetaan potilaat niihin joille tätä voisi tarjota ja joille ei?