

VIRTSAINKONTINENSSIA SAIRASTAVIEN NAISTEN
SAAMA OHJAUS TERVEYDENHOITAJILTA

Ulla Hakkarainen

Päivi Havulehto

Anna Klinga

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hakkarainen, Ulla; Havulehto, Päivi & Klinga, Anna. Virtsainkontinenssia sairastavien naisten saama ohjaus terveydenhoitajilta. Helsinki, syksy 2009, 82 sivua, 5 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miten virtsainkontinenssi vaikuttaa naisten elämänlaatuun sekä selvittää minkälaista tukea ja ohjausta inkontinenssia sairastavat naiset ovat saaneet terveydenhoitajilta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla terveydenhoitajat voivat kehittää käytännön hoitotyötä virtsainkontinenssia sairastavan naisen tukemisessa ja ohjaamisessa. Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Kätilöopiston sairaalan ja Naistenklinikan naistentautien poliklinikoiden kanssa.

Opinnäytetyömme sisältää sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusosion. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden ja teemahaastattelujen avulla. Kyselytutkimukseen osallistui 54 vastaajaa ja teemahaastatteluun 3 henkilöä. Kvantitatiivisen tutkimusosion aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Kvalitatiivisen tutkimusosion aineisto analysoitiin teemoittelulla.

Tutkimustulokset osoittivat, että terveydenhoitajilla on valmiuksia ohjata ja tukea virtsainkontinenssia sairastavia naisia. Naisten on kuitenkin useimmiten itse otettava asia ensin puheeksi. Osa naisista ei ollut koskaan puhunut virtsainkontinenssista terveydenhoitajan kanssa, vaikka suurimmalla osalla hoitokontakti oli perusterveydenhuollossa. Tutkimuksestamme käy ilmi, että virtsainkontinenssi huonontaa naisten elämänlaatua ja sairaudesta kärsitään usein pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Tutkimuksen perusteella naisten tulisi saada lisää tietoa virtsainkontinenssiapuvälineiden saatavuudesta ja käytöstä. Tutkimustulokset osoittivat, että naiset tarvitsisivat enemmän ohjausta lantionpohjan lihasten harjoittamiseen, sillä vain noin puolet tutkimukseen osallistuneista oli saanut siihen ohjausta terveydenhoitajalta.

Tutkimuksen aikana tärkeimmäksi kehittämishaasteeksi nousi esiin virtsainkontinenssin puheeksiottaminen terveydenhoitajien aloitteesta. Terveystiedon lisääntymisen asiantuntijoina terveydenhoitajien tulisi panostaa virtsainkontinenssin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon kaikissa ikäryhmissä. Etenkin riskiryhmään kuuluvia tulisi rohkaista virtsainkontinenssin ehkäisyyn ja itsehoitoon.

Asiasanat: virtsainkontinenssi, terveydenhoitajat, ohjaus, elämänlaatu, kvantitatiivinen tutkimus, kvalitatiivinen tutkimus.

ABSTRACT

Hakkarainen, Ulla; Havulehto, Päivi and Klinga, Anna.

Women suffering from urinary incontinence: Guidance by Public Health Nurses. 82 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki. Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of this study was to find out what kind of guidance women suffering from urinary incontinence had received from public health nurses. Another aim was to describe how urinary incontinence affected their quality of life. Additionally, the purpose was to give information on urinary incontinence to be used by public health nurses to improve practical nursing. This study was done in co-operation with Hospital district Helsinki and Uusimaa (HUS) Maternity Hospital and Department of Obstetrics and Gynaecology.

This study contained both quantitative and qualitative research. The quantitative material consisted of 54 questionnaires. The material was analyzed using SPSS- statistical software. The qualitative research was carried out through individual thematic interviews. The interview target group consisted of three women suffering from urinary incontinence. The interviews were conducted at their homes. The qualitative material was examined with content analysis.

The results of this study showed that public health nurses had capacity to guide and support women suffering from urinary incontinence. Nevertheless, women had to bring up the subject first themselves. Part of them had not discussed their urinary incontinence with public health nurses. Our study indicated that urinary incontinence impaired the quality of life and many women had suffered from it for a long time before they sought help. Women also needed more guidance how to exercise their pelvic floor muscles and how to use different urinary incontinence instruments.

It can be concluded that public health nurses should pay more attention to guidance and to bringing up urinary incontinence earlier. As the experts of health promotion, public health nurses should emphasize the importance of preventive treatment of urinary incontinence.

Keywords: urinary incontinence, public health nurses, guidance, quality of life.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	VIRTSAINKONTINENSSIA SAIRASTAVIEN NAISTEN SAAMA OHJAUS TERVEYDENHOITAJILTA.....	8
2.1	Virtsainkontinenssi	8
2.2	Inkontinenssityypit.....	9
2.3	Lantionpohjan lihasten rakenne	10
2.4	Toimintahäiriöille altistavat tekijät.....	11
2.5	Inkontinenssin ehkäisy ja hoito.....	14
2.6	Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun.....	16
2.7	Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajalta	19
2.8	Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus	24
2.9	Yhteenvedo tutkimuksen keskeisistä käsitteistä.....	26
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	27
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
4.1	Tutkimuksen kvantitatiivinen osio.....	28
4.1.1	Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat	29
4.1.2	Aineistonkeruu	30
4.1.3	Aineiston analysointi	32
4.2	Tutkimuksen kvalitatiivinen osio	32
4.2.1	Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat	33
4.2.2	Aineistonkeruu	34
4.2.3	Aineiston analysointi	36
5	TUTKIMUSTULOKSET	37
5.1	Tutkimuksen kvantitatiivinen osio.....	37
5.1.1	Tutkimushenkilöiden taustatiedot.....	37
5.1.2	Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun.....	41
5.1.3	Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta	44
5.1.4	Inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta.....	47

5.2 Tutkimuksen kvalitatiivinen osio	52
5.2.1 Haastateltavien taustatiedot.....	52
5.2.2 Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun.....	53
5.2.3 Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta	56
5.2.4 Inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta.....	57
5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	59
6 POHDINTA.....	60
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	60
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	64
6.2.1 Kvantitatiivisen tutkimusosion luotettavuus	64
6.2.2 Kvalitatiivisen tutkimusosion luotettavuus	66
6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	68
6.4 Tutkimuksen työprosessi ja ammatillinen kasvu.....	70
6.5 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	72
LÄHTEET.....	75
LIITTEET	83
LIITE 1: Kvantitatiivisen tutkimusosion saatekirje	
LIITE 2: Kyselylomake	
LIITE 3: Kvalitatiivisen tutkimusosion saatekirje	
LIITE 4: Teemahaastattelurunko	
LIITE 5: Aineiston luokittelu	

1 JOHDANTO

Virtsainkontinenssi on yleinen ja laajasti esiintyvä terveyshaitta, joka koskettaa monen ikäisiä naisia. Useimmat kärsivät siitä jopa vuosia ennen kuin hakevat apua. Kansanterveyden näkökulmasta tarkasteltuna virtsainkontinenssi on yksi suurimpia elämänlaatuun heikentävästi vaikuttavia sairauksia. Virtsainkontinenssi aiheuttaa huomattavaa hygieenistä, psyykkistä ja sosiaalista haittaa. Elämänlaadun huononemisen lisäksi se vaikeuttaa sekä työntekoa että harrastuksia. Virtsainkontinenssi voi johtaa eristäytymiseen ja siihen liittyy masennusta ja häpeän tunnetta. Juuri häpeän tunne saattaa estää hoitoon hakeutumista. Asian puheeksiottaminen vaatii hoitavilta henkilöiltä hienotunteisuutta ja valppautta. (Saarni 2008; Kiilholma & Päivärinta 2007, 11; Kiilholma 2007; Valvanne 1999.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on virtsainkontinenssia sairastavien naisten saama ohjaus terveydenhoitajilta. Kääriäisen ja Kyngäksen (2009) mukaan ohjaus on olennainen osa terveydenhoitajien ammatillista toimintaa. Samalla se on tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Laadukkaalla ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden terveyteen sekä kansantalouteen. Haasteena on tunnistaa ja tiedostaa ohjauksen tarve sekä se, mistä tekijöistä ohjaus koostuu. Asiakasta tulee ymmärtää aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana. Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on auttaa asiakasta käyttämään resurssejaan ja löytämään erilaisia tapoja toimia. Päämääränä on lisätä asiakkaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan.

Tärkeimpinä valintakriteereinä opinnäytetyön valinnassa olivat aiheen ajankohtaisuus ja ammatillinen kiinnostuksemme virtsainkontinenssia kohtaan. Lisäksi koimme virtsainkontinenssin yhteiskunnallisesti niin merkittäväksi ja suurta joukkoa koskeväksi aiheeksi, että se ansaitsi tulla tutkimuksen kohteeksi. Erityisesti olemme kiinnostuneet virtsainkontinenssin hoidosta ja sen vaikutuksista elämänlaatuun. Virtsainkontinenssin yleisyys aiheuttaa haasteita hoitotyön ammattilaisille kaikilla terveydenhuollon alueilla.

Opinnäytetyömme koostuu virtsainkontinenssin teoreettisesta taustasta sekä kahdesta erillisestä tutkimuksesta, jotka toteutimme sekä kvantitatiivisena että kvalitatiivisena tutkimusosiona. Teoriaosassa kerromme virtsainkontinenssin lajeista, lantionpohjanlihasten rakenteesta, toimintahäiriöille altistavista tekijöistä ja hoitomahdollisuuksista, jotta nämä avautuisivat lukijalle. Olemme halunneet tuoda virtsainkontinenssin teoreettisen taustan esille mahdollisimman kattavasti, jotta tietoa voisi hyödyntää käytännön hoitotyössä.

Seuraavaksi käsittelemme tutkimuksemme kannalta olennaisimmat asiat, jotka ovat elämänlaatu, ohjaus ja vuorovaikutus inkontinenssiin liittyen. Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena yhteistyössä HUS:n Kätilöopiston sairaalan ja Naistenklinikan naistentautien poliklinikoiden kanssa. Tutkimuksen kvalitatiivisessa osiossa käytettiin teemahaastattelua, johon valitut naiset eivät kuuluneet edellä mainittujen HUS:n poliklinikoiden asiakkaisiin, vaan he olivat yksityishenkilöitä. Tutkimuksemme käytämme jatkossa inkontinenssi -sanaa tarkoittaessamme virtsainkontinenssia.

2 VIRTSAINKONTINENSSIA SAIRASTAVIEN NAISTEN SAAMA OHJAUS TERVEYDENHOITAJILTA

2.1 Virtsainkontinenssi

Inkontinenssi eli virtsan tahaton karkailu merkitsee sitä, ettei ihminen kykene kontrolloimaan virtsaamistaan, vaan seurauksena on virtsankarkailu. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt inkontinenssin sairaudeksi. Se on kansantauti, joka yleistyy kaikkialla maailmassa. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9.) Sen esiintyvyys vaihtelee eri tutkimuksissa, mutta sen arvellaan koskettavan jopa 400 000 suomalaista. Naisilla virtsankarkailu on kolme kertaa yleisempää kuin miehillä. Ikääntymisen myötä ero kuitenkin usein tasoittuu. Inkontinenssi on tavallisempaa dementoituneilla kuin ei-dementoituneilla henkilöillä. Taloudellisilta vaikutuksiltaan se on verrattavissa diabeteksen aiheuttamiin kustannuksiin. (Salovaara 2007, 28; Kurki 2005, 11; Nuotio 2006.)

Inkontinenssi on yhteiskunnallisesti merkittävä haitta aiheuttaen joko suoraan tai välillisesti suuria taloudellisia kustannuksia niin potilaille kuin terveydenhuololle (Kurki 2005, 12). Se on suurin yksittäinen syy, joka johtaa useissa tapauksissa ennenaikaiseen laitoshoitoon. Kunnissa on tehty selvityksiä, joista ilmenee, että kastelu on ollut juuri se oire, jonka ilmaannuttua on ryhdytty keskustelemaan ihmisen siirtymisestä laitoshoitoon. Kastelu on ollut myös syynä siirtää vanhainkodin asukas terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaispaikalle vuodepotilaaksi. Laitoshoidon kustannuksien lisäksi kuluja aiheuttavat inkontinenssin apuvälineet sekä komplikaatiot kuten infektiot ja iho-ongelmat. Laitoksissa inkontinenssin hoito vie suuren osan henkilökunnan työajasta ollen raskasta rutiinityötä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 16–17; 47.)

Tutkimuksien mukaan Suomen väestön ikärakenne vanhenee nopeasti tulevina vuosina. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuoden 2030 paikkeilla 65 vuotta täyttäneiden osuus koko väestöstä tulee olemaan noin 25 %, ja tulee pysymäänkin samalla tasolla. (Heikkinen & Tuomi 2000, 217.) Inkontinenssin esiintyvyys lisääntyy iän myötä, vaikka normaali vanheneminen ei aiheutakaan virt-

sanpidätyskyvyttömyyttä. Yli 70-vuotiaista suomalaisista naisista siitä kärsii jopa 59 prosenttia. Myös miehillä inkontinenssi yleistyy 60 ikävuoden jälkeen. Inkontinenssi on yksi geriatrian jättiläisistä; se on yleinen ja alidiagnosoitu vanhusten ongelma. Ennaltaehkäisyyn ja hoitoon investoinnilla voidaan vaikuttaa tulevaisuuden potilaskustannuksiin. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 12–21; Räihä, Sepälä & Viitanen 2009, 1487.)

2.2 Inkontinenssityypit

Inkontinenssin syyt ja oireet voivat vaihdella yksilökohtaisesti. Inkontinenssia on useita tyyppisiä. Naisilla yleisimpiä inkontinenssityyppejä ovat ponnistusinkontinenssi (stressi-inkontinenssi), pakkoinkontinenssi (urge-inkontinenssi) ja näiden sekamuotoinen yhdistelmä. Muita harvinaisempia virtsainkontinenssityyppejä ovat ylivuotoinkontinenssi, refleksi-inkontinenssi, ekstrauretraalinen inkontinenssi, tiedostamaton virtsainkontinenssi sekä arkkitehtoninen inkontinenssi. (Mäkinen 2002, 384; Tammela & Ruutu 2002, 167–168; Kiilholma & Päivärinta 2007.)

Ponnistusinkontinenssissa virtsaputki pettää ja virtsa karkaa tahattomasti fyysisen rasituksen yhteydessä. Näin voi käydä esimerkiksi aivastaessa tai yskäistessä, jolloin vatsaontelon äkillinen paineenousu aiheuttaa virtsankarkailun. Ponnistusinkontinenssi on yleisin synnyttäneillä naisilla ja sen syynä on useimmiten lantionpohjanlihasten heikentyminen tai vaihdevuodet. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Kujansuu 1996, 215.) Tämä inkontinenssin muoto on naisilla tavallisin virtsankarkaamisen syy ja se käsittää noin 60 % kaikista tutkimuksiin lähetetyistä potilaista. (Tammela & Ruutu 2002, 167–168.)

Pakkoinkontinenssissa rakon kontrolli pettää. Pakkoinkontinenssiin kuuluu voimakas virtsaamisen tarve, joka ei ole yhteydessä ponnistuksiin. Pakkoinkontinenssi johtuu kroonisesta rakkoärsytyksestä, jossa rakon supistajalihas reagoi yliherkästi. Pakkoinkontinenssiin kuuluu myös fyysisen rasituksen aiheuttama virtsankarkaaminen rasiustilanteen jälkeen sekä psyykkisen jännityksen aiheuttama virtsapakon tunne. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Kujansuu 1996, 215.)

län myötä pakkoinkontinenssi yleistyy ja lisääntyy ponnistusinkontinenssin suhteellisen osuuden vähentyessä. Tämä johtuu siitä, että vanhemmalla iällä virtsarakon seinämän elastisuus vähenee estrogeenierityksen alentuessa. Suurimmalla osalla yli 80-vuotiaista virtsankarkailun syynä on pakkoinkontinenssi. (Heittola 1996, 59.)

Sekamuotoisessa inkontinenssissa yhdistyvät samanaikaisesti sekä ponnistusettä pakkoinkontinenssi. Sekainkontinenssissa esiintyy häiriöitä rakon hermo toiminnassa, mikä aiheuttaa rakkolihasen yliaktiiviteettia. Sitä esiintyy eniten vaihdevuosien jälkeen, jolloin ponnistusinkontinenssiin liittyy rakon tilavuuden ja venyvyyden vähetessä myös sensorisia virtsapakon oireita. (Nieminen 1998, 25; Heittola 1996, 64.)

Ylivuotoinkontinenssissa virtsa valuu ylivenyttyneestä rakosta aina kun paine ylittää virtsaputken sulkupaineen. Naisilla ylivuotoinkontinenssia aiheuttaa yleisimmin virtsarakon tai kohdun laskeuma. Sen aiheuttajana voi olla myös krooninen virtsaumpi, jonka syynä on rakon ulosvirtauseste tai supistuskyyvön virtsarakko. (Tammela & Ruutu 2002, 168; Killholma & Päivärinta 2007, 22.)

2.3 Lantionpohjan lihasten rakenne

Lantionpohjalla on ihmiselle sängen tärkeä ja keskeinen merkitys kaikkien sisäelimiä tukijana sekä kehon tasapainon ylläpitäjänä. Lantionpohja on eräänlainen luuston muodostaman tukikehikon sisällä oleva rakennekokonaisuus, joka koostuu lihaksista, sidekudosrakenteista, verisuonista ja hermoista. Lantionpohjan lihaskerrostumaa kutsutaan lantionpohjan lihaksiksi. (Heittola 1996, 13–14; Höfler 2001, 9–14; Kyrklund 2007, 16.)

Lantionpohjanlihakset tukevat ja kannattavat lantion alueen sisäelimiä. Lisäksi ne toimivat yhteistyössä syvien vatsa- ja selkälihasten kanssa tukien myös alaselkää. Niillä on myös merkittävä asema seksuaalisen reaktiokyvyn kannalta. Jonkun kokonaisuuden osatekijän peittäminen voi johtaa virtsankarkailuun. Lantionpohjan lihaksia tarvitaan myös vatsaontelon painetta kasvattavissa toimin-

noissa, jolloin lihasten kuormitusta vastustava tehtävä on merkittävä. Näitä toimintoja ovat muun muassa aivastaminen, yskiminen, jumppaaminen ja nostaminen. (Heittola 1996, 13–14; Höfler 2001, 9–14; Kyrklund 2007, 16.)

Lantion välipohja on syvin ja sisin lihaskerros. Se on suurikokoinen ja sillä on ratkaiseva merkitys sisäelinten kannattamiselle, tukemiselle ja tasapainolle sekä lantion jänteveydelle. Naisella lantiopohjan lihaksiston läpi kulkevat virtsaputki, peräsuoli sekä emätin heikentäen osaltaan lantiopohjan tukirakenteita. Ne kuitenkin mahdollistavat synnytyksessä sikiön pääsyn lantiopohjan läpi. Lantiopohjalta edellytetäänkin kahta erilaista ominaisuutta: lujuuutta ja elastisuutta. (Heittola 1996, 13–21; Höfler 2001, 9–14; Kyrklund 2007, 16–17.)

Oikein toimiva lantiopohjan lihaksisto on hyvin tärkeää naisen hyvinvoinnille. Synnytykset ja ikä voivat heikentää naisen lantion lihaksistoa niin, että virtsarakko, kohtu ja jopa peräsuoli laskeutuvat normaalia alemmaksi. Tällöin virtsaputki lyhenee ja muoto muuttuu, jolloin virtsanpidätyskyky heikkenee. Lantiopohjan lihakset ovat osittain tahdonalaisia, joten niiden hyvä tunto- ja hallintakyky vaativat aktiivista harjoittelua läpi elämän. Lantiopohjan lihasten mahdollisimman varhainen toimintahäiriöiden ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hoito säästävät inkontinenssin mahdollisen puhkeamisen tai ainakin sen pahenemisen. (Heittola 1996, 22–28; Höfler 2001.)

2.4 Toimintahäiriöille altistavat tekijät

Inkontinenssille altistavat monet eri tekijät. Ne ovat yhteiskunnassamme jääneet liian vähälle huomiolle. Varsinkaan ennaltaehkäisyn merkitystä ei ole riittävästi huomioitu. Naisella on 3–8 kertaa suurempi riski virtsankarkailuun mieheen verrattuna. Joka viidennelle naiselle ilmaantuu jossain vaiheessa elämänsä aikana laskeumia, joihin liittyy usein joko virtsarakon tyhjenemisvaikeus tai virtsan pidätyskyvyn huonontuminen eli inkontinenssi. Laskeumat syntyvät lantiopohjan sidekudos- ja lihasrakenteen heikentyessä sekä synnyttelimiä että muita vatsaontelon pohjan elimiä kannattavan tuen pettäessä. Riskitekijöitä laskeumille ovat perimä, raskaus, synnytys, ylipaino, pitkäkestoinen lantiopohjaa kuormit-

tava raskas työ, paljon hyppyjä sisältävä liikuntaharrastus, pitkittynyt keuhkosairaus, tupakointi, hormonaaliset tekijät, virtsatieinfektiot sekä lääkitys. (Kyrklund 2007, 19–20.)

Raskauden aikana lantionpohjan lihasten perusjännitys vähenee ja sikiön kasvaessa ylimääräinen alaspäin suuntautuva paino saattaa heikentää lantionpohjaa. Synnytys aiheuttaa lihasten venymistä ja voi vahingoittaa lantionpohjan lihaksia ja aiheuttaa osittaisia häpyhermon vaurioita. (Heittola 1996, 33–34.) Raskaus ja alatiesynnytys lisäävät inkontinenssin riskiä etenkin nuoremmassa ikäryhmissä. Alakautta synnyttäneillä naisilla esiintyy virtsankarkailua enemmän kuin keisarileikkauksella synnyttäneillä naisilla. Vähiten virtsankarkailua esiintyy tutkimuksen mukaan synnyttämättömillä naisilla. Lisääntynyt riski liittyi lähinnä ponnistusinkontinenssiin ja sekamuotoiseen inkontinenssiin, mutta ei pakkoinkontinenssiin. (Kivelä 2006.) Muita synnytykseen liittyviä inkontinenssin riskitekijöitä ovat lapsen suuri syntymäpaino (yli 4000 g), ponnistusvaiheen kesto, imukuppi- ja pihtisynnytys sekä perätilasynnytys (Kiilholma ym. 2007).

Vaihdevuosien seurauksena estrogeenin erittyminen vähenee, joka muuttaa lantionpohjan rakenteellista ja toiminnallista tilaa. Tämä yhdessä sidekudosten rappeutumisen kanssa altistaa ponnistusinkontinenssille sekä erilaisille laskeumille. (Heittola 1996, 35.) Myös vaihdevuosioireisiin käytettävä yhdistelmä-hormonihoito saattaa altistaa inkontinenssille (Kiilholma ym. 2007).

Ikääntyminen voi aiheuttaa toiminta- ja liikuntakyvyn laskua, mikä puolestaan altistaa virtsankarkailulle. Huono yleiskunto liittyy erityisesti pakkoinkontinenssiin. Iäkkäillä rakon hallintaa voidaan parantaa ylläpitämällä liikunta- ja toimintakykyä. Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla inkontinenssi on yleisempää kuin kotona asuvilla vanhuksilla. (Kiilholma ym. 2007.)

Lihavuus ei itsessään aiheuta inkontinenssia, mutta sillä on taipumus pahentaa sitä. Ylipaino lisää lantionpohjan lihaksiin kohdistuvaa painetta ylipainoisilla naisilla virtsarakon sisäisen paineen ollessa suurempi kuin normaalipainoisilla. Jos

vatsaontelon paine esimerkiksi yskiessä nousee, virtsaputken sulkupaine ei riitä pidätyskyvyn säilyttämiseen. (Heittola 1996, 36.)

Seisomatyö, joka vaatii pitkäkestoista, yhtäjaksoista ja raskasta ponnistelua, aiheuttaa paineen lantionpohjan alueelle. Tästä voi seurata lantionpohjan laskeutuminen. (Heittola 1996, 36.) Kyrklundin (2007) tutkimuksen mukaan myös huono istuma-asento vaikuttaa heikentävästi lantionpohjanlihaksiin ja edesauttaa inkontinenssin syntyä.

Voimakas fyysinen rasitus saattaa lisätä virtsankarkailua, vaikka muita riskitekijöitä ei olisikaan (Kiilholma ym. 2007). Tietyt liikuntamuodot kuten esimerkiksi aerobic, hypyt, punttisaliharjoitukset ja juoksu, lisäävät painetta vatsaan sekä vähentävät lantionpohjan antamaa vastusta. Myös yksipuolinen lantionpohjan lihasten kuormittaminen voi myötävaikuttaa inkontinenssin syntymiseen. (Heittola 1996, 36.)

Krooninen yskä voi vahingoittaa virtsaputken ja emättimen tukirakenteita. Yskiessä vatsaontelon paine nousee kohdistuen suoraan lantionpohjaan. Jos virtsaamista estävät mekanismit eivät ole kunnossa, on seurauksena virtsaamispakko ja virtsan karkaaminen. (Heittola 1996, 37.)

Erilaiset toimintahäiriöt voivat johtua lantion alueen leikkauksissa vaurioituneesta lantionpohjan lihasten hermotuksesta (Heittola 1996, 37). Yli 60-vuotiailla naisilla kohdunpoisto saattaa lisätä riskiä pakkoinkontinenssiin riippumatta leikkaustavasta (Kiilholma ym. 2007).

Inkontinenssia on todettu esiintyvän keskimääräistä enemmän diabeteksen, astman, aivohalvausten, selkävaivojen, kohonneen verenpaineen, niveltulehdusten, parkinsonismin, neurologisten sairauksien, kognitiivisten häiriöiden sekä kuulon ja näön heikkenemisen yhteydessä. (Kiilholma ym. 2007.) Emättimen etuseinämän ja kohdun laskeumat ja toistuvat virtsatietulehdukset lisäävät inkontinenssia. Sidekudosten heikkous voi olla synnynnäistä tai johtua ikääntymisestä, raskauksista tai hormonaalisista syistä. Rotu ja perimä vaikuttavat siten, että valkoisen rodun naisilla esiintyy virtsankarkailua mustia sisariaan enem-

män. Virtsankarkailusta kärsivien äitien tyttärillä on myös todettu kohonnut riski sairastua inkontinenssiin. Lapsuuden yökastelu voi assosioitua pakkokarkailuun keski-iässä. (Kivelä 2006.)

2.5 Inkontinenssin ehkäisy ja hoito

Koska inkontinenssi huonontaa selkeästi terveyteen liittyvää elämänlaatua, sen ehkäisy ja hoito on tärkeää (Kiilholma ym. 2006). Inkontinenssiin löytyy useita eri hoitovaihtoehtoja, joilla tähdätään parempaan elämänlaatuun. Jokaiselle pyritään löytämään apuväline tai ratkaisumalli, jolla oireiden aiheuttamat vaivat saadaan pysymään niin vähäisinä, ettei elämä siitä kärsi. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24–25.) Inkontinenssin hyvä hoito edellyttää diagnoosin tekemistä. Diagnoosia tehtäessä ja hoitoa suunniteltaessa tärkeää on kuulla potilaan kertomusta oireistaan ja siitä, miten ne vaikuttavat hänen elämäänsä. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 20.)

Inkontinenssia ennaltaehkäistään ja hoidetaan ensisijaisesti elintapamuutoksilla. Elintapoihin liittyviin inkontinenssin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa muun muassa lihaskunnan ylläpidolla, monipuolisella liikunnalla, tupakoinnin lopettamisella, ummetuksen ja infektioiden huolellisella hoidolla ja painonhallinnalla. (Kiilholma ym. 2006; Eskola & Hytönen 1997, 503.) Erittäin lihavilla naisilla noin 5-10 % painonpudotus vähentää merkittävästi inkontinenssin oireita. Tutkimusten mukaan laihduttaminen vähentää sekä ponnistus- että pakkoinkontinenssista kärsiviä naisia. (Riikola & Kiilholma 2007; Mustajoki 2006.)

Inkontinenssin yksinkertaisin hoitomuoto on lantionpohjan lihasten kuntouttaminen. Se tuo usein monelle helpotusta virtsanpidätysongelmiin. Lihasten kuntouttamisessa on tärkeää, että inkontinenssista kärsivä saa oikeasta harjoittelumenetelmästä ohjausta terveystieteen ammattihenkilöltä. Lantionpohjan lihasharjoittelu toimii hyvin myös ennaltaehkäisemään inkontinenssia, varsinkin raskauden aikana ja heti synnytyksen jälkeen. Lantionpohjan lihasten kuntouttamisessa apuna voidaan tarvittaessa käyttää erilaisia tukivälineitä. (Kiilholma & Päivärinta

2007, 24–25; Ukkola ym. 2001, 209; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 31; Nieminen 1998, 101–108.)

Fysioterapiaa käytetään apuna inkontinenssin hoidossa. Lihasten supistumista voidaan tehostaa aktivoivalla sähköhoidolla, elektrostimulaatiolla. Fysioterapiassa lantionpohjan lihastoimintaa harjoitetaan ja tutkitaan myös EMG- eli biopalaustelaitteen avulla. (Jernfors 2005.) Inkontinenssia voidaan hoitaa myös rakko-koulutuksella. Siinä tilavuudeltaan pientä rakkoa pyritään tietoisesti venyttämään ja totuttamaan pidempiin virtsaamisväleihin harjoittelun avulla. (Eskola & Hytönen 2002, 322–323; Aukee 2008.) Laitosvanhuksilla rakon hallintaa voidaan auttaa virtsaamiskehotusohjelmalla ja aikataulutetulla WC:ssä käyttämisellä (Kiilholma ym. 2007).

Inkontinenssia voidaan hoitaa lääkehoidolla joko yksin tai yhdessä muiden hoitojen kanssa. Pakkoinkontinenssin oireita voidaan lievittää ei-tahdonalaista hermostoa salpaavilla lääkkeillä. Ne vähentävät rakon supisteluherkkyyttä ja lisäävät sen tilavuutta, jolloin virtsaamistarve harvenee ja pakko-oire lieventyy. Myös estrogeenihoito saattaa helpottaa pakkoinkontinenssin oireita vaihdevuosi-ikäen ylittäneillä naisilla. Ponnistusinkontinenssin lääkehoidossa tarkoituksena on vahvistaa virtsaputken sulkijan toimintaa. Lääkehoidon merkitys ponnistusinkontinenssin hoidossa on melko vähäinen. (Tammela 2007, 74–77; Riikola & Kiilholma 2007.)

Leikkaushoitoa voidaan suositella vaikeissa tapauksissa sekä silloin, kun muilla hoidoilla ei saavuteta toivottua tulosta (Ukkola ym. 2001, 209). Inkontinenssi-leikkauksia on erilaisia, mutta tämän hetkisten tutkimustulosten mukaan parhaimmat tulokset ponnistusinkontinenssin hoidossa on saatu naisten TVT (tension-free vaginal tape) ja TOT (transobturatoric tape) -leikkauksilla. Leikkauksista ei ole apua rakon hermotukseen liittyvässä pakkoinkontinenssia; ainoastaan ääritapauksessa voidaan harkita rakon laajennusleikkausta. (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008.) Onnistunut leikkaushoito kohottaa ratkaisevasti potilaan elämänlaatua (Ala-Nissilä 2006).

Inkontinenssista kärsiville on tarjolla monenlaisia apuvälineitä, joiden valinnassa on huomioitava asiakkaan yksilöllinen tarve. Apuvälineet auttavat asiakasta säilyttämään sosiaalisuuden, vähentävät virtsankarkailun aiheuttamia hygieenisiä ongelmia ja muita rajoitteita. Ne tukevat myös inkontinenssin kokonaisuhoitoa antaen aikaa varsinaisten hoitotoimenpiteiden vaikutusten saavuttamiseen. Saatavilla olevia apuvälineitä ovat erilaiset inkontinenssisuojat, vaipat, vuodesuojat, katetrit, virtsankerääjät, virtsankeräysspussit, virtsaputken sulkijat sekä WC-apuvälineet kuten portatiivi ja korotettu WC-istuin. Kovin iäkkäillä ja huonokuntoisilla potilailla apuvälineet saattavat jäädä ainoiksi hoitovaihtoehtoiksi. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25–26; Nieminen 1998, 101–108; Ukkola ym. 2001, 209.)

2.6 Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun

Elämänlaatua on tutkittu jo yli 40 vuoden ajan. Elämänlaadun käsitteelle ei kuitenkaan ole yhtä yksittäistä määritelmää. Elämänlaatu on kokonaisuus, joka pitää sisällään hyvän elämän ja sen edellytykset. Elämänlaadun perusulottuvuuksina pidetään tavallisesti fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta mukaillen WHO:n terveystieteistä, että terveys ei ole vain sairauden puuttumista vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Elämänlaadun tutkijoista enemmistön näkemys on se, että elämänlaatu koostuu sekä objektiivisesta eli ulkopuolisen arvioitavissa olevista hyvän elämän edellytyksistä että subjektiivisesta näkökulmasta kuvaten ihmisen omaa kokemusta elämänsä laadusta. WHO:n elämänlaatua ja sen mittaamista tutkiva ryhmä määrittelee elämänlaadun ”yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan omassa arvo maailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissään sekä suhteessa omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja huoliinsa”. (Lamminiemi & Nurminen 2008, 3–5; Luoma 2008, 74; Savikko, Huusko & Stranberg 2006, 24–41.)

Elämänlaatututkimuksissa elämänlaadun keskeisiksi tekijöiksi määritellään aineellinen hyvinvointi (ansiot, asumistaso, palveluiden saatavuus, ympäristö), sosiaalinen hyvinvointi (tuki, ihmissuhteet, harrastukset, yhteisöllinen osallistuminen), fyysinen terveys (toimintakyky, hyvä kunto, liikuntakyky, työkyky, oi-

reet), emotionaalinen hyvinvointi (arvostuksen tunne, hengellisyys, kognitiiviset toiminnot, nautinto, tunteet) ja tuottavuus (tyytyväisyys omaan työkykyyn, pätevyys, itsemääräämisoikeus, mielekkäät roolit). Elämänlaatu ei siis ole pelkästään fyysistä tai psyykkistä terveyttä, vaan elämänlaatuun vaikuttaa myös yleinen eli globaali elämänlaatu, joka kuvaa yksilön tyytyväisyyttä elämään. (Lamminiemi & Nurminen 2008, 3–5; Luoma 2008, 74; Savikko, Huusko & Stranberg 2006, 24–41.)

Elämänlaadun käsite on moniulotteinen ja sen määrittelemisen riippuu käytettävästä yhteydestä. Koettu elämänlaatu on riippuvainen elämäntilanteesta ja ikääntyessään kukin yksilö asettaa hyvinkin erilaisia vaatimuksia aiempiin elämänvaiheisiin verrattuna laadukkaan elämän kokemukselle. (Lamminiemi & Nurminen 2008, 3–5.)

Tyytyväisyys kaikkiin yksilön merkittäviksi kokemiin elämänalueisiin, kuten terveys, työ, ihmissuhteet ja ympäristö, on elämänlaatu -käsitteen ydin. Lisäksi fyysisen toimintakyvyn merkitys elämänlaatuun on huomattava. Elämänlaatu käsittää myös eri sairauksien ja niiden hoidon vaikutukset yksilön hyvinvointiin ja toimintakykyyn. (Luoma 2008, 74; Manssila & Koistinen 2006, 5–8.) Esimerkiksi lääketieteessä toteutetaan hoitoja tai toimenpiteitä, jotka eivät paranna sairautta tai merkittävästi pidennä eliniän ennustetta, mutta niiden avulla voidaan vähentää elämää haittaavia oireilua ja täten parantaa potilaan elämänlaatua. Kun ollaan kiinnostuneita erilaisten hoitojen vaikutuksista elämänlaatuun, puhutaan terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteestä (health related quality of life). Sitä mitataan yleisillä terveyteen liittyvillä mittareilla. Suomessa tätä varten on kehitetty elämänlaadun mittari 15D. (Manssila & Koistinen 2006, 5–8; Luoma 2008, 76–77.) Se on aikuisväestölle tarkoitettu standardoitu, herkkä ja helppokäyttöinen mittari sisältäen 15 fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä mitattavaa dimensiota. (Sintonen & Kotomäki 2007.)

Inkontinenssi heikentää monin tavoin yksilön elämänlaatua. Se vaikeuttaa normaalia elämää, työntekoa ja harrastuksia. Inkontinenssi aiheuttaa usein myös häpeää ja itsetunnon menetystä. Tämä saattaa johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja altistaa masentuneisuudelle. Inkontinenssia sairastavilla naisilla esiintyy

enemmän vakavaa masennusta kuin normaaliväestöllä. Inkontinenssiin liittyvä häpeäntunne aiheuttaa sen, että se pyritään salaamaan niin läheisiltä kuin hoitohenkilökunnaltakin. Tämän vuoksi asia jää ottamatta esille vastaanotto- ja hoitotilanteissa. Joissakin tutkimuksissa on selvinnyt, että vain harvat inkontinenssin hoitoa tarvitsevista henkilöistä on koskaan kääntynyt vaivansa kanssa ammatti-ihmisen puoleen. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21; 47; Nieminen 1998,57.) Kurki (2005, 12) on todennut tutkimuksessaan, että inkontinenssi voi aiheuttaa häiriöitä seksuaalisuuteen ja tätä kautta aiheuttaa ongelmia parisuhteeseen. Lisäksi se häiritsee yöunta ja etenkin vanhuksilla usein toistuvat öiset wc-käynnit altistavat kaatumisille kasvattaen näin lonkkamurtumien riskiä.

Ikääntymiseen liittyvä sairastuvuuden lisääntyminen on aiheuttanut sen, että vanhuutta pidetään joskus sairautena. Tällainen sairauslähtöinen ajattelu on johtanut muun muassa iän käyttämiseen hoidon kriteerinä sekä kuntouttavan työotteen puuttumiseen. Esimerkiksi 1900-luvun lopulla kehittyi vastapainoksi terveyslähtöinen viitekehys, jossa toimintakyky nähdään osaamisena, jota voidaan kehittää iästä riippumatta. Toimintakyvyn säilyminen edistää merkittävästi vanhusten elämänlaatua. (Heikkinen 2002, 19–26.) Terveyslähtöisyyttä tukee myös Helinin (2002, 40) tutkimustulos, jonka mukaan 83-vuotiaille terveys merkitsi ennemminkin toimintakykyä kuin sairauksien puuttumista.

Useissa inkontinenssista tehdyissä tutkimuksissa on todettu virtsankarkailun vaikeuttavan elämää ja heikentävän elämänlaatua jopa enemmän kuin monet krooniset sairaudet kuten astma, COPD, epilepsia, suolistosairaudet ja fibromyalgia (Stach-Lempinen 2006). Päivärinnan (2006) mukaan inkontinenssi koetaan henkisesti jopa syöpää raskaampana.

Stach-Lempinen (2004) on tutkinut naisten virtsankarkailun merkitystä elämänlaatuun. Tutkimuksen mukaan naisten inkontinenssi heikentää elämänlaatua. Pakko- ja sekamuotoista inkontinenssia sairastavilla naisilla esiintyi myös vakavaa masennusta keskimäärin enemmän kuin muulla väestöllä. Korkea masennuksen aste edelleen voimisti koettuja inkontinenssin haittavaikutuksia. Inkontinenssin hoito paransi ponnistusinkontinenssi-potilaiden elämänlaadun normaalitasolle, mutta pakko- ja sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivien potilaiden

elämänlaatu jäi sitä vastoin huomattavasti huonommalle tasolle. Myös Nuotion (2003) tekemässä tutkimuksessa esille nousi samansuuntaisia asioita; inkontinenssia sairastavat naiset kärsivät masentuneisuudesta ja lisäksi heidän toimintakykynsä on usein heikentynyt. Nuotion (2006) mukaan inkontinenssin ja vakavan masennuksen välillä on todettu yhteys suomalaisnaisilla, etenkin se vaikuttaa mielialaan yli 70-vuotiaalla. Tutkimustulos korostaa virtsaamisvaivojen huomioon ottamisen tärkeyttä erityisesti iäkkäitä henkilöitä hoidettaessa.

Kurki (2005) on tutkinut inkontinenssia sairastavia naisia, jotka osallistuivat inkontinenssikursseille. Kurssien tavoitteena oli auttaa inkontinenssista kärsiviä naisia saamaan lisää itsehoitovalmiuksia niin, että elämänlaatu paranisi ja sosiaalinen aktiivisuus vahvistuisi. Tutkimustuloksena selviää, että kursseilta saatu tieto ja ohjaus koettiin tarpeelliseksi. Oireet lievittyivät ja inkontinenssista aiheutuneet sosiaaliset ja terveydelliset haitat vähentyivät parantaen elämänlaatua.

2.7 Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajalta

Terveydenhoitaja on hoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija, joka toimii lähimmäisyyden, oikeudenmukaisuuden ja eettisten periaatteiden mukaisesti. Hänen tehtävänä on edistää ja ylläpitää yksilön, perheen ja yhteisön terveyttä ja hyvinvointia. Terveydenhoitaja myös tukee ja vahvistaa ihmisen omia voimavaroja. Terveydenhoitaja tekee työtä lasten, nuorten, työikäisten ja ikääntyvien terveyden edistämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 15.)

Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisen mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen tapahtuu ihmisen oman toiminnan tuloksena, terveyttä tukevan ympäristön avulla, terveydenhuollon ammattilaisten toiminnassa sekä osana päätöksentekoa ja yhteiskunnallista toimintaa. (Vertio 2003, 29.)

Terveysneuvonta on yksi terveyden edistämisen menetelmistä. Sitä voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmätoimintana. Ohjaus ja neuvonta ovat laaja-alaisia

käsitteitä, joihin sisältyy monenlaisia vuorovaikutuksellisia toimintatapoja. Neuvonta on usein yhdelle asiakkaalle kohdistettua tiedon kertomista. Ohjaukseksi kutsutaan tavallisesti ryhmille suunnattua opastusta. Toisaalta myös yksilöä voidaan ohjata. Sanojen neuvonta ja ohjaus välinen merkitysero on pieni. Riippuu myös asiayhteydestä kumpaa sanaa käytetään. (Laine ym. 2001, 316–319; Poskiparta 1997, 24.)

Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toiminnalle pohjan ja velvoitteen. Niiden avulla ohjaustoiminta mahdollistuu konkreettisesti; terveydenhoitajalle ja koko tapahtumalle asetetaan minimivaatimukset eli on pystyttävä noudattamaan asetettuja laatukriteerejä. Potilasohjaukseen liittyy myös eettisiä periaatteita. Terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittävät ohjauksen perustaa sekä lisäävät ymmärrystä tavasta toimia ohjaustilanteessa eettisesti oikein. Ohjauksen tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen; se on ymmärrettävissä terveydenhuollon etiikan tehtävän kautta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6–8.)

Terveydenhoitaja voi antaa ohjausta inkontinenssin ennaltaehkäisystä ja hoidosta monella eri terveydenhuollon sektorilla. Ohjaus alkaa jo lastenneuvolas-
sa, jolloin terveydenhoitajan ohjeet lapsen siisteyskasvatuksesta edistävät oikeita virtsaamistottumuksia. Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitaja keskustelee nuorten kanssa muun muassa liikunnasta ja liikalihavuuden ehkäisystä, joilla nuori pystyy edistämään normaalien elintoimintojen säilymistä. Samalla terveydenhoitaja voi pyrkiä siihen, että tytöt omaksuvat jo nuorina tavan vahvistaa lantionpohjan lihaksia säännöllisillä lihasharjoituksilla. Äitiysneuvolassa terveydenhoitaja kertoo odottaville äideille lantionpohjan lihasten harjoittamisen tärkeydestä raskauden ja synnytyksen jälkeisenä aikana. Vanhusten hoidossa terveydenhoitaja ohjaa iäkkäitä ihmisiä muun muassa inkontinenssiapuvälineiden käytössä. (Eskola & Hytönen 2002, 323; Armanto & Koistinen 2007, 56; Vallejo Medina ym. 2005, 220.)

Inkontinenssin katsotaan kuuluvaksi naistentauteihin. Naisen hoitotyö painottuu ohjaukseen ja neuvontaan. Tämän takia terveydenhoitajalta edellytetään oman työnsä syvällistä asiantuntemusta, luovaa vuorovaikutustaitoa sekä kykyä toimia moniammatillisessa työryhmässä. (Eskola & Hytönen 2002, 21.)

Inkontinenssia sairastavan asiakkaan ohjaaminen ja auttaminen vaativat luottamuksellisuutta, hienotunteisuutta, ammatillisuutta, eettisyyttä ja intymiteettisuoja. Käsiteltävät asiat voivat olla asiakkaalle arkoja, kipeitä ja vaikeasti kohdattavia, joten niitä on lähestyttävä hänen ehdoilla. Nainen tarvitsee aikaa, ennen kuin hänelle syntyy luottamus tuoda arkaluonteisia asioita esille. Hoitotyössä keskeisenä asiana on kunnioittava kohtaaminen, huolenpito ja välittäminen sekä aktiivinen kuunteleminen. (Päivärinta & Kiikkala 2007, 91; Hartikainen, Tuomivaara, Puistola & Lang, 28.)

Inkontinenssin hoito-ohjaus aloitetaan tunnistamalla asiakkaan ohjaustarpeet ja laatimalla yhdessä hänen kanssaan tavoitteet. Sitä kautta ohjauksen sisällöt voidaan räätälöidä asiakkaalle omakohtaisesti merkityksellisiksi. Kun tavoite on selvillä, itse prosessin suunnittelu voi alkaa. Tähän terveydenhoitaja tarvitsee tietoa asiasisällöistä ja menetelmistä. Tärkeää on myös miettiä, mitä asioita ohjaukseen sisällytetään ja millä keinoilla asiakas saadaan ne parhaiten sisäistämään. Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas ryhtyisi suorittamaan itsehoitoa terveydenhoitajan tukemana. (Heittola 1996, 109–111; Vuorinen 1993, 21; Laine ym. 2001, 322.)

Asiakkaalle annetaan ohjauksessa inkontinenssista tietoa, ohjeita ja neuvoja. Myös motivointi itsehoitoon on olennainen osa inkontinenssin ohjausta. Inkontinenssin hoito-ohjauksessa on tärkeää, että asiakkaalle selostetaan yksinkertaisesti ja kuvien avulla, mistä inkontinenssi hänen tapauksessaan johtuu. Monia helpottaa, kun he ymmärtävät, että vaiva ei olekaan vanhuuteen liittyvää, vaan se on elimellinen ongelma, sairaus muiden sairauksien joukossa. (Nieminen 1998, 48; Heittola 1996, 109–111.)

Neuvontatilanteessa terveydenhoitajan tulee ottaa huomioon ohjattavan ikä ja vastaanottokyky. Iäkkäämmän henkilön kohdalla ohjauksen laatuun vaikuttaa ohjaajan valmius huomioida asiakkaan mahdollinen muutos muisti- ja aistitoiminnoissa. Ohjatessa tulee kiinnittää huomiota myös ymmärrettävän kielen käyttämiseen. Terveydenhoitajan tunnusteleva puhe, tuntemuskysymykset, arkinen juttelutapa, palautteen antaminen ja neutraalisuus mahdollistavat asiakkaalle tilan osallistua ohjaukseen. Näin asiakasta koskettavat tärkeät asiat pää-

sevät mukaan osaksi ohjauskeskustelua. (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002, 213–214; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 29; Isola ym. 2007, 53.)

Tavoitteiden saavuttaminen lantionpohjan lihasten harjoittelussa vaatii oikean tekniikan oppimista. Siksi on tärkeää, että terveydenhoitaja itse tuntee lantionpohjalihasten anatomian, toiminnan sekä syyt toimintahäiriöihin välittäen nämä tiedot myös sitten ohjattavilleen. (Heittola 1996, 112.) Onnistunut potilasohjaus vaatii terveydenhoitajalta valmiuksia antaa tarvittavaa tietoa ja ohjausta. Tämä vaatii omaehtoista opiskelua ja omien tietojen jatkuvaa päivittämistä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 16.)

Inkontinenssin ohjauksessa voidaan hyödyntää Oiva-hoiva -mallia. Se syntyi, kun vuonna 2005 suomalaiset inkontinenssiasiantuntijat sekä potilasjärjestöjen edustajat kokoontuivat pohtimaan inkontinenssin hoidon kehittämistarpeita. Oiva-hoiva -mallin avulla voidaan määrittellä, arvioida ja kehittää hyviä inkontinenssin hoito- ja toimintamalleja sekä hyvää hoitoa. Se sisältää sekä käytännön neuvoja että kehittämis- ja itsearviointityökaluja eri elämäntilanteissa esiintyvän inkontinenssin huomioimiseen ja hyvään hoitamiseen. Oiva hoiva -mallissa korostuu asiakkaan näkökulmasta riittävän ja oikean tiedon merkitys kaikissa olosuhteissa. Siinä kiinnitetään erityisesti huomiota asiakkaan yksilölliseen ja asialliseen kohteluun sekä hyvän hoidon edellyttämään vuorovaikutukseen. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 15; 29.)

Potilaiden ohjausta ja tiedonsaantia on tutkittu hoitotieteessä suhteellisen paljon niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Tutkittu tieto on kuitenkin vähän hajanaista; osa tutkituista on ollut tyytyväisiä ohjaukseen, toiset taas ovat pitäneet sitä riittämättömänä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 209; Heikkinen ym. 2006, 121.) Kääriäinen, Kyngäs, Ukkolan ja Torppa (2005) ovat tutkimuksessaan selvittäneet potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkimustulokset osoittivat, että ohjauksen saanti oli osittain riittämätöntä. Sairauden syistä, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista toivottiin lisää tietoa. Myös ohjaukseen asennoitumisessa oli toivomisen varaa. Ohjausta sairaudesta ja sen oireista saatiin riittävästi. Tutkimustulosten perusteella pääteltiin, että ohjauksella on vaikutusta potilaiden tietoon, asennoitumiseen ja vastuunottoon sairauden hoi-

dossa. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) mukaan ohjaus vaikutti positiivisesti potilaan elämänlaatuun, terveydentilaan, itsehoitoon, tiedon määrään ja hoitoon sitoutumiseen. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen silloin, kun he saivat riittävän paljon tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta.

Ohjauksesta on tehty tutkimuksia myös terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta. Kääriäisen ym. (2006) tekemän tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstön ohjaustaidot olivat enemmistöllä hyvät (76 %) tai kiitettävät (15 %). Ohjausmenetelmistä suullinen yksilöohjaus hallittiin hyvin ja ohjaus oli pääasiallisesti potilaslähtöistä. Ohjauksen kehittämishaasteista nousi esiin, että terveydenhuoltohenkilöstö toivoi ohjauksessa kehitettävien resursseja, organisointia, ohjaustoimintaa ja ohjaus-käsitettä. Myös ohjaustoiminnan suunnittelemisen, arvioimisen ja erilaisten ohjausmenetelmien käytön laajentaminen esitettiin keinoiksi korostaa ohjauksen asemaa.

Leimio (1999) on tutkinut ikääntyvien naisten kokemuksia inkontinenssin vaikutuksista heidän päivittäiseen elämäänsä sekä minkälaista ohjausta ja neuvontaa naiset odottivat inkontinenssin hoidossa hoitohenkilökunnalta. Tutkimuksessa ilmeni, että naiset ovat epätietoisia siitä, minkälaista apua inkontinenssiin on saatavissa. Lisäksi he toivoivat henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa jo vaivan aikaisessa vaiheessa. Ohjausta he toivoivat saavansa käytännönläheisellä ja ymmärrettävällä kielellä. Haastatellut naiset kokivat vaivan olevan itsessään niin epämiellyttävä, että toivoivat hoitohenkilökunnan suhtautuvan asiaan tahdikkaasti ja myötätuntoisesti. Etenkin vanhemmat naiset kokivat, ettei heidän vaivansa oteta vakavasti eikä hoito-ohjeissa kunnioiteta heidän omia mielipiteitään. Lisäksi he toivoivat hoidon onnistumisessa kannustamista ja tukea. Osa naisista koki, että inkontinenssiin ei ollut löytynyt mitään hoitoa, eikä hoitohenkilökunnalla tuntunut olevan asiasta tietoa. Osa tunsikin, että ei ollut saanut vaivansa keneltäkään mitään apua eikä kukaan ollut ottanut vastuuta hoidosta. Jotkut naiset kertoivat, etteivät olleet tottuneet pyytämään apua. Leimio ehdottaa ohjauksen ja opetuksen tehostamista, jotta ihmiset tulisivat tietoisiksi hyvistä hoitokeinoista.

Markkanen ja Vihanne (2002) ovat tutkimuksessaan selvittäneet saavatko naiset naistentautien osastojen hoitohenkilökunnalta ohjausta lantionpohjan lihasten harjoittamiseen ja kerrotaanko heille harjoittelun vaikutuksesta inkontinenssin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että ohjausta annettiin neljästä tutkimusosastosta vain kahdella. Niissä oli kerrottu lihasharjoittelun vaikutuksesta inkontinenssiin, mutta ohjaus oli pääsääntöisesti ongelmalähtöistä, eikä niinkään ennaltaehkäisevää. Kalliomäki (2000) on puolestaan tutkinut terveydenhoitajien valmiuksia tukea naista inkontinenssiongelmassa. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni inkontinenssiin liittyvän perehdytyksen tarve. Myös peruskoulutuksessa saatu tieto inkontinenssista koettiin jokseenkin huonona. Suurin osa terveydenhoitajista tunsikin kuitenkin hyvin inkontinenssin tavalliset hoitokäytännöt ja he saivat muodostettua luottamuksellisen hoitosuhteen hyvin. Terveydenhoitajilla todettiin olevan hyvät valmiudet asiakkaan tukemiseen, mutta he tarvitsevat lisää perehdytystä inkontinenssista.

2.8 Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus

Asiakastyössä auttamisprosessi alkaa aina vuorovaikutuksesta. Se on keino, jonka avulla asiakasta voidaan auttaa hänen elämäntilanteisiin liittyvissä asioissa. Vuorovaikutustilanteessa lähetetään ja vastaanotetaan viestejä niin sanallisia kuin sanattomiakin. Vuorovaikutus edellyttää aina avoimuutta ottaa vastaan ja antaa ja siihen sisältyy aina riski tulla väärinymmärretyksi. Avoimessa vuorovaikutuksessa oma minuus ja persoona tulevat esiin ja pelkona on mahdollisuus tulla hylätyksi, väärinymmärretyksi ja arvostelluksi. Tärkeä lähtökohta on, että vuorovaikutussuhteen molemmat osapuolet ymmärtävät keskustelun samalla tavalla. Lisäksi on löydettävä yhteinen kieli ja saavutettava yhteisymmärrys tunteen tasolla. (Ahonen 1992, 107.)

Vuorovaikutusosaaminen on laaja erityisosaamisen alue. Se käsittää kaikki kommunikoinnin ja suhteiden luomisen taidot. Vuorovaikutuksen merkitystä etenkin terveydenedistämistyössä korostaa sen moniammatillinen toiminta. Siinä asiakkaan tilannetta pohditaan useamman asiantuntijan näkökulmasta. Asi-

akkaan on myös itse saatava osallistua oman elämäntilanteensa suunniteluun. (Mönkkönen 2007, 28–29.)

Vuorovaikutusosaaminen kuuluu olennaisena osana terveydenhoitajan työhön. Se tarkoittaa, että terveydenhoitajan tulee kuunnella asiakkaitaan sekä muodostaa luottamuksellisen, avoin ja tarvittaessa pitkäkestoisen vuorovaikutussuhde heidän kanssaan. Asiakkaan ohjaaminen ja tukeminen tapahtuu aina vuorovaikutustilanteessa, jossa terveydenhoitaja ja asiakas yhdessä pyrkivät toimimaan asiakkaan terveyden edistämiseksi (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2009; Kosonen 1995, 1.)

Hyvässä vuorovaikutussuhteessa terveydenhoitajan kanssa asiakas voi kokea turvallisuutta ja läheisyyttä sekä tulla autetuksi oikeaan aikaan. Kahdenkeskisessä yhteistyösuhteessa asiakas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja sitä kautta edistää omaa terveyttään. Autetuksi tuleminen ja uusien mahdollisuuksien löytäminen ovat asiakkaalle merkityksellisiä. Hänen kokemuksensa vuorovaikutussuhteen merkityksestä on yksilöllinen ja avunsaanti perustuu terveydenhoitajan ja asiakkaan yhteistyöhön vuorovaikutussuhteessa. (Ylihärsilä 1995, 101.)

Terveydenhoitajan ja asiakkaan yhteistyösuhteessa keskeisiä asioita ovat terveydenhoitajan todellinen läsnäolo ja eläminen yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakaskeskeinen toiminta on mahdollista vain terveydenhoitajan ollessa aidosti kiinnostunut ja paneutunut asiakkaan inkontinenssiongelmaan. Tärkeää on tukea asiakasta ja keskittyä siihen, mikä on hänelle mielekästä ja tarkoituksenmukaista. Lisäksi terveydenhoitajan on joka tilanteessa muistettava asiakkaan etu, tahto ja toiveet. (Rautava 1995, 89; Pukuri 1995, 114.)

Myönteinen vuorovaikutus on edellytyksenä asiakkaan ja terveydenhoitajan yhteistyön onnistumiselle. Näin voi muodostua tärkeä ja avoin yhteisen päätöksenteon mahdollistava suhde, jossa molemmat työskentelevät asiakkaan inkontinenssiongelman parantamiseksi. (Pukuri 1995, 114.)

Kettunen, Poskiparta ja Karhila (2002, 213) ovat tutkineet hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten neuvontatilanteessa

tapahtuva vuorovaikutus muovaa keskustelua. Tutkimus osoitti, että hoitajan aloitusratkaisu, arkirupattelu, tuntemuskysymykset, tunnusteleva puhe, neutraalisuus ja kuuntelua osoittava palaute antavat potilaille tilan osallistua. Tällä tavalla potilaita koskettavat asiat pääsevät osaksi ohjauskeskusteluun. Tutkimuksen tarkoituksena oli auttaa hoitajia ymmärtämään voimavarakeskeisyyden käsitteellistä sisältöä kahdenkeskisessä vuorovaikutustilanteessa sekä antaa näin käytännön keinoja ohjauksen kehittämiseen.

Kosonen (1995) on tutkimuksellaan selvittänyt terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta äitiysneuvolatyössä. Tutkimustuloksista selvisi, että hyvän vuorovaikutuksen edellytyksenä on välitön ilmapiiri ja tuttavallinen suhde terveydenhoitajaan. Tutkimustulos osoitti myös, että vuorovaikutustilanteissa rohkaisulla ja kannustuksella oli keskeinen sija.

2.9 Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä käsitteistä

Inkontinenssi on yksi geriatrian jättiläisistä. Arviot vaihtelevat, mutta sen arvioidaan koskettavan noin 400 000 suomalaista. Inkontinenssilajeja on useita, joista päätyypit ovat ponnistus-, pakko- ja sekamuotoinen inkontinenssi. Lantionpohjanlihasten toiminnalla on tärkeä merkitys kehon tasapainon ja virtsanpidätyskyvyn ylläpitäjänä. Inkontinenssille altistavia tekijöitä on useita, näistä merkittävimpiä ovat raskaus, synnytys ja ylipaino. Inkontinenssin ehkäisyyn ja hoitoon löytyy erilaisia vaihtoehtoja alkaen lantionpohjanlihasten harjoittamisesta leikkaushoitoon.

Inkontinenssi vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun. Siihen liittyy häpeää ja masennusta. Lisäksi se rajoittaa sosiaalista osallistumista ja se voi vaikeuttaa harrastuksia ja työntekoa. Oikein suunnatulla ja oikea-aikaisella ohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti inkontinenssin varhaiseen tunnistamiseen ja tätä kautta parantaa elämänlaatua. Inkontinenssin hoidon ohjaus on tärkeä osa terveyden edistämistä. Sillä voidaan vaikuttaa sekä yksilön hyvinvointiin että kansantaloudellisiin seikkoihin. Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen luottamus-

sellinen vuorovaikutussuhde tukee asiakkaan omaa motivaatiota ja valmiuksia itsehoitoon.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen kautta teemoja: inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun, inkontinenssiin ja niiden hoitomuotoihin saatua ohjausta. Taustakehyksenä on terveyden edistäminen ohjauksen ja tuen avulla asiakaslähtöisestä näkökulmasta.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää, miten inkontinenssi vaikuttaa naisten elämänlaatuun sekä minkälaista tukea ja ohjausta inkontinenssia sairastavat naiset ovat saaneet terveydenhoitajilta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa inkontinenssista, jota terveydenhoitajat voivat käyttää käytännön hoitotyössä ohjatessaan inkontinenssia sairastavia henkilöitä.

Tutkimme tässä työssä seuraavia kysymyksiä:

1. Miten inkontinenssi on vaikuttanut naisten elämänlaatuun?
2. Minkälaista inkontinenssiin liittyvää ohjausta naiset ovat kokeneet saaneensa terveydenhoitajilta?
3. Minkälaisiin inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvää ohjausta naiset ovat saaneet terveydenhoitajilta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tieteellisenä pidetylle tutkimuksen teolle on olemassa joukko vaatimuksia. Tutkijan täytyy perehtyä tutkimusongelmaan ja kohteeseensa mahdollisimman hyvin. Tutkijan täytyy muistaa myös kriittisyys ja ottaa huomioon vaihtoehtoiset näkökulmat. Omaa tutkimusta olisi hyvä arvioida tutkimuksen teon eri vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 23–24.) Tutkimuksella haetaan vastausta tutkimusongelmaan. Ongelmien asettaminen ja niillä tutkimusprosessin ohjaaminen on lähtökohta tutkivalle oppimiselle. Tutkimuksen teon kautta luodaan, kehitetään ja keksitään uusia ajatuksia ja innovaatioita. Oppiminen synnyttääkin parhaimmillaan uutta ymmärrystä sekä tietoa tutkittavasta asiasta. (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2004, 279; 296–298.)

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen erona on muun muassa se, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusongelmat muotoillaan tarkasti etukäteen, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustehtävä voi muuttua tutkimuksen aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.) Kvantitatiivinen tutkimus käsittelee numeroita, kun taas kvalitatiivinen tutkimus merkityksiä. Tarkoituksena ei ole kuitenkaan asettaa suuntauksia toistensa vastakohtiksi. Nämä kaksi eri tutkimustapaa nähdään tutkimuksen toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi; niitä on mahdollista käyttää rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2004, 126–128.)

Opinnäytetyömme käsittää sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusosion. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta (Liite 2) ja täydensimme tutkimustamme teemahaastattelulla käyttäen kyselylomakkeesta johdettua teemahaastattelurunkoa (Liite 4).

4.1 Tutkimuksen kvantitatiivinen osio

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aineiston keruun suunnittelu ja tarkat otantasuunnitelmat. Tutkimuksen aineiston tulisi olla

riittävän suuri ja koskea perusjoukkoa, jotta se olisi luotettavaa ja yleistettävissä olevaa. Tutkimuksen aineistolle on olennaista sen sopivuus määrälliseen mitaamiseen ja tutkimuksen aineistoa on pystyttävä käsittelemään tilastollisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 129; Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat aina mittauksen tuloksia ja ne on voitava esittää numeerisessa muodossa. Tutkimus kuvaa tutkittavan ilmiön rakennetta, minkälaisista osista se koostuu, minkälaisia yhteyksiä osien välillä on ja minkälaisia muutoksia tutkittavassa ilmiössä tapahtuu. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 22, 42, 45.)

Ristiintaulukointi on yksi kvantitatiivisen tutkimuksen analysointimenetelmistä. Sen avulla voidaan selvittää kahden tai useamman luokitellun muuttujan välistä yhteyttä ja sitä, miten ne vaikuttavat toisiinsa. Ristiintaulukointi havainnollistaa muuttujien välisiä riippuvuuksia. (Heikkilä 2008, 210.) Tutkimuksessamme hyödynsimme ristiintaulukointia.

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmän valintaa ohjasi tutkimuksen aihe ja siitä nousseet tutkimuskysymykset. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska se palveli hyvin tutkimusongelmaamme ja saimme sen avulla mahdollisimman suuren otoksen. Myös tutkittavan asian luonne, inkontinenssia sairastavien naisten kokemukset ja näitä kartoittavien kysymysten arkaluontoisuus ohjasi tiedonkeruumenetelmän valintaa. Kyselyn hyvänä puolena on vastaajan nimettömyys ja kasvottomuus, minkä arvelimme helpottavan kohderyhmämme kyselyyn vastaamista.

4.1.1 Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen perusjoukolla tarkoitetaan sitä tutkimuksen kohteena olevaa joukkoa, josta tietoa halutaan (Heikkilä 2008, 14). Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat Helsingissä sijaitsevien Kätilöopiston sairaalan ja Naistenklinikan naisten tautien poliklinikoilla inkontinenssiin hoitoa saavat naiset. Molemmat sairaalat kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS).

4.1.2 Aineistonkeruu

Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi tavallisin tutkimusmenetelmä on kysely. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja kyselylomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2008, 16; Alkula ym. 1994, 42–45.) Toteutimme opinnäytetyömme tutkimusaineiston keruun kyselylomakkeella käyttäen Survey-menetelmää, jolla tarkoitetaan etukäteen strukturoitua aineistonkeruuta kyselylomakkeiden avulla. Survey-tutkimuksessa vastaajat vastaavat valmiiksi muotoiltuihin kysymyksiin. (Alkula ym. 1994, 18, 120.) Survey-menetelmän etuna pidetään yleensä sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselylomakkeella saadut tulokset voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida. (Hirsjärvi ym. 2007, 182.)

Kyselylomakkeiden laadinnassa ja kysymysten tekemisessä tulee olla huolellinen, koska se luo perustan koko tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, jolloin vastaajan virhetulkinnan mahdollisuus pienenee. Lomakkeen laadinnassa kiinnitetään huomiota pituuteen ja kysymysten lukumäärään. Huomiota tulee kiinnittää myös ulkoasuun, selkeyteen ja kysymysten loogiseen etenemiseen. Kysymysten sanamuotoilu muotoillaan vastaajalle henkilökohtaiseksi. Helpot kysymykset laitetaan yleensä alkuun ja arkaluontoisiksi koetut kysymykset lomakkeen loppuun. (Valli 2007, 100–101.)

Tutkimustamme varten laadimme kyselylomakkeen, jonka kysymykset nousivat esiin tutkimuksemme teoriaosuudesta. Kyselylomakkeessa kartoitimme tutkittavien naisten taustatietoja, inkontinenssin vaikutusta heidän elämänlaatuunsa ja heidän kokemuksiaan terveydenhoitajilta saamasta ohjauksesta inkontinenssiin liittyen. Kyselylomake muodostui monivalintakysymyksistä, joissa esitettiin väittämiä, joiden vastausvaihtoehdot useimmiten noudattivat viisiportaista Likertin asteikkoa. Heikkilän (2008, 53) mukaan Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä. Se on tavallisesti 4- tai 5-portainen asteikko, jossa toisena ääripäänä on yleensä täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Vastaajan on tarkoitus valita parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto.

Kyselyyn vastanneiden taustatietoja kartoitimme kysymyksillä 1–7. Kysymykset 8–20 koskivat vastaajien näkemyksiä inkontinenssin vaikutuksista elämänlaatuun. Vastaajien kokemuksia terveydenhoitajalta inkontinenssiin saamastaan ohjauksesta selvitimme kysymyksillä 21–30. Kysymyslomakkeen kysymyksillä 31–38 pyrimme saamaan selville vastaajien näkemyksiä siitä, minkälaista ohjausta he olivat saaneet terveydenhoitajalta inkontinenssin hoitomuotoihin.

Suunnittelimme ja teimme kyselylomakkeen huolella. Pyrimme tekemään yksiselitteisiä kysymyksiä ja huomioimaan kyselyn pituuden. Kyselylomakkeesta tuli hieman pitkä, mutta koimme tarpeelliseksi selvittää kaikki lomakkeessa kysytyt asiat. Kyselyn alkuun laitoimme helppoja kysymyksiä, joilla selvitettiin vastaajien taustatietoja.

Kyselylomake tulee aina testata kohdejoukon edustajilla. Lomakkeen testaamiseen riittää 5–10 henkeä. He pyrkivät selvittämään kysymysten selkeyden, vastausvaihtoehtojen toimivuuden ja lomakkeen vastaamiseen kuluvan ajan. He voivat myös kommentoida, onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana turhia kysymyksiä. (Heikkilä 2008, 61.) Testasimme kyselylomakkeemme seitsemällä henkilöllä, jotka totesivat kysymykset helposti ymmärrettäviksi ja selkeiksi.

Toimitimme kyselylomakkeet tutkimuskohteena oleviin sairaaloihin, kun olimme saaneet eettisen luvan ja tutkimusluvan. Veimme ne henkilökohtaisesti molempien poliklinikoiden osastonhoitajille ja henkilökunnalle. Pidimme heille lyhyen alustuksen, jossa esittelimme opinnäytetyötämme. Samalla sovimme, kuinka lomakkeet käytännössä jaetaan potilaille. Henkilökunta jakoi lomakkeitamme inkontinenssiasiakkaille poliklinikalla käynnin yhteydessä. Lomakkeiden mukana oli saatekirje (Liite 1), jossa kerroimme tutkimuksestamme. Kyselyyn osallistuneet asiakkaat toimittivat täytetyt lomakkeet henkilökunnan hallussa olleisiin keräyslaatikkoihin, jotka olimme toimittaneet etukäteen poliklinikoille. Aineiston keruun päätyttyä kävimme hakemassa kyselylomakkeet poliklinikoilta aineiston analysointia varten.

4.1.3 Aineiston analysointi

Kerätyn aineiston analysointia, tulkintaa ja johtopäätösten tekoa pidetään tutkimuksen ydinasiana. Analysointivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiin. Aineiston analysointi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on kyselyn tulosten virheellisyyksien tai puutteellisten tietojen tarkastaminen. Toisessa vaiheessa täydennetään tietoja esimerkiksi kyselyllä tai haastattelulla. Kolmas vaihe on aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analyysiä varten. Tutkimuksen aineiston analysointi ja käsittely olisi hyvä aloittaa heti, kun aineisto on kerätty. (Hirsjärvi 2007, 216–219.)

Tutkimuksessamme aineiston analysointi aloitettiin heti aineiston keräämisen jälkeen. Aineiston käsittely aloitettiin laskemalla palautetut lomakkeet ja ne numeroitiin 1–54. Kyselylomakeaineiston käsittelimme tilastollisella SPSS-ohjelmalla, johon syötimme kyselylomakkeistamme saadut tiedot. Teimme kaikista vastauksista ensin taulukot ja kuviot helpottamaan vastausten analysointia. Heikkilän (2008, 149) mukaan taulukolla voi taloudellisesti ja objektiivisesti esittää monia lukuja pienessä tilassa.

Tämän jälkeen analysoimme vastaukset ja kokosimme keskeisimmät tutkimustulokset. Tarkastelimme myös ristiintaulukoinnin avulla kyselyn taustamuuttujien ja joidenkin väittämien välisiä yhteyksiä. Valitsimme lopulliseen työhömmme oleellisimmat kuviot ja taulukot. Mielestämme ne auttavat lukijaa hahmottamaan tutkimustuloksia. Lopuksi vielä muokkasimme kuviot Excelillä. Näin saimme niistä haluamme näköisiä ja selkeämpiä.

4.2 Tutkimuksen kvalitatiivinen osio

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä sopii monenlaisiin tutkimustarkeoituksiin joustavuutensa vuoksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston koko on pienempi kuin määrällisessä, jossa pyritään tilastolliseen yleistykseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään, kuvaamaan tai tulkitsemaan teoreettisesti tutkittavaa ilmiötä.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät asiasta ja heillä on myös kokemusta siitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohteena ovat ihminen ja ihmisen maailma sekä sosiaaliset tilanteet. Sen ominaispiirteisiin kuuluu, että osallistujia on tavallisesti vähän. Tämä johtuu siitä, että pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivinen tutkimus kohdentuu erityisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. Kvalitatiivinen tutkimus pitää sisällään useita erilaisia lähestymistapoja sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi. (Eskola & Suoranta 1998; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151–157; Kylmä & Juvakka 2007, 27; Tampereen yliopisto 2009.)

Kolmen henkilön tutkijaryhmänä tutkimukseltamme vaadittiin laajempaa näkökulmaa aiheesta. Halusimme myös saada yksilöllistä, ainutlaatuista ja kokemuksellista tietoa naisista, jotka sairastavat inkontinenssia. Tämän takia opinäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivisen tutkimuksen lisäksi kvalitatiivinen tutkimus, jonka tarkoituksena on tukea ja avartaa määrällistä tutkimusosiotamme.

4.2.1 Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat

Kvalitatiiviseen tutkimusosioon tarkoituksenamme oli valita tutkimushenkilöiksi erään yksityisen fysioterapeutin asiakkaita, mutta hänellä ei ollut tutkimusajankohtana inkontinenssin vuoksi hoidossa käyviä asiakkaita. Tämän vuoksi valitsimme omien kontaktiemme avulla tutkimushenkilöiksi kolme naista, jotka kävivät fysioterapiassa inkontinenssivaivojen vuoksi. Iältään he olivat 59–83 vuotta. Tutkimusympäristönä olivat tutkimushenkilöiden omat kodit.

4.2.2 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen osalta käytimme aineiston keräämiseen haastattelua. Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin joustavuutensa vuoksi ja on hyvä menetelmä tutkittaessa arkoja tai vaikeita asioita. Haastattelussa tiedonhankinnan saantia on mahdollista ohjata, koska haastateltava ja haastattelija ovat keskenään suorassa verbalisessa vuorovaikutuksessa. Lisäkysymysten avulla voidaan selkeyttää ja syventää vastauksia ja ilmausten sanamuotoja sekä niiden taustalla olevia motiiveja. Haastattelussa myös kysymysten väärinkäsitys on vähäisempää kuin esimerkiksi postitettavassa kysymyslomaketutkimuksessa. Negatiivista haastattelumenetelmässä on se, että se vaatii haastattelijalta taitoa ja on aikaa vievää. Lisäksi tulkinta ja analysointi voivat olla ongelmallisia, sillä valmiita malleja ei ole saatavilla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–46; Tuomi & Sarajärvi 2002, 74–76.)

Teemahaastattelu on avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun yhdistelmä eli puolistrukturoitu haastattelu. Se on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta suunnitellut aihealueet haastateltavan kanssa. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat, mutta haastattelija voi vaihdella kysymysten järjestystä tai sanamuotoa. Lisäksi vastaukset eivät ole sidottu tiettyihin vaihtoehtoihin vaan haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Teemahaastattelun olennaisin merkitys piilee siinä, että se etenee tiettyjen, valittujen teemojen puitteissa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Tämä sallii haastateltavan tuoda äänensä kuuluviin ja huomioi sen, että haastattelun keskeisin tekijä vuorovaikutuksen ohella on se, kuinka haastateltava asiat tulkitsee ja minkä merkityksen hän niille antaa. (Eskola & Vastamäki 2007, 25–28, 36–37; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–53; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199–207.)

Tutkimuksessamme käytimme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Haastatteluissa kaikille haastateltaville esitettiin samat tutkimuskysymykset, mutta teemojen painotus vaihteli vastaajasta riippuen. Tarkoituksenamme oli, että haastateltavat pystyivät vastaamaan omin

sanoin kysymyksiimme ja kertomaan omakohtaisia kokemuksiaan inkontinenssista.

Teemahaastattelu etenee tutkijan valitsemien teemojen varassa. Teemarungon avulla haastattelija varmistaa, että kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi samat asiat. Teemarunko jakautuu kolmenlaiseen teemaan. Ylin taso sisältää laajat aihepiirit, joista haastateltavien kanssa on tarkoitus keskustella. Toisen tason kysymykset ovat teemaa tarkentavia niin sanottuja apukysymyksiä. Niiden avulla teemaa voidaan paloitella ja saada helpommin vastattavia kysymyksiä. Kolmas taso pitää sisällään yksityiskohtaiset kysymykset, joita käytetään siinä tilanteessa, jos edellisten kysymysten avulla ei ole saatu tarvittavia vastauksia. (Eskola & Vastamäki 2007, 25–28, 36–37.) Kysymysten tulee olla selkeitä, niin että tutkittava ymmärtää varmasti mitä tutkija tarkoittaa. Kysymykset eivät myöskään saa olla johdattelevia eivätkä ne saa sisältää keskenään ristiriitaisia asioita. (Mäkinen 2006, 93; Valli 2007, 102–103.)

Laadimme haastatteluja varten teemahaastattelurungon, joka toimi muistilomakkeena haastattelujen aikana. Itse haastattelut elivät pitkälle tilanteen mukaan eivätkä suoranaisesti seuranneet haastattelurunkoamme muuten kuin teemojen osalta. Haastattelujen teemat olimme jakaneet neljään osaan; ne olivat haastateltavien taustatiedot, elämänlaatu, terveydenhoitajilta saatu ohjaus ja hoitomuotoihin liittyvä ohjaus.

Teemahaastattelurungon teimme kvantitatiivisen kyselylomakkeen pohjalta ja testasimme sen koehaastattelemalla kahta inkontinenssista kärsivää naista. Tämän jälkeen otimme yhteyttä tutkimukseen osallistuneisiin naisiin. Sovimme kunkin haasteltavan kanssa puhelimitse haastatteluajan heille sopivaan ajankohtaan. Haastattelun alussa annoimme jokaiselle saatekirjeen (Liite 3) ja kerroimme tutkimuksesta sekä haastattelukäytännöistä. Pyysimme vielä suullisen suostumuksen haastattelun toteuttamiseen. Haastateltaville kerroimme, että haastattelu toteutetaan täysin nimettömästi eikä heidän nimiään kirjata mihinkään ylös. Tarjosimme haastateltaville myös mahdollisuutta lukea oman haastattelunsa yhteenveto jälkikäteen ja kommentoida sitä, mutta tätä ei kukaan haastateltavista katsonut tarpeelliseksi. Kukin haastattelu kesti keskimäärin

kaksi tuntia. Haastattelut sujuivat myönteisessä ilmapiirissä ja tunnelma oli avoin ja lämminhenkinen. Kirjasimme haastattelut olennaisilta osin paperille, sillä jokaisen haastateltavan toivomuksena oli, ettei haastatteluja nauhoitettaisi. Tutkimukseen kuulumattomat aiheet jätimme kirjaamatta.

4.2.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineiston selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. (Hirsijärvi ym. 2004, 213.) Analysoinnin eräänä tavoitteena on keskeisten ydinluokkien löytäminen, jolloin voidaan karsia pois tutkimustehtävän kannalta epäolennaista aineistoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole välttämättä löydettävissä niinkään tutkimuksen kuvauksena ja tuloksena esiin nousevaa totuutta, vaan laadullinen tutkimus on luonteeltaan tulkinnallista. Lisäksi jokaiselle tulkinnalle on mahdollista esittää vaihtoehto. Tutkijan tehtävänä on siis esittää mahdollisimman johdonmukainen näkemys omista tulkinnoistaan ja näihin päätymisen perusteista. Aineiston käsittely ja analysointi tulisi aloittaa mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. (Kiviniemi 2001, 69–82; Aaltola & Valli 2007, 140–145.)

Analyysimenetelmäksi valitaan se menetelmä, mikä tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmiin. Teemahaastattelun yksi analysointimenetelmä on teemoittelu. Tällöin kerätystä aineistosta etsitään yhdistävät seikat, joista muodostuvat keskeiset teemat. Näiden teemojen alle voidaan eritellä eri haastatteluista saatu aineisto. Teemoittelulla aineistosta on mahdollista saada esiin erilaisia tuloksia tai vastauksia tutkimuskysymyksiin. Nostamalla esille erilaisia tutkimusongelmia valaisevia teemoja voidaan vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. (Aaltola & Valli 2007, 140–145.) Tutkimuksessamme analysoimme haastatteluaineistomme teemoittelun avulla.

Purimme haastattelut tietokoneelle heti haastattelujen jälkeen, näin varmistimme, että kirjatut asiat olivat vielä tuoreessa muistissa. Litteroinnin jälkeen aloitimme aineiston analysoinnin lukemalla puhtaaksi kirjoitetut haastattelut läpi useaan kertaan. Kävimme läpi haastattelutilanteita ja -kysymyksiä. Näin saim-

me uusia näkökulmia esiin. Tutkimus- ja haastattelukysymysten avulla lähdimme etsimään tutkimuksemme kannalta oleellista tietoa. Merkitsimme erivärisillä kynillä kuhunkin luokkaan kuuluvat ilmaukset. Ensiksi etsimme aineistosta alkuperäisilmaisuja, joista muodostimme pelkistettyjä ilmauksia. Niitä yhdistämällä muodostimme alaluokat ja niitä edelleen yhdistämällä syntyivät yläluokat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme (Liite 5).

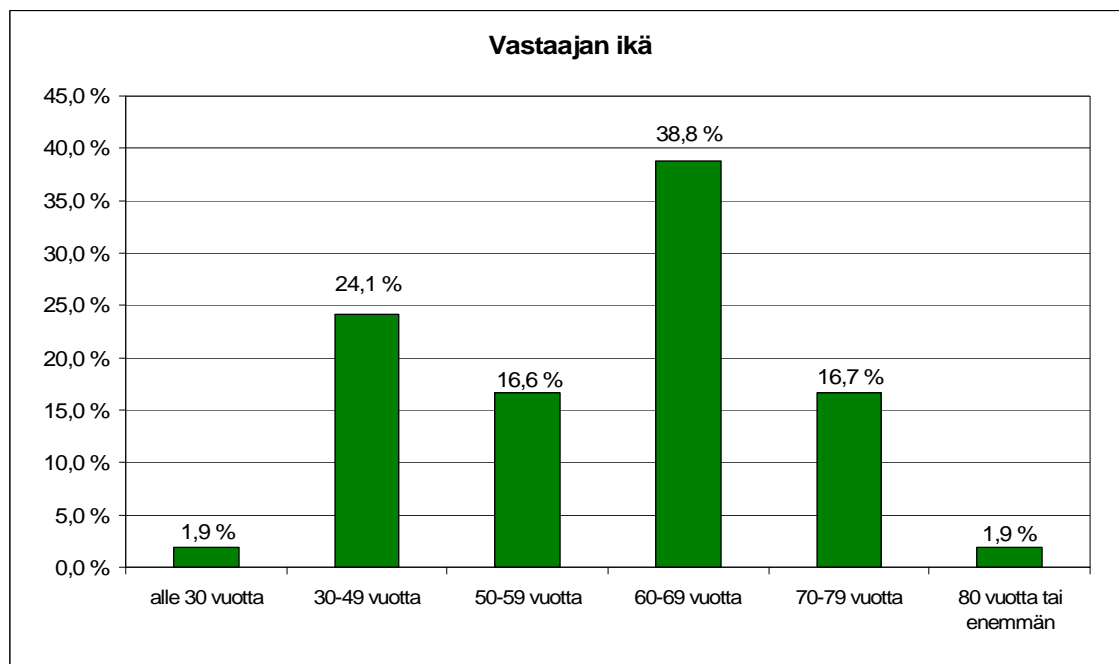
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimuksen kvantitatiivinen osio

5.1.1 Tutkimushenkilöiden taustatiedot

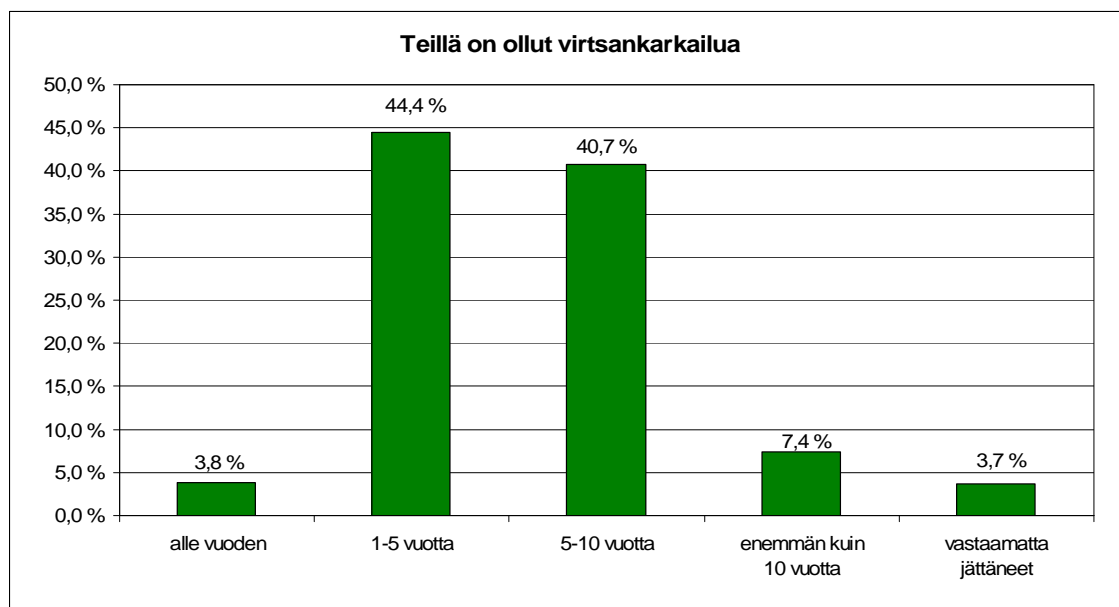
Kyselylomakkeen kysymyksillä 1–7 kartoitettiin kyselyyn vastanneiden taustatietoja.

Tutkimukseen osallistui 54 henkilöä, jotka kaikki olivat naisia. Vastaajien ikä jakaantui 30–79 ikävuosien välillä. Suurimmaksi ryhmäksi erottuivat 60–69-vuotiaat. Vastaajista alle 30-vuotiaita ja yli 80-vuotiaita oli molempia vain 1,9 % (Kuvio 1). Vastaajista 87,1 % oli synnyttänyt ja 11,1 % ei ollut synnyttänyt. Kysymykseen vastaamatta jätti 1,9 %.



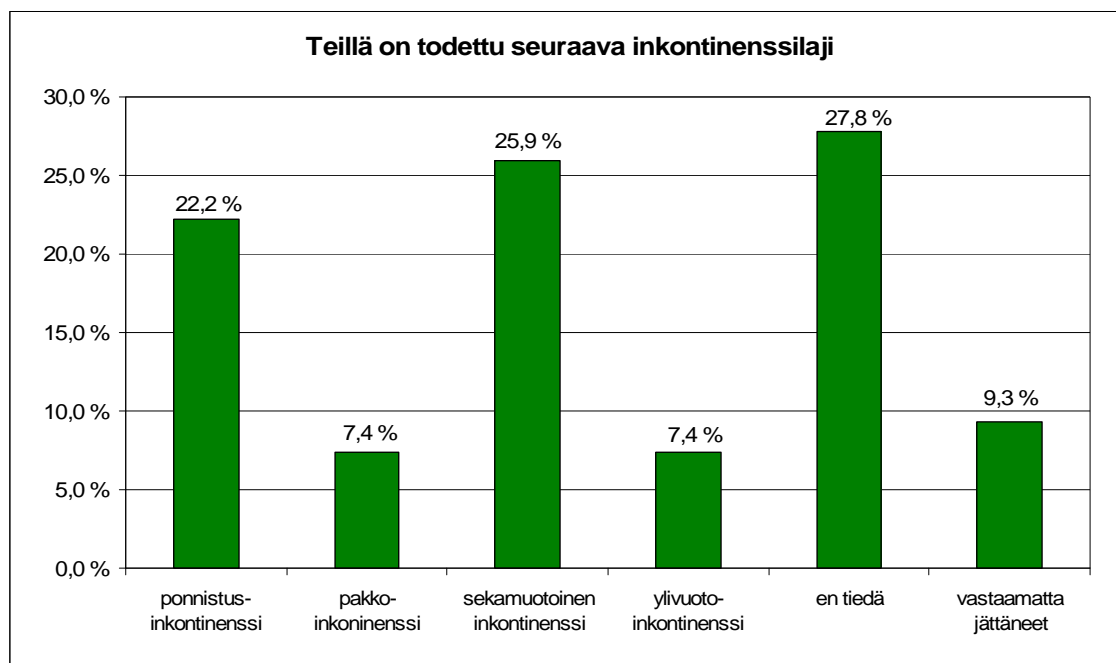
KUVIO 1. Vastaajan ikä

Useimmilla vastaajista oli ollut virtsankarkailua 1-5 vuotta (44,4 %). 5-10 vuotta inkontinenssia sairastaneita oli 40,7 %. Vastaajista 7,4 % oli sairastanut inkontinenssia enemmän kuin 10 vuotta. Alle vuoden sairastaneita oli 3,8 %. Kysymykseen jätti vastaamatta 3,7 % (Kuvio 2).



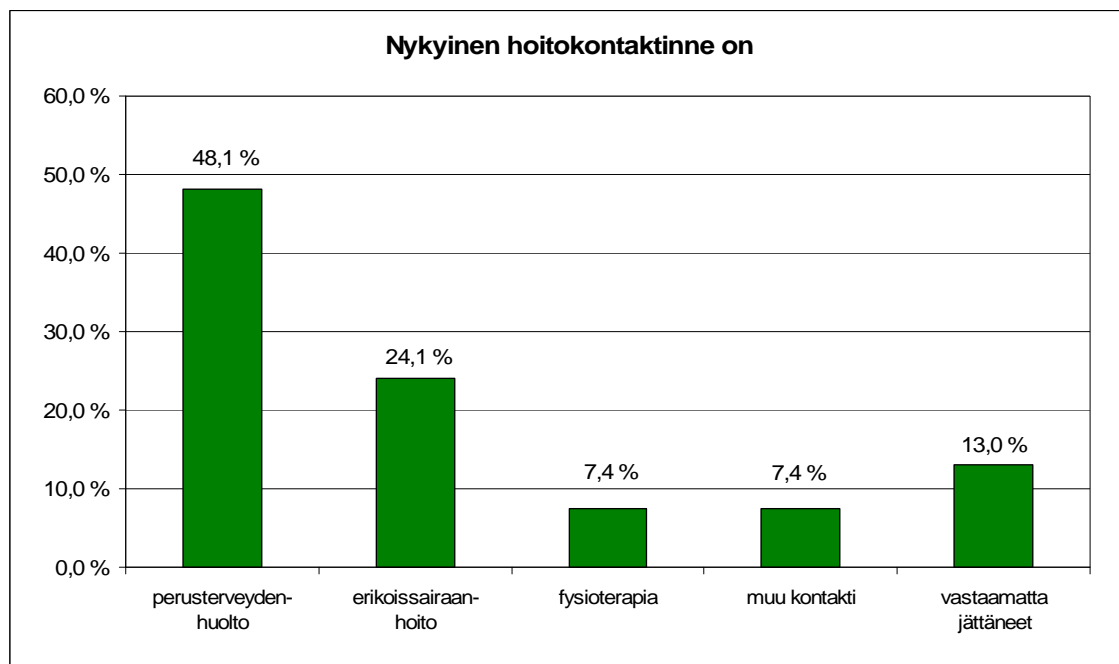
KUVIO 2. Teillä on ollut virtsankarkailua

Eniten vastaajat ilmoittivat sairastavansa sekamuotoista inkontinenssia (25,9 %) ja ponnistusinkontinenssia (22,2 %). Pakkoinkontinenssia ja ylivuotoinkontinenssia tutkimukseen osallistuneilla ilmeni 7,9 % kumpaakin. Vastaajista 27,8 % ei tiennyt, mikä inkontinenssilaji heillä oli. Vastaamatta jätti 9,3 % (Kuvio 3).



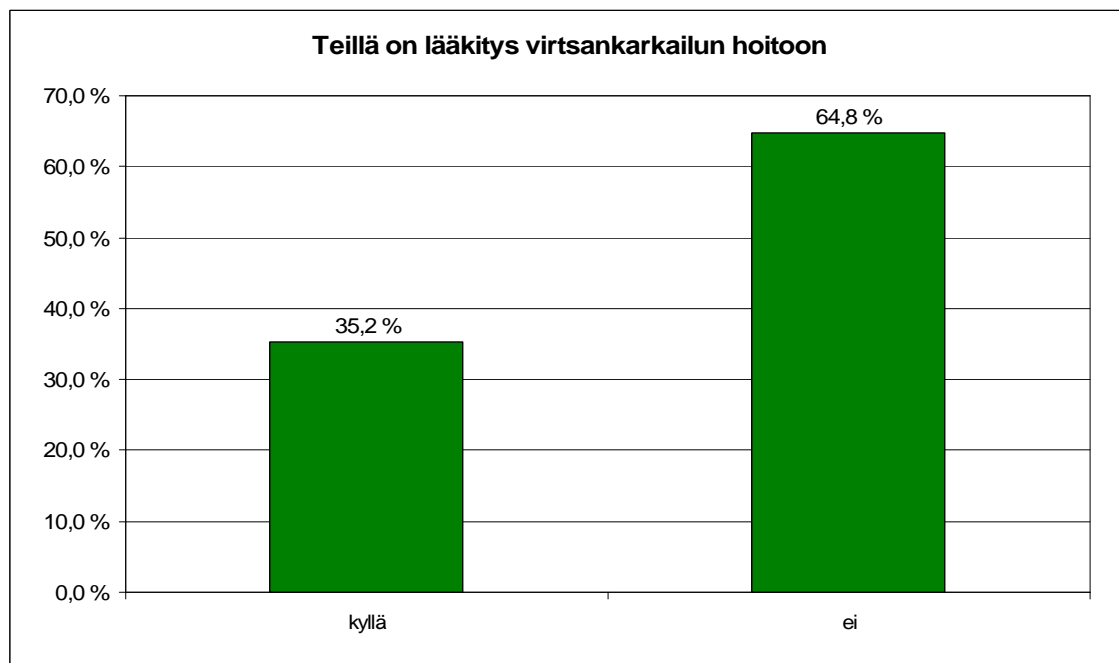
KUVIO 3. Teillä on todettu seuraava inkontinenssilaji

Vastaajista 48,1 %:lla nykyinen hoitokontakti oli perusterveydenhuollossa. Hoitokontakti erikoissairaanhoidossa oli 24,1 %:lla ja fysioterapiassa 7,4 %:lla vastaajista. 13,0 % jätti vastaamatta tai heillä oli hoitokontakteja useampaan paikkaan. Muut hoitokontaktit (7,4 %) vastaajilla olivat gynekologilla, yksityislääkärillä tai työterveyshuollossa (Kuvio 4).



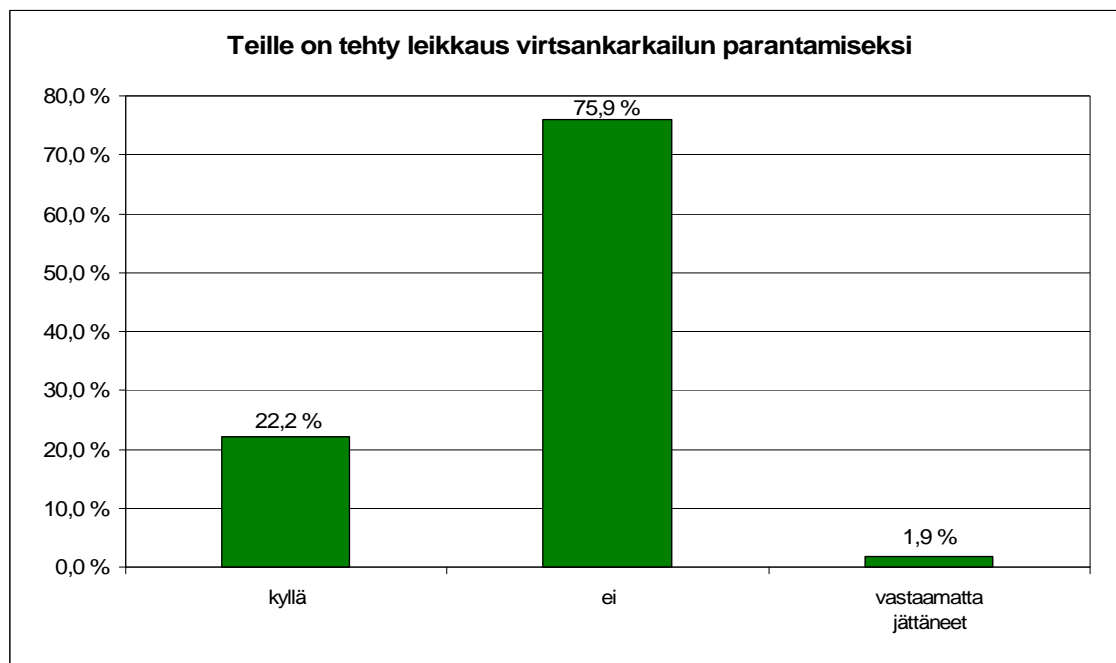
KUVIO 4. Nykyinen hoitokontaktinne on

Vastaajista 64,8 %:lla ei ollut lääkitystä virtsankarkailun hoitoon. 35,2 %:lla puolestaan oli lääkitys (Kuvio 5).



KUVIO 5. Teillä on lääkitys virtsankarkailun hoitoon

Leikkaushoitoa ei ollut tehty virtsankarkailun parantamiseksi 75,9 %:lle vastaajista. Vastaajista 22,2 %:lle oli jo toteutettu leikkaushoito. 1,9 % jätti vastaamatta (Kuvio 6).

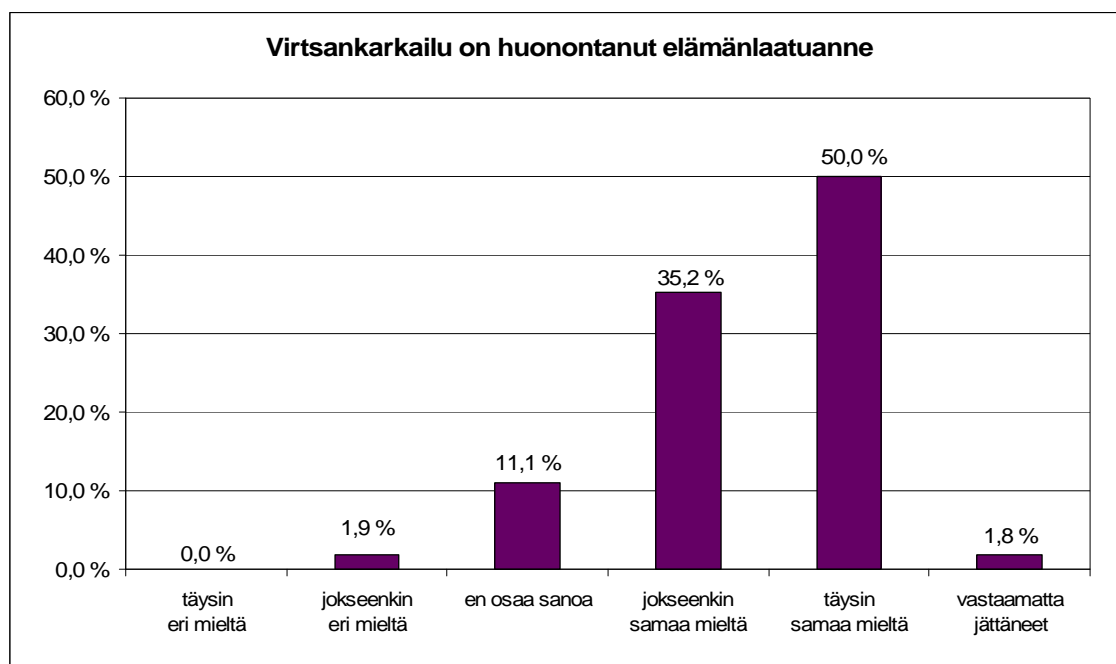


KUVIO 6. Teille on tehty leikkaus virtsankarkailun parantamiseksi

5.1.2 Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun

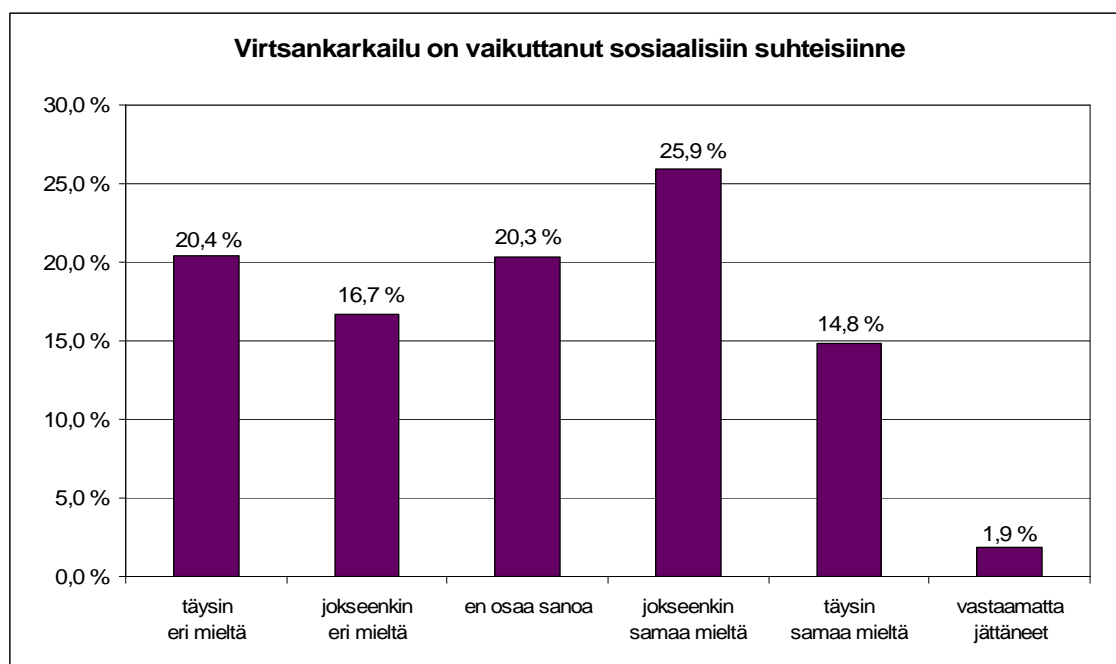
Kyselylomakkeen kysymykset 8–20 koskivat vastaajien näkemyksiä inkontinenssin vaikutuksista elämänlaatuun.

Puolet vastaajista (50,0 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että inkontinenssi on huonontanut heidän elämänlaatuaan. 35,2 % oli jokseenkin samaa mieltä elämänlaadun heikentymisestä. Kukaan vastaajista (0,0 %) ei ollut täysin eri mieltä tässä kysymyksessä. Vastaajista 1,9 % ei kokenut inkontinenssin huonontaneen kovin paljon heidän elämänlaatuaan. 11,1 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan ja 1,8 % jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 7). Nukkumiseen virtsankarkailu ei ollut vaikuttanut 51,9 %:lle vastaajista. 44,4 %:lla inkontinenssi vaikutti nukkumiseen heikentäen näin heidän elämänlaatuaan. 3,7 % ei ollut vastannut kysymykseen.



KUVIO 7. Virtsankarkailu on huonontanut elämänlaatuanne

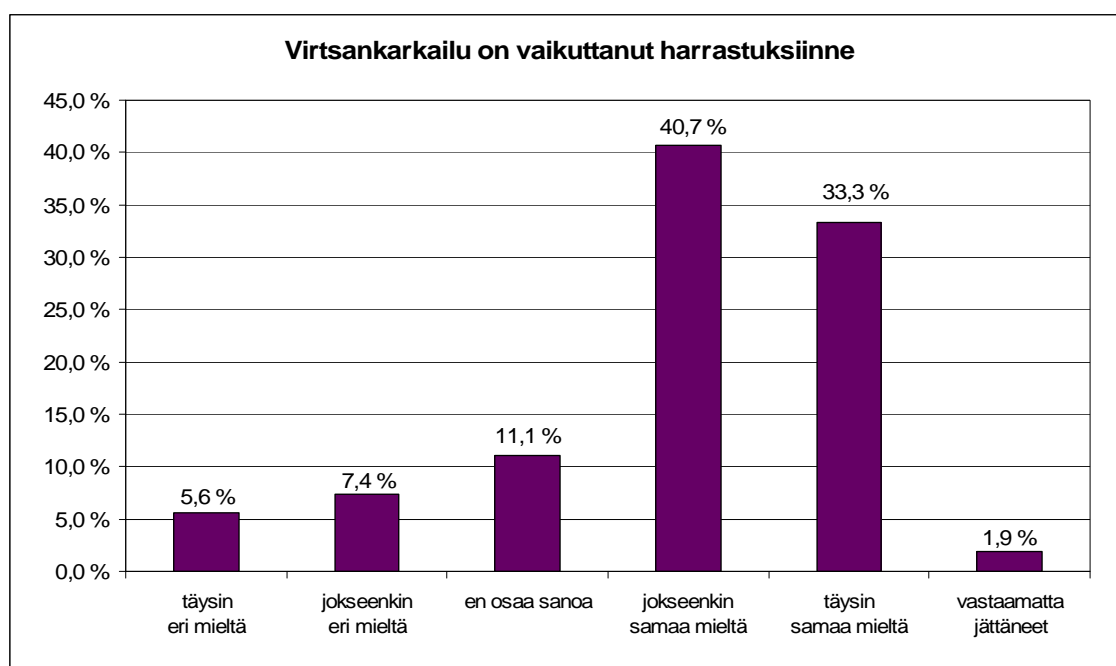
Enemmistö vastaajista koki virtsankarkailun vaikuttaneen sosiaalisiin suhteisiin (jokseenkin samaa mieltä oli 25,9 % ja täysin samaa mieltä 14,8 %). Vastaajista 20,3 % ei osannut sanoa inkontinenssin vaikutuksista sosiaalisiin suhteisiin. Täysin eri mieltä oli 20,4 % ja jokseenkin eri mieltä oli 16,7 % vastaajista. Vastaamatta jätti 1,9 % (Kuvio 8).



KUVIO 8. Virtsankarkailu on vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiin

Kysymykseen virtsankarkailun vaikutuksesta parisuhteeseen oltiin tasaisesti sekä samaa että eri mieltä (molemmissa 22,2 %). 20,4 % ei osannut sanoa vaikutuksista tai jätti vastaamatta (16,7 %). Vastaajista 40,7 % koki inkontinenssin vaikuttaneen seksuaalisuuteen. Eri mieltä vaikutuksesta oli 24,1 % vastaajista. Vastaajista 24,1 % ei osannut vastata kysymykseen ja 11,1 % jätti vastaamatta.

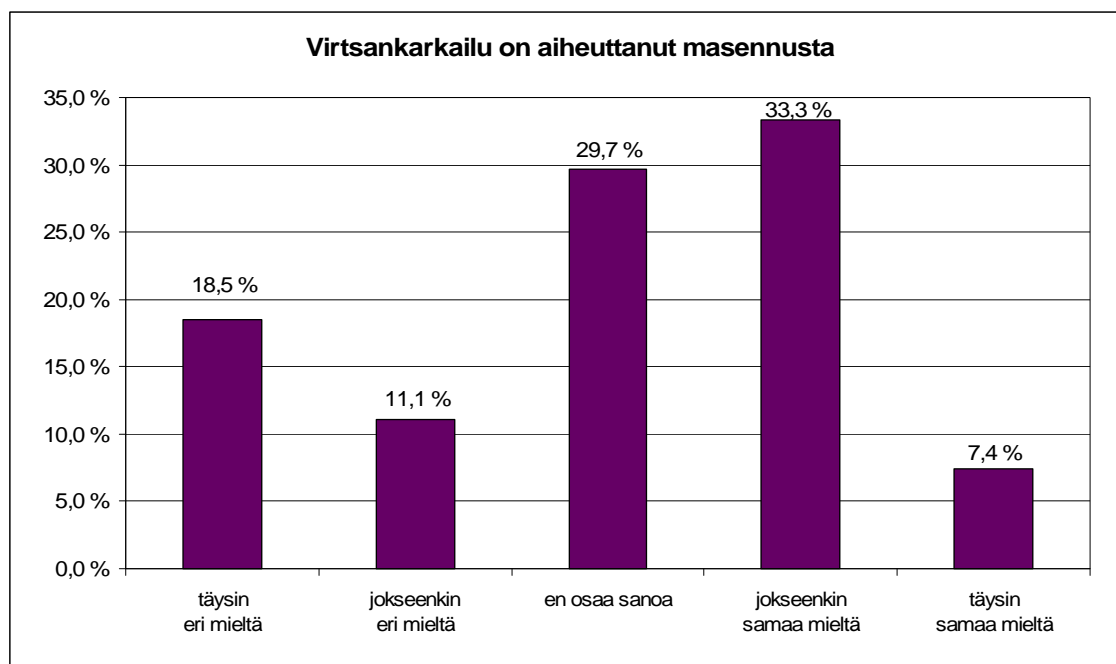
Inkontinenssilla oli ollut vaikutuksia harrastuksiin 74,0 %:lla vastaajista. Eri mieltä vaikutuksesta oli 13,0 %. 11,1 % ei osannut sanoa ja 1,9 % jätti vastaamatta (Kuvio 9).



KUVIO 9. Virtsankarkailu on vaikuttanut harrastuksiinne

Enemmistölle (40,7 %) naisista inkontinenssi oli aiheuttanut masennusta. Eri mieltä asiasta olivat 29,6 % vastaajista. Samoin 29,7 % ei osannut sanoa vaikutuksesta (Kuvio 10). Vastaajista 87,0 % koki, että virtsankarkailu rajoitti heidän elämänsä. 7,5 % oli asiasta eri mieltä ja 5,6 % jätti vastaamatta. Vastaajista 83,3 % olivat pystyneet puhumaan ongelmastaan läheisilleen ja ystävilleen. Yli puolet (57,4 %) oli pyrkinyt salaamaan virtsankarkailunsa. Häpeää ongelmastaan oli kokenut 57,4 % vastaajista. 40,7 % ei häpeillyt virtsankarkailua. 1,9 % ei ollut vastannut tähän kysymykseen. 70,4 % ei ollut eristäytynyt muista ihmisistä virtsankarkailun vuoksi. 29,6 % naisista oli eristäytynyt ongelmansa vuoksi.

si. Inkontinenssi ei ollut aiheuttanut taloudellisia menetyksiä 48,1 %:lle vastaajista. 40,8 %:lle se puolestaan oli aiheuttanut taloudellisia menetyksiä.

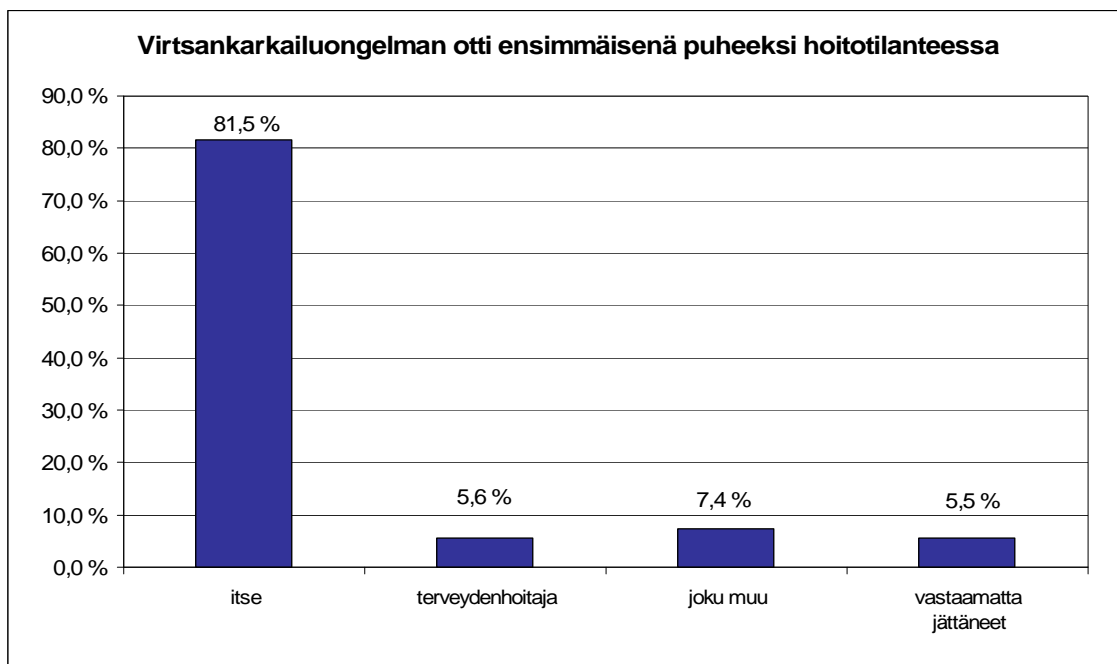


KUVIO 10. Virtsankarkailu on aiheuttanut masennusta

5.1.3 Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta

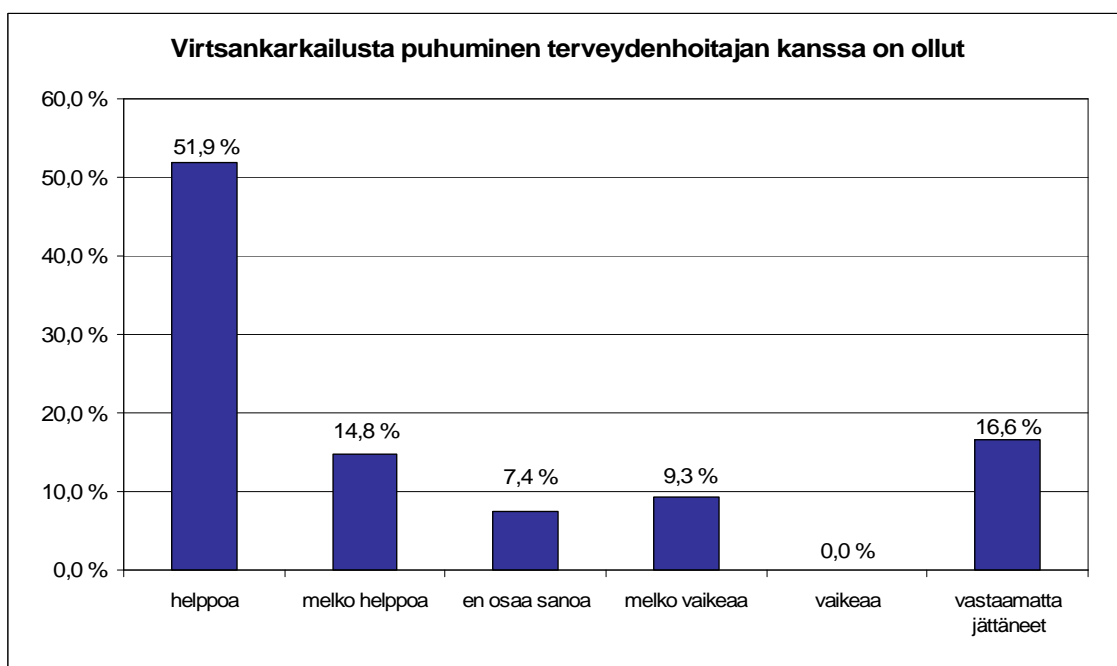
Kyselylomakkeen kysymykset 21–30 koskivat vastaajien näkemyksiä terveydenhoitajalta inkontinenssiin saamastaan ohjauksesta.

Vastanneista naisista 44,4 % oli puhunut virtsankarkailusta terveydenhoitajan kanssa terveysasemalla. Työterveyshuollossa terveydenhoitajan kanssa puhuneita oli 11,1 % vastaajista. Muiden paikkojen osuus oli 44,4 % (äitiysneuvola, perhesuunnitteluneuvola, Naistenklinikka, Kätilöopisto, erikoissairaanhoido, sairaalan poliklinikka ja yksityinen lääkäriasema). Vastaajista 81,5 % olivat ottaneet virtsankarkailuongelman itse ensimmäisen kerran puheeksi hoitotilanteessa. Terveydenhoitaja oli oma-aloitteisesti kysynyt asiasta 5,6 %:n kohdalla. Asian oli ensimmäisenä ottanut puheeksi myös lääkäri ja papa-kokeen ottaja (7,4 %). Yksi vastaaja ei muistanut miten asia tuli esille. 5,5 % ei ollut vastannut lainkaan kysymykseen (Kuvio 11).



KUVIO 11. Virtsankarkailuongelman otti ensimmäisenä puheeksi hoitotilanteessa

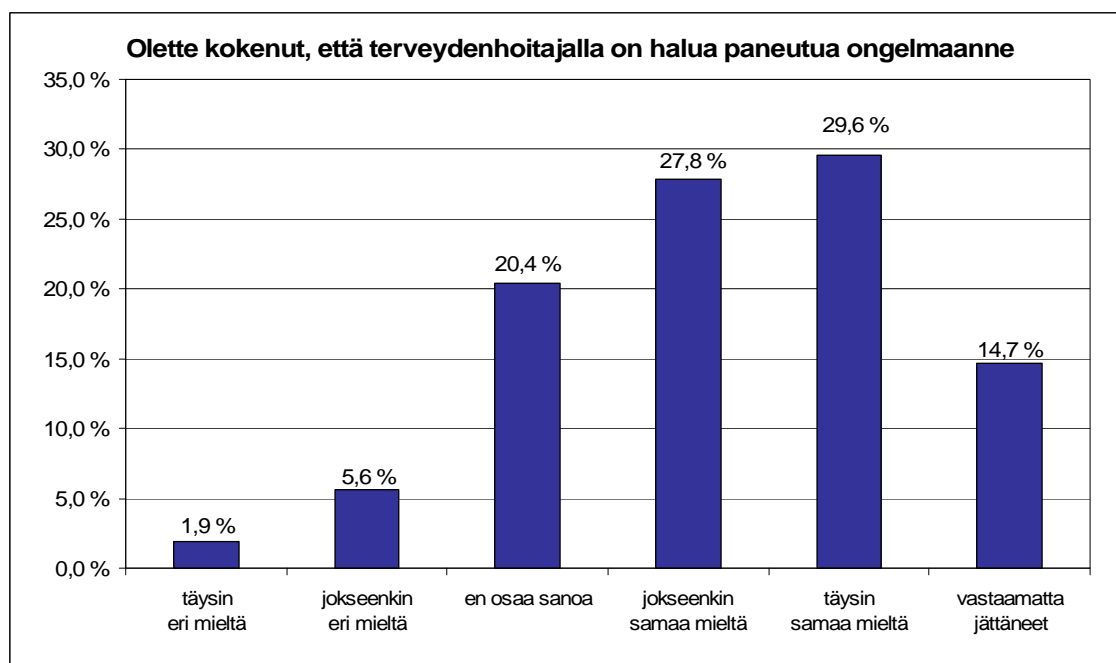
Kysymykseen vastanneiden naisten mielestä puhuminen inkontinenssista terveydenhoitajan kanssa oli ollut helppoa (51,9 %) tai melko helppoa (14,8 %). Vastaajista 9,3 % koki, että puhuminen terveydenhoitajan kanssa oli ollut melko vaikeaa. Kenenkään mielestä (0,0 %) puhuminen terveydenhoitajan kanssa ei ollut vaikeaa. Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 16,6 % naisista (Kuvio 12).



KUVIO 12. Virtsankarkailusta puhuminen terveydenhoitajan kanssa on ollut

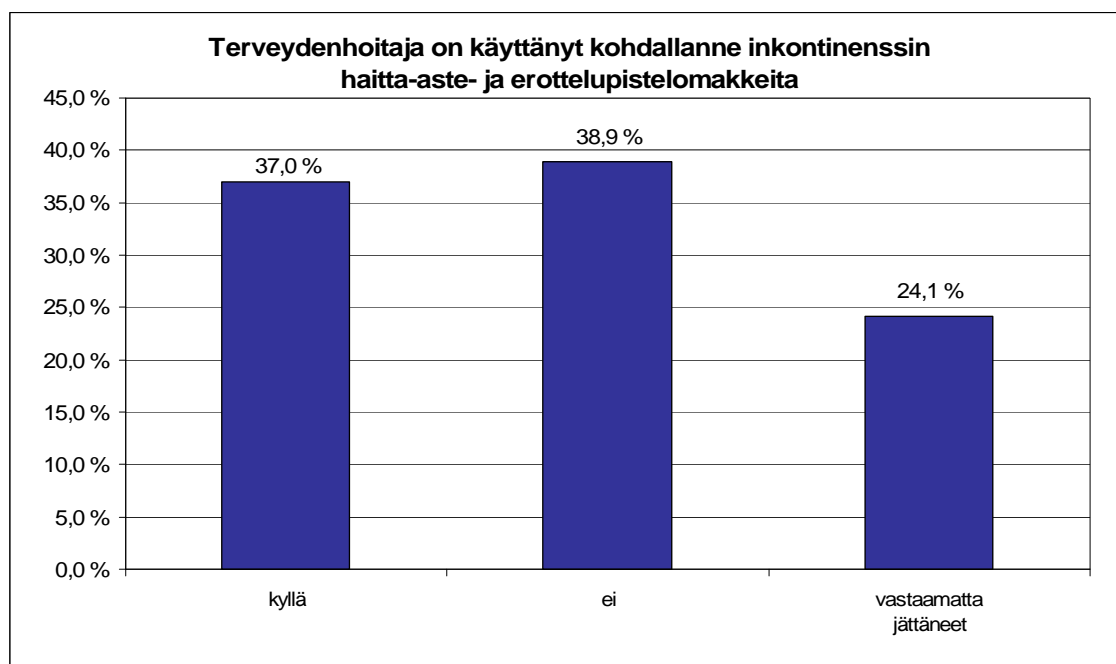
Vastaajista 40,7 %:lle oli muodostunut luottamuksellinen hoitosuhde terveydenhoitajaan. Naisista 24,1 % ei osannut sanoa tai jätti vastaamatta (22,2 %) tähän kysymykseen. Luottamuksellista hoitosuhdetta ei ollut syntynyt 13 %:lle vastaajista.

Kysymykseen olivatko naiset kokeneet, että terveydenhoitajalla oli halua paneutua heidän inkontinenssiongelmaansa, vastattiin täysin samaa mieltä 29,6 % ja jokseenkin samaa mieltä 27,8 %. En osaa sanoa vastasi 20,4 %. Jokseenkin eri mieltä oli 5,6 % ja täysin eri mieltä oli 1,9 % vastaajista. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 14,7 % (Kuvio 13).



KUVIO 13. Olette kokenut, että terveydenhoitajalla on halua paneutua ongelmaanne.

Vastaajista 57,4 % tiesi, mitä inkontinenssin haitta-aste ja erottelupistelomakkeet ovat. 35,2 % ei tiennyt lomakkeista. Vastaamatta jätti 7,4 % naisista. Terveydenhoitaja ei ollut käyttänyt 38,9 %:n asiakkaana olevan naisen kohdalla inkontinenssin haitta-aste ja erottelupistelomakkeita ja 37,0 %:n kohdalla puolestaan lomakkeita oli käytetty. 24,1 % jätti vastaamatta (Kuvio 14).



KUVIO 14. Terveydenhoitaja on käyttänyt kohdallanne inkontinenssin haitta-aste ja erottelupistelomakkeita

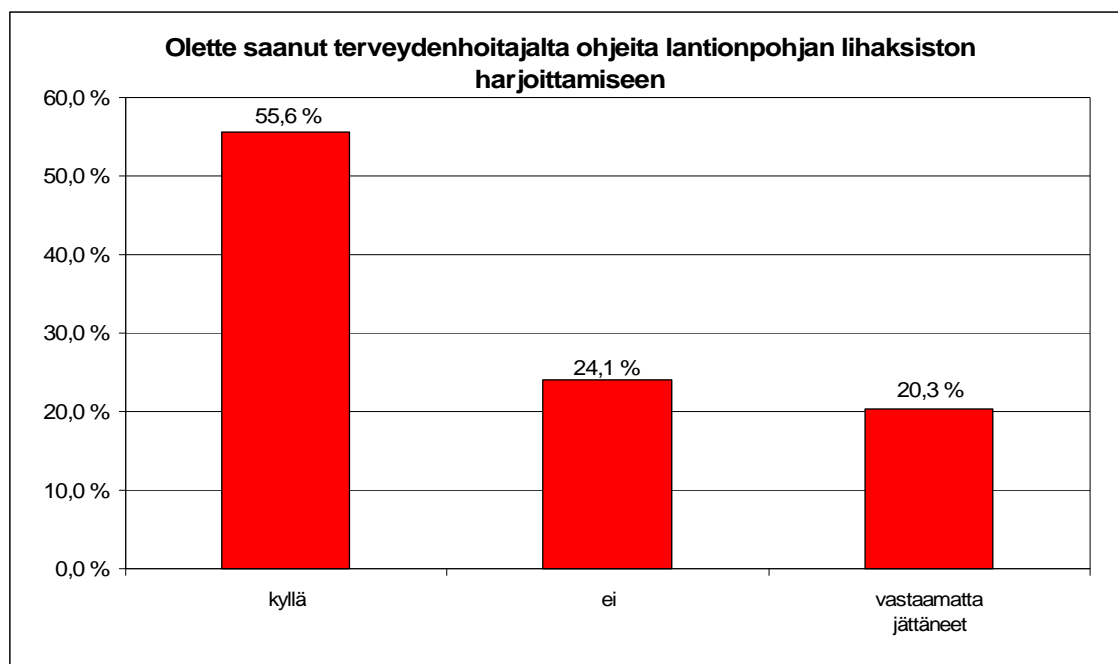
5.1.4 Inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta

Kyselylomakkeen kysymykset 31–38 koskivat vastaajien näkemyksiä terveydenhoitajalta inkontinenssin hoitomuotoihin saamastaan ohjauksesta.

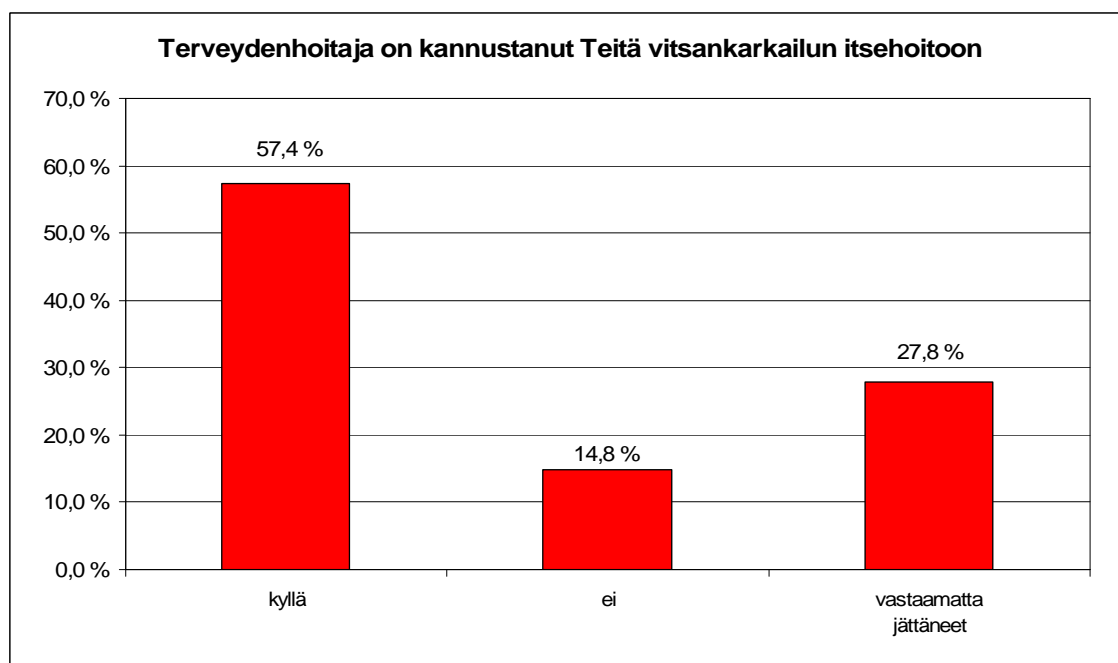
Terveydenhoitaja oli kertonut inkontinenssin hoitokäytännöistä 48,2 %:lle asiakkaana olevista naisista. 13,0 %:lle ei ollut kerrottu hoitokäytännöistä. 7,4 % ei osannut sanoa, oliko terveydenhoitaja kertonut hoitokäytännöistä. Tähän kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 31,5 % naisista. Vastaajista 55,6 % oli saanut ohjausta lantionpohjan lihaksiston harjoittamiseen. Vastaavasti 24,1 % ilmoitti, että terveydenhoitaja ei ollut ohjeistanut asiassa. 20,3 % jätti vastaamatta (Kuvio 15).

Vastanneista naisista 57,4 % koki, että terveydenhoitaja oli kannustanut heitä inkontinenssin itsehoitoon. 14,8 % ei ollut kannustettu itsehoitoon. 27,8 % ei vastannut kysymykseen. Vastaajista 31,5 % oli saanut terveydenhoitajalta ohjeita virtsankarkailupäiväkirjan pitämiseen. 29,6 % ei tätä ohjausta ollut saanut.

7,4 % ei osannut sanoa sitä, oliko saanut ohjausta inkontinenssin itsehoitoon. 31,5 % naisista jätti vastaamatta (kuvio 16).

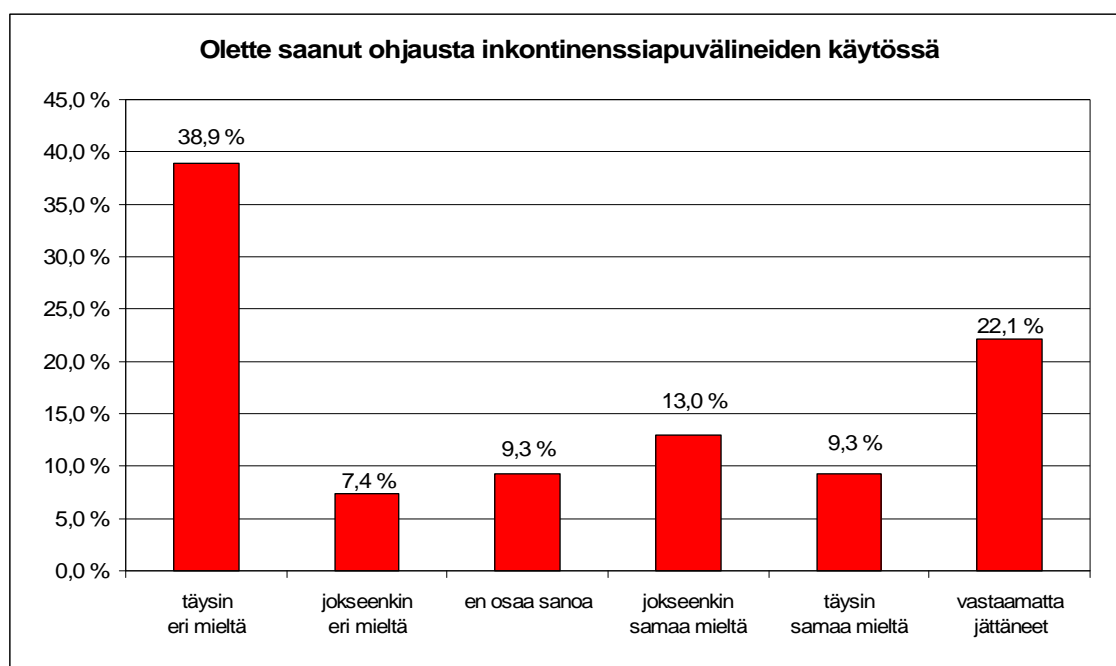


KUVIO 15. Olette saanut terveydenhoitajalta ohjeita lantionpohjan lihaksiston harjoittamiseen.



KUVIO 16. Terveydenhoitaja on kannustanut teitä virtsankarkailun itsehoitoon

Naisista 46,3 % ei käyttänyt inkontinenssiapuvälineitä. 35,2 %:lla oli käytössä näitä välineitä, joita olivat terveysside, virtsankarkailusuoja, vaippa, inkontinenssihousut ja lantionpohjalihasten harjoituskuulat. 18,5 % ei vastannut tähän kysymykseen. Vastaajista 46,3 % (täysin eri mieltä 38,9 % ja jokseenkin eri mieltä 7,4 %) naisista ei ollut saanut ohjausta inkontinenssiapuvälineiden käytössä. Vastaajista 22,3 % (13,0 % jokseenkin samaa mieltä ja 9,3 % täysin samaa mieltä) oli ohjattu apuvälineiden käytössä. 9,3 % ei osannut sanoa, oliko heitä ohjattu inkontinenssiapuvälineiden käytössä ja 22,1 % jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 17). Terveydenhoitaja oli kertonut inkontinenssin leikkausmenetelmistä 37,1 %:lle vastaajista ja 29,7 % ei kyseistä tietoa ollut saanut. Kysymykseen ei osannut vastata 5,6 % naisista. 27,8 % jätti vastaamatta.



KUVIO 17. Olette saanut ohjausta inkontinenssiapuvälineiden käytössä

Kyselylomakkeen kysymykset 28–30 olivat avoimia kysymyksiä. Vastaajat saivat omin sanoin kertoa, minkälaista ohjausta he olivat saaneet terveydenhoitajalta inkontinenssin hoitoon, mistä asioista he olisivat halunneet enemmän tietoa inkontinenssiin liittyen sekä millaista tukea ja ohjausta he olisivat halunneet saada.

Kysymykseen minkälaista ohjausta naiset olivat saaneet terveydenhoitajalta inkontinenssin hoitoon, vastaajista 29,6 % oli saanut ohjeita lantionpohjan lihasten harjoittamiseen ja liikuntaan. 9,3 % naisista ilmoitti terveydenhoitajan ohjanneen heidät lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolle. Vastaajista 7,4 % oli saanut terveydenhoitajalta tietoa inkontinenssin lääke- ja leikkaushoidosta. 1,9 % naisista oli saanut ohjauksena tietoa ja tukea sairauden hoitoon. Vastaajista 5,6 % ilmoitti, etteivät he olleet saaneet minkäänlaista ohjausta terveydenhoitajalta. 16,7 % ei ollut keskustellut ollenkaan terveydenhoitajan kanssa inkontinenssista.

Kysymykseen mistä asioista naiset olisivat halunneet enemmän tietoa inkontinenssiin liittyen, vastaajista 14,8 % olisi halunnut enemmän tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja hoitotuloksista. 9,3 % naisista ilmoitti haluavansa tietoa inkontinenssin ennaltaehkäisystä ja itsehoidon vaikutuksesta. Vastaajista 3,7 % halusi tietää inkontinenssin yleisyydestä. 7,4 % vastaajista ei osannut sanoa mitä tietoa olisivat halunneet.

Kysymykseen millaista tukea ja ohjausta naiset olisivat halunneet saada terveydenhoitajalta, vastaajista 11,1 % olisi halunnut ohjauksena tietoa ja neuvoja inkontinenssin hoitovaihtoehdoista. Naisista 5,6 % ilmoitti kaipaavansa tukea, ymmärrystä ja kannustusta sairauden kanssa elämiseen. 1,9 % vastaajista toivoi saavansa inkontinenssista esitteitä ja oppaita ohjauksen tueksi. Naisista 1,9 % olisi halunnut, että terveydenhoitaja olisi ohjannut jatkohoitoon. Vastaajista 1,9 % oli mielestään saanut jo riittävästi tukea ja ohjausta. 3,7 % vastanneista ei osannut sanoa millaista tukea ja ohjausta he olisivat halunneet saada.

Ristiintaulukoimalla kysymykset 1 ja 8 selvitimme miten ikä ja virtsankarkailu vaikuttavat elämänlaatuun. Pearson khiin neliön testin p-arvo 0,975 kertoo, että iän ja virtsankarkailun yhteydellä ei ole vaikutusta elämänlaatuun (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Ikä (sarakemuuttuja) ja elämänlaatu (rivimuuttuja)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,579 ^a	20	0,975
Likelihood Ratio	11,481	20	0,933
N of Valid Cases	54		

Ristiintaulukoimalla kysymykset 2 ja 9 selvitimme, minkälainen vaikutus virtsankarkailun kestolla on suhteessa siihen rajoittaako virtsankarkailu elämää. Pearson khiin neliön testin p-arvo on 0,000, joten tästä käy ilmi, että virtsankarkailun kestolla ja sillä rajoittaako virtsankarkailu elämää, on selvä riippuvuus (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Kauanko ollut virtsankarkailua (sarakemuuttuja) ja rajoittaako virtsankarkailu elämää (rivimuuttuja)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,765 ^a	16	0,000
Likelihood Ratio	22,008	16	0,143
N of Valid Cases	54		

TAULUKKO 3. Kauanko ollut virtsankarkailua (sarakemuuttuja) ja masennus (rivimuuttuja)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,172 ^a	16	0,052
Likelihood Ratio	25,593	16	0,060
N of Valid Cases	54		

Ristiintaulukoimalla kysymykset 2 ja 13 selvitimme, minkälainen vaikutus virtsankarkailun kestolla on suhteessa masennuksen esiintymiseen. Pearson khiin neliön testin p-arvo on 0,052, joten virtsankarkailun kestolla ja masennuksella on yhteyttä (Taulukko 3).

Ristiintaulukoimalla kysymykset 1 ja 31 selvitimme, minkälainen vaikutus iällä on siihen, minkälaista ohjausta naiset ovat saaneet inkontinenssin hoitomuotoihin. Pearson khiin neliön testin p-arvo on 0,560, joten iällä ja hoitokäytännöistä kertomisella ei ole riippuvuutta (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Ikä (sarakemuuttuja) ja hoitokäytännöistä kertominen (rivimuuttuja)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,307 ^a	25	0,560
Likelihood Ratio	24,914	25	0,467
N of Valid Cases	54		

5.2 Tutkimuksen kvalitatiivinen osio

5.2.1 Haastateltavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 59–83-vuotiaita naisia, joilla oli ollut virtsankarkailua useamman vuoden ajan. He elivät parisuhteessa tai yksin ja kaikki olivat synnyttäneet vähintään kaksi lasta. He olivat työelämässä tai eläkkeellä. Haastateltavilla esiintyi sekä sekamuotoista inkontinenssia että ponnistusinkontinenssia. He kertoivat tämän hetkisen hoitokontaktin olevan fysioterapian lisäksi perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Osa käytti inkontinenssin hoitoon lääkitystä, leikkaushoitoa sitä vastoin ei ollut suoritettu kenellekään haastatelluista.

5.2.2 Inkontinenssin vaikutus elämänlaatuun

Haastattelussa kysyttiin ovatko naiset kokeneet inkontinenssin vaikuttaneen jollakin tavoin heidän elämänlaatuunsa. Kaikki tutkittavat kokivat, että inkontinenssilla oli merkittäviä vaikutuksia elämänlaatuun. Haastattelussa elämänlaatuun sisällytettiin inkontinenssin vaikutukset parisuhteeseen, seksuaalisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, harrastuksiin, nukkumiseen ja masentuneisuuteen. Lisäksi huomioitiin inkontinenssin salailu, sen tuomat häpeän tunteet ja taloudelliset vaikutukset.

Tuntui ettei voi mennä enää ollenkaan ihmisten ilmoille...ja aina tuntui että haisee vaan pissalle...ihan kuin joku vanha haaska.

...se oli painajainen ihmiselle, joka oli aina huolehtinut itsestään kaikin tavoin.

Haastatteluissa tuli ilmi, että inkontinenssilla oli vaikutuksia parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Vaikka parisuhde oli vankalla pohjalla, niin virtsankarkailu koettiin nöyryyttäväksi eikä sitä haluttu kertoa edes omalle puolisololle. Haastateltavat tosin myönsivät, että ongelmat olivat enemmänkin heistä itsestään lähtöisin eikä puolisoista, lähinnä omien häpeän tunteiden vuoksi. Haastateltavat pohtivatkin, että olisiko inkontinenssin negatiiviset vaikutukset parisuhteeseen korjattavissa avoimella vuorovaikutuksella puolison kanssa. Tässä yhteydessä esiin nousi myös inkontinenssin aiheuttamat haitat fyysiseen toimintakykyyn, johon haastateltavat seksuaalisuuden mielsivät kuuluvaksi. Seksuaalisuuteen he liittivät myös fyysisen läheisyyden ja hellyydenosoitukset. Ikääntymisen he katsoivat luonnollisesti vähentävän seksuaalisuutta, mutta silti kokivat sen olevan tärkeä osa parisuhdetta ikäihmiselläkin.

...miksi seksi ei enää kiinnosta niin kuin ennen. Huomasin, että kun sanon ilkeästi, niin hän antaa minun olla paremmin rauhassa. Pelkään, että häntä inhottaa jos saa tietää ja lisäksi tuntisin itseni vanhaksi.

Sosiaaliset suhteet ja sen mukana harrastukset olivat kärsineet inkontinenssin vuoksi kaikilla vastaajista. Sosiaalisilla suhteilla tarkoitettiin sukulaisia, ystäviä, tuttavuuksia sekä työkavereita. Haastateltavat sanoivat olevansa aktiivisia ja ulos-

päin suuntautuneita, joten inkontinenssi koettiin selkeänä haittatekijänä. Virtsan karkailun aiheuttamaa hajuhaittaa jännitettiin. Lähes kaikki haastateltavat kertoivat, että lähteminen ihmisten pariin ei ollut aina helppoa ja pelko virtsan karkailusta aiheutti sen, että oli yksinkertaisempaa jäädä kotiin. Tosin osalla vastaajista myös ikääntymisellä saattoi olla vaikutusta asiaan.

...uskallanko mennä jumppaan tai voinko yskiä tai aivastaa ihmisten läsnä ollessa, koska aina lirahti enemmän tai vähemmän.

Kyllähän se kai sitäkin oli, vaikka vanahan mie jo oon, niin kun ystävätkii, eihän nekää ennee jaksa nii kuin ennen.

Se vaan oli niin nöyryyttävää, keksin jatkuvasti syitä miksi en halua osallistua kaikkiin tilaisuuksiin...

Olen ollut mukana myös järjestötyössä, nekin tahtoivat jäädä...

Haastateltavien kokemukset inkontinenssin vaikutuksesta unen laatuun vaihtelivat vuoteen kastelun pelon tai unettomuuden vuoksi. Inkontinenssisuojien käytön kyllä koettiin helpottavan asiaa. Unettomuudesta kärsivät myönsivät unettomuuden johtuvan myös muista syistä kuin inkontinenssista.

Heräilyä vähän väliä...aina pelkäsi, että kastelee vuoteen ja mies herää, nöyryyttävää.

Eipä yöllä juurikaan nukuttua saa... helppo käydä WC:ssä kun valvoo...

Haastatteluissa ilmeni, että kaikki vastaajista olivat jossain vaiheessa kokeneet olonsa jonkin verran masentuneeksi inkontinenssin takia, mutta kroonista tai vakavaa masennusta heille ei ollut syntynyt. Toivoa antoi hoitoon pääsy ja tietous, että asialle oli jotain tehtävissä. Mielialaan vaikutti myös se, että inkontinenssi koettiin ikään liittyväksi asiaksi ja oman kehon hallinnan pettäminen sai haastateltavat tiedostamaan ikääntymisensä. Masennuksesta puhuttaessa nousi esiin myös seikka, että inkontinenssin aiheuttama masennuksen tunne vahvistettiin haastateltavien elämässä jo olemassa olevia ahdistusta ja alakuloa aiheuttaneita tekijöitä.

Eihän sitä halunna uskoo et on jo elämänsä päässä... kuka nyt semmoista halluu... kyl se mielen mustaks vettää... mutta sit sanovat et näin vanhanakin viel sais apua jumpasta ja lääkkeestä, eihän sitä periks tahtois antaa...

Olin enemmän masentunut silloin, kun en vielä ollut uskaltanut hakea apua vaivaani ja sitä saanut. Nyt aina silloin tällöin vain kuitenkin miettii, että tätäkö tää nyt sitten on...jatkuva alamäkeä...

Alussa itkin kyllä usein ja olin katkera...

Haastatteluissa tuli esille, että häpeän tunteetkin olivat tuttuja kuten myös jonkin asteinen eristäytyminen. Tuttaville ei haluttu asiasta kertoa, koska inkontinenssista puhuminen koettiin kiusalliseksi. Ilmeni kuitenkin, että jos joku samassa tilanteessa puhuisi asiasta avoimesti, niin siinä tilanteessa omakin vaiva kyllä uskallettaisiin ottaa esille. Harrastuksista luopuminen koettiin raskaaksi asiaksi, mutta toisaalta inkontinenssivaivojen mahdollisesti helpottuessa hoidon avulla toiveena oli palata takaisin harrastusten pariin. Muuan vastaajista koki ikänsä olevan inkontinenssin ohella yhtä merkittävä tekijä harrastuksista luopumisessa.

...jotenkin sitä häpesi ja vetäytyi tilanteista. Ystäville en halunnut kertoa miksi en lähde harrastuksiin niin kuin ennen. Kyllä se vaan sen verran hävetti.

Töissä oli tietysti pakko käydä, mutta ei tullut mieleenkään, että siellä jollekin puhuisin, kokouksissa en uskaltanut juoda jos tiesin, etten pääse vessaan.

Haastatteluissa ilmeni, että inkontinenssin ei koettu aiheuttaneen suuria rahallisia menetyksiä. Lähinnä kuluja oli tullut inkontinenssiapuvälineiden hankinnasta ja fysioterapiasta. Ne koettiin kuitenkin niin tärkeiksi asioiksi inkontinenssin hoidossa, että rahalliset menot jäivät toisarvoisiksi. Haastateltavat nostivat tässä yhteydessä korostetusti esiin inkontinenssin aiheuttaman fyysisen ja psyykkisen haitan joihin verrattuna taloudelliset menetykset eivät tuntuneet tärkeiltä. Merkittäväksi koettiin se, että rahalla oli sentään saatavissa apua.

En ole rahaa ajatellut tässä tilanteessa... enemmänkin henkinen taakka...

Ei mitään suuria kuluja ole tullut, lähinnä fysioterapia...

Rahaa en tässä tilanteessa ole kyllä miettinyt...

5.2.3 Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta

Terveydenhoitajien ammattitaitoon luotettiin, haastateltavat kokivat, että terveydenhoitajilla on kyllä valmiuksia ohjata ja neuvoa inkontinenssiin liittyvissä asioissa kunhan asian vain ensiksi tulee esille. Haastateltavat tosin uskoivat, että terveydenhoitajat eivät välttämättä olleet tietoisia inkontinenssin laajuudesta. Haastatteluissa nousi esiin, että riittävää ohjausta ja tietoa inkontinenssista kaivattiin ihan rutiinikäyntien yhteydessä.

Haastatteluissa kävi ilmi, että terveydenhoitajan kanssa puhumista ei pidetty hankalana ja se oli alkuun päästyään ollut luontevaa. Muuan haastateltava tosin koki, että terveydenhoitaja siirsi asiasta puhumisen seuraavalle taholle eli tässä tapauksessa fysioterapeutille.

Niijen työtähän se vaan on, mitäs sen kummempoo...

Helppoa oli asiasta puhua kun alkuun päästiin...

Ei se kovin siihen kantaa ottanut, jotain puhuttiin...sanoi, että fysioterapia kyllä auttaa.

Haastateltavilta kysyttiin kuka oli ottanut inkontinenssin ensimmäistä kertaa puheeksi, terveydenhoitaja vai he itse. Kävi ilmi, että jokainen vastaaja oli itse maininnut asiasta ensimmäiseksi johonkin muuhun asiaan liittyvän vastaanottokäynnin yhteydessä. Asiasta oli puhuttu aikuisneuvonnan terveydenhoitajan, työterveyshoitajan tai kotisairaanhoidajan käyntien yhteydessä. Enemmän aloitteellisuutta kaivattiin terveydenhoitajilta, mutta toisaalta ymmärrettiin, että kaikkia asioita ei voi aina ottaa huomioon.

Itse asian ensiksi puheeksi otin...kysyin, että voisinko tulla vastaanotolle joku päivä, niin olin tilanteeseeni väsynyt.

Vähän nii kun naureskellless sanoin sille hoitajalle et tuota kun tarviis vaippoja kun oon taas tullu lapseks.

Menin vaan rokotusta uusimaan niin asiasta itse mainitsin samalla.

Yleinen käsitys oli, että inkontinenssista puhuminen oli luontevaa kunhan asia tuli ensin puheeksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistyö sujui hyvin, vaikka kaikkien kohdalla hoitokontakti ei ollutkaan ollut kovin pitkäaikainen. Haastateltavat pohtivatkin olisiko tutun hoitajan kanssa helpompaa ottaa asioita esille. Vastaanottoaikojen lyhyttäkin kritisoitiin, haastateltavat kokivat, että kun yhtä asiaa mennään hoitamaan, niin muita asioita ei välttämättä ehditä samalla käynnillä käsitellä. Haastateltavat eivät kuitenkaan halunneet syyllistää tästä pelkästään terveydenhoitajia vaan yleensä koko terveydenhuollon systeemiä.

Mukava tyttö...se heti ymmärs mistä on kyse ja alko juttelee...

*Oli se upea tunne, kun joku ymmärsi ja puhui asiasta selkokielellä...
Melkein halasin lähtiessä, niin helpottunut olin.*

Joo kyllä sitten kun asiaan päästiin, niin hän kyllä kuunteli.

Haastatteluissa ilmeni myös, että hoitajiin ja heidän vaitiolovelvollisuuteensa luotettiin. Vastajilla oli pääosin hyviä kokemuksia suhteista yleensä hoitohenkilökuntaan ja luja usko, ettei asiakkaan asioista puhuta ulkopuolisille. Terveydenhoitajien luotettavuus koettiin osaksi ammattia.

Kaiken rehellisesti kerroin, sillä vaitioloa en edes epäillyt.

...sehän on ihan ammattiin kuuluvaa, tietenkin, se luotettavuus...

Haastatteluissa ilmeni, että terveydenhoitajien paneutuminen inkontinenssin hoitoon vaihteli. Osa terveydenhoitajista oli paneutunut ongelmaan haastateltavien mielestä kiitettävästi

...otti tosissaan, kertoi lajit ja hoidot

5.2.4 Inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta

Haastateltavien kokemusten mukaan hoitokäytännöistä saatu ohjaus oli osittain riittävää. Ilmeni kuitenkin, että perusteellisempaa ohjausta toivottiin. Riittävän ohjauksen ja tiedon saannin koettiin helpottavan inkontinenssin aiheuttamaa

ahdistusta ja epätietoisuutta. Vastaajat kokivat helpottavaksi jo pelkästään sen tiedon, että jotain on tehtävissä virtsankarkailun lieventämiseksi.

...mutta minua helpotti tieto, että apukeinoja oli kuitenkin tarjolla.

Haastateltaville oli korostettu lantionpohjanlihasten harjoittamisen tärkeyttä inkontinenssin hoidossa ja he olivat saaneet myös kirjallista ohjausmateriaalia. Tuli kuitenkin ilmi, että lihasten harjoittamiseen olisi haluttu selkeämpää ja konkreettisempaa ohjausta. Riittämättömäksi koettiin harjoitteiden tekeminen itsenäisesti pelkän paperilla olevan ohjeen mukaisesti.

Heti antoi ohjeet ja sanoi, että se on kaiken lähtökohta se jumpaaminen.

Kyl mie jonkun ohjeen sain, mut ei siitä kyl selvää saanu...

Haastattelujen perusteella myös itsehoitoon terveydenhoitajilta saatu kannustus vaihteli, muuan haastateltava kyllä koki saaneensa runsaastikin kannustusta itsehoitoon.

...se tieto, että itse voi tehdä jotain asian eteen, oli parasta minunkaltaiselleni itsenäiselle ihmiselle.

Haastateltavat kokivat itsehoidon tärkeäksi ja hyväksi asiaksi, sen koettiin vahvistavan itsehallinnan tunnetta. Tosin siihenkin kaivattiin säännöllistä tukea ja ohjausta sekä palautetta onnistumisesta.

Haastatteluissa tuli ilmi, että virtsaamispäiväkirja oli tuttu ja osa vastaajista oli sitä myös käyttänyt. Sen käyttöön he kokivat saaneensa riittävän ohjauksen. Sen hyödyllisyyttä myös korostettiin sen antaman oman inkontinenssiin liittyvän kokonaistilanteen kartoituksen vuoksi.

Haastatteluissa ilmeni, että inkontinenssiapuvälineitä käytti jokainen vastaaja. Ne koettiin tärkeäksi vaikkakin pakollisiksi inkontinenssin hoidossa. Kaikki vastaajat eivät mielestään kuitenkaan olleet saaneet riittävää ja asianmukaista tietoa ja ohjausta niiden käyttämiseen. Haastateltavien käyttämiä apuvälineitä oli

vat terveystieteet, virtsankarkailusuojat, vaipat ja lantionpohjalihasten harjoituskuulat.

Ne kuulat oli kyllä tehokas juttu.

Pakkohan niitä siteitä oli käyttää, muuten ei olisi pärjännyt.

Haastateltavilla oli jonkin verran tietoa leikkaushoidoista, vaikka heidän kohdallaan asiaa ei ollut vielä harkittu. Ilmeni, että he halusivatkin ensisijaisesti lääkäriltä yksityiskohtaisempaa tietoa leikkauksesta ja sen hyödyistä, ennen kuin siihen päädyttäisiin.

5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tämän opinnäytetyön molempien tutkimusosioiden tulokset olivat samansuuntaisia. Tutkimuksemme tulokset osoittivat, että inkontinenssiin hoitoa saavat naiset olivat keski-ikäisiä ohittaneita, synnyttäneitä naisia. Inkontinenssista he olivat kärsineet useita vuosia. Tutkimuksesta nousi selkeästi esiin kolme eri ryhmää inkontinenssilajeista: ponnistusinkontinenssi ja sekamuotoinen inkontinenssi sekä ryhmä, joka ei tiennyt inkontinenssinsä lajia.

Tutkimuksestamme käy ilmi, että kaikilla tutkittavilla naisilla inkontinenssi oli aiheuttanut merkittävää, kielteistä vaikutusta elämänlaatuun. Se oli vaikuttanut parisuhteeseen, seksuaalisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Se oli aiheuttanut myös masennusta ja häpeää. Lisäksi se oli rajoittanut elämää vaikuttaen esimerkiksi harrastuksiin ja nukkumiseen.

Tutkimustulokset osoittivat, että terveydenhoitajat ottavat harvoin inkontinenssin puheeksi, vaan asiakkaan on itse tuotava asia esille. Puhuminen inkontinenssista koettiin kuitenkin helpoksi, kun asia oli tullut esiin. Suurimmalle osalle tutkituista naisista oli muodostunut terveydenhoitajan kanssa luottamuksellinen hoitosuhde ja terveydenhoitajilla oli halua paneutua inkontinenssiongelmaan.

Inkontinenssin hoitokäytännöistä terveydenhoitajat olivat kertoneet kohtalaisen hyvin ja noin puolet oli saanut ohjausta lantionpohjan lihasten harjoittamiseen. Tutkimuksessamme ilmeni, että terveydenhoitajat olivat kannustaneet hyvin vastaajia inkontinenssin itsehoitoon. Terveydenhoitajat eivät olleet kuitenkaan ohjanneet inkontinenssiapuvälineiden käyttöä.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tarkastellessamme tutkimustuloksia totesimme saaneemme samansuuntaisia tuloksia sekä kvantitatiivisesta että kvalitatiivisesta tutkimusosioista. Tutkimustulosten vertailua helpotti tutkimuskysymysten käyttö myös teemahaastattelussa. Teemahaastattelun etuna oli se, että se toi kyselyä paremmin esille henkilökohtaisia kokemuksia inkontinenssia sairastavien naisten arjesta. Näin kvalitatiivisesta tutkimusosioista saadut tulokset tukivat kvantitatiivisen tutkimusosion esiintuomia johtopäätöksiä. Tutkimustuloksemme olivat samansuuntaisia kuin aiemmin inkontinenssista tehdyissä tutkimuksissa.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että inkontinenssia esiintyy eniten keski- ja vaihdevuosi-ikäisten naisten keskuudessa. Tulos poikkeaa hieman aiemmista tutkimuksista. Voutilaisen (2005) ja Kaisanlahden (2008) mukaan inkontinenssia esiintyy eniten juuri iäkkäämpien keskuudessa. Vuonna 2005 Suomessa yli 75-vuotiaista oli noin 30 000 pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Yli 75-vuotiaista kotona asuvista naisista 35 prosenttia kärsii virtsankarkailusta ja laitoshoidossa olevista naisista jopa 78 prosenttia. Tutkimukseemme osallistuneiden yli 80-vuotiaiden pienen osuuden mielestämme selittää se, että tutkimus toteutettiin erikoissairaanhoidon yksikössä. Pohdimme, ohjataanko laitos- ja kotihoidossa olevia inkontinenssia sairastavia henkilöitä riittävästi erikoissairaanhoidon? Kokemuksemme mukaan heidän kohdalla usein hoitona ovat vain inkontinenssiapuvälineet kuten vaipat.

Enemmistöllä vastaajista ei ollut käytössä lääkkeellistä hoitoa inkontinenssiin eikä useimmille naisista ollut tehty leikkaushoitoa virtsankarkailun parantamiseksi. Kyselyssämme ei käy ilmi, minkälaista hoitoa saadakseen naiset ovat hakeutuneet erikoissairaanhoidon, mutta inkontinenssin parantamiseen tähtäävät leikkaukset tehdään nimenomaan erikoissairanhoidossa. Niemisen mukaan (2007, 22) inkontinenssin hoitotulokset ovat hyviä. Inkontinenssin parantamiseen tähtäävän leikkauksen läpikäyneistä naisista avun saa 60–80 %:a.

Tutkimuksestamme selviää, että inkontinenssia sairastetaan pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Suurimmalla osalla vastaajista oli hoitokontakti perusterveydenhuollossa. Tutkimus osoittaa, että perusterveydenhuollossa tulee panostaa inkontinenssin hoitoon ja ohjaukseen. Eniten naiset sairastivat sekamuotoista ja ponnistusinkontinenssia. Tutkimustuloksista nousi esille, että suurin osa naisista ei tiennyt sairastamansa inkontinenssin lajia. Tämä osoittaa, että naiset tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan.

Kuten Stach-Lempinen (2004) on todennut naisten virtsankarkailun vaikuttavan elämänlaatuun, myös meidän tutkimuksestamme käy ilmi, että virtsankarkailu huonontaa elämänlaatua. Nuotion (2003) tutkimuksesta käy ilmi, että masennuksen ja inkontinenssin välillä on yhteys. Myös meidän tutkimuksesta selviää, että inkontinenssi aiheuttaa enemmistölle vastaajista masennusta. Yllättävää on kuitenkin, että useat eivät osaa sanoa inkontinenssin vaikutuksesta masennukseen.

Kurjen (2005) tutkimuksessa ilmeni, että inkontinenssi voi aiheuttaa häiriöitä seksuaalisuuteen ja tätä kautta aiheuttaa ongelmia parisuhteeseen. Myös oman tutkimuksemme tulokset vahvistavat sen, että inkontinenssi huonontaa elämänlaatua, vaikuttaen joidenkin kohdalla muun muassa parisuhteeseen, seksuaalisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Harrastuksiin inkontinenssilla on suuri vaikutus. Naiset saattavat joutua valikoimaan entistä tarkemmin erityisesti liikunnalliset harrastukset.

Lähes kaikki tutkimukseemme vastanneet naiset olivat itse ottaneet virtsankarkailuongelman ensimmäisenä puheeksi hoitotilanteessa. Ala-Nissilän ja Kiilhol-

man (2008) mukaan potilas ottaa asian puheeksi usein vasta ollessaan jo poistumassa vastaanotolta. Lääkärin vastaanotollakin se tulee esiin usein vasta asiaa erityisesti kysyttäessä. Pohdimme, voiko henkilökunnan vähäinen tietämys aiheesta olla syynä, etteivät terveydenhuollon ammattilaiset ota helposti asiaa puheeksi. Esimerkiksi inkontinenssin haitta-aste ja erottelupistelomakkeita ei ollut käytetty suurimman osan kohdalla. Voisiko olla niin, että terveydenhoitajat eivät tunne ja osaa käyttää riittävän hyvin kyseisiä lomakkeita? Pohdintaamme tuki Kalliomäen (2000) tutkimus, jonka mukaan terveydenhoitajat pitivät peruskoulutuksessa saamia tietoja inkontinenssista jokseenkin huonona.

Kalliomäen (2000) tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että terveydenhoitajat tuntevat inkontinenssin yleisimmät hoitokäytännöt ja heillä on hyvät valmiudet asiakkaan tukemiseen, vaikka tarvitsevat hieman lisää perehdytystä aiheeseen. Myös meidän tutkimuksessa käy ilmi, että terveydenhoitajat ovat halukkaita ohjaamaan ja tukemaan asiakkaitaan inkontinenssin hoidossa, kunhan asia ensin tulee ilmi. Tutkimuksemme perusteella asiakkaan pitää itse ottaa asia ensimmäisenä puheeksi.

Ilahduttavaa tutkimustuloksissa oli, että kun asia oli tullut esille, puhuminen terveydenhoitajan kanssa oli ollut helppoa ja suurimmalle osalle oli muodostunut luottamuksellinen hoitosuhde aivan kuten Kalliomäen (2000) tutkimuksessa. Hyvässä hoitosuhteessa potilaalla on oikeus saada tukea ja tietoa sairautensa eri vaiheissa, tätä edesauttaa, jos hoitohenkilökunta voittaa potilaan luottamuksen pitämällä yllä ammattitaitoaan ja kunnioittamalla potilasta (HUS 2006).

Leimion (1999) tutkimuksessa osa naisista koki, ettei heidän vaivaansa paneuduta ja oteta sitä vakavasti. Meidän tutkimuksessa puolestaan ilmeni, että terveydenhoitajat olivat useimpien kohdalla paneutuneet naisten inkontinenssiongelmaan. Tutkimukseen osallistuneista noin puolet oli saanut tietoa eri hoitokäytännöistä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että terveydenhoitajat kannustivat inkontinenssia sairastavia naisia kiittävästi itsehoitoon. Kyngäksen (2007) mukaan itsehoidossa tärkeää on motivointi ja jaksamisen tukeminen. Tätä edesauttaa hyvä vuorovaikutus- ja ohjaussuhde, aktiivisuus ja tavoitteellisuus.

Jossain määrin ristiriitaisesti ilmeni, että osa naisista ei ollut tutkimuksemme mukaan lainkaan saanut tukea ja ohjausta terveydenhoitajalta. Monetkaan eivät olleet keskustelleet asiasta terveydenhoitajan kanssa, vaan useimmat olivat hoitokontaktissa vain lääkärin kanssa. Terveydenhoitajan tulee terveyden edistämisen asiantuntijana tukea, ohjata ja motivoida asiakkaita inkontinenssin hoidossa, vaikka päävastuu hoidosta olisikin lääkärillä. Tutkimukseen osallistuneet olisivat halunneet saada enemmän tietoa inkontinenssista, etenkin siitä miten siihen voi itsehoidolla vaikuttaa.

Terveydenhoitajat antoivat vain noin puolelle tämän tutkimuksen vastaajista ohjausta lantionpohjan lihaksiston harjoittamiseen. Tutkimuksemme tulos on samansuuntainen kuin Markkasen ja Vihanteen (2002) tutkimuksessa; ohjausta lantionpohjan lihasten harjoittamisesta annetaan vain osalle. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että ne naiset jotka ovat saaneet terveydenhoitajalta ohjausta inkontinenssiin liittyen, se oli sisältänyt lähinnä ohjauksen lantionpohjan lihasten harjoittamisesta. Tutkimustulostemme perusteella terveydenhoitajien tulisi antaa kuitenkin vielä enemmän ohjausta lihasharjoitteista sillä Aukeen (2003) tutkimuksen mukaan lantionpohjanlihasten kuntouttamisella useimmat naiset saavat avun ponnistusinkontinenssissa.

Tutkimukseemme osallistuneista naisista suurin osa ei ollut saanut ohjausta inkontinenssiapuvälineiden käytössä. Ahopellon (2009) mukaan Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomenkuntaliitto ovat yhdessä laatineet suosituksen terveyskeskusten hoitotarvikkeiden ja -välineiden maksuttomasta jakelusta. Hoitotarvikkeita, kuten vaippoja ja katetreja, voidaan myöntää keskivaikeaa tai vaikeaa inkontinenssia sairastaville henkilöille. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi tietoa apuvälineiden erilaisista vaihtoehdoista ja niiden oikeasta käytöstä. On tärkeää, että apuvälineet valitaan yhdessä käyttäjän kanssa, jolloin terveydenhoitajan tehtävänä on antaa ohjausta ja neuvontaa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on antaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämättömyyttä tutkimuksen hyödyntämisessä, sillä sen avulla pyritään selvittämään kuinka paikkansapitävää tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Hirsjärven ym. (2007, 213–214) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kuuluu avoin kertominen aineiston tuottamisen vaiheista ja olosuhteista. Siihen kuuluu myös tutkijan oma arvio tutkimustilanteesta, mahdollisista virhetulkinnoista ja häiriötekijöistä. Pyrimme kertomaan tutkimuksen eri vaiheista mahdollisimman tarkasti, jotta työskentelyprosessimme avautuisi lukijalle. Tämän opinäytetyön luotettavuutta pyrimme myös lisäämään valitsemalla mahdollisimman uusia ja luotettavia lähteitä teoreettiseen osioon.

6.2.1 Kvantitatiivisen tutkimusosion luotettavuus

Laadukkaan kvantitatiivisen tutkimuksen peruslähtökohtia ovat muun muassa pätevyys eli validiteetti ja luotettavuus eli reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkitaanko sitä, mitä on tarkoituskin tutkia, onko tutkimus pätevä ja perusteellisesti tehty sekä ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen. Ulkoisella validiteetilla tarkastellaan tutkimuksen yleistettävyyttä. Sen sijaan sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen omaan luotettavuuteen. Validiteettia edistävät tiedon keruun ja tutkimuksen huolellinen suunnittelu, mitattavien asioiden sekä muuttujien huolellinen suunnittelu ja perusjoukon tarkka määrittely. (Heikkilä 2005, 29–32; Metsämuuronen, 2006, 57; Uusitalo 1991, 81.)

Reliabiliteetin avulla tarkastellaan sitä, saadaanko tutkimuksella luotettavaa tietoa todellisuudesta. Luotettavuus tarkoittaa, että tutkimus voidaan toistaa samoin tuloksin muiden tutkijoidenkin tekemänä. Tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin kuuluu huolellisuus ja kriittisyys. Otoksen on edustettava tutkittavaa perusjouk-

koa ja sen tulee olla määrältään riittävä, jotta tutkimustulos olisi luotettava ja yleistettävissä oleva. (Heikkilä 2005, 29–32; Metsämuuronen, 2006, 57.)

Tutkimuksen pätevyyttä olemme tarkastelleet jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Ennen tutkimuksen toteuttamista olimme miettineet sopivaa kohderyhmää, joka osallistuu tutkimukseen. Olimme myös määritelleet tutkimuksemme keskeiset käsitteet ja tutkimuskysymykset. Kyselylomakkeen olimme suunnitelleet huolellisesti vastaamaan tutkimuskysymyksiämme.

Tutkimuksemme luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että otos jäi määrällisen tutkimuksen kannalta pieneksi, joten tutkimustuloksemme eivät ole yleistettävissä. Näin ollen esittämämme taulukotkaan eivät anna luotettavaa ja yleistettävissä olevaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimustuloksiamme voidaan kuitenkin hyödyntää kehitettäessä inkontinenssin hoito- ja ohjauskäytäntöjä. Ristiintaulukoinnin tulokset eivät myöskään ole aineiston pienuuden suhteen luotettavia, mutta tutkimusmetodin oppimisen kannalta halusimme selvittää muutaman muuttujan välistä yhteyttä. Tavoitteenamme oli saada yli sadan vastaajan otos. Aineistoa ei kuitenkaan ollut kertynyt määräraikaan mennessä riittävästi, joten pidensimme aineistonkeruuaikaa kolmella kuukaudella. Tämän jälkeen emme voineet enää jatkaa aineistonkeruuta, sillä valmistumisemme oli jo kerran siirtynyt aineiston kertymistä odotellessa, joten lopulliseksi otokseksi jäi 54.

Tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta saattaa vähentää se, että jotkut vastaajista olivat täyttäneet kyselylomakkeita epätäydellisesti. Siksi olemme ilmoittaneet aineiston analysoinnissa vastaamatta jättäneiden osuuden. Tähän on voinut vaikuttaa kyselylomakkeen pituus ja olosuhteet, joissa kyselylomakkeet on täytetty. Toisaalta luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen tekijöitä oli kolme. Olemme käsitelleet tutkimusaineistoa huolellisesti läpi useaan kertaan ja varmistaneet yhdessä, että tallennettu tieto on oikeaa.

6.2.2 Kvalitatiivisen tutkimusosion luotettavuus

Yhdenmukaisia ohjeita siitä, miten laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida, ei ole olemassa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135). Kuitenkin esimerkiksi kerätyn tiedon hyödyntämisen kannalta luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteerejä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Laadimme teemahaastattelurungon teoriaosuuden ja tutkimuskysymysten pohjalta. Näin varmistimme, että saisimme vastaukset haluamiimme kysymyksiin ja samalla karsittua turhat kysymykset pois. Varmistimme myös, että haastattelut vastasivat litteroituja tekstejä eikä aineiston sisältö päässyt muuttumaan aineistoa käsiteltäessä.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan on varmistettava, että tutkimukseen osallistuvien tiedonantajien käsitykset tutkittavasta ilmiöstä vastaavat tutkimustuloksia. Tutkimusprosessista ja -tuloksista samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa keskustelemalla ja tutkimuksen tekijän pitämän tutkimuspäiväkirjan avulla voidaan vahvistaa uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyössämme uskottavuutta vahvisti se, että meitä oli kolme tekijää. Näin pystyimme jatkuvasti keskustelemaan ja arvioimaan työmme prosessin vaiheita ja tuloksia sekä esittämään kritiikkiä toistemme mielipiteistä ja johtopäätöksistä. Emme pitäneet varsinaista tutkimuspäiväkirjaa, vaan kirjasimme jokaisen vaiheen aina kun käsittelimme aineistoa. Näin pystyimme tarvittaessa palaamaan alkuperäisiin tuotoksiin ja vertaamaan niitä keskenään. Lisäksi kirjasimme ylös kokemukset ja tuntemukset välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen. Haastattelujen aikana esitimme tarvittaessa lisäkysymyksiä ja tutkimustulokset -osiossa käytimme aineistosta poimittuja haastateltavien suoria lainauksia. Haastattelut toteutimme muutaman päivän välein, jotta meillä oli riittävästi aikaa purkaa kukin haastattelu niin, etteivät ne sekoittuneet keskenään. Palasimme opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa useita kertoja alkuperäiseen eli

litteroituun aineistoon. Näin pyrimme varmistamaan sen, että haastateltavien näkemykset tutkittavasta ilmiöstä nousevat todenmukaisesti esiin opinnäytetyössämme ja välittyvät myös lukijalle.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä kuvaa, kuinka on omassa tutkimuksessaan päätenyt lopullisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi kerättyä aineistoa. Tutkijan muistiinpanoista olisi siten löydyttävä tiedot tutkimusprosessin eri vaiheista, menetelmällisistä ratkaisuista ja tutkijan analyttisistä oivalluksista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tämä korostuu, sillä laadullinen tutkimus ei yleensä ole täysin ennalta strukturoitu suunnitelma, vaan se tarkentuu tutkimusprosessin edetessä. Tutkimuksen tekijä voi siis esimerkiksi kuvata aineiston avulla syyt, joilla on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Vahvistettavuus on osittain hankala luotettavuuskriteeri, sillä on huomioitava, että kaksi eri laadullisen tutkimuksen tekijää eivät välttämättä päädy samaan tulkintaan, vaikka heillä olisi käytössään sama aineisto. Todellisuksia on useita ja se onkin kyseisessä tutkimusmenetelmässä hyväksyttävää. Erilaiset tulkinnat eivät aina merkitse luotettavuusongelmaa vaan ne voivat myös lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän opinnäytetyön aineiston luokittelusta on laadittu taulukko (Liite 5).

Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava oma vaikutuksensa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Ensimmäinen opinnäytetyön tutkimusprosessi on ollut haastavaa. Olemmekin pohtineet, voiko kokemattomuus osaltaan vaikuttaa työn luotettavuuteen. Toisaalta kuitenkin mahdollisuus tukeutua ohjaaviin opettajiimme hämmennystä aiheuttavissa tilanteissa, on vahvistanut osaamistamme.

Siirrettävyys merkitsee tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin, eli saatujen tutkimustulosten on toimittava myös muissa vastaavissa tutkimuksissa. Jotta lukija voisi arvioida tulosten siirrettävyyttä, tutkimuksen tekijän on annettava tarpeeksi kuvailevaa tietoa esimerkiksi tutkimukseen osallistuneista ja ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Haastattelupaikaksi valittiin tiedonantajien oma koti. Näin halusimme varmistua siitä, että tiedonantajat kokisivat ympäristön mahdollisimman luontevaksi ja pysyisivät näin tuomaan avoimesti esiin omia kokemuksiaan inkontinenssista. Haastateltavien kieltäytyminen haastattelujen nauhoittamisesta saattoi osaltaan vähentää tutkimuksen luotettavuutta virhetulkintojen ja nopean kirjaamisen vuoksi. Välttyäksemme tältä, varmistimme vielä haastattelujen lopussa mahdolliset tulkinnanvaraiseksi jääneet kohdat ja luimme kirjaukset pääpiirteittäin ääneen haastateltaville.

6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä tutkimuksissa, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa kuten hoitotieteissä. Jokainen tutkimus sisältää monia eri kysymyksiä ja päätöksiä, ja tämän takia tutkijan etiikka joutuu koetukselle useaan otteeseen tutkimuksen aikana. Tämä asia on syytä tiedostaa ja samalla tarkkaila omaa toimintaansa eettisyyden kannalta. Tutkimuseettiset kysymykset jae-taan tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimuksen eettisiä on-gelmakohtia ovat muun muassa seuraaviin aiheisiin liittyvät asiat: tutkimusluvut, tutkimusaineiston keruu, tutkimuskohteen hyväksikäyttö, tutkijan vaikutus tutki-musyhteisöön ja tutkimuksesta tiedottaminen. Eettisiin kysymyksiin ei ole ole-massa täysin aukotonta ja kattavaa säännöstöä. Tämän vuoksi tutkijan on itse tehtävä ratkaisut ja toimittavaa niin, että tutkimuksesta tulee eettisten periaattei-den mukaista. Siksi tutkijan tarvitsee tuntea eettiset periaatteet, säännöt, arvot, normit ja hyveet. (Eskola & Suoranta 1998, 52–53; Pietarinen 2002, 58; Uusita-lo 1991,33; Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.)

Ensimmäinen eettinen ratkaisu tehdään jo tutkimusaihetta valittaessa. Aiheen valinta viitoittaa halutaanko tutkimuksesta yhteiskunnallisesti merkittävä vai vali-taanko vähemmän merkityksellinen aihe, joka on helposti toteutettavissa. Tär-keää on myös miettiä, miksi tutkimuksen ylipäätään ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2004, 26.) Aiheenvalintaa suunniteltaessa koimme, että aihe on yhteiskunnalli-esti tärkeä ja tutkimustuloksia voisi hyödyntää terveydenhoitajan työssä. Käy-

täntöön suunnattu työ antoi mahdollisuuden, että tutkimuksesta saatiin mahdollisimman suuri hyöty.

Aiheen valinnan jälkeen valmistelimme tutkimustamme varten asianmukaisen tutkimussuunnitelman, jotta voisimme hakea tutkimukseen tarvittavia lupia. Aloitimme tutkimuksemme vasta viralliset luvat saatuamme. Toimitimme tutkimuksen alussa valmiin tutkimussuunnitelman sekä tutkimukseen liittyvät luvat yhteistyössä toimivien poliklinikoiden osastonhoitajille. Haastatteluita varten emme tarvinneet virallista tutkimuslupaa, sillä haastateltavat olivat yksityishenkilöitä. He antoivat kuitenkin itse suullisen luvan ja suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkijalla on eettisiä velvoitteita tutkimuksen kohteina olevia henkilöitä ja tutkimusyhteisöä sekä yhteiskuntaa kohtaan. Tutkittaville henkilöille on taattava tietojen täydellinen luottamuksellisuus ja identiteettisuoja. Tämä merkitsee sitä, että tutkimusta tehtäessä kenellekään ei aiheudu vahinkoa ja se perustuu vapaaehtoisuuteen. Lisäksi se tehdään nimettömänä, niin että kukaan ei ole siitä tunnistettavissa. Myös tutkimuksen julkistamisvaiheessa tulee huolehtia näiden säilymisestä. Varsinkin silloin, jos kyseessä on arkaluonteinen aihe, on erityisen tarkasti suojattava anonymiteetti. Tutkimusaineisto tulee hävittää heti tutkimuksen valmistuttua. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27; Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2007, 6; Eskola & Suoranta 1998, 57.)

Tutkimuksessamme noudatimme eettisiä periaatteita. Sekä kvantitatiiviseen että kvalitatiiviseen tutkimusosioon osallistuneille annettiin saatekirje, jossa kerroimme opinnäytetyöstämme. Kyselyymme vastaanminen tapahtui nimettömänä ja vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeiden jakelu ja vastaanottaminen tapahtui sairaaloiden hoitohenkilökunnan kautta, mikä entisestään varmisti vastaajien anonymiteetin säilymisen. Haastatteluihin osallistuminen oli myös vapaaehtoista ja noudatimme vaitiolovelvollisuutta haastateltavia henkilöitä kohtaan. Tutkimuksessamme emme kerro haastateltavien nimiä emmekä heidän asuinpaikkaan. Näin varmistimme, että tutkimustuloksista ei pystytä tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä.

Tutkimustyön kaikissa osavaiheissa tulee välttää epärehellisyttä. Tutkimuksen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa. Alkuperäisiä tuloksia ei saa muokata niin, että tulos vääristyy. Tekstiä ei tule lainata suoraan lähdekirjallisuudesta. Käytetyt menetelmät on selostettava ja puutteet tuotava julki. Tutkimustuloksia ei saa kaunistella eikä yrittää korottaa merkittävämpään asemaan kuin oikein olisi. Näiden kriteerien pohjalta voidaan huomata, että eettisten näkökohtien riittävä huomiointi tutkimusta tehdessä on vaativaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 26–27; Uusitalo 1991, 32.) Omassa tutkimuksessamme pyrimme huomioimaan eettiset näkökohdat. Toimme esille tutkimuksemme puutteet; kerroimme esimerkiksi rehellisesti että tutkimustuloksemme eivät ole luotettavia ja yleistettävissä olevia. Suoraa tekstiä emme käyttämistämme lähteistä lainanneet. Raportoimme asiat niin kuin ne tutkimuksessamme olivat. Emme vääristelleet mitään ja olimme huolellisia esittäessämme tutkimuksen tuloksia.

Tutkimusaineistoa käsittelevät ainoastaan tämän opinnäytetyön tekijät. Tallensimme tutkimusaineistoa tietokoneelle siten, etteivät tiedot ole muiden kuin tutkimuksen tekijöiden tavoitettavissa. Tutkimusmateriaalia säilytimme turvallisesti ja käytimme sitä ainoastaan tähän tutkimukseen. Kyselylomakkeet ja haastattelumateriaalin tuhosimme heti tutkimuksemme valmistuttua. Eettinen tutkimusote säilyi koko tutkimusprosessimme ajan.

6.4 Tutkimuksen työprosessi ja ammatillinen kasvu

Aloitimme opinnäytetyöprosessimme keväällä 2007, jolloin saimme idean opinnäytetyömme aiheesta eli inkontinenssista. Asia oli meille noussut esille useissa eri yhteyksissä. Koimme aiheen tärkeäksi, koska se koskettaa monenikäisiä. Ohjaavien opettajien opastuksella päädyimme rajaamaan tutkimuksemme aiheen naisten inkontinenssiin ja heidän saamaan ohjaukseen terveydenhoitajilta. Päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme kvantitatiivisen tutkimusosion Kätilöopiston sairaalan ja Naistenklinikan naistentautien poliklinikoilla. Kvalitatiivisen tutkimusosion päädyimme toteuttamaan teemahaastattelulla, käyttäen tutkimuksessa yksityishenkilöitä.

Tutkimussuunnitelmaamme valmistelimme reilun vuoden ajan. Kesällä 2008 haimme tutkimuksellemme eettistä lupaa, joka meille myönnettiin syksyllä 2008. Sen saatuamme haimme tutkimuslupaa, jonka saimme pari kuukautta myöhemmin. Toimitimme 100 kappaletta kyselylomakkeita molempiin sairaaloihin joulukuun alussa 2008. Tarkoituksenamme oli hakea valmiit lomakkeet tammi-kuun 2009 lopussa, mutta vastauksien vähyyden vuoksi jouduimme jatkamaan keräysaikaa. Sillä välin toteutimme teemahaastattelut. Huhtikuussa 2009 päätimme kyselylomakkeiden keräämisen. Toukokuussa 2009 käynnistimme tutkimustulosten analysoinnin. Kesän ja syksyn 2009 aikana viimeistelimme opinnäytetyötämme.

Opinnäytetyömme tekeminen on ollut pitkä ja työteliäs prosessi. Haasteellista on ollut yhteisen ajan löytäminen opiskelujen, perheen ja työn lomassa. Silti olemme löytäneet aikaa opinnäytetyön yhdessä tekemiseen. Ainoastaan teoriaosuuden kirjoittamista olemme jakaneet mahdollisuuksien mukaan.

Opinnäytetyömme on auttanut meitä ammatillisessa kehitymisessä. Opinnäytetyömme aihe ei ollut valmis projekti, vaan aiheemme nousi omasta mielenkiinnostamme. Tämän vuoksi olemme joutuneet järjestämään koko opinnäytetyöprosessin itse. Näin olemme oppineet tekemään yhteistyötä työelämätahon kanssa entistä paremmin. Työn edetessä tutkimuksen laajuus ja siihen vaadittava työmäärä yllätti hieman. Kiinnostuksemme aiheeseen on ollut kuitenkin kantava voima ja se auttoi pitämään mielenkiintoa yllä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Suurena apuna olivat myös hyödylliset opinnäytetyöseminaarit, joiden aikana tutkimusaiheemme selkiytyi. Seminaarissa saamamme vertaistuki ja opettajien ohjaus antoivat tukea ja tarvittavaa tietoa työn tekemiseen.

Meillä on ollut yhteisenä tavoitteena tuottaa mahdollisimman hyvä opinnäytetyö, jossa olemme mielestämme onnistuneet hyvin. Työmme kautta olemme saaneet tilaisuuden perehtyä inkontinenssiin kansan sairautena. Lisäksi olemme aiheemme myötä syventäneet terveyden edistämisen ja kansanterveydellisten vaikutusten merkitystä hoitotyössä. Aiheemme myötä olemme myös päässeet tutustumaan eri-ikäisten naisten elämänkaareen ja ymmärtäneet miten inkontinenssi voi vaikuttaa naisten elämänlaatuun. Tämä on lisännyt asiantuntijuut-

tamme. Opinnäytetyöstämme saamamme tiedon avulla koemme, että meillä on työssämme hoitotyön ammattilaisina hyvät valmiudet inkontinenssin hoidon ohjaukseen.

Työskentely opinnäytetyön parissa on opettanut meille tiimityöskentelyä, yhteistyötaitoja, joustoa, paineensietokykyä sekä toisen työpanoksen ja mielipiteiden arvostusta. Olemme oppineet eettisesti kestävän tutkimuksen tekoa sekä tulosten analysointia. Lisäksi olemme oppineet kriittisiksi tiedon etsijöiksi ja samalla tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet. Opinnäytetyöprosessin edetessä olemme oppineet itsearviointia sekä palautteen antamista ja vastaanottamista. Tästä kaikesta meille on hyötyä toimiessamme hoitotyön ammattilaisina.

6.5 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tutkimuksemme johtopäätöksinä voimme todeta, että terveydenhoitajilla on valmiuksia ohjata ja tukea inkontinenssia sairastavia naisia. Naisten on kuitenkin useimmiten itse otettava asia ensin puheeksi. Tutkimuksestamme käy myös ilmi, että inkontinenssi huonontaa naisten elämänlaatua, aiheuttaa suurelle osalle masennusta ja sairaudesta kärsitään usein pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Tutkimusaineiston mukaan naiset tarvitsevat lisää tietoa inkontinenssiapuvälineiden saatavuudesta ja käytöstä. Tutkimustulos osoitti myös, että naiset tarvitsisivat terveydenhoitajalta enemmän ohjausta lantionpohjan lihasten harjoittamiseen, sillä vain noin puolet tutkimukseen osallistuneista oli saanut tätä ohjausta.

Terveydenhoitajan tulee ymmärtää ongelman laajuus ja huomioida asiakkaana olevan naisen kokonaisvaltainen elämäntilanne, jotta inkontinenssia voidaan hoitaa paremmin. Osana terveysneuvontaa inkontinenssin voisi ottaa puheeksi erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on inkontinenssiin altistavia tekijöitä. Puheeksioton yhteydessä olisi tärkeää kertoa riskiryhmään kuuluville inkontinenssin ennaltaehkäisyn keinoista ja eri hoitomuodoista sekä kannustaa itsehoitoon. Tulevaisuuden haasteena terveydenhuollossa on yrittää ennaltaehkäis-

tä inkontinenssin syntyä ja tunnistaa rutiininomaisesti inkontinenssin hoitoa tarvitsevat asiakkaat.

Terveystenhoitaja kohtaa työssään naisia kaikista ikäryhmistä ja on siten avainasemassa ottamaan inkontinenssin puheeksi sekä omalla ammattitaidollaan ennaltaehkäisemään sen syntyä ja ongelman pahenemista. Ongelmilla on tapana paisua, jos niitä ei saa käsiteltyä ja selviteltyä. Ihminen tarvitsee jonkun, kenelle puhua. Terveystenhoitajan tuki on siksi tärkeässä asemassa. Jos asiakas jää inkontinenssiongelmansa kanssa yksin ja eristäytyy sekä masentuu, pahimmassa tapauksessa hän saattaa tarvita hoitoa mielenterveysongelmaan ja tämä puolestaan lisää yhteiskunnallista kuormitusta. Terveystenhoitajan tuen avulla asiakkaalla on mahdollisuus saada uutta voimaa ja siten voida paremmin. Hyvinvoivat ihmiset ovat tärkeitä yhteiskunnalle. Riittävän aikainen puheeksiottaminen on halpa ja tehokas keino välttää inkontinenssiin liittyvät ongelmat.

Käytännön työssä luontevia tilanteita puheeksiottoon ovat esimerkiksi äitiysneuvolatyössä raskauden seuranta ja synnytyksen jälkeinen aika. Jatkossa lastenneuvolassa olisi tärkeää huomioida lapsen kehityksen seurannan yhteydessä myös äidin hyvinvointiin kuuluvana inkontinenssin ennaltaehkäisy. Kouluterveydenhuollossa luontevia tilanteita inkontinenssin puheeksiottamiselle ovat terveystiedon tunnit. Opiskeluterveydenhuollossa asian voi ottaa helposti puheeksi terveystapaamisten yhteydessä. Lakisääteinen työterveyshuolto tavoittaa suuren osan työikäisistä naisista, jolloin terveystenhoitajalla on hyvä mahdollisuus ottaa ikäkausitarkastusten yhteydessä inkontinenssi puheeksi. Työterveyshuollossa ja avoterveydenhuollossa voitaisiin huomioida vaihdevuosi-ikäisten naisten lisääntynyt riski sairastua inkontinenssiin ja ottaa asia puheeksi viimeistään silloin. Kotihoidossa inkontinenssin voisi hyvin ottaa puheenaiheeksi esimerkiksi ensikäynnillä, kun kartoitetaan muutenkin asiakkaan elämäntilanteeseen liittyviä asioita.

Tutkimuksen pohjalta nousi esiin muutamia kehittämissuhteita terveystenhoitajan työhön ja inkontinenssin hoitoon liittyen. Kehittämissuhteemme on, että terveystenhoitajille tulisi kehittää yleisesti käytössä oleva toimiva hoitokäy-

tännön ohjeistus ja inkontinenssia kartoittava kysely. Lisäksi olisi hyvä laatia inkontinenssin hoitopolkuohjeistus. Kehittämisehdotuksemme on myös, että terveysasemille järjestettäisiin inkontinenssihoitaja, joka olisi perehtynyt aiheeseen enemmän ja saanut tarvittavan lisäkoulutuksen. Inkontinenssihoitajana toimiva terveydenhoitaja voisi tarjota inkontinenssia sairastavalle henkilölle riittävän ohjauksen ja tuen.

Toivomme tutkimustulostemme herättävän ajatuksia terveydenhoitajissa, alan opiskelijoissa sekä muissa terveydenhuoltoalan henkilöissä siitä, kuinka jatkossa tulisi kehittää inkontinenssin ohjaus- ja hoitokäytäntöjä. Tulevina terveydenhoitajina itse koimme saaneemme tutkimuksesta hyödyllistä tietoa ja uusia ideoita tulevan työmme kehittämiseen ja tätä kautta ihmisten terveyden edistämiseen.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla miesten inkontinenssin tutkiminen. Olisi mielenkiintoista tutkia miten inkontinenssi vaikuttaa miesten elämänlaatuun ja miten inkontinenssi huomioidaan miesten kohdalla. Hyödyllistä olisi myös selvittää minkälaista tukea ja ohjausta he ovat saaneet terveydenhoitajilta.

LÄHTEET

- Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ahonen, Heidi 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ahopelto, Päivi 2009. Urologiset apuvälineet. Viitattu 13.8.2009. www.therapiafennica.fi.
- Ala-Nissilä, Seija & Kiilholma, Pentti 2008. Mikä avuksi naisen virtsankarkailuun? Suomen lääkirilehti 44/2008.
- Ala-Nissilä, Seija 2006. TVT-leikkaus ja uusiutunut inkontinenssi. Viitattu 21.8.2009. www.terveysportti.fi.
- Alkula, Tapani; Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Armanto, Annukka & Koistinen, Paula 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Aukee, Pauliina 2003. Biofeedback training in stress urinary incontinence. Effect on muscle activity, the application of a home biofeedback device and the function of the pelvic floor musculature. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2009. Terveystyön suuntautumisvaihtoehdon kompetenssit eli osaamisvaatimukset.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–43.
- Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

- Hakkarainen, Kai; Lonka, Kirsti & Lipponen, Lasse 2004. Tutkiva oppiminen: järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Helsinki: WSOY.
- Hartikainen, Anna-Liisa; Tuomivaara, Leena; Puistola, Ulla & Lang, Leena 1995. Koko nainen. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita
- Heikkinen, Eino & Tuomi, Jouni 2000. Suomalainen elämäkulkku. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen, Eino 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13–33.
- Heikkinen, Katja; Johansson, Kirsi; Leino-Kilpi, Helena; Rankinen, Sirkku; Virtanen, Heli & Salanterä, Sanna 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* 3/2006, 120–130.
- Heittola, Seija 1996. Lantionpohjanlihaksilla laatua naisen elämään. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Helin, Satu 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 35–68.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HUS 2006. Hyvä hoitosuhde. Viitattu 19.8.2009. www.hus.fi.
- Höfler, Heike 2001. Lantiopohjan jumppaa. Helsinki: Otava.
- Isola, Arja; Backman, Kaisa; Saarnio, Reetta; Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2/2007, 51–62.
- Jernfors, Vuokko 2005. Lantionpohjan toimintahäiriöiden fysioterapia. *Hieroja* 1/2005.

- Kaisanlahti, Anja 2008. Vanhukset työllistävät gynekologeja turhaan. *Mediuutiset*, 21/2008.
- Kalliomäki, Annukka 2000. Terveystieteen valmiudet tukea naista virtsainkontinenssiongelmassa. *Opinnäytetyö*. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Kettunen, Tarja; Poskiparta, Marita & Karhila, Päivi 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 5/2002, 213–222.
- Kiilholma, Pentti & Päivärinta, Eeva 2007. Inkontinenssin ABC - opas hyvään hoitoon. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Kiilholma, Pentti ym. 2007. Naisten virtsankarkailun hoito. Käyvän hoidon tiivistelmä. Viitattu 19.8.2009. www.kaupahoito.fi.
- Kivelä, Aarre 2006. Keisarileikkaus ja virtsainkontinenssi. Viitattu 2.8.2009. www.terveysportti.fi.
- Kivelä, Aarre 2006. Virtsankarkailun taustalla olevia tekijöitä. Viitattu 20.8.2009. www.terveysportti.fi.
- Kiviniemi, Kari 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltonen & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 68–83.
- Kosonen, Maili 1995. Terveystieteen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus äitiysneuvolassa. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kujansuu, Erkki 1996. Virtsainkontinenssi. Teoksessa Olavi Ylikorkala & Antti Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 209–225.
- Kurki, Merja 2005. Inkontinenssikursseilta apua virtsankarkailuun. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi 2007. Omahoitoon motivointi ja jaksaminen. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuslaitos. Viitattu 19.8.2009. www.diabetes.fi.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

- Kyrklund, Marianne 2007. Istuma-asennon vaikutus lantionpohjan lihasten toimiseen aktiviteettiin terveillä nuorilla naisilla. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Biolääketieteen laitos. Viitattu 9.7.2009. www.uku.fi.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 4/2005, 208–216.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2009. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 4.9.2009. www.sairaanhoitajaliitto.fi.
- Kääriäinen, Maria; Kyngäs, Helvi; Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2006. Terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2006, 4–13.
- Kääriäinen, Maria; Kyngäs, Helvi; Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 1/2005, 10–15.
- Laine, Anna; Ruishalme, Outi; Salervo, Pirjo; Sivén, Tuula & Välimäki, Päivi 2001. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveystalalla*. Helsinki: WSOY.
- Lamminniemi, Terhi & Nurminen, Katja 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Gerontologian ja kansan terveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Viitattu 25.5.2009. www.jyx.jyu.fi.
- Leimio, Virpi-Sisko 1999. *Elämä virtsainkontinenssin kanssa ikääntyvän naisen kokemana*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu.
- Luoma, Miina-Liisa 2008. *Elämänlaatu*. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 74–89.
- Manssila, Sonja & Koistinen, Pentti 2006. SENTEK-hanke. Tutkimusraportti. Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi-indikaattorit. Oulun Kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhustyön hallinto. Viitattu 6.4.2009. www.ouka.fi.

- Markkanen, Sari & Vihanne, Henna 2002. Sairaanhoidtaja koko naisen hoitajana – huomion kohteena lantionpohjan lihakset. Opinnäytetyö. Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu.
- Metsämuuronen, Jari 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Mustajoki, Pertti 2006. Laihdutus auttaa virtsankarkailuun. Viitattu 10.8.2008. www.terveyskirjasto.fi.
- Mäkinen, Juha 2002. Naisen virtsainkontinenssi. Teoksessa Ilkka Kunnamo ym. Lääkäriin käsikirja. Helsinki: Duodecim, 384–386.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.
- Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Nieminen, Kari 2007. Missä on lähin vessa? Suomen Terveystalo, 1/2007.
- Nieminen, Raimo 1998. Virtsankarkailu. Therpia Urologica. Pharmacia & Upjohn Oy.
- Nuotio, Maria 2003. Urgency and Urge Incontinence in the Older Population. Prevalence, Associated Factors and Prognosis. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nuotio, Maria 2006. Virtsainkontinenssin riskitekijät iäkkäillä naisilla. Viitattu 19.8.2009. www.terveyskirjasto.fi.
- Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2007. Tutkimuseettiset suositukset. Viitattu 4.9.2009. www.oamk.fi.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pietarinen, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen & Juhani Pietarinen Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58–69.
- Poskiparta, Marita 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pukuri, Tarja 1995. Perheen ja omahoitajaparin yhteistyösuhde hoitotyössä lastenpsykiatrisella päiväosastolla. Teoksessa Terttu Munnukka ja Irma Kiikkala Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä, 108–122.

- Päivärinta, Eeva & Kiikkala, Irma 2007. Asiakkaan kunnioittava kohtaaminen – avain asiakkaan hyvään oloon ja hyvään hoitoon. Teoksessa Pentti Kiilholma & Eeva Päivärinta *Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon*. Helsinki: sairaanhoitajaliitto, 85–92.
- Päivärinta, Eeva 2006. Inkontinenssihoidon kehittäjä palkitaan. *Mediuutiset*. Viitattu 4.9.2009. www.medi uutiset.fi.
- Rautava, Hannu 1995. Potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyösuhde. Teoksessa Terttu Munnukka ja Irma Kiikkala *Ihmisen auttamisen lähtökohtia*. Helsinki: Kirjayhtymä, 86–96.
- Riikola, Terhi & Kiilholma, Pentti 2007. Virtsankarkailu naisilla. Käyvän hoidon potilasveriot. Viitattu 14.5.2009. www.terveysportti.fi.
- Räihä, Ismo; Seppälä, Maaria & Viitanen, Matti 2009. Geriatrian jättiläiset. Viitattu 14.9.2009. www.terveysportti.fi.
- Saarni, Samuli 2008. *Health-Related Quality of Life and Mental Disorders in Finland*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Salovaara, Johanna 2007. Inkontinenssi – moniulotteinen ongelma. *Sairaanhoitaja* 3/2007, 28–29.
- Savikko, Niina; Huusko, Tiina & Stranberg, Timo 2006. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Tiina Huusko, Timo Strandberg & Kaisu Pitkälä (toim.) *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke*. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 24–41.
- Schenkmanis, Ulf & Ulmsten, Ulf 2007. *Inkontinenssi*. Helsinki: WSOY.
- Sintonen, Harri & Kotomäki, Teija 2007. 15d-terveyteen liittyvän elämänlaatumittarin arvottaminen. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 14.6.2009. www.kttl.helsinki.fi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. *Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa*. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Viitattu 10.9.2009. <http://pre20031103.stm.fi>.
- Stach-Lempinen, Beata 2004. *Health-related Quality of Life and Female Urinary Incontinence - Evaluation of Measurement and Predictive factors in*

- Specialized Health Care. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto.
- Stach-Lempinen, Beata 2006. Virtsankarkailu ja elämänlaatu. Viitattu 4.9.2009. www.terveysportti.fi.
- Tammela, Teuvo & Ruutu, Mirja 2002. Neurologiset häiriöt, virtsainkontinenssi ja yliaktiivinen rakko. Teoksessa Matti Nurmi ym. Urologia. Helsinki: Duodecim, 161–177.
- Tammela, Teuvo 2007. Inkontinenssin lääkehoito. Teoksessa Pentti Kiilholma & Eeva Päivärinta Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon. Helsinki: sairaanhoitajaliitto, 74–78.
- Tampereen yliopisto 2009. Tuumasta tekstiksi - perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampere: Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Viitattu 15.7.2009. www.uta.fi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Ukkola, Veijo; Ahonen, Juhani; Alanko, Arto; Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Helsinki: WSOY.
- Uusitalo, Hannu 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Vallejo Medina, Aila; Vehviläinen, Sirpa; Haukka, Ulla-Maija; Pyykkö, Virpi & Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Valli, Raine 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS Kustannus, 100–112.
- Valvanne, Jaakko 1999. Virtsainkontinenssin ehkäisy ja hoito. Viitattu 26.8.2009. www.gernet.fi.
- Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Vertio, Harri 2003. Terveystien edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, Päivi 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sairaanhoitajalehti, 3/2005.

Vuorinen, Ilpo 1993. Tuhat tapaa opettaa: menetelmäopas opettajille, kouluttajille ja ryhmän ohjaajille. Suomen Morenoinstituutin julkaisusarja nro 1. Tampere: Resurssi.

Ylihärsilä, Oili 1995. Potilaan kokemus potilas-sairaanhoitaja-vuorovaikutussuhteen merkityksestä. Teoksessa Terttu Munnukka ja Irma Kiiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä, 97–107.

LIITTEET

LIITE 1: Kvantitatiivisen tutkimusosion saatekirje

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olemme kolme terveydenhoitajaopiskelijaa Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingin toimipaikasta. Teemme opinnäytetyötä naisen virtsainkontinenssista eli virtsankarkailusta. Aiheemme on ”Virtsainkontinenssia sairastavien naisten saama ohjaus terveydenhoitajilta”. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miten virtsankarkailu vaikuttaa naisten elämänlaatuun, sekä selvittää minkälaista ohjausta naiset ovat saaneet terveydenhoitajilta virtsankarkailuun liittyen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa, joka auttaa terveydenhoitajia ohjaamaan ja tukemaan entistä paremmin naisen virtsainkontinenssiin liittyvissä asioissa.

Tutkimusaineiston keräämme Kätilöopiston sairaalan ja Naistenklinikan asiakkailta kyselylomakkeiden avulla.

Te Kätilöopiston sairaalan tai Naistenklinikan asiakas, voisitteko osallistua opinnäytetyömme kyselyyn naisen virtsainkontinenssista. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen. Käsittelemme jokaisen kyselylomakkeen luottamuksellisesti eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu julkaistavassa tutkimusraportissa. Tutkimusaineisto hävitetään heti tutkimuksen valmistuttua.

Meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimella.

Kiitos osallistumisesta!

Ulla Hakkarainen

puh. xxx (tieto poistettu)

ulla.hakkarainen@student.diak.fi

Päivi Havulehto

puh. xxx (tieto poistettu)

paivi.havulehto@student.diak.fi

Anna Klinga

puh. xxx (tieto poistettu)

anna.klinga@student.diak.fi

LIITE 2: Kyselylomake

1. Tutkittavien taustatiedot

1. Ikä

- a. alle 30 vuotta
- b. 30–49 vuotta
- c. 50–59 vuotta
- d. 60–69 vuotta
- e. 70–79 vuotta
- f. 80 tai enemmän

2. Teillä on ollut virtsankarkailua

- a. alle vuoden
- b. 1-5 vuotta
- c. 5-10 vuotta
- d. enemmän kuin kymmenen vuotta

3. Teillä on todettu seuraava inkontinenssilaji

- a. ponnistusinkontinenssi
- b. pakkoinkontinenssi
- c. sekamuotoinen inkotinenssi
- d. ylivuotoinkontinenssi
- e. muu, mikä?
- f. en tiedä

4. Olette synnyttänyt

- a. en
- b. yhden lapsen
- c. kaksi lasta
- d. kolme lasta
- e. useamman, montako?

5. Nykyinen hoitokontaktinne on

- a. perusterveydenhoidossa
- b. erikoissairaanhoidossa
- c. fysioterapiassa
- d. muualla, missä?

6. Teillä on lääkitys virtsankarkailun hoitoon

- a. kyllä
- b. ei

7. Teille on tehty leikkaushoito virtsankarkailun parantamiseksi

- a. kyllä
- b. ei

2. Miten virtsankarkailu vaikuttaa elämänlaatuun?

8. Virtsankarkailu on huonontanut elämänlaatuanne
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

9. Virtsankarkailu rajoittaa elämäännne
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

10. Virtsankarkailu on vaikuttanut parisuhteeseenne
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

11. Virtsankarkailu on vaikuttanut seksuaalisuuteenne
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

12. Virtsankarkailu on vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiinne
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

13. Virtsankarkailu on aiheuttanut Teille masennusta
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

14. Virtsankarkailu on aiheuttanut teille taloudellisia menetyksiä
 - a. täysin eri mieltä
 - b. jokseenkin eri mieltä
 - c. en osaa sanoa
 - d. jokseenkin samaa mieltä
 - e. täysin samaa mieltä

15. Olette voineet puhua ongelmastanne läheisillenne ja ystäville
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
16. Virtsankarkailu on vaikuttanut harrastuksiinne
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
17. Virtsankarkailu on vaikuttanut nukkumiseenne
- kyllä
 - ei
18. Olette pyrkineet salaamaan virtsankarkailunne
- kyllä
 - en
19. Olette kokenut virtsankarkailusta häpeää
- kyllä
 - en
20. Olette kokenut eristäytyneisyyttä virtsankarkailun vuoksi
- kyllä
 - en

3. Minkälaista ohjausta inkontinenssia sairastavat naiset ovat saaneet terveydenhoitajalta?

21. Olette puhunut terveydenhoitajan kanssa virtsankarkailusta
- terveysasemalla
 - äitiysneuvolassa
 - lastenneuvolassa
 - työterveyshuollossa
 - kotihoidossa
 - perhesuunnitteluneuvolassa
 - koulu- / opiskeluterveydenhuollossa
 - muualla, missä?
22. Virtsankarkailuongelman otti ensimmäisenä puheeksi hoitotilanteessa
- Te itse
 - terveydenhoitaja
 - muu, kuka?

23. Virtsankarkailusta puhuminen terveydenhoitajan kanssa on ollut
- helppoa
 - melko helppoa
 - en osaa sanoa
 - melko vaikeaa
 - vaikeaa
24. Teille on syntynyt luottamuksellinen hoitosuhde terveydenhoitajaan
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
25. Olette kokenut, että terveydenhoitajalla on halua paneutua ongelmaanne
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
26. Tiedätte mitä inkontinenssin haitta-aste- ja erottelupistelomakkeet ovat
- kyllä
 - en
27. Terveydenhoitaja on käyttänyt kohdallanne inkontinenssin haitta-aste- ja erottelupistelomakkeita
- kyllä
 - ei
28. Kertokaa omin sanoin minkälaista ohjausta olette saanut terveydenhoitajalta virtsankarkailun hoidossa.
29. Mistä asioista olisitte halunnut enemmän tietoa virtsankarkailuun liittyen?
30. Millaista tukea ja ohjausta olisitte halunnut saada?

4. Minkälaisista inkontinenssin hoitomuodoista naiset ovat saaneet ohjausta terveydenhoitajalta?

31. Terveydenhoitaja on kertonut Teille virtsankarkailun hoitokäytännöistä (mm. lantiopohjan jumppa, lääkehoito, leikkaushoito)
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
32. Olette saanut terveydenhoitajalta ohjeita lantionpohjan lihaksiston harjoittamiseen
- kyllä
 - en
33. Terveydenhoitaja on kannustanut teitä virtsankarkailun itsehoitoon
- kyllä
 - en
34. Terveydenhoitaja on ohjannut Teitä pitämään virtsankarkailupäiväkirjaa
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
35. Olette saanut terveydenhoitajalta tietoa inkontinenssiapuvälineistä
- kyllä
 - en
36. Käytätte inkontinenssiapuvälineitä
- kyllä, jos käytätte niin mitä
 - en
37. Olette saanut terveydenhoitajalta ohjausta inkontinenssiapuvälineiden käytössä
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä
38. Terveydenhoitaja on kertonut Teille inkontinenssin leikkausmenetelmistä
- täysin eri mieltä
 - jokseenkin eri mieltä
 - en osaa sanoa
 - jokseenkin samaa mieltä
 - täysin samaa mieltä

LIITE 3: Kvalitatiivisen tutkimusosion saatekirje

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olemme kolme terveydenhoitajaopiskelijaa Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingin toimipaikasta. Teemme opinnäytetyötä naisen virtsainkontinenssista eli virtsankarkailusta. Aiheemme on ”Virtsainkontinenssia sairastavien naisten saama ohjaus terveydenhoitajilta”. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miten virtsankarkailu vaikuttaa naisten elämänlaatuun, sekä selvittää minkälaista ohjausta naiset ovat saaneet terveydenhoitajalta virtsankarkailuun liittyen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa, joka auttaa terveydenhoitajia ohjaamaan ja tukemaan entistä paremmin naisen virtsainkontinenssiin liittyvissä asioissa.

Te arvoisa asiakas, voisitteko osallistua opinnäytetyömme temahaastatteluun ja kertoa omista kokemuksista naisen virtsainkontinenssista ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen. Käsittelemme jokaisen temahaastattelulomakkeen luottamuksellisesti eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu julkaistavassa tutkimusraportissa. Tutkimusaineisto hävitetään heti tutkimuksen valmistuttua.

Meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimella.

Kiitos osallistumisesta!

Ulla Hakkarainen

puh. xxx (tieto poistettu)

ulla.hakkarainen@student.diak.fi

Päivi Havulehto

puh. xxx (tieto poistettu)

paivi.havulehto@student.diak.fi

Anna Klinga

puh. xxx (tieto poistettu)

anna.klinga@student.diak.fi

LIITE 4: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Haastateltavien taustatiedot
 - ikä
 - virtsankarkailun kesto
 - inkontinenssilaji
 - hoitokontakti
 - tehdyt toimenpiteet inkontinenssin hoitamiseksi (lääkitys, leikkaushoito)

2. Vaikutus elämänlaatuun
 - Rajoittaako virtsankarkailu elämäännne?
 - Miten se vaikuttaa parisuhteeseen, seksuaalisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, harrastuksiin ja työhön?
 - Onko inkontinenssi aiheuttanut Teille häpeäntunteita tai masennusta?
 - Vaikuttaako inkontinenssi unen laatuun?
 - Oletteko pystyneet kertomaan inkontinenssista avoimesti läheisillenne?

3. Inkontinenssiin saatu ohjaus
 - Oletteko puhuneet terveydenhoitajan kanssa inkontinenssista?
 - Kuka otti ensimmäisenä asian puheeksi?
 - Onko puhuminen ollut helppoa?
 - Kuinka luottamuksellinen suhde Teillä on terveydenhoitajaanne?
 - Onko terveydenhoitaja käyttänyt inkontinenssin haitta-aste ja erottelupistelomakkeita?
 - Minkälaista ohjausta olette terveydenhoitajalta saaneet?

4. Hoitomuodoista terveydenhoitajalta saatu ohjaus
 - Onko Teille kerrottu erilaisista inkontinenssin hoitomuodoista?
 - Oletteko saaneet jumppaoheita?
 - Oletteko pitänyt virtsankarkailupäiväkirjaa?
 - Onko terveydenhoitaja kannustanut Teitä itsehoitoon?
 - Oletteko saanut tietoa inkontinenssin apuvälineistä?
 - Onko Teitä ohjattu niiden käyttöön?

LIITE 5: Aineiston luokittelu

Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Pelkään, että häntä inhottaa jos saa tietää... - Piti muuttaa toiseen huoneeseen nukkumaan... - ...miksi seksi ei kiinnostanut niin kuin ennen... - Juhlat ja muut kekkerit olivat aina hankala tilanne, mieluummin jäi kokonaan pois... - ...ystävälle en halunnut kertoa miksi en lähde harrastuksiin niin kuin ennen... - Kyllähän sitä pari kertaa ainakin täytyy yöllä käydä vessassa... - Heräilyä vähän väliä... -kyl se mielen mustaks vettä...eihän sitä periks tahtois antaa... - Alussa itkin kyllä usein ja olin katkera - ... sellainen alakulo oli... oikeastaan koko ajan, on se niin iso asia... - jotenkin sitä häpesi ja vetäytyi tilanteista... - ...mutta ei tullut mieleenkään, että siellä (töissä) jollekin puhuisin... - En ole rahaa ajatellut tässä tilanteessa... enemmänkin henkinen taakka... - Ei mitään suuria kuluja ole tullut, lähinnä fysioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> Parisuhde ja seksuaalisuus Sosiaaliset suhteet ja harrastukset Unen laatu Masentuneisuus Salailu ja häpeän tunteet Taloudelliset menetykset 	<p style="text-align: center;">Elämänlaatu</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Niiden työtähän se vaan on, mitäs sen kummempoo... - Helppoa oli asiasta puhua kun alkuun päästiin... - Ei se kovin siihen kantaa ottanut, jotain puhuttiin...sanoi että fysioterapia kyllä auttaa. - Menin vaan rokotusta uusimaan niin asiasta itse mainitsin samalla. - Itse asian ensiksi puheeksi otin... - Joo kyllä sitten kun asiaan päästiin, niin hän kyllä kuunteli... - Oli se upea tunne kun joku ymmärsi ja puhui asiasta selkokielellä... - Uskalsin kyllä sen jälkeen puhua avoimesti... - Kaiken rehellisesti kerroin sillä vaitioloa en edes epäillyt. - ...otti tosissaan, kertoi lajit ja hoidot... -...kyl se otti ihan tosissaan ja tahto auttaa... 	<ul style="list-style-type: none"> Inkontinenssista puhuminen terveydenhoitajan kanssa Puheeksiotto hoitotilanteessa Vuorovaikutus Luottamuksellinen hoitosuhde Terveydenhoitajan paneutuminen ongelmaan 	<p style="text-align: center;">Inkontinenssiin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Heti antoi ohjeet ja sanoi, että se on kaiken lähtökohta se jumppaaminen... - Hienoa kun kerrottiin kuinka paljon voi itse vaikuttaa asiaan. - ...sit seuraaval kerralla täytettiin paperii... - Ne kuulat oli kyllä tehokas juttu. - Pakkohan niitä siteitä oli käyttää... - Ei sellasesta viel ole ollut puhetta. 	<ul style="list-style-type: none"> Lantionpohjanlihasten harjoitteluohjeistus Itsehoitoon kannustaminen Virtsankarkailupäiväkirjan käyttö Inkontinenssiapuvälineiden käyttö Leikkaushoidoista kertominen 	<p style="text-align: center;">Inkontinenssin hoitomuotoihin liittyvä ohjaus terveydenhoitajilta</p>