

Jemina Oittinen

SEKSUAALINEUVONNAN TOTEUTUMINEN JA KEHITTÄMINEN
NAISTENTAUTIEN POLIKLINIKALLA

Hoitotyön koulutusohjelma
2017

SEKSUAALINEUVONNAN TOTEUTUMINEN JA KEHITTÄMINEN NAISTENTAUTIEN POLIKLINIKALLA

Jemina Oittinen
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
helmikuu 2017
Ohjaaja: Ajanko Sirke
Sivumäärä: 47
Liitteet: 4

Asiasanat: Seksuaalisuus, seksuaalineuvonta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu ja miten sitä voitaisiin kehittää Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimus suoritettiin käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, Likertin-asteikkoa käyttäen. Kyselyyn vastasivat Rauman aluesairaalan naistentautien- ja äitiyspoliklinikan asiakkaat. Kyselylomakkeita toimitettiin poliklinikalle yhteensä 100 kappaletta, joista vastattuna palautui 50 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 50. Lopulliseen tutkimukseen päätyi 49 kyselylomaketta. Aineisto kerättiin marras-tammikuussa 2016–2017. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti, havainnollistavia kuvaajia apuna käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan, asiakkaiden näkökulmasta seksuaalisuuden huomioiminen toteutuu hyvin tietyillä osa-alueilla. Vastaajista enemmistön mielestä hoitohenkilökunnan kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja henkilökunta osoittaa kiinnostustaan keskustelulla seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Hoitohenkilökunta huomioi myös hyvin tulosityn vaikutukset vartaloon ja sen muutokseen. Suurin osa asiakkaista koki hoitotilanteet rauhalliseksi ja yksityisyyttä kunnioittavaksi. Seksuaalineuvonnan toteutumisen kannalta asiakkaan itsetunnon ja ihmissuhteiden huomioimisessa olisi kehitettävää. Myös kirjallista materiaalia tulosityn vaikutuksista seksuaalisuuteen kaivattiin enemmän.

Tuloksien perusteella seksuaalineuvontaa voitaisiin kehittää tarjoamalla enemmän kirjallista materiaalia tulosityn vaikutuksista seksuaalisuuteen ja enemmistön mielestä seksuaalisuudesta keskusteleminen olisi helpompaa, jos hoitaja tekisi aloitteen keskustelulle. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi antaa ilman ylimääräistä henkilökuntaa ja seksuaalineuvonta kuuluu osaksi hoitajan työtehtäviä. Jatkotutkimuksena voitaisiin järjestää henkilökunnalle lisäkoulutusta aiheesta ja toteuttaa sama tutkimus uudestaan soveltaen sitä myös tutkittaessa hoitajia.

THE IMPLEMENTATION AND DEVELOPMENT OF SEX COUNSELLING ON OUTPATIENT DEPARTMENT OF WOMEN'S DISEASE

Jemina Oittinen

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree programme in Nursing Care

February 2017

Supervisor: Ajanko Sirke

Number of pages: 47

Appendices: 4

Keywords: Sexuality, Sex counselling

This thesis addresses how sex counselling is implemented and how it could be developed in outpatient department of women's disease at Rauma hospital. The purpose of this thesis is to gather information in order to develop sex counselling towards a more customer oriented approach. The research was done using a quantitative research method. The material for the study was gathered using a Likert scale questionnaire. The respondents were clients on outpatient department of women's disease. 100 questionnaires were brought to the clinic and the response rate was 50. Although the data of 49 questionnaires were to be used in the research as one questionnaire was inadequately answered. The data was collected between November 2016 to January 2017. The data was statistically analysed using graphs as a visual aid.

According to the research data sexual awareness is well implemented in some areas. The majority of the respondents found it easy to discuss matters regarding sexuality with the nursing personnel. They also felt the staff was interested in their dilemmas and ready to discuss sexual matters with their patients. The nursing staff took well in to consideration both the reason to why the patient needed care as well as how it affected their body physically. The majority of the respondents found the treatment situation to be calm as well as respectful of ones' privacy. The research revealed that more emphasis should be put on matters considering the patient's self-esteem as well as the patient's personal relationships during the sex counselling session. The results also showed that there would be a demand for written material for the patients to take Home after the counselling.

According to the results of this study sex counselling could be developed by providing patients with written material. It is recommended that each patient would be given sex counselling as well as written material that is based on the care the particular patients is receiving. This way it would be more personal and efficient. The majority of the respondents felt it would be easier to discuss sexual matters if the nurse would start the conversation. It also seems as most of the respondents feel sex counselling should be given without extra personnel present maximizing the clients' privacy. The results also state that sex counselling is an ordinary part within the vast tasks of a nurse. If a follow-up research were to be made, continued training could be given to the hospital personnel followed by a similar study this time researching the nurses too.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALINEUVONTA.....	6
2.1	Seksuaalisuus	6
2.2	Seksuaalineuvonta.....	10
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	14
4	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	15
4.1	Kyselylomakkeen laadinta	15
4.2	Aineistonkeruu.....	17
4.3	Aineiston analysointi	18
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	19
5.1	Taustatiedot.....	19
5.2	Seksuaalineuvonnan toteutuminen.....	20
5.3	Seksuaalineuvonnan kehittäminen.....	27
6	POHDINTA.....	30
6.1	Tulosten tarkastelu	30
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	36
6.3	Tutkimuksen eettisyys	40
6.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	42
6.5	Ammatillinen kasvu.....	43
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu osana seksuaalisuus ja sen huomioiminen. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu potilaan ja asiakkaan kohtaaminen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa sekä potilaan auttaminen seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Hoitotyön ammattilaisen on tärkeä nähdä potilaan seksuaalisuus ja siihen liittyvä avuntarve osana naisen kokonaihoitoa. (Ihme & Rainto, 2008, 29; Ryttyläinen & Valkama, 2010, 133.)

Hoitohenkilökunta pystyy seksuaalisuuden oikea-aikaisella huomioinnilla ehkäisemään ongelmien syntymistä ja vähentämään ongelmien vaikeutumista sekä niiden kroonistumista. Seksuaalisuuden huomioiminen jo varhaisessa vaiheessa, voi vähentää myös erityispalveluiden tarvetta sairaanhoidossa. (Ilmonen 2006, 44–45.)

Aittila ja Kuusela (2008, 28–31) selvittivät opinnäytetyössään seksuaalineuvonnan tarvetta Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osastolla ja naistentautien poliklinikalla. Kohderyhmänä olivat kaikki potilaat, syöpäpotilaita lukuun ottamatta (N=54). Tutkimuksessa selvisi, että lähes puolella vastaajista hoitoon tulossyy oli aiheuttanut muutoksia sekä vaikeuksia seksuaalisuuden alueella. Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla, ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi. Aiheen valinta pohjautuu teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin sekä niiden tuloksiin. Aihe on kiehtova ja melko vähän tutkittu. Kohdeorganisaatioissa oltiin myös kiinnostuneita seksuaalineuvonnan tutkimisesta.

2 SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALINEUVONTA

2.1 Seksuaalisuus

WHO (2000) määrittelee hyvään seksuaaliterveyteen kuuluvan positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuutta kohtaan sekä turvalliset ja nautinnolliset seksuaalikoemukset ilman väkivaltaa ja syrjintää. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttamiseksi tulee jokaisen yksilön seksuaalisia oikeuksia, suojella, kunnioittaa ja vaalia.

Seksuaalisuus on yksi iso osa ihmisen terveyttä ja jokaiselle ihmiselle kuuluva perusoikeus. Ihmisen seksuaalisuus kehittyy ja muotoutuu elämän aikana. Seksuaalisuus on yksi elämän perustarpeista ja siihen kuuluvat hellyyden kokeminen, yhteenkuuluvuus, kokemus puolisona olemisesta, fyysinen tyydytys, sukupuoli-identiteetti ja turvallisuuden tunteen kokeminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11–15.)

Ihmissuhteilla on merkityksellinen rooli oman seksuaalisuuden kokemisessa. Seksuaalisuuteen kuuluvat vahvasti läheisyys ja hyväksyntä. Läheisyys ja arvostus, joita saadaan ystäviltä, perheeltä tai kumppanilta vahvistaa kokemusta omasta itsestä ja siten vaikuttaa myös kokemukseen omasta seksuaalisuudesta. Kielteiset kokemukset tai ihmissuhteiden puuttuminen voivat osaltaan vaikuttaa oman seksuaalisuuden kokemiseen. Ihmissuhteista saatava tuki voi auttaa jaksamaan vaikeimmissakin tilanteissa, esimerkiksi ihmisen sairastuessa. (Bildjuschkin 2010, 90–91; Kontula 2016, 11–13.)

Hoitotyössä asiakkaan seksuaalisuuden huomioimiseen sisältyy oleellisesti myös ihmissuhteiden huomioiminen. Ihmissuhteet saavat aikaan iloa ja jaksamista arjessa, mutta voivat aiheuttaa esimerkiksi paineita sairauden keskellä. Sairastuessa voidaan esimerkiksi ajatella, onnistuuko kumppanina ja pystyykö ylläpitämään ihmissuhteita, jos oma jaksaminen on vähissä. Muutokset minäkuvassa voivat heijastua myös läheisiin ihmisiin. (Ihme & Rainto 2010, 26–27; Kontula 2016, 10–12.)

Parisuhteeseen liittyy myös oleellisesti molemminpuolinen seksuaalinen nautinto. Seksi voi lähennyttää pariskuntaa ja toimii hyvänä keinona läheisyyden antamiseen

ja vastaanottamiseen. Yhdyntä ja seksi ovat osa seksuaalisuutta mutta läheisyyttä voidaan osoittaa myös muillakin tavoilla kumppanille. Sairastuessa yhdyntään voi liittyä ongelmia, esimerkiksi gynekologiset sairaudet ja leikkaukset voivat aiheuttaa kiputiloja intiimialueilla. Sairastuminen voi vaikuttaa myös seksuaalisen halun kokemiseen, jolloin tilanne voi myös hämmentää sairastunutta ja tämän kumppania. Sairastunut voi joutua pohtimaan itseään uudessa valossa seksuaalisena olentona. (Bildjuschkin 2010, 92; Väestöliiton www-sivut 2017.)

Seksuaaliseen haluun ja yhdynnän toteuttamiseen voivat vaikuttaa myös mahdolliset pelot yhdynnän onnistumisesta. Esimerkiksi raskaana olevilla naisilla ja heidän kumppaneilla voi olla käsitys yhdynnän vahingoittavan sikiötä. Tällöin hoitohenkilökunnan olisi hyvä huomioida yhdynnän toteuttaminen kokonaisuudessaan. Seksuaalista nautintoa voidaan toteuttaa myös ilman yhdyntää ja kumppania, jolloin hoitohenkilökunnan tulisi huomioida myös yksin elävät asiakkaat. (Väestöliiton www-sivut 2017; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut.)

Ihmissuhteet ja kokemus omasta itsestä kulkevat käsi kädessä. Ongelmat ihmissuhteissa voivat vaikuttaa minäkuvaan ja muutokset minäkuvassa voivat vaikuttaa ihmissuhteisiin. Itsensä hyväksyminen on myös osa seksuaalisuutta. Sairauden myötä minäkuva voi muuttua ulkoisesti ja sisäisesti. Sisäisessä minäkuvan muutoksessa keho ei muutu ulkoisesti mutta muutoksen tuntee ja sen olemassaolon tiedostaa. Esimerkiksi kohdunpuistossa muutos ei ole muille nähtävissä. Muutos voi kuitenkin aiheuttaa sisäisen rikkinäisyyden tunteen. Ulkoisen minäkuvan muutoksella tarkoitetaan tilannetta, jossa muutokset kehossa näkyvät myös ulkopuolisille. (Rosenberg 2015, 19.)

Kukkeenmäen (2014, 30–33) opinnäytetyössä selvitettiin gynekologisen laskeumaleikkauksen vaikutuksia naisen kehonkuvaan ja seksuaaliseen itsetuntoon. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä (N=3) haastatteleamalla Internetin välityksellä naisia, jotka ovat olleet jonkin tasoisessa gynekologisessa laskeumaleikkauksessa. Vastauksista ilmeni onnistuneen laskeumaleikkauksen kohentavan naisten itsetuntoa, ja kokemusta omasta vartalosta. Laskeumaleikkauksesta aiheutuvat muutokset seksielämässä heikensivät ratkaisevasti tyytyväisyyttä omaan vartaloon ja siten vaikuttivat myös kehonkuvaan. Vastauksien perusteella naiset kokivat puutteelli-

sen tiedonsaannin laskeumaleikkauksien jälkeisistä vaikutuksista heikentävän heidän henkistä tyytyväisyyttä. Vastaajat kokivat hoitohenkilökunnalta saadun henkisen tuen vähäiseksi sukupuolielämään liittyvissä ongelmissa.

Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavat suuresti kehonkuva ja oman vartalon hyväksyminen. Negatiiviset tuntemukset omasta vartalosta heikentävät seksuaalisuuden kokemista. (Ihme & Rainto 26–27.) Sairastuessa ihminen joutuu sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja erityisesti huolenaihetta voi aiheuttaa pelko ulkonäön muuttumisesta. Esimerkiksi gynekologisissa sairauksissa, joissa hoito kohdistuu sukuelinalueelle, muutokset kehonkuvassa ja itsetunnossa voivat olla suuret. Ulkonäkömuutokset voivat johtua myös esimerkiksi sairauden tuomasta väsymyksestä ja stressistä sekä muista liitännäissairauksista. Pelot sairauden vaikutuksista seksielämään, lisääntymiseen tai elämän jatkumiseen voivat heijastua hoitotilanteisiin. Avoimella keskustelulla ja hyväksynnällä voidaan eheyttää sairastuneen kehonkuvaa ja itsetuntoa. Hoitotilanteet, jossa hoitaja kohtaa sairastuneen asiakkaan, kohtaa hän myös sairastuneen identiteetin; sairastunut joutuu käsittelemään uudestaan minäkuvaansa ja sitä millaisena muut näkevät hänet. (Bildjuschkin 2010, 103–104; Eskola & Hytönen 2002, 21.)

Hautamäki-Lammisen (2012, 65–70) väitöskirjassa tutkittiin syöpään sairastamisen ja siihen liittyvien hoitojen vaikutusta seksuaalisuuteen. Tutkimukseen osallistuivat syöpätautien hoitajat (N=215) sekä potilaat (N=535). Tutkimus toteutettiin käyttäen laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimukseen osallistuivat myös gynekologista syöpää sairastavat potilaat. Tuloksista ilmeni syövän hoidolla ja sairastamisella olevan suuri vaikutus seksuaalisuuteen. Potilaat kokivat sairauden vaikuttavan ihmissuhteisiin kielteisesti mutta myös positiivisesti, suhdetta vahvistavana. Tuloksista ilmeni syöpään sairastumisen vaikuttavan negatiivisesti itsetuntoon, kehonkuvaan ja seksuaalisiin toimintoihin. Tulosten mukaan naiset odottivat eniten tietoa hoitohenkilökunnalta naiseuden eheytyemisestä. Vastauksista ilmeni potilaiden toivovan hoitohenkilökunnan tekevän aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen ja hoitajien olevan helposti lähestyttävissä sekä avoimin mielin hoitotilanteessa.

Pettersson-Bodin (2014, 11–14) kokosi kymmenestä tutkimuksesta kirjallisuuskatsauksen, jonka tarkoituksena oli selvittää munasarjasyöpää sairastaneiden naisten

seksuaalisuutta ja millaisia vaikutuksia hoidolla oli seksuaalisuuteen. Aihetta käsiteltiin fyysisillä ja henkisillä muutoksilla, joihin lukeutuivat muun muassa lisääntymiskyky, vaihdevuodet, kehonkuvan muutokset ja ihmissuhteet. Tuloksista ilmeni asiakkaiden toivovan hoitohenkilökunnalta enemmän tietoa muutoksista, joita munasarjasyöpä aiheuttaa seksuaalisuuteen. Asiakkaat kokivat leikkaushoidon ja sytostaattihoidojen vaikuttavan heidän itsetuntoon ja siten seksuaalisuuteen. Henkisesti pelkoa aiheuttivat kehonkuvan muutokset ja kyvyttömyys yhdyntään, jonka vaikutukset näkyvät myös ihmissuhteissa.

Koposten ja Rekolan (2009, 22–30) opinnäytetyössä tutkittiin gynekologisen potilaan kokemuksia postoperatiivisesta ohjauksesta naiseuden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla naistentautien osaston potilaita kyselylomakkeilla (N=40) sekä hoitajia teemahaastattelulla (N=8). Potilaiden vastauksista ilmeni minäkuvalla olevan suuri merkitys yhtenä naiseuden osa-alueena. Tärkeänä pidettiin myös ruumiillisuutta, parisuhdetta sekä äitiyttä ja seksuaalisuutta. Vastauksien mukaan potilaat halusivat hoitajilta tietoa ja ohjausta seksiin ja seksuaalisuuteen liittyen. Ohjausta haluttiin erityisesti hoitajilta. Hoitajien haastattelussa ilmeni, hoitajien pitävän postoperatiivista ohjausta tärkeänä. Vähiten tärkeäksi ohjauksessa koettiin parisuhteen huomioiminen.

Yksilön seksuaalisuuteen vaikuttavat oleellisesti ikä, kulttuuri, uskonto, aikaisemmat kokemukset, sairaudet, elämänhistoria, opitut tavat sekä poliittiset ja taloudelliset tekijät. Hoitotyöntekijän on tiedostettava nämä tekijät huomioidessaan asiakkaan seksuaalisuutta. Esimerkiksi nuoret voivat kokea seksuaalisuuden eri tavalla kuin iäkkäämmät. Jokaisella on oikeus omaan seksuaalisuuteen riippumatta iästä, terveydentilasta, ulkonäöstä, rodusta, uskonnosta tai vammaisuudesta. Hoitohenkilökunnan on myös huomioitava, että vamma tai terveysongelma ei ole este seksuaalisuuden kokemiselle. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11–15; Ihme & Rainto 26–27.)

Ruotsissa, Linköpingin yliopistossa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa (N=9) tutkittiin 18–23 vuotiaiden nuorten naisten kokemuksia lantion alueen tutkimuksista. Tutkimuksen pääkohtana oli intiimin tilanteen käsittely ja kuinka tilannetta voitaisiin helpottaa. Tuloksista ilmeni nuorten naisten kokevan lantion alueen tutkimuksen intiiminä. Naiset kokivat tilanteella olevan yhteys heidän seksuaalisuuteen. Nuoret nai-

set kokivat altistuvansa haavoittuvaan tilanteeseen fyysisesti mutta myös henkisesti. Lantion alueen tutkimuksen aikana naiset kokivat menettävänsä oman vartalon hallinnan ulkopuoliselle. Naiset kokivat lantion alueen tutkimuksen pakolliseksi ja tärkeäksi toimenpiteeksi. Naisten vastauksien mukaan oman kehon hallinnan säilymistä edesauttoi riittävä tieto toimenpiteestä ja luottavainen suhde hoitohenkilökuntaan sekä turvallisuuden tuntee kokeminen. (Grundström, Wallin & Berterö 2011, 8-10.)

2.2 Seksuaalineuvonta

Terveydenhuollossa ihminen pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti. Tällöin tulisi huomioida myös ihmisen seksuaalisuus kokonaisuudessaan. Seksuaalisuuteen liittyvä neuvonta jää usein asiakastyössä helposti muiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden varjoon. Seksuaalineuvonta on vuorovaikutukseen perustuvaa ammatillista asiakas- tai potilastyötä. Sen keskeisiä alueita ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat. Seksuaalineuvonnassa työntekijä antaa luvan vapaalle ajattelulle seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa, tunteissa ja mielikuvissa. (Väestöliiton www- sivut 2015; Eskola & Hytönen 2002, 65.)

Hoitotyössä kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös seksuaalisuuden huomioiminen hoitotilanteissa. Hoitotilanteissa hoitajat voivat olettaa, että potilaat eivät halua keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Hoitajat voivat olettaa potilaiden ottavan asian itse puheeksi, jos kokevat sen tärkeäksi, minkä seurauksena seksuaalisuus voi jäädä kokonaan huomioimatta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131.)

Seksuaalineuvonnan toteutumista ja hoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan tutki Näppi (2011, 36) opinnäytetyössään kirurgisella osastolla. Kohderyhmänä olivat osaston hoitajat (N=75). Hoitajien vastauksista selvisi, että suurin osa koki epävarmuutta seksuaalineuvonnan antamiseen. Vastaajista suurin osa koki, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa neuvonnan antamiseen eikä ymmärrystä sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Yli 90 % vastaajista koki, ettei luvan antaminen seksuaalisuudesta puhumiselle kuulu hoitotyöntekijälle.

Seksuaalineuvonnan toteuttaminen edellyttää asiakkaan ja hoitajan välille vuorovai-
kutuksen muodostamista, jossa on turvallista ottaa seksuaalisuus puheeksi. Seksuaa-
lisuuteen liittyvissä asioissa hoitajalla voi olla vaikeuksia keskustelun muodostami-
sessa, jos hoitajalla on pelko keskustelun myötä asiakkaalle syntyvästä ahdistunei-
suudesta ja epämukavuuden tunteista. Keskustelu voi herättää myös hoitajassa itses-
sään ahdistuneisuutta, minkä vuoksi seksuaalisuus jää huomioimatta. (Ryttyläinen &
Valkama 2010; Petäjä 2010, 130.)

Seksuaalisuudesta keskustelemattomuuden syynä voi olla vaikeus löytää sopivaa
ajankohtaa ja rauhallista tilaa, jossa voidaan jutella potilaan kanssa seksuaalisuuteen
liittyvistä asioista. Tämän lisäksi hoitajan asennoitumisella on vaikutus seksuaali-
neuvonnan onnistumiselle ja toteutumiselle. Hoitaja pystyy vaikuttamaan mielipiteil-
lä, sanoilla ja eleillä seksuaalineuvonnan toteutumiseen. Nämä kaikki vaikuttavat sii-
hen, kuinka seksuaalisesti eheäksi ihmiseksi potilas tuntee itsensä ja kuinka hän hy-
väksyy itsensä. Jos hoitaja asennoituu siihen, ettei seksuaalineuvonta kuulu tämän
työtehtäviin, seksuaalisuudesta keskusteleminen jää asiakkaan vastuulle. (Paananen,
Pietiläinen, Raussi-Lehti & Äimälä 2015, 46.)

Seksuaalineuvonnan toteutumista edistää hoitajan osoittama halu kuulla potilaan ko-
kemuksia ja tuntemuksia liittyen seksuaalisuuteen. Jos potilas aistii ja kokee, ettei
hoitaja hyväksy hänen seksuaalisuuttaan tai erilaisuuttaan, on potilaalla myös itsel-
lään vaikeuksia hyväksyä ja ymmärtää itseään. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 130–
131.)

Egholm (2013, 11, 13–21) kokosi kirjallisuuskatsauksen, jossa kerättiin tietoa sai-
raanhoitajien asenteista ja uskomuksista seksuaalineuvontaa kohtaan ja lisäksi teki-
jöitä, jotka vaikuttavat näihin. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin yhdeksää tutki-
musta. Tutkimustuloksista selvisi, että sairaanhoitajat kokivat epämukavuutta ja epä-
varmuutta hoitotilanteissa, joissa käsitellään seksuaalisuutta. Tutkimuksista ilmeni,
että seksuaalisuudesta keskustelemista hoitotyössä pidetään tärkeänä, kuitenkin sen
toteutuminen tutkittujen aineistojen perusteella on melko harvinaista. Seksuaalisuu-
desta keskustelemista vaikeuttivat muun muassa hoitajien ennakkoluulot ja hoitajien
muodostamat oletukset potilaan kiinnostuksista ja tarpeista. Seksuaalisuudesta pu-

humisen helppouteen ja luontevuuteen vaikuttivat hoitajilla, ikä, kokemus ja koulutus.

Myös Mattila (2014, 24–30) tutki hoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaaliohjausta kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa koulutuksen parantamiseen ja seksuaaliohjauksen antamiseen. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, ja siihen osallistuivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisällä työskentelevät sisätautien vastuualueen hoitajat (N=123). Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät seksuaaliohjauksen antamista tärkeänä ja kokevat sen antamisen yhtenä velvollisuutena mutta eivät kuitenkaan varaa sen antamiseen tarpeeksi aikaa. Noin puolet vastanneista uskoi potilaiden olevan liian sairaita keskustellakseen seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista. Tutkimuksesta ilmeni, että hoitajille annettavalla koulutuksella on positiivinen vaikutus seksuaaliohjauksen toteutumiseen. Hoitajilla myös ikä vaikutti seksuaaliohjauksen toteutumiseen – iäkkäimmillä hoitajilla ohjauksen antaminen oli helpompaa.

Seksuaalineuvonnan toteutumisen kannalta on tärkeää, että työtehtävät on järjestetty niin, että hoitajalla on aikaa ja sopiva paikka käsitellä ja keskustella potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Potilas tarvitsee ohjausta sairauden, lääkityksen ja hoidon vaikutuksista seksuaalisuuteen. Potilas voi aistia hoitajan kiireen, jolloin ei haluta välttämättä ottaa omaa seksuaalisuutta esille hoitotilanteissa. (Ihme & Rainto, 2008, 29.)

Petäjä (2010, 38–44) toteutti kehittämishankkeen TYKS:n naistentautien naistenklinikan gynekologisten potilaiden hoitoon, jonka tarkoituksena oli edistää seksuaaliohjauksen toteutumista osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimuskyselyyn vastasivat naistentautien yksiköiden hoitajat (N=49). Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin tärkeänä ja sen koettiin kuuluvan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin myös omaan työnkuvaan kuulumattomana, toissijaisena eikä niin ajankohtaisena omassa työssä. Seksuaalineuvonnan antamista edisti hoitajien saama koulutus sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen, hoitajien asenne ja rauhallinen ympäristö. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen esteitä olivat potilaan ikä, kulttuuri, syövän sairastaminen ja mielenterveyden tila. Hoitajan kannalta esteenä olivat kiire, tiedonpuute ja vaivaantuneisuus.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (2011) toteutettiin kyselytutkimus, jossa selvitettiin enimmäkseen syöpäpotilaiden mutta myös neurologian, sisätautien, urologian ja naistentautien yksiköissä olevien potilaiden (N=158) näkemyksiä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyyn. Potilaista suurin osa halusi, että hoitaja tai lääkäri tekee aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Potilaat halusivat tietoa seksuaalisuudesta suullisesti mutta myös kirjallista materiaalia kaivattiin. Tulosten mukaan, potilaiden mielestä suurin syy seksuaalisuudesta keskustelemattomuuteen on hoitohenkilökunnan ajanpuute. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237–246.)

Hoitaja huomioi potilaan seksuaalisuuden antamalla luvan puhua seksuaalisuudesta huomioiden nykytilanteen vaikutukset seksuaalisuuteen. Luvan antaminen on sallivaa ja myönteistä suhtautumista seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 3.) Annonin luomaa PLISSIT-mallia voidaan käyttää seksuaalineuvonnan työkaluna hoitotilanteissa ja samalla se toimii työvälineenä oman pätevyuden arvioimisessa. Mallissa on neljä tasoa, johon kuuluvat; luvan antaminen, rajatun tiedon antaminen, erityisohjeiden antaminen ja intensiivinen terapia. Malli kuvastaa erilaisia lähestymistapoja käsiteltäessä seksuaalisuutta ja siihen liittyviä ongelmia. Kun potilas on saanut luvan puhua seksuaalisuudestaan, hoitaja voi antaa rajattua tietoa liittyen potilaan tilanteeseen ja sairauteen. Hoitaja voi esimerkiksi kertoa sairauden ja lääkityksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen tai neuvoa ehkäisymenetelmissä. Kaksi ensimmäistä tasoa kuuluvat perusterveydenhuoltoon ja jokaisen hoitajan työtehtäviin. Kahdessa viimeisessä tasossa voidaan järjestää terapioita, joita antavat koulutetut seksuaalineuvojat ja terapeutit. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51–56.)

Seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen on kehitetty myös toinen malli, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää puhuessaan seksuaalisuudesta. Hughesin ja Cohenin (2004) kehittämä BETTER-malli luotiin alun perin syöpäpotilaiden hoitoon, jonka jälkeen sitä on käytetty myös muiden potilaiden auttamiseen. Mallissa korostetaan jokaisen potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta ja sen huomioimista. Ennen puheeksi ottamista huomioidaan tarkkaan potilaan elämäntilanne, jotta neuvonta voisi olla yksilöllistä ja tilanteeseen sopivaa. Mallissa on kuusi kohtaa, jotka ohjeistavat seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Keskustelu aloitetaan asiakkaan kanssa ottamalla tilan-

teen kannalta oleelliset asiat esille ja antamalla lupa puhua seksuaalisuudesta, jonka jälkeen selitetään mitkä asiat vaikuttavat seksuaalisuuteen ja mitä asioille voidaan tehdä. Lopuksi keskustellaan asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvistä seksuaalisista asioista, jolloin hoitaja voi tarjota vertaistukea ja kuunnella. Malliin sisältyy oleellisesti hoitajan oikean ajoituksen valitseminen – milloin asiakas on kykenevä keskustelulle. Oleellista on myös hoitajan tietojen ja taitojen päivittäminen, jolla tarkoitetaan seksuaalisutta koskeviin materiaaleihin perehtymistä ja jatkokouluttautumista. Mallissa korostuu oikeanlainen, huolellinen kirjaaminen, jossa ilmenevät asiakkaan toiveet ja yhteisesti sovitettut asiat. (Biljuschkin 2010, 100–102.)

Hillman & Männistö (2008, 11–13) selvittivät kirjallisuuskatsauksessaan seksuaaliterveyden osaamisen määrittelyä ja mittaamista hoitotyössä. Tutkimuksen yksi tarkoituksista oli edistää seksuaaliterveyden osaamista. Tutkimuksista ilmeni, että seksuaaliterveyden osaamisen aluetta on enimmäkseen määritelty hoitajien asenteiden ja arvojen sekä tietojen ja taitojen kautta. Tuloksista ilmeni myös, että hoitajat kokivat seksuaaliterveyden edistämisen tärkeäksi – tulosten valossa eivät kuitenkaan toteuta seksuaalineuvontaa käytännön hoitotyössä.

Tässä opinnäytetyössä seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan koko henkilökunnalle tarkoitettua, tilannekohtaista, mahdollisesti kertaluontoista seksuaalisuuden huomioimista ja puheeksi ottamista.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman alue-sairaalan naistentautien poliklinikalla, ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla?
2. Miten seksuaalineuvontaa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmäksi Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kyselylomakkeen laadinta

Kvantitatiivinen tutkimus, eli määrällinen tutkimus pyrkii hyödyntämään aikaisemmin tutkittua tietoa tilastollisin menetelmin (Kananen 2008, 10). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan syy- ja seuraussuhdetta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä ominaisuuksia ovat aiempi tutkittu teoria, käsitteiden määrittely, hypoteesin esittäminen, johtopäätökset aiemmasta tutkitusta tiedosta, aineiston taulukointi ja tilastoiminen sekä päätelmien teko tilastoa käyttäen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135–136.) Tässä opinnäytetyössä tutkimus toteutetaan kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään päädyttiin tutkimusongelmien kautta. Halutaan tutkia seksuaalineuvonnan toteutumista, jolloin halutaan saada vertailukelpoisia tuloksia. Kvantitatiivinen tutkimus antaa hyvin myös mahdollisuuden strukturoiduille kysymyksille, jolloin voidaan saada paremmin vastauksia tutkimusongelmiin (Hiltunen 2009).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää käsitteiden operationaalistaminen, eli käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon. Käsitteet voivat olla konkreettisia tai abstrakteja. Konkreettiset käsitteet ovat suhteessa aikaan ja paikkaan, kuin taas abstraktit käsitteet eivät ole mitattavissa. (Hirsijärvi ym. 2007, 142–151.) Tässä opinnäytetyössä seksuaalisuus käsitteenä aukaistaan jokaiselle vastaajalle samalla tavalla, jottei virhetulkintoja tulisi sen monimerkityksellisyydestä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yhtenä aineistonkeruumenetelmänä toimii kyselytutkimus. Tutkimusmenetelmänä kyselyssä on hyvät ja huonot puolensa. Vastaaja ei

välttämättä ymmärrä annettuja kysymyksiä ja vastaajat voivat tulkita kysymykset eri tavalla. Huonona puolena voi olla myös kysymyksiin vastaamatta jättäminen. Vastaajat voivat jättää kohtia tyhjiksi tai olla vastaamatta koko kyselyyn. Hyvänä puolelta kyselyssä on, että se soveltuu arkaluontoisten asioiden tutkimiseen, jolloin voidaan säilyttää vastaajan anonymiteetti. (Hirsijärvi ym. 2007, 188–191.) Kyselylomaketutkimus voidaan toteuttaa strukturoidulla menetelmällä, jolloin vastaajalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Tässä menetelmässä hyvänä puolena on nopea vastaaminen ja tilastoimisen helppous, kun taas huonona puolena haastattelija voi kysymyksillään johdatella vastaajaa ja kysymykset voivat olla tulkinnanvaraisia. (Heikkilä 2014, 50-51.)

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä toimii strukturoitu kyselylomake, Likert-asteikkoa käyttäen. Kysymykset mittaavat seksuaalineuvonnan toteutumista ja sen kehittämistä. Strukturoituun kyselylomakkeeseen päädyttiin, koska aihe on arkaluontoinen ja vastaaminen on helpompaa, jos vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi laadittu, jolloin säilyy myös vastaajan anonymiteetti. Valmiit vastaukset houkuttelevat myös helpoudellaan ihmisiä herkemmin vastaamaan. (Heikkilä 2014, 51.) Kyselylomakkeen on laatinut opinnäytetyöntekijä ja siinä on yhteensä 19 kysymystä. Kysymykset jakautuvat kolmeen osaan. Kaksi ensimmäistä kysymystä ovat taustatietoja kartoittavia. Toisessa osiossa mitataan seksuaalineuvonnan toteutumista kysymyksillä 3-13. Viimeisen osion kysymyksillä, 14–19 (LIITE 2) mitataan seksuaalineuvonnan kehittämistä. Kyselylomake perustuu tutkittuun teorian tietoon hyvästä seksuaalineuvonnasta ja siitä, miten seksuaalineuvontaa toteutetaan. Kyselylomakkeen laadinnassa on käytetty apuna aikaisempia tutkimuksia ja niistä saatuja tutkimustuloksia.

Kvantitatiivinen tutkimus olisi hyvä esitettävä toimivuuden ja ymmärrettävyyden takaamiseksi, jolloin luotettavuutta voidaan lisätä (Heikkilä 2014, 21). Esitestauksessa muutama perusjoukkoon kuuluva henkilö arvioi kriittisesti kyselylomakkeen toimivuutta (Vilka 2005, 88). Tutkimus on esitettävä kuudella (N=6) naistentautien poliklinikalla asioineella asiakkaalla heinäkuussa 2016. Esitestauksella haluttiin selvittää kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Esitestaukseen haluttiin valita eri ikäluokkia edustavia, joista nuorin vastaaja oli alle 22-vuotias ja vanhin yli 60-vuotias. Esitestauksessa kysymykset ymmärrettiin samalla tavalla ja kysymykset olivat vastaajien mielestä ilmaistu selkeällä tavalla. Esitestauksessa tuli ilmi, että kysy-

mysten määrä oli juuri sopiva ja niihin jaksaisi asiakkaana vastata. Esitestauksessa tuli ilmi kirjoitusvirhe, joka korjattiin.

4.2 Aineistonkeruu

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija määrittelee perusjoukon ja valitsee tästä edustavan otoksen. Otantaa voidaan tehdä yksinkertaisesta satunnaisotannasta, systemaattisesta otannasta, ositetusta otannasta ja ryväsotannasta. Satunnaisotannassa jokaisella perusjoukon osallisella on yhtä suuri mahdollisuus tulla mukaan otokseen. (Hirsijärvi ym. 2007, 174–175; Tilastokeskuksen [www-sivut](http://www.sivut.fi).)

Tässä opinnäytetyössä kohdejoukkona ovat Rauman aluesairaalan naistentautien- ja äitiyspoliklinikan asiakkaat mukaan lukien gynekologista syöpää sairastavat asiakkaat. Otos muodostui heistä, jotka olivat asiakkaina tutkimuksen toteutuksen ajan-kohtana, jolloin tutkimukseen osallistujia ei ennalta määrätty. Otoksesta ei haluttu rajata mitään kohderyhmää pois, jotta otos kuvastaisi luotettavammin kaikkia naistentautien poliklinikalla asioivia asiakkaita.

Tutkimuksen otos muodostuu kahden kuukauden asiakaskäynneistä. Vuonna 2015 asiakkaita oli 1897, jolloin asiakkaita olisi kahdessa kuukaudessa noin 340. Asiakkaiden tulositynänä voivat olla muun muassa vuotohäiriöt, kohdun ja emättimen laskeumat, raskauden lääkkeellinen keskeyttäminen, kierukan asettaminen, virtsankarkailu, LOOP-hoidot sekä epäselvät vatsakivut. Äitiyspoliklinikan puolella asiakkaina ovat odottavat äidit, joiden raskaus vaatii erityisseurantaa. Hoitotilanteissa hoitaja avustaa lääkäriä samassa tilassa, jossa toteutetaan mahdolliset toimenpiteet. Lääkäri voi ohjata asiakkaan toiseen tilaan, jossa hoitaja antaa asiakkaalle lisätietoa jatkohoidosta ja toimenpiteestä. Asiakkaita voi saapua myös ainoastaan hoitajan vastaanotolle, jolloin hoitaja voi tehdä toimenpiteen ja antaa neuvontaa. Poliklinikalla toteutetaan myös gynekologisten syöpien sytostaattihoitoja, joihin on varattu oma tila (Suisa-Virtasen henkilökohtainen tiedonanto 19.5.2016).

Ennen tutkimuksen aloittamista opinnäytetyöntekijän oli anottava tutkimuslupaa työlleen. Tutkimuslupaa anottiin Rauman sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus-

van myönsi sosiaali- ja terveysjohtaja. Tutkimuslupahakemuksessa ja tutkimussuunnitelmassa tulee ilmetä lyhyesti tutkimusmenetelmä, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä kuinka aineistoa kerätään (Rauman sosiaali- ja terveysviraston menettelyohje opinnäytetyö-/ tutkimusluvan hakemiseen 20.10.2014).

Lupa tutkimukselle anottiin lokakuussa 2016. Tutkimuslupa myönnettiin 21.10.2016 (LIITE 4). Tutkimus käynnistyi tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Ennen aineistonkeruuta opinnäytetyöntekijä kävi henkilökohtaisesti tapaamassa kohdeorganisaation vastuuhenkilöä naistentautien poliklinikalla, jolloin keskusteltiin käytännön järjestelyistä. Tällöin sovittiin hoitajien ojentavan kyselylomakkeet asiakkaille hoitotilanteen päätyttyä ja ohjeistamaan asiakas palauttamaan täytetty kyselylomake palautelaatikkoon, joka sijaitsee odotustilassa.

Kyselylomakkeet ja palautelaatikko toimitettiin poliklinikalle 1.11.2016. Poliklinikalle toimitettiin yhteensä 100 kappaletta kyselylomakkeita. Aineistonkeruuaikaa pidennettiin kuukaudella, jotta saataisiin luotettavampi otos. Opinnäytetyöntekijä haki palautelaatikon ja päätti tutkimuksen 9.1.2017.

Kyselytutkimukseen oleellisesti liittyy saatekirje. Saatekirjeessä kerrotaan tutkimukseen osallistujille tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistujien oikeuksista. Saatekirjeen vaikutus on suuri – se voi motivoida vastaamaan tai aiheuttaa päinvastaisen reaktion. Saatekirjeen ulkoasulla ja helppolukuisuudella voidaan saada tutkimuksen kannalta myönteinen vaikutus vastaajiin. (Vehkalahti 2008, 46–49.) Tässä opinnäytetyössä saatekirje pyrittiin jättämään lyhyeksi ja selkeäksi. Saatekirjeestä ilmenee, että tutkimus on täysin vapaaehtoinen ja mihin tutkimuksella pyritään. Saatekirjeessä myös mainitaan, ettei kyselyyn vastaaminen vaikuta asiakkaan saamaan hoitoon. (LIITE 1.)

4.3 Aineiston analysointi

Aineistonkeruun jälkeen tutkija tarkastaa kyselylomakkeet ja hävittää lomakkeet, joita ei voida hyödyntää tutkimuksessa, esimerkiksi tietojen puuttumisen vuoksi. Kyselylomakkeiden tarkistuksen jälkeen kyselylomakkeita aletaan analysoida. Kvantita-

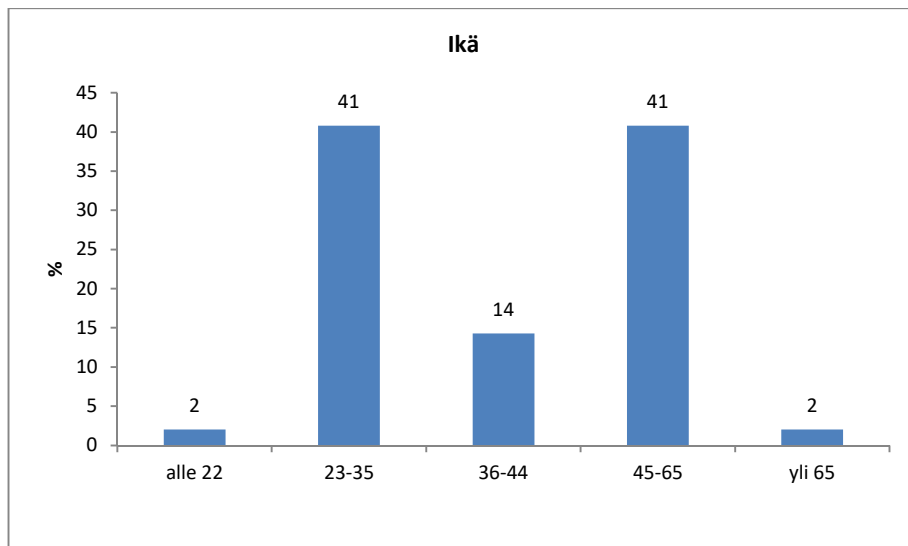
tiivisessä tutkimuksessa apuna voidaan käyttää erilaisia tilastointiohjelmiä. Ennen tulosten tulkintaa, tutkijan on huolellisesti tarkistettava havaintomatriisista, että lukemat vastaavat kyselylomakkeista saatuja lukemia. (Vilka 2007, 146-150.)

Tässä opinnäytetyössä tulokset analysoitiin tilasto-ohjelmaa käyttäen. Ennen tilastointia opinnäytetyöntekijä tarkisti kyselylomakkeet, jonka jälkeen tulokset syötettiin havaintomatriisiin. Tuloksista tehtiin yksiulotteisia jakaumia graafisia kuvaajia käyttäen. Tuloksia myös ristiintaulukoitiin, jotta voitiin verrata kahta eri muuttujaa ja niiden välistä suhdetta. Vastausten alkuperäiset prosentit ja lukumäärät ovat esitettynä työn lopussa liitteessä (LIITE 3).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita palautui 50 kappaletta. Yksi kyselylomake jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle tulkinnanvaraisten vastauksien vuoksi. Lopulliseen analysointiin päätyi 49 täytettyä kyselylomaketta. Taustatietoja kartoittivat kysymykset 1-2 (LIITE 2). Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin asiakkaan ikää ja käyntityyppiä. Kyselylomakkeisiin vastanneista yli puolet (53 %) vastasi olevansa uusintäkäynnillä ja loput vastanneista (47 %) olivat ensikäynnillä. Vastaajista 41 % sijoittui ikäluokkaan 23-35. Vastaajista sama määrä, 41 %, vastasi kuuluvansa ikäluokkaan 45-65. Vastanneista 14 % kuului ikäluokkaan 36-44. Alle 22-vuotiaita ja yli 65-vuotiaita edusti vastaajista 2 %. (KUVIO 1.)



KUVIO 1: Ikäjakauma (N=49)

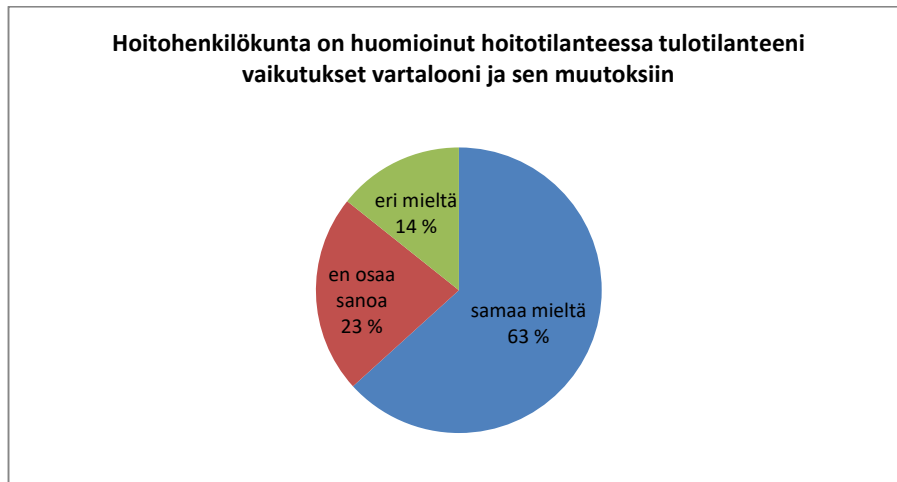
5.2 Seksuaalineuvonnan toteutuminen

Seksuaalineuvonnan toteutumista mitattiin kysymyksillä 3-13 (LIITE 2). Toteutusta ja kehittämistä mittaaviin kysymyksiin vastausvaihtoehtoina olivat ”samaa mieltä”, ”en osaa sanoa” ja ”eri mieltä”. Ensimmäisessä kysymyksessä tarkasteltiin, miten hoitohenkilökunta huomioi asiakkaan tulotilanteen vaikutukset itsetuntoon. Vajaa puolet (41 %) vastaajista ei osannut sanoa, ovatko hoitajat ottaneet puheeksi tulotilanteen vaikutukset ja muutokset itsetuntoon. Vastaajista 39 prosenttia koki itsetunnon huomioimisen toteutuneen ja vastaajista taas 20 prosentin mielestä tämä ei toteutunut. (KUVIO 2.)



KUVIO 2: Tulotilanteen itsetuntoon kohdistuvien vaikutuksien puheeksi ottaminen (N=49)

Yli puolet vastaajista (63 %) koki hoitohenkilökunnan huomioivan asiakkaan tulo-osuuden vaikutukset vartaloon ja sen muutoksiin hoitotilanteessa, kuin taas vastaajista 14 prosenttia mielestä näitä asioita ei huomioitu (KUVIO 3).

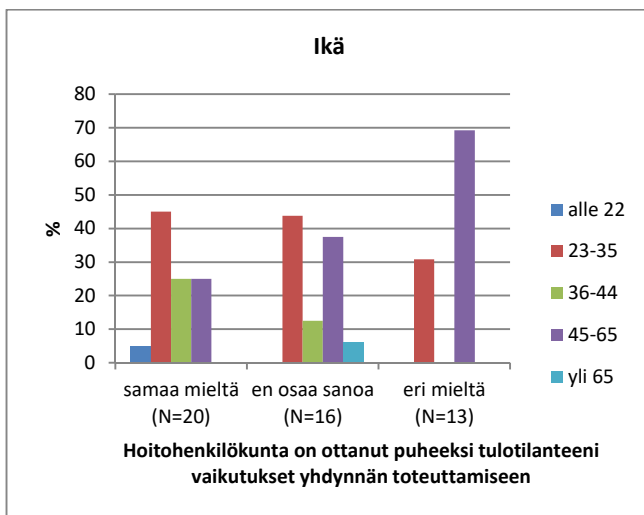


KUVIO 3: Tulotilanteen vartaloon kohdistuvien vaikutusten huomiointi (N=49)

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin yhdyntän toteuttamisen huomioimista hoitotilanteessa, vastaajista 41 prosenttia koki hoitohenkilökunnan huomioivan hoitotilanteessa tulotilanteen vaikutukset yhdyntän toteuttamiseen (KUVIO 4). Ikäluokissa 23–35, 45 prosenttia oli samaa mieltä väittämän kanssa ja ikäluokassa 36–44, 71 prosenttia oli samaa mieltä väittämän kanssa. Alle 22-vuotiaiden ikäluokassa, (N=1) oltiin myös samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 26 prosenttia koki, ettei yhdyntän toteuttamista huomioitu ja näistä 45 prosenttia kuului ikäluokkaan 45–65. (KUVIO 5.)

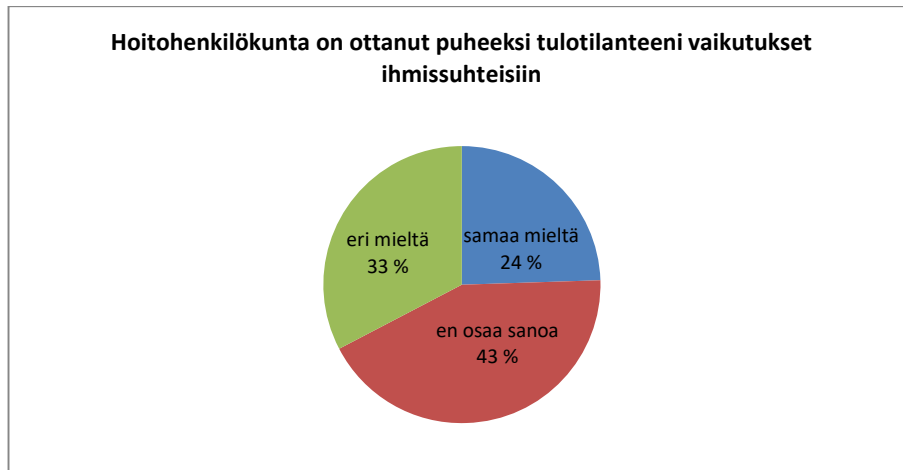


KUVIO 4: Tulotilanteen yhdynnän toteuttamiseen kohdistuvien vaikutuksien puheeksi ottaminen (N=49)



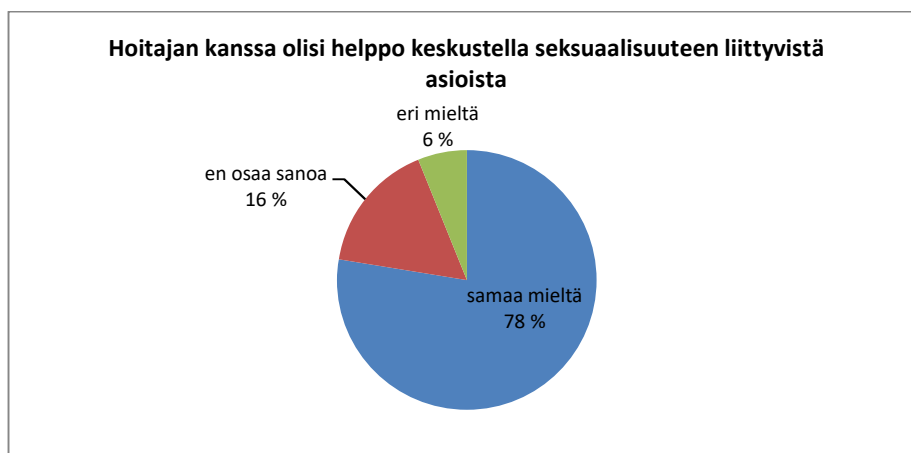
KUVIO 5: Asiakkaiden ikä ja tulotilanteen yhdynnän toteuttamiseen kohdistuvien vaikutuksien puheeksi ottaminen (N=49)

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin tulotilanteen vaikutuksien huomioimista asiakkaan ihmissuhteisiin, vastaajista vajaa puolet (43 %) ei osannut sanoa, onko hoitohenkilökunta ottanut puheeksi tulotilanteen vaikutukset ihmissuhteisiin. Vastaajista kolmasosa (33 %) koki, ettei hoitohenkilökunta ole ottanut näitä asioita puheeksi. (KUVIO 6.)



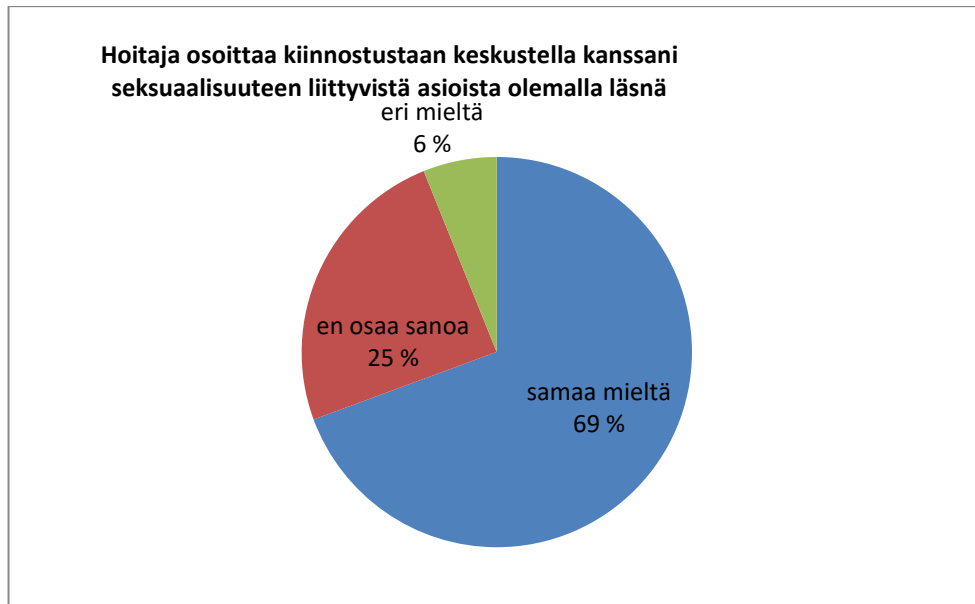
KUVIO 6: Tulotilanteen ihmissuhteisiin kohdistuvien vaikutusten puheeksi ottaminen (N=49)

Kyselylomakkeessa tarkasteltiin helppoutta keskustella hoitajan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Yli puolet vastaajista (78 %) oli sitä mieltä, että hoitajan kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (KUVIO 7.)



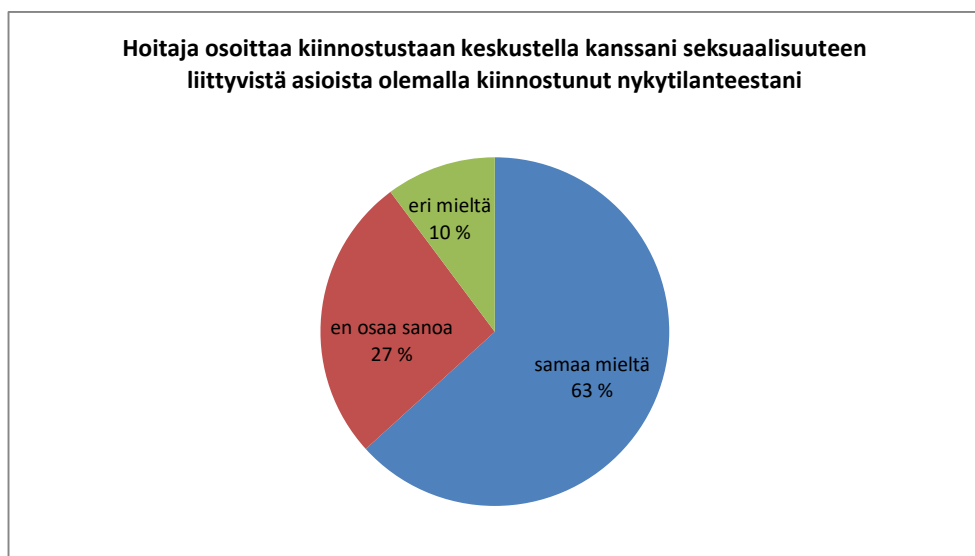
KUVIO 7: Keskustelun helppous hoitajien kanssa (N=49)

Hoitajan osoittamaan kiinnostukseen keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla läsnä, vastaajista enemmistö (69 %) vastasi olevansa samaa mieltä. Vastaajista 6 prosenttia koki, ettei tämä asia toteutunut. (KUVIO 8.)



KUVIO 8: Hoitajien läsnäolo hoitotilanteissa (N=49)

Vastaajista yli puolet (63 %) oli sitä mieltä, että hoitaja osoitti kiinnostustaan keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla kiinnostunut asiakkaan nykytilanteesta. Vastaajista puolestaan 10 prosenttia koki, ettei tämä toteutunut. (KUVIO 9.)



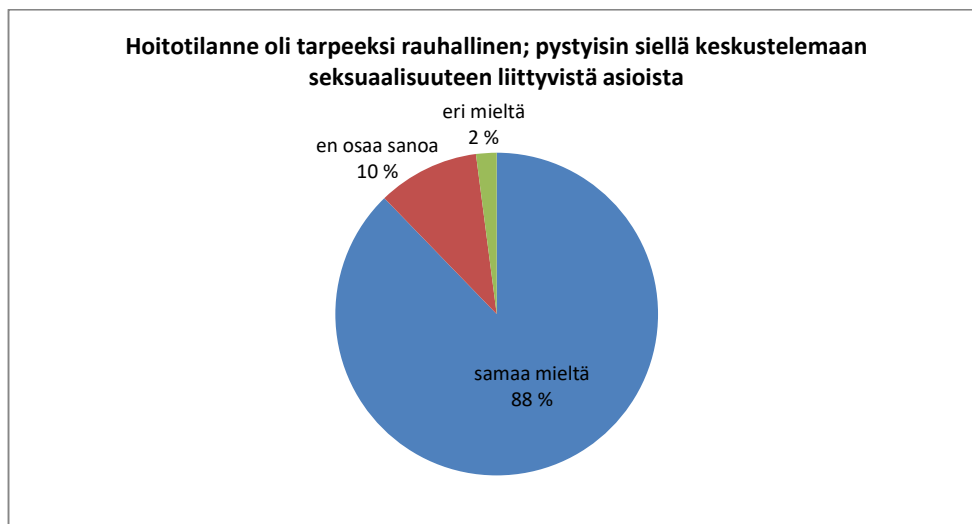
KUVIO 9: Hoitajan osoittama kiinnostus asiakkaan nykytilasta (N=49)

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin hoitajan aikaa seksuaalisuudesta keskustelemiseen, vastaajista yli puolet (59 %) koki, että hoitajilla on aikaa keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kuin taas vastaajista 12 prosentin mielestä tämä ei toteutunut (KUVIO 10).



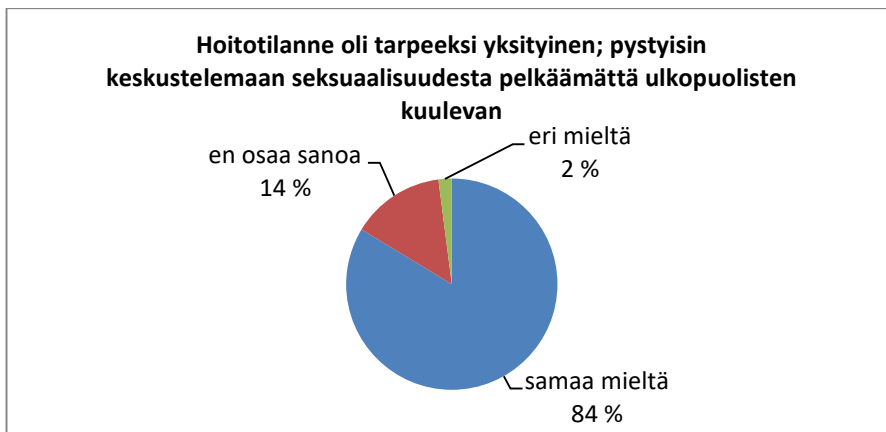
KUVIO 10: Asiakkaan kokemus aika seksuaalisuudesta keskustelemiseen (N=49)

Hoitotilanteen rauhallisuutta tarkastelevassa kysymyksessä vastaajista enemmistö (88 %) koki hoitotilanteen olevan tarpeeksi rauhallinen seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Vastaajista 2 prosentin mielestä tämä ei toteutunut. (KUVIO 11.)



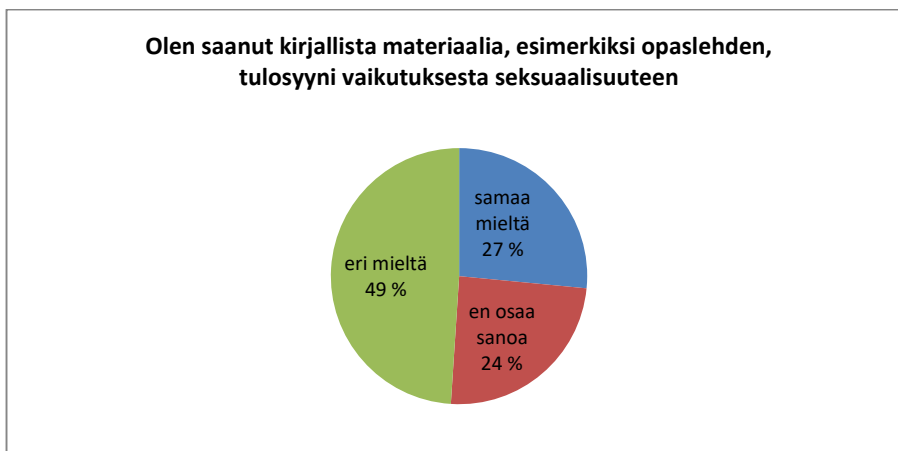
KUVIO 11: Hoitotilanteen rauhallisuus (N=49)

Hoitotilanteen yksityisyyttä tarkastelevassa kysymyksessä vastaajista enemmistö (84 %) koki hoitotilanteen olevan tarpeeksi yksityinen seksuaalisuudesta keskusteleseen, kuin taas vastaajista 2 prosentin mielestä tämä ei toteutunut (KUVIO 12).

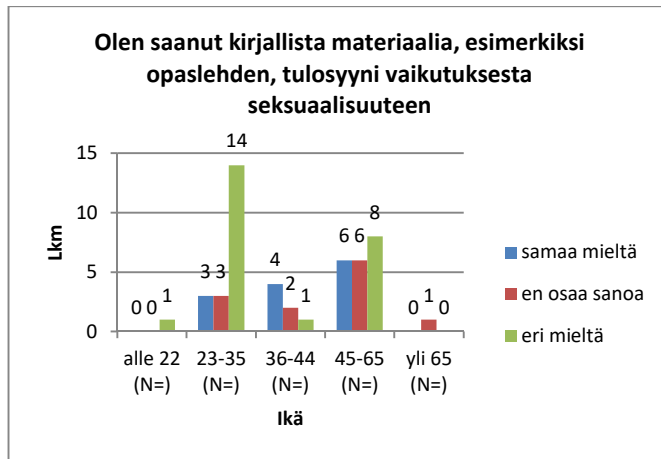


KUVIO 12: Hoitotilanteen yksityisyys (N=49)

Seksuaalisuuteen liittyvien kirjallisten materiaalien saamisessa, vastaajista vajaa puolet (49 %) koki, etteivät ole saaneet kirjallista materiaalia tulossyyn vaikutuksista seksuaalisuuteen (KUVIO 13). Heistä enemmistö (N=14) kuului ikäluokkaan 23–34 (KUVIO 14). Vastaajista 27 prosenttia koki tämän toteutuneen (KUVIO 13).



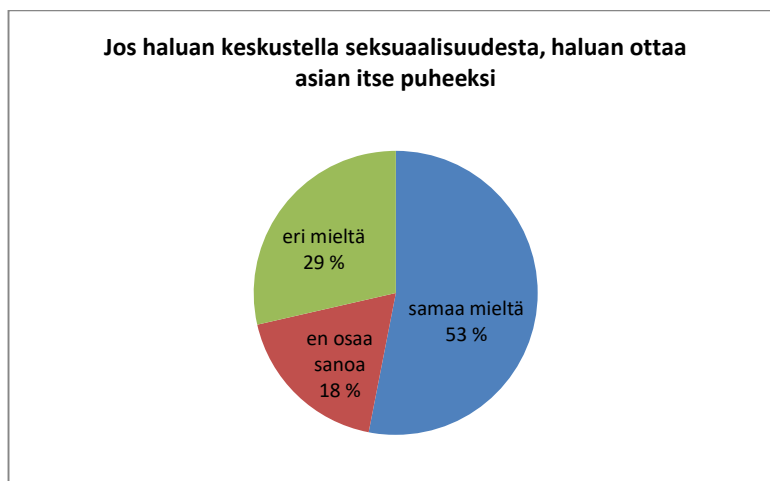
KUVIO 13: Kirjallisten materiaalien saanti (N=49)



KUVIO 14: Ikä ja kirjallisten materiaalien saaminen (N=49)

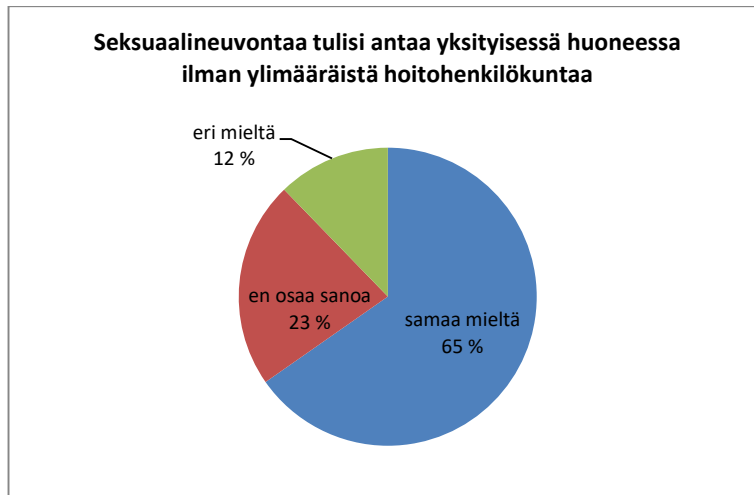
5.3 Seksuaalineuvonnan kehittäminen

Seksuaalineuvonnan kehittämistä mitattiin kysymyksillä 14–19 (LIITE2). Ensimmäisessä kysymyksessä tarkasteltiin seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Vastaajista yli puolet (53 %) oli sitä mieltä, että haluavat ottaa seksuaalisuuden itse puheeksi hoitotilanteissa. Vastaajista 29 prosenttia oli eri mieltä väittämän kanssa. (KUVIO 15.)



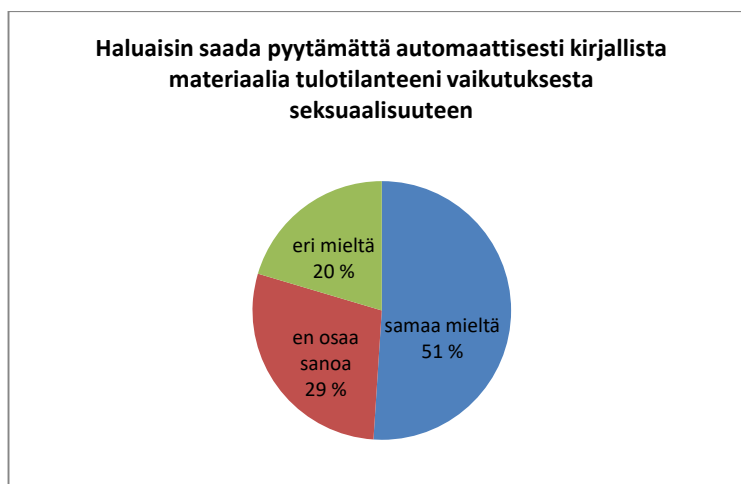
KUVIO 15: Seksuaalisuudesta keskusteleminen (N=49)

Yksityisyyden tarvetta tarkastelevassa kysymyksessä yli puolet vastaajista (65 %) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi antaa yksityisessä huoneessa ilman ylimääräistä henkilökuntaa. Vastaajista 12 prosenttia oli eri mieltä asiasta. (KUVIO 16.)



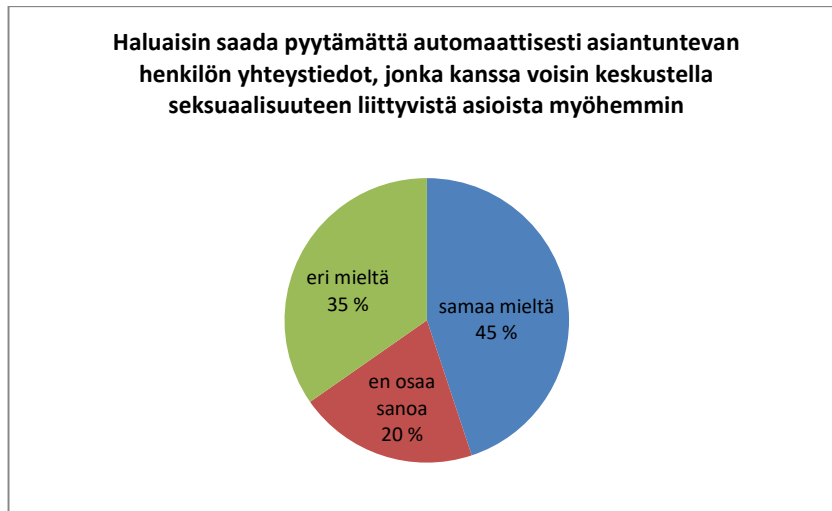
KUVIO 16: Seksuaalineuvonta ja yksityisyys (N=49)

Kirjallisten materiaalien tarvetta tarkastelevassa kysymyksessä vastaajista yli puolet (51 %) oli sitä mieltä, että haluaisivat saada automaattisesti kirjallista materiaalia tulotilanteen vaikutuksista seksuaalisuuteen, kuin taas vastaajista 20 prosentin mielestä materiaalia ei tulisi tarjota heille automaattisesti (KUVIO 17).



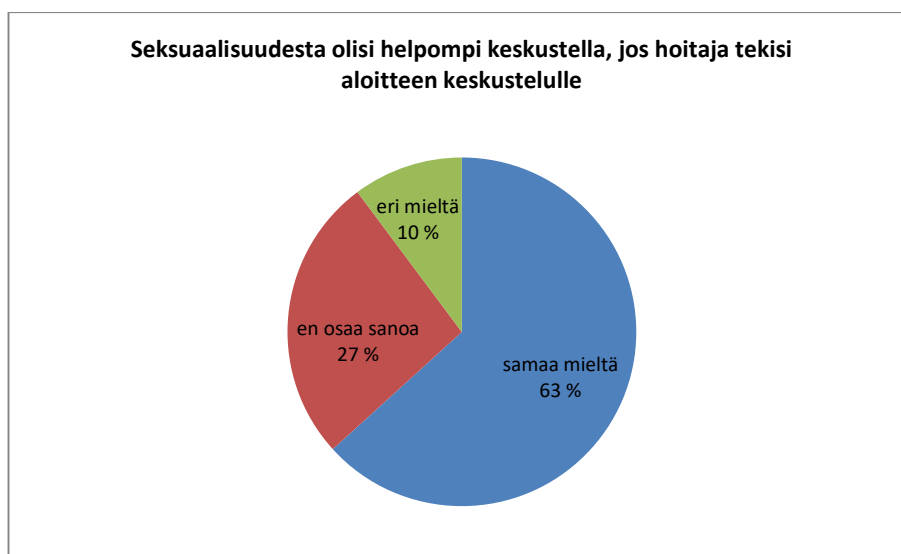
KUVIO 17: Kirjallisten materiaalien saaminen (N=49)

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin asiantuntevien henkilöiden yhteystietojen tarvetta, vastaajista vajaa puolet (45 %) oli sitä mieltä, että haluaisivat saada automaattisesti asiantuntevan henkilön yhteystiedot, jonka kanssa voisivat keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista myöhemmin. Vastaajista 35 prosenttia ei kokenut tarvetta tähän. (KUVIO 18.)



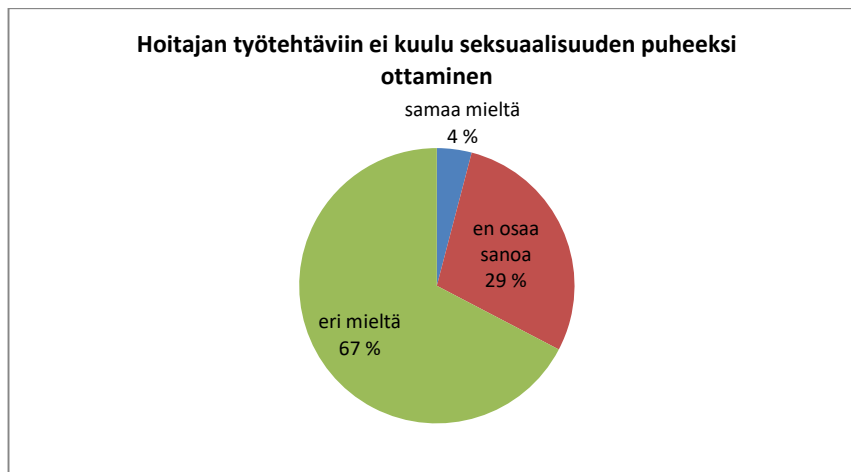
KUVIO 18: Asiantuntevan henkilön yhteystietojen saaminen (N=49)

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin aloitteen tekemistä seksuaalisuuteen liittyviin keskusteluihin, vastaajista yli puolet (63 %) oli sitä mieltä, että seksuaalisuudesta olisi helpompi keskustella, jos hoitaja tekisi aloitteen keskustelulle, kuin taas viidesosa (10 %) koki, ettei keskustelu helpottuisi hoitajan tekemällä aloitteella. (KUVIO 19.)



KUVIO 19: Keskustelun helppous hoitajan tehdessä aloitteen (N=49)

Viimeisessä seksuaalineuvonnan kehittämistä mittaavassa kysymyksessä tarkasteltiin seksuaalineuvontaa osana hoitajan työnkuva. Vastaajista yli puolet (67 %) oli eri mieltä siitä, että hoitajan työtehtäviin ei kuulu seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Vastaajista 4 prosenttia oli väittämän kanssa samaa mieltä. (KUVIO 20.)



KUVIO 20: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen hoitajan työtehtävänä (N=49)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi. Seksuaalineuvonnan toteutumista mitattiin kysymyksillä 3-10 (LIITE 2). Ensimmäisessä seksuaalineuvonnan toteutumista mittaavassa kysymyksessä tarkasteltiin tulosityn vaikutuksen huomioimista asiakkaan itsetuntoon. Vastajista 39 % (N=20) oli samaa mieltä ja 20 % (N=10) eri mieltä siitä, että hoitohenkilökunta on huomioinut tulosityn vaikutukset itsetuntoon. Vastauksista voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta on osittain huomioinut asiakkaiden itsetunnon. Vastajista löytyi kuitenkin jonkin verran eri mieltä olevia. Johtopäätöksen tekoa vaikeuttavat vastaajat, jotka eivät osanneet sanoa, onko hoitohenkilökunta huomioinut tulosityn vaikutukset (N=19).

Koposten ja Rekolan (2009, 36–37) tekemässä tutkimuksessa (N=40) tutkittiin gynekologisten potilaiden kokemusta naiseudesta. Yksi käsittelykokonaisuus oli itsetunto ja siihen liittyvät kokemukset. Tuloksista ilmeni itsetunnolla olevan suuri merkitys naiseuden kokemisessa. Myös Vartalon ja sen muutoksien huomioimista koskevassa

kysymyksessä enemmistö vastaajista koki, että hoitohenkilökunta on huomionnut tulossyn vaikutukset vartaloon ja sen muutoksiin. Tämän kysymyksen kohdalla voidaan sanoa, että vartalon muutosten huomioiminen tulosten valossa toteutuu. Pettersson-Bodinin (2014, 11–14) kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmeni munasarjasyöpää sairastavien naisten kokevan eniten pelkoa muun muassa vartalon muutoksista. Myös Hautamäki-Lammisen (2012, 65–70) tutkimuksessa tutkittiin syöpäpotilaita (N=535) ja tuloksista ilmeni syöpään sairastumisen vaikuttavan negatiivisella tavalla potilaiden kehonkuvaan.

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin tulotilanteen vaikutusta yhdynnän toteuttamiseen, 41 prosenttia vastaajista (N=20) oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteen vaikutukset yhdynnän toteuttamiseen. Vastaajista 27 % koki, ettei asiaa huomioitu. Aittilan ja Kuuselan (2008, 30) tutkimuksessa (N=54) ilmeni lähes puolella naistentautien poliklinikan ja osaston asiakkailta olevan seksuaalisuuden alueella ongelmia, joista joka toisella ilmeni yhdyntäkipuja tai haluttomuutta.

Tämän kysymyksen vastausten kohdalla ilmeni hieman eroja eri ikäluokkien kesken. Tutkimukseen vastanneista, ikäluokissa 23–35 ja 45–65, vastasivat sama määrä asiakkaita ja molemmat luokat edustivat 41 prosenttia koko otoksesta (N=20). Suurin osa ”samaa mieltä” vastanneista kuuluivat ikäluokan 45–65 alapuolelle ja suurin osa ”eri mieltä” vastanneista kuuluivat ikäluokkaan 45–65. Otos on pieni, joten ei voida luotettavasti sanoa, toteutuuko yhdynnän toteuttamisen huomioiminen paremmin nuoremmassa ikäluokassa. Tulos voi myös sattumalta osoittaa yhteyttä, jolloin ei voida luotettavasti sanoa, onko muuttujien välillä todellinen yhteys (Hiltunen 2009). Tulokset antavat kuitenkin pieniä viitteitä siitä. Petäjän (2010, 16–17) kehittämishankkeen yksi tuloksista tukisi väitettä potilaan iän vaikutuksesta seksuaalineuvonnan tarjoamiseen; osa hoitajista koki, ettei yhdynnästä keskusteleminen iäkkäämmille ole oleellista hoitotilanteissa.

Ihmissuhteiden huomioimista koskevassa kysymyksessä noin neljännes vastaajista oli samaa mieltä ja kolmannes vastaajista eri mieltä siitä, että hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteen vaikutukset ihmissuhteisiin. Koposten ja Rekolan (2009, 37) tutkimuksessa haastateltiin myös hoitajia (N=8) jotka työskentelivät gynekologian puolella, jolloin ilmeni, ettei parisuhteeseen liittyvää ohjausta pidetty yh-

tä tärkeänä kuin muiden naiseuden osa-alueiden huomioimista. Tämän kysymyksen tulosta voidaan tulkita siten, että ihmissuhteiden huomioiminen on jäänyt vähemmälle. Vahvaa näyttöä ei kuitenkaan ole, koska vastaajista suurin osa ei osannut vastata kysymykseen.

Kysymyksessä, jossa käsiteltiin keskustelun helppoutta hoitaja kanssa, reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että hoitajan kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Molempiin väittämiin; hoitajan osoittamaan kiinnostukseen keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla läsnä ja hoitajan osoittamaan kiinnostukseen nykytilanteesta, vastaajista yli puolet oli samaa mieltä.

Näpin (2011, 37) opinnäytetyön tutkimuksessa kirurgisen osaston hoitajista (N=75), yli 90 % oli sitä mieltä, ettei luvan antaminen seksuaalisuudesta keskustelemiseen kuulu hoitotyöhön. Myös Egholmin (2013, 100) kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin hoitajien asenteita ja uskomuksia seksuaalineuvontaa kohtaan, josta ilmeni hoitajien kokevan epämurkuvuutta ja epävarmuutta seksuaalineuvonnan antamista kohtaan. Hautamäki-Lammisen (2012, 65–70) tutkimuksessa taas tutkittiin syöpäpotilaita (N=535) ja he toivoivat hoitajien aloitetta seksuaalisuudesta keskustelemiseen olemalla helposti lähestyttäviä ja osoittamalla kiinnostustaan keskustella seksuaalisuudesta. Näiden kysymysten kohdalla asiakkaita reilu enemmistö koki hoitajat helposti lähestyttäväksi. Voitaisiin päätellä, että hoitajien kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin hoitajan aikaa seksuaalisuudesta keskustelemiseen, yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajalla on aikaa keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tampereella syöpätautien klinikalla tehdyssä haastattelussa (N=158) suurin osa potilaista arvioi hoitohenkilökunnan ajan puutteen olevan syynä seksuaalisuudesta keskustelemattomuuteen (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237–246). Egholmin (2013, 99–100) kirjallisuuskatsauksen ja Mattilan opinnäytetyön tutkimuksen (2014, 24–30) tuloksista ilmeni myös hoitajien kokevan, ettei seksuaalineuvonnalle ole tarpeeksi aikaa. Myös Petäjän (2010, 16–20) saamat tulokset myötäilevät aikaisempaa, sillä tuloksista ilmeni seksuaalineuvonnan toteutumisen yksi esteistä olleen hoitajien kiire hoitotyössä.

Tämän kysymyksen kohdalla tutkimukseen vastanneista asiakkaista enemmistö oli samaa mieltä, jolloin voitaisiin tulkita asiakkaiden kokevan tilanteen kiirettömäksi. Asiakkaat ovat voineet vastata kysymykseen ajatellen yleisesti hoitajien aikaa, eivätkä ole peilanneet vastaustaan edelliseen käyntiin. Kysymys toteutettiin asiakkaiden näkökulmasta, jolloin on myös vaikea sanoa, olivatko hoitajat kiireisiä vai ei. Poliklinikalla tietokoneen äärellä istuva hoitaja voi vaikuttaa kiirettömältä, vaikka todellisuudessa tämä uppoaa työmäärään, mikä odottaa asiakkaan poistuessa paikalta. Hoitajat eivät kuitenkaan tämän kysymyksen tuloksien perusteella viestineet mahdollisesta kiireestään liikaa, mikä on seksuaalineuvonnan toteutumisen kannalta hyvä asia, asiakkaiden näkökulmasta. Seksuaalineuvonnan toteutumisen kannalta on tärkeää, että hoitaja varaa keskusteluun tarpeeksi aikaa ja huomioi ajankäytössään seksuaalisuuden puheeksi ottamisen. (Ihme & Rainto 2008, 29; Ryttyläinen & Valkama 2010, 131).

Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin hoitotilanteen rauhallisuutta, vastaajista reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että hoitotilanne oli tarpeeksi rauhallinen seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Yksityisyyden kokemista koskevaan kysymykseen vastaajista myös reilusti yli puolet oli samaa mieltä siitä, että pystyisivät keskustelemaan omasta seksuaalisuudesta pelkäämättä ulkopuolisten kuulevan. Petäjän (2010, 16) tutkimuskyselyn vastauksista ilmeni hoitajilla (N=49) seksuaalineuvonnan antamista edistävän rauhallinen ympäristö. Kysymyksen vastauksista voidaan päätellä asiakkaiden kokevan hoitotilanteet rauhallisiksi ja yksityisyyttä kunnioittaviksi, jolloin myös seksuaalineuvonnan toteutuminen mahdollistuu paremmin. (Paananen ym. 2015, 46.)

Viimeisessä seksuaalisuuden toteutumista mittaavassa kysymyksessä tarkasteltiin kirjallisten materiaalien saamista. Vastaajista melkein puolet koki, ettei ole saanut kirjallista materiaalia tulossyyn vaikutuksista seksuaalisuuteen ja heistä 70 % kuului ikäluokkaan 23–34. Vastaajista taas 27 % oli sitä mieltä, että ovat saaneet kirjallista materiaalia, ja heistä 15 % (N=3) kuului ikäluokkaan 23–34. Loput olivat vanhemmista ikäluokista (N=10). Ei voida luotettavasti sanoa, pienen otoskoon vuoksi, toteutuuko seksuaalisuuteen liittyvien materiaalien antaminen paremmin vanhemmissa ikäluokissa. Tuloksien perusteella suurin osa nuoremmista vastaajista koki kuitenkin jäävänsä paitsi materiaaleista, jotka koskivat seksuaalisuutta. Asiaa voi selittää nyky-aika ja siten Internet, mistä tietoa saa joka vaivaan ja ongelmaan – nuorille ei koidu

ongelmaksi tietolähteiden löytäminen. Ilmiötä voi selittää myös erilaiset tulokset ha-
keutua hoitoon. Opaslehtisiä voidaan valmistaa sairauksiin ja ongelmiin, joista har-
vemmin nuoret kärsivät. Syöpätautien klinikalla tehdyssä tutkimuksessa (N=158)
todettiin potilaiden haluavan seksuaalisuudesta ja sen muutoksista eniten tietoa suul-
lisesti mutta myös kirjallista materiaalia kaivattiin. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003,
237–246).

Seksuaalisuuden kehittämiseen haluttiin saada vastaus kysymyksillä 14–19 (LIITE
2). Kysymyksessä, jossa tarkasteltiin seksuaalisuuden puheeksi ottamista, vastaajista
vähän yli puolet oli sitä mieltä, että haluavat ottaa seksuaalisuuden itse puheeksi hoi-
totilanteessa. Vastaukset ovat hieman ristiriidassa toisen kysymyksen kanssa, jossa
tarkastellaan hoitajan tekemää aloitetta keskustelulle. Vastaajista reilusti yli puolet
oli sitä mieltä, että seksuaalisuudesta olisi helpompi keskustella, jos hoitaja tekisi
aloitteen keskustelulle.

Syöpätautien klinikalle tehdyssä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajista (N=158) toi-
voivat aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen tulevan hoitohenkilökunnalta
(Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237–246). Aittilan ja Kuuselan (2009, 37) tutki-
muksessa tulokset ovat samansuuntaiset; puolet vastaajista (N=54) halusivat saada
seksuaalineuvontaa automaattisesti. Myös Hautamäki-Lammisen (2012, 65–70) tut-
kimuksessa suurin osa potilaista (N=535) halusi hoitajien tekemän aloitteen keskuste-
lulle. Kysymyksen vastauksista voidaan päätellä asiakkaiden toivovan hoitajan teke-
vän, ainakin osittain, aloitteen seksuaalineuvonnalle. Vastauksista ei selviä, haluaako
asiakas ylipäänsä keskustella omasta seksuaalisuudestaan. Asiakkaan oma kiinnostus
seksuaalisuudesta keskustelemiseen voi vaikuttaa tuloksiin.

Vastaajista yli puolet oli samaa mieltä siitä, että seksuaalineuvontaa tulisi antaa yksi-
tyisessä huoneessa ilman ylimääräistä henkilökuntaa. Vastauksesta voidaan päätellä,
että osa asiakkaista kokee tärkeäksi kahden keskeisen keskustelun. Vastauksia voi-
daan myös pohtia siten, tulisiko seksuaalineuvontaa antaa lainkaan tilanteessa, jossa
on ylimääräistä henkilökuntaa. Osaa vastaajista ylimääräinen henkilökunta ei haitan-
nut. Jos puolet vastaajista toivoisivat yksityisyyttä, voitaisiin ajatella, että yksityisyy-
den puute vähentää asiakkaita, jotka haluaisivat keskustella seksuaalisuudestaan.

Kirjallista materiaalia automaattisesti tarjottuna halusi noin puolet vastaajista. Vastauksista voidaan tulkita, että kirjallista materiaalia seksuaalisuudesta haluttaisiin ainakin saavan. Vastaajista 45 % halusi saada myös automaattisesti asiantuntevan henkilön yhteystiedot, johon voidaan ottaa yhteyttä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.

Vastaajista yli puolet oli eri mieltä siitä, että hoitajan työtehtäviin ei kuulu seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Vastauksista voidaan päätellä, että asiakkaat ymmärtävät hoitajan työnkuvaan kuuluvan seksuaalisuudesta keskustelemisen. Hoitotilanteissa hoitajat saattavat olettaa, että potilaat eivät halua keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja potilaat ottavat itse asian puheeksi, jos kokevat sen tärkeäksi. Tämän seurauksena seksuaalisuus voi jäädä kokonaan huomioimatta. Jos asiakkaat tietävät seksuaalisuuden puheeksi ottamisen olevan hoitajilla yksi hoitokäytännöistä, hoitajien voisi olla helpompi ottaa seksuaalisuus puheeksi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129–130; Petäjä 2010, 30–35.)

Näpin (2011, 36) opinnäytetyön tutkimuksessa kirurgisen puolen hoitajista lähes kaikkien vastanneiden mielestä luvan antaminen seksuaalisuudesta keskustelemiseen ei kuulu hoitajan työhön. Petäjän (2010, 38–44) tutkimuksessa päästään samaan lopputulokseen; hoitajat eivät kokeneet työtehtäväkseen seksuaalisuuden huomioimista. Tämän kysymyksen tarkoituksena oli löytää asiakkaiden näkemys asiaan. Kysymys ei anna vastausta siihen, haluaako asiakas saada seksuaalineuvontaa mutta herättää pohdintaa siitä, haluaisiko asiakas sitä kuitenkin tälle tarjottavan. Jos puhutaan kivunhoidosta, asiakkaat voivat sanoa kivun huomioimisen kuuluvan hoitajan työtehtäviin, useimmiten tällöin asiakkaat myös haluavat asian otettavan puheeksi hoitotilanteissa. Seksuaalisuus on vieläkin aihe, josta ei niin mielellään keskustella. Selkeää johtopäätöstä asiasta ei voida tehdä.

Jos tarkastellaan kaikkia tuloksia tutkimusongelmiin, voidaan sanoa seksuaalineuvonnan toteutuvan tietyillä osa-alueilla. Otos oli niukka, mutta antaa silti pientä kuvaa siitä, miten seksuaalineuvonta toteutuu. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta huomioi vartalon ja sen muutokset, hoitajien kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, hoitaja osoitti kiinnostustaan keskusteluun olemalla läsnä ja kiinnostunut nykytilanteesta, hoitaja ei vaikuttanut kiireiseltä sekä hoitotilanne oli tarpeeksi rauhallinen ja yksityinen seksuaalisuudesta

keskustelemiseen. Vähemmälle huomiolle jäi ihmissuhteiden huomioiminen. Itsetunnon ja yhdynnän toteutuksen huomioimisessa mielipiteet jakautuivat; moni vastaaja vastasi ”en osaa sanoa”, jolloin yhtenäistä mielipidettä väittämiin ei syntynyt. Kirjallista materiaalia seksuaalisuuteen liittyen asiakkaat olivat saaneet. Tulosten valossa materiaalia seksuaalisuudesta kaivattiin kuitenkin enemmän.

Seksuaalisuuden kehittämistä koskevaan tutkimusongelmaan saatiin myös vastauksia. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi antaa yksityisessä huoneessa ja seksuaalisuudesta olisi helpompi keskustella, jos hoitaja tekisi aloitteen. Vastaajista suurin osa oli myös sitä mieltä, että hoitajan työtehtäviin kuuluu seksuaalineuvonnan antaminen. Vastaajat olisivat halukkaita saamaan automaattisesti kirjallista materiaalia seksuaalisuuteen liittyen. Osa vastaajista olisi halukkaita saamaan automaattisesti myös asiantuntevan henkilön yhteystiedot, jonka kanssa voisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Tutkimustuloksista voidaan ennen kaikkea päätellä myös seksuaalineuvonnalle olevan tarvetta. Asiakkaat haluavat informoivaa materiaalia seksuaalisuudesta ja asiantuntevien henkilöiden yhteystietoja. Tuloksista voidaan myös päätellä, että hoitajan aktiivinen aloite keskustelulle voisi edesauttaa seksuaalineuvonnan toteutumista.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata tutkittavaa ilmiötä, eli tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta, eli päästäänkö toisella mittauksella samaan tulokseen. (Hirsijärvi ym. 2007, 226–227.) Validiteetti voidaan jakaa muun muassa sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäinen validiteetti pitää sisällään esimerkiksi tutkimuksen ajankohdan, otoksen määrän ja itse mittarin tarkastelua. Ulkoisesta validiteetista puhutaan, kun tarkastellaan tutkimuksen yleistettävyyttä. Tutkimuksen esitestauksella voidaan vaikuttaa ulkoiseen validiteettiin. (Hiltunen 2009.) Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään

esitestaamalla kyselylomake ennen käyttöönottoa (N=6). Kyselylomakkeen loi opinnäytetyöntekijä itse, jolloin kyselylomake ei ollut aikaisemmin käytössä.

Luotettavuutta voi heikentää kysymysten erilainen tulkinta. Kaikki eivät välttämättä tulkitse kysymyksiä samalla tavalla. Kysymysten tulisi olla yksinkertaisia ja helposti luettavissa. Kyselylomakkeen laadinnassa on huomioitava kysymysten asettelu ja muotoilu. Kysymyksissä olisi hyvä antaa vastaajalle mahdollisuus olla vastaamatta kysymyksiin, johon ei tiedä vastausta. Tällöin vastaaja ei sattumanvaraisesti valitsisi vain jotakin vastausta. Kysymykset pitäisi olla selkeästi muotoiltu välttämättä vaikeata sanastoa, joita vastaajat eivät välttämättä ymmärrä. (Hirsijärvi ym. 2007, 190-198.) Luotettavuuden kannalta kysymysten oikeanlainen operationalisointi, eli mitattavaan muotoon muuttaminen on tärkeää. Operationalisoinnilla voidaan vaikuttaa siihen, mittaako mittari sitä mitä pitääkin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin Likertin-asteikkoa, johon haluttiin sisällyttää vaihtoehto ”en osaa sanoa” jos kysymykseen ei osata vastata. Kyselylomakkeessa ei kysytä potilaan tulosityyttä, jolloin vastaajilla voi olla erilainen historia sairastamisesta ja seksuaalineuvonnan tarpeesta. Osaltaan tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetä seksuaalineuvonnan tämän hetkistä tarvetta, vaan sen toteutumista. Opinnäytetyöntekijä halusi käyttää Likertin-asteikkoa, koska tutkimuksessa mitataan seksuaalineuvonnan toteutumista ja sen kehittämistä. Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin muodostamaan aikaisemmasta tutkitusta tiedosta ja teoriasta, millä tavalla seksuaalineuvontaa voidaan toteuttaa. (LIITE 2.) Seksuaalineuvonta käsitteenä on monimerkityksellinen, jolloin opinnäytetyöntekijä aukaisi termin merkityksen eri kysymyksiin. Siten seksuaalineuvonnan toteutumista oli helpompaa mitata. Käsite toisin sanoen operationalisoitiin, eli muutettiin mitattavaan muotoon, millä pyrittiin varmistamaan, että kysymykset mittaavat oikeaa asiaa, eli tässä opinnäytetyössä seksuaalineuvonnan toteutumista. (LIITE 2.) Luotettavuutta haluttiin lisätä lisäämällä kyselylomakkeeseen yhtenäistä tietoa, mitä tässä kyselylomaketutkimuksessa tarkoitetaan seksuaalisuudella, seksuaalineuvonnalla ja tulosityyllä. Tutkimuksessa pyrittiin siihen, että jokainen vastaaja ymmärtäisi nämä samalla tavalla, jolloin välttyttäisiin virhetulkinnoilta.

Kyselylomaketutkimuksesta vastaukseksi saatiin jonkin verran ”en osaa sanoa” vastauksia. Vastauksista heräsi ajatus, olivatko kysymykset liian vaikeita ja ymmärsi-vätkö kaikki vastaajat kysymykset samalla tavalla. Vastauksiin voi vaikuttaa moni asia, esimerkiksi vastaajan tunnetila, jolloin ei haluta ottaa kantaa kielteisiin – eikä myöskään positiivisiin, asioihin (Hiltunen 2009). Pohdintaa herättää myös se, olivatko kysymykset kuitenkin riittävän selkeitä ja tuliko opinnäytetyöntekijä omille kysymyksille sokeaksi. Erityisesti kysymykset, joissa tarkasteltiin itsetunnon ja ihmis-suhteiden huomioimista, ”en osaa sanoa” vastauksia oli reilummin. Opinnäytetyön-tekijä olisi voinut valita selkeämmän termin kuvaamaan itsetuntoa.

Esitestauksessa esitestattavat olivat jollakin tavalla opinnäytetyöntekijälle tuttuja ja esitestauksesta saatu palaute oli positiivista. Jos esitestaus oltaisiin tehty täysin tuntemattomille, ilman opinnäytetyöntekijän läsnäoloa, palaute olisi voinut olla erilaista. Pohdintaa herättää myös kyselylomakkeen pituus. Jos kyselylomake olisi ollut lyhyempi, oltaisiinko siihen vastattu paremmin. Lyhyemmät kyselylomakkeet toimivat paremmin, jos halutaan saada asiakas vastamaan kyselyyn (Hirsijärvi ym. 2007, 190-198). Kyselylomake pyrittiin muodostamaan jo sen luomisvaiheessa yksinkertaiseksi ja lyhyeksi, joten kysymyksiä olisi ollut hyvin vaikea karsia. Pohdintaa herättää myös, olivatko vastausvaihtoehdot liian suppeat. Jos jostain asiasta ollaan hieman samaa tai hieman eri mieltä, voi olla helpompi vastata ”en osaa sanoa”.

Pohdintaa herättää myös eri asiakkaiden tulossyyn vaikutus vastauksiin. Vastauksista ei voida sanoa, kuinka kattavasti se edusti kohderyhmää, eli kaikkia naistentautien poliklinikan asiakkaita. Esimerkiksi, jos vastaajista enemmistö oli inkontinenssin vuoksi tullut poliklinikalle, otos muodostuisi enimmäkseen inkontinenssipotilaista. Seksuaalisuus on kuitenkin vahvasti osana ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja se tulisi huomioida aina kokonaisvaltaisessa hoidossa, oli tulosyyn mikä tahansa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 24; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijalla tulisi olla objektiivinen lähestymistapa tutkittavaan kohteeseen. Tämä tarkoittaa, ettei tutkijan oma kiinnostus ja asenne saa vaikuttaa tutkittavaan ilmiöön ja lopputulokseen. Kyselylomaketutkimuksessa, jossa tutkija ei näe tutkittavia, säilyy tutkijalla etäisyys tutkittaviin, mikä edesauttaa objektiivisen tutkimuksen toteutumista. (Vilkkä 2007, 16.)

Kyselylomakkeen objektiivisuuteen opinnäytetyöntekijä halusi kiinnittää alusta alkaen huomiota, sillä aiheeseen on ollut suuri kiintymys ja mielenkiinto. Kysymykset on pyritty muodostamaan niin, ettei kaikkiin kysymyksiin ”samaa mieltä” vastaamalla, saavuteta yhtenäistä tulosta, jolloin opinnäytetyöntekijä ei ohjannut kysymyksillä haluttua tulosta. Opinnäytetyöntekijä ei missään vaiheessa nähnyt vastaajia.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen määrällä on suuri merkitys. Mitä suurempi otos, sen paremmin se vastaa kohdejoukkoa ja kohdejoukon asennetta sekä mielipidettä. Luotettavuuden kannalta suuri vastausprosentti on aina parempi. (Vilkkä 2007, 16; Hiltunen 2009.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa vaarana voi olla otoskato, eli tilanne, jossa kaikkia haluttuja tutkittavia ei saada osallistumaan tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 82-83). Otoksen vähäisyyden lisäksi tutkimuksen luotattavuutta voivat heikentää muut systemaattiset virheet, esimerkiksi jos vastaajat eivät vastaa rehellisesti kysymyksiin, tai jos vastauksia kaunistellaan (Vilkkä 2007, 153).

Tässä opinnäytetyössä otos muodostui kahden kuukauden käynneistä. Tutkimuksen otosta pyrittiin saamaan suuremmaksi pidentämällä aineistonkeruu-aikaa kuukaudella, jolloin saataisiin tutkimuksesta myös luotettavampi. Tutkimus aloitettiin 1.11.2016 ja päätettiin 9.1.2016. Vuoden 2015 kävijämäärä oli 1897, jolloin kahden kuukauden kävijämääräksi muodostuisi 344. Jos tulosta vertaa aikaisemman vuoden kävijämäärään, vastausprosentiksi muodostuisi 14,5 %. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimus ei tavoittanut kaikkia tutkittavia, jolloin ei voida puhua täydellisestä kahden kuukauden otoksesta. Tutkimus ei kuitenkaan ollut sidoksissa aikaan ja tärkeintä oli, että vastaajat olivat naistentautien poliklinikan asiakkaita ja vastauksia saatiin.

Tutkimuksen toteutuksessa luotettavuuteen vaikuttaa myös tietolähteiden kriittinen tarkastelu. Ennen lähteiden käyttöä tulisi huolellisesti tarkistaa lähteen luotettavuus ja ajankohtaisuus. Epäluotettavien lähteiden käyttö vaikuttaa ratkaisevasti koko työn onnistumiseen. (Nuorteva 2006, 25.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt lähteet on pyritty kaikin puolin valitsemaan huolella, jotta ne olisivat ajankohtaisia ja luotettavia. Osa lähteistä on yli kymmenen vuotta vanhoja, jolloin opinnäytetyöntekijä on tarkastellut lähdeä entistä kriittisemmin.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen toteuttamiseen liittyy eettisiä kysymyksiä. Tutkijan valitsema aihe on jo itsessään eettinen ratkaisu. Aiheen valinnassa on pohdittava, miten tutkimus vaikuttaa osallistujiin ja ovatko sen vaikutukset kauaskantoisia. Tutkimuksen hyöty ei välttämättä kohdistu tutkittaviin, jolloin sen hyöty on nähtävissä vasta myöhemmin uusien potilaiden ja asiakkaiden hoidossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.) Tutkimuksen eettisyys on sitouduttu turvaamaan Suomessa Helsingin julistuksen myötä (1964). Julistuksesta ilmenee asiat, joita tutkijan tulee noudattaa toteuttaessaan tutkimusta muun muassa tutkittavan hyvinvoinnin säilymisestä, anonymiteetin säilymisestä sekä tutkittavan riittävästä tiedon saannista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173-175.)

Tutkimuksesta ei saa aiheutua tutkittavalle haittaa, ja tutkittavien etu sekä hyvinvointi on asetettava etusijalle. Tutkijan on selvitettävä tutkittaville, mitä tutkimuksessa tutkitaan ja mitkä ovat tutkimuksen tavoitteet ja käyttötarkoitus. Tutkittaville tulee olla selvillä, ennen tutkimuksen aloittamista, mihin he ovat osallistumassa. Tutkijan tulee myös kertoa tutkittaville tutkimukseen liittyvistä mahdollisista riskeistä ja tutkittaville olisi hyvä myös ilmetä tutkijan taustatiedot ja mihin tutkimusta aiotaan hyödyntää. Tutkittavalla pitää olla myös oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173-179.)

Aineistonkeruuseen ja käsittelyyn liittyy myös eettisiä kysymyksiä. Tutkijan on oltava totuudenmukainen käsitellessään tutkimusaineistoa. Tutkimusaineiston pitää perustua tutkimukseen, eikä sitä saa luoda tyhjästä. Tutkijan tulee huomioida kaikki vastaukset - jopa ne, jotka vaikuttavat tutkimuksen lopputulokseen ei-toivotulla tavalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös muiden luomien tekstien kunnioittaminen. Tutkijan tulee viitata muiden teksteihin kunnioittavalla ja asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2002.) Tutkijan tulee merkitä lähdeviittaukset oikein ja ilmoittaa jokaisesta tietolähteestä, jota tutkija ei ole itse luonut (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182). Tutkimukseen saatiin 50 palautettua vastauslomaketta. Yksi vastauslomake jouduttiin jättämään analysoinnin

ulkopuolelle, koska vastaukset olivat epäselviä ja tulkinnanvaraisia, jolloin vastauksia ei voitu käyttää tutkimukseen. Tietolähteiden käytössä opinnäytetyöntekijä pyrki tarkkuuteen eikä lainannut luvatta toisten luomia tekstejä.

Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia eikä niitä luovuteta ulkopuolisille tai muuhun kuin tutkittavan kanssa sovittuun käyttötarkoitukseen. Tutkijan on huolehdittava myös tutkimuksen jälkeen aineiston oikeasta käsittelystä ja hävittämisestä. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavan anonymiteettiä eikä tutkittavan henkilöllisyys saa ilmetä missään muodossa. (Jyväskylän yliopiston www-sivut 2015.) Anonymiteetillä tarkoitetaan, ettei tutkimuksen tuloksia luovuteta ulkopuolisille ja jokaisen vastaajan yksityisyys säilyy. Suomessa yli 15-vuotias voi antaa tietoisena suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-222.)

Potilaskäynnin päätyttyä hoitaja ojensi asiakkaalle kyselylomakkeen, jonka asiakas pystyi täytettyään laittamaan itse lukolla suljettuun palautuslaatikkoon. Täytettyä kyselylomaketta ei pystynyt näkemään kukaan muu kuin opinnäytetyöntekijä. Missään kysymyksessä ei tiedusteltu potilaan tulosyytä, minkä tarkoituksena oli helpottaa kokemusta anonymiteetin säilymisestä. Saatekirjeessä ilmoitetaan kyselyyn vastaamisen olevan täysin vapaaehtoista, eikä kyselyyn vastaaminen vaikuta potilaan saamaan hoitoon. Kyselyyn vastaajalle ilmaistaan myös tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä mihin tutkimuksella pyritään. Kyselyyn osallistujat olivat kaikki täysi-ikäisiä, jolloin huoltajien suostumusta ei tarvittu. Kyselyn päätyttyä ainoastaan opinnäytetyöntekijä näki kyselylomakkeet, joita säilytettiin vielä analysoinnin aikana lukitussa kaapissa. Analysoinnin päätyttyä opinnäytetyöntekijä hävitti kyselylomakkeet asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyöntekijä laati kysymykset neutraaleiksi, jotta kysymykset soveltuisivat erilaisiin elämäntilanteisiin, eikä niitä voitaisi yhdistää yksittäiseen tapaukseen. (LIITE 2.) Kysymyksiin vastanneille seksuaalisuus hoitotyössä saattoi herättää ajatuksia. Opinnäytetyöntekijä pyrki siihen, ettei kysymyksiin vastaaminen vaaranna mitenkään osallistujien hyvinvointia.

6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi. Tulokset ovat asiakkailta saatuja, joten niillä voidaan edustaa asiakkaiden näkökantaa. Tutkimuksesta saatujen tulosten valossa asiakkaille voitaisiin tarjota kirjallista materiaalia seksuaalisuuteen liittyen tai materiaali voitaisiin ainakin asettaa näkyvälle paikalle, josta kukin voisi itse ottaa - oman halun ja tarpeen mukaan. Materiaalin teettäminen tai hankkiminen, yksilöllisesti räätälöitynä, voi olla myös hankalaa, jolloin hoitohenkilökunta voisi tarjota luotettavaa Internet-sivua, josta löytyy tietoa seksuaalisuuteen liittyen. Tämä voisi olla hyvä vaihtoehto erityisesti nuoremmalle ikäpolvelle.

Materiaalin ja tiedon tarjoaminen voisi toimia aloitteena keskustelulle, jos seksuaalisuudesta keskusteleminen tuntusi muulloin hankalalta. Aikaisemmista tutkimuksista on käynyt ilmi (Petäjä 2010; Näppi 2011; Egholm 2013; Mattila 2014), että hoitajien koulutuksella ja tiedoilla seksuaalisuuden kohtaamisesta, on positiivinen yhteys seksuaalineuvonnan toteutumiseen. Jos hoitohenkilö kokee seksuaalisuuden huomioimisen hankalaksi puutteellisen tiedon vuoksi, olisi asiakkaan tällöin ainakin hyvä saada asiantuntevan henkilön yhteystiedot tai ohjeistusta eteenpäin asian kanssa.

Jatkotutkimusehdotuksia heräsi paljon. Ensimmäisenä olisi hienoa järjestää koulutus-tilaisuus, jossa koulutettu henkilö antaisi tietoa seksuaalisuuden huomioimisesta, esimerkiksi tässä tapauksessa eri naistentautien alueilla. Arkisempi tapa päivittää tietämystä seksuaalisuudesta olisi työpaikan hoitohenkilökunnan kesken järjestettävä hetki, jolloin keskusteltaisiin seksuaalisuuden huomioimisesta ja esimerkiksi jokaisen hoitotyöntekijän kokemuksia seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Tällöin voitaisiin yhdessä keskustella esimerkiksi mahdollisista negatiivisista kokemuksista, mutta voitaisiin myös jakaa toimivia ideoita, joista on ollut hyötyä. Toisena jatkotutkimuksena voisi olla saman tutkimuksen toistaminen muutaman vuoden kuluttua. Seksuaalisuuden huomioiminen on mennyt parempaan suuntaan vuosien varrella – kehitettävää on vielä kuitenkin. Tutkimus voitaisiin myös toteuttaa hoitajille, soveltaen kysymykset siihen tarkoitukseen, jolloin tuloksia voitaisiin vertailla keskenään. Kyselylomake voisi toimia myös hyvänä mittarina seksuaalineuvonnan toteutumisesta esimerkiksi ihotautien ja sisätautien potilailla.

6.5 Ammatillinen kasvu

Olen oppinut paljon uutta opinnäytetyöntekoprosessin aikana. Seksuaalisuuden huomioiminen hoitotyössä oli ennestään tärkeäksi koettu aihe – opinnäytetyön myötä merkitys kasvoi entuudestaan. Opinnäytetyön tekoon liittyi paljon kokonaisuuksia, jotka piti hallita hyvin – alku ei ollut ruusuilla tanssimista. Aiheen valinta selkeni nopeasti jo prosessin alussa, se ei kuitenkaan yksistään riittänyt onnistuneeseen prosessiin.

Tutkimuksen tekemisessä tärkeää on työn aikatauluttaminen ja työn mitoituksen ymmärtäminen. Aihe oli alusta alkaen minulle tärkeä ja motivoiva. Opinnäytetyöprosessin aikana tuli vaikeita hetkiä, jolloin koin pelkoa työn onnistumisesta ja etenemisestä. Epävarmuus työn onnistumisesta lietsoi entisestään tarttumasta työhön. Myös kyselylomakkeen laadintaan liittyi paljon ajatuksia; epävarmuus siitä pystynkö itse tekemään mahdollisimman hyvän ja luotettavan kyselylomakkeen.

Ensimmäisiä onnistumisen tunteita sai aikaan prosessin aikana valmiiksi tehty kyselylomake ja tutkimusluvan saaminen. Aihe on arkaluontoinen ja pelko tutkimusluvan hylkäämisestä kaiversi myös. Koin merkittäväksi hetkeksi työn etenemisen kannalta aineistonkeruun jälkeisen ajan, jolloin koin palavasti halua tietää ensimmäisen tutkimukseni tuloksista, ja kuinka voisin niillä vaikuttaa käytäntöön. Opin myös, että mitä enemmän työn kanssa ahertaa – sitä enemmän työstä löytyy parannettavaa.

Huomasin pitkän prosessin aikana myös oman ajatteluni kehittyneen. Työ oli kulkenut rinnallani yli vuoden, jonka aikana olen huomannut sisäistäväni paljon uutta tietoa. Jos vertaan tietotasoa vuosi sitten tuotettuun tekstiin, muutos on suuri. Prosessin aikana ymmärsin hyvin: minkä taaksensa jättää – sen edestään löytää. Uskon, että tässäkin oli opetuksen paikka minulle.

Sain paljon uutta tietoa seksuaalisuuden huomioimisesta potilastyössä, mistä on takuulla hyötyä työelämässä. Opinnäytetyön myötä into seksuaalineuvonnan kehittämiseen vain kasvoi. Kyselylomakkeen laadinta oli hyvin opettavaista. Jälkikäteen sanottuna, suurin kehitys on varmasti tapahtunut prosessin aikana ja seuraavan tutkimuksen toteutuksessa olisin jo viisaampi.

Opinnäytetyön tekeminen oli kaiken kaikkiaan hyvin opettavainen prosessi. Perehdyin erilaisiin tietolähteisiin ja lähteiden kriittinen lukutaito kehittyi. Tutkimuksen toteuttaminen oli uutta ja haastavaa – ehdottomasti kuitenkin sen arvoista. Löysin paljon uusia tietolähteitä, joiden käyttöä jatkan ammatissakin. Tietopaketti, jonka olen saanut, auttaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista työkentällä. Oli mielenkiintoista lukea tutkimuksia seksuaalineuvonnan toteutumisesta vuosien varrelta ja huomata, kuinka joissain asioissa on menty eteenpäin. Prosessin loppusuoralla oli hienoa huomata, kuinka kohdeorganisaatio suhtautui työhön ja siitä saatuihin tuloksiin vastaanottavin mielin.

Jos minulta kysyttäisiin, tekisinkö työssäni joitain asioita toisin, vastaaminen olisi helppoa – ehdottomasti tekisin. Uskon kuitenkin, että prosessi oli kasvun aikaa ja kokemus siitä, että asioita olisi voinut tehdä toisin, on myös merkki uuden oppimisesta. Voisin jopa sanoa, etten kadu valintojani opinnäytetyössä, koska prosessin aikana kehitys oli suurta. Opinnäytetyön tekeminen herätti uudenlaista innostusta aiheen tutkimiseen, jota mielelläni haluaisin jatkaa.

LÄHTEET

- Aittila, M. & Kuusela, J. 2008. Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.5.2016.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-1209796845-6>
- Bildjuschkin, K. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: Kirjapaja
- Egholm, A. 2013. Nurses' attitudes and beliefs towards discussing sexuality with patients. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.10.2016.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015052510079>
- Eskola, K. & Hytönen E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1-2. p. Porvoo: WSOY
- Grundström, H., Wallin, K. & Berterö, C. 2011. 'You expose yourself in so many ways': young women's experiences of pelvic examination. Teoksessa Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Viitattu 2.2.2017.
<http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2011.560692>
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa, tiedon tarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.2.2017. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8760-6>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Helsinki: Edita
- Hillman, T. & Männistö, E. 2008. Seksuaaliterveyden edistämisen osaaminen hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.12.2016.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200812024194>
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Viitattu 2.12.2016.
http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf
- Hirsijärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki: Tammi
- Ihme, A. & Rainto S. 2008. Naisen terveys, Helsinki: Edita
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 41–59.
- Jyväskylän yliopiston www-sivut. 2015. Tutkiminen. Viitattu 10.11.2015.
www.jyu.fi
- Kananen, J. 2008. Kvantti; kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim

Kontula, O. 2016. Lemmen Paula. Seksuaalinen hyvinvointi parisuhde onnen avaimena. Helsinki: Väestöliitto

Koponen, J., Koponen, S. & Rekola, M. 2009. Naiseus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia. AMK-opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.

Viitattu 7.1.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200911025257>

Kukkeenmäki, M. 2014. Gynekologisen laskeumaleikkauksen merkitys naisen seksuaaliselle kehonkuvalle ja seksuaaliselle itsetunnolle. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.2.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013120520182>

Mattila, K. 2014. Sairaanhoidtajien asenteet seksuaaliohjausta kohtaan. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.12.2016.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014121019329>

Nuorteva, J. 2006. ”Lähdekritiikki”. Teoksessa P. Hiidenmaa (toim.) R. Jussila & A. Nissilä. Hyvä Kirja. Helsinki: Suomen tietokirjailijat ry, 21-30.

Näppi, E. 2011. Hoitohenkilökunnan kokemukset kirurgisella vuodeosastolla annettusta seksuaalineuvonnasta. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.4.2016.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011111014428>

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E & Äimälä, A. 2015. Kätilötyö. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Petterson-Bodin, A. 2014. En litteraturöversikt – Att beskriva vad som påverkar kvinnors sexualitet efter behandling för äggstockscancer. AMK-opinnäytetyö. Skövden korkeakoulu. Viitattu 29.1.2017.

<http://his.diva-portal.org/smash/get/diva2:712892/FULLTEXT01.pdf>

Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen.

Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.5.2016.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112816030>

Rauman sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen menettelyohje opinnäytetyö-/ tutkimusluvan hakemiseen 20.10.2014. Viitattu 1.12.2016. https://www.rauma.fi/wp-content/uploads/2016/12/opinnayte-tai_tutkimusluvan_hakeminen.pdf

Rosenberg L. 2015. Seksuaalisuus ja syöpä. Helsinki. Suomen syöpäpotilaat ry.

Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Jyväskylän ammattikorkeakoulu & Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.5.2016. www.Seksologinenseura.fi

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

Suista-Virtanen, M. 2016. Osastonhoitaja, Rauman aluesairaala, naistentautien poliklinikka. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 19.5.2016.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 8.1.2017.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2016. Seksuaalisuus. Viitattu 5.5.2016.
www.thl.fi

Tilastokeskuksen www-sivut. Aineistonkeruumenetelmät. Viitattu 5.5.2016.
www.Tilastokeskus.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 1.12.2016. www.tenk.fi

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 5.12.2016. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Väestöliiton www-sivut. 2015. Seksuaalisuus. Viitattu 2.6.2015. www.vaestoliitto.fi

Väestöliiton www-sivut. 2017. Seksuaalisuus ja seksi raskauden aikana. Viitattu 5.2.2017. www.vaestoliitto.fi

Väestöliiton www-sivut. 2017. Nuoret ja seksi. Viitattu 5.2.2017.
www.vaestoliitto.fi

WHO, 2002. Defining sexual health. Viitattu 10.11.2015
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health

Hei!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Selvitän opinnäytetyössäni hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla, ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteenani on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi.

Kaikilla vastauksilla on suuri merkitys tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti heti tutkimuksen valmistuttua. Henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan missään vaiheessa tutkimusta.

Kyselyyn vastaaminen ei vaikuta millään tavalla saamaanne hoitoon. Kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista. Arvostan suuresti jokaista vastausta ja jokainen vastaus on tärkeä. Tutkimuksen vastaaminen vie aikaa noin viisi minuuttia. Vastaamisen jälkeen lomake palautetaan palautelaatikkoon. Tutkimusta ohjaa lehtori Sirke Ajanko. Kiitän tutkimukseen osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

Jemina Oittinen

SAMK Rauma

jemina.oittinen@student.samk.fi

Sirke Ajanko

SAMK Rauma

sirke.ajanko@samk.fi

KYSELYLOMAKE

Tässä opinnäytetyössä seksuaalisuudella tarkoitetaan tulosityn vaikutusta ja siitä aiheutuvia muutoksia itsetuntoon ja vartaloon, seksuaalisiin toimintoihin ja yhdyntään sekä kumppanuuteen, ihmissuhteisiin ja niiden muodostamiseen. Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa hoitohenkilökunta huomioi näitä tekijöitä ja ottaa puheeksi ohjauksessa ja hoitotilanteissa. Tulosityllä tarkoitetaan tilaa, jonka vuoksi poliklinikalle on tullut ja siihen mahdollisesti liittyviä hoitoja ja lääkintää.

I TAUSTATIEDOT

Ympyröi itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto

1. Käynti

- a) ensikäynti
- b) uusintakäynti

2. Ikä vuosina (v.)

- a) alle 22
- b) 23–35
- c) 36–44
- d) 45–65
- e) yli 65

LIITE 2

Seksuaalisuudella tarkoitetaan tulosityn vaikutusta ja siitä aiheutuvia muutoksia itsetuntoon ja vartaloon, seksuaalisiin toimintoihin ja yhdyntään sekä kumppanuuteen, ihmissuhteisiin ja niiden muodostamiseen. **Seksuaalineuvonnalla** tarkoitetaan tilannetta, jossa hoitohenkilökunta huomioi näitä tekijöitä ja ottaa puheeksi ohjauksessa ja hoitotilanteissa. **Tulosyillä** tarkoitetaan tilaa, jonka vuoksi poliklinikalle on tullut ja siihen mahdollisesti liittyviä hoitoja ja lääkintää.

II SEKSUAALINEUVONNAN TOTEUTUMINEN

Rastita itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto (1-3)

1= samaa mieltä

2= en osaa sanoa

3= eri mieltä

3. Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset ja muutokset itsetuntooni	1	2	3
4. Hoitohenkilökunta on huomioinut hoitotilanteessa tulotilanteeni vaikutukset vartalooni ja sen muutoksiin	1	2	3
5. Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset yhdynnän toteuttamiseen	1	2	3
6. Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset ihmissuhteisiini	1	2	3
7. Hoitajan kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	1	2	3

LIITE 2

8. Hoitaja osoittaa kiinnostustaan keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla läsnä	1	2	3
9. Hoitaja osoittaa kiinnostustaan keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla kiinnostunut nykytilanteestani	1	2	3
10. Hoitajalla on aikaa keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	1	2	3
11. Hoitotilanne oli tarpeeksi rauhallinen; pystyisin siellä keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	1	2	3
12. Hoitotilanne oli tarpeeksi yksityinen; pystyisin keskustelemaan seksuaalisuudestani pelkäämättä ulkopuolisten kuulevan	1	2	3
13. Olen saanut kirjallista materiaalia, esimerkiksi opaslehden, tulosityni vaikutuksesta seksuaalisuuteen	1	2	3

III SEKSUAALINEUVONNAN KEHITTÄMINEN

Rastita itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto (1-3)

1= samaa mieltä

2= en osaa sanoa

3= eri mieltä

LIITE 2

14. Jos haluan keskustella seksuaalisuudesta, haluan ottaa asian itse puheeksi	1	2	3
15. Seksuaalineuvontaa tulisi antaa yksityisessä huoneessa ilman ylimääräistä hoitohenkilökuntaa	1	2	3
16. Haluaisin saada pyytämättä automaattisesti kirjallista materiaalia tulotilanteeni vaikutuksesta seksuaalisuuteeni	1	2	3
17. Haluaisin saada pyytämättä automaattisesti asiantuntevan henkilön yhteystiedot, jonka kanssa voisin keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista myöhemmin	1	2	3
18. Seksuaalisuudesta olisi helpompi keskustella, jos hoitaja tekisi aloitteen keskustelulle	1	2	3
19. Hoitajan työtehtäviin ei kuulu seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	1	2	3

Kiitos vastauksistanne!

ALKUPERÄISET FREKVENSSIT

Käynti		
	<i>N</i>	%
ensikäynti	n=23	47
uusintakäyn- ti	n=26	53
Yht.	49	100

Ikä		
	<i>N</i>	%
alle 22	n=1	2
23–35	n=20	41
36–44	n=7	14
45–65	n=20	41
yli 65	n=1	2
Yht.	49	100

Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset ja muutokset itsetuntooni

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	n=19	39
en osaa sa- noa	n=20	41
eri mieltä	n=10	20
Yht.	49	100

LIITE 3

Hoitohenkilökunta on huomionnut hoitotilanteessa tulotilanteeni vaikutukset vartalooni ja sen muutoksiin

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	31	63
en osaa sanoa	11	22
eri mieltä	7	14
Yht.	49	100

Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset yhdynnän toteuttamiseen

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	20	41
en osaa sanoa	16	33
eri mieltä	13	27
Yht.	49	100

Hoitohenkilökunta on ottanut puheeksi tulotilanteeni vaikutukset ihmissuhteisiin

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	12	24
en osaa sanoa	21	43
eri mieltä	16	33
Yht.	49	100

Hoitajan kanssa olisi helppo keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	38	78
en osaa sanoa	8	16
eri mieltä	3	6
Yht.	49	100

Hoitaja osoittaa kiinnostustaan keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla läsnä

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	34	69
en osaa sanoa	12	24
eri mieltä	3	6
Yht.	49	100

Hoitaja osoittaa kiinnostustaan keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista olemalla kiinnostunut nykytilanteestani

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	31	63
en osaa sanoa	13	27
eri mieltä	5	10
Yht.	49	100

Hoitajalla on aikaa keskustella kanssani seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	29	59
en osaa sanoa	14	29
eri mieltä	6	12
Yht.	49	100

Hoitotilanne oli tarpeeksi rauhallinen; pystyisin siellä keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	43	88
en osaa sanoa	5	10
eri mieltä	1	2
Yht.	49	100

Hoitotilanne oli tarpeeksi yksityinen; pystyisin keskustelemaan seksuaalisuudesta pelkäämättä ulkopuolisten kuulevan

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	41	84
en osaa sanoa	7	14
eri mieltä	1	2
Yht.	49	100

Olen saanut kirjallista materiaalia, esimerkiksi opaslehden, tulossyyni vaikutuksesta seksuaalisuuteen

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	13	27
en osaa sanoa	12	24
eri mieltä	24	49
Yht.	49	100

Jos haluan keskustella seksuaalisuudesta, haluan ottaa asian itse puheeksi

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	26	53
en osaa sanoa	9	18
eri mieltä	14	29
Yht.	49	100

Seksuaalineuvontaa tulisi antaa yksityisessä huoneessa ilman ylimääräistä hoitohenkilökuntaa

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	32	65
en osaa sanoa	11	22
eri mieltä	6	12
Yht.	49	100

Haluaisin saada pyytämättä automaattisesti kirjallista materiaalia tulotilanteeni vaikutuksesta seksuaalisuuteen

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	25	51
en osaa sanoa	14	29
eri mieltä	10	20
Yht.	49	100

Haluaisin saada pyytämättä automaattisesti asiantuntevan henkilön yhteystiedot, jonka kanssa voisin keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	22	45
en osaa sanoa	10	20
eri mieltä	17	35
Yht.	49	100

Seksuaalisuudesta olisi helpompi keskustella, jos hoitaja tekisi aloitteen keskustelulle

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	31	63
en osaa sanoa	13	27
eri mieltä	5	10
Yht.	49	100

Hoitajan työtehtäviin ei kuulu seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

	<i>N</i>	%
samaa mieltä	2	4
en osaa sanoa	14	29
eri mieltä	33	67
Yht.	49	100

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN TEKIJÄ	Sukunimi Oittinen	Etinimet Jemina Marjatta
	Osoite Hallikatu 10 A2	Postinumero ja postitoimipaikka 26100 Rauma
	Puhelin <input type="text"/>	Sähköpostiosoite jemina.oittinen@student.samk.fi
	Sukunimi (Muut tekijät)	Etinimi
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Satakunnan ammattikorkeakoulu	
	Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma	

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA	Nimi Sirke Ajanko	
	Toimipaikka ja osoite Satamakatu 26, 2601 Rauma	
	Puhelin <input type="text"/>	Sähköpostiosoite sirke.ajanko@samk.fi
	Oppiarvo ja ammatti Hoitotyön lehtori	

OPINNÄYTETYÖ/ TUTKIMUS	Opinnäytetyön/ tutkimuksen nimi Seksuaalineuvonta naistentautien poliklinikalla
	Opinnäytetyön/ tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK –opinnäytetyö
	<input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä
	<p>Lyhyt yhteenveto (Opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat.)</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten seksuaalineuvonta toteutuu Rauman aluesairaalan naistentautien poliklinikalla, ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien antamaa seksuaalineuvontaa asiakaslähtöisemmäksi. Tutkimus on kvantitatiivinen, valikoitu kyselylomaketutkimus, Likert-asteikkoa käyttäen. Aineisto analysoidaan Tixel-ohjelmalla. Asiakkaan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan, eikä asiakasta voida tunnistaa kyselylomakkeesta. Vastaukset palatetaan suljettuun laatikkoon, eikä niitä näe kukaan muu kuin opinnäytetyöntekijä.</p>


 OPINNÄYTETYÖ-/
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2(2)

YHTEYSHENKILÖ(T) SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA	Jotta opinnäytetyö/tutkimuksen teko voidaan suorittaa mahdollisimman joustavasti ja a.o. yksikön kannalta mielekkäästi, on tutkijan syytä ennen varsinaista luvanhakua ottaa yhteys tämän yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat. Yhteyshenkilön nimi merkitään tähän	
	Nimi Marja Lehtimäki, Merja Suista-Virta	Yksikkö RAS, Naistentautien poliklinikka
	Puhelin [REDACTED]	Sähköposti merja.suista-virta@rauma.fi

HAKEMUKSEN LIITTEET	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö-/tutkimussuunnitelma, josta ilmenevät opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointi, tutkimuksen arviointi, eettiset näkökohdat. <input checked="" type="checkbox"/> Kyselylomake <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Aineiston keruu-aika (alkaa/päättyy) 21.10. - 30.11.2016	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika 15.12.2016

TUTKIJAN SITOUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä a.o. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön. <p>Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaihteluvelvollisuutta ja luovuttamaan korvauksetta opinnäytetyöstä/tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta, kannellinen ja toinen ilman, Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolle. Mikäli opinnäytetyön/ tutkimuksen teko keskeytyy, tulen ilmoittamaan siitä Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämisspalveluun.</p>
--	--

ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika Rauma	5 11 2016
	Allekirjoitus ja nimen selvitys 	JEMINA UITTANEN

Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus:

 Rauman sosiaali- ja terveysvirasto
 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 Rauma
 puhelinvaihe 02 834 11 tai 02 835 11

 RAUMAN KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveysvirasto
 PL 283
 26101 RAUMA
 www.rauma.fi

 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 RAUMA
 vaihe 02 83411/02 83511

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
20.10.2016

93/2016

Muut asiat
/0//0

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä kos00kevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

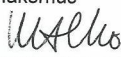
Opinnäytetyö/tutkimus:

Seksuaalineuvonta naistentautien poliklinikalla

Jemina Oittinen, Hallikatu 10 A 2, 26100 Rauma

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen allekirjoitus 
Marja-Leena Alho
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 26.10.2016

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto asianosaiselle Tämä päätös on [x] lähetetty tiedoksi mainituille Tämä päätös on [] annettu tiedoksi mainituille Päiväys 20.10.2016

Tiedoksiantaja Terttu Grönvall

Otto-oikeus Oikaisuvaatimus-ohjeet Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimusviranomainen
Sosiaali- ja terveyslautakunta, PL 283, 26101 Rauma

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon viimeistään seitsemäntenä (7) päivänä päätöksen postituspäivän jälkeen. Kunnan jäsenen, joka ei ole asianosainen, katsotaan saaneen tiedon silloin, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Vaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusviranomaiselle postitse, henkilökohtaisesti tai lähetin välityksellä. Toimitustavasta riippumatta vaatimuksen on oltava oikaisuvaatimusviranomaisella ennen aukioaloajan päättymistä viimeistään neljäntenätoista (14) päivänä päätöksen tiedoksisantipäivästä mainittua päivää lukuunottamatta.