

Hanna Railamaa

POTILAAN SEKSUAALIOHJAUS JA NEUVONTA.
Potilaspalaute Satakunnan keskussairaalan osastolta A6 keväällä
2014.

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2014

POTILAAN SEKSUAALIOHJAUS JA NEUVONTA. Potilaspalautte Satakunnan keskussairaalan osastolta A6 keväällä 2014.

Railamaa, Hanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2014
Ohjaaja: Taavela, Raija
Sivumäärä: 33
Liitteitä: 1

Asiasanat: potilasneuvonta, seksuaalisuus, syöpätauti

Yhteistyökumppaninani tässä tutkimuksellisessa opinnäytetyössä toimi Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten seksuaaliohjaus puheeksiottamisen menetelmää käyttäen toimii osastolla ja miten syöpään sairastuminen on vaikuttanut potilaan kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen.

Tavoitteena oli saada vastauksia kolmeen kysymykseen; ”miten satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6:n potilaat kokevat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteensa liittyen, sairaalavaiheen aikana?” ”Miten syöpäsairaus muuttaa seksuaalisia tarpeita?” ja ”Minkälaista on hyvä potilaanohjaus ja puheeksiottamistapa syöpään sairastuneen kohdalla osastolla A6?”.

Opinnäytteeseen sisältyvä tutkimus suoritettiin kyselylomakkeella, joka sisälsi erilaisia kysymyksiä avoimista strukturoituihin monivalintakysymyksiin. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 13, joista kolme (3) oli naisvastaajia ja kymmenen (10) oli miesvastaajia.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, ettei puheeksiottamisen menetelmä toteudu päälimmäisenä vaihtoehtona seksuaaliasioiden käsitellessä. Vastaajista 62 % oli saanut kirjallista materiaalia, muttei keskustellut hoitajan kanssa. Kahdenkeskisiä hoitajalähtöisiä keskusteluja kuitenkin kaivattiin lisää.

Sairastumisen vaikutukset seksuaalisuuteen olivat lähes kaikissa vastauksissa negatiiviset. Vastauksista päätellen sana syöpä liitetään edelleen hyvin läheisesti kuolemaan, eikä ihmisillä välttämättä ole ajantasaista tietoa syövästä sairaudesta.

Kehittämisehdotukseksi olisi luoda yhtenäinen linjaus seksuaalisuuden puheeksiottamiselle potilasohjaustilanteessa, niiden hoitajien kesken jotka ovat sinut seksuaaliasioiden käsittelyssä.

THE PATIENT'S SEXUAL GUIDANCE AND COUNSELING. Patient feedbacks from Satakunta hospital ward A6 at spring 2014.

Railamaa, Hanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2014

Supervisor: Taavela, Raija

Number of pages: 33

Appendices: 1

Keywords: patient counseling, sexuality, cancer

My partner in this research thesis was the Satakunta Hospital ward A6. The purpose of this study was to determine how the issue of sexual guidance within the ward is brought up and how cancer has affected the patient's perception of their body image and their sexuality.

The purpose of this research was to answer three questions these are; "how do the patients of A6 feel in relation to their knowledge about the sexual related changes and body image changes during the illness, during the hospital phase of their treatment?" "How does cancer change the person's sexual needs?" and "What is good patient guidance and how is it best to bring up this topic with cancer patients on A6?"

The research for this topic was conducted using a questionnaire. The questionnaire included a variety of questions from open questions to structured multiple-choice questions. In total 13 questionnaires were returned, three (3) of the respondents were female and ten (10) were male.

The results of the questionnaires showed that discussions in regards to sexuality weren't the first option in dealing with these issues. It showed that 62% of the respondents had received written information in relation to sexuality issues, but it had not been discussed with a healthcare professional, and the respondents also said that they would want more healthcare professional driven discussions in relation to body image and sexuality. The questionnaires also showed a very negative response when asked about the effect of illness on their sexuality. Judging by the responses, the word cancer is still very closely connected to death and the patients may not have updated information on cancer as a disease.

Ideas on how to create a uniformed sexual guidance education programme need to be developed for patients so that patients are able to raise these issues with ease, but this also would depend on how comfortable the nurses are with handling sexual cases themselves.

SISÄLLYS

1	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	6
3.1	Seksuaalisuus käsitteen määrittely ja ulottuvuudet.....	6
3.2	Seksuaalioikeudet	8
3.3	Syöpä ja seksuaalisuus	9
3.4	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen.....	11
3.4.1	Blissit-malli	12
3.4.2	Better-malli	14
3.4.3	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen; työntekijän muistilista	15
4	OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA MENETELMÄT	16
4.1	Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6.....	16
4.2	Määrällinen ja laadullinen tutkimusote.....	17
4.3	Kysely tutkimusmenetelmänä.....	18
4.4	Aineiston keruu osasto A6: lla.....	19
4.5	Aineiston analyysi.....	20
5	KYSELYN TULOKSET.....	21
5.1	Vastaajat.....	21
5.2	Vastaukset kysymyksittäin 4-15.	21
6	TULOSTEN POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	28
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	29
	LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

1 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössäni käsittelen syöpään sairastumisen vaikutusta ihmisen seksuaalisuuteen, sekä seksuaaliasioiden potilasohjauksen toteutumista puheeksiottamisen menetelmää käyttäen. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössäni toimii Satakunnan sairaanhoitopiirin hematologinen osasto A6.

Loppuvuodesta 2012 oli opinnäytetyöinfo, jossa oli edustajia mm. Satakunnan sairaanhoitopiiristä. Heillä oli valmiina muutamia aiheita, minkälaisia tutkimuksia he kaipaivat tehtäväksi Satakunnan sairaanhoitopiirille. Yhtenä aiheena oli seksuaalisuus ja syöpä, tartuin aiheeseen koska se kuulosti mielenkiintoiselta. Aloitin tutustumisen opinnäytetyötäni koskevaan aihepiiriin selaamalla Theseus- tietokannasta aikaisempia opinnäytetöitä jotka käsittelivät syöpää, seksuaalisuutta sekä niitä yhdessä. Aiheesta löytyi Satakunnan alueella tehtyjä tutkimuksia mm. rintasyövän aiheuttamista muutoksista naiseudessa, gynekologista/urologista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia seksuaalineuvonnasta osastolla ja syövän vaikutuksista seksuaalisuuteen. Niiden kautta sain hyviä lähdeideoita omaan työhöni. Tutustuin myös kirjalliseen materiaaliin, jota seksuaalisuuden puheeksiottamisesta löytyi aika niukalti, käyttäen apuna koulun- sekä kaupunginkirjastoa. Kävin Satakunnan syöpäyhdistyksellä keskustelemassa syöpäsairaanhoitaja Päivi Riekkisen kanssa, jolta sain kirjallista materiaalia ja suullista neuvontaa opinnäytetyön mittarin laadinnassa. Osallistuin myös Hematologi Seppo Vanhatalon lääkäriluennolle joka käsitteli Lymfoomia. Sain kerättyä itselleni hyvän määrän lähdemateriaalia, ideoita mittarin toteutukseen ja hyvän yleiskuvan lähestyä omaa opinnäytetyöaiheeni. Opiskeltuani koulussa vapaavalintaisen Seksuaaliterveyden perusteet kurssin, sain näkökulmia ja perspektiiviä sairauden vaikutuksesta ihmisen seksuaalisuuteen ja minäkuvaan.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaskyselyn avulla, miten seksuaaliohjaus potilaiden mielestä osastolla A6 toimii. Sekä miten syöpään sairastuminen on

vaikuttanut potilaan omaan kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen. Potilaskyselyn tulosten analysoinnin avulla, opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää syöpään sairastuneiden potilaiden seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa osastolla.

Opinnäytetyön tutkittavat kysymykset:

- 1) Miten Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6:n potilaat kokevat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteensa liittyen, sairaalavaiheen aikana?
- 2) Miten syöpäsairaus muuttaa sairastuneen seksuaalisia tarpeita?
- 3) Minkälaista on hyvä potilaanohjaus ja puheeksiottamistapa syöpään sairastuneen kohdalla osastolla A6?

3 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Seksuaalisuus käsitteen määrittely ja ulottuvuudet

Seksuaalisuus on ihmisen perusvietti, jota ilman ei ole ihmistä. Se on henkinen ja fyysinen käsite, sekä psykofyysinen ominaisuus joka liittyy koko elämänkaareen. Seksuaalisuus on paljon enemmän kuin seksi, vaikka se usein käsitteenä niin mielletään. Se on yksilöllinen perustarve, suhde omaan kehoon ja minään, sekä naisena että miehenä. Seksuaalisuus tarvitsee hyväksyntää, sekä omaa, että muiden. Seksuaalisuus on kokemusta, läheisyyttä, iloa, surua, toiveita, pettymyksiä, miehenä ja naisena elämistä, hyväksytyksi tulemistä ja osa tunnemaailmaa. Sillä on merkitystä myös siinä millaisena ihminen itsensä näkee ja miten hän kokee muiden ihmisten näkevän hänet. Seksuaalisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle erilainen ja se vaihtelee erilaisissa elämäntilanteissa ja vaiheissa. Tärkeintä on kuitenkin seksuaalisuuden yksilöllisyys, joka on pysyvä elämäntilanteesta, ihmisen iästä tai muista tekijöistä riippumatta. (Rosenberg 2007, 7.)

Seksuaalisuuteen kuuluvat seksuaalinen kehitys, seksuaalinen suuntautuminen, biologinen sukupuoli, sosiaalinen sukupuoli-identiteetti, sekä sen mukainen rooli ja suunjataminen. Seksuaalisuutta voidaan ilmaista sekä kokea monin eri tavoin, niin

asenteissa, uskomuksissa kuin suhteessa itseen ja toisiin. Seksuaalisuuteen vaikuttavat myös psykologiset, biologiset, kulttuurilliset, sosiaaliset, uskonnolliset, historialliset sekä taloudelliset ja henkiset tekijät. (Väestöliitto 2013.) Seksuaalisuuden ulottuvuudet voidaan jakaa neljään osaan; eettinen ulottuvuus johon kuuluu ihmisen ihanteet, uskonnolliset käsitykset, moraalikäsitteet ja arvot. Biologinen ulottuvuus johon kuuluu lisääntyminen, raskauden ehkäisy, seksuaaliset reaktiot, kasvu ja kehitys, fysiologiset syklit ja muutokset sekä fyysinen ulkonäkö. Kolmantena on psyykinen ulottuvuus, johon kuuluvat ihmisen tunteet, elämykset, minä-käsitys, motivaatio, ilmaisukyky, opitut asenteet ja opittu käyttäytyminen. Neljäs ulottuvuus on kulttuurinen, joka pitää sisällään perheen ja naapurit, ystävät, koulun, seurustelun, avioliiton, lait, tavat, tiedotusvälineet ja mainonnan. Mitä laaja-alaisemmin seksuaalikäsitteen ymmärtää, sitä moniulotteisemman ja kokonaisvaltaisemman työotteen pystyy hallitsemaan. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 358.)

Ihmisen seksuaalisuus on erittäin laaja, sekä monimutkainen kokonaisuus. Erittely on vaikeaa, onko ruumiillinen seksuaalisuus ensisijaisesti biologista hormonitoimintaa, välittäjäaineiden tuottamia reaktiovasteita vai aivot toimintaa. Neurologit ovat korostaneet että aivot on ihmisen tärkein sukupuolielin, näin onkin, ainakin tietoisesti mielihyvää- ja tunnetasolla koetun seksuaalisuuden suhteen. Kehossa on seksuaalisuutta myös ilman keskushermoston kognitiivisia toimintojakin. Esimerkiksi koomassa olevilla henkilöillä esiintyy erektioita vasteena sukupuolielimen paikalliselle ärsytykselle. Myös sukupuolirauhaset toimivat tajunnan tasosta riippumatta. Seksuaalisuutta tulisi tarkastella eri näkökulmista ja saada niiden kautta muodostettua integroitunut kokonaiskäsite. (Virtanen 2002, 35.)

Sex on kantasana seksuaalisuus-terminille. Se on peräisin latinan kielen verbistä *secare*, eli leikata tai jakaa. Englannin kieleen sana *sex* tuli sukupuolta ilmaisevana sanana latinankielisen raamatun käännöksessä vuonna 1382. Käsite vakiintui käyttöön ja Oxford English Dictionaryn vuoden 1651 painoksessa sana ”sex” selitettiin tarkoittavan naista ja miestä sekä kykyä lisääntyä. Sitten termin käyttö levisi muihin eurooppalaisiin kieliin ja on muodostui yleismaailmalliseksi sukupuolisuuden käsitteeksi. (Virtanen 2002, 35.)

3.2 Seksuaalioikeudet

Seksuaalioikeudet ovat ihmisoikeuksia, jotka perustuvat kaikille ihmisyyksilöille luonnostaan kuuluvaan vapauteen, tasavertaisuuteen ja arvokkuuteen. Terveys on perustava ihmisoikeus, siksi myös seksuaaliterveyden tulee olla perusoikeus. Jotta voimme varmistaa että yksittäiset ihmiset ja yhteiskunnat saavuttavat terveen seksuaalisuuden, pitää seuraavat seksuaalioikeudet tunnustaa ja niitä edistää sekä kunnioittaa ja puolustaa kaikissa yhteiskunnissa, kaikin keinoin.

1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen.

Sisältää yksilöiden mahdollisuuden ilmaista seksuaalisia taipumuksiaan täydesti, mutta sulkee pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja riiston.

2. Oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysiseen turvallisuuteen.

Sisältää kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä, oman sekä yhteisön etiikan mukaisesti.

3. Oikeus seksuaaliseen yksityisyyteen.

Sisältää oikeuden yksilöllisiin päätöksiin, sekä yksilölliseen käyttäytymiseen läheisissä suhteissa, kun se ei loukkaa muiden seksuaalisia oikeuksia.

4. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen.

Tarkoittaa vapautta syrjinnästä, riippumatta sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, rodusta, iästä, sosiaaliluokasta, uskonnosta, fyysisestä tai psyykkisestä vammaisuudesta.

5. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään.

Seksuaalinen mielihyvä on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.

6. Oikeus seksuaaliseen tunteiden ilmaisuun.

Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan koskettamalla, kommunikoidamalla, tunteita ilmaisemalla ja rakastamalla.

7. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen.
Tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, sekä erota. Mahdollisuutta solmia vastuullisia seksuaalisia liittoja.
8. Oikeus tehdä vapaita vastuullisia ehkäisyvalintoja.
Sisältää oikeuden päättää lasten hankinnasta, lukumäärästä ja ajoituksesta, sekä oikeuden kattaviin syntyvyyden säännöstelykeinoihin.
9. Oikeus tieteellisesti tutkittuun seksuaalisuutta koskevaan tietoon.
Sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman sekä tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla. Myös että sitä tietoa jaetaan yhteiskunnan kaikille tahoille.
10. Oikeus monipuoliseen seksuaaliseen tietoon ja sivistykseen.
Elämän pituinen prosessi, jonka tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.
11. Oikeus seksuaaliterveyden hoitopalveluihin.
Seksuaaliterveyden hoitopalvelujen tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa ja ongelmissa, niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. (Virtanen 2002, 16, 17.)

3.3 Syöpä ja seksuaalisuus

Sairastuminen syöpään koskettaa ihmisen elämän kaikkia osa-alueita. Se vaikuttaa itsetuntoon, minäkuvaan, seksuaaliseen minäkuvaan, parisuhteeseen, sekä usein myös käytännön seksitoimintoihin. Toki syöpä ei poista ihmisestä seksuaalisuutta, mutta saattaa lamaannuttaa sen pitkäksi aikaa ja muuttaa sitä henkisellä sekä fyysisellä tasolla. Kun ihminen sairastuu, hän joutuu kohtaamaan omat tunteensa, kumppanin reaktiot, ympäristön käytöksen sekä ennakkoluulot. Omat tunteet saattavat ylittää, mutta sairaudesta ja raskaista hoidoista huolimatta, pitäisi löytyä voimia myös niiden selvittämiseen. Mitä tärkeämpiä asioita seksuaalisuus ja seksi ovat potilaalle

olleet, sitä suurempi asia-alue on uhattuna. Mutta useimmiten on myös niin, että seksuaalisuuden ollessa tärkeää, sen eheyttämiseen panostetaan enemmän ja tuloksia saadaan nopeammin aikaan. (Rosenberg 2007, 12, 13.)

Vaikka päällimmäinen tunne olisi, että sairastuminen on seksuaalisuuden tuho, voi sen vaikutus olla myös myönteistä. Pelko läheisen ihmisen menettämisestä, sekä sairauden aiheuttama asioiden tärkeysjärjestys saattavat parantaa ja lähentää ihmissuhdetta. Toisen olemassaolo ei olekaan enää itsestään selvyys, vaan sen tärkeys huomataan. Halu lohduttaa ja kertoa tunteista voi lisätä ehkä jo unohdettuakin hellyyttä. Oman seksuaalisen tilanteen havaitseminen ja vaikeiden asioiden myöntäminen tekee hyvää. Nyt sairaus ja sen tuomien hoitojen aiheuttamat muutokset antavat siihen mahdollisuuden ja tavallaan pakottavat pohtimaan ja keskustelemaan ongelmista, sekä saattaa käynnistää myönteisen pohdinnan kautta mahdollisuuden entistä parempaan elämään. (Rosenberg 2007, 41.)

Kehonkuva on mielikuva omasta kehosta, ulkonäöstä, eheydestä, terveydentilasta, normaalitoiminnoista sekä seksuaalisuudesta. Syöpään sairastuminen aiheuttaa usein suuria muutoksia kehonkuvassa. Sairastunut kokee sisäisen muutoksen olemassaolon, mutta se ei välttämättä näy ulospäin, silti vaikutus omaan kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen voi olla merkittävä. Kehon toimintojen menettämisen myötä ehjää kehonkuvaa saattaa olla vaikea muodostaa. Ulkoiset muutokset kuten hiusten ja karvoituksen lähtö, sekä painonmuutokset voivat ratkaisevasti vaikuttaa seksuaalidentiteettiin ja oman kehon hyväksymiseen. Syöpään sairastumisen myötä kehonkuva, sekä kyky ilmaista itseään seksuaalisesti voivat tulla uhatuksi ja suhde omaan naiseuteen tai mieheyteen kadota. Potilaille joilla on parempi käsitys omasta kehonkuvastaan kuin muilla, sopeutuvat paremmin sairauteen ja luottavat enemmän syövästä selviytymiseensä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 31 - 32.)

Toisille ymmärrys omasta tai läheisen kuolemasta aiheuttaa niin suurta tuskaa ja vihaa, että he katkeroituvat ja hylkäävät kumppaninsa tai sulkevat läheisensä pois elämästään. Oma tuskaa koitetaan siirtää toisen kannettavaksi. Käyttäytyminen on yksilöllistä ja rakentuu aina sen pohjalle, minkälaisia ihmissuhdekokemuksia elämän aikana on kertynyt, varhaisista vuorovaikutussuhteista alkaen. Esimerkiksi seksin harrastaminen ei tunnu luontevalta tai houkuttavalta, yhdyntä tai ylipäätään toisen

ihmisen lähellä oleminen saattaa pelottaa ja inhottaa sairastunutta. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 105.) Syöpäsairaudella sekä hoidoilla on todettu olevan niin kielteisiä, kuin myös joitakin myönteisiä vaikutuksia seksuaalisuuteen. Näistä myönteisinä vaikutuksina on koettu läheisyyden sekä arvostuksen lisääntyminen parisuhteessa, kun taas kielteisiä vaikutuksia on sairauden fyysiset ja psyykkiset muutokset. Naiset pitävät yhdyntää tärkeämpänä kokemusta omasta seksuaalisesta viehätyksestään ja usein haluavatkin korvata yhdyntöjä muunlaisella hellyydellä ja läheisyydellä. Miehet taas suhtautuvat naisia kielteisemmin seksuaalisiin toimintaongelmiin, ja kokevat yhdynnän olevan tärkeää puolison tyydyttämisessä. Hyvä yhteiselo on tärkeää seksuaalielämän tyytyväisyydelle. (Hautamäki-Lamminen 2012, 33.) Hoitotyössä seksuaalisuuteen ja sen puheeksiottoon ja kehollisuuteen liittyviin asioihin tulisi kiinnittää huomiota eri vaiheissa hoitoa. Pelot ovat sairastuneella aina yksilöllisiä ja moninaisia, mutta useimmiten esille nousee kehon ulkonäön muuttumisen pelko. Kehon sekä ulkonäön muuttumisen myötä on arvioitava uudelleen koko elämää, niin mennyttä kuin tulevaakin. Kun sairastunut saa hyväksyntää sekä positiivista huomiota muuttuneesta ulkonäöstä huolimatta, saattaa se olla eheyttävä ja tärkeä kokemus omana itsenään rakastetuksi tulemisesta myös vaikeina hetkinä. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 104.)

3.4 Seksuaalisuuden puheeksiottaminen

Seksuaalisuuden puheeksiottaminen kuuluu kaikille, jotka toimivat terveyden- tai sairaanhoidossa. Asiakkaan opastaminen ja neuvonta sairauden, sekä nykyisen elämäntilanteen vaikutuksista hänen seksuaaliseen hyvinvointiinsa ja parisuhteeseensa on tärkeää, koska seksuaaliterveys on osa ihmisen terveyttä. Seksuaalisuuden puheeksiottamisen malli opastaa hoitotyöntekijöitä ottamaan keskustelun aiheeksi seksuaalisuuden, muun hoitotyön ohella. (Sosiaaliportti 2010.)

Seksuaalinen hyvinvointi vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun, se näyttäytyy eri elämänvaiheissa eri tavoin, mutta on osa kaikkien ihmisten persoonallisuutta. Siksi seksuaalisuuden oikea-aikainen puheeksiottaminen edellyttää hoitajalta hyvää tiedollista osaamista, hyviä vuorovaikutustaitoja, sekä hienotunteisuutta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Usein potilas tulee autetuksi jo silloin, kun häntä kuunnellaan ja

Kuvio. Plissit malli mukailtuna kaaviona Jack Annonin mukaan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 95.)

Plissit-mallin ensimmäinen taso on *luvan antaminen (P)*, joka kannustaa hoitohenkilöstöä nostamaan asioita esille. Se tarkoittaa sitä, että seksuaalisuus kuuluu arkeen yhtä luonnollisesti kuin muutkin elämän alueet, kuten esimerkiksi ravitseminen ja liikunta. Se on seksuaaliasioiden esille nostamista ja potilaan tarpeiden huomioimista. Jos hoitaja ei ota seksuaaliterveyteen liittyviä teemoja esiin potilaan kanssa, ei hänelle synny mahdollisuutta kertoa ajatuksiaan tai pulmiaan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Asioista vaikeneminen estää hoitajaa määrittämästä, mitkä ovat potilaan seksuaalisuuden kannalta tärkeitä tekijöitä toipumisessa ja arjessa selviytymisessä. Luontevia paikkoja seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille ottamiseen ovat esimerkiksi arjen hoitotoimien, sekä tutkimusten lomassa. Keskustelun aiheita voivat mm. olla rakkaus, parisuhde, ehkäisy, ikäero, kosketuksen kaipuu, seksin riskit sairauden vuoksi, oman kehon tunnistaminen sairastuttua. On tärkeä muistaa varmistaa, että potilas tietää hoitajan vaitiolovelvollisuudesta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 96–99.)

Plissit-mallin toinen taso, *rajatun tiedon taso (LI)*, korostaa terveydenhuoltohenkilöstön tärkeää roolia tiedon jakajana, sekä neuvonantajana. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 99.) Rajatumpi tiedon antaminen on tiedon antamista tiettyyn huoleen tai kysymykseen, kuten fysiologisiin reaktioihin, lääkitykseen, seksuaalihäiriöihin, seksuaaliseen suuntautumiseen tai parisuhteeseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Hoitajan on muistettava informaatiota antaessaan potilaan henkilökohtainen maailma ja miten se vaikuttaa tiedonsaannin tarpeisiin. Heteroseksuaaleille ja homoseksuaaleille ei välttämättä voida puhua samoin tietyn hoitotoimenpiteen vaikutuksista seksuaaliseen kanssakäymiseen. On myös merkityksellistä miettiä, mitä toimenpide tai lääkitys merkitsee eri-ikäisille ihmisille, koska seksuaalisuuteen liittyvät muutokset voivat olla erilaisia asioita nuorelle, kuin iäkkäämmälle ihmiselle. Tälle tasolle ei voi edetä työssään, ellei potilaalla ole ensin tunnetta siitä että seksuaalisuuteen liittyvistä

asioista saa ja tulee puhua, eli Plissit-mallin ensimmäistä tasoa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 99–100.)

Plissit-mallin kolmas taso, eli *erityisohjeiden taso (SS)*. Tällä tasolla on vähän potilaita, koska suuri osa potilaista on autettavissa jo *P* ja *LI* tasoilla. Erityisohjeet voivat olla vuorovaikutukseen ja elämäntapaan liittyviä ohjeita. Ne voivat pitää sisällään erilaisia harjoituksia tai tehtäviä. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 46.) Tälle tasolle vaaditaan seksologian koulutus. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100.) Myös neljäs Plissit-mallin taso, *intensiivinen terapia (IT)*, vaatii seksologian koulutuksen. Tällä tasolla on vähiten potilaita, koska he voivat tulla autetuiksi jo ensimmäisillä tasoilla eivätkä tarvitse terapiaa. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 46.) Näitä kahta jälkimmäistä tasoa voidaan toteuttaa erityispalvelujen yhteydessä, kuten esimerkiksi seksuaali- ja pariterapeutin toimesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

3.4.2 Better-malli

Better-malli on askeleittain kehittyvä potilasohjausmalli, joka on kehitetty erityisesti syöpäpotilaiden hoitajien toteuttaman seksuaaliohjauksen välineeksi. Se sisältää ohjeistuksen hoitajalle siitä, miten ohjaustilanteen tulee edetä ja siinä otetaan huomioon myös keskustelun ajankohta ja sen kirjaaminen potilastietoihin. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100; Kaplan & Pacelli 2011, 16.)

B- *Bring up the topic*; Ota puheeksi potilaan kanssa hänen tilansa kannalta olennaisia seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Anna lupa puhua, kysyä ja ihmetellä ja rohkaise iloitsemaan ja nauttimaan.

E- *Explain*; Selitä seksuaalisuuteen vaikuttavista asioista ja mitä niille voi tehdä. Huomioi jokainen potilaan ainutkertaisuus ja hänen tapansa omaksua asioita.

T- *Tell*; Keskustele potilaan elämään liittyvistä ja ajankohtaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja kerro, että hänellä on mahdollisuus myös vertaistukeen. Luo perspektiiviä tilanteeseen ja huomioi seksuaalisuuden moninaisuus.

T- *Timing*; Kerro mahdollisuudesta asioiden käsittelyyn milloin tahansa, mutta älä pakota tai painosta. Mieti myös milloin potilas on valmis vastaanottamaan informaatiota.

E- Educate; Pidä omat tietosi ajan tasalla ja noudata ammattieettisiä ohjeistuksia. Huomioi ihmisten seksuaaliset oikeudet.

R- Record; Kirjaa keskustelun aiheet ja asiakkaan toiveet ja huomioi ne potilaan hoitosuunnitelmassa. Kirjaa myös osastolla yhteisesti sovitut asiat.

(Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 102; Kaplan & Pacelli 2011, 16.)

3.4.3 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen; työntekijän muistilista

1. Kysy potilaalta suoraan seksuaalisuudesta, parisuhteesta ja seksistä. Sisällytä se luontevasti osaksi muuta ohjausta ja neuvontaa ja tuo esille selkeästi, että kanssasi voi keskustella seksuaalisuudesta. Kerro potilaalle, että seksuaalinen hyvinvointi kuuluu ottaa huomioon myös tutkimuksissa ja hoidossa.
2. Ole kuunteleva, mutta älä tunkeileva, koska uteliaisuus voi pelästyttää potilaan ja katkaista alkaneen keskustelun. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa keskeistä on, että edetään potilaan ehdoilla ja hänelle sopivalla tavalla. Potilas ei välttämättä osaa tai halua vastata kysymyksiin ja kokee ne vaivaannuttavina, joten on tärkeää että hoitaja kertoo asioista kaikesta huolimatta, vaikkei potilas heti osallistuisikaan keskusteluun. On tärkeää tuoda esille, ettei seksuaalisuus ole tabu.
3. Kerro potilaalle asioista konkreettisesti senhetkisen tilanteen, sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, parisuhteeseen ja seksiin.
4. Huomioi myös potilaan läheiset, koska heillä saattaa myös olla tarve saada tietoa, tukea ja neuvoja läheisensä hoitamisessa ja omassa elämässään jaksamisessa.
5. Vältä ammattikieltä ja puhu niin että potilas ymmärtää asian. Kannusta potilasta itse hankkimaan lisätietoa asioista.
6. Kerro tarpeen mukaan alkoholin, tupakan, lääkkeiden sekä huumausaineiden vaikutuksista seksuaalisuuteen.

7. Kunnioita potilaan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä sekä kulttuurisia erityispiirteitä.
8. Muista ammatillisuus sekä ammatillinen suhde potilaaseen.
9. Pohdi säännöllisesti omaa arvomaailmaasi ja reflektoi seksuaalikysymyksiä työtovereidesi kanssa.
10. Tee seksuaalisuudesta osa hoitosuunnitelmaa, aseta tavoitteet, toimenpiteet sekä arvioi hoidon onnistumista myös seksuaalisuuden näkökulmasta.
(Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 83–85.)

4 OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA MENETELMÄT

4.1 Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6

Osasto A6 on sisätautien vuodeosasto, jossa hoidetaan hematologisia eli erilaisia verisairauksia sairastavia potilaita. Suurin potilasryhmä koostuu lymfoomaa, myeloomaa ja leukemiaa sairastavista potilaista. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011.) Lymfoomat, eli Imukudossyövät kuuluvat yleisimpiin syöpätauteihin, joihin sairastuu vuosittain vajaat 2000 ihmistä. Lymfooma syntyy imukudoksen terveiden solujen muuttuessa pahanlaatuisiksi ja koska imukudoksen soluja on ympäri kehoa, voi syöpä löytyä melkein mistä tahansa. Imukudos kuuluu kehon puolustusjärjestelmään ja se koostuu kateenkorvasta, imusolmukkeista, pernasta sekä nielurisoista. Imusolmukkeet ovat pieniä suodattimia, jotka sisältävät imusoluja joiden läpi imuneste virtaa. Imusolut ehkäisevät ensisijaisesti tartuntatauteja ja liikkuvat ympäri kehoa. Ihmisessä on imusolmukkeita 500–1000. (Syöpäjärjestöt [www-sivut](http://www.sivut) 2010.) Imukudossyövät voidaan jakaa kahteen ryhmään, Hodgkinin tautiin joiden ilmaantuvuus on n. 120 tapausta vuodessa ja Non-Hodgkinin tautiin joiden ilmaantuvuus on n. 1200 tapausta vuodessa. (Vanhatalo 2013.)

Suuren osan osaston toiminnasta muodostaa polikliininen toiminta, jossa osaston yhteydessä toimivalla poliklinikalla potilaat saavat solunsalpaajahoidoja, tai muita sairautensa hoitoon liittyviä tukihoidoja. Osaston toiminnan tavoitteena on tarjota korkeatasoista hematologista hoitoa, korostaa potilaan yksilöllisyyttä ja hoidon jatkuvuutta, sekä henkilökunnan hyvää ammattitaitoa. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011.)

Osastolle hoitoon tulo tapahtuu pääsääntöisesti lääkärin laatiman lähetteen perusteella. Osasto sijaitsee Satakunnan keskussairaalan vanhassa päärakennuksessa, kuudennessa kerroksessa. Se on saneerattu vuonna 1998 ja siellä on 16 potilaspaikkaa ja potilashuoneiden koko vaihtelee yhden hengen huoneista, neljän hengen huoneisiin. Jokaisessa huoneessa on wc- ja suihkutilat sekä televisio. Osastolla työskentelee osaston ylilääkäri, kaksi erikoislääkärää, osastonhoitaja, 17 sairaanhoitajaa, perushoitaja sekä 2,5 osastonsihtööriä ja neljä laitoshuoltajaa. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011.)

4.2 Määrällinen ja laadullinen tutkimusote

Määrällinen tutkimus perustuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Tämä tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka usein, kuinka paljon ja kuinka moni, sekä antaa yleisen kuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. (Vilka 2007, 13–14). Muuttujia on erilaisia, kuten selittäviä eli riippumattomia, joita ovat vastaajien taustatiedot, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, tehty toimenpide. Selitettävät eli riippuvat muuttujat sisältävät kysymyksiä mm. vastaajan tyytyväisyydestä hoitoon, tai kivun lievittymiseen hoidon ansiosta. On myös niin sanottuja väliin tulevia muuttujia, joista esimerkkinä Vehviläinen-Julkunen ja kankkunen kirjassaan Tutkimus hoitotieteessä esittelee seuraavan: ”Klassinen esimerkki väliin tulevasta muuttujasta on asetelma, jossa tarkastellaan jäätelön kulutuksen lisääntymisen yhteyttä hukkumiskuolemien lisääntymiseen. On selvää, ettei jäätelön syönti itsessään ole yhteydessä hukkumiskuolemiin, vaan väliin tuleva muuttuja on epätavallisen lämmin kesä.” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.)

Laadullinen tutkimus puolestaan keskittyy uskomuksiin, asenteisiin sekä käyttäytymisen muutoksiin ja määrittelyssä korostuu ihmisen kokemusten, näkemysten ja käsitysten kuvaus. Perinteisiä laadullisia tutkimusalueita ovat mm. köyhyystutkimukset ja erilaisiin vähemmistöihin kohdistuvat tutkimukset. Laadullisen tutkimuksen mahdollisia käyttöalueita voivat olla uudet tutkimusalueet, joista ei vielä tiedetä mitään, tai jo olemassa oleva tutkimusalue, jonka teorian ja käsitteen merkitystä epäillään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.)

Keskusteltuani helmikuussa 2013 tarkemmin osastonhoitajan kanssa, siitä mitä asioita he halusivat selvittää potilaskyselyn avulla ja millä tavoin, päädyin laadulliseen tutkimusmenetelmään, koska työssäni pääasiassa mitataan tietyn asian laatua, joka tässä tapauksessa on potilastyytyväisyys. Työssäni on myös määrällisen tutkimusmenetelmän piirteitä mm. taustatietokysymysten muodossa. Tutkimusmenetelmä sisälsi monivalintakysymyksiä, strukturoituja monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyön kyselylomake (LIITE 1) sisälsi 15 kysymystä, joista kahdeksan oli monivalintakysymyksiä, neljä strukturoituja monivalintakysymyksiä ja kolme avoimia kysymyksiä. Tietyt kysymykset kuten taustatiedot, voi kysyä strukturoidusti monivalintana, mutta esimerkiksi sairauden vaikutus minäkuvaan ja seksuaalisuuteen on helpompi kysyä avoimena kysymyksenä. Koska jokainen kokee esimerkiksi seksuaalisuuden eri tavoin, joten sitä on vaikea lähteä kovin tiukasti strukturoimaan. Mittari oli tarkoitus pitää mahdollisimman helppolukuisena ja vastaamiseen houkuttelevana. Mittari oli laadittu lyhyeksi, jotta osastolla olevalla potilaalla olisi voimia vastata mahdollisimman tarkasti.

4.3 Kysely tutkimusmenetelmänä

Kysely on määrällisen tutkimusmenetelmän mittari, joka koostuu osioista. Osio lähtökohtaisesti mittaa aina yhtä asiaa ja kokonaisuuden kannalta tärkeintä on osioiden sisältö ja mitä ulottuvuuksia niillä mitataan. Kyselyä tutkimusmenetelmänä käytettäessä, tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä tarkoitusta varten tehdyn lomakkeen välityksellä. Kyselylomake on mittausväline, joka soveltuu niin käyttäytymis- kuin yhteiskuntatieteellisestä tutkimuksesta mielipidetiedusteluihin, katukyselyihin ja palautemittauksiinkin. Tutkimuksen onnistuminen riippuu suuressa määrin lomakkeesta,

jossa ratkaisevaa on kysytäänkö sisällöllisesti oikeita kysymyksiä. Hyvässä kyselylomakkeessa pitää toteutua sekä sisällölliset, että tilastolliset näkökohdat. (Vehkalah-
ti 2008, 11, 20, 23.)

Käytin tutkimusmenetelmänä kyselyä, joka täyttää myös määrällisen tutkimusmenetelmän kriteerit. Ajattelin näin ollen saavani enemmän vastauksia, kuin haastattele-
malla potilaita kasvotusten. Ajatuksena, että anonyymiyys potilaiden keskuudessa säi-
lyy ja heillä on matalampi kynnys vastata kyselyyn parhaaksi katsomallaan ajalla.

Laatiessani mittaria, mietimme Satakunnan sairaanhoitopiirin osastonhoitajan kanssa yhdessä mahdollisia osioita, jotka vastaisivat mahdollisimman hyvin heidän tiedon-
tarpeeseensa potilasohjauksen kehittämiseen. Näin syntyi kyselylomake jossa oli si-
sällöllisesti oikeita kysymyksiä ja jolla saataisiin hyvät vastaukset opinnäytetyön tut-
kittaviin kysymyksiin.

4.4 Aineiston keruu osasto A6: lla

Tavoitteena oli saada kyselylomakkeet osasto A6:lle syksyllä 2013, jotta pääsen ana-
lysoimaan tuloksia helmikuussa 2014. Kyselytutkimuksen toteuttamiseen anoin tut-
kimuslupaa syyskuussa 2013, tutkimuslupa-anomuksella ja kyselytutkimuksen to-
teuttamiseen sain luvan Satakunnan sairaanhoitopiiriltä lokakuussa 2013. Kysely-
kaavakkeen ensimmäinen sivu koostui saatesanoista, joilla kuvattiin mihin kyselyyn
potilas vastasi ja mihin hänen antamiaan tietoja käytettiin. Varsinainen kysymysosio
koostui taustatiedoista, joita olivat potilaan sukupuoli, ikä ja milloin potilas oli sai-
rastunut Lymfoomaan, nämä olivat strukturoituja monivalintakysymyksiä. Kysy-
mykset 4-6 koskivat potilaan sairastumisen vaikutusta hänen minäkuvaansa ja seksua-
alisuuteensa, kysymykset olivat toteutettu sekä avoimina, että monivalinta kysy-
myksinä. Näillä kysymyksillä hain vastausta tutkimuskysymykseen yksi: Miten syö-
päsairaus muuttaa sairastuneen seksuaalisuutta ja minäkuvaa? Kysymykset 7-15
koskivat osastolla A6 tapahtuvaa hoitajien potilaille antamaa seksuaaliohjausta ja
neuvontaa. Kysymykset olivat laadittu sekä avoimina, että monivalinta kysymyksinä.
Näiden kysymysten tarkoituksena oli selvittää vastaus toiseen ja kolmanteen tutki-
muskysymykseen, jotka olivat: Miten Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6:n po-
tilaat kokivat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteensa

liittyen, sairaalavaiheen aikana? Sekä: Minkälaista on hyvä potilaanohjaus ja puheeksiottamistapa syöpään sairastuneen kohdalla osastolla A6?

Kyselylomakkeet toimitettiin Satakunnansairaanhoidopiiriin osasto A6:selle, osastonhoitaja Eija Koivistolle lokakuussa 2013. Osastonhoitaja ohjeisti kaikki osastolla työskentelevät hoitajat toimimaan kyselylomakkeiden kanssa samoin. Vuorossa olevat hoitajat kysyivät osaston potilailta mahdollisen halukkuuden vastata kyselyyn. Jos potilas suostui osallistumaan opinnäytetyöhöni liittyvään kyselyyn, vei hoitaja hänelle kyselylomakkeen ja tyhjän kirjekuoren. Potilas sai vastata kyselyyn anonyymisti haluamassaan paikassa ja vastattuaan laittaa lomakkeen kirjekuoreen ja sulkea sen. Tämän jälkeen potilas toimitti suljetun kirjekuoren hoitajalle, joka laittoi sen suljettavaan ennalta sovittuun paikkaan. Tammikuun 2014 lopussa hain kyselylomakkeet osastolta kotiini purettavaksi. Tyhjät kyselylomakkeet eivät koskaan kulkeneet muiden ihmisten kuin minun, osastonhoitajan, sekä osastolla työskentelevien henkilöiden kautta ja minä olin ainoa, joka sai tietoonsa lomakkeiden vastaukset. Vastausten purkamisen jälkeen, kyselylomakkeet tuhottiin silppurissa.

4.5 Aineiston analyysi

Aloitin aineiston analysoinnin helmikuussa 2014 lomakkeiden purkamisella ja laskin täytettyjen kyselylomakkeiden määrän, jolloin sain selville lopullisen vastaajien määrän. Vastaajia oli aika pieni määrä, vain 13 yhteensä, mutta totesin että saisin vastauksista koottua tarvittavat tiedot. Luin vastauslomakkeet läpi ja varmistin, oliko kysymyksiin vastattu. Tämän jälkeen numeroin lomakkeet jotta vastausten purkaminen ja sijoittaminen taulukkoon olisi helpompaa. Kirjasin aineistosta saadut vastaukset Excel-taulukkoon, johon olin kirjoittanut kaikki kysymykset ja vastaukset lomakkeittain numerojärjestykseen. Avoimet kysymykset jätin purettavaksi suoraan Word-tiedostolle, koska sieltä ne olisi selkeämpi purkaa ja helpommin tulkittavissa tukemaan taulukoiden vastauksia. Tämän jälkeen siirryin työskentelemään Tixel9 ohjelmaan, jonka avulla sain muodostettua jakaumia vastaajien määrästä kuhunkin kysymykseen, sekä vastauksien paikkansapitävyydestä. Kirjoitin vastaukset auki ja tein tärkeimmistä vastauksista havainnollistavat kaaviot. Lopuksi vielä pohdin tuloksia ja tein niiden pohjalta kehittämisehdotuksia toiminnan parantamiseksi.

5 KYSELYN TULOKSET

5.1 Vastaajat

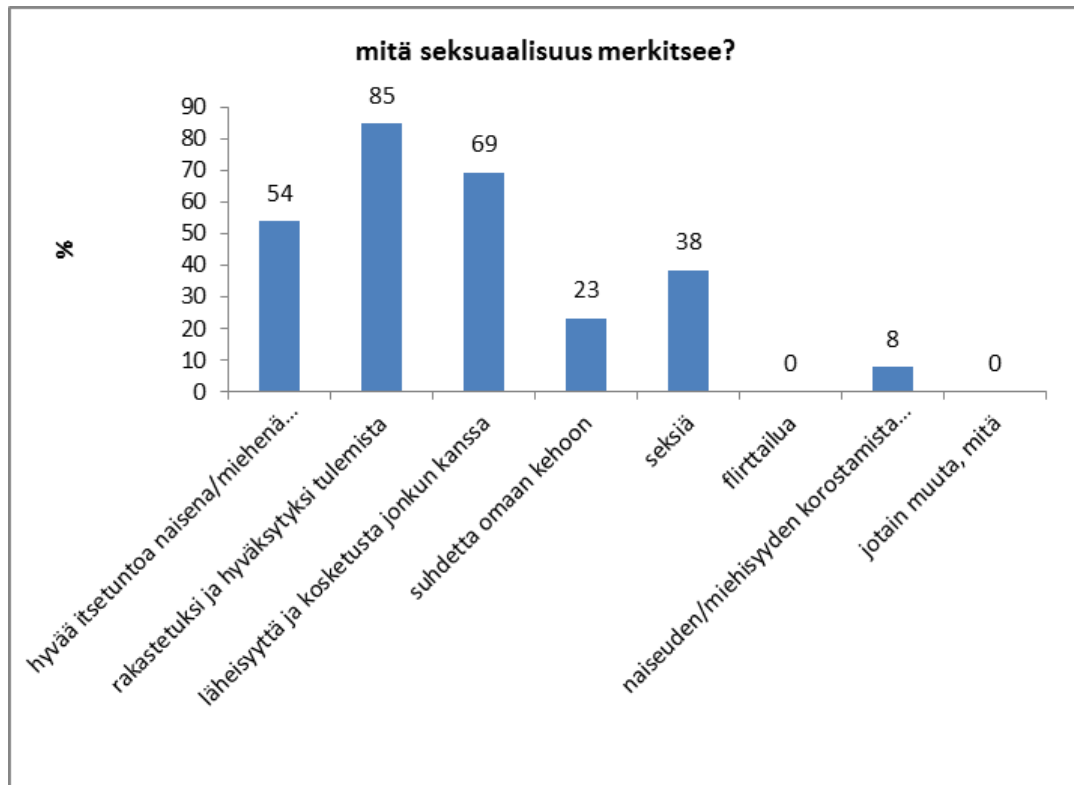
Vastaajia oli yhteensä 13, joista kolme (3) oli naisia ja kymmenen (10) oli miehiä. Vastaajista iältään oli kolme (3) henkilöä alle 30 vuotias, kolme (3) henkilöä 31–60 vuotias ja seitsemän (7) henkilöä yli 60 vuotias. Vastaajista kuusi (6) henkilöä oli sairastunut Lymfoomaan alle ½ vuotta sitten, neljä (4) henkilöä 1/2-5 vuotta sitten ja kaksi yli viisi vuotta sitten. Yksi (1) henkilö oli jättänyt vastaamatta kolmanteen kysymykseen, eli milloin olet sairastunut. Nämä vastaukset sain taustatietokysymyksistä, jotka olivat kolme ensimmäistä.

5.2 Vastaukset kysymyksittäin 4-15.

Kysymys 4: ”Mitä seksuaalisuus teille merkitsee?” (kuva 1.)

Tämä kysymys oli ”minäkuva ja seksuaalisuus” osion ensimmäinen kysymys, johon sai vastata vaihtoehtoista kolme itselle tärkeintä. Tärkeimmäksi nousi *Rakastetuksi ja hyväksytyksi tulemista*, joka sai 11 ääntä (11/13). Toiseksi tärkeimpänä pidettiin *Läheisyyttä ja kosketusta jonkun kanssa*, joka sai yhdeksän ääntä (9/13). Kolmantena tuli *Hyvää itsetuntoa naisena/miehenä olemisena*, joka sai seitsemän ääntä (7/13). Myös *Seksiä*, sai viisi ääntä (5/13) ja *Suhdetta omaan kehoon* sai kolme ääntä (3/13). Yhden äänen (1/13) sai *Naiseuden/miehisyyden korostamista esimerkiksi pukeutumisen avulla*.

Suurimmalle osalle potilaista rakastetuksi ja hyväksytyksi tulemisen tunne oli tärkein tunne seksuaalisuuden merkityksessä itselle, siihen liittyy varmasti turvallisuuden tunne joka korostuu ihmisen sairastuessa vakavasti. Läheisyys ja kosketus jonkun kanssa taas liittyvät hyvin vahvasti hyväksytyksi tulemisen ja turvallisuuden tunteeseen ja nämä kaikki yhdessä vaikuttavat henkilön itsetuntoon, miten hän kokee itsensä naisena/miehenä. Vastauksista voisi päätellä, että jos jokin näistä kolmesta osaluueesta kärsii, se vaikuttaa kahteen muuhunkin ja sitä kautta seksuaalisuuden kokeamiseen.



Kuva 1. Seksuaalisuuden merkitys vastaajalle (kysymys 4).

Kysymys 5: ”Miten koette syöpään sairastumisen vaikuttaneen minäkuvaanne, eli käsitykseen omasta itsestänne?”

Tämä oli avoin kysymys, johon sain kymmenen vastausta. Näistä kuudessa oltiin sitä mieltä, että syöpään sairastuminen on vaikuttanut minäkuvaan, kuten ”tulevaisuus askarruttaa”, ”Olen kovettunut tietyissä asioissa”, ”sairastuminen on heikentänyt minäkuvaani”, ”mieluummin vetäydyn syrjään kuin olen esillä”, ”olo on rauhoittunut elämäkuvioissa”, ”elämän arvot ovat muuttuneet”, ”olen sairas koko loppuelämäni”. Ja neljässä oltiin sitä mieltä ettei syöpään sairastuminen ole vaikuttanut minäkuvaan, kuten ”hyvältä mä näytän kaljunakin”, ”ei muutosta”, ”näen syövän vain elämänvaiheena, enkä anna sen vaikuttaa itsetuntooni tai minäkuvaani”.

Vastausten perusteella, suurin osa potilaista kokee sairauden vaikuttaneen käsitykseen omasta itsestä negatiivisesti ja näin ollen luonut pelkoa tulevaisuudesta ja laittanut pohtimaan uudelleen elämän arvojaan. Se on vaikuttanut myös sairastuneen käytökseen, enää ei haluta olla niin esillä, ehkä on mielessä pelko ja häpeä, mitä muut ajattelevat hänen sairaudestaan.

Kysymys 6: *”Miten syöpään sairastuminen on muuttanut seksuaalisuuttanne ja seksuaalielämäänne?”*

Tämä kysymys vastasi opinnäytetyöni yhteen kysymyksistä: ”miten syöpäsairaus muuttaa sairastuneen seksuaalisia tarpeita?”

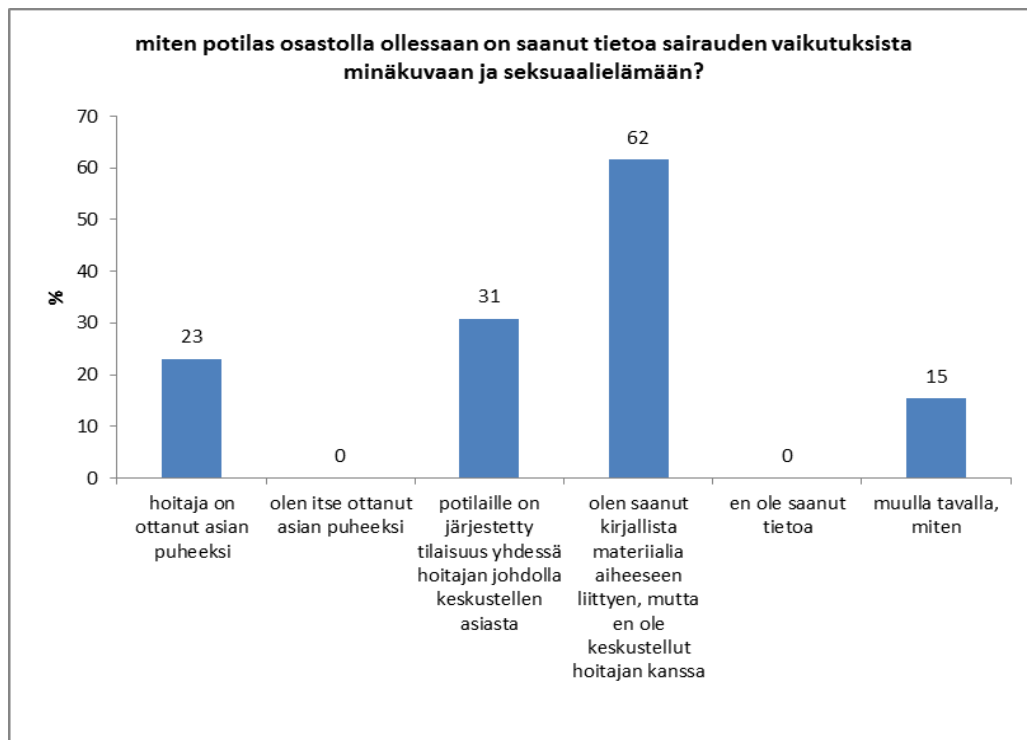
Tämä oli avoin kysymys, johon sain kymmenen vastausta. Näistä kahdeksassa oltiin sitä mieltä, että syöpään sairastuminen on muuttanut seksuaalisuutta ja seksuaalielämää, kuten ”kun sairastuin, mieheni pelkäsi että sairaus tarttuu ja muutti toiseen huoneeseen nukkumaan”, ”laimentanut”, ”ei ole seksielämää”, ”olemme pakastaneet koko asian sairauden alkaessa”, ”ei kiinnosta kuten ennen”. Ja kahdessa oltiin sitä mieltä, ettei syöpään sairastuminen ole vaikuttanut seksuaalisuuteen ja seksuaalielämään, kuten ”hoitojen aikana seksi vähentynyt, muttei muuten vaikutusta”, ”ei ole vaikuttanut mitenkään”.

Tämän kysymyksen vastauksia voisi tulkita niin, että syövästä sairauteen ei ihmisillä ole tarpeeksi ajantasaista tietoa. Syöpä sanana luo mielikuvan kuolemasta ja aiheuttaa pelkoa, jolloin muihin elämän osa-alueisiin ei enää kiinnitetä huomiota. Tähän saattaa vaikuttaa myös ikä ja sen ajan opetukset ja uskomukset, koska suurin osa vastaajista oli yli kuusikymmentä vuotiaita.

Kysymys 7: *”Miten olette osastolla ollessanne saaneet tietoa sairauden vaikutuksista minäkuvaanne ja seksuaalisuuteenne?”* (kuva 2.)

Tämä kysymys oli ”seksuaalisuuden puheeksiottaminen potilasohjauksessa” osion ensimmäinen kysymys. Ja vastaa myös opinnäytetyöni tutkittavista kysymyksistä yhteen ”Miten Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6: n potilaat kokevat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteensa liittyen, sairaalavaiheen aikana?” Myös tähän kysymykseen sai vastata useamman kuin yhden vaihtoehdon. *Olen saanut kirjallista materiaalia aiheeseen liittyen, mutta en ole keskustellut hoitajan kanssa*, oli yleisin tapa saada tietoa osastolla, näin oli valinnut kahdeksan (8/13) vastaajaa. *Potilaille on järjestetty tilaisuus yhdessä hoitajan johdolla keskustellen asiasta*, oli seuraavaksi yleisin tapa saada tietoa, näin oli valinnut neljä (4/13) vastaajaa. Ja *Hoitaja on ottanut asian puheeksi*, oli kolmanneksi yleisin tapa saada tietoa, jonka oli valinnut kolme (3/13) vastaajaa.

Vastauksista voisi päätellä, että puheeksiottamisen menetelmä ei toteudu päällimmäisenä vaihtoehtona, seksuaaliasioita käsitellessä. Useimmat olivat vastanneet saaneensa kirjallista materiaalia, mutta ei keskustellut hoitajan kanssa. Voisiko tässä olla kyse hoitajan omasta arastelusta/asenteista keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, koska vastaus *hoitaja on ottanut asian puheeksi* tulee vasta kolmantena vaihtoehtona.



Kuva 2. Ohjauksen menetelmät (kysymys 7).

Kysymys 8: ”Jos ette ole osastolla ollessanne saaneet tietoa sairauden vaikutuksista minäkuvaanne ja seksuaalisuuteenne, miksi ette?”

Tähän kysymykseen sain kuusi vastausta, jota kaikki olivat yksimielisesti sitä mieltä, että *Hoitaja ei ole ottanut asiaa puheeksi, enkä ole itse kehdannut kysyä.*

Tähän kysymykseen annetut vastaukset vahvistavat edelliset päätelmät, noin puolet potilaista oli vastannut tähän kysymykseen ja kaikki sanoivat samaa, hoitaja ei ollut ottanut asiaa puheeksi. Näin ollen potilaan kynnys kysyä itse/aloittaa keskustelu seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa oli liian suuri. Tämä tukee kysymyksen seitsemän päätelmiä siitä, että ehkä on tiettyjä hoitajia, jotka arkailevat ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi.

Kysymys 9: ”Onko hoitajan kanssa käyty keskustelu ja/tai kirjallinen materiaali seksuaalisuudesta ollut riittävää ja omiin tarpeisiin vastaavaa?”

Tämä kysymys vastaa myös opinnäytetyöni tutkittavista kysymyksistä yhteen ”Miten Satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6: n potilaat kokevat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteensa liittyen, sairaalavaiheen aikana?”

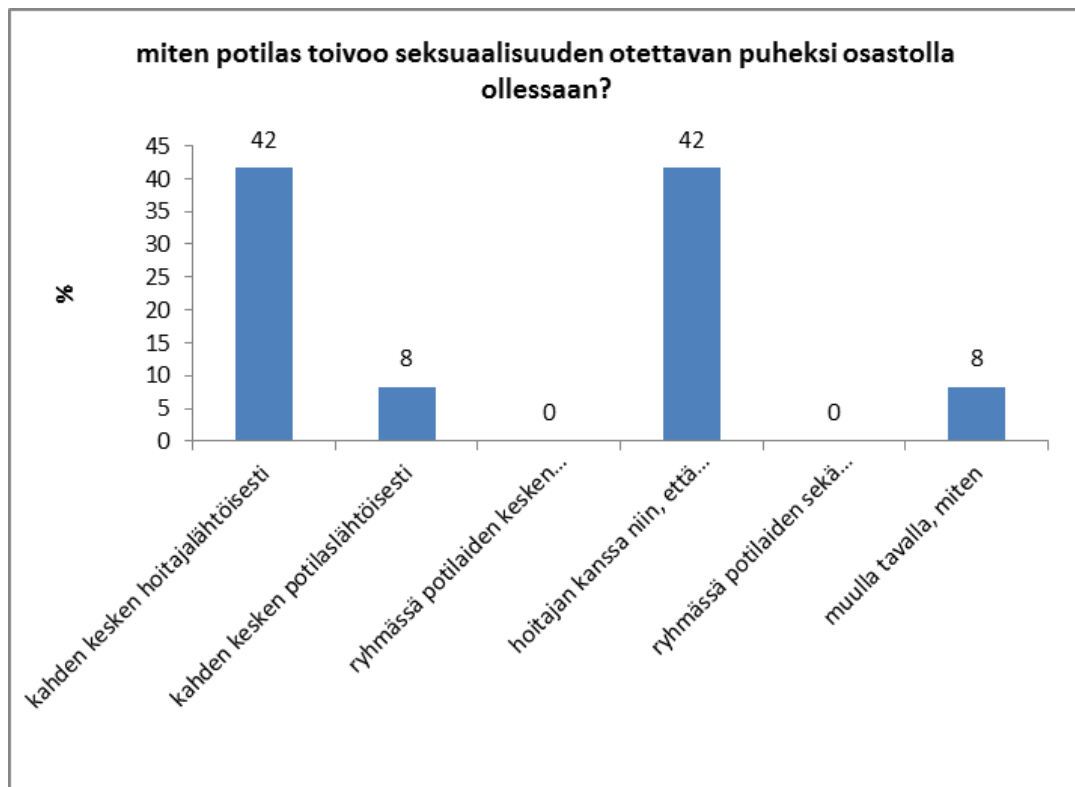
Tässä oli vastausvaihtoehtoina kyllä tai ei. Yksitoista (11/13) vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon kyllä ja kaksi (2/13) vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon ei. Toinen ei vaihtoehdon valinneista oli perustellut vastauksensa ettei tarvitse tietoa.

Suurin osa vastaajista oli antanut vastauksen, että osastolla tapahtuva seksuaaliohjaus ja materiaali kuitenkin ovat omiin tarpeisiin vastaavaa ja riittävää. Mielestäni nämä vastaukset ovat hieman ristiriidassa edellisiin vastauksiin. Ehkä potilaat huolimattaan halustaan keskustella ja omasta ujoudestaan ottaa asiat puheeksi, tyytyivät pelkkään kirjalliseen materiaaliin.

Kysymys 10: ”Miten toivoisitte että osastolla otettaisiin seksuaalisuus puheeksi?”
(kuva 3.)

Tähän kysymykseen sain kaksitoista (12/13) vastausta, joiden perusteella kaksi vastausvaihtoehtoa nousi selkeästi esille. nämä olivat; *Kahden kesken hoitajalähtöisesti*, jonka oli valinnut viisi (5/13) vastaajaa. *Hoitajan kanssa niin, että läheiset/kumppani on mukana*, jonka oli myös valinnut viisi (5/13) vastaajaa. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että *Kahden kesken potilaslähtöisesti*. Ja yksi vastaajista oli vastannut *Muulla tavalla* ja perustellut ettei ole tarvetta keskustella.

Tämä kysymys antaa selkeän vastauksen sille, että potilaat haluavat hoitajan ottavan seksuaalisuuteen liittyvät asiat esille keskustelemalla ja mielellään niin että kumppani/läheinen on mukana. Tämä vahvistaa kysymyksien seitsemän ja kahdeksan päätelmiä siitä, että välttämättä kaikki osaston hoitajat eivät ole sinut seksuaaliasioiden kanssa ja näin arastelevat ottaa aiheita puheeksi.



Kuva 3. Seksuaalisuuden puheeksiottaminen (kysymys 10).

Kysymys 11: ”Kenen kanssa mieluiten keskustelisitte seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa?”

kahdeksan (8/13) vastaajista oli valinnut *Hoitajan* kanssa. Kolme (3/13) oli valinnut *Lääkärin* kanssa ja kaksi (2/13) vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon *Jonkun muun* kanssa. Joista toinen perustellut vastauksen, että läheisten kanssa ja toinen oli sitä mieltä, ettei halua puhua kenenkään kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Tästä käy ilmi, että hoitaja koetaan turvallisimmaksi ja miellyttävimmäksi henkilöksi lähestyä seksuaaliasioissa.

Kysymys 12: ”Onko saamanne potilasohjaus seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa tullut oikeaan aikaan?”

Tähän kysymykseen sain yksitoista (11/13) vastausta, joista kahdeksan (8/13) oli *Kyllä on* ja kolme (3/13) *Ei ole* vastauksia. Kaksi henkilöä vastauksen *Ei ole* valinneista ei ollut perustellut valintaansa ja yksi henkilö kertoi ettei ole tarvinnut potilasohjausta.

Tämän kysymyksen vastausten perusteella tein päätelmän, että osastolla osataan ajoittaa seksuaaliohjaus yksilöllisesti potilaan sairauden kulun mukaan.

Kysymys 13: *”Onko seksuaalisuuteen liittyviin asioihin palattu alkuohjauksen jälkeen, sairauden tilan tai hoitojen muuttuessa?”*

Tähän kysymykseen sain yksitoista (11/13) vastausta, joista kaksi (2/13) oli *Kyllä on* vastauksia ja yhdeksän (9/13) *Ei ole* vastauksia. Vastaajat jotka olivat valinneet vaihtoehdon *Ei ole*, olivat perustelleet valintaansa mm. näin ”en ole halunnut tai tarvinnut ohjausta”, ”sairauteni on kestänyt niin vähän aikaa”, ”tuskin tarvetta”.

Nämä vastaukset tulkitsen niin, että osastolla ei ensimmäisen ohjauksen jälkeen ole keskusteltu seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tai jos on otettu puheenaiheeksi, potilas ei ole itse enää halunnut osallistua keskusteluun.

Kysymys 14: *”Minkälaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista haluaisitte tietoa ja opastusta osastolla?”*

Kysymys oli avoin kysymys, johon vastaajat olivat vastanneet mm. seuraavasti ”en mistään”, ”miten lääkkeet vaikuttavat?”, ”palautuuko seksielämä normaaliksi hoitojen jälkeen?”, ”suojaantumisen tarve”, ”tilanteen/tapauksen mukaan”.

Potilaat olivat ehdottaneet erilaisia aiheita joista haluaisivat tietoa tai opastusta, joten tästä voisi päätellä, ettei kirjallinen materiaali kata kaikkia potilaan mieltä askarruttavia kysymyksiä.

Kysymys 15: *”Koetteko osaston henkilökunnan helposti lähestyttäväksi ja luotettavaksi sairauten ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa?”*

Tähän kysymykseen sain kaksitoista (12/13) vastausta, joista kaikki olivat *Kyllä* vastauksia.

Potilaat ovat yhtä mieltä siitä, että osaston henkilökunta on luotettavaa ja helposti lähestyttävää.

Lopuksi vielä lomakkeessa oli tilaa vapaalle kommentoinnille, joissa oli muutamia terveisiä osaston henkilökunnalle, kuten: ”henkilökunta on erittäin ammattitaitoista”,

”A6 henkilökunta; aivan superluokkaa, hyvä hoito. Kiitos.”, ”vain hyvää palautetta”, ”jatkakaa samaan malliin”.

6 TULOSTEN POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tutkimuksen pääasiallisena tarkoituksena oli kerätä tietoa kolmeen tutkittavaan kysymykseen joiden vastausten oli tarkoituksena toimia informaationa ja kehittämistyökaluna osastolle. Ensimmäinen kysymys oli ”Miten satakunnan sairaanhoitopiirin osasto A6:n potilaat kokevat saaneensa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista sairauteen liittyen, sairaalavaiheen aikana?” tulosten perusteella potilaat saavat hyvin tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa, mutta lähinnä kirjallisessa muodossa. Osastolla on järjestetty tilaisuuksia joissa keskustellaan hoitajajohtoisesti sekä käyty kahdenkeskisiä keskusteluja hoitajan aloitteesta, mutta vastausten perusteella kahdenkeskisiä keskusteluja hoitajan kanssa toivotaan lisää. Vastauksista ilmeni, ettei hoitaja ole kirjallisen materiaalin lisäksi avannut keskustelua seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa, eikä potilas ole itse kehdannut ottaa asiaa puheeksi.

Toinen kysymys oli ”Miten syöpäsairaus muuttaa sairastuneen seksuaalisia tarpeita?” Vastausten perusteella voi päätellä syöpään sairastumisen selkeästi vaikuttaneen negatiivisesti seksuaalisuuteen ja heikentäneen seksuaalisia tarpeita, muun muassa vaikuttamalla minäkuvaan negatiivisesti. Kun katsotaan tuloksia, niin ilmenee että seksuaalisuus merkitsee pääasiassa hyvää itsetuntoa, rakastetuksi ja hyväksytyksi tuleamista sekä läheisyyttä ja kosketusta jonkun kanssa. Ja juuri nämä osa alueet heikentyivät vastaajilla heidän sairastuttuaan syöpään. Henkilöstä saattoi tulla syrjään vetäytyvä, hänen itsetuntonsa laskea, kumppani vetäytyä ja seksuaaliset halut vähentyä mm. lääkityksen myötä. Seksuaaliset tarpeet siis vähenivät tai ne työnnettiin takalalle.

Kolmas tutkittava kysymys oli ”Minkälaista on hyvä potilaan ohjaus ja puheeksiotamistapa syöpään sairastuneen kohdalla osastolla A6?” Tulosten perusteella potilaat keskustelevat mieluiten hoitajan kanssa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa sekä

suosivat hoitajan aloitteesta lähtevää ohjausta. Potilaat kokivat kirjallisen materiaalin pääasiassa riittäväksi, vaikka kysymyksessä 14 nousi esiin erilaisia aihe-alueita, jotka vielä askarruttivat potilaan mieltä ja joihin ehkä keskustelun avulla olisi saatu vastauksia. Potilaat kokevat yksimielisesti osaston henkilökunnan luotettavaksi ja helposti lähestyttäväksi. Seksuaalisuuteen liittyviin asioihin tulosten perusteella ei ole palattu enää alkuohjauksen jälkeen, mutta vastaajat olivat perustelleet tämän pääasiassa niin, ettei ole tarvetta tai ei ole halunnut palata asiaan.

Kehittämisehdotuksena tämän korjaamiseksi olisi selvittää, ketkä osaston hoitajista ovat sinut seksuaalisten asioiden käsittelyssä potilaiden kanssa ja ketkä eivät halua ottaa asiaa puheeksi. Näin ollen osastolla voitaisiin yhdessä tehdä yhtenäinen linjaus, miten kaikki hoitajat toteuttavat seksuaaliohjausta yhteisen hoitotyön menetelmän mukaisesti. Apuna voisi käyttää esimerkiksi työssäni esille tuotua työntekijän muistilistaa, jossa opastetaan seksuaalisuuden puheeksiottamiseen hoitotyössä. Tai vastaavasti nimettäisi tiettyjä hoitajia toteuttamaan seksuaaliohjausta osastolla, jolloin hoitajien, jotka eivät tunne aluetta omakseen, ei tarvitsisi osallistua ohjaukseen. Toimivana ideana voisi olla myös, että hoitaja yhdessä potilaan kanssa kävisi kirjallisen seksuaaliohjausmateriaalin läpi ja saisi näin keskustelua aikaiseksi potilaan tuntematta vaivaantumista aiheesta. Myös kumppanin/läheisen voisi ottaa mukaan keskusteluun, jos potilas niin haluaa.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusta koskevat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaan. (Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut 2014). Ne ovat **tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen**, johon kuuluu tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkimuksen aiheen ja menetelmän kuvaaminen tutkittavalle. Tutkittava voi tarpeen vaatiessa pyytää lisätietoja tutkimuksesta, jolloin tutkimuksesta tiedottamiseen tulee liittää tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe ja kerättävän aineiston käyttötarkoitus ja jatkokäyttö. (Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut 2014.) **Vahingoittamisen välttäminen**, siihen kuuluu tutkittavia arvostava kohtelu sekä kunnioittava kirjoitustapa

tutkimusjulkaisussa. Ihmiset kokevat asiat eri tavoin, samat kysymykset herättävät eri ihmisissä erilaisia reaktioita. Kyselylomakkeeseen vastaamalla he pystyvät säätämään osallistumistaan omaehtoisesti. (Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut 2014.) **Yksityisyys ja tietosuoja**, yksityisyyden suoja on tutkimuseettisesti tärkeä periaate joka kuuluu perustuslailla suojattuihin oikeuksiin. Tämä pitää sisällään tutkimusaineiston suojaamisen ja luottamuksellisuuden, tutkimusaineiston säilyttämisen ja hävittämisen sekä avoimuuden tutkimusjulkaisuissa. (Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut 2014.)

Tehdessäni opinnäytetyön mittaria, pohdein tutkimuksen eettistä puolta. Tutkimus tapahtuu anonyymisti ja jokainen potilas saa vastata kyselyyn omalla ajallaan. Hän saa tehdä sen osastolla, omalla potilaspaikallaan, jonka verho on vedetty kiinni. Sairaanhoitaja toimittaa hänelle kyselykaavakkeen ja tyhjän kirjekuoren. Ja kyselyn täytettyään potilas antaa hoitajalle täytetyn kaavakkeen suljetussa kirjekuoressa, jonka hoitaja toimittaa suljettavaan ennalta sovittuun paikkaan. Näin ollen ei potilaan tarvitse itse lähteä palautelaatikolle, jolloin mm. huonetoverit eivät potilaan halutessa saa tietää hänen vastanneen kyselyyn. Anonyymiys säilyy, koska kirjekuori on suljettu sen palautuessa, hoitajat eivät näe vastauksia. Myös kyselykaavake on laadittu niin, että mahdollisia tunnistamistietoja on mahdollisimman vähän. Lomakkeessa kysytään ainoastaan potilaan ikä, sukupuoli ja milloin hän on sairastunut Lymfoomaan.

Mittauksen laatuun ja luotettavuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset ja tekniset seikat ja usein laadukas mittaus edellyttääkin usean asiantuntijan yhteistyötä (Vehkalahti 2008, 40). Kun puhutaan mittauksen luotettavuudesta, käytetään termejä Validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo mitaanko juuri sitä mitä piti, eli miten tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet mittariin arkikielen tasolle. Toisin sanoen onko mittari pätevä. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste. Reliabiliteetilla ei ole merkitystä, jos mittarilla ei mitata oikeaa asiaa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta ja toistettavuutta, eli tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Näihin vaikuttavat mm. vastausprosentti, otoskoko ja sen laatu. (Vehkalahti 2008, 40–41; Vilka 2007, 149–150.)

Mielestäni onnistuin mittaamaan kyselylomakkeellani sitä mitä pitikin, eli kyselylomakkeessani validiteetti oli kunnossa. Kyselyyn vastanneiden määrä oli hieman pieni, jotta mittarin luotettavuus eli reliabiliteetti olisi ollut sataprosenttinen. Myöskään ihan jokaiseen kysymykseen ei ollut vastattu, joten se heikensi hieman vastausten luotettavuutta. Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen tehtyyn tutkimukseen ja uskon siitä olevan hyötyä Satakunnan sairaanhoitopiirin osastolle A6. Osastolla pysytään ajan tasalla miten seksuaaliohjaus toteutuu tällä hetkellä ja miten sitä voisi vielä entisestään parantaa.

LÄHTEET

- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa: tarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.
- Kaplan, M. & Pacelli, R. 2011. The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. Clinical Journal of oncology nursing-lehti 1/2011, s. 15–17.
- Rosenberg, L. 2007. Esite seksuaalisuus ja syöpä. Helsinki. Suomen syöpäpotilaat ry.
- Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut. 2014. Eettiset periaatteet. Viitattu 11.3.2014. http://www.satakorkea.fi/eettiset_periaatteet
- Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut. 2014. Tutkittavien itsemääräämisoikeus. Viitattu 11.3.2014. http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka_itsemaaraamisoikeus
- Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut. 2014. Vahingoittamisen välttäminen. Viitattu 11.3.2014. http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka_vahingoittamisen_valttaminen
- Satakorkea | Satakunnan korkeakoulut. 2014. Yksityisyys ja tietosuoja. Viitattu 11.3.2014. http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka_yksityisyys
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2011. Sisätautien vuodeosasto A6. Viitattu 12.8.2013. http://www.samk.fi/opiskelijat/opinnaytetyo/opinnaytetyoraportti/lahteiden_kaytto/viitteet_ja_luettelo#3.19_WWW-sivut
- Sosiaaliportti. 2010. Seksuaalisuuden puheeksiottaminen terveydenhuollon potilas- ja asiakastyössä. Viitattu 6.6.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=0c04a4c3-6cf9-479c-ab6c-f40ef427ba72>
- Syöpäjärjestöt. 2010. Imukudossyövät. viitattu 31.3.2013. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/imukudossyovat/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Seksuaalisuus puheeksi – menetelmä. Puheeksiottaminen kuuluu kaikille terveys- ja sosiaalitoimen työntekijöille. Viitattu 6.6.2013. ja 14.8.2013. <http://www.thl.fi/fi-FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/seksuaalisuus>

Vanhatalo, S. 2013. Lymfoomien hoito. Luento Satakunnan syöpäyhdistyksellä 19.3.2013.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki; Kimmo Vehkalahti ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Hanna Vilka ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, J. 2001. Kliininen seksologia. Helsinki: Jukka Virtanen ja Werner Söderström Oy.

Väestöliitto. 2013. Seksuaalisuus. viitattu 16.3.2013.
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>



SYÖPÄÄN SAIRASTUNEEN SEKSUAALISUUS

Tutkimus seksuaalisuuteen liittyvästä potilasohjauksesta, puheeksiottamisen menetelmää käyttäen osastolla A6.

Sairaanhoitaja (AMK) – opiskelija Hanna Railamaa opinnäytetyöhön liittyvä kyselylomake

Olen hoitotyön opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää syöpään sairastuneiden potilaiden seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa puheeksiottamisen menetelmää käyttäen Satakunnan keskussairaalan osastolla A6. Toivon, että voisit vastata siihen ja kertoa näkemyksesi tästä tärkeästä aiheesta. Vastaajan henkilöllisyys ei tule tietooni missään vaiheessa eikä vastauksia käytetä muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetyöhöni.

Kysely täytetään nimettömänä ja siihen vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaamalla kyselyyn ja palauttamalla sen, annat minulle luvan vastausten hyödyntämiseen opinnäytetyössäni. Kyselylomakkeesta saatuja tietoja käytetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä, eikä tietoja paljasteta ulkopuolisille missään työn vaiheessa. Lomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Saat hoitajalta tämän kyselylomakkeen sekä tyhjän kirjekuoren. Vastattuasi kyselyyn, ole hyvä ja sulje se kirjekuoreen ja palauta hoitajalle.

Lisätiedot: hanna.railamaa@student.samk.fi

Kiitän sinua vastauksistasi ja mahdollisuudesta toteuttaa opinnäytetyöni!

TAUSTATIEDOT

1. Olen

- a) nainen
- b) mies

2. Ikäni on

- a) alle 30 v.
- b) 31–60 v.
- c) yli 60 v.

3. Olen sairastunut Lymfoomaan?

- a) alle ½ vuotta sitten
- b) ½ - 5 vuotta sitten
- c) yli 5 vuotta sitten

MINÄKUVA JA SEKSUAALISUUS

4. Mitä seksuaalisuus teille merkitsee? (ympyröi 3 tärkeintä vaihtoehtoa)

- a) hyvää itsetuntoa naisena/miehenä olemisena
 - b) rakastetuksi ja hyväksytyksi tulemista
 - c) läheisyyttä ja kosketusta jonkun kanssa
 - d) suhdetta omaan kehoon
 - e) seksiä
 - f) flirttailua
 - g) naiseuden/miehisyyden korostamista esimerkiksi pukeutumisen kautta
 - h) jotain muuta, mitä?
-

5. Miten koette syöpään sairastumisen vaikuttaneen minäkuvaanne, eli käsitykseen omasta itsestänne?

6. Miten syöpään sairastuminen on muuttanut seksuaalisuuttanne ja seksuaalielämäänne?

SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSIOTTAMINEN POTILASOHJAUKSESSA

7. Miten olette osastolla ollessanne saaneet tietoa sairauden vaikutuksista minäkuvaanne ja seksuaalisuuteenne? (voitte ympyröidä useamman kuin yhden vaihtoehdon)
- a) hoitaja on ottanut asian puheeksi
 - b) olen itse ottanut asian puheeksi
 - c) potilaille on järjestetty tilaisuus yhdessä hoitajan johdolla keskustellen asiasta
 - d) olen saanut kirjallista materiaalia aiheeseen liittyen, mutta en ole keskustellut hoitajan kanssa
 - e) en ole saanut tietoa
 - f) muulla tavalla, miten?

8. Jos ette ole osastolla ollessasi saanut tietoa sairauden vaikutuksista minäkuvaanne ja seksuaalisuuteenne, miksi ette?

- a) hoitaja ei ole ottanut asiaa puheeksi, enkä ole itse kehdannut kysyä
- b) hoitaja on ottanut asian puheeksi, mutta en ole halunnut keskustella
- c) olen itse ottanut asian puheeksi, mutta hoitaja on vältellyt tai muutoin kieltäytynyt keskustelemasta asiasta

9. Onko hoitajan kanssa käyty keskustelu ja/tai kirjallinen materiaali seksuaalisuudesta ollut riittävää ja omiin tarpeisiinne vastaavaa?

- a) kyllä on
- b) ei ole, miksi?

10. Miten toivoisitte että osastolla otettaisiin seksuaalisuus puheeksi?

- a) kahden kesken hoitajalähtöisesti
- b) kahden kesken potilaslähtöisesti
- c) ryhmässä potilaiden kesken hoitajan johtamana
- d) hoitajan kanssa niin, että läheiset/kumppani on mukana
- e) ryhmässä potilaiden sekä läheisten/kumppanin ollessa mukana, hoitajan johtamana
- f) muulla tavalla, miten?

11. Kenen kanssa mieluiten keskustelisitte seksuaalisuuteen liittyvistä asioista?

- a) hoitajan
- b) lääkärin
- c) jonkun muun, kenen?

12. Onko saamanne potilasohjaus seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa tullut oikeaan aikaan?

- a) kyllä
- b) ei, miksi?

13. Onko seksuaalisuuteen liittyviin asioihin palattu alkuohjauksen jälkeen, sairauden tilan tai hoitojen muuttuessa?

- a) kyllä
- b) ei, miksi?

14. minkälaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista haluaisitte tietoa ja opastusta osastolla?

15. Koetteko osaston henkilökunnan helposti lähestyttäväksi ja luotettavaksi sairauteen ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa?

- a) kyllä
- b) en

vapaa kommentti:

KIITOS VASTAUKSISTANNE!