



**”TÄRKEÄ, MUTTA VÄHÄN PUHUTTU ASIA!”  
Seksuaaliterveyden huomioiminen  
erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa**

**Jonna Saksola**

**Opinnäytetyö  
Helmikuu 2009**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**

*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä  SAKSOLA, Jonna	Julkaisun laji <b>Opinnäytetyö</b>	
	Sivumäärä 64	Julkaisun kieli <b>Suomi</b>
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi  ”TÄRKEÄ, MUTTA VÄHÄN PUHUTTU ASIA!” Seksuaaliterveyden huomioiminen erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa		
Koulutusohjelma <b>Kuntoutuksen ohjaus ja suunnittelu</b>		
Työn ohjaajat <b>Pirjo Waldén ja Helena Manninen</b>		
Toimeksiantaja(t) <b>Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen koulutusyksikkö</b>		
Tiivistelmä <p>Sairastuminen ja vammautuminen sekä lääkitys ja erilaiset hoidot vaikuttavat seksuaaliterveyteen monella tapaa, yleensä heikentävästi. Tyypillisiä muutoksia ovat minäkuvan muutokset, vaikutukset parisuhteessa olemiseen tai suhteen muodostamiseen sekä muutokset seksuaalisessa toimintakyvyssä, joka vaikuttaa molempiin ensin mainittuun. Terveystieteiden ja kuntoutusohjauksessa pyritään tavoitetasolla ihmisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Kirjallisuuden ja kohdattujen kuntoutujien mukaan seksuaalisuuden ja seksuaalisen hyvinvoinnin osa tuntuu usein unohtuvan tästä kokonaisuudesta.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten asiakkaan seksuaaliterveys huomioidaan erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa ja millaisten asiakasryhmien kohdalla siihen tulee erityisesti osata kiinnittää huomiota. Lisäksi kiinnostuksen kohteena oli tutkia kuntoutusohjaajien asenteita, toimintaa ja toimintavalmiuksia seksuaaliterveyteen liittyen, sekä selvittää, millaisia seksuaaliterveyspalveluja kuntoutusohjaajat voivat työnsä tukena hyödyntää. Aineisto koostui 78 erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajan vastauksista ja tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 40. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella Digium- tiedonkeruuohjelman avulla.</p> <p>Tulosten mukaan eniten seksuaaliterveyden muutoksia vamman tai sairauden seurauksena ilmenee neurologisten vammojen ja sairauden yhteydessä sekä syöpä-, sydän- ja keuhkosairauksien yhteydessä. Myös tietämättömyys kysytyjen muutosten suhteen oli yleistä. Vaikka valtaosa kuntoutusohjaajista koki seksuaaliterveyden huomioimisen kuuluvan kuntoutusohjaukseen, aihepiirin keskustelut edellyttivät asiakkaan aloitetta. Yleisesti omat tiedot ja valmiudet seksuaaliterveyden käsittelyyn koettiin parhaillaankin korkeintaan tyydyttäväksi. Koska aiempaa tutkimusta aiheesta ei ole, ei tutkimustuloksia voi verrata muihin tutkimuksiin. Keskustelua ja lisätutkimusta kaivataan, jotta seksuaaliterveyden huomioimisen rooli ja asema voitaisiin tasavertaisesti turvata kaikkialla Suomessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) seksuaaliterveys, kuntoutusohjaus, kuntoutusohjaaja, vamman tai sairauden vaikutus seksuaaliterveyteen		
Muut tiedot Liitteinä saatekirje, kyselylomake ja liitetaulukoita, 12 sivua.		

Author  SAKSOLA, Jonna	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 64	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title  “AN IMPORTANT BUT LITTLE SPOKEN SUBJECT!” The role of sexual health in rehabilitation counselling of specialist medical care		
Degree Programme The Degree Programme in Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) Pirjo Waldén and Helena Manninen		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences, Department of Rehabilitation Education		
Abstract <p>Health conditions, treatments and medication deteriorate sexual ability to function. Common changes have to do with the self image, changes in intimate relationships and sexual functions which affect both of the two first mentioned. The aim of holistic procedure in health care and rehabilitation counseling rarely includes the sexual dimension of a human being.</p> <p>The objective of this thesis was to examine how clients’ sexual health is noticed in rehabilitation counseling of specialist medical care and which groups of clients particularly need to be noticed. The interest also lied in the rehabilitation counselors’ ability to deal with the subject of sexual health. The target group consisted of rehabilitation counselors (n=78) in specialist medical care all over Finland. The survey was carried out and data were collected using the Digium internet-based software for surveys.</p> <p>According to rehabilitation counselors patients with cancer, heart or lung disease and with neurological conditions suffer the most changes in sexual ability to function. Rehabilitation counselors were also widely ignorant of clients’ changes in sexual functions. Most participants included sexual health into their work in rehabilitation counseling but the suggestion for discussions of that matter was left for the clients. Further investigation of the subject is needed.</p>		
Keywords rehabilitation counselling, rehabilitation counsellor, sexual health		
Miscellaneous Appendices: covering note, questionnaire and data tables, 12 pages.		

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUSOHJAUS.....	7
2.1 Kuntoutus .....	7
2.2 Kuntoutusohjaajan ammattikuva .....	8
3 SEKSUAALISUUS .....	10
3.1 Seksuaalisuuden määrittelyä kirjallisuudessa .....	10
3.4 Seksuaaliterveys .....	12
4 SEKSUAALISUUS VAMMAN TAI SAIRAUDEN SATTUESSA .....	13
4.1 Itsetunto ja minäkuva.....	14
4.2 Haluttomuus .....	15
4.3 Muutoksia parisuhteen rooleissa .....	15
4.4 Vamma- ja sairauskohtaisia vaikutuksia seksuaalisuuteen.....	16
5 SEKSUAALITERVEYS TERVEYDENHUOLLOSSA.....	22
5.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä.....	23
5.2 Seksuaalineuvonta ja PLISSIT-malli.....	23
5.3 Seksuaalisuus kuntoutuksessa .....	25
5.4 Apuvälineet .....	26
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	26
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	27
7.1 Kvantitatiivinen tutkimus.....	27
7.2 Opinnäytetyön valmistelun vaiheet .....	28
7.3 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu.....	28
7.3.1 Kyselylomakkeen laadinta.....	28

	2
7.3.2 Aineiston keruu .....	29
7.4 Aineiston analysointi .....	30
8 TUTKIMUSTULOKSET .....	31
8.1 Vastaajien taustatiedot .....	31
8.2 Seksuaaliterveyden huomioiminen kuntoutusohjaajan työssä .....	33
8.2.1 Asenteet .....	33
8.2.2 Toiminta.....	33
8.2.3 Valmiudet .....	35
8.3 Asiakasryhmän seksuaaliterveys .....	36
8.3.1 Muutosten ilmeneminen .....	36
8.3.2 Tyypillisten muutosten tuntemus .....	37
8.3.3 Oirekohtaisten muutosten tuntemus .....	38
8.4 Seksuaaliterveyspalvelujen ja materiaalien saatavuus.....	39
8.4.1 Materiaalit .....	39
8.4.2 Seksuaaliterveyspalvelut.....	40
8.4.3 Konsultaatioapu.....	40
8.5 Seksuaaliterveys työyhteisössä.....	41
8.5.1 Keskustelu omaan työhön liittyen.....	41
8.5.2 Suhtautuminen asiakkaiden seksuaaliterveyteen .....	41
8.6 Tutkimuksen herättämät ajatukset .....	42
9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	43
9.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	44
9.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	46
9.3 Jatkotutkimukset ja kehitysehdotukset .....	47
LÄHTEET .....	48

## LIITTEET

LIITE 1. SAATEKIRJE .....	50
LIITE 2. KYSELYLOMAKE .....	52

## LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. VAMMA TAI SAIRAUS ON AIHEUTTANUT ASIAKKAIDENI SEKSUAALITERVEYTEEN SEURAAVIA MUUTOKSIA. RYHMÄ A.....	58
LIITETAULUKKO 2. VAMMA TAI SAIRAUS ON AIHEUTTANUT ASIAKKAIDENI SEKSUAALITERVEYTEEN SEURAAVIA MUUTOKSIA. RYHMÄ B.....	59
LIITETAULUKKO 3. VAMMA TAI SAIRAUS ON AIHEUTTANUT ASIAKKAIDENI SEKSUAALITERVEYTEEN SEURAAVIA MUUTOKSIA. RYHMÄ C.....	60
LIITETAULUKKO 4. VAMMA TAI SAIRAUS ON AIHEUTTANUT ASIAKKAIDENI SEKSUAALITERVEYTEEN SEURAAVIA MUUTOKSIA. RYHMÄ D.....	61
LIITETAULUKKO 5. VAMMA TAI SAIRAUS ON AIHEUTTANUT ASIAKKAIDENI SEKSUAALITERVEYTEEN SEURAAVIA MUUTOKSIA. RYHMÄ E.....	62

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. KUNTOUTUSOHJAAJIEN TAUSTAMUUTTUUJAT .....	32
TAULUKKO 2. SEKSUAALITERVEYDEN ASEMA KUNTOUTUSOHJAUKSESSA.....	33
TAULUKKO 3. KUNTOUTUSOHJAAJIEN SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄT KESKUSTELUMALLIT.....	34
TAULUKKO 4. SEKSUAALITERVEYTTÄ TUKEVIEN TOIMENPITEIDEN KIRJAAMINEN .....	35
TAULUKKO 5. VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMIEN MUUTOSTEN ILMENEMINEN KUNTOUTUSOHJAAJIEN ARVIOIMANA .....	37

TAULUKKO 6. TYYPILLISTEN SEKSUAALITERVEYDEN MUUTOSTEN TUNTEMUS .....	38
TAULUKKO 7. SEKSUAALITERVEYSMATERIAALIN TARJONTA .....	39
TAULUKKO 8. KESKUSTELU TYÖYHTEISÖSSÄ OMAAN TYÖHÖN LIITTYEN.....	41
TAULUKKO 9. TYÖYHTEISÖN SUHTAUTUMINEN ASIAKKAIDEN SEKSUAALITERVEYTEEN .....	42

## **KUVAT**

KUVA 1. PLISSIT – MALLI (PLISSIT –MALLI 2005.).....	25
---	----

# 1 JOHDANTO

Seksuaaliterveys kuuluu ihmisen terveysalueisiin ja tarkoittaa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin tilaa suhteessa seksuaalisuuteen. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää kunnioittavaa ja myönteistä asennetta seksuaalisuuteen ja sisältää halutessa mahdollisuuden nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin. Kaikkien ihmisten oikeutta seksuaalisuuteen tulee kunnioittaa. (Hillman & Männistö 2008, 3.)

Kuntoutusohjaajan työ on erittäin laaja-alaista asiakkaan kuntoutumisen tukemista. Kuntoutusohjaaja arvioi asiakkaan tilanteen, ohjaa, koordinoi, tukee ja neuvoo asiakasta läpi kuntoutusprosessin (Chatzitolios, Frantti & Pennanen 2007). Harvoin jos koskaan kuulee seksuaaliterveyteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa erikseen mainittavan ja on epäselvää sisältyykö seksuaaliterveyden huomioiminen kuntoutusohjaukseen. Toki seksuaalisuus on erottamaton osa ihmistä ja mukana arjessa ja jokapäiväisessä elämässä, asioissa, joita kuntoutusohjauksella kerrotaan tuettavan.

Suurin osa erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajista on koulutukseltaan sairaanhoitajia (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 14). Kuntoutuksen ohjaajien (AMK) koulutus aloitettiin vuonna 1997 Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (Chatzitolios ym. 2007, 3). Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinnon perusopintoihin ei sisälly seksuaaliterveysopintoja, mutta Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on mahdollista valita yksi viiden opintopisteen vapaavalintainen kurssi, joka käsittelee seksuaaliterveyden edistämistä (Jaksotustaulukko 2008 - 2009).

Seksuaaliterveyden roolista kuntoutusohjauksessa ei ole julkaistua tutkimustietoa eikä asiaan liiemmin oteta kantaa kuntoutusohjausta käsittelevässä kirjallisuudessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun kuntoutuksen koulutusyksikkö antoi tehtäväksi tehdä aiheesta selvityksen. Tutkimuksella oli tarkoitus selvittää kuntoutusohjaajien tietoutta vamman tai sairauden vaikutuksista asiakkaiden seksuaaliterveyteen sekä miten seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy kuntoutusohjaajien asenteissa, toiminnassa ja toimintavalmiuksissa.



Tutkimuksen tulokset antavat tärkeää tietoa vähän esillä olevasta asiasta. Tuloksia voidaan hyödyntää pohtiessa kuntoutusohjaajien lisäkoulutustarvetta sekä suunniteltaessa kuntoutusohjaajan (AMK) opintojen sisältöä.

## 2 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUSOHJAUS

### 2.1 Kuntoutus

Kuntoutuksen käsite on viimevuosina muuttunut laaja-alaisemmaksi. Se on kasvanut sairauskeskeisyydestään käsittämään laajemmin ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänhallintaa. Se on monialaista, suunnitelmallista ja pitkäjänteistä toimintaa, jolla pyritään luomaan kuntoutujan omien toimintaedellytysten ja -tarpeiden sekä ympäristön välille paras mahdollinen tasapaino. Kuntoutuksen toimenpiteillä luodaan, lisätään ja ylläpidetään kuntoutujan toimintamahdollisuuksia. Yhteiskunnalliselta tasolta tarkasteltuna kuntoutuksen keskeinen tehtävä on pitää yllä ja parantaa väestön työ- ja toimintakykyä sekä auttaa väestöä selviytymään mahdollisimman itsenäisesti elämän eri tilanteissa. Kuntoutuksen toimenpiteet kohdistuvat sekä kuntoutujaan itseensä että hänen toimintaympäristöönsä. (Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa 2004, 15.)

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on ajan myötä kehittynyt monitahoiseksi, monimutkaiseksi ja monialaiseksi. Sen rakennuspalikoita ovat lainsäädäntö, palvelujen järjestäjät, rahoittajat sekä tuottajat. Kuntoutusjärjestelmän hahmottaminen on haastavaa sekä siitä päättävillä tahoilla että järjestelmää käyttävillä kuntoutujilla. Järjestelmään on kuitenkin sidottu paljon varoja ja näiden varojen voi ajatella olevan muutaakin, kuin pelkkä menoerä valtiolle: Ne ovat sijoitus tulevaisuuteen, sillä kuntoutuksella tuetaan ihmisten työ- ja toimintakykyä sekä tarjotaan voimavaroja elämän hallintaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2002, 3.)

Tämän päivän kuntoutuksessa kuntoutujan oma osallisuus korostuu ja hänet nähdään aktiivisena, omasta elämästään vastaavana subjektina. Kuntoutusprosessin lähtökohdina ovat kuntoutujan elämäntilanne, voimavarat ja niihin perustuvat yksilölliset tavoitteet. Kokonaisvaltainen kuntoutus edellyttää niin kuntoutujan kuin hänen lähiyhteis-

sönsäkin osallistumista kuntoutustarpeiden määrittelyyn. Asiakaslähtöisyys, kuntoutujan omien tarpeiden ja toiveiden huomiointi prosessin kaikissa vaiheissa, edellyttää sujuvaa vuoropuhelua ja yhteistyötä kuntoutujan, hänen lähiyhteisönsä sekä kuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten kesken. (Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa 2004, 15.)

## 2.2 Kuntoutusohjaajan ammattikuva

Kuntoutusohjaus on erikoissairaanhoidon palvelua, joka perustuu asiakkaan tarpeeseen saada ohjausta ja neuvontaa erinäisissä kuntoutumiseensa liittyvissä asioissa. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta astui voimaan vuonna 1991. Asetuksen kolmas pykälä määrittelee kuntoutusohjauksen olevan toimintaa, jolla tuetaan ja ohjataan sekä kuntoutujaa että hänen lähiyhteisöään ja tiedotetaan kuntoutujan toimintamahdollisuuksista ja saatavilla olevista palveluista. Vuodelta 1986 peräisin olevassa kuntoutustyöryhmän muistiossa kuntoutusohjausta luonnehditaan laajemmin ja terveydenhuollon näkökulmaa korostaen. (Mattsén 2002, 10 - 11.)

*Kuntoutusohjaus on laaja-alaista vammaisen/pitkäaikaissairaahan henkilön jokapäiväistä selviytymistä tukevaa toimintaa. Kuntoutusohjaus on vammaisen/pitkäaikaissairaahan/kuntoutettavan henkilön elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomioonottamista hoito ja kuntoutustyössä. Kuntoutusohjauksessa on nähtävä sairauden/vamman fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset sekä pyrittävä vammautumisen/sairastumisen aiheuttamien kielteisten seurausten minimoimiseen. (Mts. 10 - 11.)*

Kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä ja tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään turvaamaan asiakkaan kuntoutumisen toivottu eteneminen ja lisätään hänen mahdollisuuksiinsa mahdollisimman itsenäiseen elämänhallintaan. Tavoitteeksi onkin mainittu itsenäinen elämä, omatoiminen selviytyminen, arkielämän sujuvuus, toimintamahdollisuuksien tukeminen, ja tarpeettoman ja uusiutuvan laitoshoidon ehkäisy. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 8.)

Kuntoutusohjaajana toimivien henkilöiden koulutustaustat ovat vaihtelevia, sillä ammattiin valmistavaa suoraa koulutusta ei aikaisemmin ollut olemassa. Taustat vaihtelevat siitä riippuen, minkä vamma- tai sairausryhmän kuntoutusohjaajana henkilö toimii. Yhteisenä taustatekijänä kuntoutusohjaajilla on pitkä ammatillinen kokemus asiakkaidensa vammaryhmän alueelta ja monipuolinen lisäkoulutus. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajina toimi vuonna 2000 henkilöitä, joilla oli sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän tai muu sosiaalialan koulutus. (Mattsén 2002, 10-11.)

Kuntoutusohjauksen tarkoituksena on vaikuttaa kuntoutujan ja hänen ympäristönsä väliseen suhteeseen ja edistää kuntoutusta tarvitsevien henkilöiden selviytymistä ja toimintamahdollisuuksia. Kuntoutusohjauksessa kuntoutujan elämäkokemukset ja tunteet korostuvat ja asioita lähestytään humanistisesta näkökulmasta pyrkimyksenä vahvistaa asiakkaan toimijuutta oman elämänsä subjektina. Kuntoutusohjaaja toimii asiakkaan yhdyshenkilönä muiden palveluntuottajien ja viranomaistahojen välillä. Toiminta suuntautuu sairaalasta pois päin asiakkaan todelliseen asuin- ja elinympäristöön ja sillä tuetaan arkielämässä selviytymistä neuvonnan, tuen, ohjauksen ja informoinnin keinoin. Sosiaaliseen aktiivisuuteen kannustetaan ja kuntoutusohjaus tuokin kuntoutujan lähiyhteisön tiiviimmin mukaan kuntoutusprosessiin. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 8-9.)

Kuntoutusohjausnimikkeistössä (2003) kuvataan yksi mahdollinen yleiskuva työstä. Tyypillisiä työhön kuuluvia tehtäviä ovat:

- kuntoutuspalvelujärjestelmiin liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä kuntoutujalle että hänen läheisilleen
- yhdyshenkilönä toimiminen kuntoutujan ja muiden kuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten ja viranomaistahojen välillä (sairaala, terveyskeskus, kuntoutuslaitokset, terapeutit, Kela, sosiaalitoimi, vammaisjärjestöt jne.)
- osallistuminen kuntoutumisen suunnitteluun ja seurantaan ja kuntoutussuunnitelman laadintaan kuntoutustyöryhmässä sekä suunnitelman toteutumisen seuranta

- koti- ja muiden käyntien tekeminen (hoitopaikka, koulu, työpaikka jne.)
- lääkinnällisessä kuntoutuksessa ohjaus apuvälineen valinnassa, hankinnassa ja käytössä sekä tarvittavien suositusten tekeminen
- neuvonta asunnonmuutostöiden arvioinnissa ja suunnittelussa sekä tarvittavien lausuntojen laatiminen
- etuisuuksiin ja niiden hakemiseen liittyvä ohjaus ja neuvonta
- ensitietokurssien organisointi ja vetäminen
- kuntoutuspalveluista, ensitiedosta, sopeutumisvalmennuksesta ja vammaisten/sairaiden erityisongelmista ja palveluista vammaisjärjestöjen toiminnasta tiedottaminen
- muiden työntekijäryhmien koulutus omaan erityisalaansa liittyen.

(Mts. 9.)

Kuntoutusohjauksen sisältö ja toteutus vaihtelevat eri sairausryhmien kohdalla ja työnkuvat ovat pitkälti muodostuneet työntekijän koulutuksen ja työkokemuksen sekä työyhteisön odotusten mukaan (mts. 14).

## 3 SEKSUAALISUUS

### 3.1 Seksuaalisuuden määrittelyä kirjallisuudessa

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) määritelmässä vuodelta 2004 seksuaalisuus on keskeinen ihmisenä olemisen ominaisuus läpi koko elämän. Siihen kuuluvat seksuaalinen kehitys, biologinen sukupuoli, sosiaalinen sukupuoli-identiteetti ja sen mukainen rooli, seksuaalinen suuntautuminen, eroottinen mielenkiinto, nautinto, intiimiys ja suvun jatkaminen. Seksuaalisuutta voidaan kokea ja ilmaista monipuolisesti ajatuksien, fantasioiden, halujen, uskomuksien, asenteiden ja arvojen, käyttäytymisen ja roolien kautta sekä pari- ja ihmissuhteissa. Näillä asioilla on mahdollista kokea ja ilmaista seksuaalisuutta, aina kaikki mainittu ei kuitenkaan ole sidoksissa seksuaalisuuteen. Seksuaalisuuteen ja sen ilmaisuun vaikuttavat lukuisat tekijät (biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuurilliset,

eettiset, oikeudelliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset) ja niiden keskinäinen vuorovaikutus. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8.)

Sironen ja Kalilainen (2006) esittelevät Greenbergin työryhmän ajatuksia seksuaalisuudesta. Heidän mukaansa seksuaalisuus sisältää kaikki ihmisenä olemisen näkökohdat, jotka kuuluvat tytölle ja pojalle tai naiselle ja miehelle läpi elämän kestävän muuttuvan prosessin aikana. Seksuaalisuus ei siis käsitä pelkästään sukupuolielimiin liittyvää luonnetta, vaan se heijastaa kaikki inhimilliset luonteen piirteemme. Greenbergin työryhmä määrittelee seksuaalisuuden ulottuvuudet ja niiden sisällöt seuraavasti:

- **Eettinen ulottuvuus** sisältää ihanteet, uskonnolliset ja moraaliset käsitykset sekä arvot.
- **Biologinen ulottuvuus** sisältää lisääntymisen, raskauden ehkäisyyn, seksuaaliset reaktiot, kasvun ja kehityksen, fysiologiset syklit ja muutokset ja fyysisen ulkonäön.
- **Psyykinen ulottuvuus** sisältää tunteet, elämykset, minäkäsityksen, motivaation, ilmaisukyvyn sekä opitut asenteet ja käyttäytymisen.
- **Kulttuurinen ulottuvuus** sisältää perheen, ystävät, naapurit, koulun, seurustelun, avioliiton, lait, tavat, tiedotusvälineet ja mainonnan. (Sironen & Kalilainen 2006, 357 - 358.)

Virtanen (2002) esittelee teoksessaan Kliininen seksologia eräitä kirjallisuudesta löytyviä seksuaalisuuden kuvauksia. Chipouras (1979) kollegoineen kertoo seksuaalisuuden olevan ihmisen tapa tulkita itseään ja esitellä itseään toisille naisena tai miehenä, elävänä olentona. Virtasen mukaan tämä lähestymistapa on varsin sidonnainen ruumiillisiin sukupuoliominaisuuksiin ja jättää monia kyseenalaisia tulkintamahdollisuuksia. Trieschmann (1988) haluaa erottaa sukupuolivietin ja -aktin toisistaan sekä laajemmasta seksuaalisuuden käsitteestä. Hänen mielestään ihmiset ilmentävät seksuaalisuuttaan ajatuksissa, puheessa, tunteissa, arvoissa ja normeissa sekä ei-eroottisessa käytöksessään. Rotbergin (1987) monitahoinen määritelmä seksuaalisuudesta sisältää rakkauden ja kumppanuuden sekä persoonallisuuden, tunteet, tunnereaktiot ja läheisyyden. Ducharmen ja kumppanien (1993) mielestä seksuaalisuus ilmentää miehenä ja naisena olemista integroiden persoonallisuuden fyysiset, psyykkiset, älylliset ja sosiaaliset ulottuvuudet keskenään. (Virtanen 2002, 21 - 24.)

### 3.4 Seksuaaliterveys

WHO on antanut seksuaaliterveydelle oman määritelmänsä vuoden 1974 raportissa. Raportti korostaa, ettei seksuaaliterveys käsitä vain seksuaalitoimintoja ja niiden häiriöitä, vaan se liittyy myös elämäntyyliin, seksuaalirooleihin ja ihmissuhteisiin. Määritelmän mukaan seksuaaliterveys koostuu ruumiillisista, emotionaalisista, älyllisistä ja sosiaalisista ominaisuuksista, tavalla, joka vahvistaa ja rikastuttaa persoonaa, kommunikaatiota ja rakkautta. Määritelmä sisältää kolme seksuaaliterveyden peruselementtiä:

1. Oikeus nauttia seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytymisestä ja hallita sitä oma ja yhteisön etiikka huomioiden
2. Vapaus peloista, häpeästä, syyllisyydentunteista, vääristä uskomuksista ja muista psykologisista tekijöistä, jotka haittaavat seksuaalireaktioita ja seksuaalisuhteiden muodostusta
3. vapaus elimellisistä vammoista, sairauksista ja vajavuuksista, jotka häiritsevät seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytymistä. (Virtanen 2002, 12.)

Myöhemmin, vuonna 1987 WHO on lisännyt, että seksuaaliterveys ei ole tieteellinen käsite, vaan se on suhteessa kulttuuriin ja aikaan, sekä yhteiskunnan arvoihin ja normeihin. King ja kumppanit (1991) puhuvat seksuaaliterveydestä samansuuntaisesti. He kertovat seksuaalisesti terveen ihmisen kokevan seksuaalisuutensa miellyttävänä ja turvallisena sekä voivan toteuttaa sitä vapaana syyllisyyden ja häpeän tunteista. Basso (1993) ja Lottes (2000) edustavat seksuaalisuuden uutta näkökulmaa. Basso kertoo seksuaalisella mielihyvällä olevan suuria myönteisiä vaikutuksia sekä ihmisille että yhteiskunnalle, sillä seksuaalinen mielihyvä toimii hyvinvoinnin lähteenä ja rikastuttaa ihmistä. Seksuaalisuus parantaa ihmisen kykyä välittää tunteita, rakastaa ja luoda ihmissuhteita sekä toimii luovuuden lähteenä ja rikastaa elämää. Myös Lottes korostaa nautinnon merkitystä ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Hänen mukaansa seksuaaliterveys käsittää myös miehen ja naisen mahdollisuuden ilmaista seksuaalisuuttaan ja nauttia siitä joutumatta pelkäämään raskautta tai sukupuolitautia ja kokemaan pakottamista, väkivaltaa tai syrjintää. (Mts. 13 - 14.)

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa (2006, 5) todetaan, että seksuaalisuus ja lisääntyminen ovat ehkäisymenetelmien kehittymisen myötä alkaneet erottua toisistaan. Evert Ketting ja Klouda tekevät selvän eron seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden välille. Kingin mukaan seksuaaliterveydessä on kyse siitä, että ihmisiä tuetaan oman seksuaalisuutensa hallintaan ja sen hyväksymiseen sekä siitä kokonaisuudessaan nauttimiseen. Lisääntymisterveys taas liittyy hedelmällisyyteen, raskauteen, synnytykseen ja imettämiseen. Klouda ajattelee seksuaaliterveyden olevan aina riippuvaista ihmisen psykodynamiikasta ja ihmisten välisistä suhteista lisääntymisterveyden liittyessä sukupuolielimistön toimintaan, hedelmällisyyteen ja sairauksiin. (Virtanen 2002, 13.)

## 4 SEKSUAALISUUS VAMMAN TAI SAIRAUDEN SATTU- ESSA

Leena Rosenberg (2006) kertoo, että vammautuminen tai sairastuminen aiheuttaa ihmisessä kriisin. Vaikutukset seksuaalisuuteen voivat olla jopa lamaannuttavat, mutta toisaalta hän näkee kriisissä myös uuden mahdollisuuden ja haasteen, johon rohkeasti vastaamalla suhde erotiikkaan, seksuaalisuuteen ja seksiin voi jopa muuttua aiempaa paremmaksi (Rosenberg 2006, 282; 2002).

*Sairaus on opettanut minulle paljon paineensietokyvystä – olenkin oppinut paremmin tunnistaman kehoni ja nauttimaan tästä hetkestä ja siitä, mitä milloinkin tunnen. Koen nykyään seksin kokonaisvaltaisemmin kuin aikaisemmin ja siksi koen olevani ehjempi. MS-tautia sairastava nainen (Rahkonen & Viramo-Koskela 2004.)*

Koko elämän muuttuessa kertaheitolla eivät seksuaalisuuteen liittyvät asiat yleensä ole päällimmäisinä mielessä, eivät ainakaan erityisen jäsentyneinä. Elämäntilanteesta riippuen kysymykset puolison menettämisestä tai löytämisestä, oman kehon viehättä-



vyydestä, seksuaalisesta kyvykkyydestä ja nautinnon mahdollisuudesta saattavat kimpoilla irrallisina mielessä. Selkeämmät pohdinnat omaan sukupuoli-identiteettiin liittyen eivät yleensä liity alkuaikaan vammautumisen tai sairastumisen jälkeen. Mikäli vamma tai sairaus koskee läheisesti seksuaalisuuden alueita, esimerkiksi gynekologinen leikkaus tai sukuelinten alueelle voimakkaasti vaikuttava vamma, saattavat minäkuva, seksuaalisuus ja seksuaalitoimintojen muutos olla aivan eritavalla mielessä, jolloin ne on syytä ottaa keskusteluun. Seksuaalisuuden ollessa läsnä kaikilla elämänalueilla, miehenä ja naisena ja myös myöhemmissä tunnetiloissa, siihen liittyvät kysymykset on Rosenbergin mielestä tärkeää sisällyttää myös kirjallisiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin. Hän tähdentää, että tukiessamme seksuaalista eheytymistä voimme ratkaisevasti auttaa kokonaisvaltaisessa toipumisessa. (Rosenberg 2006, 282.)

#### 4.1 Itsetunto ja minäkuva

Vakava sairastuminen tai vammautuminen vaikuttaa lähes poikkeuksetta ihmisen itsetuntoon ja minäkuvaan. Itsetunnolla on tärkeä rooli seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta ja lähtökohtaisesti hyvä itsetunto voi vahvasti tukea myös seksuaalista eheytymistä; lähtökohtaisesti huono itsetunto voi sairauden myötä murentua entisestään ja tämä taas tuntuvasti hidastaa tai jopa estää seksuaalista toipumista. Mikäli ihminen on terveenä ollessaan mieltänyt sukupuolisuutensa sukuelintensä tai niiden toimintojen perusteella, voi miehen erektiovaikeus tai naisen kohdunpoisto hämärtää heidän sukupuoli-identiteettiään miehenä tai naisena. (Rosenberg 2006, 282 - 283.)

Minäkuvan muutokset eivät välttämättä arjessa näy ulospäin, mutta ovat vamman tai sairauden myötä hyvin tavallisia ja erittäin vaikeita hahmottaa. Muutos voi seurata jonkin elimen, raajan tai fyysisen toiminnon menetyksestä tai leikkauksen tai onnettomuuden jättämistä arvista. Vaatteilla peitettävä tai toiminnallinen muutos voi päällepäin näkymättömyydestään huolimatta olla ihmiselle merkittävä ja tuottaa kokemuksen rikkinäisestä minästä, jonka ihminen näkee ja kokee ainakin pukeutumisen ja peiliin katsomisen yhteydessä. Toiminnallisen muutoksen kohdalla vaikutukset ovat sen suuremmat, mitä lähempänä seksuaalitoimintoja muutos on. Jotkut ihmiset oppivat hyväksymään muuttuneen kehonsa helpommalla kuin toiset. Usein muutoksia kokenut

joutuu läpikäymään surutyön, jonka avulla työstää vihaa, surua, katkeruutta, luopumista ja lopulta sopeutumista ja hyväksymistä. Muutosten myötä piiloon jäävät tunteet voivat heikentää elämänlaatua ja haitata ihmissuhteita. Surutyö onkin erittäin tärkeää sallia ja siihen on syytä myös kannustaa, jotta suruprosessi tulisi kunnolla käsiteltyä. (Rosenberg 2006, 286.)

## 4.2 Haluttomuus

Haluttomuus suurien muutosten yhteydessä on normaalia. Kun terveys järkkyy sairastumisen tai vamman myötä, voimavarat keskitetään selviytymiseen. Keskustelu aiheeseen liittyen onkin hyvin tärkeää. Sen tarkoituksena on normalisoida haluttomuus tilanteen yhteydessä ja hillitä puolisoiden liioiteltuja pohdintoja asiaan liittyen ja korostaa, että yleensä kyseessä on tilapäinen ilmiö. Haluttomuutta voi muutosten yhteydessä ilmetä molemmilla puolisoilla, sekä sairastuneella että terveellä. Fyysinen yhteys olisi silti tärkeää säilyttää, vaikka yhdynnät olisivat poissa pelistä. Hellyys ja läheisyys tukevat parisuhdetta ja pelkän henkisen yhteyden varassa voi suhde ajautua vaaraan. Haluttomalla puolisoilla on oikeus sopeutumis aikaan eikä haluun painostamisella saada aikaan halua. Toisen ollessa haluton, voi toinen nauttia seksuaalisuudestaan itse tyydytyksen avulla ja se onkin sairauden jälkeen tärkeä keino tutustua mahdollisiin kehon muutoksiin ja seksuaalireaktioihin. Joissain tilanteissa avoin keskustelu itsetyydytykseen liittyen ja tabujen purkaminen on tärkeää. (Mts. 283 - 284.)

## 4.3 Muutoksia parisuhteen rooleissa

Puolison sairastuessa tai vammautuessa vakavasti parisuhteen rooleihin tulee vääjäämättä muutoksia, hoitajan ja hoidettavan tai potilaan roolit tulevat suhteeseen. Sairauden tai vamman aiheuttaessa muutoksia ihmisen persoonallisuuteen muutokset rakastajasta ja rakastetusta hoitajaksi ja potilaaksi voivat tehdä erityisen kipeää. Roolimuutosta voi vaikeuttaa vielä se, kuinka perustason toimissa puoliso joutuu toista auttamaan. Myös autettavaksi joutunut voi helposti vieraantua tasavertaisen puolison kokemuksesta joutuessaan vastaanottamaan apua arkisissa toimissaan wc-käynneistä

alkaen, kun ne ovat ennen itsestään selvästi sujuneet omatoimisesti. Avuttomuus voi tuntua autattavasta nöyryyttävältä ja molemmilla puolisoilla saattaa olla vaikeuksia löytää puolison roolia parisuhteessa. Seksuaalisten halujen kohdalla puolisoille voi tulla ristiriitaisia kokemuksia, kumpi tahansa voi olla haluton: Sairaana olevan voi olla vaikea ymmärtää, miksei toinen pysty helposti vaihtamaan hoitajan roolia rakastajan rooliin tai terveen puolison halukkuus on tallella ja sairastuneella ei riitä energiaa seksuaaliseen haluun. Tällaisissa suurissa muutoksissa on tärkeää, että molemmille osapuolille on tarjolla tukea. Ristiriidat ovat yleisiä ja usein hankalia. Vaikeissa tilanteissa on syytä ottaa parisuhteen vaikeudet kiinteäksi osaksi hoito- ja kuntoutustoimintaa ja selvitettävä ammattiavun tarve. (Mts. 288.)

#### 4.4 Vamma- ja sairauskohtaisia vaikutuksia seksuaalisuuteen

Seuraavana tarkastellaan tarkemmin muutamien sairauksien vaikutuksia seksuaaliterveyteen. Mainittuja sairauksia ja vammoja tavataan kuntoutusohjauksen asiakkailta. Sairauksia ei tarkastella erityisesti lapsen seksuaalisuuden näkökulmasta. Myös aistivammojen vaikutukset seksuaaliterveydelle jätettiin pois.

**Sydän- ja verisuonitautien** yhteydessä verenkiertoelimistön toiminta häiriintyy tai heikkenee, jolloin vaikutukset ovat seksuaalisuuden alueella usein toiminnallisia. Tämä johtuu siitä, että seksuaalireaktiot kehossa perustuvat verekkyyden lisääntymiseen sukuelinten alueella. Naiselle tyypillisimpiä seurauksia ovat emättimen limakalvojen kuivuus, joka saattaa etenkin keski-ikässä vaivata muutenkin, ja miehellä tyypillinen vaiva on erektiohäiriö, joka saattaa seurata myös sydänlääkityksen sivuoireena. Naisille on syytä kertoa sekä liukuvoiteiden että estrogeenituotteiden tarjoamasta avusta, sillä tällaisten tuotteiden käyttö voi olla joillekin naisille varsin vierasta. Joillekin miehille erektiokyky on eräänlainen miehisyden mittari, johon erektiohäiriö ilmaantuessaan tuottaa valtavan kolauksen. Vältelläkseen erektiohäiriön kohtaamista mies ehkä vetäytyy kaikesta fyysisestä läheisyydestä puolisoaan kohtaan ja tämän myötä alkaa pelätä puolison tyytymättömyyttä suhteeseen. Kun miehen terveydentila antaa aihetta epäillä erektiohäiriön olemassaoloa, on hoitavalla lääkärillä tai muulla henkilökunnalla velvollisuus ottaa asia puheeksi. Tärkeää on keskustella erektion tai

sen puuttumisen merkityksestä sekä olemassa olevista apukeinoista, kuten mahdollisesta erektiolääkkeestä, apuvälineistä, soveltuvimmista asennoista ja vaihtoehtoisista rakastelukeinoista sekä yhdynnän turvallisuudesta ja siihen liittyvistä peloista. (Mts. 290 - 291.)

Elaine Cooper ja John Guillebaud (1999, 63 - 64) toteavat useiden pariskuntien pohtivan puolison sydänkohtauksen jälkeen, milloin on oikea aika aloittaa seksuaalinen kanssakäyminen ja mitä siihen liittyen saa tehdä. Asiasta on olemassa esitteitä, mutta pariskunnat epäröivät ottaa asiaa puheeksi ja samoin henkilökunta vierastaa keskustelun aloitusta. Nyrkkisääntönä voidaan Cooperin ja Guillebaudin sekä Rosenbergin (2006, 291) mukaan pitää yhdyntöjen aloitusta sitten, kun henkilö kykenee väsymättä ja ilman rintakipua nousemaan kaksi kerrosväliä portaita.

**Syöpäsairauksien** yhteydessä esiintyvät seksuaalisuuden ongelmat heikentävät tutkimusten mukaan elämänlaatua. Hoitomuodot kuten solunsalpaajat, sytostaattihoidot, hormonihoitot ja leikkaukset vaikuttavat sekä naisten että miesten seksuaalitoimintoihin. Lisäksi on käynyt ilmi, että potilaan ja puolison sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan on vaikeaa keskustella syövän vaikutuksista seksuaaliterveyteen. Kun sairauden vaikutukset tälle alueelle on tiedossa, lääkärin tai hoitohenkilökunnan tulisi ottaa asia keskusteluun ja sisällyttää seksuaaliterveyden asioita hoitosuunnitelmaan. Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa vuonna 2001 tehdyssä syöpäpotilaiden seksuaaliterveyttä käsittelevässä tutkimuksessa ilmeni, että syöpä tai hoidot vaikutti seksuaaliterveyteen kaikkiaan 63 %:lla potilaista. Valtaosa heistä ei uskaltanut itse ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi ja vastaavasti valtaosa hoitohenkilökunnasta keskusteli aihepiiristä vain potilaan tai omaisen aloitteesta. Hoitohenkilökunnan mukaan omien tietojen ja taitojen sekä ajan puute ovat syynä seksuaaliterveysasioiden laiminlyömiseen asiakastilanteissa. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237 - 246.)

Syöpä ja syöpähoidot aiheuttavat vaikeita muutoksia minäkuvaan, parisuhteeseen ja seksuaalitoimintoihin. Sukuelinten toimintaan vaikuttavien hermojen vaurioitumista voi olla vaikeaa välttää suurissa lantion alueen leikkauksissa. Hermovaurioista voi

seurata sukuelinten tuntopuutoksia, pidätysvaikeuksia sekä erektiovaikeutta miehellä ja naisella emättimen limakalvojen kuivuutta. Lisäksi joistain toimenpiteistä voi miehelle seurata sinänsä vaaraton retrogradinen siemensyöksy, jossa siemenneste menee virtsarakkoon ja poistuu kehosta vasta virtsan mukana. Sairastuminen itsessään voi aiheuttaa sukupuolista haluttomuutta, samoin solunsalpaaja- ja hormonihoitot, jotka myös vaikuttavat limakalvoihin heikentävästi. Sädehoito voi limakalvojen lisäksi vaurioittaa ihoa ja lantion alueelle suunnattuna aiheuttaa yhdynnän kannalta kriittistä emättimen ahtaumaa naisille. Ahtauman ehkäisyyn voi käyttää päivittäistä dilatointia (ylläpitää ja laajentaa emättimen tilavuutta esimerkiksi erikokoisten sauvojen avulla) lääkärin ohjeen mukaan. Pahimmillaan sukuelinten alueelle joudutaan tekemään suuria poistoleikkauksia. Miehillä tyypillisiä erektiohäiriöitä hoidetaan syövän yhteydessä kuten muulloinkin, mutta valitettavasti hieman huonommalla menestyksellä. Leikkauksista seuraavat hermovauriot saattavat olla pysyviä, mutta toisaalta paranemista saattaa olla havaittavissa vielä vuodenkin kuluttua leikkauksesta. (Rosenberg 2006, 293 - 295.)

**Reuman** vaikutukset seksuaalisuudelle riippuvat taudin vaikeudesta. Parhaimmillaan reuma ei vaikuta seksuaaliterveyteen, mutta useisiin reumatauteihin liittyy kipua, väsymystä, uupuneisuutta, huonovointisuutta, liikerajoituksia ja leikkauksista tai lääkkeistä johtuvia kehonkuvan muutoksia, kuten kasvojen alueen turvotusta, hiusten lähtöä, kiihtynyttä karvan kasvua ja käsien vapinaa, jotka vaikuttavat seksuaaliterveyteen. Yhteiset tai omat hellyyden hetket kannattaa sijoittaa siihen kohtaan päivää, jolloin väsymys ja kivut sen parhaiten mahdollistavat. Seksuaalisen mielihyvän ja nautinnon tavoittelussa on suositeltavaa käyttää mielikuvitusta ja apuvälineitä, kuten tyynyjä, vibraattoreita ja potenssia tukevia välineitä, kuten penisrenkaita. Yhdynnän ollessa erityisen vaikeaa kivun, haluttomuuden tai erektiovaikeuden takia, kannattaa opetella kokemaan seksuaalista nautintoa ja läheisyyttä ilman yhdyntää. Parisuhteen seksuaalisuudessa avoin kommunikointi tunteisiin ja tuntemuksiin liittyen on ensiarvoisen tärkeää. (Koskinen & Järvensivu 2007.)

**Mielenterveysongelmiin** liittyy vahvasti seksuaalisten toimintojen häiriöitä. Lisäksi psyykenlääkkeet vaikuttavat hyvin yleisesti seksuaalitoimintoihin. Ulla Lepola ja Hannu Koponen (2003) ehdottavat seksuaalisen toimintakyvyn arvioimista ja aiempi-

en somaattisten ja psykiatristen sairauksien kartoittamista ennen lääkehoidon aloittamista. Seksuaalisen toimintakyvyn arviointia tulisi suorittaa myös lääkehoidon seurannassa. Käyttökelpoinen arviointimenetelmä on esimerkiksi Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX). Psykiatristen sairauksien haittavaikutuksia seksuaalisuuteen aliarvioidaan usein, ajatellaan esimerkiksi, ettei masentunut välitä seksistä. Kuitenkin erään tutkimuksen mukaan väestöstä 70 prosenttia pitää seksiä kohtalaisen tai erittäin tärkeänä, masennuksesta kärsineistä 75 prosenttia piti sukupuolielämää tärkeänä. Samalla 70 % masentuneista ilmoitti kärsivänsä sukupuolisen halun vähentymisestä. Tämä tulisi huomioida hoidossa, vaikka potilaat eivät sitä oma-aloitteisesti ottaisi esiin. Lepola & Koponen lisäävät vielä, että esimerkiksi masennukseen liittyvä erektiohäiriö tukee masennusta entisestään, mikä taas tukee erektiohäiriötä. (Koponen & Lepola 2003, 255 - 259.)

**MS-tauti** aiheuttaa toiminnallisia seksuaalisia häiriöitä yleisemmin miehille kuin naisille. Miehet kokevat erektiovaikeutta ja vaikeutta saada siemensyöksy. Naisille tyypillisiä vaikeuksia ovat emättimen limakalvojen kuivuus, sukupuolisen halun vähyys tai puuttuminen ja orgasmivaikeudet. Joissain tapauksissa ilmenee lisääntyntä seksuaalista halua, joka voi aiheuttaa pakonomaista seksuaalista toimintaa ja rasittaa parisuhdetta. Sukuelinten ja reisien tuntomuutokset ovat yleisiä: heikentynyt tunto on yleisempää kuin kivulias ylitunto ja suoranaiset yhdyntäkivut ovat harvinaisia tuntomuutosten seurauksia. MS-tautiin liittyy myös muita seksuaalista kanssakäymistä rajoittavia tekijöitä, kuten nopea fyysinen uupumus, lihasheikkous, raajojen ja vartalon spastisuus, raajojen koordinaatiovaikeudet ja sormimotoriikan muutokset sekä pelko virtsan tai ulosteen karkaamisesta. Myös sairauteen vahvasti liittyvät mielialahäiriöt ja henkinen joustamattomuus vaikeuttavat seksuaalista nautintoa ja koetuista ongelmista keskustelua. (Färkkilä & Ruutiainen 2003; Rosenberg 2006, 297.)

**Aivoverenkiertohäiriö** aiheuttaa yleisesti seksuaalielämän hiipumista ja lisääntyntä tyytymättömyyttä suhteen seksuaalisuuteen. Tyypillisiä sukuelinten toiminnallisia muutoksia ovat miehillä erektiohäiriöt ja emättimen kostumisen häiriöt naisilla. Lisäksi valtaosa sairastuneista ei kertomansa mukaan ole sairastumisen jälkeen kokenut tyydyttäviä orgasmeja. Muutoin aivoverenkiertohäiriöstä seuraa tyypillisesti liikuttamista ja ilmaisua vaikeuttava halvausoireisto, sosiaaliseen kanssakäymiseen, muistiin,

tuntoaistiin, persoonallisuuteen ja hahmotukseen liittyviä vaikeuksia, jotka vaikuttavat minäkuvaan, kehonkuvaan ja itsetuntoon. Pahimmillaan sairastuneen toimintakyky rajoittuu pahoin ja parisuhde muuttuu hoitajan ja potilaan väliseksi hoitosuhteeksi. Seksuaalielämän muutokset eivät yleensä selity aivoverenkiertohäiriön paikantumisesta aivoissa, josta on päätelty niiden taustalla olevan vammaisen seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja psykososiaaliset tekijät. (Färkkilä & Ruutiainen 2003.)

Seksuaalisen aktiivisuuden aloittaminen sairastumisen jälkeen saattaa tuntua pelottavalta ja siinä kannattaakin edetä pienin askelin uudella tavalla toimivaan kehoon tutustumalla. Miehet kokevat naisia enemmän pelkoa ”suorituksen” epäonnistumisesta ja saattavatkin sen vuoksi vältellä kaikkea läheisyyttä. Sairauden vaikuttaessa tunneviestintään ja kommunikointiin, voi arkiset hellyyden osoitukset ja seksuaaliset aloitteet mennä sekaisin, mikä luonnollisesti vaikeuttaa suhteen molempia osapuolia tyydyttävän seksuaalisuhteen uudelleen luomista. Parhaimmillaan kuntoutuksen edistysaskeleet tukevat seksuaalielämän kuntoutumista ja onnistunut rakastelu auttaa minäkuvan uudelleen luomista. Sekä lääkärin että erotiikkaliikkeen tarjoamiin apukeinoihin (erektiohoidot, liukuvoiteet, vibraattorit, penisrenkaat jne.) kannattaa perehtyä sairauden jälkeiseen seksuaalielämään tutustuttaessa. (Liippola, Koskimäki, Roine & Valasti 2004; Rosenberg 2006, 301 - 302.)

**Aivovamman** sijainnista aivoissa riippuu, millaiset vaikutukset sillä on seksuaalisuuteen. Färkkilä ja Tuuriainen (2003) viittaavat kirjoituksessaan Milleriin ym. joiden mukaan muuttunut seksuaalinen käytös on aivovamman keskeinen oire. Tietyllä aivojen alueella vamma voi aiheuttaa hyperseksuaalisuutta ja sopimatonta käytöstä. Vaikka aivovamman vaikutuksia seksuaalisuuteen on tutkittu paljon, ei olla täysin päästy selvyYTEEN siitä, mitkä ovat ensisijaisia ja mitkä toissijaisia seksuaalisuuden pulmia. Kuitenkin voidaan todeta, että suurimmat seksuaalikäytöksen muutokset ovat niillä potilailla, joilla vamma vaikuttaa kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin. Aivovamma ei kuitenkaan ole este tyydyttävälle seksuaalielämälle. Jotkut vammautuneet ovat jopa tyytyväisempiä seksuaalisuuteensa kuin terveet verrokkit. (Färkkilä & Ruutiainen 2003.)

**Dementoivat sairaudet** eli muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale -tauti ja aivojen otsalohkoa rappeuttavat sairaudet eivät poista seksuaalisuutta ihmisestä. Sairauden edetessä ne kuitenkin vaikuttavat seksuaalisuuden ilmenemiseen. Usein pitkissä suhteissa parin seksuaaliset tottumukset jatkuvat vanhaan tapaan sairauden edetessä lievästä keskivaikeaksi. Joskus seksuaalinen aktiivisuus jopa lisääntyy sairastuneen huomattessa, että muun toimintakyvyn heikentyessä hän on vielä kykenevä seksuaaliseen nautintoon puolison kanssa. Yhteiset hellyyden hetket voivat olla hyvin positiivisia asioita ja lujittaa suhdetta muuten usein ongelmatynteisessä arjessa. Joissain tapauksissa lisääntyvä aktiivisuus saattaa olla puolisolle vaikeaa, sillä omaishoitajan työ on arvokkuudessaan hyvin kokopäiväistä ja vaativaa ja sairastuneen saattaa olla vaikeaa huolehtia esimerkiksi hygieniastaan riittävän hyvin. Ihanteellista voikin olla ajoittaa hellät hetket vaikka saunomisen tai peseytymisen ja wc-asioista huolehtimisen läheisyyteen vahinkojen välttämiseksi. Erektiohäiriöt ovat miehillä yleisiä ja erektiolääkkeiden käytölle ei muun terveydentilan sallimissa puitteissa ole estettä. Asiasta on kuitenkin aina keskusteltava myös puolison kanssa. Naisten kohdalla tulee huolehtia emättimen limakalvojen hyvinvoinnista esimerkiksi estrogeenivoiteen avulla. (Sulkava, Alhainen & Viramo, 2004.)

Vaikka dementoituneen henkilön seksuaalisessa aktiivisuudessa oman tarpeen tyydyttäminen korostuu puolison tarpeen huomioimisen usein unohtuessa, yhdyntäkokemusten kerrotaan olevan molemmille pääosin miellyttäviä. Sairastuneen puolison joutuesssa kodin ulkopuoliseen hoitopaikkaan parin pitäisi halutessaan edelleen voida jatkaa intiimiä suhdetta kuten ennenkin. Seksuaalisia käytösoireita kerrotaan ilmenevän noin viidenneksellä dementoituneista. Oireet ovat tavallisesti sopimattomia puheita ja ehdotuksia, itsensä ja muiden seksuaalissävytteistä koskettelua ja sukupuolielinten julkista näyttelyä. Omaiset ja läheiset kokevat oireet varsin kiusallisina, eikä niistä usein uskalleta mainita lääkärikäynneillä. (Sulkava, Alhainen & Viramo, 2004.)

**Selkäydinvamman** vaikutukset ihmiselle ovat kaikkiaan laajat. Selkäydinvammasta seuraa erilaisia ja eriasteisia halvausoireita ja tuntohäiriöitä vamman laadusta ja sijainnista selkäytimestä riippuen. Halvaus- ja tunto-oireet saattavat ilmetä koko vartalolla kaulan tasosta alaspäin. Selkäytimen vauriolla on suora yhteys seksuaalisten toimintojen fysiologiaan. Tuntopuutoksilla ja mahdollisilla kivuliailla tuntoaistimuk-



silla on vaikutusta molempien sukupuolten seksuaaliseen kiihottumiseen. Miehillä selkäydinvamma tavallisesti aiheuttaa vaikeutta saavuttaa tai ylläpitää erektiota, orgasmin puuttumista tai heikentymistä, orgasmin ja ejakulaation eriaikaisuutta sekä kivuliasta ja retrogradista orgasmia. (Rosenberg 2006, 299-300; Sincity 2007.)

Hermoston vaurioitumisesta seuraa rakon ja suolen toiminnan häiriöitä, molempien kohdalla sekä tyhjentyminen ongelmia että tahatonta karkailua. Rakon hallinnassa voidaan käyttää erilaisia katetreja ja suolen yllättävään toimintaan varautua vaipoilla. Katetri ja mahdolliset vaivat on osattava huomioida ja huoltaa seksuaalista läheisyyttä ajatellen. Korkean tason selkäydinvammoihin liittyy usein autonomista dysrefleksiaa. Sen oireita ovat äkillinen jyskyttävä päänsärky, verenpaineen nousu, ihon punotus vammatason yläpuolella, pahoinvointi, hengenahdistus ja näköhäiriöt. Pitkittyessään tila on vakava, sillä korkea verenpaine saattaa aiheuttaa aivoverenvuotoja, epileptisiä kohtauksia sekä sydämen vajaatoimintaa ja rytmihäiriöitä. Autonomisen dysrefleksian laukaisevia tekijöitä voivat olla kylmät tai kuumat ärsykkeet, virtsarakon venyminen, ummetus, tulehdukset tai orgasmi. Kaikesta huolimatta selkäydinvammainen henkilö voi nauttia seksistä, olla haluttava, saada lapsia sekä rakastaa ja tulla rakastetuksi. (Invalidiliitto 2004.)

## 5 SEKSUAALITERVEYS TERVEYDENHUOLLOSSA

Elise Kosunen (2006) toteaa, että seksuaalineuvontapalveluiden tulisi sisältyä terveydenhuollon peruspalveluihin. Hän uskoo seksuaalineuvonnan tarpeen kasvavan tulevaisuudessa sen myötä, kun tämän hetken keski-ikäiset vanhenevat. Heidän suhteensa seksuaalisuuteen on erilainen verrattuna aiempiin sukupolviin ja he tulevat haluamaan lääketieteellisen teknologian tarjoamia apukeinoja seksuaalisiin toimintahäiriöihin. Lisäksi Kosunen on sitä mieltä, ettei järjestelmä tälläkään hetkellä osaa luontevasti suhtautua vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaalisiin tarpeisiin ja hyvinvointiin. Hänen mukaansa terveydenhuollon normaaleissa hoitokontakteissa pitää huomioida vamman tai sairauden sekä lääkkeiden ja hoitojen vaikutus asiakkaan seksuaaliseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. (Kosunen 2006.) Osmo Kontula ja Elina Haavio-

Mannila kirjoittivat samasta asiasta jo vuonna 1993 viitaten lääkitöhallituksen vuonna 1980 terveydenhuollolle laatimaan ohjeistukseen. Ohjeen mukaan seksuaalikasvatus- ja neuvonta tuli sisällyttää osaksi asiakkaan tai potilaan kokonaishoitoa ja erityisesti huomioida vamman tai sairauden sukupuolielämälle aiheuttamat häiriöt ja muutokset. Heidän mukaansa terveydenhuollon asiakkaat ovat halukkaita puhumaan ihmissuhde- ja seksuaaliasioistaan, kunhan siihen annetaan mahdollisuus. Seksuaalitoimintojen ongelmat voivat ilmaantuessaan aiheuttaa monimutkaisia ongelmia, joten terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus rohkaista asiakasta kertomaan vaikeuksistaan. (Kontula & Haavio-Mannila 1993, 413 - 416.)

## 5.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä

Sosiaali- ja terveyshuollossa tavoitellaan ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista. Kokonaisuuteen kuuluu tärkeänä osana seksuaalisuus, jonka vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun tulisi kartoittaa muiden kokonaisuuteen vaikuttavien tekijöiden mukana. Näin ei kuitenkaan yleensä tapahdu. Vaikka ammatillisuus edellyttää työntekijältä uskallusta toimia aloitteentekijänä myös seksuaalisuudesta puhuttaessa, keskustelun toteutuminen jää yleensä asiakkaan aloitteen varaan. Työntekijä toimi auttamistilanteissa elämäkokemuksensa, ammattitaitonsa ja ihmiskuvansa pohjalta. Seksuaalisuuteen liittyvissä auttamistilanteissa suhde omaan seksuaalisuuteen nousee tärkeään asemaan. Tämän alueen vaikeudet ovat monille hyvin arkaluontoisia ja työntekijältä edellytetään kykyä kuunnella ja rohkeutta kuulla, mitä asiakas todella kertoo. Lisäksi on äärimmäisen tärkeää kyetä vastaamaan sanattomiin tunnetason viesteihin, niin ristiriitaisia ja peiteltyjä kun ne ehkä ovatkin. Kohdatessaan työssä uusia tilanteita ja haasteita, voi omaa ammattitaitoaan laajentaa konsultoimalla muiden alojen ammattilaisia. Tärkeää on muistaa, että ammatillisuus sisältää myös ammatillisten rajojensa tunnistamisen. (Ilmonen 2006, 43 - 45.)

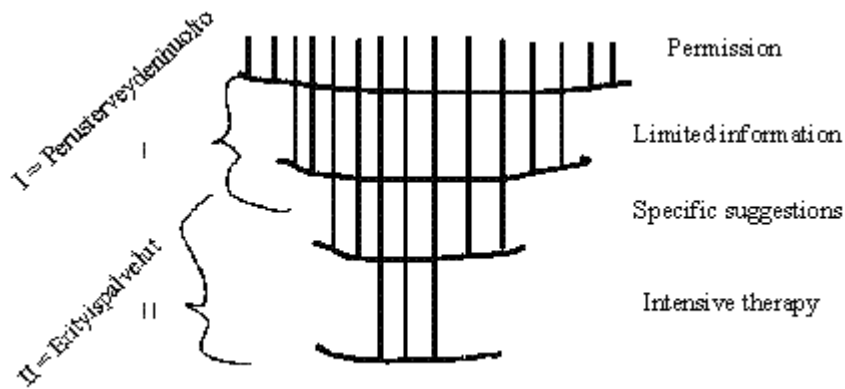
## 5.2 Seksuaalineuvonta ja PLISSIT-malli

Seksuaalineuvonta on ammatillista asiakas- tai potilastyötä, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Seksuaalineuvonnassa työskennellään seksuaalisuuteen ja sukupuoli-

lisuuteen liittyvien pulmien parissa. Sosiaali- ja terveyspalveluihin tulisi sisältyä seksuaalineuvontaa eri-ikäisille ja erilaisissa elämäntilanteissa oleville ihmisille heidän seksuaalisuuteen ja sukupuoliisuuteen liittyvissä vaikeuksissaan ja kriiseissään. Neuvonnalla on tärkeä rooli, kun asiakkaita ohjataan eri asiantuntijoiden tutkimuksiin, terapiaan, hoitoon tai oikeudelliseen neuvontaan. (Ilmonen 2006, 41.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2006, 13) todetaan, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palvelurakenteessa on puutteita kunta-, alue- ja kansallisella tasolla. Lisäksi toimintaohjelmassa (35) kerrotaan perusterveydenhuollossa olevan erittäin vähän seksuaalineuvontaan koulutettua henkilöstöä. Kokonaisvaltainen ja laadukkaasti toteutettu seksuaaliterveyden edistäminen vaatisi todennäköisesti enemmän erityisosaamista ja osaamisen keskittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

PLISSIT-mallia käytetään jäsentämään seksuaalineuvontaa ja – terapiaa. Malli sisältää neljä tasoa, jotka kukin kuvastavat lähestymistapoja puhuttaessa seksuaalisuudesta ja käsiteltäessä seksuaalisuuteen liittyviä vaikeuksia. Mallin tasot koostuvat pylväistä ja kunkin tason pylväsmäärä kuvaa kyseisen tason suhteellista asiakasmäärää. Seksuaalineuvonnaksi voidaan kutsua mallin kahden ensimmäisen tason, *luvan antamisen (permission) ja rajatun tiedon (limited information) antamisen* tasoa. Terveystieteiden ja sosiaalitoimen peruspalveluiden pitäisi kattaa seksuaalineuvontapalvelut. Mikäli seksuaalineuvonnalla ei päästä hyvään lopputulokseen tai sen puutteesta johtuen ei pystytä ennalta ehkäisemään seurannaisongelmia (esimerkiksi abortteja ja hyväksikäyttöä) voidaan tarvita seuraavien tasojen erityispalveluja, *erityisohjeiden antamista (specific suggestions) tai intensiivistä terapiaa (intensive therapy)*.



**Kuva 1. PLISSIT – malli (PLISSIT –malli 2005.)**

### 5.3 Seksuaalisuus kuntoutuksessa

Maskun kuntoutuskeskuksessa selvitettiin keväällä 2003 kuntoutujien ajatuksia seksiin ja seksuaalisuuteen liittyen. Kysely paljasti, että 85 % kyselyyn osallistuneista toivoivat seksuaalisuuden käsittelemistä kuntoutusjaksolla luentojen, ryhmäkeskustelujen ja yksilöllisten tapaamisten yhteydessä. (Rahkonen & Viramo-Koskela, 2004.) Leena Rosenberg huomauttaa, että kokonaisvaltaisen ja suunnitelmallisen kuntoutuksen tuen kuntoutussuunnitelmiseen tulisi alkaa jo vamman tai sairauden diagnosoinnin yhteydessä. Kirjallisen kuntoutussuunnitelman tulisi lääketieteellisten toimenpiteiden lisäksi sisältää potilaan tai asiakkaan psykososiaaliset tuen tarpeet ja seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset. Tällä tavalla olisi mahdollista turvata kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen alusta alkaen. Kun seksuaalisuuden alueeseen kiinnitetään huomiota vasta pitkän viiveen jälkeen, ovat asiakkaan ongelmat saattaneet syventyä tarpeettomasti ja seksuaalinen toipuminen vaikeutua. (Rosenberg 2006, 303.)

Miehisyys, naiseus, parisuhde, minäkuva, seksuaalisuus, seksi ja ihmissuhteet tulisi sisältyä hyvin suunniteltuun ja kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja sopeutumisvalmennukseen. Parhaimmillaan moniammatilliseen kuntoutustiimiin sisältyy seksuaaliterveyteen perehtynyt henkilö tai ainakin joku, joka tuntee alueen seksuaaliterveyspalvelut ja osaa ohjata ulkopuolista apua tarvitsevat näiden palvelujen pariin. Kuntoutujien on tärkeää saada tietoa sairauden tai vamman sekä lääkkeiden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, uhkista ja mahdollisuuksista, niiden vähentämiskeinoista ja

hoitovaihtoehtoista. Kuntoutujille on taattava mahdollisuus ohjatusti käsitellä sairau-  
desta tai vammasta seuranneita muutoksia ja niiden herättämiä tunteita. Heidän on  
tarvittaessa saatava mahdollisuus keskustella asiantuntevan terapeutin tai neuvojan  
kanssa sekä saatava apua ja ohjausta käytännön keinoihin toteuttaa seksuaalisuuttaan  
esimerkiksi asentojen ja apuvälineiden avulla. (Mts. 304.)

## 5.4 Apuvälineet

Seksin apuvälineinä voidaan pitää kaikkia tämän alueen ongelmissa auttavia apuväli-  
neitä, joilla vammautunut tai sairastunut henkilö voi kompensoida vamman tai sairau-  
den vaikutuksia seksuaaliseen hyvinvointiinsa. Apuvälinelainsäädännön mukaan  
vammainen tai sairas henkilö voi lääkärin toteaman toimintakyvyn aleneman ja apuvä-  
lineen tarpeen vuoksi saada lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä. Lääkinnällisen  
kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa ja ylläpitää kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja  
sosiaalista toimintakykyä sekä edistää itsenäistä elämänhallintaa ja suoriutumista.  
Seksiapuvälineen määrittely lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineeksi on harvinaista,  
muttei mahdotonta. Lausunnon apuvälineen tarpeesta voi tehdä lääkäri, seksuaalineu-  
voja tai -terapeutti, toiminta- tai fysioterapeutti. Apuväline hankitaan erotiikkaliik-  
keestä ja hankinnassa on huomioitava käyttäjän yksilölliset tarpeet, esimerkiksi käsien  
motoriikka, ja toiveet, kuten apuvälineen ulkomuoto. (Rosenberg 2006, 302 - 303.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGEL- MAT

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millä tavalla asiakkaiden seksuaaliterveys tulee  
huomioiduksi erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa eri vamma- ja sairausryh-  
missä. Lisäksi haluttiin selvittää, missä asiakasryhmissä asiaan tulisi erityisesti kiinnit-  
tää huomiota. Tarkoituksena oli tutkia kuntoutusohjaajien ajatuksia seksuaalitervey-  
den huomioimisen kuulumisesta heidän työhönsä sekä kuvata heidän tietouttaan  
vamman tai sairauden vaikutuksista asiakkaiden seksuaaliterveyteen. Lisäksi tarkoi-  
tuksena oli kuvata kuntoutusohjaajien valmiuksia työskennellä tämän alueen vaikeuk-

sien kanssa sekä selvittää, millaista asiantuntija-apua heillä on tarvittaessa käytettävissä. Samalla haluttiin selvittää, kuinka paljon ja millä tavalla seksuaaliterveydestä kuntoutusohjaajien työyhteisöissä keskustellaan.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen on kuntoutusohjaajien tietämys vamman tai sairauden vaikutuksista asiakkaiden seksuaaliterveyteen?
2. Miten seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy kuntoutusohjaajan
  - a) asenteissa
  - b) toiminnassa
  - c) toimintavalmiuksissa?
3. Millaisia seksuaaliterveyspalveluja kuntoutusohjaajat voivat työnsä tukena hyödyntää?
4. Miten kuntoutusohjaajien työyhteisöissä suhtaudutaan asiakkaiden seksuaaliterveyden huomioimiseen?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 7.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö on ilmiötä (seksuaaliterveyden huomioiminen kuntoutusohjauksessa) kuvaileva kvantitatiivinen tutkimus, jolle ominaisia piirteitä ovat käsitteiden määrittely, aineiston soveltuvuus määrälliseen mittaamiseen, perusjoukon määrittely ja koehenkilöiden valinta sekä havaintoaineiston tilastollinen analyysi ja tulosten esittäminen esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2004, 131.) Raportin alkuun on kerätty työn teoreettiset perusteet, jonka jälkeen kuvataan tutkimuksen toteutuksen vaiheet ja aineiston keruu ja lopulta esitellään tulokset.

## 7.2 Opinnäytetyön valmistelun vaiheet

Opinnäytetyön aihe muotoutui kevään 2008 lopulla ja lopullinen idea syntyi yhteistyössä ohjaajien kanssa. Alun perin ajatuksena oli tehdä kvalitatiivinen tutkimus, jossa kuvailtaisiin seksuaaliterveyden aluetta muutaman kuntoutusohjaajan työssä haastateluun pohjautuen. Ammattiryhmän ollessa melko pieni, päädyttiin kuitenkin kvantitatiiviseen tutkimukseen, jolla pyrittiin keräämään tietoa mahdollisimman kattavasti erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajilta.

Tutkimuksen aloitus tapahtui syyskuun 2008 lopulla, jolloin viikoilla 29 ja 30 selvitetiin puhelimitse sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien halukkuutta osallistua tutkimukseen sekä selvitettiin tarvittavat luvat. Tavoitetun 17 sairaalan joukosta neljä vaati tutkimusta varten tutkimusluvan hakemista ja yksi sairaala näistä neljästä jäi tutkimuksen ulkopuolelle tutkimusluvan käsittelyn viipymisen vuoksi. Lisäksi kolmesta muusta sairaalasta ei tavoitettu sopivaa yhteyshenkilöä, jonka vuoksi nämä jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Ensimmäisen yhteydenoton aikana yhteyshenkilöille kerrottiin tutkimusaihe ja menetelmä sekä sovittiin kyselylomakkeen toimittamisesta vastaajille. Osa yhteyshenkilöistä toimitti kyselyn alueensa kuntoutusohjaajille itse ja osalle kyselylomake toimitettiin ilman välikäsiä annettujen yhteystietojen avulla. Teoriaosuuden kokoaminen tapahtui loka- ja marraskuun 2008 aikana, jonka jälkeen tutkimuslupahakemukset ja tutkimussuunnitelma toimitettiin niitä vaativille. Tiedonkeruu tapahtui viikkojen 49 ja 51 välisenä aikana.

## 7.3 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu

### 7.3.1 Kyselylomakkeen laadinta

Tutkimusaineisto kerättiin kuntoutusohjaajilta strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka loppuun oli jätetty tilaa kyselystä heränneille ajatuksille ja mahdollisille kysymättä jääneille asioille. Kysymysten laadinnassa hyödynnettiin kirjallisuuden kuvaamia vammautumisen tai sairastumisen vaikutuksia ihmisen seksuaaliseen hyvinvointiin.

Lisäksi niiden pohjana olivat tutkimuksen tekijän asiakaskontaktien myötä heräämiä ajatuksia ja kysymyksiä seksuaaliterveyteen liittyen. Strukturoidun kyselyn etuja ovat tehokkuus ajan ja vaivannäön suhteen, aikataulujen ja kustannusten suunniteltavuus, mahdollisuus kerätä paljon tietoa laajalta joukolta sekä aineiston hyvä käsiteltävyys (Hirsjärvi ym. 2004, 184).

Vallin (2007, 102) mukaan hyvin laaditut kysymykset ovat kyselylomaketutkimuksen onnistumisen perusta. Opinnäytetyön kyselylomakkeen suunnittelussa ja kysymysten laadinnassa konsultoitii opinnäytetyön ohjaajia. Tavoitteena oli laatia mahdollisimman yksiselitteisiä kysymyksiä. Lopullinen kyselylomake sisälsi kysymyksiä seuraavista aihepiireistä:

1. Asiakasryhmän seksuaaliterveys (kysymykset 9 - 11)
2. Seksuaaliterveyteen liittyvät asenteet, toiminta ja toimintavalmiudet (kysymykset 7 ja 12 - 17)
3. Seksuaaliterveyspalvelut ja materiaalit (kysymykset 18 - 20)
4. Työyhteisön suhtautuminen seksuaaliterveyteen (kysymykset 21 - 22).

Lisäksi kysyttiin vastaajien taustatiedot. Valtaosa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, joihin vastaajia pyydettiin merkitsemään sopivin vaihtoehto. Vastausvaihtoehtoja oli kysymyksestä riippuen 3-6 ja kolmessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin selkeyttämään vastaustaan kirjallisesti. Asiakasryhmän seksuaaliterveyttä käsittelevässä osiossa oli lisäksi yksi kysymys, joka koostui 33 osasta. Tässä kysymyksessä vastaajat arvioivat kysytyjen muuttujien ilmenemistä asiakasryhmässään Likert-tyyppisellä asteikolla: Kaikilla tai lähes kaikilla (1), Ainakin puolella heistä (2), Harvoilla(3), Ei ilmene (4) ja En osaa sanoa (5). Kyselyn lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa kyselyn herättämiä ajatuksia, tarkentaa vastauksiaan tai kommentoida kyselyä.

### 7.3.2 Aineiston keruu

Kyselylomake siirrettiin Internet-pohjaiseen Digium tutkimusenteko-ohjelmaan, jolla se muokattiin lopulliseen muotoonsa. Saatekirjeenä toiminut sähköpostiviesti (Liite



1.), joka sisälsi avoimen linkin kyselylomakkeen (Liite 2.) www-sivulle, toimitettiin joko aiemmin sovituille yhteyshenkilöille jaettavaksi tai suoraan vastaajille annettujen yhteystietojen avulla. Avoin vastauslinkki takasi vastaajien täyden anonymiteetin. Valtaosalle vastaajista kysely lähti viikon 48 viikonloppuna, tutkimusluvan vaatineisiin sairaaloihin kyselyt lähetettiin viikolla 50, heti tutkimuslupien tultua postitse. Vastausaikaa annettiin kyselylomakkeen lähettämispäivämäärästä riippuen 7-14 vuorokautta, jonka aikana lähetettiin yksi muistutusviesti viikolla 48 kyselyn saaneille. Vastaajat täyttivät kyselyn saateviestistä aukeavan verkkosivun kautta ja vastaukset tallentuivat suoraan Digium -ohjelmaan sähköiseen muotoon.

## 7.4 Aineiston analysointi

Tulosten analysointia varten vastaajista muodostettiin viisi vertailuryhmää asiakasryhmän (asiakkaiden vamman tai sairauden) mukaan. Jaottelua vaikeutti asiakasmasojen heterogeenisyys ja jaottelun sisällä ilmenee pieniä päällekkäisyyksiä.

- **Ryhmä A:** kuulovammaiset, näkövammaiset, kuulomonivammaiset ja monivammaiset asiakkaat, lapset ja aikuiset
- **Ryhmä B:** mielenterveyskuntoutujat, psykiatriset, moniongelmaiset ja reumatotilaat, ihotautien ja muun kuntoutuksen aikuisasiakkaat
- **Ryhmä C:** neurologisesti sairaat (selkäydinvamma, aivovamma, AVH, Parkinson, MS, epilepsia, dystonia, ALS jne.) ja amputaatioasiakkaat, aikuiset
- **Ryhmä D:** syöpä-, sydän-, hengityselin- ja sisäelinsairaat aikuisasiakkaat
- **Ryhmä E:** Lapset ja nuoret asiakkaat, kaikki vamma- ja sairausryhmät aistivammoja lukuun ottamatta.

Tulokset esiteltiin sekä koko aineiston osalta että ryhmittäin. Analyysiin ja käsittelyyn käytettiin Digium -ohjelmaa sekä Excel taulukko-ohjelmaa. Koko aineistoa kuvattaessa hyödynnettiin Digiumin ominaisuuksia, ryhmäkohtaiseen kuvaukseen Excel-ohjelmaa. Aineiston havainnollistamiseen käytettiin prosenttijakaumia ja taulukoita.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajat. Kyselylomake lähetettiin yhteensä 193 kuntoutusohjaajalle ja heistä 40 % (N=78) vastasi kyselyyn. Valtaosa (46 %) vastaajista oli naisia, iältään yli 45-vuotiaita ja koulutukseltaan eriasteisia sairaanhoitajia (44 %). (Taulukko 1.) 67 %:lla (n=52) oli kokemusta kuntoutusohjaajan työstä korkeintaan 10 vuotta. Enemmistö vastaajista (42 %) ilmoitti toimialueekseen Länsi-Suomen läänin ja kolmella oli seksuaaliterveyteen liittyvää lisäkoulutusta tai ammattitutkinto. Tutkimukseen osallistuneista kuudellatoista oli kaksi tai useampi sosiaali- ja terveysalan ammattitutkintoa.

**Taulukko 1. Kuntoutusohjaajien taustamuuttujat**

Taustamuuttuja	n	%
Ryhmät		
Ryhmä A	17	22
Ryhmä B	12	15
Ryhmä C	15	19
Ryhmä D	16	21
Ryhmä E	18	23
Yhteensä	78	100
Sukupuoli		
Mies	3	4
Nainen	75	96
Yhteensä	78	100
Ikä		
25-34 vuotta	6	8
35-44 vuotta	21	27
Yli 45 vuotta	51	65
Yhteensä	78	100
Koulutus		
Fysioterapeutti	11	14
Kuntoutusohjaaja AMK	13	16
Muu	5	6
Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja	34	44
Sosiaaliala	7	9
Terveydenhoitaja	6	8
Toimintaterapeutti	2	3
Yhteensä	78	100
Työkokemus kuntoutusohjaajana		
0-5 vuotta	31	40
6-10 vuotta	21	27
11-15 vuotta	4	5
16-20 vuotta	11	14
Yli 20 vuotta	11	14
Yhteensä	78	100
Seksuaaliterveyteen liittyvä koulutus ja kurssit		
Tutkinto tai kurssi	3	4
Peruskoulutuksen tai muun koulutuksen ohessa	10	13
Ei mitään	65	83
Yhteensä	78	100
Toimialue		
Etelä-Suomen lääni	17	22
Itä-Suomen lääni	12	15
Länsi-Suomen lääni	33	42
Oulun lääni	7	9
Lapin lääni	6	8
Ahvenanmaa	3	4
Yhteensä	78	100

## 8.2 Seksuaaliterveyden huomioiminen kuntoutusohjaajan työssä

### 8.2.1 Asenteet

Selkeä enemmistö, 67 % (n=52) vastaajista ajatteli seksuaaliterveyden kuuluvan kuntoutusohjaukseen. Lähes neljännes (n=18) vastaajista ei osannut sanoa kantaansa ja loput 10 % (n=8) vastaajista oli sitä mieltä, ettei seksuaaliterveyden huomioiminen kuulu kuntoutusohjaukseen. (Taulukko 2.) Ryhmittäisessä tarkastelussa myönteisimmin seksuaaliterveyden huomioimiseen suhtautuivat ryhmien B, C ja D kuntoutusohjaajat. Näissä ryhmissä asiakkaat koostuivat aikuisista ja vastaajista 75 - 88 % vastasi seksuaaliterveyden huomioimisen kuuluvan kuntoutusohjaukseen. Ryhmissä, joissa asiakkaina oli myös lapsia (A ja E), oli eniten epävarmuutta siitä, tulisiko seksuaaliterveyteen kiinnittää kuntoutusohjauksessa huomiota. Aistivammaisten (ryhmä A) ja lasten ja nuorten (ryhmä E) kuntoutusohjaajista epävarmuutensa ilmaisi 33 - 35 %. Kaikissa ryhmissä yksittäiset vastaajat ottivat aiheeseen kielteisen kannan.

**Taulukko 2. Seksuaaliterveyden asema kuntoutusohjauksessa**

Seksuaaliterveyden huomioiminen kuuluu kuntoutusohjaukseen	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kyllä	7	41	9	75	12	80	14	88	10	56	52	67
Ei	4	24	1	8	0	0	1	6	2	11	8	10
En osaa sanoa	6	35	2	17	3	20	1	6	6	33	18	23
Yhteensä	17	100	12	100	15	100	16	100	18	100	78	100

### 8.2.2 Toiminta

Kaikista vastaajista kahdeksan prosenttia (n=6) kertoi seksuaaliterveyden kysymysten kuuluvan luonnollisena osana asiakkaan kanssa keskusteltaviin asioihin. Vamman tai sairauden selvästi seksuaaliterveyteen vaikuttaessa noin 19 % (n=15) vastaajista keskusteli alueen kysymyksistä asiakkaan kanssa. Tästä vastauksesta ei kuitenkaan ilmene, kuka ”selvät vaikutukset” määrittää. On mahdollista, että asiakas ja kuntoutusohjaaja määrittävät selvästi seksuaaliterveyteen vaikuttavat tekijät eri tavalla. Yli puolet vastaajista, 62 % (n=48), jätti aloitteen tekemisen seksuaaliterveyteen liittyvistä keskusteluista asiakkaalle ja kertoi keskustelewansa aiheesta asiakkaan halutessa. Loput noin 12 % (n=9) kertoi, ettei seksuaaliterveyden kysymyksistä keskustella ja heistä yli puolet oli aistivammaisten (ryhmä A) kuntoutusohjaajia. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3. Kuntoutusohjaajien seksuaaliterveyteen liittyvät keskustelumallit**

Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvastaa parhaiten toimintaasi kuntoutusohjaajana?	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Seksuaaliterveyden kysymykset kuuluvat luonnollisena osana asiakkaan kanssa keskusteltaviin asioihin	0	0	1	8	2	13	2	13	1	6	6	8
2. Seksuaaliterveyden kysymykset kuuluvat asiakkaan kanssa keskusteltaviin asioihin, jos vamma tai sairaus selvästi vaikuttaa seksuaaliterveyteen	1	6	1	8	5	33	5	31	3	17	15	19
3. Seksuaaliterveyden kysymyksistä keskustellaan silloin, kun asiakas ilmaisee tahtovansa niistä keskustella.	11	65	9	75	8	53	8	50	12	66	48	62
4. Seksuaaliterveyden kysymyksistä ei keskustella	5	29	1	8	0	0	1	6	2	11	9	12
Yhteensä	17	100	12	99	15	99	16	100	18	100	78	101

Kuntoutussuunnitelmaan ei pääsääntöisesti kirjata seksuaaliterveyttä tukevia toimenpiteitä (Taulukko 4.). Vamman tai sairauden vaikuttaessa seksuaaliterveyteen kaikkiaan 27 % (n=21) vastaajista kertoi asiakkaan halutessa sisällyttävänsä seksuaaliterveyden osa-alueen kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Vastaajista 38 % (n=30) kertoi, ettei näin toimita, mutta toimenpiteiden kirjaaminen olisi hyvä idea. Seksuaaliterveysasiat eivät kuulu kuntoutussuunnitelmaan 18 %:n (n=14) mielestä ja loput 17 % (n=13) kertoivat, ettei heidän asiakkailleen aiheudu vammasta tai sairaudesta pulmia seksuaaliterveyteen.

**Taulukko 4. Seksuaaliterveyttä tukevien toimenpiteiden kirjaaminen**

Vamman tai sairauden vaikuttaessa seksuaaliterveyteen kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan seksuaaliterveyttä tukevia toimenpiteitä	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kyllä, aina asiakkaan niin halutessa	1	6	7	58	7	47	5	31	1	6	21	27
Ei, mutta se olisi hyvä idea	4	23	2	17	7	47	9	56	8	44	30	38
Seksuaaliterveysasiat eivät kuulu kuntoutussuunnitelmaan	4	23	3	25	1	7	1	6	5	28	14	18
Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkaileni seksuaaliterveyden pulmia	8	47	0	0	0	0	1	6	4	22	13	17
Yhteensä	17	99	12	100	15	101	16	99	18	100	78	100

Koko ryhmää koskevat prosenttijakaumat ja vertailuryhmien pieni koko eivät antaneet aihetta vertailuun, jolla tutkittaisiin selittääkö seksuaaliterveyden kysymysten kuuluminen luonnollisena osana asiakkaiden kanssa keskusteltaviin asioihin taipumusta kirjata seksuaaliterveyttä tukevia toimenpiteitä kuntoutussuunnitelmaan asiakkaan niin halutessa.

Kun tarkastellaan toimintamallien jakautumista ryhmien välillä, voidaan havaita, että myönteisimmin seksuaaliterveyttä tukevien toimenpiteiden kuntoutussuunnitelmaan kirjaamiseen suhtauduttiin ryhmissä B, C ja D. Näissä ryhmissä 75- 94 % vastaajista joko kirjasi toimenpiteitä kuntoutussuunnitelmaan tai piti kirjaamista hyvänä ajatuksena. Lasten ja aistivammaisten ryhmissä A ja E suhtauduttiin kirjaamiseen kielteisimmin.

### 8.2.3 Valmiudet

Seksuaalineuvonnan jäsentämisessä käytetyn PLISSIT –mallin tuntemus oli vähäistä. Koko joukosta vain yksittäiset vastaajat tiesivät, mistä oli kyse. Ryhmässä A, C ja D oli yksi henkilö, joka tiesi mistä on kyse, mutta ei kertomansa mukaan tarvinnut sen tyyppistä tietoa työssään. Ryhmässä C yksi kuntoutusohjaaja tunsi mallin tiesi, millä sen tasolla työssään toimi.

Kuntoutusohjaajien valmiuksia kohdata ja kuunnella asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyviä pulmia, keskustella näistä pulmista ja itse auttaa ja ohjata asiakasta tämän alueen pulmatilanteissa pyydettiin arvioimaan seuraavalla asteikolla: Erittäin hyvät valmiudet (arvo 4), hyvät valmiudet (3), tyydyttävät valmiudet (2) ja puutteelliset valmiudet (1). Lisäksi oli vaihtoehto ”Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia” (ei arvoa), joka jätettiin keskiarvoja laskettaessa huomioimatta.

Ryhmien A ja E kuntoutusohjaajat arvioivat valmiutensa *kohdata ja kuunnella* seksuaaliterveyden pulmia keskimäärin hieman alle tyydyttävän tason (1,7). Myös ryhmän B keskiarvo (1,9) jäi alle tyydyttävän tason. Ryhmissä C ja D päästiin tyydyttävälle tasolle keskiarvoilla 2,1 ja 2,2. *Keskusteluvalmiudet* seksuaaliterveyden pulmiin liittyen jäivät ryhmää D lukuun ottamatta alle tyydyttävän. Ryhmän D keskiarvo ylsi tyydyttävään tasoon keskiarvolla 2,1. Keskiarvolla 1,9 juuri alle tyydyttävän jäivät ryhmät B, C ja E. Ryhmän A keskiarvo oli 1,6. Heikoimmiksi kuntoutusohjaajat kokivat valmiutensa *itse auttaa ja ohjata* asiakasta seksuaaliterveyteen liittyvissä pulmatilanteissa. Tällä alueella keskiarvot olivat välillä 1,2 - 1,9, alle tyydyttävän tason.

## 8.3 Asiakasryhmän seksuaaliterveys

### 8.3.1 Muutosten ilmeneminen

Vamman tai sairauden vaikutukset kuntoutusohjauksen asiakkaiden seksuaaliterveyteen ovat yleisiä. Vastaajista 28 % (n=22) prosenttia ilmoitti, että vamma tai sairaus on aiheuttanut seksuaaliterveyden muutoksia ainakin puolelle heidän asiakkaistaan ja 10 % (n=8) kertoi tämän alueen vaikutuksia ilmenevän kaikilla tai lähes kaikilla. Harvoille asiakkaille seksuaaliterveyden muutoksia kertoi ilmenevän 26 % (n=20) ja 13 % (n=10) kertoi, ettei vammalla tai sairaudella ole vaikutusta tälle alueelle. Lähes neljäsosa (n=18) vastaajista ei osannut sanoa, ilmeneekö asiakkailla seksuaaliterveyden muutoksia. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5. Vamman tai sairauden aiheuttamien muutosten ilmeneminen kuntoutusohjaajien arvioimana**

Asiakkaillani ilmenee vammasta / sairaudesta johtuvia seksuaaliterveyden muutoksia	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kaikilla tai lähes kaikilla	0	0	3	25	1	7	2	13	2	11	8	10
Ainakin puolella heistä	0	0	1	8	9	60	9	56	3	17	22	28
Harvoilla	5	29	4	33	2	13	3	19	6	33	20	26
Ei ilmene	5	29	0	0	0	0	0	0	5	28	10	13
En osaa sanoa	7	41	4	33	3	20	2	13	2	11	18	23
Yhteensä	17	99	12	99	15	100	16	101	18	100	78	100

Ryhmittäinen vertailu osoittaa, että kuntoutusohjaajat arvioivat seksuaaliterveyteen kohdistuvia vaikutuksia ilmenevän eniten ryhmien C ja D asiakkailta. Ryhmän C (neurologiset sairaudet) kuntoutusohjaajista yhdeksän (60 %) ilmoitti seksuaaliterveyden muutoksia ilmenevän ainakin puolella asiakkaista ja yksi (7 %) kaikilla tai lähes kaikilla. Ryhmän D (syöpä-, sydän- ja keuhkosairaudet) kuntoutusohjaajista kaksi (13 %) kertoi seksuaaliterveysmuutoksia ilmenevän kaikilla tai lähes kaikilla asiakkailta ja reilu puolet (n=9) ainakin puolella asiakkaista. Ryhmän A (aistivammaiset) kuntoutusohjaajat raportoivat vähiten seksuaaliterveyden muutoksia asiakkailtaan, mutta heillä myös epätietous kysytyjen muutosten ilmenemisen suhteen oli suurinta.

### 8.3.2 Tyypillisten muutosten tuntemus

Kuntoutusohjaajista kaikkiaan yksi kertoi tuntevansa asiakasryhmänsä tyypillisimmät seksuaaliterveyden muutokset erittäin hyvin. Hyvän tuntemuksen omaasi 23 % (n=18) ja tyydyttävää tuntemus oli 37 %:lla (n=29) vastaajista. Heikkoa tuntemus asiakkaiden seksuaaliterveyden muutosten suhteen oli noin neljäsosalla (n=20) ja 3 % (n=2) kertoi, ettei omaa tietämystä aiheesta lainkaan. Loput 10 % (n=8) vastaajista kertoi, ettei vammalla tai sairaudella ole vaikutusta asiakkaiden seksuaaliterveyteen. (Taulukko 6)



**Taulukko 6. Tyypillisten seksuaaliterveyden muutosten tuntemus**

Tunnen asiakasryhmäni tyypilliset seksuaaliter- veyden muutokset	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erittäin hyvin	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	1	1
Hyvin	0	0	4	33	4	26	7	44	4	22	18	23
Tyydyttävästi	2	12	5	42	7	47	7	44	7	39	29	37
Heikosti	8	47	2	17	4	26	2	13	4	22	20	26
En lainkaan	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6	2	3
Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden muu- toksia	6	35	0	0	0	0	0	0	2	11	8	10
Yhteensä	17	100	12	100	15	99	16	101	18	100	78	100

Aistivammaisten (ryhmä A) kuntoutusohjaajat tunsivat asiakkaidensa seksuaaliterveyden muutoksia pääosin heikosti. Lähes puolet heistä (n=8) oli päätenyt tähän vaihtoehtoon. Kolmea poikkeusta lukuun ottamatta loppujen (35 %) mukaan seksuaaliterveyden muutoksia ei ilmene. Ryhmän B (iho- ja reumataudit, mielenterveyskuntoutujat ja moniongelmaiset) kuntoutusohjaajista 83 % (n=10) tunsivat asiakkaidensa tyypillisiä seksuaaliterveyden muutoksia vähintään tyydyttävästi. Neurologisten asiakkaiden (ryhmä C) kuntoutusohjaajista samaan ylti 73 % ja syöpä-, sydän- ja hengityselinsairaiden (ryhmä D) kuntoutusohjaajista 88 %. Lasten kuntoutusohjaajista (ryhmä E) 61 % tunsivat muutoksia vähintään tyydyttävästi.

### 8.3.3 Oirekohtaisten muutosten tuntemus

Muutama kyselyyn vastanneista jätti tämän kohdan kyselylomakkeesta täysin täyttämättä ja osalla jäi yksittäisiä rivejä tyhjäksi, mikä selittää kysymyskohtaista vastausmäärien pientä vaihtelua. Parhaiten vastaajat tunnistivat asiakasryhmäänsä liittyviksi tai liittymättömiksi emotionaalisia ja fyysisen toimintakyvyn muutoksia, näissä ”En osaa sanoa” -vastausten määrä oli vähäisin. Ryhmissä A ja E, joissa asiakasryhmiin kuului lapsia, ”En osaa sanoa” -vastaukset kattoivat 45 – 50 % vastauksista ja muissa ryhmissä kaikkiaan noin kolmanneksen. Eniten epäselvyyttä ilmeni sukuelinten toi-

mintoihin, seksuaaliseen halukkuuteen ja seksiin sekä avanteeseen liittyvissä osioissa. Yksityiskohtaisesti ryhmien vastauksiin voi perehtyä liitetaulukoiden 1 - 5 avulla.

## 8.4 Seksuaaliterveyspalvelujen ja materiaalien saatavuus

### 8.4.1 Materiaalit

Kuntoutusohjaajat arvioivat asiakkailleen tarjolla olevien nykyaikaisten seksuaaliterveysmateriaalien määrää arvoasteikolla 1-5 (ks. taulukko 7.) ja näiden arvojen perusteella laskettiin keskiarvot. Paras tilanne keskiarvojen avulla arvioituna oli ryhmän C asiakkailla arvolla 2,6, seuraavana oli ryhmä D, joille keskiarvoksi muodostui 2,2 ja kolmantena ryhmä B arvolla 2,1. Nämä kolme ryhmää ylsivät tasolle, joka kertoo nykyaikaista materiaalia olevan tarjolla keskimäärin vähän. Ryhmät A ja E jäivät vähäisen tason alapuolelle keskiarvoilla 1,6 ja 1,8. Viimeksi mainituissa ryhmissä myös raportoitiin vähiten vamman tai sairauden aiheuttamia seksuaaliterveyden muutoksia, kuten aiemmin raportissa on ilmennyt (vrt. Taulukko 5). Kyselylomakkeella ei saatu vastausta siihen, kaipaavatko kuntoutusohjaajat enemmän aihepiirin materiaalia. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7. Seksuaaliterveysmateriaalin tarjonta**

Asiakkailleni on olemassa nykyaikaista materiaalia vamman tai sairauden aiheuttamiin seksuaaliterveyden muutoksiin (esitteet, videot, ovatko ymmärrettävässä muodossa jne.).	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. Erittäin paljon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Paljon	0	0	0	0	2	13	0	0	0	0	2	3
3. Jonkin verran	1	6	5	42	6	40	7	44	2	11	21	27
2. Vähän	4	24	3	25	6	40	4	25	6	33	23	29
1. Ei lainkaan	5	29	4	33	1	7	4	25	5	28	19	24
Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia	7	41	0	0	0	0	1	6	5	28	13	17
Yhteensä	17	100	12	100	15	100	16	100	18	100	78	100
Keskiarvo	1,6		2,1		2,6		2,2		1,8			

### 8.4.2 Seksuaaliterveyspalvelut

Hieman yli puolet, 56 % (n=44) tutkimukseen osallistuneista kuntoutusohjaajista ei ollut perillä asiakkaidensa seksuaaliterveyttä tukevista palveluista alueellaan. Loput 44 % (n=34) listasi lyhyesti tuntemiaan palveluja, joita olivat pääasiassa yksityiset ja kunnalliset seksuaaliterapeutit ja -neuvojat. Lisäksi yksittäisinä mainittiin perheneuvola, parisuhteen sopeutumisvalmennus, urologi, gynekologi ja uroterapeutti, inkontinenssihoitajat, vertaistuki, ryhmät, verkkopalvelut ja koulutuksiin osallistuneet kollegat sekä kouluterveydenhuolto. Ryhmässä A neljä (24 %) kuntoutusohjaajaa ja ryhmässä B seitsemän (58 %) tiesi alueensa seksuaaliterveyspalveluita. Ryhmässä C tietous oli selvästi laajinta, sillä kaksitoista (80 %) kuntoutusohjaajaa kertoi tuntevansa kysytyjä palveluita. Ryhmässä D määrä oli kuusi (38 %) ja ryhmässä E viisi (28 %) kuntoutusohjaajaa.

### 8.4.3 Konsultaatioapu

Konsultaatioapua asiakkaiden seksuaaliterveyden ongelmiin ei tarpeesta huolimatta ollut tarjolla neljännekselle vastaajista (n=19). Ryhmässä A viisi (29 %), ryhmässä B kolme (25 %), ryhmässä C kaksi (13 %), ryhmässä D viisi (31 %) ja ryhmässä E viisi (28 %) koki tilanteen näin. Konsultaatioapua ei ollut tarjolla 23 %:lle (n=18) kaikista vastaajista, eivätkä he kokeneet sille tarvetta. Tätä mieltä olivat ryhmästä A neljä (24 %), ryhmästä B kaksi (17 %), ryhmästä D kolme (19 %) ja ryhmästä E viisi (28 %) kuntoutusohjaajaa. Loput 53 % (n=41) kertoi tarvittaessa saavansa konsultaatioapua aiemmin mainituilta alueensa seksuaaliterveyspalveluja tarjoavilta tahoilta. Lisäksi mainittiin lääkäri, Käpylän ja Lahden kuntoutuskeskukset, moniammatillinen työryhmä, muut kuntoutusohjaajat ja tarpeen mukaan avun etsiminen. Yksi kuntoutusohjaaja antoi ammattitaitonsa puolesta omalla alueellaan konsultaatioapua muille.

## 8.5 Seksuaaliterveys työyhteisössä

### 8.5.1 Keskustelu omaan työhön liittyen

Kaikkiaan yksi vastaaja kertoi keskustelua seksuaaliterveydestä oman työn yhteydessä käytävän paljon ja 42 % (n=33) ilmoitti tällaista keskustelua käytävän jonkin verran. Noin kolmannes kuntoutusohjaajista (n=25) vastasi, ettei keskustella lainkaan, eikä ole tarpeen ja noin neljännes (n=19) ilmoitti, ettei keskustella lainkaan, mutta tarvetta kyllä olisi. (Taulukko 8.) Ryhmittäin eniten keskustelua käytiin ryhmässä B, jossa yhdeksän vastaajaa (75 %) kertoi keskustelua käytävän jonkin verran. Vähiten keskustelua ja sen tarvetta kerrottiin ilmenevän ryhmässä A, mutta heistä myös neljä (23 %) kertoi kaipaavansa keskustelua lisää. Eniten lisää keskustelua kaivattiin ryhmässä C, jossa viisi (33 %) kuntoutusohjaajaa oli tätä mieltä.

**Taulukko 8. Keskustelu työyhteisössä omaan työhön liittyen**

Työyhteisössäni käydään työhöni liittyvää keskustelua seksuaaliterveyden huomiomisesta	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Paljon	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1
Jonkin verran	4	24	9	75	7	47	7	44	6	33	33	42
Ei lainkaan, eikä ole tarvetta	9	53	2	17	2	13	4	25	8	44	25	32
Ei lainkaan, mutta sille olisi tarvetta	4	23	1	8	5	33	5	31	4	22	19	24
Yhteensä	17	100	12	100	15	100	16	100	18	99	78	99

### 8.5.2 Suhtautuminen asiakkaiden seksuaaliterveyteen

Viimeisellä monivalintakysymyksellä selvitettiin työyhteisön suhtautumista asiakkaiden seksuaaliterveyteen. Valtaosa kaikista vastaajista, 40 % (n=31) ilmoitti, että asiaan suhtaudutaan avoimesti keskustellen. Vain Ryhmässä A vaihtoehto ”Muulla tavalla, miten” oli kaikkein suosituin vastaus. Noin viidesosa (n=15) vastaajista kertoi, ettei

ole tarvetta tämäntyyppiselle keskustelulle ja kaikkiaan joka neljännes (n=19) valitsi vaihtoehdon muulla tavalla.( Taulukko 9.)

**Taulukko 9. Työyhteisön suhtautuminen asiakkaiden seksuaaliterveyteen**

Työyhteisössäni suhtaudutaan asiakkaiden seksuaaliterveyteen	A		B		C		D		E		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Avoimesti keskustellen	4	23	8	67	6	40	6	38	7	38	31
Vaieten	3	18	0	0	4	26	4	25	1	6	12	15
Vitsailen tai väheksyen	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Muulla tavalla, miten?	7	41	0	0	4	26	4	25	5	28	15	19
Ei tarvetta tämäntyyppiselle keskustelulle	2	12	4	33	1	7	2	13	5	28	19	24
Yhteensä	17	100	12	100	15	99	16	101	18	100	78	99

Muita tapoja he mainitsivat olevan: asiallisesti, henkilökohtaisesti, asiakasta kunnioittaen, normaalisti, tilanne- ja ikäsidonnoisesti ja työryhmässä asiakkaan tilanteen niin vaatiessa. Linjasta poiketen annettiin vielä seuraavat vastaukset:

*”Tilanteen mukaan, mutta melko vähäisessä määrin”*,

*”Unohtuu liian vähälle” ja*

*”Avoimesti, muttei riittävästi”*.

## 8.6 Vastaaajien ajatuksia tutkimuksesta

Avoimissa vastauksissa korostui tutkimusaiheen tärkeys ja kiinnostavuus. Lisäksi kerrottiin aiheen arkuudesta työntekijän kannalta sekä omien tietojen ja taitojen puutteen.

*”Teillä on hyvä ja tarpeellinen tutkimusaihe! Vaikka itse tiedostan seksuaaliterveyden yhdeksi tärkeäksi alueeksi potilaan kokonaisuudessa, omat tiedot ja taidot ohjauksessa ovat heikot..”*

*”Tuntuu että pitäisi enemmän seksuaaliohjausta antaa mutta tuntuu myös että asia on vaikeasti lähestyttävä ja omat tiedot eivät kyllä riitä”*

*”Tärkeä, mutta vähän puhuttu asia!”*

*”Seksuaaliterveys on varmasti vähän arka asia työntekijän kannalta, osaako kysyä, suhtautua ja toimia oikein, ettei asiakas loukkaannu tai muuta vastaavaa. Hyvä asia mutta ehkä siitä on tavallisella hoitotyön/kuntoutustyön tekijällä liian vähän tietoa.”*

Osa lasten kuntoutusohjaajista koki lomakkeen olleen osittain huonosti sopiva heidän asiakasryhmänsä arvioimiseen, aihe koettiin ajankohtaiseksi aikaisintaan teini-iässä. Esiin tuotiin myös lasten vanhempien parisuhteen hoitaminen. Joillain vastaajilla asiakasryhmä oli niin laaja ja ilmenevät ongelmat niin erilaisia, että yhdellä lomakkeella oli vaikeaa antaa koko ryhmää kuvaavaa vastausta.

*”Kysytyt asiat ovat tärkeitä. Hienoa että tästä tehdään tutkimusta. Liikuntavammaisten lasten kuntoutusohjaajana vastaaminen kysymyksiin oli vaikeaa.”*

*”--joskus harvoin on keskusteltu vanhempien seksuaalisuudesta / parisuhteesta kuin lapsi on sairas ja vaatii paljon vanhemmilta, eikä aikaa ja voimia jää vanhemmilla hoitamaan parisuhdetta.”*

*”Vaihtoehdot olivat vähän huonot, koska asiakkaideni diagnoosit vaihtelevat erittäin paljon. En yhteenkään kohtaan voinut sen vuoksi vastata ”ainakin puolella heistä”, koska se ei pidä paikkaansa.”*

Muutamit vastaajat toivat esiin muiden asioiden ensisijaisuutta seksuaaliterveyden kysymyksiin nähden. Eräät huomauttivat vielä, että oman asiakastyhmän kanssa aihe harvoin esillä.

## **9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET**

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten asiakkaan seksuaaliterveys huomioidaan erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa eri sairaus- ja vamma-ryhmissä. Tutkimusaihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä seksuaaliterveyttä ei juurikaan mainita kuntoutusohjausta käsittelevässä kirjallisuudessa eikä vastaavaa tutkimusta ole aiemmin jul-

kaistu. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007 - 2010 on oletettavasti tuomassa muutoksia seksuaaliterveyspalvelujen ja -ammattilaisten näkyvyyteen terveydenhuollossa.

## 9.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tulosten perusteella kaikissa kuntoutusohjauksen asiakasryhmissä ilmenee jollain tavalla seksuaaliterveyteen vaikuttavia muutoksia. Eniten kysytyjä muutoksia kuntoutusohjaajat kertoivat ilmenevän ryhmissä C ja D, eli neurologisten kuntoutujien ja syöpä-, sydän- ja hengityselinsairaiden kuntoutujien keskuudessa. Toisaalta tietämättömyys sairauksien ja vammojen vaikutuksista seksuaaliterveyteen oli yleistä ja jopa lähes puolet kyselyyn vastanneista kuntoutusohjaajista ei tiennyt, kenen puoleen kääntyä tarvitessaan konsultaatioapua seksuaaliterveyteen liittyen.

Vammautumisen tai sairastumisen vaikutukset koskettavat ihmisen ruumiillisia, emotionaalisia, sosiaalisia ja joissain tapauksissa älyllisiäkin ominaisuuksia. Kaikki nämä ovat WHO:n määritelmän mukaan seksuaaliterveyden osatekijöitä. Samoin vaikutuksia voidaan nähdä saman määritelmän mukaisissa seksuaaliterveyden peruselementeissä (vrt. s. 12). Muutokset terveydentilassa ja toimintakyvyssä ilmenevät myös eettisissä, biologisissa, psyykkisissä ja kulttuurisissa tekijöissä (vrt. Greenbergin työryhmän malli s. 11).

Tutkimustulokset ilmaisevat selvästi, että valtaosa kuntoutusohjaajista mieltää seksuaaliterveyden huomioimisen osaksi työtään ja tiedostaa vammautumisen ja sairastumisen heijastuvan asiakkaiden seksuaaliterveyteen. Tästä tiedosta huolimatta kuntoutusohjaajat eivät pääsääntöisesti ota aihetta esille, vaan keskustelu edellyttää asiakkaan omaa aloitetta. Harvalla asiakkaalla kuitenkaan on tähän uskallusta (STM 2006, 19). Tutkimuksen tulokset ja kirjallisuus tukivat toisiaan selvästi kolmessa asiassa:

1. Kehon vammautuminen tai sairastuminen heikentää seksuaaliterveyttä
2. Asiakkaiden on vaikea ottaa seksuaaliterveyden asioita terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa puheeksi
3. Terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuntoutusohjaajat mukaan lukien kokevat seksuaalisuuden alueen vaikeaksi ja yleisesti keskustelu edellyttää asiakkaan aloitetta.

Tämä yhtälö johtaa väistämättä siihen lopputulokseen, etteivät kaikki asiakkaat seksuaaliterveyden vaikeuksia kohdatessaan osaa tai uskalla pyytää apua ja täten jäävät sitä vaille.

Seksuaaliterveystietouden ja -palvelujen vajeeseen on sekä yleisesti että vammaisten ja sairastuneiden henkilöiden kohdalla kiinnitetty huomiota. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa vuosille 2007 - 2010 on asetettu tavoitteeksi integroida seksuaaliterveyspalveluja kunnalliseen terveydenhuoltoon ja turvata neuvonnan tasa-arvoinen toteutuminen asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Toimenpiteisiin on kirjattu muun muassa sairauksien ja hoitotoimenpiteiden seksuaaliterveydelle aiheuttamien vaikutusten huomioiminen hoitoon liittyvän ohjauksen ja neuvonnan yhteydessä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa sekä seksuaaliterveyden edistäminen sairauksien hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä. Lisäksi sairaanhoitopiireissä tulee olla erikoiskoulutuksen saaneita henkilöitä, jotka vastaavat alueensa seksuaaliterveyskoulutuksista ja toimivat konsultoivina seksuaaliterveyden ammattilaisina muiden terveydenhuollon ammattilaisten tukena. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valmiuksia lisätään perus- ja täydennyskoulutuksella sekä ajantasaisen materiaalin saatavuudella. Myös johtamisessa tulee kiinnittää aihepiiriin huomiota. (STM 2006, 22.)

Kuntoutusohjausnimikkeistössä (2003, 14) kerrotaan, että ammatillisen kuntoutusohjaajan tutkinnon puuttuessa työnkuva on muotoutunut työntekijän osaamisen, työyhteisön odotusten ja asiakasryhmän tarpeiden mukaan. Harvalla kuntoutusohjaajalla on ammatillista osaamista seksuaaliterveyden alueelta ja keskustelua työyhteisöissä käy-



dään pääosin korkeitaan jonkin verran. Kirjallisuus antaa aihetta olettaa, että tarvetta keskustelulle olisi enemmän. Erilaisten vammojen ja sairauksien vaikutuksista seksuaalitoiminnoille ja seksuaaliselle hyvinvoinnille on olemassa paljon tutkittua tietoa. Tämän tiedon perusteella on luotavissa järjestelmään kohta, jossa seksuaaliterveys otetaan esiin jokaisen asiakkaan kanssa, jolla sairauden tai vamman voi vähissäkään määrin olettaa vaikuttavan tähän elämänalueeseen.

Kuntoutusohjaajan työ on luonteeltaan neuvovaa, ohjaavaa, opastavaa ja informoivaa. Työllä tuetaan asiakkaan arkielämästä selviytymistä ja sosiaalista aktiivisuutta. Vamman tai sairauden vaurioittaessa asiakkaan, miehen tai naisen kehoa ja sen toimintoja kaikkeen yllämainittuun ohjaukseen ja neuvontaan sekä arjessa selviytymisen tukemiseen tulisi liittyä ohjaus ja tukeminen miehenä tai naisena, riippumatta siitä, mitä rooleja miehen tai naisen elämään liittyy. Kuntoutusohjaaja ei ole eikä tarvitse olla kaikkien alojen asiantuntija, mutta hänen on tärkeää kyetä kuulemaan asiakkaan avun tarpeet ja osata antaa informaatiota tarjolla olevista palveluista, tarvittaessa laatia lähete tai lausunto ja ohjata asiakas oikean palvelun piiriin.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselylomakkeen täyttäminen avoimen vastauslinkin kautta takasi tutkimukseen osallistuneille täyden anonymiteetin. Tällä pyrittiin takaamaan saatujen vastausten rehellisyys ja lisäämään vastaushalukkuutta. Seksuaaliterveys tutkimuksen aiheena saattaa herättää vastaajissa monenlaisia tunteita. Vastausprosentiksi muodostui 40 ja on mahdollista, että aiheen vieraaksi tai epämiellyttäväksi kokeneet kuntoutusohjaajat ovat jättäytyneet tutkimuksesta pois, mikä saattaa vaikuttaa kokonaistulokseen. Tästä johdettujen tulosten yleistäminen kaikkiin erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajiin ei anna luotettavaa lopputulosta. Tutkimustulosten perusteella seksuaaliterveyden huomioiminen erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa toteutuu heikosti. Mikäli kyselyyn on vastannut pääosin aiheeseen myönteisesti suhtautuvat kuntoutusohjaajat, saattaisivat tulokset koko ammattiryhmää koskien olla vielä huonommat. Toisaalta tutkimustulokset ilmentävät monenlaista suhtautumista tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ovatko vastaajat ymmärtäneet lomakkeen kysymykset ja

vastausvaihtoehdot kyselyn laatijan tarkoittamalla tavalla (Hirsjärvi 2004, 216). Aineiston tiivistämisessä ja järjestämisessä virheitä ei voida poissulkea, mutta ne pyrittiin minimoimaan käyttämällä tunnistetietoja tietojen käsittelyssä. Muutama vastaajista kertoi lomakkeen loppuun varatussa tilassa, että olisi kaivannut seksuaaliterveyden määrittelyä vastausohjeiden yhteydessä. Kehuja annettiin lomakkeen joustavuudesta ja selkeydestä. Tutkimus on toistettavissa sellaisenaan.

### 9.3 Jatkotutkimukset ja kehitysehdotukset

Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajien ammattiryhmä on melko pieni ja toivottavaa on, että vastaavanlaisia tutkimuksia tehdään jatkossa lisää ja että niillä saataisiin tietoa laajemmalta vastaajamäärältä. Koska valtaosa vastanneista kuntoutusohjaajista kertoi seksuaaliterveyttä koskevien keskustelujen riippuvan asiakkaan aloitteesta ja valmiudet näiden keskustelujen käymiseen olivat reilusti yli puolella korkeintaan tyydyttävät, olisi aiheellista selvittää, millaisella koulutuksella kuntoutusohjaajien valmiuksia käsitellä seksuaaliterveyden aluetta voitaisiin tukea. Lisäksi tulokset ja kirjallisuus antavat olettaa, ettei kaikkia seksuaaliterveyden ammattiapua vailla olevia tavoiteta erikoissairaanhoidossa. Tästä johtuen olisi mielenkiintoista selvittää esimerkiksi kuntoutusohjauksen piirissä olevien henkilöiden koettua seksuaaliterveyttä, avun saantia seksuaalisuuden vaikeuksiin ja tyytyväisyyttä saatuun apuun ja ohjaukseen. Lopuksi vielä olisi kiintoisaa tutkia, miten seksuaaliterveyden ammattilaisten henkilöstöresurssit riittävät kattamaan todellista koettua avun tarvetta. Jotta seksuaaliterveyden luonteva huomiointi kuntoutusohjauksessa toteutuisi paremmin, olisi järkevää sisällyttää alueen opintoja myös tulevien kuntoutusohjaajien korkeakouluopintoihin.

## LÄHTEET

- Alhainen, K., Sulkava, R. & Viramo, P. 2004. Vaikea Dementia –opas potilaan läheisille.
- Chatzitolios, T., Frantti, K. & Pennanen, H. 2007. Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) tutkinnon suorittaneiden työllistyminen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma.
- Cooper, E. & Guillebaud, J. 1999. Sexuality and disability: A guide for everyday practice. Radcliffe Medical Press Ltd: Oxon.
- Färkkilä M. & Ruutiainen J. 2003. Seksuaaliongelmien neurologisissa sairauksissa. Duodecim 119, 3, 247 - 53.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 1993. Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva: WSOY.
- Hillman, T. & Männistö, E. 2008. Seksuaaliterveyden edistämisen osaaminen hoitotyössä. Osaamisen määrittely ja mittaaminen. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.
- Invalidiliitto. 2004. Selkäydinvamma, nainen ja seksuaalisuus.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalivoukko. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Jyväskylä: Duodecim.
- Jaksotustaulukko 2008-2009. Viitattu 4.2.2009. [http://soopas.jypoly.fi/pls/ooo/jaksotukset\\_asiosta.main?koul\\_ohjelma=YHT,%20Tarjotin%20opintojaksot,%20fi&lktunnus=YHT8SS&lukukausi=8S9K](http://soopas.jypoly.fi/pls/ooo/jaksotukset_asiosta.main?koul_ohjelma=YHT,%20Tarjotin%20opintojaksot,%20fi&lktunnus=YHT8SS&lukukausi=8S9K)
- Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja Seksuaalisuus. Duodecim 119, 3, 237-246.
- Koponen, H. & Lepola, U. 2003. Seksuaalisten toimintojen häiriintyminen psykiatriassa sairauksissa. Duodecim 119, 3, 255 - 259.
- Koskinen, S. & Järvensivu, I. Reumasairauksien vaikutus seksuaalisuuteen. Viitattu 16.1.2009. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00162](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00162)
- Kosunen, E. 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Helsinki: STAKES:n monistamo.
- Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa. 2004. Suomen Parkinson-liitto ry. Kaarinan Tasopaino Oy.
- Kuntoutusohjausnimikkeistö –opas sisältöön ja käyttöön. (2003). Suomen kuntaliitto.

- Liippola, P., Koskimäki, J., Roine., R. & Valasti, H. 2004. Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Opas sairastuneille ja puolisoille/kumppaneille sekä ammattihenkilöille. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto Ry.
- Mattsén, K. 2002. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:13.
- PLISSIT- malli. 2005. Seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta. VirtuaaliAMK. Viitattu 5.11.2008. <http://www.amk.fi>, DIGMA, seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta, asiakastyö, seksuaalineuvonta, plissit.malli.
- Rahkonen, R. & Viramo-Koskela, A. 2004. Seksuaalisuus on sallittava kuntoutuksessa. Avain 4, 18 - 19.
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Jyväskylä: Duodecim.
- Sincity. Asiantuntijasivut. 2007. Viitattu 18.1.2009. <http://kauppa.sincity.fi/PublishedService?file=page&action=view&pageID=asiantuntijasivut.html>
- Sironen, M. & Kalilainen, P. 2006. Terapeuttinen työskentely seksuaalikysymyksissä. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Jyväskylä: Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kuntoutusselonteko. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 - 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:83.
- Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toim. J. Aaltola & R. Valli. Juva: WSOY, 102 - 125.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY.
- Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 119:3, 261 - 266.
- Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Väestöliiton sivut. Viitattu 8.10.2008. <Http://www.vaestoliitto.fi> , seksuaaliterveys, seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma.

## Liite 1. Saatekirje

Arvoisa Kuntoutusohjaaja

Olen kuntoutusohjaaja opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyönäni kyselytutkimuksen seksuaaliterveyden huomioimisesta kuntoutusohjauksessa. Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tutkimuksellani haluan valottaa, millainen rooli seksuaaliterveyden huomioimisella kuntoutusohjauksessa on ja minkä asiakasryhmien kohdalla seksuaaliterveyteen on erityisesti kiinnitettävä huomiota.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää saada Sinun vastauksesi mukaan riippumatta seksuaaliterveyden roolista omassa työssäsi. Lomakkeen täyttäminen vie aikaasi noin 15 minuuttia.

Kyselylomakkeen pääset täyttämään alla olevasta linkistä. Mikäli sivu ei avaudu napsauttamalla osoitetta, kopioi osoite hiirellä selaimen osoiteriville.

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=274373&chk=NVDP6NGC>

Kyselyn täyttäminen tapahtuu täysin anonymisti eikä yksittäisiä vastauksia voi liittää vastaajaan. Tutkimuksen tulokset julkaistaan alkuvuonna 2009 sähköisessä muodossa. Voit tutustua tuloksiin osoitteessa [www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto) → opinnäytetyöt.

Suurkiitos vastauksestasi! Odotan sitä maanantaihin 15.12.2008 mennessä.

Jonna Saksola, [jonna.saksola.sre@jamk.fi](mailto:jonna.saksola.sre@jamk.fi)

## Liite 2. Kyselylomake

### KYSELYLOMAKE

#### TAUSTATIEDOT

(Merkitse sopivin vaihtoehto)

##### 1. Sukupuoli

1. Mies
2. Nainen

##### 2. Ikä

1. Alle 25 v.
2. 25-34 v.
3. 35-44 v.
4. Yli 45 v.

##### 3. Ammatillinen koulutus (esim. sairaanhoitaja, fysioterapeutti jne.)

---

##### 4. Mahdollinen seksuaaliterveyteen liittyvä lisäkoulutus tai kurssit

(Listaa alla olevaan tilaan kurssin tai opintojen nimi ja laajuus)

---

---

---

---

---

##### 5. Työkokemuksesi kuntoutusohjaajana täysinä työvuosina

---

##### 6. Toimialueesi

1. Etelä-Suomen lääni
2. Itä-Suomen lääni
3. Länsi-Suomen lääni
4. Oulun lääni
5. Lapin lääni
6. Ahvenanmaa

**7. Seksuaaliterveyden huomioiminen kuuluu kuntoutusohjaukseen**  
(Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Kyllä kuuluu
2. Ei kuulu
3. En osaa sanoa

**ASIAKASRYHMÄÄ KOSKEVAT TIEDOT**

**8. Minkä asiakasryhmän kuntoutusohjaajana toimit?**  
(Vammaryhmä, diagnoosi, sairausryhmä tms.)

---



---



---



---



---



---

**9. Asiakkaillani ilmenee vammasta tai sairaudesta johtuvia seksuaaliterveyden muutoksia.** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Kaikilla tai lähes kaikilla
2. Ainakin puolella heistä
3. Harvoilla
4. Ei ilmene
5. En osaa sanoa

**10. Tunnen asiakasryhmäni tyypilliset seksuaaliterveyden muutokset**  
(Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Erittäin hyvin
2. Hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Heikosti
5. En lainkaan
6. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden muutoksia

**11. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

**Ohje:** Vastaa käyttäen asteikkoa: 1 Kaikilla tai lähes kaikilla, 2 Ainakin puolella heistä, 3 Harvoilla, 4 Ei ilmene, 5 En osaa sanoa

Minäkuvan muutoksia	1	2	3	4	5
Itsetunnon laskua	1	2	3	4	5



Kehonkuvan muutoksia	1	2	3	4	5
Seksuaali-identiteetin muutoksia	1	2	3	4	5
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään	1	2	3	4	5
Arvottomuuden tai häpeän tunteita	1	2	3	4	5
Parisuhteen roolimutoksia	1	2	3	4	5
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	1	2	3	4	5
Sosiaalista vetäytymistä	1	2	3	4	5
Tuntopuutoksia raajoissa	1	2	3	4	5
Tuntopuutoksia vartalolla	1	2	3	4	5
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella	1	2	3	4	5
Käsien toiminnan muutoksia	1	2	3	4	5
Jalkojen toiminnan muutoksia	1	2	3	4	5
Vartalonhallinnan muutoksia	1	2	3	4	5
Ylituntoa	1	2	3	4	5
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toimissa	1	2	3	4	5
Kostumisen vaikeuksia (naisella)	1	2	3	4	5
Erektiovaikeuksia (miehellä)	1	2	3	4	5
Pidätysvaikeuksia	1	2	3	4	5
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia	1	2	3	4	5
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	1	2	3	4	5
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	1	2	3	4	5
Yhdyntäkipuja	1	2	3	4	5
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja	1	2	3	4	5
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja	1	2	3	4	5
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntäasentoja	1	2	3	4	5
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja	1	2	3	4	5
Autonomista dysrefleksiaa	1	2	3	4	5

Spastisuutta	1	2	3	4	5
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään	1	2	3	4	5
Vaikeuksia itsetyydytyksessä	1	2	3	4	5
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)	1	2	3	4	5

**12. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvastaa parhaiten toimintaasi kuntoutusohjaajana? (Merkitse sopivin vaihtoehto)**

1. Seksuaaliterveyden kysymykset kuuluvat luonnollisena osana asiakkaan kanssa keskusteltaviin asioihin
2. Seksuaaliterveyden kysymykset kuuluvat asiakkaan kanssa keskusteltaviin asioihin, jos vamma tai sairaus selvästi vaikuttaa seksuaaliterveyteen
3. Seksuaaliterveyden kysymyksistä keskustellaan silloin, kun asiakas ilmaisee tahtovansa niistä keskustella.
4. Seksuaaliterveyden kysymyksistä ei keskustella

**13. Vamman tai sairauden vaikuttaessa seksuaaliterveyteen kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan seksuaaliterveyttä tukevia toimenpiteitä? (Merkitse sopivin vaihtoehto)**

1. Kyllä, aina asiakkaan niin halutessa
2. Ei, mutta se olisi hyvä idea
3. Seksuaaliterveysasiat eivät kuulu kuntoutussuunnitelmaan
4. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia

**14. Olen perehtynyt seksuaalineuvonnan jäsentämisessä käytettyyn PLISSIT-malliin (Merkitse sopivin vaihtoehto)**

1. Kyllä ja tiedän, millä tasolla itse työssäni toimin
2. Kyllä, mutta en tarvitse sen tyyppistä tietoa työssäni
3. Olen kuullut siitä, mutta en hyödynnä sitä työssäni
4. En ole perehtynyt PLISSIT- malliin

**15. Minulla on hyvät valmiudet kohdata ja kuunnella asiakkaan seksuaalisuuteen liittyviä pulmia. (Merkitse sopivin vaihtoehto)**

1. Erittäin hyvät
2. Hyvät
3. Tyydyttävät
4. Puutteelliset
5. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia

**16. Minulla on hyvät valmiudet keskustella asiakkaideni kanssa heidän kokemistaan seksuaalisuuden pulmista.** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Erittäin hyvät
2. Hyvät
3. Tyydyttävät
4. Puutteelliset
5. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia

**17. Minulla on hyvät valmiudet itse auttaa ja ohjata asiakastani seksuaali-terveyteen liittyvissä pulmissa.** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Erittäin hyvät
2. Hyvät
3. Tyydyttävät
4. Puutteelliset
5. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia

**18. Asiakkailleni on olemassa nykyaikaista materiaalia vamman tai sairauden aiheuttamiin seksuaaliterveyden muutoksiin (esitteet, videot, ovatko ymmärrettäväsä muodossa jne.).** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Erittäin paljon
2. Paljon
3. Jonkin verran
4. Vähän
5. Ei lainkaan
6. Vamma tai sairaus ei aiheuta asiakkailleni seksuaaliterveyden pulmia

**19. Tiedätkö, millaisia asiakkaidesi seksuaaliterveyttä tukevia palveluita toimialueelasi on tarjolla?** (Merkitse sopivin vaihtoehto ja tarkenna, jos vastasit 2.)

1. En tiedä
2. Kyllä, millaisia?

---

---

**20. Toimialueeni kuntoutusohjaajilla on mahdollisuus saada konsultaatioapua asiakkaiden seksuaaliterveysasioihin liittyen.** (Merkitse sopivin vaihtoehto ja tarkenna, jos vastasit 1.)

1. Kyllä, millaista \_\_\_\_\_
2. Ei, eikä ole tarpeen
3. Ei ole, mutta sille olisi tarvetta

**21. Työyhteisössäni käydään työhöni liittyvää keskustelua seksuaalisuuden huomiomisesta.** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Paljon
2. Jonkin verran
3. Ei lainkaan, eikä ole tarvetta
4. Ei lainkaan, mutta sille olisi tarvetta

**22. Työyhteisössäni suhtaudutaan asiakkaiden / potilaiden seksuaaliterveyteen ja seksuaaliterveyden muutoksiin** (Merkitse sopivin vaihtoehto)

1. Avoimesti keskustellen
2. Vaieten
3. Vitsaillen tai väheksyen
4. Muulla tavalla, miten \_\_\_\_\_
5. Ei tarvetta tämäntyyppiselle keskustelulle

## Liitetaulukko 1. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia. Ryhmä A

MUUTTUJAT	1. Kaikilla tai lähes kaikilla	2. Ainakin puolella heistä	3. Harvoilla	4. Ei ilmene	5. En osaa sanoa	Yht.
<b>EMOTIONAALISET MUUTTUJAT</b>						
Minäkuvan muutoksia		1	6	3	6	16
Itsetunnon laskua		4	5	2	5	16
Kehonkuvan muutoksia		2	3	5	6	16
Seksuaali-identiteetin muutoksia			3	4	9	16
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään		1	3	5	7	16
Arvottomuuden tai häpeän tunteita		2	6	3	5	16
Parisuhteen roolimutoksia		2	4	3	7	16
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	1	3	2	3	7	16
Sosiaalista vetäytymistä		8	2	2	4	16
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia			1	9	4	14
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa			1	4	11	16
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa			1	3	12	16
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja			1	3	12	16
<b>FYYSISET MUUTTUJAT</b>						
Yhdyntäkipuja				4	12	16
Tuntopuutoksia raajoissa				11	5	16
Tuntopuutoksia vartalolla				11	5	16
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella				9	7	16
Käsien toiminnan muutoksia		1	3	9	3	16
Jalkojen toiminnan muutoksia		1	2	9	4	16
Vartalonhallinnan muutoksia		1	5	7	3	16
Ylituntoa			2	9	5	16
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toimissa		2	2	7	5	16
Kostumisen vaikeuksia (naisella)				4	12	16
Erektiovaikeuksia (miehellä)				4	12	16
Pidätysvaikeuksia				7	9	16
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja				4	12	16
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntä-asentoja				4	12	16
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja				4	12	16
Autonomista dysrefleksiaa			1	5	10	16
Spastisuutta			3	5	8	16
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään			4	3	9	16
Vaikeuksia itsetyydytyksessä			1	4	11	16
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)			2	4	10	16
Yhteensä	1	28	63	173	261	526
Yhteensä %	0	5	12	33	50	100

## Liitetaulukko 2. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia. Ryhmä B

MUUTTUJAT	1. Kaikilla tai lähes kaikilla	2. Ainakin puolella heistä	3. Harvoilla	4. Ei ilme-	5. En osaa sanoa	Yht.
<b>EMOTIONAALIT MUUTTUJAT</b>						
Minäkuvan muutoksia	1	7	2		1	11
Itsetunnon laskua	4	4	2		1	11
Kehonkuvan muutoksia	2	5	3		1	11
Seksuaali-identiteetin muutoksia		4	3	1	1	9
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään		3	6		1	10
Arvottomuuden tai häpeän tunteita	3	3	3		1	10
Parisuhteen roolimutoksia		6	3	1	1	11
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	1	6	3		1	11
Sosiaalista vetäytymistä		8	2		1	11
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia			2	6	2	8
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	1	4	3		2	10
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	1	2	5		3	11
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja		4	3	1	2	10
<b>FYYSISET MUUTTUJAT</b>						
Yhdyntäkipuja			5		5	10
Tuntopuutoksia raajoissa		2	3		5	8
Tuntopuutoksia vartalolla		2	3		5	10
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella		1	3	1	5	10
Käsien toiminnan muutoksia		4	2		3	9
Jalkojen toiminnan muutoksia		4	4		4	12
Vartalonhallinnan muutoksia		4	2		4	10
Ylituntoa			5		5	10
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toiminnoissa		2	3	2	3	10
Kostumisen vaikeuksia (naisella)			5		5	10
Erektiovaikeuksia (miehellä)		2	4		4	10
Pidätysvaikeuksia		1	5		4	10
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja	1	1	4		4	10
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntä-asentoja		2	2		6	10
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja		2	3	1	4	10
Autonomista dysrefleksiaa			2	3	5	10
Spastisuutta		1	2	2	5	10
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään		4	4		2	10
Vaikeuksia itsetyydytyksessä		1	1		8	10
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)		2	7		2	11
<b>Yhteensä</b>	<b>14</b>	<b>91</b>	<b>109</b>	<b>18</b>	<b>106</b>	<b>338</b>

Yhteensä %	4	27	32	5	31	99
------------	---	----	----	---	----	----

### Liitetaulukko 3. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia. Ryhmä C

MUUTTUJAT	1. Kaikilla tai lähes kaikilla	2. Ainakin puolella heistä	3. Harvoilla	4. Ei ilme-	5. En osaa sanoa	Yht.
<b>EMOTIONAALIT MUUTTUJAT</b>						
Minäkuvan muutoksia	1	5	1		6	13
Itsetunnon laskua	3	5	1		4	13
Kehonkuvan muutoksia	2	6	1		3	12
Seksuaali-identiteetin muutoksia	3	3	3		3	12
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään		4	4	1	4	13
Arvottomuuden tai häpeän tunteita	2	5	2		4	13
Parisuhteen roolimutoksia	3	8			2	13
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	2	7	1		3	13
Sosiaalista vetäytymistä	2	7	1		3	13
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia		1	4	3	5	13
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	2	5			5	12
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	2	5	2		4	13
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja	2	5			6	13
<b>FYYSISET MUUTTUJAT</b>						
Yhdyntäkipuja		1	3		9	13
Tuntopuutoksia raajoissa	3	3	5		2	13
Tuntopuutoksia vartalolla	2	3	5	1	2	13
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella	2	1	7		3	13
Käsien toiminnan muutoksia		10	2		1	13
Jalkojen toiminnan muutoksia	2	9	1		1	13
Vartalonhallinnan muutoksia	3	7	3			13
Ylituntoa	1	1	10		1	13
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toiminnoissa	1	9	3			13
Kostumisen vaikeuksia (naisella)	1	1	2		9	13
Erektiovaikeuksia (miehellä)		3	3		6	12
Pidätysvaikeuksia		10	1		2	13
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja		2	5		6	13
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntä-asentoja		5	2		6	13
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja		1	3	1	8	13
Autonomista dysrefleksiaa	1	1	3		8	13
Spastisuutta	2	5	4		2	13
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään		5	5		3	13
Vaikeuksia itsetyydytyksessä		2	2		9	13
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)		1	6	1	5	13
<b>Yhteensä</b>	<b>42</b>	<b>146</b>	<b>95</b>	<b>7</b>	<b>135</b>	<b>425</b>

Yhteensä %	10	34	22	2	32	100
------------	----	----	----	---	----	-----

#### Liitetaulukko 4. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia. Ryhmä D

MUUTTUJAT	1. Kaikilla tai lähes kaikilla	2. Ainakin puolella heistä	3. Harvoilla	4. Ei ilme-	5. En osaa sanoa	Yht.
<b>EMOTIONAALIT MUUTTUJAT</b>						
Minäkuvan muutoksia	1	8	5	1	1	16
Itsetunnon laskua	2	8	5	1		16
Kehonkuvan muutoksia	1	7	7			15
Seksuaali-identiteetin muutoksia	1	5	5	2	2	15
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään		2	10	2	1	15
Arvottomuuden tai häpeän tunteita		6	4	3	2	15
Parisuhteen roolimutoksia	1	6	5		3	15
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	2	3	5	2	2	14
Sosiaalista vetäytymistä	1	4	6	1	1	13
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia		2	2	6	4	14
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa	1	8	1	1	4	15
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa		4	3	1	7	15
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja	1	4	5		5	15
<b>FYYSISET TEKIJÄT</b>						
Yhdyntäkipuja		1	4	2	8	15
Tuntopuutoksia raajoissa			6	4	3	13
Tuntopuutoksia vartalolla			5	5	5	15
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella		1	4	5	5	15
Käsien toiminnan muutoksia		2	4	6	3	15
Jalkojen toiminnan muutoksia		2	4	5	4	15
Vartalonhallinnan muutoksia			4	6	4	14
Ylituntoa			2	7	4	13
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toimissa	1	3	2	6	3	15
Kostumisen vaikeuksia (naisella)		1	5	2	7	15
Erektiovaikeuksia (miehellä)		6	3	1	5	15
Pidätysvaikeuksia		1	1	5	8	15
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja		2	4	3	6	15
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntä-asentoja		2	3	2	8	15
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja		1	4	3	7	15
Autonomista dysrefleksiaa			1	2	12	15
Spastisuutta			2	6	6	14
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään		1	5	4	4	14
Vaikeuksia itsetyydytyksessä			3	3	9	15
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)		1	2	4	8	15
Yhteensä	12	91	131	101	151	486



Yhteensä %	2	19	27	21	31	100
------------	---	----	----	----	----	-----

### Liitetaulukko 5. Vamma tai sairaus on aiheuttanut asiakkaideni seksuaaliterveyteen seuraavia muutoksia. Ryhmä E

MUUTTUJAT	1. Kaikilla tai lähes kaikilla	2. Ainakin puolella heistä	3. Harvoilla	4. Ei ilme-	5. En osaa sanoa	Yht.
<b>EMOTIONAALIT MUUTTUJAT</b>						
Minäkuvan muutoksia	2	4	7	1	3	17
Itsetunnon laskua	2	5	7		3	17
Kehonkuvan muutoksia	2	4	9		2	17
Seksuaali-identiteetin muutoksia	1	3	4	1	8	17
Ajatuksia siitä, ettei seksuaalisuus kuulu vammaisen tai sairaan elämään	1	3	4	2	7	17
Arvottomuuden tai häpeän tunteita	1	3	7	1	5	17
Parisuhteen roolimutoksia	1	2	1	4	9	17
Vaikeuksia solmia uusia intiimejä suhteita	2	1	5	2	7	17
Sosiaalista vetäytymistä		3	10	1	3	17
Avanteesta johtuvia vaikeuksia tai huolia			5	4	8	17
Seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa		1		2	14	17
Puolison seksuaalista haluttomuutta jossain vaiheessa		1		3	13	17
Seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyviä pelkoja		1	2	3	11	17
<b>FYYSISET MUUTTUJAT</b>						
Yhdyntäkipuja				4	13	17
Tuntopuutoksia raajoissa	1	4	5	3	4	17
Tuntopuutoksia vartalolla		5	5	3	4	17
Tuntopuutoksia sukuelinten alueella		3	6	3	5	17
Käsien toiminnan muutoksia		7	5	2	3	17
Jalkojen toiminnan muutoksia	3	5	4	2	3	17
Vartalonhallinnan muutoksia	1	7	4	2	3	17
Ylituntoa		3	5	3	6	17
Kokonaisvaltaista avun tarvetta kaikissa toiminna	3	4	5	2	3	17
Kostumisen vaikeuksia (naisella)			2	4	11	17
Erektiovaikeuksia (miehellä)			1	4	12	17
Pidätysvaikeuksia		3	6	3	4	16
Seksuaalista läheisyyttä haittaavia kipuja		1	1	2	13	17
Vaikeutta löytää sopivia yhdyntä-asentoja		1		3	13	17
Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyviä vaaroja		1	2	3	11	17
Autonomista dysrefleksiaa		1		1	15	17
Spastisuutta	1	4	4	1	7	17
Kyvyttömyyttä ilmaista itseään		4	4	2	7	17
Vaikeuksia itsetyydytyksessä		1	2	1	12	16
Sopimatonta seksuaalista käytöstä (esim. yliseksuaalisuutta)			2	2	13	17

Yhteensä	21	85	124	74	255	559
Yhteensä %	4	15	22	13	45	99