

**Emilia Sarja & Larissa Hakso**

**SEKSUAALI – JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA KANSANSAIRAUDET**

**Opinnäytetyö**

# **SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA KANSANSAIRAUDET**

Emilia Sarja & Larissa Hakso  
Opinnäytetyön raportti  
Kevät 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

# TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

Tekijät: Emilia Sarja & Larissa Hakso

Opinnäytetyön nimi: Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja kansansairaudet

Työn ohjaajat: Heljä-Marja Surcel & Ulla Paananen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 39

---

Seksuaali- ja lisääntymisterveys (SELI-terveys) on keskeinen osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella suomalaisten kansansairauksien (sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja diabetes) vaikutusta SELI-terveyteen hyödyntämällä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kokoamaa Terveys 2011- tutkimusaineistoa.

Tulokset osoittavat kroonisesti sairaiden miesten tai naisten mielenkiinnon sukupuolielämää kohtaan vähentyneen selvästi verrokkeja useammin jo 30-44-vuotiaina. Ikääntymiseen liittyvä seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen oli miehillä voimakkaampaa kuin naisilla. Sukupuolesta tai iästä riippumatta TULE-sairaudet ja sydän- ja verisuonisairaudet olivat selvimmin yhteydessä seksuaalisen mielenkiinnon heikkenemiseen.

Terveydestä johtuva sukupuolielämän vaikeutuminen oli yleisempää miehillä kuin naisilla. Sydän- ja verisuonisairaudet vaikeuttavat erityisesti vanhempien miesten sukupuolielämää. TULE-sairaudet vaikeuttavat sukupuolielämää sekä miehillä että naisilla, mutta miehillä ongelmista raportoivien osuus on suurempi kuin naisilla.

Kroonisesti sairaudella ei havaittu yhteyttä lapsettomuusongelmiin, keskenmenoihin tai abortteihin. Kroonisesti sairaat naiset olivat hakeutuneet harvemmin hedelmällisyystutkimuksiin ja hoitoihin kuin samanikäiset verrokkit.

Tutkimuksessamme saatua tietoa voidaan hyödyntää SELI-terveyden palveluissa. Puheeksi ottoa voidaan tehostaa ja palveluiden kohdentamista parantaa, kun tiedetään kansansairauksien vaikutuksista SELI-terveyteen.

Asiasanat: Seksuaali- ja lisääntymisterveys, kansansairaudet, terveys, hyvinvointi

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing; Option of Nursing and Public Health Nursing

---

Authors: Emilia Sarja & Larissa Hakso

Title of thesis: Sexual and Reproductive Health and Common Chronic Diseases

Supervisors: Heljä- Marja Surcel & Ulla Paananen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014

Pages: 39

---

There are a lot of international researches pointing out the negative effects that chronic diseases have on sexual and reproductive health. However, in Finland there are no publications on the topic. The National Institute for Health and Welfare, which was also our assigner, has made a follow-up study on Finnish public health, Terveys 2011 (Health 2011). We used the results of this inquiry for our research.

The objective of the research was to survey the effect of Finnish common chronic diseases (cardiovascular diseases, respiratory diseases, musculoskeletal disorders, and diabetes) on sexual and reproductive health.

We used a quantitative method for our research. At first we chose the questions of the questionnaire-based study Terveys 2011 that were relevant. The answers were ordered and analyzed by a statistician. We combined the chronic diseases into four categories. In order to find out the connection between the chronic diseases and sexual and reproductive health, we surveyed and compared the answers of the chronically ill, the control groups and the different age groups.

The results showed that men and women with a chronic disease experienced decreased interest in their sex lives more often than the control group, as early as in the age group of 30-44 years. The decrease in sex life due to aging was stronger among men than women. Regardless of age or sex, musculoskeletal disorders and cardiovascular diseases were mostly connected to the lower sexual interest. Difficulty in sex life caused by one's condition of health was more common among men than women. Cardiovascular diseases made sex life difficult especially for older men. Musculoskeletal diseases made sex life difficult for both men and women, but the percentage of men reporting the problems was higher than the one of women.

The connection between chronic diseases and infertility, miscarriages and abortions weren't detected in our study. Women with chronic diseases had sought for infertility examinations and treatments less often than the women of in the control group.

Keywords: Sexual and reproductive health, common chronic diseases, health, wellbeing

# SISÄLLYS

LYHENTEET .....	5
1 JOHDANTO .....	6
2 SEKSUAALI JA LISÄÄNTYMISTERVEYS .....	7
2.1 Seksuaalisuus .....	8
2.1.1 Seksuaalinen väkivalta .....	9
2.2 Raskauden ehkäisy .....	9
2.3 Raskauden tahallinen ja tahaton keskeytys.....	10
2.4 Heikentynyt hedelmällisyys.....	10
2.5 Raskausajan ja synnytyksen jälkeinen hoito .....	10
2.6 Sukupuolitaudit .....	11
3 KANSANSAIRAUDET.....	13
3.1 Sydän- ja verisuonisairaudet .....	13
3.2 Hengityselinten sairaudet .....	14
3.3 Syövät.....	15
3.4 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet .....	16
3.5 Diabetes .....	16
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	18
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN .....	19
5.1 Tutkimusmenetelmä .....	19
5.2 Aineiston keruu ja analysointi .....	19
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	21
6.1 Kroonista sairautta sairastavien osuus tutkimusaineistossa.....	21
6.2 Kroonisesti sairaan terveydentilan kokeminen .....	22
6.3 Kiinnostus sukupuolielämään .....	23
6.5 Terveyden vaikutus sukupuolielämään.....	26
6.6 Tahaton lapsettomuus ja lapsettomuushoidot .....	28
6.7 Keskenmeno.....	28
6.7.1 Abortit .....	29
7 POHDINTA .....	30
7.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	30
7.2 Tutkimuksen eettisyys .....	32

7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
7.4 Omat oppimiskokemukset .....	33
7.5 Kehittämis- ja jatkotutkimushaasteet .....	33
LÄHTEET .....	35

## LYHENTEET

THL = Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

T2000= Terveys 2000- tutkimus

T2011= Terveys 2011- tutkimus

SELI-terveys = Seksuaali- ja lisääntymisterveys

COPD= Keuhkohtaumatauti

TULE-sairaudet= Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

# 1 JOHDANTO

Seksuaaliterveys on olennainen osa ihmisyyttä elämän jokaisessa vaiheessa. Seksuaaliterveyteen kuuluvat seksuaalinen kehitys, biologinen sukupuoli, seksuaalinen suuntautuminen, sosiaalinen sukupuoli-identiteetti ja sen mukainen rooli, sekä suvun jatkaminen. Se ei ole ainoastaan sairauden tai vajaatoiminnan poissaoloa. (Väestöliitto 2013, hakupäivä 25.4.2013.) Hyvä seksuaaliterveys vaikuttaa ihmisen psyykkiseen, henkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen kokonaisuuteen rakentavasti.

Lisääntymisterveys on suhteellisen uusi käsite, jonka rinnalla usein puhutaan myös seksuaaliterveydestä. Lisääntymisterveys käsittää seksuaalisuuteen, lisääntymiseen sekä ihmiskehon lisääntymisjärjestelmään liittyviä ilmiöitä. Seksuaaliterveys on käsitteenä laajempi, sillä se kattaa kaikkea seksuaalisuuteen liittyvää. (Virtanen 2002, 13.) Opinnäytetyössämme käytämme molempia termejä.

Kansallisissa väestötutkimuksissa kroonisten tautien esiintyvyydestä ja niihin liittyvistä ilmiöistä on paljon tutkimuksia (THL 2013b, hakupäivä 29.1.2014), mutta kroonisten sairauksien yhteydestä SELI-terveyteen ei ole julkaisuja.

T2011 väestötutkimus on T2000 tutkimuksen seurantatutkimus. T2000 ja T 2011 tutkimusten tavoitteena oli kerätä tietoa suomalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kehityksestä vuosilta 2000- 2001 ja 2011. Tutkimusten sisältö koostuu laajasta terveystarkastuksesta, haastatteluista ja kyselylomakkeista. (THL 2013b, hakupäivä 29.1.2014.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa kansansairauksien vaikutuksesta ihmisen SELI-terveyteen. Tutkimuksen tavoitteena on saada tarpeellista tietoa SELI-terveyden ongelmista ja niihin johtavista riskitekijöistä, jotta seksuaalineuvonnassa ongelmat tunnistettaisiin ja niihin voitaisiin puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimuksen aineistona ovat T2011 tutkimukseen osallistuneet henkilöt.

## 2 SEKSUAALI JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Lisääntymisterveyttä käsitteenä on käytetty jo parin vuosikymmenen ajan. Seksuaaliterveys käsitteen käyttö yleistyi vasta Kairossa vuonna 1994 pidetyn maailman väestökongressin jälkeen. Sen mukaan lisääntymisterveyden käsite kattaa myös seksuaaliterveyden. Käsitteistä on käyty keskustelua, ja kongressin jälkeen seksuaaliterveyden asiantuntijat toivat esille kantansa, jonka mukaan seksuaaliterveys toimii edellytyksenä lisääntymisterveydelle ja pitää sisällään enemmän kuin lisääntymisterveys. Täten seksuaaliterveys on laajempi käsite. Näiden käsitteiden vaiheita kuvataan alla olevassa kuvassa (Kuva 1). (Toimintaohjelma 2007-2011, 20.)



**KUVA 1.** Termin valinta: Seksuaaliterveys vai lisääntymisterveys? Ylimmästä ympyrästä käy ilmi Kairon väestökongressin asettelu ja alhaalla näkyy käsitteiden uudelleen asettelu sekä miten käsitteet ymmärretään usein päällekkäisiksi lähikäsitteiksi. (Pelkonen 26.4.2012, Power Pointesitys.)

WHO:n asiakirjoissa 1970 ja 1980-luvuilta on seuraavanlainen määritelmä seksuaaliterveydelle: "ruumiillisten, henkisten ja sosiaalisten tekijöiden integraatio siten, että se positiivisesti rikastaa ja vahvistaa persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta" (Lottes 2000, 17-18). Seksuaaliterveyteen kuuluu mahdollisuus nauttia, naisena ja miehenä, seksuaalisuudesta ilman painostusta, pelkoa tai syrjintää. Terveet seksuaaliset kokemukset rikastavat ihmissuhteita ja parantavat elä-

mänlaatua. Oman seksuaalisen identiteetin ilmaisemistaidot kasvavat. (Koskinen & Järvensivu 2007, hakupäivä 22.1.2014). Seksuaaliterveyden käsite kattaa lisääntymisterveyttä laajemmin kaikkea seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvää. (Lottes 2000, 22.)

Suomessa on alettu puhua seksuaaliterveydestä osana kokonaisterveyttä vasta 1990-luvulla. Lähestymistapa seksuaaliterveyteen oli vielä muutama vuosikymmen sitten tiukan moraalinen. Nykyään seksuaaliterveyttä lähestytään terveyteen liittyvänä ja ihmisen muuta terveyttä tukevana asiana. (Koskinen ym. 2007, hakupäivä 22.1.2014).

Suhtautumisen muututtua monet seksuaaliterveyspalvelut ja -ohjaus ovat nykyään helpommin saatavilla. Seksuaaliterveyttä edistäviä tekijöitä ovat olleet seksuaalikasvatuksen ja mm. ehkäisyvälineiden saatavuuden helpottuminen. (Lottes 2000, 27.)

Kansainvälisellä tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveydentilassa esiintyy merkittävää eriarvoisuutta kehittyneiden valtioiden ja kehitysmaiden välillä. Erityisesti naiset kärsivät seksuaali- ja lisääntymisterveyden heikkoudesta ja sen puutteesta. Terveystieteiden eri osa-alueiden ja ulkopuolisten sektoreiden yhteistyötä tarvitaan, jotta muutosta tapahtuisi myös kansainvälisellä tasolla. (Fathalla & Fathalla 2008, 695-705 ).

Hoitotyössä painotetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Useimmiten kuitenkin ihmisen seksuaali- ja lisääntymisterveys on asia, jota ei oteta puheeksi potilasohjauksessa. Terveystieteiden edistämisen laatusuosituksen mukaisesti seksuaalineuvonnassa potilaalle tulee kertoa sairauden ja hoitojen vaikutuksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. (Susi 2011, 98.)

## 2.1 Seksuaalisuus

Jokainen ihminen on seksuaalinen omalla tavallaan. Seksuaalisuutta ei vähennä vamma, sairaus tai ikääntyminen. Parhaimmillaan seksuaalisuus on mahdollisuutta nauttia läheisyydestä ja nauttia seksuaalista mielihyvää tuottavista kokemuksista kehossa tai mielessä. (THL 2014c, hakupäivä 13.2.2014.)

WHO:n määritelmän mukaan seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä läpi elämän. Siihen kuuluu sukupuoli, sukupuoli-identiteetit ja -roolit, seksuaalinen suuntautuminen, erotiikka, nautinto, läheisyys ja lisääntyminen. Seksuaaliset kokemukset ja sen ilmenemismuodot ovat ajatukset, fantasiat, halut, uskomukset, asenteet, arvot, käyttäytyminen, seksuaalisuuden

harjoittaminen, suhteet ja roolit. Seksuaalisuus saattaa sisältää kaikki edellä mainitut osa-alueet, mutta ihminen ei aina koe tai ilmaise niitä kaikkia. Seksuaalisuuteen vaikuttaa vuorovaikutus biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, kulttuuristen, laillisten, historiallisten, uskonnollisten sekä hengellisten tekijöiden kanssa. (WHO, 2006. hakupäivä 13.2.2014).

### **2.1.1 Seksuaalinen väkivalta**

Seksuaalisen väkivallan uhri usein vaikenee kokemastaan. Henkilökohtainen koskemattomuus on ihmisen perusoikeus, ja sen rikkominen on aina rikos. Eniten puhuttu seksuaalisen väkivallan muoto on raiskaus, jolloin uhri on pakotettu sukupuoliyhteyteen. Raiskauksen uhrin hoito on pitkä prosessi. Toipumisprosessissa tulee ottaa huomioon fyysisten vammojen hoitaminen, raskauden ja infektoiden ehkäiseminen, sekä henkinen apu. (Väestöliitto 2014, hakupäivä 30.1.2014.) Ihminen voi kokea seksuaalista väkivaltaa joko parisuhteessa tai parisuhteen ulkopuolella. Seksuaalinen väkivalta jättää jälkensä, ja saattaa aiheuttaa uhrilleen kognitiivisia, neurofysiologisia ja emotionaalisia muutoksia, jotka lisäävät riskiä sairastua mielenterveysongelmiin. (Toimintaohjelma 2007-2011, 120.)

### **2.2 Raskauden ehkäisy**

Raskauden ehkäisyneuvonta on tärkeää, ja sen laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ehkäisymenetelmä mietitään aina yksilöllisesti. Menetelmän valinnassa on otettava huomioon hyötyjen ja haittojen välinen suhde. Valintaan vaikuttavat seksuaalikasvatus, ikä, perussairaudet, sekä kulttuuriset tekijät. (Ihme ym. 2008, 56-57.) Kaikille ja aina sopivaa ehkäisymenetelmää ei ole vielä keksitty. Valinnanvaraa kuitenkin löytyy. (Heikinheimo, Suhonen & Lähtenmäki 2011, 154.) Suomessa käytössä on hormonaalisia ehkäisymenetelmiä, kohdunsisäisiä ehkäisymenetelmiä, estemenetelmiä sekä sterilisaatio (Ihme ym. 2008, 56). Ainoa ehkäisymenetelmä, joka oikein käytettynä ehkäisee raskauden sekä sukupuolitaudit on kondomi. Ehkäisyä tehostaa entisestään, jos kondomin lisänä on jokin muu ehkäisymenetelmä. Pitkäaikaista ehkäisykeinoa mietittäessä yhtenä vaihtoehtona ovat yhdistelmäehkäisytabletit, jotka säännöllisesti otettuna ehkäisevät raskaaksi tuloa. (Väestöliitto 2014, hakupäivä 30.1.2014.) Ehkäisytabletteja ei kuitenkaan suositella naisille, joilla on kohonnut verenpaine, huomattavaa ylipainoa, aurallinen migreeni, aktiivinen maksasairaus, tupakointia tai lisääntynyt riski sairastua laskimoveritulppaan. (Ihme ym. 2008, 58.)

### **2.3 Raskauden tahallinen ja tahaton keskeytys**

Raskauden tahallisella keskeyttämisellä tarkoitetaan raskauden keinotekoista päättämistä, joko lääkkeillä tai kirurgisesti. Mikäli raskaus ei ole haluttu, se voidaan keskeyttää ennen kuin 12 raskausviikkoa tulee täyteen. THL:n tilastoraportin mukaan vuonna 2012 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 10 060. Luku on vähemmän kuin kertaakaan 2000-luvun aikana. Keskeytyksiä tehtiin eniten 20-24-vuotiaille. (THL 2014b, hakupäivä 21.1.2014.)

Tahattomalla raskauden keskeytyksellä eli keskenmenolla tarkoitetaan raskautta, joka päättyi ennen 22. raskausviikon päättymistä tai kun sikiö painaa alle 500 g, ja on menehtynyt. Keskenmeno on yleisin raskauskomplikaatio. (Tiitinen 2011, , hakupäivä 22.1.2014.) Yli 60 % keskenmenoista johtuu sikiöperäisistä syistä, joita ovat kromosomipoikkeavuudet, ei- kromosomaaliset rakenteelliset poikkeavuudet, sekä napanuoran ja istukan kehityshäiriöt. Naisen hormonaalisten tekijöiden, kuten kilpirauhasen toimintahäiriöiden, keltarauhasen vajaatoiminnan sekä diabeteksen on katsottu altistavan keskenmenolle. (Ulander & Tulppala 2011, 378.)

### **2.4 Heikentynyt hedelmällisyys**

Lapsettomuusongelman taustalla on yleisimmin heikentynyt hedelmällisyys (THL 2014d, Hakupäivä 22.1.2014). Oikean hoidon löytämiseksi, lapsettomuuden syyn selvittäminen on tärkeää. Naisten lapsettomuuden taustalla on yleisimmin ovulaatioon liittyvät häiriöt, kun taas miehillä lapsettomuuteen vaikuttaa sperman heikentynyt laatu. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 176.) Hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi yli- ja alipaino, ikä, runsas tupakointi tai päihteiden käyttö, sekä tietyt lääkeaineet. Hedelmättömyyden hoidossa käytetään useimmiten lääketieteellisiä toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on parantaa raskauden alkamisen mahdollisuutta. (THL 2014d, Hakupäivä 22.1.2014.) Lapsettomuustutkimukset aloitetaan pääasiassa vuoden yrittämisen jälkeen. Lapsettomuusdiagnostiikassa on tärkeää selvittää mahdolliset taustalla olevat syyt, kuten aikaisemmat sairaudet, leikkaukset, sekä käytössä olevat lääkkeet. Myös päihteiden käyttö on hyvä kartoittaa. Naiselta kysytään myös aiemmat raskaudet, sekä raskausyritykset. Molempien sukupuolien tutkimisessa tulee ottaa huomioon myös puberteettikehitys. (Tiitinen ym. 2011, 180.)

### **2.5 Raskausajan ja synnytyksen jälkeinen hoito**

Raskausaikana terveydenhuollon ammattilaisilta saatu elämäntapa ohjaus korostuu. Ohjauksen pääpisteinä ovat terveelliset elämäntavat. Äitiysneuvolan tärkeinä tehtävinä toimivat terveysneu-

vonta, terveystarkastukset seulontoineen sekä perhevalmennus. Näin pyritään takaamaan raskauden aikainen ja synnytyksen jälkeinen perheen fyysinen, psyykinen, sekä sosiaalinen hyvinvointi. Lisäksi tavoitteena on todeta ajoissa äidin tai sikiön terveyttä uhkaavat tekijät. (Ihme ym. 2008, 74.) Mahdolliset raskaudenhäiriöt voivat ilmetä esimerkiksi äidin kohoavana verenvainee-  
na tai sikiön kasvun hidastumisena (Sariola & Tikkanen 2011, 308). Äitiys- tai naistenpoliklinikoilla toteutettavat säännölliset seulonnat ovat tärkeitä erityisesti niille naisille, joilla on jokin pitkäaikais-  
sairaus tai säännöllinen lääkitys. Tavoitteena on saada sairaus tasapainoon, jo ennen raskautta. Raskauteen, sekä sikiön kehitykseen vaikuttavia pitkäaikais-  
sairauksia ovat mm. insuliinihoitoinen diabetes, sydän- tai verisuonistosairaus, munuaissairaus tai epilepsia. (Ihme ym. 2008, 76.)

Synnytyksen jälkeen on tärkeä huolehtia imetyksen onnistumisesta, sekä äidin ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta. Lapsivuodeajasta puhutaan vielä synnytystä seuraavista 6-8 viikosta. Tänä aikana naisen synnytyselimet palautuvat ennen raskautta olleeseen tilaan. Uusi raskaus voi alkaa imetyksestä huolimatta, joten imetys ei ole luotettava ehkäisykeino. Neuvolasta käydään kuntakohtaisesti kotikäynnillä muutaman päivän päästä kotiutumisesta. Tällöin tarkkaillaan vielä koko perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Ihme ym. 2008, 129-130.)

## 2.6 Sukupuolitaudit

Seksuaalisen riskikäyttäytymisen seurauksena voi ilmetä sukupuoliteitse leviäviä infektioita. Yleisin ja merkittävin hoidettavissa oleva lisääntymisterveyden uhkatekijä on seksitautina leviävä *Chlamydia trachomatis*- bakteeri. Klamydian aiheuttamat jälkitaudit ovat ongelmallisia etenkin naisilla. (Paavonen 2011, 286 - 287.) Suomessa todetaan vuosittain noin 14 000 klamydiainfektioita (THL 2014\_e, Hakupäivä 12.2.2014).

Yleisvaarallisiin tartuntatauteihin kuuluva kuppa on Suomessa nykyään harvinainen (Ihme ym. 2008, 174) *Treponema pallidum*-bakteerin aiheuttama yleistulehdus (THL 2014\_e, Hakupäivä 12.2.2014). Vuonna 2013 Suomessa todettiin 157 kuppataartuntaa (THL 2014\_e, hakupäivä 12.2.2014). Kuppa seulotaan kaikilta raskaana olevilta naisilta. Seulonnan tarkoituksena on estää sikiön sairastuminen, sillä se saattaa levitä istukan kautta sikiöön etenkin raskauden viimeisellä kolmanneksella. Seulontatutkimusten ja hyvän lääkehoidon ansiosta ei synnyttäistä kuppaa ole todettu vuoden 1981 jälkeen. (Paavonen 2011, 291.)

Yleisin sukupuoliteitse tarttuva virustulehdus on HPV eli ihmisen papilloomaviruksen aiheuttama kondylooma eli visvasyyliä. (Ihme ym. 2008, 174.) Infektioista 80- 90 % paranee immuunivasteen

kehittymisen myötä. HPV on kuitenkin merkittävä kohdunkaulan syövän aiheuttaja. (Paavonen 2011, 295.)

Hepatiitti virukset aiheuttavat maksatulehdusta. Hepatiitti B (HBV) ja C (HCV) voivat tarttua suojaamattoman seksin välityksellä. Hepatiitti virusta on runsaimmillaan veressä, mutta tartuntamahdollisuus on myös suojaamattomassa yhdynnässä. Oireina saattaa esiintyä vatsakipuja, pahoinvointia ja keltaisuutta. HBV infektiota vastaan on olemassa rokote, joka takaa n. 90 % suojan. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 52-54.) HCV- tartunnan saanut jää usein viruksen kantajaksi. Noin viidesosalla kantajuutta seuraa maksakirroosi ja osalla edelleen maksasyöpä. HCV:n hoitoon on olemassa lääkehoitoa, joka kuitenkin ei tehoa kaikille. (Hiltunen-Back ym. 2005, 55.)

HI- virus eli HIV on elimistön puolustusjärjestelmää tuhoava virus. HIV tarttuu suojaamattoman seksin ja veren välityksellä. HIV aiheuttaa harvoin oireita, mutta ensioireena voi kehittyä äkillinen kuumetauti. Tartunnan saaneella voi esiintyä myös erilaisia ihon ja limakalvon oireita kuten vyöruusu ja hiivasienitulehdukset. HIV ei ole parannettavissa, mutta viime vuosina kehittyneen lääkehoidon ansiosta potilaan odotettavissa olevaa elinikää voidaan pidentää monia vuosia. (Hiltunen-Back ym. 44-49.)

### 3 KANSANSAIRAUDET

Kansansairaudet ovat joukko sairauksia, jotka aiheuttavat eniten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia. THL:n mukaan suomalaisten yleisimpiä sairausryhmiä ovat krooniset kansantaudit eli sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä nopeasti yleistyvä diabetes. (THL 2013a, hakupäivä 22.5.2013.)

#### 3.1 Sydän- ja verisuonisairaudet

Suomalaisten tyypillisimmät verenkiertoelinten sairaudet ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt, sekä kohonnut verenpaine. Suomalaisista noin joka toisen kuolemansyynä on jokin verenkiertoelinsairaus, joten niiden kansanterveydellinen merkitys on suuri. Ikärakenteen vanhentuessa verenkiertoelinsairauksiin sairastuneiden määrä on kuitenkin jatkuvasti kasvamassa, ja sairastuneiden kirjon painopiste on siirtynyt keski-ikäisistä eläkeikäisten ryhmiin. (Reunanen 2005, hakupäivä 23.5.2013.)

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yhteydessä useisiin seksuaalitoimintojen häiriöihin, miehillä erityisesti erektiohäiriöihin. Erektiohäiriö voi olla ensimmäinen oire valtimosairaudesta. (Koistinen 2008, 877.) Yhdysvalloissa vuonna 2008 tehty kyselytutkimus selvitti eri sydän- ja verisuonisairauksien yhteyttä seksuaalisesti aktiivisten naisten kokemaan seksuaaliseen tyytyväisyyteen. Tulokset osoittivat, että sydän- ja verisuonisairauksilla ei ole naisiin samanlaista vaikutusta kuin miehiin ja että vain ääreisverenkierron sairaudet olivat jonkin verran yhteydessä seksuaaliseen tyytymättömyyteen postmenopausaalisilla naisilla. (McCall-Hosenfeld, ym. 2008, 295-301.)

Yhdysvalloissa julkaistiin vuonna 2012 tutkimus, jossa selvitettiin sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien naisten kokemuksia perhesuunnittelusta ja raskaudesta. Tutkimus suoritettiin puoli-strukturoituna haastatteluna hedelmällisessä iässä oleville naisille, jotka sairastivat kroonista verenpainetautiä tai sydänlihassairautta. Naisten kokemusten kirjo oli laaja, osalla sairaus esti kokonaan tulevaisuuden perhesuunnitelmat kun taas toiset eivät pitäneet sitä lainkaan ongelmana. Lisääntymisen ja sydän- ja verisuoniterveyden yhdistämiseen vaikuttivat kokemukset raskaudesta ja ehkäisystä, kokemus sairauden diagnoosista, sekä sairaudesta aiheutuvien riskien hahmottaminen. (Chor ym. 2012, 464-469.)

AVH eli aivoverenkiertohäiriö syntyy aivoinfarktista tai aivoverensuonen repeämisen aiheuttamasta aivoverenvuodosta. Tästä voi seurata aivojen toimintahäiriö, jonka seurauksena ilmenee esim. motorisia ja kielellisiä vaikeuksia. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttama kudonvaurio voi vaikuttaa monin tavoin, mutta yksilöllisesti sairastuneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Aivoliitto 2014, hakupäivä 11.1.2014.)

### 3.2 Hengityselinten sairaudet

Yleisimmiksi hengityselinten sairauksiksi luetellaan astma, keuhkohtaumatauti sekä uniapnea. Keuhkohtaumataudissa keuhkoihin ilmaa kuljettavat keuhkoputket ahtautuvat pysyvästi. Tupakointi on yleisin syy keuhkohtaumatautiin sairastumiselle. Sairaudella on vaikutusta ihmisen koko elimistöön. Elimistön tulehdustila kytkee keuhkohtaumatautiin automaattisesti myös liitännäissairauksia kuten sydänsairaudet, diabetes, uniapnea sekä depressio. (Hengitysliitto 2014b, hakupäivä 2.4.2014.)

Astma on pysyvä keuhkoputkien limakalvojen tulehduksellinen sairaus, joka aiheuttaa sitä sairastavalle erilaisia hengitysoireita. Oireina ovat mm. yskä, limannousu, hengenahdistus. Astman hoidon kulmakiviä ovat yksilöllinen lääkehoito, liikunta sekä ärsykkeetön ympäristö. (Hengitysliitto 2014a, hakupäivä 2.4.2014.) Astman yhteydestä SELI-terveyteen on julkaistu vähän raportteja. Tanskassa Bispebjergin yliopistollisessa sairaalassa toteutetussa kyselytutkimuksessa selvitettiin astman vaikutusta hedelmällisyyteen ja raskauteen. Tulokset osoittivat, että astmaa sairastavilla raskaaksi tuleminen kesti kauemmin kuin terveillä. Eroavaisuutta oli myös hoitotasapainossa olevan ja hoitamattomien astmaatikkojen välillä. Astman negatiivinen vaikutus hedelmällisyyteen korostuu iän myötä. (Gade, ym. 2013, 1077-1085.)

Hollannissa julkaistiin vuonna 2008 tutkimus astma- ja COPD-potilaiden seksuaalisesta elämälaadusta. Tutkimusjoukko oli 55 kroonista COPD:tä tai astmaa sairastavaa henkilöä. Miespuoliset COPD-potilaat raportoivat merkittävästi alemmasta seksuaalisesta elämän laadusta terveisiin verrattuna. COPD:tä sairastavat naiset raportoivat seksuaalisen kanssakäymisen vähäisyydestä ja sen heikosta laadusta. Astmaa sairastavien tulokset olivat hieman parempia, kuin COPD:tä sairastavien, mutta heikompia terveeseen väestöön verrattuna. Potilaat myös kertoivat, ettei aiheesta keskustella tarpeeksi hoitohenkilökunnan kanssa. (Kaptein, ym. 2008, 198-204.)

Uniapneassa nielun alueen lihakset veltostuvat unen aikana. Tästä seuraa ylähengitysteiden osittaista ahtautumista, mikä aiheuttaa sairauden oireina esiintyviä hengityskatkoksia sekä kuor-

sausta. Uniapnean yhtenä oireena on todettu seksuaaliset toimintahäiriöt, joihin sisältyy mm. sukupuolivietin aleneminen. (Hengityслиitto 2014c, hakupäivä 2.4.2014.)

### 3.3 Syövät

Elämänsä aikana useampi kuin joka neljäs sairastuu johonkin syöpätautiin. Kaikki syövät voivat vaikuttaa sairastuneen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, mutta erityisesti vaikuttavat syövät, jotka ovat seksuaalisuuteen liitettävillä alueilla, kuten sukupuolielimissä, rinnoissa tai pään ja kaulan alueella. Syövällä ja siihen liittyvällä kriisillä on merkittävä vaikutus seksuaaliterveyteen. Syöpä ja sen hoidot voivat muuttaa ihmisen sisäistä ja ulkoista identiteettiä. Seksuaalinen haluttomuus on yleinen sairauden ja sen hoitojen aiheuttama sivuvaikutus. (Susi 2011, 98-99.)

Hedelmättömyys on yleistä syöpähoitojen jälkeen. Eniten tutkittua tietoa syöpähoitojen vaikutuksesta lisääntymisterveyteen löytyy lapsuusiän syövästä. Yli puolella lapsuusiän syövän sairastaneista hedelmällisyyden ennuste on hyvä, mutta osalla syöpähoitot ovat tuhonneet sukusolut, mikä johtaa lapsettomuuteen. Vaikka syöpähoitojen jälkeiset raskaudet sujuvatkin suurimmalla osalla ongelmitta, niin äidin kuin lapsen kannalta, ovat ne kuitenkin riskiraskauksia, jotka vaativat erityistarkkailua. (Jokimaa & Ekblad, 2012).

Eräaseen tutkimukseen haastateltiin noin sataa rintasyövän sairastanutta tunisialaista naista koskien syövän ja hoitojen vaikutusta heidän seksuaalisuuteensa. Heistä lähes puolet kertoi sairauden ja hoitojen vaikuttaneen heidän seksuaaliseen halukkuuteensa. Kaikkiaan 61 naista kertoi kyvyn saada orgasmi vaikeutuneen ja heistä kaksikymmentä kokivat olevansa vähemmän viehättäviä kuin aiemmin. Yhdyntäkerrat vähenivät monilla, ja kuudellatoista haastateltavista oli seksiin liittyvää pelkoa. (Zaied ym. 2013.)

Eturauhassyövällä ja sen hoidoilla on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia miehen seksuaaliterveyteen. Seksuaalisten toimintojen (erektio ym.) lisäksi hoidot voivat aiheuttavaa ongelmia virtsaamisessa, suolentoiminnassa, ja vaikuttaa yleisesti elämänlaatuun. (Droupy ym. 2013).

Tampereen yliopistossa valmistunut väitöstutkimus Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa (Hautamäki-Lamminen, 2012) osoittaa, että syöpään sairastuminen aiheuttaa monia muutoksia seksuaalisuuteen. Syövän kohdistamat haittavaikutukset seksuaalisuuteen ovat yleisiä. Potilaat saattavat kokea kielteisiä vaikutuksia itsetunnossaan, kehonkuvassaan sekä seksuaalisissa toiminnoissaan. Erityisesti eturauhassyöpää sairastavat potilaat kokevat sairauden haittaavan ja aiheuttavan toiminnallisia ongelmia seksuaalisuuteen. (Sama.)

### 3.4 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

TULE-sairaudet ovat väestön keskuudessa suurin kipua ja työkyvyttömyyttä aiheuttava ryhmä erinäisiä sairauksia, jotka voivat vaikuttaa kehon lihaksiin, jänteisiin, niveliin, nivelsiteisiin, luihin ja hermoihin. TULE- sairauksia ovat mm. nivelreuma, nivelrikko, osteoporoosi, sekä erilaiset kipu- ja rasitussairaudet. (Heliövaara & Riihimäki 2005, hakupäivä 28.8.2013.)

Mitä vaikeammasta TULE- sairaudesta on kyse, sitä enemmän sillä on vaikutusta ihmisen seksuaaliterveyteen. Mm. reumaan liittyvät oireet, kuten kipu, väsymys, huonovointisuus, liikerajoitukset sekä kehonkuvan muutokset saattavat alentaa seksuaalista halukkuutta. Myös sairauden hoidossa käytettävä lääkehoito haittavaikutuksineen saattaa osaltaan vaikuttaa seksuaaliterveyteen. Esimerkiksi eräiden reumalääkkeiden haittavaikutuksina saattaa esiintyä kasvojen turvotusta, hiusten lähtöä sekä käsien vapinaa, jotka voivat muuttaa ihmisen minäkuva. (Heliövaara ym., hakupäivä 28.8.2013.) Lisääntymisterveyden näkökulmasta katsottuna reumatautia sairastavan hedelmällisyys on normaali, mutta raskaaksi tulo voi kestää tervettä naista kauemmin, sillä hyvin aktiivinen tauti voi aiheuttaa ohimeneviä kuukautiskierron häiriöitä. Raskautta suunniteltaessa nivelreumaa sairastavan kannattaa välttää tulehduskipulääkkeiden käyttöä, sillä ne estävät hedelmöityneen munasolun kiinnittymistä. Nykyään lähes kaikki reumaattista tulehdustautia sairastavat naiset voivat tulla raskaaksi ja saada terveitä lapsia. On myös tutkittu, ettei nivelreuman tulisi altistaa keskenmenoille tavanomaista enemmän. (Suomen reumaliitto 2014, hakupäivä 20.1.2014.)

Selkäydinvammoja on eniten nuorilla miehillä. On tutkittu, että selkäydinvamman jälkeen miehen siemennesteen laatu heikkenee, mikä vaikuttaa olennaisesti nuoren miehen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Selkäydinvammautuneen siittiöt saattavat olla huonosti liikkuvia ja usein jopa kuolleita. Myös erektiohäiriöitä ja siemensyöksyn puuttumista saattaa esiintyä. Kehittyneiden hedelmöityshoitojen ansiosta suurin osa selkäydinvammautuneista miehistä kuitenkin onnistuu lisääntymään omista sukusoluistaan. (Kaukoranta 2013, 6.)

### 3.5 Diabetes

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren glukoosipitoisuutena. Se johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta, tai molemmista. Diabetes jaetaan kahteen eri päämuotoon, tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetekseen. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2011, 9-10.) Suomessa on todettu diabetes jo lähes 300 000 ihmisellä, joista 40 000 on tyyppin 1, ja loput tyyppin 2 diabetesta (sama, 13). Perimmäisiä terveydellisiä on-

gelmia, joita diabetes aiheuttaa, ovat korkeasta verensokeripitoisuudesta johtuen valkuaisaineiden rakenteen ja toiminnan häiriöt, sekä rasva-aineenvaihdunnan seurauksena valtimoiden tavallista herkempi ahtautuminen (Ilanne-Parikka ym. 2011, 9). Hoitotasapainon säilyttämiseksi oma-seuranta korostuu diabeetikon elämässä. Seurannan avulla diabeetikko oppii tuntemaan sairauden vaikutuksen ja oman elimistönsä toiminnan erilaisissa tilanteissa. Omaseuranta käsittää verensokerin sekä ketoaineiden mittaamista sekä yleisen voinnin seuraamista. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 71.)

Diabeteksen vaikutuksesta seksuaaliterveyteen löytyy useita kansainvälisiä tutkimuksia. (Nielsen & Kragelund Nielsen. 2014. Burke, ym. 2007. Jimenez-Garcia, ym. 2012. Hakupäivä 30.1.2014). Niistä käy ilmi, että diabeteksella on yhteys seksuaalisiin toimintahäiriöihin, etenkin miehillä. Amerikassa Minnesotassa tehdyssä tutkimuksessa 2115:lta satunnaisesti valitulta mieheltä kysyttiin heidän seksuaalisesta toimintakyvystä. Diabetes vaikutti heikentävästi kaikkiin seksuaalisen toimintakyvyn osa-alueisiin. (Burke, ym. 2007, 1438-1442). Diabetes ei kuitenkaan ole este lastensaamiselle, mutta äidin diabetes tulee ottaa huomioon raskautta suunniteltaessa. Näin varmistetaan, sekä äidin, että lapsen hyvinvointi. Ennen hedelmöitymistä äidin tulisi huolehtia etenkin hyvän verensokeritason hoidosta, raskausaikana tavoitearvot ovat tiukemmat kuin normaalisti. Raskaana olevaa diabeetikkoa, sekä sikiön kasvua ja hyvinvointia seurataan huolellisesti. (Suomen diabetesliitto 2014, hakupäivä 20.1.2014.)

## 4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Työmme tarkoituksena on saada tietoa kansansairauksien vaikutuksesta ihmisen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, joka on hyödynnettävissä kehitettäessä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita ja terveydenhoitohenkilöstön ammatillista osaamista.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1 . Onko kroonisella sairaudella vaikutusta henkilön kokemaan sukupuolielämään eri ikäryhmissä?
2. Onko kroonisella sairaudella vaikutusta SELI-terveyteen eri ikäryhmissä?

## 5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisessa näkökulmassa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Taustalla on ns. realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todennettavista tosiasioista. (Hirsjärvi ym. 2004, 130.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely ja hypoteesien esittäminen (Hirsjärvi ym. 2004, 131). Tutkimusaineistomme ovat THL:n tekemän kyselytutkimuksen vastaukset, jotka on analysoitu. Teemme päätelmiä aineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. Pyrimme kuvaamaan tuloksia taulukoiden ja tilastojen avulla. Etsimme aineistosta vastausvaihtoehtojen välistä yhteyttä, joka perustuu viitekehyksessä esitettyihin hypoteeseihin. Kaikki edellä mainitut ovat keskeisiä piirteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2004, 131.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii opinnäytetyöhömme siksi, että pyrimme saamaan empiiristä tietoa. Tutkimusjoukko on suuri. Havaintoaineistoa tutkimalla pyrimme ymmärtämään kansansairauksien ja seksuaaliterveyden yhteyttä yhteiskunnallisella tasolla.

### 5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineisto koottiin pyytämällä T2000- ja T2011-aineistosta tarvittavat muuttujat tutkimuksen ohjeiden mukaan. T2011 on seurantatutkimus, johon kutsuttiin ne elossa olevat ihmiset, jotka olivat mukana T2000 tutkimuksessa. Tutkimus tarjoaa tärkeää tietoa väestön hyvinvoinnista. Tutkimukseen kuului terveyshaastattelu, kyselylomakkeita sekä terveystarkastus. Opinnäytetyömme analysoiduissa vastauksissa ei ole mukana alle 30-vuotiaiden vastausvaihtoehtoja, koska kyseisen ikäryhmän edustavuus T2011-tutkimuksessa jäi alhaiseksi. Suurin osa mukana olleista kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä. (THL 2013b, hakupäivä 30.1.2014.)

Tutkimussuunnitelmalle oli T2000 -aihealueen suunnitteluryhmän hyväksyntä (Pekkarinen 2012, hakupäivä 27.01.2014)

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 21.0 Windows-ohjelmalla (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) huomioimatta otos- ja otantakokoja. Tässä opinnäytetyössä tulokset edustavat kysymyksiin vastanneita henkilöitä.

T2011-aineistosta julkaistussa raportissa on kuvattu suomalaisten koettua terveyttä, kroonista sairastavuutta ja sairauksien esiintyvyyttä, sekä verrattu tuloksia myös T2001-tutkimuksen tuloksiin (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012). T2011-tutkimuksen mukaan noin 40% väestöstä kärsii vähintään yhdestä kroonisesta sairaudesta. (Koskinen ym. 2012, 80). Krooninen sairastavuus näytti vähentyneen kaikissa ikäryhmissä vuoden 2001 ja 2011 välisenä aikana. Molempina vuosina selkeästi eniten sairastavat vanhemmat yli 75-vuotiaat. Toisaalta tuloksiin voi vaikuttaa erinäiset tekijät, kuten se, että T2011 osallistumisaktiivisuus oli huomattavasti pienempi (72,9%), kuin vuonna 2001 (92,9%). (Koskinen ym. 2012, 80).

Omassa tutkimuksessamme selvitimme kroonisten sairauksien yhteyttä SELI-terveyteen. Tuloksia analysoitaessa yhdistimme krooniset sairaudet seuraaviin pääryhmiin:

1. Keuhkosairaudet (käsittää COPD:n, astman, kroonisen bronkiittin tai muun keuhkosairauden)
2. Sydänsairaudet (käsittää sydäninfarktin, sepelvaltimotautin, sydämen vajaatoiminnan, tai muun sydänvian tai sairauden, sekä aivoverenkiertohäiriöt)
3. Diabetes
4. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULE- Sairaudet; Nivelreuma, nivelkuluma, selkäsairaus tai muu selkävika)

**Vertailuaineisto:** Kroonista tautia sairastavien vertailuryhmänä olivat ne T2011-tutkimukseen osallistuneet, jotka eivät raportoineet sairastavansa mitään kroonista tautia. Nimitämme heitä tässä tutkimuksessa verrokeiksi.

SELI-terveyttä kuvaavina tekijöinä käytimme seuraavia muuttujia:

1. Kiinnostus / tyytyväisyys sukupuolielämään
2. Terveiden vaikutus sukupuolielämään
3. Tahaton lapsettomuus ja lapsettomuushoidot
4. Keskenmenot
5. Abortit

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Kroonista sairautta sairastavien osuus tutkimusaineistossa

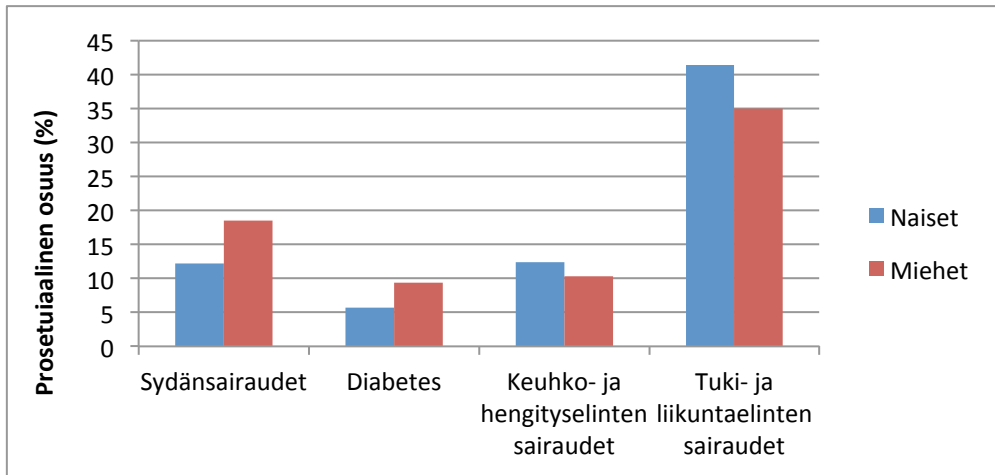
Tämän tutkimuksen aineistossa, joka koostuu T2011–tutkimukseen osallistuneista vastaajista, vähintään yhtä kroonista sairautta raportoi sairastavansa 43,9% (1144/2603) miehistä ja 45,8% (1474/3220) naisista. Kaikki ikäryhmät huomioituna todettiin miesten kärsivän useammin sydän-sairauksista tai diabeteksestä, kun taas naisilla on hiukan miehiä useammin keuhko- ja hengityselinsairauksia tai TULE- sairauksia. (Kuva 2).

45-54- vuotiaista miehistä sydän- ja verisuonisairautta ilmoitti sairastavansa 7,1 % (30/425), 65-74-vuotiaiden ryhmästä vastaava luku oli jo 34,5 % (118/342). Yli tai 75- vuotiaista tutkimukseen osallistuneista miehistä sydän- ja verisuonisairautta sairasti 50,9 % (87/171). Myös naisilla sydän- ja verisuonisairauksien määrä oli korkeampi vanhemmissa ikäluokissa, kuten 65-74-vuotiailla 20,8 % (86/413) ja > tai 75-vuotiailla 39,8 % (68/171).

Diabeteksen ilmaantuvuus oli suurin 55-64-vuotiailla miehillä, jolloin diabetesta sairasti 12,9 % (65/504), kun 45-54-vuotiaista miehistä 5,2 % (22/425) ilmoitti sairastavansa diabetesta.

Hengityselinten sairauksia esiintyi eniten 65-74-vuotiailla miehillä (13,2 % ; 45/342) ja naisilla (14,3 %;59/413). Vastaava osuus 30-44-vuotiailla oli selvästi pienempi sekä miehillä (8,7 %; 33/380) että naisilla (10,2 %; 56/548), vaikka hengityselinten sairauksien yhteys ikääntymiseen ei ollut yhtä ilmeinen kuin muissa tässä luvussa esitetyissä sairauksissa.

TULE- sairautta ilmoitti sairastavansa 41,1 % (207/504) 55-64-vuotiaista miehistä ja 53,4 % (313/586) samanikäisistä naisista. 65-74-vuotiaista miehistä 45,6 % (156/342) sairasti TULE-sairautta ja samanikäisten naisten vastaava luku oli 59,3 % (245/413), joten TULE- sairauksien voi ajatella kuuluvan iän mukana tuleviin ongelmiin. Viikari-Junturan ym. (2012, 93) raportin mukaan erityisesti polvikipujen esiintyvyys kasvaa iän myötä kun taas selkäkipuja raportoivien osuus oli samaa suuruusluokkaa eri ikäryhmissä.



**KUVA 2.** T2011-tutkimukseen osallistuneiden miesten ja naisten raportoimien kroonisten sairauksien esiintyvyydet .

## 6.2 Kroonisesti sairaan terveydentilan kokeminen

Terveydentilan kokemiseen vaikuttavat monet eri asiat, mm. sosioekonomiset taustat ja sosiaaliset verkostot (Holmstén, 2013. Hakupäivä 14.1.2014). Siksi henkilö, joka sairastaa jotain kroonista sairautta, voi kokea terveytensä hyväksi ja toisaalta ei-sairastava henkilö voi kokea terveytensä hyvin heikoksi, mikäli ympäristötekijät ja elämäntavat ovat huonot.

Vähintään yhtä kroonista tautia sairastavista 30-44 –vuotiaista miehistä 67,2 % (137/204) ja verrokeista lähes kaikki eli 95,1 % (431/453) koki terveydentilansa hyväksi. Kroonisesti sairaiden ja verrokkien välinen ero kokemansa terveydentilan välillä kasvoi iän noustessa siten, että yli 65-vuotiaista kroonisesti sairaista miehistä alle puolet (43,2 %; 171/396), mutta verrokeista valtaosa (84,3 %; 231/274) koki terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi.

Vertailtaessa kroonisesti sairaiden miesten ja naisten vastauksia keskenään todettiin, että naisten kokemus terveydestään oli kaikissa ikäluokissa hieman huonompi kuin miesten. Kroonisesti sairaista naisista 62 % (320/516) raportoi terveydentilansa olevan melko hyvä tai hyvä, kun taas miehistä 64,4 % (273/424) raportoi saman tuloksen. Samoin yli 55-vuotiaiden naisten kokemus terveydestään oli aavistuksen verran huonompi kuin miehillä. Miehistä 47,6 % (333/700) vastasi terveydentilansa olevan melko hyvä tai hyvä ja naisista saman tuloksen raportoi 46,1 % (430/932).

Verrattaessa vastaavalla tavalla verrokkinaisten ja miesten vastauksia todettiin terveydentilansa hyväksi kokeneita naisia olevan suhteessa hieman enemmän kuin miehiä (naisista 1032/1742; 59,2% ja miehistä 812/1457; 55,7 %).

Tulosten perusteella voidaan todeta, että krooniset sairaudet heikentävät kokemusta omasta terveydentilasta. Ikääntyneiden kokemukset olivat luonnollisesti heikompia kuin nuorten. Se, että naiset kokivat miehiä harvemmin terveytensä hyväksi, voi johtua monesta syystä. Se voisi esimerkiksi kertoa siitä, että naiset tarkkailevat terveydentilaansa ja oireitaan kriittisemmin kuin miehet.

### 6.3 Kiinnostus sukupuolielämään

T2011 tutkimuksessa kysyttiin seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen vähenemistä. Vastausvaihtoehtoina oli kokemus seksuaalisen mielenkiinnon vähentymisestä 1) ei lainkaan, 2) jonkin verran ja 3) melko tai erittäin paljon.

Taulukossa 1 esitettyjen tulosten perusteella todetaan, että kroonisesta sairaudesta kärsivät miehet tai naiset kokevat keskimäärin useammin menettäneensä seksuaalisen mielenkiinnon verrokiryhmiin verrattuna (16,6 vs 4,0 % miehillä ja 18,0 vs 8,3 % naisilla). Sairaudesta riippumatta seksuaalinen mielenkiinnon heikkeneminen näyttää olevan yleisempää naisilla kuin miehillä erityisesti alle 65-vuotiaiden ikäryhmissä.

Verrattaessa mielenkiinnon heikentymistä nuorimpien ja vanhimpien vastaajien kesken havaitaan, että ikääntymiseen liittyvä seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen on miehillä selvästi voimakkaampaa kuin naisilla (Taulukko 1). Kroonisesta sairaudesta kärsivät ikääntyneet miehet raportoivat lähes kymmenen kertaa useammin mielenkiinnon heikentyneen nuorimpaan ikäryhmään verrattuna (3,2% ikäryhmässä 30-44 ja 24,1-32,4% ikäryhmissä 65-74 ja  $\geq 75$ ). Mielenkiintoista on, että miesten raportoima mielenkiinnon väheneminen on yhtä voimakasta myös verrokkiesten joukossa (1,1 vrt 10.9-25,0 %, vastaavasti). Sen sijaan naisilla mielenkiinnon hiipuminen ei näytä olevan riippuvainen iästä, vaan seksuaalisen mielenkiinnon hiipumisesta raportoivien osuus on korkeintaan kaksinkertainen ikääntyneiden naisten joukossa verrattuna nuorimpiin naisiin (Taulukko 1).

Tutkiessamme kroonisen sairauden yhteyttä seksuaalisen mielenkiinnon vähenemiseen todettiin, että diabeteksella tai hengityselinsairauksilla ei ollut merkittävää vaikutusta seksuaalisen mielenkiinnon kokemiseen. Sukupuolesta tai iästä riippumatta 12,1 % (4/33) diabeetikoista ja 11,6 %

(9/77) hengityselinsairautta sairastavista koki seksuaalisen mielenkiinnon vähentyneen melko tai erittäin paljon. Sen sijaan TULE- sairautta sairastavista 16,0 % (87/543) ja sydän- ja verisuonisairautta sairastavista 16,6 % (20/120) koki seksuaalisen mielenkiinnon vähentyneen melko tai erittäin paljon.

Tarkastaessamme seksuaalisen mielenkiinnon vähenemisen yhteyttä siviilisäätöön totesimme, että vastausvaihtoehdon ”vaikuttanut paljon tai erittäin paljon” antaneet olivat pääsääntöisesti pysyvässä parisuhteessa. Kysymykseen vastanneista miehistä 79,9 % (1475/1847) ja naisista 69,5% (1638/2357) oli avioliitossa tai muutoin pysyvässä parisuhteessa, mikä vastaa hyvin T2011-tutkimuksessa ilmoitettuja siviilisäätötietoja. (Karvonen, Martelin & Koskinen 2012, 30-33.)

Taulukko 1. Seksuaalisen mielenkiinnon vähenemisen prosentuaalinen kokemusaste (ei yhtään, jonkin verran tai erittäin paljon) vähintään yhtä kroonista sairautta sairastavien miesten ja naisten raportoimana eri ikäryhmissä. Vertailujoukkona ovat vastaavanikäiset miehet ja naiset.

<b>MIEHET</b>								
<b>IKÄ- RYHMÄ</b>	<b>KROONISESTI SAIRAAT</b>				<b>VERROKIT</b>			
	Ei lain- kaan	Jonkin verran	Erittäin paljon	N	Ei lain- kaan	Jonkin verran	Erittäin paljon	N
30-44	80,0	16,8	3,2	95	86,5	12,4	1,1	282
45-54	59,3	30,7	8,0	140	82,4	16,5	1,1	284
55-64	55,9	31,3	12,8	211	63,9	32,3	3,8	291
65-74	35,3	40,6	24,1	170	54,6	34,5	10,9	174
>75	34,2	33,3	32,4	114	43,3	31,7	25,0	60
<b>Kaikki miehet</b>	<b>51,5</b>	<b>31,8</b>	<b>16,6</b>	<b>730</b>	<b>72,0</b>	<b>23,4</b>	<b>4,0</b>	<b>1091</b>
<b>NAISET</b>								
30-44	62,1	26,6	11,3	124	7,8	22,4	6,8	424
45-54	53,8	30,1	16,2	173	64,1	28,4	7,6	370
55-64	55,1	28,3	16,6	276	69,6	24,7	5,8	312
65-74	46,5	30,0	23,5	213	58,5	29,5	12,0	217
>75	65,0	14,3	20,7	140	75,0	6,3	18,8	80
<b>Kaikki naiset</b>	<b>55,3</b>	<b>26,7</b>	<b>18,0</b>	<b>926</b>	<b>67,1</b>	<b>4,7</b>	<b>8,3</b>	<b>1403</b>

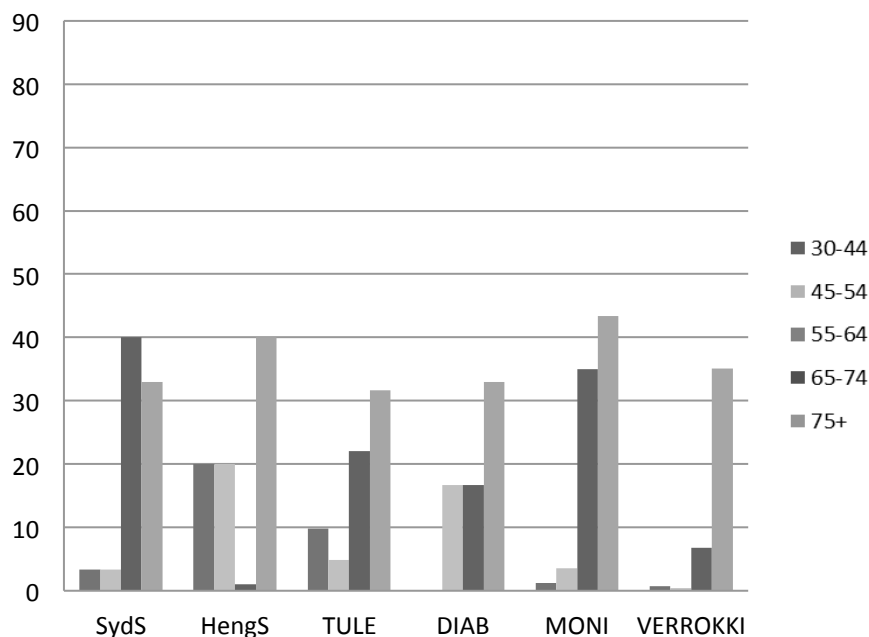
#### 6.4 Terveystilan vaikutus sukupuolielämään

T2011-tutkimuksessa kysyttiin terveydentilan vaikutusta sukupuolielämään. Kysymykseen vastanneista kroonisesta sairaudesta kärsivistä miehistä 17,7 % (165 /933) ja naisista 7,6 % (93/1215) vastasi terveydentilansa vaikeuttavan sukupuolielämää siten, että sukupuolielämä oli vaikeutunut sairauden takia huomattavasti tai on vähintään vaikeaa tai mahdotonta. Näin vastanneiden osuus on selvästi enemmän kuin vastaava osuus verrokkimiehissä (3,6 %; 40/1093) tai naisissa (0,7 %; 21/1383).

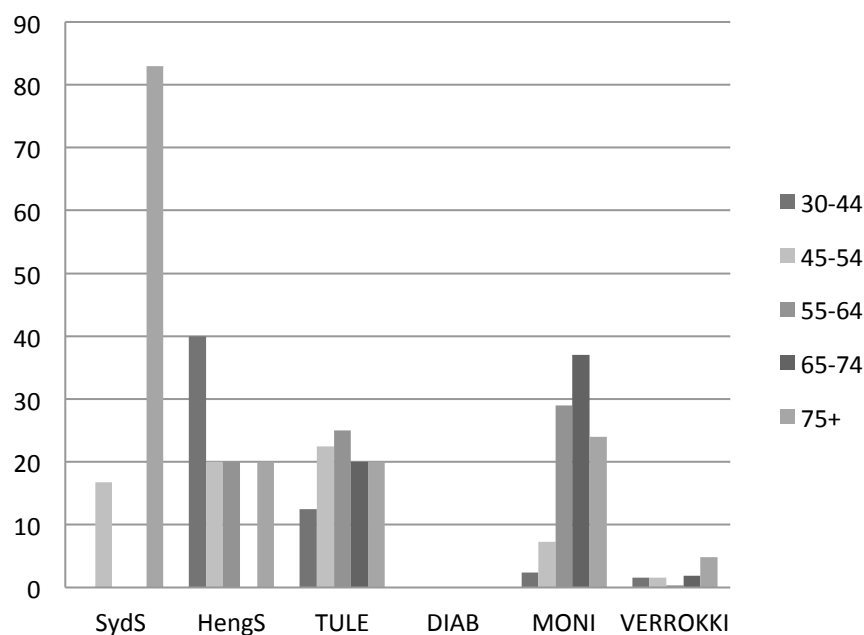
Tutkittaessa sukupuolielämän vaikeuksien yhteyttä eri tautiryhmiin todettiin, että koetut vaikeudet painottuivat odotetusti yli 65-vuotiaiden ikäryhmään sekä kroonisesti sairailta että verrokeilla (Kuva 3). Poikkeuksena seksuaalisen kanssakäymisen vaikeuksista raportoivien joukossa oli keuhkosairauksista kärsivät miehet ja naiset, joiden osuus jo 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä oli selvästi enemmän kuin muista sairauksista kärsivien osuus samassa ikäryhmässä (20-40 % vrt alle 12%) .

Verrattaessa miesten ja naisten kokemaa sukupuolielämän vaikeutumista todettiin, että naisten raportoimana krooniset sairaudet aiheuttivat harvemmin huomattavaa sukupuolielämän vaikeutumista verrattuna miesten vastauksiin. Kuvan 3 mukaan sydän ja verisuonisairaudet aiheuttavat ongelmia miesten sukupuolielämälle jo 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä, mikä saattaa olla yhteydessä todennäköisiin erektiohäiriöihin. TULE-sairaudet vaikeuttavat sukupuolielämää sekä miehillä että naisilla, mutta miehillä ongelmista raportoivien osuus on suurempi kuin naisilla.

## MIEHET



## NAISET



**KUVA 3.** T2011 tutkimukseen osallistuneet miehet ja naiset, joilla terveys vaikuttaa sukupuolielämää huomattavasti tai tekee sen lähes/täysin mahdottomaksi. Pylväät kuvaavat heikentyneen sukupuolielämän kokeneiden osuutta (%) eri ikäryhmissä ja eri tautiluokissa (SydS= sydänsairaudet; HengS=keuhko- ja hengityselinsairaudet; TULE= TULE-sairaudet; DIAB= diabetes; MONI=useampi kuin yksi krooninen sairaus; VERROKKI= verrokkiaineiston vastaajat).

## 6.5 Tahaton lapsettomuus ja lapsettomuushoidot

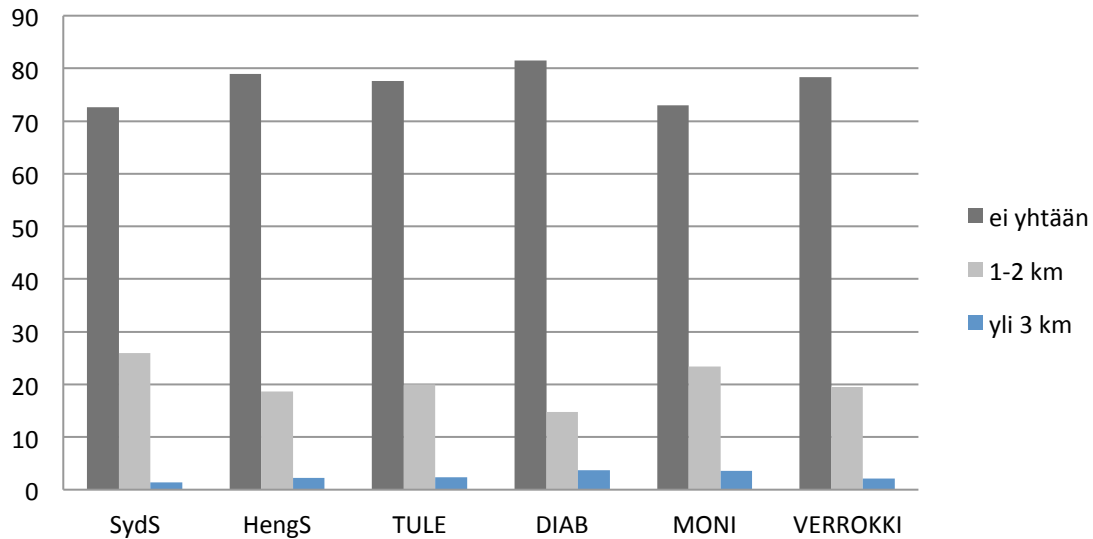
Lapsettomuuteen tai lapsensaantiongelmiin liittyen kysyttiin T2011-tutkimuksessa onko vastaajalla ollut jaksoja, jolloin hän on yrittänyt tulla raskaaksi yli 12 kuukauden. Lisäksi kysyttiin, onko vastaaja ollut tutkimuksissa lapsettomuuden vuoksi tai hakenut hoitoa lapsettomuuteen.

Kroonista tautia sairastavista kysymykseen vastanneista miehistä 9,5 % (70 / 735) raportoi yrittäneensä hedelmöittymisen onnistumista yli 12 kk, joka on hiukan vähemmän kuin vastaavilla verrokeilla 11,8 % (127/1073). Pitkään lasta yrittäneistä miehistä alle puolet oli osallistunut hedelmöityshoitoihin, eikä kroonista tautia sairastavien (58,6 %) ja verrokkien (59,1 %) välillä ollut eroa hoitoihin osallistumisessa.

Vastaavasti kroonista tautia sairastavista naisista 18,8 % (175/930) ja verrokeista 17,8% (230/1293) oli yrittänyt lasta yli 12 kk. Tuloksesta päätellään, että raskaaksi tulemisongelmia ovat kokeneet useammin naisten kuin miehet, mutta kroonisella taudilla ei naisilla näytä olevan merkitystä tässä suhteessa. Tuloksista ei selviä, esiintyykö kroonisesti sairastavilla enemmän pysyvää lapsettomuutta kuin verrokeilla. Erityisesti verrokkinaiset ovat hakeutuneet huomattavasti enemmän lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin (62,9 %) kuin kroonisesti sairaat naiset (37,1 %). Tulosta voidaan pohtia ja selittää mm. sillä, että terveet kansalaiset haluavat perhettä enemmän kuin sairastavat. He ovat valmiita selvittämään lapsettomuuden syyt ja hoitamaan niitä. Kroonisesti sairailta voi kuluu resursseja sairautensa hoitamiseen eikä ylimääräisiä tutkimuksia ja hoitoja haluta. Heillä saattaa myös olla huoli sairauden periytymisestä jälkeläisille. Todellista syytä ei kuitenkaan saada selville kyselytutkimuksen pohjalta.

## 6.6 Keskenmeno

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajan kokemien keskenmenojen määrää. Kroonista sairautta sairastavia oli tähän kysymykseen vastaajista 35,6 % (670/1882) ja verrokkeja 64,4 % (1212/1882). Kroonista sairautta sairastavista 21,0 % (141/670) oli kokenut 1-2 keskenmenoa, kun taas vastaava luku verrokeilla oli 19,4 % (235/1212). Yli 3 keskenmenoa oli kokenut 1,9 % (13/670) kroonisesti sairaista ja 2,1 % (25/1212) verrokeista. Tulosten perusteella tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olleilla kroonisilla sairauksilla ei ollut yhteyttä keskenmenojen määrään (Kuva 4).



**KUVA 4.** Ei yhtään, yhdestä kahteen (1-2 km) tai vähintään kolme (yli 3 km) keskenmenoa kokeneiden kroonisesti sairaiden ja verrokkien osuus (%) eri tautiluokissa. (SydS= sydänsairaudet; HengS=keuhko- ja hengityselinsairaudet; TULE= TULE-sairaudet; DIAB= diabetes; MONI=useampi kuin yksi krooninen sairaus; VERROKKI= verrokkiaineiston vastaajat).

### 6.6.1 Abortit

Tutkimuksessa kysyttiin myös aborttien määrää. Yleisesti aborttien katsotaan liittyvän riskikäyttäytymiseen. Kroonisten sairauksien yhteyttä abortteihin ei ole aiemmin juurikaan tutkittu. Tulosten perusteella kroonisesti sairailta oli abortteja 23,6 % (171/724) ja verrokeilla 16,1 % (198/1226). Vaikka tulos viittaisi siihen, että krooninen sairaus olisi yhteys aborttien verrokkeja korkeampaan määrään, on tulosten tulkinta epävarmaa. T2011 vastauksista ei voi varmuudella päätellä, onko abortti tapahtunut ennen sairauden toteamista tai sen aikana.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena on ollut saada lisää tietoa kansansairauksien yhteydestä SELI-terveyteen. Vertailimme kroonisesti sairastavien vastauksia verrokkien vastauksiin. Tutkimuksen tulokset vastasivat suurimmaksi osaksi hypoteeseja, jotka tulivat ilmi tietoperustasta. Kroonisesti sairaiden SELI-terveydessä oli enemmän vaikeuksia ja tyytymättömyyttä kuin terveillä. Sukupuolten välinen ero oli myös huomattava. Peilatussamme terveyden vaikutusta sukupuolielämään yli 65-vuotiaat miehet kokivat samanikäisiä naisia enemmän terveyden tekevän sukupuolielämän mahdolliseksi tai lähes mahdolliseksi.

Tutkimustulostemme mukaan kroonisesti sairaat kokivat verrokkeja useammin terveydentilan vaikeuttavan sukupuolielämää huomattavasti tai tekevän sen mahdolliseksi. Tuloksista ei erotu selkeästi yksittäistä sairausryhmää, jolla sairaus vaikuttaisi sukupuolielämää suuresti. Sekä miehillä ja naisilla sukupuolielämän lähes tai mahdolliseksi koki useimmiten + 75-vuotiaat.

Sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat enemmän ongelmia miehille kuin naisille. Tulos sopii raportoituun tietoon miesten erektiohäiriöiden yhteydestä seksuaaliterveyttä vaikeuttavana tekijänä. (Koistinen 2008, 877.) Omat tutkimustuloksemme tukevat sitä, että sydän- ja verisuonisairautta sairastavien naisten kokemus seksuaaliterveydestä oli parempi kuin miesten. T2011 tutkimusaineistosta ei ole suoraan pääteltävissä syitä, joista SELI-terveyden huonontuminen johtuu.

Tutkimuksessa oli mukana eniten TULE-sairauksista kärsiviä. TULE-sairauksista esimerkiksi reuman oireet kuten kipu, väsymys, huonovointisuus, liikerajoitukset sekä kehonkuvan muutokset saattavat alentaa seksuaalista halukkuutta (Koskinen ym., hakupäivä 28.8.2013). Tämä saattaa osin selittää terveydentilan vaikutuksen sukupuolielämään.

Nuoremmista (<55-vuotiaista) diabetesta sairastavista naisista yksikään ei kokenut terveyden vaikeuttavan sukupuolielämää huomattavasti tai tekevän siitä mahdollisemman. Vastaavasti samanikäisistä miehistä osa koki huomattavaa vaikutusta. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan diabetes vaikutti heikentävästi kaikkiin seksuaalisen toimintakyvyn osa-alueisiin (Burke, ym. 2007, 1438-1442).

Hengityselinsairautta sairastavien terveydentilalla ei havaittu olevan suurta vaikutusta sukupuolielämään verrattuna verrokkeihin. Sukupuolesta riippumatta hengityselinsairaudella suurinta

vaikutusta sukupuolielämään kokivat +75-vuotiaat. Hollantilaisen tutkimuksen mukaan osa COPD- potilaista on raportoinut seksuaalisen kanssakäymisen vähäisyydestä ja heikosta laadusta (Kaptein, ym. 2008. Hakupäivä 30.1.2014).

Kroonisella sairaudella havaitsimme olevan vaikutusta seksuaalisen mielenkiinnon kokemiseen. Sairauden diagnosoimisen alkuvaiheessa saattaa esiintyä seksuaalista haluttomuutta. On tärkeää, että terveydenhuollon ammattilainen muistaisi ottaa myös seksuaalisen näkökulman sairastuneen ohjauksessa. (Rosenberg 2006, 282-283.) Sairaus itsessään tai sairauden hoidossa käytetty lääkitys saattaa aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. Joidenkin lääkkeiden sivuvaikutuksena miehillä saattaa esiintyä erektiohäiriötä, jolla voi olla osuutta miehen alentuneeseen mielenkiintoon seksuaalista kanssakäymistä kohtaan. (Koistinen 2008, 877.) Seksuaalisen mielenkiinnon alenemista tarkasteltaessa tulee taas vastaan sukupuolten välinen ero sillä yli tai 75-vuotiaista kroonisesti sairaita naisista 65 %:lla (91/140) seksuaalinen mielenkiinto ei ollut vähentynyt lainkaan, kun taas samanikäisten miesten vastaava luku oli 34,2 % (39/114). Ikä ei ole niin ratkaiseva tekijä kuin usein ajatellaan. Ikääntyneen ihmisen seksuaalisuudessa tulee ottaa huomioon tottumukset ja elämäntilanne. Ei ole olemassa mitään ylä-ikärajaa jolloin yksilön seksuaalisuutta ei tarkasteltaisi. (Rosenberg 2006, 284- 285.)

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivät verrokki naiset hakivat kroonisesti sairaita useammin syytä tai hoitoa lisääntymisongelmaansa. Tästä voimme päätellä, että ehkä sairaudella on vaikutus yksilön lisääntymisterveyteen. Jos sairaus on periytyvä, tai huonossa hoitotasapainossa oleva, kroonisesti sairas ei välttämättä halua samaa jälkeläiselleen.

Kun tarkasteltiin keskenmenojen määrää verrokkien ja kroonisesti sairaiden välillä, ei havaittu suurta eroavaisuutta. Abortteja näytti olevan enemmän kroonisesti sairailta kuin verrokeilla. Tämän tutkimuksen perusteella on vaikeaa tulkita keskenmenon ja abortin yhteyttä kansansairauksiin sillä aineistoistamme ei tullut esille raskauden keskeytymisen ajankohtaa. Siksi emme saaneet tarkkaa kuvaa siitä, onko itse sairaudella ollut vaikutusta aborttiin tai keskenmenoon. Voisi ajatella, että kroonisesti sairaalla raskaaksi tuleminen saattaa herättää monia ajatuksia omasta sekä sikiön hyvinvoinnista. Sydänsairauksista esimerkiksi sepelvaltimotauti pitäisi todeta ja hoitaa jo ennen raskautta, sillä raskaudenaikaisen sydäninfarktin aiheuttama kuolleisuus on suurentunut, jopa 50 % (Kaaja 2011, hakupäivä 6.2.2014).

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa tulee vastaan monta eettistä näkökulmaa. On vaativa tehtävä tehdä hyvä tutkimus niin, että eettiset näkökohdat tulevat oikein huomioon otetuiksi. Jo aiheen valintaa täytyy tarkastella eettisestä näkökulmasta, kuten kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Myös aiheen yhteiskunnallinen merkitys on hyvä ottaa huomioon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26.) Tätä varten jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa on tärkeää aukaista opinnäytetyön tarkoitus sekä tavoite. Me valitsimme tämän aiheen, koska halusimme saada teoriatietoa käytännön työn tueksi.

Tutkimustyössä on vältettävä epärehellisyyttä. Toisten tekstiä ei tule kopioida, ja tekstin lainaus on osoitettava asiallisin lähdeviittein. Tuloksia tarkasteltaessa on muistettava, että tuloksia ei sepitetä tai kaunistella. Tuloksista raportointi ei saa olla harhaanjohtava. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-28.) Työssämme olemme pyrkineet raportoimaan tuloksista asianmukaisesti sekä ottaen huomioon monet näkökulmat, jotka ovat tuloksiin vaikuttaneet. Tutkimuksessa hyödynnetyt T2011 kysymykset ovat kaiken väestön saatavilla. Tutkimukseen olemme tarvinneet THL:n eettisen luvan.

## 7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa täytyy aina arvioida työn luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä. (Kananen 2008, 79.)

Reliabiliteetti eli saatujen tulosten pysyvyys tarkoittaa sitä, että kun tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. Mittari, jota käytetään, tuottaa samat tulokset eri mittauskerroilla. (Kananen 2008, 79.) Mittari on ikään kuin sääntö, jolla tilastoyksikköön liitetään ominaisuutta vastaava arvo. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittayksiköinä käytetään lukuja, joilla ilmiötä mitataan. (Kananen 2008, 16.) Omassa tutkimuksessamme nämä luvut olivat T2011:sta valitsemiimme kysymyksiin vastanneiden henkilöiden määrät ja prosenttiosuudet. SELI-terveyttä koskevat vastaukset ristiintaulukoitiin kroonisia sairauksia koskevien vastausten kanssa. Tämä mittari on reliaabeli, eli mikäli tutkimuksemme toistettaisiin samasta aineistosta, saataisiin samat tulokset. Kun vertailimme T2000 ja T2011 tuloksia, huomasimme, että vaikka molemmissa kyselytutkimuksissa vastaajina olivat samat henkilöt, kroonista sairautta sairastavien määrä olikin vähentynyt. Tämä kyseenalais-  
taa T2000 ja T2011 –tutkimusten reliaabiliuden.

Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeiden vastaukset voivat olla epäluotettavia, mikäli vastaaja on käsittänyt kysymykset väärin. (Hirsjärvi 1997, 216-217.) Tutkimustulosten analysoinnissa nousi esille ongelma tulosten harhaanjohtavuudesta. T2011 kysymyksissä kansansairauksista ei kysytty sairauden kestoa ja diagnosointivuotta. Myöskään SELI-terveyden kysymyksissä ei kysytty vuotta, jolloin raskaus keskeytettiin tai keskeytyi, tai minä vuonna raskautta yritettiin yli 12 kuukautta. Niinpä kansansairauksien todellista vaikutusta lisääntymisterveyteen ei voida luotettavasti todeta.

#### **7.4 Omat oppimiskokemukset**

Tutkimus on ensimmäinen korkeakoulutasoinen opinnäytetyömme, joten aikaisempaa kokemusta tämänkaltaisesta työstä ei ole. Työn kautta on tullut harjoitusta siitä, kuinka laajasti eri näkökulmia tulee ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa ja raporttia kirjoitettaessa. Opinnäytetyömme on edennyt järjestelmällisesti, sillä ensin keskityimme teorian etsimiseen ja kasaamiseen, sitten suunnittelemaan itse työn etenemistä, ja lopuksi raportoimaan saaduista tuloksista. Isoin työ on ollut luotettavan ja hyvän teorian etsimisessä.

Tutkimuksessamme on tullut paljon tulosten peilaamista jo tutkittuun teorian tietoon. Olemme oppineet hakemaan tietoa eri tietolähteistä, sekä arvioimaan niiden luotettavuutta. Työhömmme on haettu tietoa myös kansainvälisistä lähteistä. Teorian avulla olemme saaneet lisää oppia kansansairauksista ja SELI-terveydestä.

Saimme harjoitusta suunnitelman teosta tutkimusta varten, ja opimme myös, joustavuutta ja pitkäjänteisyyttä mikäli asiat eivät toteudu niin kuin suunnitelmassa on ajateltu.

Koulullamme Oulun ammattikorkeakoululla, on olemassa tarkat ohjeet opinnäytetyön kirjoittamista varten, joita olemme pyrkineet noudattamaan mahdollisimman tarkasti. Ohjeita olemme saaneet myös työn tilaajalta THL:ltä. Opinnäytetyön tekemisessä olemme oppineet yhteistyötaitoja, sillä niitä tarvitaan parityöskentelyssä. Yhteistyömme THL:n kanssa on ollut tärkeää, ja olemme saaneet sieltä selkeät ja hyvät ohjeet työn edistämiseksi.

#### **7.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet**

Tuloksista olisi saanut enemmän hyötyä, jos väestötutkimuksissa kysyttäisiin tarkemmin kysymyksiä koskien kansansairauksia. Tutkittaessa sairauden vaikutusta SELI-terveyteen, olisi tärkeää tietää sairauden diagnosoimisvuosi, jotta osattaisiin arvioida onko sairaudella vaikutusta

esimerkiksi raskauden keskeytymiseen. Mielestämme tätä tutkimusta ajatellen sairautta koskevat kysymykset voisivat olla hieman laajempia. Tutkimuksessa havaittiin TULE- sairailta enemmän tyytymättömyyttä tai vaikeutta sukupuolielämään liittyen, mutta olisi ollut kiinnostavaa vielä tietää mitä sairauksia tarkalleen ottaen tarkoitettiin. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista saada kattavampaa tietoa mitkä yksittäiset sairaudet vaikuttivat SELI- terveyteen.

## LÄHTEET

Aivoliitto. 2014. Aivoverenkiertohäiriö. Hakupäivä 11.1.2014.

[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/aivoverenkiertohairio](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio)

Burke, J., Jacobson D., McGree, M., Nehra, A., Roberts, R., Girman C., Lieber, M. & Jacobsen S. 2007. Diabetes and Sexual Dysfunction: Results From the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *The Journal of Urology* 177 (4). 1438-1442.

Chor, J., Oswald, L., Briller, J., Cowett, A. Peacock, N. & Harwood, B. 2012. Reproductive health experiences of women with cardiovascular disease. *Contraception* 86 (5). 464-469.

Droupy, S., Al Said, B., Lechevallier, É., Colson, M.-H. & Giuliano, F. 2013. Sexualité et cancer de la prostate. *Progrès en Urologie* 23 (9). 696-711.

Fathalla, M. F., & Fathalla, M. M. F. 2008. Sexual and Reproductive Health: Overview. *International Encyclopedia of Public Health*. Academic Press. 695-705.

Gade, E.J., Thomsen, S., Lindenberg, S., Kyvik, KO., Liebenroth, S. & Backer, V. 2013. Asthma affects time to pregnancy and fertility: a register-based twin study. *The European respiratory journal* 43 (4). 1077-1085.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1716. Tampere: Tampere University press.

Heikinheimo, O., Suhonen, S. & Lähteenmäki, P. 2011. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 154- 168.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Hakupäivä 28.8.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00026](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026)

Hengityслиitto. 2014a. Astma. Hakupäivä 2.4.2014.

<http://www.hengityслиitto.fi/hengityssairaudet/astma>

Hengityслиitto. 2014b. Keuhkohtaumatauti. Hakupäivä 2.4.2014.

<http://www.hengityслиitto.fi/hengityssairaudet/keuhkohtaumatauti>

Hengityслиitto. 2014c. Uniapnea. Hakupäivä 2.4.2014.

<http://www.hengityслиitto.fi/hengityssairaudet/uniapnea>

Hiltunen-Back, E. & Aho K. 2005. Terveellistä seksiä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2011. Seksuaaliset toimintahäiriöt. Hakupäivä 5.2.2014.

[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00496](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00496)

Illanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 2011. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Jimenez-Garcia, R., Martinez-Huedo, M., Hernandez-Barrera, V., Lopez de Andres, A., Jimenez-Trujillo, I. & Carrasco-Garrido, P. 2012. Sexuality among Spanish adults with diabetes: A population-based case control study. Primary Care Diabetes 6 (4). 269-276.

Jokimaa, V. & Ekblad, U. 2012. Lisääntymisterveys hoidetun syövän jälkeen - raskauden ehkäisy, suunnittelua ja seurantaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2012;128(8): 867-74

Kaaja, R. 2011. Sepelvaltimotauti ja raskaus. Hakupäivä 6.2.2014. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00279](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00279)

Kananen, J. 2008. Kvantti, Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kaukoranta, S. 2013. Miehen selkäydinvammasta johtuvan lapsettomuuden hoito. Selkäydinvamma Akson. 21 (1). 8-9.

Kaptein, Ad A., van Klink, R.C.J., de Kok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, E. & Rabe, K. 2008. Sexuality in patients with asthma and COPD. Respiratory Medicine 102 (2). 198-204.

Karvonen, S., Martelin, T. & Koskinen, S. 2012. Terveys toimintakyky ja hyvinvointi suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Koistinen, H. 2008. Erektiohäiriöt (impotenssi). Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Duodecim 2008;124, 877–878

Koskinen, S. & Järvensivu, I. 2013. Reumasairauksien vaikutus seksuaalisuuteen. Hakupäivä 28.8.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00162](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00162)

Koskinen, S. & Järvensivu, I. 2007. Seksuaalisuuden käsitteistä. Hakupäivä 22.1.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p\\_artikkeli=reu00159](http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=reu00159)

Koskinen, S., Lundqvist A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi. 13-35.

McCall-Hosenfeld, J., Freund, K., Legault, C., Jaramillo, S., Cochrane, B. Manson, J., Wenger, N., Eaton, C. McNeeley, S., Rodriguez, B. & Bonds, D. 2008. Sexual Satisfaction and Cardiovascular Disease: The Women's Health Initiative. The American Journal of Medicine 121 (4). 295-301.

Nielsen, J. & Nielsen Kragelund, K. 2014. Sexual dysfunction in diabetes- A taboo not limited to men. Diabetes research and Clinical Practice.103 (2). 137-340.

Paavonen, J. 2011. Gynekologiset infektiot. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 286-305.

Pekkarinen. 2012. Hakupäivä 27.01.2014. <http://www.terveys2000.fi/data.html>.

Pelkonen, M., ylitarkastaja. 2012. OTSIKKO. Power Point –esitys 26.4.2012. sosiaali- ja terveysministeriö. Tekijän hallussa.

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelinsairaudet. Hakupäivä 23.5.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00025&p\\_teos=suo&p\\_osio=&p\\_selaus=4598](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00025&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=4598)

Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 280- 304.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 308- 314.

Suomen diabetesliitto. 2014. Diabetes ja raskaus. Hakupäivä 20.1.2014.  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_2/diabetes\\_ja\\_raskaus](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/diabetes_ja_raskaus)

Suomen reumaliitto. 2014. Reumataudit ja raskaus. Hakupäivä 20.1.2014.  
[http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/hyva\\_tietaa/reumataudit\\_ja\\_raskaus/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/hyva_tietaa/reumataudit_ja_raskaus/)

Susi, J. 2011. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalisuus. Teoksessa M. Ritamo, K. Ryttyläinen-Korhonen & S. Saarinen (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 27/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 98-104.

THL.2014a. Kuppa. Hakupäivä 12.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/infektiotaudit-fi/kuppa](http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/kuppa)

THL. 2014b. Raskauden keskeyttäminen. Hakupäivä 21.1.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen\\_hyvinvointi/seksuaaliterveys/raskauden\\_keskeyttaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen_hyvinvointi/seksuaaliterveys/raskauden_keskeyttaminen)

THL. 2013a. Sairastavuus. Hakupäivä 22.5.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/sairastavuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/sairastavuus)

THL. 2014c. Seksuaalisuus. Hakupäivä 13.2.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen\\_hyvinvointi/seksuaalisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen_hyvinvointi/seksuaalisuus)

THL. 2014d. Tahaton lapsettomuus ja hedelmällisyys. Hakupäivä 22.1.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen/seksuaaliterveys/tahaton\\_lapsettomuus\\_ja\\_hedelmallisyys](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seksuaalinen/seksuaaliterveys/tahaton_lapsettomuus_ja_hedelmallisyys)

THL. 2014e. Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. Hakupäivä 12.2.2014.  
<http://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html>

THL. 2013b. Terveys 2011. Hakupäivä 29.1.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/terveys\\_2011](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/terveys_2011)

Tiitinen, A. 2013. Keskenmeno. Hakupäivä 22.1.2014.

[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00138](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138)

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 175-193.

Toimintaohjelma 2007-2011. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ulander, V-M & Tulppala, M. 2011. Keskenmeno. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 377-385.

Viikari-Juntura, E., Heliövaara, M., Solovieva, S. & Rahman, S. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Virtanen J. 2002. Kliininen seksologia. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Väestöliitto. 2014. Ehkäisy. Hakupäivä 30.1.2014. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/>

Väestöliitto. 2013. Tietoa seksuaalisuudesta. Hakupäivä 25.4.2013.

<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

Zaied, S., Ben Fatma, L., Laadhari, A., Boudegga, MZ., Hochlef, M., Chabchoub, I., Ezzairi, F., Gharbi, O., Gaha, L. & Ben Ahmed S. 2013. Study of sexuality among Tunisian women in remission from non-metastatic breast cancer, about 100 women. Bulletin du cancer 100 (7-8). 689-696.

WHO. 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Hakupäivä 13.2.2014.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)