

Emilia Saarinen, Nelli Tuokila & Emilia Turkki
IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN SEKSUAALISUUS – OPAS
OMAISILLE

Hoitotyön koulutusohjelma
2018

IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN SEKSUAALISUUS – OPAS OMAISILLE

Saarinen Emilia, Tuokila Nelli & Turkki Emilia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2018
Sivumäärä: 58
Liitteitä: 4

Asiasanat: muistisairaat, seksuaalisuus, ikääntyminen

Opinnäytetyö on projektimuotoinen. Projektin menetelmä oli kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas muistisairaalle omaisille ja Porin perusturvan muistihoitajille muistisairaalle seksuaalisuudesta. Oppaaseen kokosimme tiedon aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Opas toteutettiin yhteistyötahon toiveiden mukaisesti. Oppaan tavoitteena oli ohjata omaisia muistisairaalle seksuaalisuuden kohtaamisessa. Oppaan tavoitteena oli myös helpottaa muistisairaalle ja omaisten arjen sujuvuutta ja vuorovaikutusta.

Opinnäytetyö tehtiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käyttäen. Teoreettisen osuuden perustana oli kirjallisuudesta ja kansainvälisistä sekä kotimaisista tieteellisistä julkaisuista kerätty aineisto. Aineiston tuli kohdentua ikääntyneisiin, ja tutkimuksen kohteena tuli olla seksuaalisuus. Tutkimusaineistot hyväksyttiin, mikäli ne oli julkaistu vuonna 2007 tai sen jälkeen. Opinnäytetyössä perehdyttiin laajasti muistisairauden mukana tulevien muutosten yhteydestä seksuaalisuuteen, parisuhteisiin ja käyttäytymiseen. Avasimme teoreettisessa osuudessa myös ikääntymisen fysiologisia, hormonaalisia ja psykososiaalisia muutoksia.

Oppaassa on esitelty yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ja niiden vaikutuksia tunne-elämään ja käyttäytymiseen. Oppaassa on käyty läpi muistisairauksien vaikutusta parisuhteeseen sekä muistisairaalle omaishoitajuutta. Oppaan teoriaaustassa on käsitelty myös ikääntymisen tuomia muutoksia. Siihen on koottu myös yleisimpiä apuvälineitä seksielämän tueksi. Loppuun on listattu vertaistukipalveluita ja niiden yhteystietoja omaisia ajatellen. Opas on aseteltu A5-muotoon ja koottu Word-tekstinkäsittelyohjelman avulla.

Oppaan arviointi pyydettiin yhteyshenkilöiltä vapaamuotoisena palautteena. Yhteyshenkilöt antoivat palautetta oppaan sisällöstä, selkeydestä ja laajuudesta. Yhteistyötaho oli tyytyväinen oppaan ulkoasuun ja sisältöön. Opinnäytetyöntekijät olivat tyytyväisiä lopputulokseen ja asetetut tavoitteet saavutettiin.

Oppaan jatkokehittämismahdollisuudet käyvät selkeämmin ilmi, kun opasta päästään hyödyntämään potilasohjauksessa ja siitä saadaan palautetta muistisairaiden omaisilta. Opasta voisi siis edelleen kehittää muistihoitajilta ja muistisairaiden omaisilta saadun palautteen avulla.

AN ELDERLY MEMORY PATIENT'S SEXUALITY - REFERENCE BOOK TO RELATIVES

Saarinen Emilia, Tuokila Nelli & Turkki Emilia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

April 2018

Number of pages: 58

Appendices: 4

Keywords: people with memory disorders, sexuality, aging

The purpose of this thesis was to examine the sexuality of people with memory disorders by means of literal review and through this create a guidebook. The information was constructed from earlier studies and literacy. The guidebook was conducted by the expectations of the cooperation partners. The objective of the guidebook is to guide the relatives on how to face sexuality of the people suffering memory disorders. By this guidebook, we tried to make life and interaction easier and more fluent between relatives and people suffering dementia. The purpose was to make working material for nurses who work with people with dementia.

The thesis was made using a literal review. The academic part was based on references of the national and international research paper. The material must be targeted for elderly people and the studies must be based on sexuality. The researches used were from 2007 to present. In this thesis, we have extensively examined dementia and the changes in sexuality, relationships, and behavior. We also reported about physiological, hormonal and psychosocial changes in normal aging.

In the guidebook, we tell about memory disorders and their effect on emotions and behavior. We are also telling how memory disorders affect relationships and relatives. In the end we have collected peer support services and their contact information for the families. The guidebook is adjusted to A5-form and made with Word-text format program.

The feedback of the guidebook was asked from our contact persons as a free feedback. The contact persons gave feedback on the content, clarity and on the extent of the guidebook. Our cooperation partner was pleased with the layout and content of the guidebook. The people who made the thesis were satisfied of the result and the goals that were set were accomplished.

The further development of the guidebook can be seen more clearly when the guidebook will be used in patient guidance and when feedback has been got back from the relatives of people suffering from memory disorders. The guidebook could be developed further through the feedback.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	IKÄÄNTYVÄN MUISTISAIRAAN SEKSUAALISUUS	7
2.1	Seksuaalisuuden ja sukupuolen monimuotoisuus	8
2.2	Ikääntyminen ja seksuaalisuus	10
2.2.1	Fysiologiset ja hormonaaliset muutokset	12
2.2.2	Psykososiaaliset muutokset	14
2.2.3	Sairaudet ja seksuaalisuus	15
2.2.4	Seksuaalisuuden toteuttaminen	16
2.2.5	Seksin apuvälineet	18
2.2.6	Seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus ja neuvonta hoitotyössä	19
2.3	Muistisairaudet.....	22
2.3.1	Käyttöoireet	25
2.3.2	Muistisairauksien vaikutus seksuaalisuuteen	26
2.3.3	Muistisairauksien vaikutus parisuhteeseen.....	29
2.4	Muistisairaahan omaishoitajuus.....	31
3	PROJEKTIN MENETELMÄT	33
3.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	33
3.2	Oppaan laadinnan teoreettiset perusteet.....	34
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	37
5	PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	38
5.1	Kohderyhmä.....	39
5.2	Resurssit ja riskit.....	40
5.3	Aikataulusuunnitelma	41
5.4	Arviointisuunnitelma	41
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	42
7	PROJEKTIN ARVIOINTI	46
7.1	Arvioinnin toteutus	47
7.2	Projektin etenemisen arviointi	47
7.3	Tuotoksen arviointi	50
8	POHDINTA.....	51
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat Suomessa kansantauti, ja suurien ikäluokkien vanhetessa muistisairaiden määrä väestössä kasvaa. Vuonna 2013 Suomessa oli 93 000 henkilöä, jotka sairastivat keskivaiketta tai vaikeaa muistisairautta. Muistisairaudet lisääntyvät koko ajan väestössä, sillä uusia vaikeampia muistisairaustapauksia ilmaantuu vähintään 14 500 vuodessa. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 5). Etenevät muistisairaudet ovat isoja haasteita kansanterveydellisesti ja taloudellisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus on koonnut työryhmän, joka on laatinut Kansallisen muistiohjelman 2012-2020. Tämä muistiohjelma sisältää tavoitteita aivoterveystieteen edistämiseksi sekä muistisairauksien mahdollisimman varhaisen toteamisen turvaamiseksi. Kansallinen muistiohjelma ohjaa myös hoito- ja palvelujärjestelmän kehittämistä. (Kansallinen muistiohjelma 2012, 5.)

Muistisairaudet vaikuttavat ihmisen tunne-elämään ja käyttäytymiseen väistämättä. Näin ollen muistisairaudet vaikuttavat myös seksuaalisuuteen ja sen harjoittamiseen. Seksuaalisuus on tärkeä osa myös muistisairaana persoonallisuutta ja seksuaaliset tarpeet säilyvät muistisairaiden elämässä aivan loppuun saakka. Usein seksuaalisuus muuttuu muotoaan ihmisen sairastuessa, sillä kyky ilmaista omia tunteita, ajatuksia ja seksuaalisia tarpeita saattaa vaikeutua. Häiritsevääkin seksuaalista käyttäytymistä esiintyy 5-20 %:lla muistisairaista. Muistisairaana seksuaalisuudesta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa. (Eloniemi-Sulkava, Sillanpää & Sulkava 2015, 55.) Muistisairaiden määrän kasvaessa on kuitenkin erityisen tärkeää, että tietoisuus aiheeseen liittyen kasvaa niin hoitohenkilökunnan, kuin muunkin kansan keskuudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut, 2015).

Käsitlemme opinnäytetyössä iäkkään muistisairaana seksuaalisuutta. Muistisairauksista käsitlemme Alzheimerin tautia, verisuoniperäistä muistisairautta, Lewyn kappaletautia, otsa-ohimolohkorappeumaa, sekä Parkinsonin tautiin liittyvää muistisairautta. Seksuaalisuutta käsitlemme muistisairauksien näkökulmasta.

Opinnäytetyö on projektiluontoinen ja sen tarkoituksena on laatia opas kirjallisuuskatsauksen avulla. Oppaassa käsittelemme muistisairauksia ja niiden vaikutuksia käyttäytymiseen ja erityisesti seksuaalisuuteen. Oppaan tulee täyttää hyvän ohjausmateriaalin kriteerit ja vastata yhteistyötahon toiveita. Oppaan tavoitteena on toimia tiedonlähteenä omaisille muistisairaiden seksuaalisuuteen liittyen, sekä auttaa heitä kohtaamaan haastaviakin tilanteita aiheeseen liittyen. Tavoitteena on myös tehdä oppaasta ohjausmateriaalia Porin perusturvan muistihoitajien työn tueksi.

Opinnäytetyön tilaaja on Porin perusturvakeskus ja yhteistyökumppaneina toimii vanhuspalveluista kaksi muistihoitajaa sekä sairaalapalveluista hoitotyön suunnittelija. Alun perin opinnäytetyö oli tarkoitus toteuttaa kirjallisuuskatsauksena. Aiheeseen perehtymisen jälkeen totesimme, että kirjallisuuskatsauksen avulla toteutettu oppaan koaminen olisi työn kannalta hyödyllisempää, sillä aiheesta on melko vähän aiempaa tutkimustietoa. Vaihtoehtoista keskusteltuamme yhteistyötahon kanssa päätimme, että oppaan tekeminen olisi oiva tapa tuoda tietoa käytännön työelämään sekä muistisairaiden omaisille.

2 IKÄÄNTYVÄN MUISTISAIRAAN SEKSUAALISUUS

Seksuaalisuus on ihmisen yksilöllinen ja ainutlaatuinen ominaisuus, osa persoonallisuutta ja olemassaoloa. Se ohjaa yksilön käyttäytymistä ja toimintatapoja. (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 59.) Maailman terveysjärjestö WHO on määri-tellyt seksuaalisuuden keskeisenä osana ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa. Se kä-sittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntaut-u-misen, erotiikan, mielihyvän, seksuaaliset suhteet ja lisääntymisen. WHO:n määrite-l-mässä seksuaalisuuden kokemuksia ja ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasia, ha-lut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Seksuaalisuuteen vaikuttavat muun muassa psyko-fyysis-sosiaaliset tekijät, taloudellinen tilanne, arvot sekä historialliset ja uskonnolliset tekijät vuorovaikutuk- sessa toisiinsa. (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010, 16.) Seksuaalisuus on hyvin yksilöllistä ja sen vuoksi jokainen on oman seksuaalisuutensa paras asian- tuntija (Ryttläinen & Valkama 2010, 7).

Seksuaalioikeudet koskettavat jokaista ihmistä riippumatta sukupuolesta, seksuaali- sesta suuntautumisesta, iästä, etnisestä taustasta tai terveydentilasta. Seksuaalioikeudet käsittelevät laajasti seksuaalisuuteen liittyviä asioita, eikä niille ei ole vain yhtä mää- ritelmää. WHO:n seksuaalioikeuksien lisäksi esimerkiksi Seksuaaliterveyden maail- manjärjestöllä WAS:lla ja Kansainvälisellä perhesuunnittelujärjestöjen liitolla IPPF:llä on omat seksuaalioikeuksien julistuksensa. (Ilmonen & Korhonen 2015, 10.)

Ikääntyneille seksuaalioikeuksien keskeisimpänä sisältönä voidaan pitää jokaisen yk- silön ja parin oikeutta omaan seksuaalisuuteen ja sen toteuttamiseen, oikeus tietoon seksuaalisuudesta, oikeus yksityisyyteen, tasa-arvoon ja turvallisuuteen. Ikäihmisellä on oikeus vaikuttaa ja tehdä päätöksiä omaan seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyk- sissä. (Ilmonen & Korhonen 2015, 10.) Jatkuvasti tärkeämmäksi on muodostunut myös oikeus seksuaaliterveyspalveluihin, sillä seksuaalisesti aktiivisten ikäihmisten määrä on nouseva. Ikääntyminen tuo tullessaan myös seksuaaliterveyden muutoksia, joihin on tärkeää saada apua. (Kelo ym. 2015, 65-66.) Jokaisen seksuaalioikeuksia kunnioittamalla voidaan saavuttaa hyvä seksuaaliterveys, ja ylläpitää sitä (Ryttläinen & Valkama 2010, 15).

2.1 Seksuaalisuuden ja sukupuolen monimuotoisuus

Jokainen ihminen on kokonaisuus, joka koostuu pienistä palasista. Esimerkiksi kiinnostuksen kohteet, ulkonäkö ja arvomaailma ovat niitä tekijöitä, jotka tekevät yksilöistä ainutlaatuisia kokonaisuuksia. Myös seksuaali- ja sukupuoli-identiteetti on osa jokaisen ihmisen kokemusta itsestä. On tärkeää, että meidät hyväksytään juuri sellaisina kuin olemme. (Honkanen 2017, 297.)

Vaikka usein seksuaalisuus käsitetään sukupuolikäyttäytymisenä ja yhdyntöinä, seksi ei ole yhtä kuin seksuaalisuus. Seksi on tekemistä, seksuaalisuus olemista. (Hievanen 2017.) Ihminen voi ilmentää seksuaalisuuttaan monin eri tavoin, muun muassa puheella, tunteillaan ja fantasioilla. Seksuaalinen toimintakyky ja fyysinen tyydytys eivät siis ole ainoa väylä seksuaalisen vireyden ylläpitoon: yhtä toimivia keinoja voivat olla läheisyys, rakkaus, romantiikka ja yhteenkuuluvuuden tunne. Yhtä ”oikeaa” tapaa olla seksuaalinen on mahdoton määrittää. (Kokkinen & Näslindh-Ylispangar 2012, 71.)

Seksuaalinen suuntautuminen on monille tärkeä osa seksuaalisuutta. Se määrittää ketä tai keitä kohtaan ihminen tuntee seksuaalista vetovoimaa. Jokainen määrittelee suuntautumisen itse kokemallaan tavalla. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2017). Suuntautumisen voi jättää myös kokonaan määrittelemättä. Ikääntyneet ovat moninainen joukko erilaisia ihmisiä, ja osa heistä on seksuaalivähemmistöjen edustajia: tällä tarkoitetaan muun muassa homoja, lesboja ja biseksuaaleja. (Valtonen & Hakola 2014, 7, 9.) Seksuaalinen suuntautuminen ei ole valinta, eikä sitä voi tai tarvitse muuttaa. Kokemus omasta suuntautumisesta voi myös vaihdella elämän eri vaiheissa, ja esimerkiksi heteroksi itsensä luokittelevalla voi olla seksikokemuksia saman sukupuolen edustajan kanssa. (Valtonen & Hakola 2014, 9.) Osa ihmisistä ei koe seksuaalista halua laisinkaan, heitä kutsutaan aseksuaaleiksi (Honkanen 2017, 297).

Suomen rikoslaisissa homoseksuaaliset teot luokiteltiin rikollisiksi vielä vuonna 1971, ja homoseksuaalisuus määriteltiin sairaudeksi vuoteen 1981 asti. Aiemmin yhteiskunta ei suhtautunut suopeasti seksuaalivähemmistöjen edustajiin. Heidät leimattiin usein sairaiksi ja rikollisiksi. (Valtonen & Hakola 2014, 16.) Vaikka monella ikääntyneellä saattaakin olla takanaan pitkä parisuhde samaa sukupuolta olevan kumppanin kanssa,

vain murto-osa on saanut elää avoimesti homo- tai biseksuaalisuuttaan ilmaisten. Suh- teesta on yleisesti vaiettu tai siitä on puhuttu kiertoilmaisuin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 123.)

Aiempien vuosikymmenien negatiiviset kokemukset johtivat seksuaalivähemmistöjen ”näkyttömyyteen”. Ilmiö on edelleen havaittavissa. Vanhustyötä tekevä saattaa aja- tella, ettei asiakaskunnassa ole seksuaalivähemmistöjen edustajia, eikä näin ollen sek- suaalisuuden monimuotoisuutta koeta olennaisena keskustelunaiheena. Todellisu- dessa ikääntyneiden joukossa on useita ihmisiä, jotka ovat koko elämänsä ajan balan- neet seksuaalisen suuntautumisensa välttyäkseen syrjinnältä. (Valtonen & Hakola 2014, 16-17.) Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten määrää ei ole Suomessa tilastoitu, mutta arvioitu määrä on 2-10 % väestöstä, mikä tarkoittaa satojatuhansia ikääntyneitä (Wickman 2011, 86).

Vaikka seksuaalivähemmistöjen asema on viime vuosikymmeninä kohentunut huo- mattavasti, vanhempi sukupolvi ei ole hyötynyt kehityksestä nuorempien lailla. Kans- saelävät ikäihmiset saattavat olla ennakkoluuloisia ja myös seksuaali- ja sukupuolivä- hemmistöissä on raportoitu ilmenevän ikäsyrjintää. (Wickman 2011, 94.) Nykypäi- vänäkin ikäihmiset kohtaavat paljon heteronormatiivisuutta. Heteronormatiivisuus on ajattelutapa, jossa heterous koetaan seksuaalisista suuntautumisista luonnollisimpana, parhaimpana ja toivotuimpana. Hetero-olettamus näkyy esimerkiksi tilanteessa, jossa mieheltä tiedustellaan mahdollisesta avovaimosta. On tärkeää olla avoin, ottaa pu- heeksi ja kuunnella. Vaikeneminen ja tabuiksikin koettujen aiheiden sivuuttaminen pi- tävät vähemmistöt näkyttömänä jatkossakin. (Valtonen & Hakola 2014, 18-19.)

Vanhustyössä monet toimintamallit ovat rakentuneet sellaisen sukupuolinormin ym- päriksi, jossa tunnistetaan vain kaksi sukupuolta. Yksilöiden oletetaan olevan miehiä tai naisia, ja vastaavan myös ulkoiselta olemukseltaan mieleemme rakentunutta kuvaa normimiehestä tai -naisesta. (Valtonen & Hakola 2014, 7.) Nykyään sukupuolta mää- ritellessämme ulkokuori ja anatomia eivät kuitenkaan ole välttämättä olennaisia – tär- keintä on yksilön oma kokemus eli sukupuoli-identiteetti. Sukupuoli-identiteetti voi olla mies, nainen, ei kumpikaan näistä tai jokin muu. On tärkeää tiedostaa, että suku- puolesta ja sukupuoli-identiteetistä puhuttaessa ei käsitellä aina seksuaalisuutta, vaan

kyseessä on kaksi toisistaan erillistä aihealuetta. (Valtonen & Hakola 2014, 8.) Jokaisella on oikeus määrittellä sukupuolensa itse, riippumatta siitä mitkä ovat hänen biologiset ominaisuutensa. Ikääntyneen hyvinvoinnin kannalta tärkeää on myös kutsua häntä toivomallaan nimellä. (Valtonen & Hakola 2014, 34-35.)

Suomessa juridisesti määritellyjä sukupuolia ovat tällä hetkellä mies ja nainen. Virallinen sukupuolenvaihdos edellyttää useiden laissa määriteltyjen lääketieteellisten ja juridisten toimenpiteiden läpikäymistä, joista yksi on pakkosterilisaatio. Useat tahot kokevat toimenpiteen laiminlyövänsä yksilön itsemääräämisoikeutta, ja aihe onkin yhteiskunnassamme parhaillaan paljon keskustelua herättävä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sivut 2017.)

2.2 Ikääntyminen ja seksuaalisuus

Eliniänodote Suomessa on aiempaa korkeampi ja ikääntyneiden määrä väestössä kasvaa (Kontula 2013, 351). Tulevien vuosien aikana yli 65-vuotiaiden osuus väestössämme nousee samalla, kun lasten ja työikäisten osuus pienenee. Ikärakenne on muuttumassa. (Väestöennuste 2016.) Ihmiset ovat yhä pidempään toimintakykyisiä, ja näin ollen myös seksuaalinen aktiivisuus jatkuu myöhemmille ikävuosille (Kontula 2013, 351). Jokaisella ikäihmisellä on oikeus seksuaalisuuteen ja sen eri osa-alueista huolehtimalla mahdollistetaan laadukas elämä sekä hyvinvoinnin toteutuminen myös ikääntyessä. Ikääntyneelle seksuaalisuudesta puhuminen on usein hankalaa, minkä vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä on olla aktiivinen puheeksi ottaja. Avoin puhuminen viestii seksuaalisuuden olevan luonnollista ja hyväksyttävää. (Kelo ym. 2015, 66.) Sosiaalisella tuella ja terveellisillä elintavoilla luodaan perusta mahdollisimman pitkään säilyvälle toimintakyvylle ja tyytyväisyydelle (Kontula 2013, 361).

Ikääntyneiden seksuaalisuuteen saatetaan liittää ennakkoluuloja ja uskomuksia. Näistä yleisin lienee ajatus siitä, etteivät ikäihmiset ole seksuaalisia ja näin ollen heidän välisensä intiimi läheisyys nähdään sopimattomana. (Brusila 2011a, 158.) Ihmisten asenteisiin vaikuttavat muun muassa yhteiskunta ja kulttuuri, uskonto, ikä ja koulutustausta. Myös osa ikääntyneistä suhtautuu kielteisesti seksuaalisuuteen. Nykyisten

ikäihmisten sukupolvi on elänyt aikakaudella, jolloin seksuaalisuus oli hyvin yksityinen asia ja siihen liitettiin häpeän tunteita. Asiasta ei juurikaan puhuttu ja se koettiin lähinnä miesten oikeudeksi. Seksuaalisuutta toteutettiin yhdynnöillä, jotta sukua saatiin jatkettua. Seksuaalisuuden monimuotoisuus oli tuolloin tuntematon käsite: harva tiesi seksuaalisuuden olevan muutakin kuin seksiä. Aiemman aikakauden vallitseva käsitys vaikuttaa yhä monien ikäihmisten asenteisiin, jonka vuoksi he eivät koe seksuaalisuuden kuuluvan enää heille. (Kelo ym. 2015, 63.)

Ikääntyneet käsitetään usein homogeenisena ryhmänä heidän seksuaalisuudestaan puhuttaessa. Ikääntyvät suomalaiset voidaan kuitenkin jaotella kuuluviksi kolmeen eri seksuaalisuuden sukupolveen. Nykyhetken ikääntyneet ovat viettäneet nuoruuttaan 1930-1960-luvuilla. 1930-50-luvuilla nuoruutensa viettäneet ovat niin sanotusti pidättyneiden sukupolvi. Tietoa seksistä oli vaikea saada, ja neitsyyden menettäminen koettiin pelottavana asiana. 1950-60-lukujen nuorten sukupolvea kutsutaan vapautumisen sukupolveksi, vaikka etenkin naiset olivat edelleen pidättyväisiä. Tietyissä ryhmissä seksuaalisuus oli tuolloin jo vapaampaa ja kokeilunhalu suuri. Seksielämään ja asenteisiin eniten vaikuttivat 60-luvulla kehittyneet ehkäisy menetelmät. Etenkin ehkäisy pillerit vapauttivat naiset raskaudenpelosta. 70-luvulta 80-luvulle nuoruuttaan viettänyttä sukupolvea voidaan kutsua tasa-arvoistumisen sukupolveksi. Naisten seksuaalisuus vapautui, eivätkä itsetyydytys, satunnaiset suhteet tai pornografia olleet enää pelkästään miesten oikeus. (Sommar 2016.) Tasa-arvon sukupolvi on jo osittain eläkeiässä. Seksuaalisuudella on jatkuvasti suurempi merkitys ikäihmisten keskuudessa ja siihen liittyvä avun tarve on yhä tärkeämpää. (Kontula & Kumpula 2011, 29.)

Seksuaalisuus on elinikäinen ominaisuus. Vaikka seksuaalisuuden toteuttamisen tavat saattavat iän myötä muuttua muotoaan, se ei katoa kokonaan. Perusinhimillinen tarve kokea läheisyyttä säilyy läpi elämän. (Brusila 2010, 6.) Ikääntyneiden henkinen ja fyysinen toimintakyky vaihtelee yksilöiden välillä paljon. Seksuaalisuuden ja seksin tärkeys riippuu usein siitä, miten ikääntynyt on elämänsä varrella tottunut toimimaan. Toiset kokevat seksuaali-identiteetin tärkeäksi osaksi minuuttaan, toiset taas elävät koko ikänsä ilman seksiä. Myös aiemmilla kokemuksilla on paljon merkitystä: sekä miehillä että naisilla positiiviset seksikokemukset tukevat seksuaalista aktiivisuutta

myös myöhemmällä iällä. Jos ikääntyvä hyväksyy vanhenemisen eikä suhtaudu elämänvaiheeseen negatiivisesti, hänen seksuaalinen halukkuutensa saattaa säilyä täysin ennallaan. (Brusila 2011a, 158-159.)

Toisille vanheneminen ja sen mukanaan tuomat haasteet ovat hyvä syy lopettaa sukupuolielämä ja seksuaalisuuden toteuttaminen kokonaan. Seksuaalisuus on saatettu kokea epämiellyttäväksi koko elämän ajan. (Kokkinen & Näslindh-Ylispanjar 2012, 72). Syy voi olla opituissa asenteissa, kielteisissä tunteissa tai kommunikointivaikeuksissa seksikumppanin kanssa (Kontula & Kumpula 2011, 27-28). Erityisen hankalia tunnelukkoja ja ahdistusta aiheutuu seksuaalisen kaltoinkohtelun kokemuksesta. Ikävät ja traumaattiset kokemukset voivat vaikuttaa ihmiseen hyvin pitkänkin ajan jälkeen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 226.)

Ikääntyminen saattaa myös lisätä seksuaalista aktiivisuutta ja avoimuutta, sillä toisinaan estot ja häpeä häviävät ikääntyessä. Monilla ikäihmisillä on myös enemmän vapaa-aikaa, jolloin seksuaalisuuden toteuttamisellekin jää enemmän tilaa. (Kelo ym. 2015, 65.) Emotionaalinen kypsyminen ja vahvempi itsetuntemus voivat tehdä seksielämästä entistä nautinnollisempaa (Ryttyläinen & Valkama 2010, 121). Parhaimmillaan ikääntyminen antaa vapauden nauttia estoitta kaikista mielihyvää tuottavista asioista. Monesti suorituskeskeisyys vähenee ja seksi muuttuu kokonaisvaltaiseksi kiireettömäksi nautiskeluksi. (Väisälä 2011, 76-77.) Merkityksellisintä on hellyydestä ja läheisyydestä saatu mielihyvä ja yhteinen jaettu kokemus (Brusila 2010, 7).

Suomalaisessa väestötutkimuksessa kävi ilmi, että 75-79-vuotiaista parisuhteessa elävistä miehistä 45 %:lla oli yhdyntöjä viimeisen vuoden aikana. Naisilla sen sijaan vastaava luku oli vain 25 %. Tutkimuksessa 85-vuotiailla naisilla ei enää ollut yhdyntöjä ja miehilläkin yhdynät loppuivat 90. ikävuoteen mennessä. (Eloniemi-Sulkava, Silanpää-Nisula & Sulkava 2010, 576.)

2.2.1 Fysiologiset ja hormonaaliset muutokset

Ihmisen keho ja sen toiminnot muuttuvat ikääntyessä. Fysiologiset ja hormonaaliset muutokset ovat luonnollisia asioita, jotka jokainen ikäihminen kohtaa ajallaan. Naisilla

vaihdevuodet saavat estrogeenituotannon loppumaan. Hormonitason muutos aiheuttaa limakalvojen kuivuutta ja haurautta, joka tekee usein yhdynnästä kivuliasta. Vaihdevuosien oireisto on yksilöllinen, mutta useilla naisilla siihen liittyy myös seksuaalista haluttomuutta, hikoilua, kuumia aaltoja ja väsymystä. (Brusila 2011b, 27.) Myös verenkierto, tuntoaisti ja lantionpohjan lihaksisto heikkenevät, kiihottuminen hidastuu ja orgasmi vaimenee tai sen saanti vaikeutuu (Kelo ym. 2015, 64).

Tyydyttävän seksuaalielämän takaamiseksi ja vaihdevuosioireiden helpottamiseksi on kehitetty useita hoitomenetelmiä. Naisten estrogeenihoidot toimivat tehokkaasti vaihdevuosioireisiin. Hormonikorvaushoidot ovat varsin turvallisia ja hoitoa seurataan mammografialla ja gynekologisilla tarkastuksilla. Hoitoja voidaan jatkaa niin kauan, kuin nainen kokee tarpeelliseksi. Matala-annoksisen hormonihoidon yhteydessä, niiden lopetuksen jälkeen tai heti vaihdevuosien ensioireisiin sopivat käytettäviksi paikallishoitovalmisteet, jotka edistävät genitaalialueen limakalvojen hyvinvointia ja ennaltaehkäisevät myös virtsankarkailua ja tulehduksia. Paikallishoitovalmisteita on saatavilla emätinvoiteina, -renkaina tai -tabletteina. (Brusila 2011b, 43.) Onnistuneen yhdynnän kannalta on usein hyödyllistä hankkia myös liukuvoidetta (Brusila 2011a, 160). Estrogeenin lisäksi naisten testosteronitasot laskevat vaihdevuosi-ikässä. Testosteronihoitoa käytetään haluttomuuden hoitomuotona useissa maissa, mutta Suomessa naisille tarkoitettua valmistetta ei ole vielä saatavilla. (Tiitinen 2017.)

Miesten testosteronituotanto laskee pikkuhiljaa 40 ikävuoden saavuttamisen jälkeen (Brusila 2011b, 38). Hedelmällisyys ei kuitenkaan pääty, vaan voi säilyä hyvinkin myöhäiseen ikään saakka (Ryttyläinen & Valkama 2010, 120). Fyysisiä oireita ovat muun muassa peniksen tuntoherkkyyden ja verenkierron heikkeneminen, erektion voimakkuuden ja sen keston väheneminen sekä siemensyöksyhäiriöt (Kelo ym. 2015, 64).

Miesten erektio-ongelmiin on saatavilla useita helppokäyttöisiä ja hyviä lääkevalmisteita. Tablettihoitot ovat yleisesti hyvin siedettyjä, mutta nitroja käyttäville ne eivät verenpaineen laskun riskin vuoksi sovellu. Vaihtoehtona ovat myös virtsaputkeen vietävä lääke sekä injektiohoito paisuvaiskudokseen. Eturauhasoireisen miehen on mahdollista aloittaa ennaltaehkäisevä jatkuva lääkitys, jotta eturauhasleikkaukselta välttäisiin. (Brusila 2011b, 45.) Herkkä siemensyöksy, eli alle minuutin kuluttua yhdynnän aloittamisesta tapahtuva ejakulaatio on myös useilla miehillä esiintyvä ilmiö. Toisilla

sitä esiintyy nuoresta asti, toisille se kehittyy vasta myöhemmällä iällä. SSRI-lääkitystä käyttävät miehet ovat kokeneet lääkkeen toimivan myös ennenaikaiseen siemensyöksyyn. Kyseessä on kuitenkin mielialalääke, joka muiden vaikutustensa vuoksi ei välttämättä kaikille sovi. Hoitona käytetään myös penikseen levitettäviä puudutteita. Lisäksi mies voi harjoittaa lantionpohjalihaksiaan ja näin oppia hallitsemaan siemensyöksyä. Myös masturbointi ennen aktia voi pidentää kestoa. (Brusila 2011b, 46.)

2.2.2 Psykososiaaliset muutokset

Todellisuudessa suurimmat seksuaalista aktiivisuutta vähentävät tekijät ovat psyykkisiä ja sosiaalisia. Monilla ihmisillä seksuaalisuuden merkitys ja ilmaisutavat muuttuvat ikääntyessä. Seksuaalisuutta saatetaan ilmaista enemmänkin läheisyydellä ja hellyydellä kumppanuutta korostaen kuin yhdyntä- ja intohimokeskeisesti. Kehon muuttuminen ja oman tai kumppanin terveydentilasta huolehtiminen voivat vaikuttaa halukkuuteen. Myös parisuhdeongelmat näkyvät herkästi seksuaalisen aktiivisuuden vähenemisenä. (Kelo ym. 2015, 64-65.) Ikävaiheeseen liittyvät ongelmat saattavat mietittyä. Oma identiteetti, itsetunto ja kehonkuva ovat monilla muutoksen alla. (Kontula 2013, 352.)

Sosiaaliset tekijät, kuten parisuhde, yksinäisyys, leskeys, asumisolot ja ympäristön asenteet ovat myös merkittävässä roolissa (Kelo ym. 2015, 65). Osa ikäihmisistä kohtaa avioeron, ja monet menettävät kumppaninsa jääden leskeksi. Sen myötä heidän elämästään saattaa kadota tueksi ja turvaksi koetun puolison lisäksi läheisyys. (Kontula 2013, 352.) Yksin jääminen aiheuttaa usein haluttomuutta, ja uuden sopivan kumppanin löytäminen voi olla haastavaa. Myös omaiset voivat suhtautua tuomitsevasti ikääntyneen toiveeseen uudesta kumppanista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 121.) Aiempina vuosikymmeninä leskeltä odotettiin uskollisuutta menehtynyttä kumppania kohtaan. Nykypäivänä yhä useammat lesket kaipaavat uutta kumppania vierelleen. (Kontula 2013, 355.) Ei ole kovinkaan harvinaista, että ikääntyneet rakastuvat, solmivat seurustelusuhteen tai ryhtyvät avoliittoon. Myös seksisuhteita ilmenee. (Kokkinen & Näslindh-Ylispangar 2012, 73.)

Ikääntyvä saattaa kohdata oletuksia siitä, miten hänen tulisi fyysisen ikänsä vuoksi käyttäytyä ja ”vääränlaista” käytöstä voidaan paheksua (Kontula 2013, 352). Laitoshoidossa elävien iäkkäiden seksuaalisuus ja siihen liittyvät tarpeet jäävät usein huomiotta. Yhtenä syynä tähän katsotaan olevan se, ettei velvoitteita laitosasukkaiden seksuaalisuuden huomioimiselle ole selkeästi määritetty. Pariskuntien oikeutta asua samassa huoneistossa voidaan myös rajoittaa. (Brusila 2010, 7.) Laitoksessa asuvan voi olla hankalaa toteuttaa seksuaalisuuttaan myös yksityisyyden puutteen vuoksi. Yksityisyyden puuttuminen voi johtaa julkiseen seksuaaliseen käyttäytymiseen, mikä taas koetaan häiritseväksi ja kiusalliseksi. (Kokkinen & Näslindh-Ylispangar 2012, 74.)

2.2.3 Sairaudet ja seksuaalisuus

Ikääntyminen tuo usein vähitellen mukanaan sairauksia. Yleisimmin seksuaalisuuteen vaikuttavat sydän- ja verenkiertohäiriöt, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, eturauhasen liikakasvu, neurologiset sairaudet sekä masennus. Myös opinnäytetyössä myöhemmin käsiteltävä muistisairaus vaikuttaa olennaisesti seksuaalisuuden ilmaisukykyyn. (Kelo ym. 2015, 64). Erityisesti sukupuoli-identiteettiä ja itsetuntoa horjuttavia sairauksia ovat sukupuolielimiin, ja naisilla myös rintoihin kohdistuvat sairaudet ja toimenpiteet (Brusila 2011a, 162).

Sairastuminen on aina kriisi, joka vaatii oman sopeutumisaikansa. Seksuaalisuus jää aluksi usein taka-alalle, mutta tilanteen hyväksytyään ihmisen on mahdollista suunnata eteenpäin olemassa olevien voimavarojen puitteissa. Tällöin on tärkeää saada tarvittaessa tukea ja neuvoja esimerkiksi lääkäriltä, hoitajalta, seksuaalineuvojalta tai potilasyhdistykseltä. (Brusila 2011b, 33.) Sairastuttuaan moni on huolissaan terveydentilastaan, ja voi pelätä yhdynnän olevan riskialtista. Yhdynnöille ei kuitenkaan ole terveydellistä estettä, jos ihminen pystyy kiipeämään kahden kerroksen verran portaita. (Kontula 2013, 352.)

Usein seksuaaliongelmien johtuvat myös sairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksista. Tällaisia lääkkeitä ovat erityisesti psyykenlääkkeet, verenpainelääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. (Kontula 2013, 352.) Oireet liittyvät yleisesti ha-

luttomuuteen, kiihottumisen ja orgasminsaannin vaikeuteen. Seksuaalista ylivirittynisyyttä esiintyy sivuoireena harvemmin, mutta se on mahdollista Parkinson-lääkkeenä käytettävän levodopan yhteydessä. Lääkityksen sivuoireista on hyvä puhua lääkärin kanssa. Ihmiset ovat yksilöllisiä lääkeaineiden vaikutusten suhteen, joten lääkävaihdosta tai annoksen pienentämisestä saattaa olla apua. (Brusila 2011b, 44.)

Joskus sairastuminen ja vastoinkäymiset voivat vaikuttaa myönteisesti seksielämään. Kun seksuaalisuutta ei pystytä toteuttamaan vanhaan totuttuun tapaan, on etsittävä toisenlaisia keinoja. Näin rajat ja roolit rikkoutuvat ja tilalle tulee uusia toimivia tapoja. Parhaassa tapauksessa uudet kokemukset avartavat ja korvaavat menetykset. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 122.)

2.2.4 Seksuaalisuuden toteuttaminen

Seksuaalisen toiminnan jatkaminen myöhäiselläkin iällä on todettu olevan monella tapaa terveyttä edistävää. Seksuaalisen aktiivisuuden tukeminen mahdollisimman pitkään on perusteltua sekä terveyden että hyvinvoinnin kannalta. (Kontula 2013, 361.) Iän myötä erilaiset keholliset rajoitteet ovat hyvin tavallisia, ja monet asiat täytyy opetella tekemään hieman eri tavalla. Erilaiset tuki- ja liikuntaelimistön leikkaukset, nivelkivut, sydänsairaudet sekä neurologiset sairaudet voivat vaikeuttaa myös yhdynnän toteuttamista totutulla tavalla. Tällöin on hyvä harjoitella uusia yhdyntäasentoja, jotta kumpikin osapuoli voi nauttia. (Parantainen 2011, 67.)

Vaikka keskimääräisesti yhdyntämäärät laskevat ikääntyessä, seksuaalinen aktiivisuus voi säilyä ennallaan. Monilla ikääntyneillä muut seksuaalisuuden muodot korvaavat yhdynnän (Kokkinen & Näslindh-Ylispangar 2012, 71). Joskus yhdynnöistä voidaan joutua terveydentilan vuoksi luopumaan kokonaan. Tällöin on hyvä muistaa, että ihmisen eroottisista elimistä suurin on iho, ja tunnetasolla kaikkein tärkein on sydän. Kivuliaana ja väsyneenäkin voi kokea lämpöä ja läheisyyttä halaamalla, silittelemällä, ottamalla kainaloon tai kertomalla kauniita sanoja. (Brusila 2011a, 167.) Myös seksuaalissävytteistä mielihyvää voi kokea monella tapaa. Ihmiset kokevat erilaiset asiat itselleen sopiviksi. Omia erityismielityksiä kannattaa etsiä ja kokeilla, sillä niiden

avulla elämästä voi tehdä paljon mielekkäämpää. Seksuaalisuutta voi toteuttaa esimerkiksi flirttailemalla, tanssimalla, mielikuvilla ja fantasioilla, pukeutumalla tai eroottista materiaalia katselemalla. (Väisälä 2011, 70-73.)

Jo julkisuuden henkilön ihastelusta tai keskustelusta kiinnostavan ihmisen kanssa voi saada paljon mielihyvää. Monet nauttivat kauniisti pukeutumisesta ja laittautumisesta, toisilla on erityisiä rooliasu- ja roolileikkimieltymyksiä. Eroottisluonteiset teksti- ja sähköpostiviestit sekä puhelinseksi ovat hyviä keinoja pitää yhteyttä kauempanakin asuvaan kumppaniin. Monille fantasiat ja mielikuvat ovat tärkeitä nautinnon lähteitä, joista voi nauttia yksinkin. Etenkin miehien on todettu kiihottuvan eroottisia filmejä ja pornoa katselemalla. Elokuvat voivat toimia henkilökohtaisena viihdykkeenä tai parin yhteisenkin kiihottumisen lähteenä. Eroottista kirjallisuutta voi hyödyntää samoin kuin liikkuvaa kuvaakin. (Väisälä 2011, 70-73.)

Myös ihokosketuksella voi viestiä monia eri asioita: eroottinen ihon koskettelu voi antaa osapuolille paljon tyydytystä. Suukot ja erityisesti suutelu saattavat ylläpitää seksuaalista virettä koko päivänkin. Sukupuolielinten hyväily käsin tai suulla on usein jopa nautinnollisempaa kuin yhdyntä ja sen avulla monet saavuttavat myös orgasmin helpommin. Etenkin miesten suorituspaineeet usein laskevat käsi- ja suuseksiä harjoittamalla, sillä niistä nauttimiseen ei vaadita välttämättä erektiota. (Väisälä 2011, 74-75.)

Itsetyydytys eli masturbaatio on oman itsen hellimistä. Se on hyvä keino saada nautintoa juuri itselle sopivalla tavalla sekä pitää seksuaalieleimistö toimintakykyisenä. Sooloseksissä voi kokeilla uusia itseä kiinnostavia asioita ja lisätä stimulaatiota esimerkiksi eroottisilla materiaaleilla tai käyttämällä apuvälineitä. (Väisälä 2011, 75.) Itsetyydyttämällä voi purkaa paineita ja rentoutua. Sen avulla voi opiskella itseään ja sitä mistä pitää. Itsensä hyvin tunteva ihminen osaa helpommin myös kertoa kumppanilleen millaisesta kosketuksesta nauttii. Masturbaatiota harjoittavat lähes kaikki jossain elämänvaiheessa ja tällä tavoin itsensä arvostaminen ja hyvänä pitäminen ovat rikkaita voimavaroja elämässä. (Parantainen 2011, 65.) Itsetyydytys on yleistynyt myös ikääntyneiden keskuudessa huomattavasti ja sen uskotaan lisääntyvän entisestään tulevaisuudessa (Kontula 2013, 357-358).

2.2.5 Seksin apuvälineet

Seksuaalisuuteen ja seksiin vaikuttavat monet asiat. Omasta seksuaalisuudesta huolehtiminen onkin tärkeää, vaikka seksi syystä tai toisesta olisi jäänyt vähemmälle, sitä ei ole ollenkaan parisuhteessa tai parisuhdetta ei ole. (Digman www-sivut 2013.) Seksivälineet voivat tuoda apua muun muassa tilanteissa, joissa ihmisillä on liikuntarajoitteita tai tuntopuutoksia. Apuvälineitä valittaessa on tärkeää huomioida fyysinen toimintakyky ja sen mukana tulleet mahdolliset rajoitteet. (Virtanen 2014.) Seksin apuvälineitä voi hyödyntää niin itsetyydytyksessä kuin kumppanin kanssa. Erilaisilla apuvälineillä voidaan tehostaa sukuelinten luonnollista toimintaa ja lisätä nautintoa tai mahdollistaa muuten hankalaksi koettu tai mahdoton seksiakti. (Virtanen 2014.)

Liukuvoiteilla voidaan vähentää ihon ja limakalvojen välistä kitkaa sekä lisätä tuntoherkkyyttä. Myös useimpien seksin apuvälineiden kanssa on suositeltavaa käyttää liukuvoideita. (Virtanen 2014.) Ikääntyneen limakalvot ovat herkäät, joten liukuvoiteiden ja hierontaöljyjen käyttö on suositeltavaa limakalvojen eheyden ylläpitämiseksi. Joissakin öljyissä on myös verenkiertoa vilkastuttavia ainesosia. Tämä saattaa vaikuttaa myönteisesti kiihottumiseen ja erektioonkin. (Digman www-sivut 2013.)

Mekaanisista seksivälineistä voidaan esimerkiksi mainita tekopenis. Tekopenisten lisäksi markkinoilla on muun muassa erilaisia dildoja eli sauvoja, jotka eivät muistuta penistä. Tekopeniksissä ja dildoissa voi olla myös moottori, jonka värinä voi auttaa rentoutumaan ja kiihottumaan. (Digman www-sivut 2013.) Sauvoja löytyy eri kokoisia ja mallisia, sekä erilaisista materiaaleista valmistettuja (Virtanen 2014).

Miehille on valmistettu peniksen juureen tai varteen asennettavia apuvälineitä. Näitä kutsutaan penistuiksi. On myös erilaisista materiaaleista valmistettuja penisrenkaita, jotka auttavat erektion ylläpitämistä. Myös penispumppua voidaan käyttää erektion saamiseen ja sen pysymiseen. (Digman www-sivut 2013.) Miehillä on tarjolla myös keinovaginoita (Virtanen 2014).

Seksivälineitä voidaan käyttää osana lääkinällistä kuntoutusta. Ikääntyneen fyysisen tai psyykkisen sairauden aiheuttaessa muutoksia toimintakykyyn, voidaan käyttää seksuaalineuvontaa tai -terapiaa. Seksin apuvälineeseen ja niihin tehtäviin muutoksiin voi

hakea korvausta, jos apuväline on katsottu osaksi lääkinnällistä kuntoutusta. Arvion tästä tekee asiakkaan kanssa esimerkiksi seksuaalineuvoja. Hoitava lääkäri sen sijaan kirjoittaa lausunnon maksavalle taholle. (Digman www-sivut 2013.)

2.2.6 Seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus ja neuvonta hoitotyössä

Sosiaali- ja terveydenhuollossa korostetaan aina ihmisten kohtaamista psyko- fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Holistisesta kokonaisuudesta näyttää kuitenkin usein jäävän huomioimatta seksuaalisuuden alue. Seksuaalisuudesta ei välttämättä puhuta, eikä aluetta kartoiteta yhtä hyvin kuin muita terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavia asioita. Työntekijät usein odottavat asiakkaiden ja potilaiden ottavan itse aiheen puheeksi jättäen vastuun heille. On kuitenkin tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset toimisivat aloitteentekijöinä ja antaisivat luvan seksuaalisuudesta puhumiselle ja sen harjoittamiselle. (Ilmonen 2006, 43.) Yhteinen kommunikaatio ja molemminpuolinen luottamus ovat perusta ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta puhumiselle. (Rautasalo 2008, 35-36.)

Seksuaalineuvonta on oleellinen osa ehkäisevän terveydenhuollon palveluita. Palveluiden järjestäminen kuuluu terveyskeskuksille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on koordinoinut seksuaalineuvojien verkostoa ja lisännyt yhteistyötä eri toimijoiden kesken. THL on tuonut ilmi malleja toiminnan organisoinnista ja jakanut vertaistietoa ja -tukea. Seksuaalineuvontapalvelut ovat saaneet näkyvyyttä THL:n avulla. Kolmannella sektorilla on myös paljon toimijoita, jotka tuottavat seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa. Tällaisia ovat muun muassa Sexpo-säätiö, Suomen Punainen Risti ja Väestöliitto. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 40-41.)

Hoitotyön osa-alueena seksuaalisuus käsitellään osana ammatillista työtä, kun taas ikääntyvien ihmisten näkökulmasta seksuaalisuus näyttäytyy tunteina, puheina ja käyttäytymisenä. Hoitotyöntekijät ovat tällaisissa tilanteissa työntekijän roolissa ja tällöin he eivät ole osallisena omien henkilökohtaisten seksuaalisten tunteittensa tasolla, kuten hoidettavansa. (Rautasalo 2008, 35.)

Auttamistilanteessa työntekijä toimii ihmiskuvansa, elämäkokemuksensa, koulutuksensa ja ammatillisen viitekehyksen pohjalta. Seksologian alueella erityisen tärkeää on oman seksuaalisuuden kohtaaminen. Hoitotyön ammattilaisten tulisi siis työskennellä omien seksuaalisuuteen liittyvien tunteiden, normien, ajatusten, asenteiden ja uskomusten kanssa. Omat kokemukset seksuaalisuuteen liittyen ja lapsuudesta lähtien koe-tut normit vaikuttavat suhtautumiseen seksuaalisuudesta ja sukupuolisuudesta. Asenteisiin vaikuttavat myös, miten asioita on opetettu ja miten asiat on annettu ymmärtää. Seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja uskomukset omaksutaan usein hyvin huomaa-matta kodin ja muun ympäristön vaikutuksessa. (Ilmonen 2006, 43.) Hoitotyön koh-taamisissa molemmat osapuolet tuovat kuitenkin suhteeseen osin tiedostamattomat omat kokemuksensa, asenteensa, ajatuksensa ja tunteensa (Rautasalo 2008, 35).

Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat ovat edelleen monille arkaluontoisia asioita. Empatiakyky on tällaisista asioista keskusteltaessa tärkeää. Empatiakyky edellyttää kykyä kuunnella ja rohkeutta kuulla mitä asiakkaalla tai potilaalla on sanot-tavana. Empatiakyvyn avulla pystymme myös vastaamaan tunnetason viesteihin, vaikka ne usein jäävätkin sanattomiksi. Eläytyvä kuuntelija on myönteinen ja osaa asettua puolueettomasti toisen tilanteeseen. (Ilmonen 2006, 43.)

Annon (1976) on kehittänyt toiminnallisiin seksuaaliongelmiin PLISSIT-mallin. Toiminnallisia seksuaaliongelmia ovat muun muassa haluttomuus, erektiohäiriöt, orgasmi- ja kiihottumisongelmat sekä toiminnalliset yhdyntäkivut. (Digman www-sivut 2013.) PLISSIT-mallin avulla seksuaalisuuden tukeminen voidaan jäsentää hoito-työssä seuraavalle neljälle tasolle: 1. P = permission, luvan antaminen, 2. LI = limited information, kohdennettu tieto, 3. SS = specific suggestions, erityiset ohjeet, ja 4. IT = intensive therapy, intensiivinen terapia. Tavanomaisissa hoitotyön kohtaamisissa hoitotyöntekijät voivat työstää ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen liittyviä asioita koulutustaustansa pohjalta. Hoitotyön peruspalveluissa, kuten seksuaaliohjauksessa ja -neuvonnassa, voidaan käyttää PLISSIT-malliin kuuluvaa luvan antamista ja sallimista, sekä rajatun tiedon antamista. (Rautasalo 2008, 35.)

Sallimisen ja luvan antamisen tasolla hyväksytään asiakkaan seksuaalisuus ja kuullaan hänen huoliaan ja ajatuksiaan seksuaalisuudestaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn-

tekijän kanssa voi keskustella muun muassa seksin merkityksestä, mahdollisesta haluttomuudesta, tunteiden ilmaisusta, itsetunnosta ja omasta kehokuvasta sekä iästä ja seksuaalisuudesta. On tärkeää, että asiakas hyväksytään seksuaalisena ja että häntä tuetaan seksuaalisuutensa ilmaisemisessa positiivisella tavalla. Ikääntyvien ihmisten keho muuttuu, joten he tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa ymmärtääkseen muutoksia ja niiden tuomia haasteita. Ikääntyessään ihminen joutuu luomaan uuden kuvan seksuaalisuudestaan. Rajatun tiedon antamisen tasolla asiakkaalle annetaan tietoa erityisistä seksuaalikysymyksistä. Ikääntyvien tulisi saada tietää ikääntymisen vaikutuksista seksuaalisuuteen, itsetyydytyksestä ja erilaisista tavoista toteuttaa seksuaalisuutta. Suurinta osaa ihmisistä pystytään auttamaan juuri näiden kahden mallin tasolla. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tulisi osata antaa seksuaalineuvontaa toimissaan ikääntyneiden kanssa. (Digman www-sivut 2013.)

Erikoispalvelut sen sijaan antavat erityisohjeita ja intensiivistä terapiaa. Erikoispalveluista voidaan mainita esimerkiksi erikoislääkärit, seksuaali- ja pariterapeutit, joiden kanssa voi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä kiperistä ongelmista ja saada niihin apuja ja ratkaisuja. Haluttomuus voi olla pitkäaikaista, yhdyntä voi tuottaa kipua, ikääntymisen myötä erektiohäiriöt yleisesti lisääntyvät tai voi olla orgasmiongelmia. Erityisohjeiden antamisen tasolla hoidetaan muun muassa näitä seksuaalisia toimintahäiriöitä lyhytterapeuttisin menetelmin. Intensiivisellä terapialla tarkoitetaan seksuaalisten ongelmien hoitoa pitkäaikaisella ja syvällisellä terapialla. (Digman www-sivut 2013.) Vanhuspalvelulaissa on säädetty, että kunnan tulee järjestää ikääntyneelle väestölle hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisesti terveydenhuollon palveluihin. Kuntien ja kuntayhtymien tulee varmistaa, että jokaisessa terveyskeskuksessa on käytettävissä riittävä määrä seksuaalineuvojia. Seksuaalineuvojilla tulee olla valmiudet erityisryhmien neuvontaan ja ohjaukseen. Terveydenhuollon henkilökunnan olisikin hyvä varautua iäkkäiden seksuaalineuvontaan ja ikääntyneiden palvelujen joustaviin sääntöihin. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 40, 62, 67.)

2.3 Muistisairaudet

Etenevät muistisairaudet ovat kansantauteja, jotka rappeuttavat aivoja ja heikentävät toimintakykyä. Muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä on kasvanut ja tulee vielä kasvamaan tulevaisuudessa, koska väestönrakenne muuttuu väestön ikääntyessä. Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn eli kognition osa-alueita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015). Edetessään etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan heikentymiseen, eli dementiaoireyhtymään (Muistiliiton www-sivut 2016a).

Muistisairaudet alkavat tyypillisesti lievästä kognitiivisesta heikentymisestä. Tämä tarkoittaa lieviä tiedonkäsittelyn muutoksia, jotka eivät liity tavalliseen muistiprosessin muutokseen ikääntyessä. Muutokset voivat kuitenkin olla hieman erilaisia, riippuen siitä mikä oireyhtymä on kyseessä. (Soinen & Hänninen 2015, 83-85.) On arvioitu, että aivomuutokset alkavat kuitenkin jopa kymmeniä vuosia ennen taudin varsinaisia kliinisesti havaittavia oireita. Käypähoitosuosituksen mukaan Suomessa on jopa 200 000 lievästä kognitiivisesta häiriöstä kärsivää (Muistisairaudet: Käypähoitosuositus 2017).

Monet käsittävät dementian erinäiseksi sairaudeksi. Se on kuitenkin oireyhtymä, jolla tarkoitetaan useamman kuin yhden tiedonkäsittelytoiminnon heikentymistä. Se aiheuttaa yleensä kyvyttömyyttä selviytyä itsenäisesti jokapäiväisissä toimissa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa. Dementia johtuu elimellisestä syystä. Sen syinä voivat olla etenevä muistisairaus, kuten Alzheimer, aivovamman pysyvä jälkitila, tai hoidolla parannettava sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.)

Muistisairaudet ovat yleisimpiä iäkkäillä ihmisillä, mutta esimerkiksi otsa-ohimolohkorappeumasta johtuvaa muistisairautta voi esiintyä työikäisilläkin. (Muistiliiton www-sivut 2016a). Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, joka käsittää 65-70 prosenttia kaikista muistisairauksista. Seuraavaksi yleisimpiä ovat aivoverenkierrosairauden muistisairaus ja Lewyn kappale -taudit, jotka molemmat käsittävät kaikista muistisairauksista noin 15 prosenttia. Otsa-ohimolohkorappeumat kattavat viisi prosenttia kaikista muistisairauksista. (Sulkava & Viramo 2015, 23.) Pitkäaikais-

hoidossa olevista vanhuksista jopa kolmella neljästä on muistisairaus (Sulkava & Vi-ramo 2015, 35).

Alzheimerin taudin varsinaista aiheuttajaa ei tunneta. Tiedetään, että aivoissa tapahtuu mikroskooppisia muutoksia, jotka aiheuttavat vaurioita hermoradoissa ja aivosoluissa heikentäen muistia ja tiedonkäsittelyn toimia. (Juva 2015.) Siihen liittyviä riskitekijöitä sen sijaan tunnetaan. Esimerkiksi korkea ikä, naissukupuoli, matala koulutustaso, kohonnut verenpaine, kolesteroli ja pitkäaikainen masennus voivat altistaa taudin synnylle. Sairastumiselle on havaittu myös geneettisiä yhteyksiä. (Telaranta 2014, 18.)

Tyypillisiä Alzheimerin taudin ensioireita ovat muistin heikentyminen ja mieleen paltuttamisen vaikeus. Toiminnanohjaus taas heikentyy tässä taudissa usein vasta muistin alenemisen jälkeen. (Soininen & Hänninen 2015, 84-85.) Erityisesti lähimuisti huononee ja uuden oppiminen vaikeutuu. Vanhat taidot säilyvät huomattavasti pidempään, kuin uudet. Sairauden edetessä keskivaikeaan vaiheeseen liittyy kielellisten toimintojen heikkeneminen. Potilailla esiintyy sanojen hakemista ja puheen ymmärtämisen vaikeutta. Myös näönvarainen hahmottaminen, kuten ihmisten tai esineiden tunnistaminen ja ympäristössä liikkuminen vaikeutuvat. Oireiden kirjoon kuuluvat myös toiminnanohjauksen heikentyminen, organisoitokyvyn, toiminnan suunnittelun, aloittamisen ja toteuttamisen vaikeus. Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että sairauden edetessä käytännölliset toimet, kuten ruuanlaitto, raha-asioiden hoito ja ostosten tekeminen koituvat hankaliksi. Vaikeassa vaiheessa ihmisen kyky pitää huolta päivittäisistä perustoiminnoista katoaa. Päivittäisiin toimintoihin kuuluvat esimerkiksi hygieniasta huolehtiminen ja tarpeilla käyminen. Viimeisimpänä katoavat myös kävely- ja puhekyky. (Juva 2015). Potilaat tarvitsevat käytännön apua tässä taudin vaiheessa. Suurella osalla myös käytösoireet ovat jo moninaisia. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 129, 131.)

Lewyn kappale –muutoksiin liittyviä sairauksia ovat Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä Lewyn kappale –taudin ja AT:n eli Alzheimerin yhdistelmä. Nämä sairaudet kattavat noin 10-15% kaikista etenevistä muistisairauksista. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.) Taudin kestoksi on raportoitu 2-12 vuotta, riippuen taudinkuvasta. Oireet voidaan jakaa tiedonkäsittelyssä ilmeneviin oireisiin, Parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Näiden tautien alkuvaiheiden oirekirjoon ei useinkaan kuulu

selvää muistivaikeutta. Lewyn kappale –taudin alkuvaiheelle on tyypillistä unihäiriöt, tajunnan menetykset ja kaatuilut. Tyypillistä näille taudeille on myös tarkkaavaisuuden ja huomiokyvyn heikkeneminen ja suunnitelmallisuuden vaikeus. Oireita esiintyy noin 75 %:lla jossain taudin vaiheessa ja ne vaihtelevat yksilöittäin. Parkinsonismin kaltaisia oireita ovat muun muassa lihasjäykkyys, liikkeiden aloittamisen ja suorittamisen vaikeus, sekä kävelyvaikeudet ja niitä esiintyy 40- 90 %:lla potilaista. Lepovapina on sen sijaan harvinaisempaa. Psykoottista oireilua esiintyy 30-60%:lla. Näitä ovat erityisesti hallusinaatiot eli näköharhat sekä harhaluulot. (Rinne 2015, 165-166.)

Moniin keskushermostosta peräisin oleviin sairauksiin liittyy tiedonkäsittelyn heikkenemistä, joka voi edetä dementian tasoiseksi. Parkinsonin tauti liittyy Lewyn kappale -muutoksiin. On arvioitu, että Suomessa on 10 000 Parkinson potilasta. Taudin perussy on väliaivojen dopaminienergisten hermosolujen etenevä tuhoutuminen, joka johtaa dopamiinin puutteeseen. Ennen motoristen häiriöiden ilmaantumista esiintyy useita ei- motorisia oireita kuten ummetusta, hajuaistin häviämistä, REM-unihäiriöitä sekä muita autonomisen hermoston ja tiedonkäsittelyn oireita. (Rinne & Karrasch 2015, 157-158.)

Otsa-ohimolohkorappeuma tarkoittaa nimensä mukaisesti aivojen otsalohkojen ja ohimolohkojen kuduskatoa (Erkinjuntti ym. 2015, 21). Taudille on tyypillistä persoonallisuuden muutos. Käyttäytyminen muuttuu ja sosiaalinen selviytyminen heikkenee. Näillä potilailla asioiden muistissa säilyttäminen on usein tehokkaampaa kuin Alzheimerin taudissa. (Soininen & Hänninen 2015, 86-87.) Otsa-ohimolohko rappeuma käsittää kolme oireyhtymää: otsaohimolohko dementian, etenevän sujumattoman afasian ja semanttisen dementian. (Remes & Rinne 2015, 172.) Etenevä sujumaton afasia tarkoittaa työlästä puheen tuottoa, fonologisia ja kieliopillisia virheitä, yksinkertaisia lauserakenteita sekä sanojen löytämis- ja nimeämisvaikeutta. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia johtuu aivoverenkierron sairauksista, kuten aivohalvauksen tai infarktin jälkitiloista. Aivoverenkierron sairaudet voivat johtua hemodynaamisista syistä, kuten esimerkiksi ateroskleroosista tai korkeasta verenpaineesta. (Erkinjuntti ym. 2015, 18.) Verisuoniperäinen dementia on toiseksi yleisin

etenevän muistisairauden syy. Sen päätyyppejä ovat pienten ja suurten aivoverisuonten taudit. Toinen ryhmä on samanaikaisesta muistisairaudesta ja aivoverenkiertosairaudesta johtuva tiedonkäsittelyn heikentymä. Aivoverenkiertosairauden preventiolla pystytään mahdollisesti ehkäisemään tapausten uusiutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Aivoverenkiertosairauden muistisairaudelle on usein tyypillistä nopea alku, sekä neurologiset oireet. Pienten verisuonten tauti johtuu aivojen pienten läpäisevien verisuonten ahtaumisesta tai vuodosta. Kliiniseen taudinkuvaan kuuluu muun muassa tiedonkäsittelyn heikentymä, kävelyn epävarmuus, masennus ja äkilliset puutosoireet. Suurten verisuonten tauti liittyy muun muassa sydänperäisiin aivoinfarkteihin sekä pienten verisuonten tautiin. Tiedonkäsittelyyn liittyviä varhaisoireita voivat olla esimerkiksi muistihäiriöt, toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden häiriöt sekä kielelliset häiriöt. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137, 144, 147.)

2.3.1 Käyttöoireet

Muistisairaus voi aiheuttaa haitallisia muutoksia käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Näitä haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia kutsutaan käyttöoireiksi. Psykkisiä käyttöoireita ovat muun muassa aggressio, masennus, apatia, harha-aistimukset ja -luulot sekä itsensä vahingoittaminen. Usein sairastuneella esiintyy myös poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuutumista, tavaroiden keräilyä ja kätkemistä sekä seksuaalisia käyttöoireita. (Erkinjuntti ym. 2015, 20).

Käyttöoire voi olla muistisairauden ensimmäinen oire. Arviolta eniten häiriöitä ilmenee uni- ja valverytmisissä sekä persoonallisuuden muuttumisessa. Käyttöoireita esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa ja ne voivat ilmentyä ennen tiedonkäsittelyyn liittyviä oireita. Tutkimusten mukaan hoitajien ja omaisten jaksamisen kannalta käyttöoireet ovat kuormittavimpia. Käyttöoireita oikein hoitamalla voidaan auttaa huomattavasti potilasta, omaisia ja hoitohenkilökuntaa. (Vataja & Koponen 2015, 90-91.) Joissakin muistisairauksissa käyttöoireet kuuluvat diagnostisiin kriteereihin. Esimerkiksi Lewyn kappale -taudille tyypillisiä ovat varhain ilmentyvät näköharhat sekä muutokset mielialassa. Otsa-ohimolohkorappeumissa ilmentyy persoonallisuuden ja

käyttäytymisen muutoksia, kuten impulsiivisuutta, apatiaa, estottomuutta ja masenusta. Potilaista 90 % kärsii käytösoireista jossakin taudin vaiheessa. On tyypillistä, että eri käytösoireita esiintyy samanaikaisesti. (Vataja & Koponen 2015, 90-91.)

Yhdysvaltalainen geriatrian neuropsykiatri Wornell kuvaa tutkimusjulkaisussaan ”A Different view of sexual behavior”, että tunne-elämän vääristyminen ja muuttuminen muistisairauden myötä on huomattava ilmiö. Sairastuneen henkilön persoonallisuus voi vahvistua tai muuttua jopa täysin päinvastaiseksi. Persoonallisuus ei kuitenkaan katoa sairauden myötä. Tuntemalla sairastuneen persoonallisuutta voidaan ymmärtää paremmin hänellä ilmeneviä käytöshäiriöitä. Persoonallisuuden piirteet voivat vahvistua: usein esimerkiksi vainoharhaisuus ja mustasukkaisuus korostuvat. Käytöksen muutoksia ei kuitenkaan pystytä ennustamaan tai selittämään täysin. (Wornell 2013, 10-11.)

2.3.2 Muistisairauksien vaikutus seksuaalisuuteen

Muistisairaudet kuuluvat neurologisiin sairauksiin. Neurologisten sairauksien, kuten Parkinsonin taudin oireita, ovat kehossa ja raajoissa esiintyvä spastisuus, kommunikointiin ja syömiseen liittyvät vaikeudet, kognitiivisen toiminnan häiriöt, paksusuolen ja virtsarakon toimintaan liittyvät muutokset, kehossa ilmenevät tuntopuutokset sekä seksuaalisen halun muutokset. Neurologisten sairauksien vaikutukset seksuaalisuuteen ja seksielämään voivat olla suuret, sillä mielihyvä, tunteet, kiihottuminen ja orgasmikokemukset toteutuvat enimmäkseen aivoissa. (Roth 2016, 31.)

Muistisairaus ei vie seksuaalisuutta sairastuneelta, mutta se usein muuttaa sitä. Usein myös seksuaalisuuden ilmaiseminen muuttuu sairauden myötä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 577.) Ikääntyvän parin suhteessa kiintymyksen ja kumppanuuden ilmaisut normaalisti lisääntyvät, kun samanaikaisesti yhdyntöjen määrä vähenee (Rautiainen 2006, 236).

Muistisairaus saattaa aiheuttaa sukupuolisen mielenkiinnon häviämistä. Osalla potilaista esiintyy myös hyperseksuaalisuutta. Hyperseksuaalisuus ilmenee yleensä häirit-

sevänä seksuaalisena käyttäytymisenä, kuten julkisena masturbointina tai seksuaalisena ehdotteluna. Seksuaaliset käytösoireet esiintyvät yleensä lyhyinä jaksoina. (Vataja & Koponen 2015, 95.)

Seksuaaliset käytösoireet ovat muita käytösoireita harvinaisempia, ja muistisairaana käyttäytymistä voidaan useinkin tulkita väärin. Esimerkiksi riisuutuminen julkisesti voidaan tulkita seksuaalisena käytöksenä, vaikka se todellisuudessa johtuisi potilaan kuumuudesta tai epämukavasta olost. Sukupuolielimien koskettelu saattaa viestiä virtsaamistarpeesta, fyysisestä vaivasta tai kiristävästä vaipasta. Käyttäytymisen tulkittamiseen vaikuttavat ratkaisevasti ympäristössä vallitsevat moraalikäsitteet ja kulttuuri. Tavallisimpia seksuaalisia käytösoireita ovat seksuaaliset puheet ja ehdotukset, luvaton toisen henkilön intiimialueiden koskettelu ja julkisissa paikoissa masturbointi. Seksuaalisen käyttäytymisen kohteena voi olla kuka tahansa. Aggressiivisia tai muuten vaikeita seksuaalisia käytöshäiriöitä esiintyy vain harvoin. (Eloniemi-Sulkava ym. 2015, 581-582.) Parhaimmat hoitokeinot luodaan yhteisymmärryksessä moniammatillisen tiimin, omaisten ja potilaan kesken. Yhdessä pyritään ymmärtämään mistä oireet johtuvat ja mistä niissä on potilaan näkökulmasta kyse. Potilas voi olemassa olevilla kyvyillään ilmaista esimerkiksi läheisyyden kaipuuta tai huomionhalua. (Eloniemi-Sulkava ym. 2015, 581-582.)

Wornellin tutkimusjulkaisun ”A Different view of sexual behavior” mukaan muistisairaana persoonallisuuden piirteiden korostuminen ja muutos voidaan huomata myös seksuaalielämässä. Esimerkiksi seikkailunhaluisuus ja spontaanius saattavat ilmetä seksuaalisen jännityksen hakemisena tai riskien ottamisena. Seksuaalikäyttäytymisessä korostunut aggressiivisuus saattaa säikäyttää seksikumppanin. (Wornell 2013, 11-20, 26.)

On vielä epäselvää, mitkä aivomuutokset vaikuttavat seksuaalikäyttäytymisen muutoksiin. Tiedossa on kuitenkin joitain yhteyksiä: esimerkiksi vaurion hypotalamuksessa on osoitettu lisäävän seksuaalikäyttäytymistä. Muistisairaudesta riippuen muutokset esiintyvät aivojen eri osissa ja toiminnoissa. (Wornell 2013, 29-30.) Esimerkiksi Lewyn –kappale taudissa etummaisen aivolohkojen vauriot ja limbisen järjestelmän häiriöt aiheuttavat estottomuutta ja sopimatonta seksuaalikäyttäytymistä (Wornell 2013, 32).

Korhosen (2014) ”Seksuaalinen hyvinvointi etenevissä muistisairauksissa” -projektissa on selvitetty kyselykartoituksen ja teemahaastattelujen avulla muistisairaana seksuaalisuuden ilmenemistä hoitohenkilökunnan ja muistisairautta sairastavien puolisoiden (n=56) kokemana. Projekti on tehty Oulun eteläisillä ja Etelä-Pohjanmaan alueilla. Kyselyllä selvitettiin muistisairauden vaikutuksia sairastuneen seksuaalisuuteen. Siinä kartoitettiin myös muistisairauksien vaikutuksia parisuhteeseen ja muutoksia arjen rooleissa. Projektissa selvitettiin muistisairauteen sairastuneiden läheisiltä heidän kokemaa tuen tarvetta. Tämän projektin kyselyn mukaan muistisairaudella ei näytä olevan suurta merkitystä sukupuolielämään. Kyselyyn vastanneiden mukaan ikääntymisellä on suuremmat vaikutukset sukupuolielämän muutoksiin. Vastanneista kuitenkin yli puolet olivat tyytymättömiä sen hetkiseen sukupuolielämään. He kokivat, että seksuaalinen halu on vähentynyt ja sukupuolielämän tärkeys on vähentynyt puolison muistisairauden myötä. (Korhonen 2014, 9-17.)

Suurin osa muistisairaista ihmisistä tarvitsee pitkäaikaishoitoa viimeistään taudin loppuvaiheessa. Pitkäaikaishoitopaikoissa usein ongelmana on henkilön yksityisyyden säilyttäminen ja pariskuntien pääsy samaan hoitopaikkaan tai huoneeseen, mikäli he molemmat ovat sairaita. Ongelmia esiintyy myös seksuaalisuuden toteutumisessa sekä ilmenemisessä. Asukkaiden yksityisyyttä olisi tärkeää arvostaa esimerkiksi koputtamalla huoneen oveen ennen sisääntuloa. Huone on asukkaan omaa aluetta ja ainoa yksityinen tila, jossa hänen tulee saada rauhassa toteuttaa itseään. (Wornell 2013, 58-61.)

Hoitokodeissa työntekijöiden on tärkeää osata tunnistaa häiriökäyttäytyminen esimerkiksi tilanteessa, jossa toinen osapuoli on pakotettu seksiin. Henkilökunta tulisi kouluttaa kohtaamaan seksuaalisia käytöshäiriöitä siten, että oma ja muiden turvallisuus sekä myös potilaan oikeudet otetaan huomioon. On arvioitu, että 5-10%:iin vanhukista kärsii jonkin asteisesta hyväksikäytöstä ja 5% näistä on seksuaalista pahoinpitelyä tai hyväksikäyttöä. Suurin osa uhreista on naisia ja suurin osa tekijöistä on miehiä. Tutkijoiden mukaan seksuaaliset hyväksikäytöt ja ahdistelut ovat aliraportoituja ja tutkittuja. Suurin osa raportoiduista tapauksista on tapahtunut hoitokodissa. Seksuaalista hyväksikäyttöä tai ahdistelua voi esiintyä kuitenkin myös kotona, johon osallise na

voi olla esimerkiksi sukulainen, perheenjäsen, hoitaja tai puoliso. (Wornell 2013, 66-67.)

Vanhusten hoitokodeissa on kohdattu tapauksia, joissa muistisairas ihastuu toiseen asukkaaseen tai kokee seksuaalista mielenkiintoa asukasta kohtaan. Tällaiset tilanteet ovat haastavia sekä hoitohenkilökunnan, että erityisesti omaisten kannalta, varsinkin jos muistisaira on vielä elossa. Tällöin henkilökunnan tehtävänä on auttaa omaista ymmärtämään muistisairauden vaikutukset käyttäytymiseen ja kognition laskuun. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 581.) Henkilökunta voi olla osaamaton reagoimaan tilanteeseen. Usein seksuaalikäyttäytymiseen määrätään vain rauhoittavaa lääkitystä, eikä paneuduta todelliseen ongelmaan. (Wornell 2013, 55-58.) Avoin keskustelu yhdessä puolison kanssa on hyvä lähtökohta. Tavoitteena on, että kaikki tilanteessa olevat osapuolet ymmärtäisivät tilanteen myös muistisairaana näkökulmasta. On myös tärkeää muistaa, että pääsääntöisesti muistisairaana lapset eivät päätä vanhempien seksuaalisen käyttäytymisen oikeuksista. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 581.)

2.3.3 Muistisairauksien vaikutus parisuhteeseen

Muistisairaus muuttaa parisuhdetta väistämättä, muttei aina huonompaan suuntaan. Ikääntyminen ja kumppanin tai itsensä sairastuminen muistisairauteen aloittaa usein hoivasuhteen parisuhteessa. Hoivasuhde voi joko lisätä läheisyyttä tai vähentää sitä. (Muistiliiton www-sivut 2016b.) Terve puoliso joutuu ottamaan enemmän vastuuta perheen asioiden hoitamisesta, jolloin puolisoiden tasavertaisuus vähenee. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 577.)

Sairauden aiheuttamat toiminta- ja kommunikaatiokyvyn muutokset sekä sosiaalisen verkoston mahdollinen kapeutuminen voivat aiheuttaa tilanteen, jossa parisuhteeseen tulee riippuvuutta. Tämä voi kuormittaa molempia osapuolia. Muistisairaana puhe voi muuttua suuremmaksi, joka saattaa loukata kumppania. Toisaalta sairastunut saattaa vaikuttaa etäiseltä, mikä voi johtua kommunikaatiokyvyn heikkenemisestä. Puolison muuttunut käytös saattaa pelottaa ja vaivata kumppania. (Muistiliiton www-sivut 2016b.) Eloniemi-Sulkava, Notkola, Hämäläinen, Rahkonen, Viramo, Hentinen, Ki-

velä ja Sulkava ovat kerännet aineiston (Spouse caregiverstarkoit perceptions of influence of dementia on marriage), jossa kolmannes puolisohoitajista kertoo sairastuneen puolison hellydenosoitusten lisääntyneen muistisairauden edetessä. Puolisohoitajat kertoivat myös häiritsevän mustasukkaisuuden ilmenemisestä 70 %:lla muistipotilaista jossakin sairauden vaiheessa. Muistisairauden edetessä vastavuoroinen keskustelu parisuhteen ongelmista saattoi käydä mahdottomaksi ja terve puoliso jäi helposti asioidensa kanssa yksin. Tutkimustieto kerättiin teemahaastattelujen avulla puhelimitse Suomessa asuvilta pariskunnilta (n=42), joista toinen on sairastunut muistisairauteen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 577.)

Toisen dementoituminen vaikuttaa suuresti parisuhteeseen. Dementoitunut ei useinkaan pysty täyttämään kumppanin toiveita ja odotuksia puolisona olemisesta. On kuitenkin todettu, että tällaisissa tilanteissa molemminpuoliset hellydenosoitukset ja kiintymys usein jopa lisääntyvät. (Rautiainen 2006, 236.) Parisuhteen muuttuessa puoliset voivat tarvita erilaista tukea selviytyäkseen parisuhteen muutoksista ja haasteista. Parisuhteen jäljellä olevat positiiviset ominaisuudet on nähty olevan terveille puolisoille jaksamisen voimavara. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 578.)

Pussisen (2015, 26-27) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä ”Muistisairaus ja seksuaalisuus parisuhteessa: Muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoidensa tiedon ja tuen tarpeiden kartoittamisen projekti” tarkoituksena oli kehittää muistisairaahan henkilön ja hänen puolisonsa seksuaalista hyvinvointia edistävä käytäntö. Opinnäytetyössä teemahaastattelut kohdistettiin neljälle pariskunnalle, joista toinen osapuoli on muistisairas. Haastattelut järjestettiin pienryhmissä: neljä muistisairasta haastateltiin omassa ryhmässään ja neljä puolisoa omassaan. Myös kahdelle muistisairaiden parissa työskentelevälle ammattilaiselle järjestettiin yksilöhaastattelu.

Teemahaastattelujen tuloksista kävi ilmi pariskuntien kokemusten ristiriita: muistisairaat kokivat parisuhteen pysyneen entisellään sairastumisesta huolimatta, kun taas terveet puoliset kokivat sairastumisen vaikuttaneen kaikkeen. Puoliset kokivat parisuhteen muuttuneen enemmänkin hoivasuhteeksi. He kokivat raskaaksi myös sairastuneen puolison lähimuistin heikkenemisen ja siitä johtuvan asioiden toistelun. Muistisairaat sen sijaan kertoivat keskustelun olevan entistäkin antoisampaa. He kokivat, että muistisairauden tuomista muutoksista voitiin puhua avoimesti puolison kanssa.

Ammattilaisten vastaukset myötäilivät terveiden puolisoiden näkökulmaa. (Pussinen 2015, 29.)

Suurin osa terveistä puolisoista koki tärkeäksi läheisyyden, ja he kokivat myös muistisairaalla puolisoilla säilyneen huolehtimisen, huomaavaisuuden ja läheisyydenkäi-puun. Mukavaa yhteistä tekemistä, kuten saunomista pidettiin parisuhteen hyvinvoinnin kannalta tärkeänä. (Pussinen 2015, 30.)

Puolisot kokivat tärkeäksi myös tiedonsaannin ja tuen. He olisivat kaivanneet enemmän tietoa muuttuvasta parisuhteesta jo puolison muistisairauden alkuvaiheessa. Muistisairaajat eivät kokeneet tarvitsevansa tietoa tai tukea tilanteessa. Haastatteluiden perusteella parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvä esitemateriaali on tarpeen ja tätä puolsivat myös haastatellut ammattilaiset. (Pussinen 2015, 31.)

Korhosen (2014, 10-13.) tekemän projektin tulosten mukaan muistisairaus vaikuttaa jo hyvin varhaisessa vaiheessa puolisoiden jokapäiväiseen elämään ja parisuhteeseen. Muutoksia tapahtuu myös arjen rooleissa, sillä terveen puolison pitää ottaa enemmän vastuuta asioista ja hoitaa muistisairaankin asioita enenevässä määrin. Tämä vähentää näin ollen kokemusta tasavertaisuudesta ja kumppanuudesta. Suurimmaksi tekijäksi onnellisuuden kannalta koettiin olevan rakkaus, sillä vastanneista kolme neljäsosaa piti sitä merkityksellisenä. Melkein puolet vastanneista kokivat, että sairastuneen hellydenosoitukset olivat säilyneet ennallaan. Muutama vastanneista oli huomannut, että sairastuneen kyky huomioida kumppania oli lisääntynyt.

2.4 Muistisairaajan omaishoitajuus

Omaishoitaja on henkilö, joka huolehtii sairaasta tai ikääntyvästä läheisestä. Omaishoitajuutta voi toteuttaa täyspäiväisesti tai työn ohella. Jotta saa virallisen omaishoitajan nimikkeen, tulee sitä hakea kunnan sosiaalitoimelta. Näin toimesta on mahdollista saada myös rahallista tukea sekä muita avustavia palveluita. (Muistiliiton www-sivut 2017.)

Omaishoitaja voi hoitaa läheistään velvollisuudesta, mutta motiivina on usein kuitenkin rakkaus ja auttamisen halu. (Salpakari 2016, 16.) Muistisairaana omaishoitajana toimiminen on usein henkisesti kuormittavaa. Omaishoitajan aiempi psyykkinen oireilu lisää jo työn myötä olemassa olevaa masennusriskiä. Etenkin hoidettavan suuri koko ja hoitajan rajoittunut fyysinen toimintakyky tekevät omaishoitajuudesta fyysisestikin raskasta. (Vainikainen 2016, 80.) Sairauden edetessä muistisairas tarvitsee jatkuvasti enemmän huolenpitoa. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on usein niin sairastuneen kuin omaishoitajankin toive. Tällöin on tärkeää huolehtia tarpeellisista kotiin saatavista tukipalveluista. (Muistiliiton www-sivut 2017.)

Ennen omaishoitajaksi ryhtymistä on tärkeää pohtia omia jaksamisen rajoja ja resursseja. On hyvä keskustella tilanteesta läheisten ja mahdollisesti terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Omaishoitajan on ensiarvoisen tärkeää huolehtia omasta jaksamisesta. Läheisestä huolehtimisen lisäksi on muistettava tehdä itselle merkityksellisiä asioita, kuten harrastaa ja ylläpitää sosiaalisia suhteita. Myös vertaistuesta voi löytää voimia arjessa jaksamiseen. (Muistiliiton www-sivut 2017.) Omaishoitajan ja sairastuneen on tärkeää tehdä yhdessä asioita, jotka on ennen sairastumistakin koettu merkityksellisiksi. Tämä lisää elämän mielekkyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Vainikainen 2016, 81-82.) Muistisairaana ihmisen käyminen päiväkuntoutuksessa auttaa omaishoitajaa saamaan tärkeitä omia hetkiään. Oman kunnan sosiaalitoimesta voi tiedustella lyhytaikaishoitoa. Tätä voidaan järjestää joko tarvittaessa tai säännöllisesti toistuvana. (Muistiliiton www-sivut 2017.)

Muistisairaana seksuaalisuus ja sen ilmeneminen eri tavoin saattavat aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta omaisissa. Ongelmatilanteissa on tärkeää puhua tilanteesta avoimesti ja asioiden oikeilla nimillä. Omaisen kannattaa puhua asioista lähimmän hoitajan ja hoitavan lääkärin kanssa. Hoitoyhteisössä moniammatillinen lähestymistapa antaa parhaat mahdollisuudet ongelman ratkaisemiseen. Omaisten voi olla välillä vaikea kohdata muistisairaana ihmisen seksuaalisuutta. Häiritsevää ja ympäristöä loukkaavaa seksuaalista käyttäytymistä ei kuitenkaan kenenkään tarvitse eikä kuulu sietää, taikka hyväksyä. Tätä on syytä myös korostaa etenkin muistisairaana puolisolle. Huonosta käytöksestä voi huomauttaa muistisairaalle ihmiselle. Tämä tulee kuitenkin tehdä päätteisesti ja ystävällisesti muistisairasta alistamatta tai nolaamatta. Myös huumori ja lei-

kinlasku saattavat pelastaa monista kiusallisista ja hankalista tilanteista. Tässä kannattaa olla kuitenkin varovainen, sillä muistisairas saattaa ottaa ainakin seksuaalissävytteiset vitsit suorana ehdotuksena. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 580-581.)

3 PROJEKTIN MENETELMÄT

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta. Sen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, sekä kehittää ja arvioida olemassa olevaa teoriaa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsaustyyppiä on useita erilaisia. On tärkeää huomioida mihin tarkoitukseen katsaus tehdään ja valita sen perusteella sopiva menetelmä. (Stolt ym. 2016, 7-8.) Opinnäytetyöhön valikoitui sopivaksi menetelmäksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan muun muassa etsiä vastauksia kysymyksiin "mitä ilmiöstä tiedetään?" tai "mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet?". Uudet ja erilaisetkin näkökulmat ovat usein löydettävissä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ohjaava tekijä on täsmällinen ja rajattu tutkimuskysymys, joka muodostetaan ennen tiedonhakuja. Tutkimuskysymyksen muodostaminen on ensimmäinen vaihe, kun katsausta lähdetään työstämään. Tutkimuskysymys tulee valita niin, että se vastaa työn tarkoitusta: laajan tutkimuskysymyksen avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta, kun taas rajatun tutkimuskysymyksen tulokset mahdollistavat ilmiön syvällisemmän tarkastelun. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Toisessa vaiheessa aineistoa etsitään tutkimuskysymykseen keskittyen hakusanojen sekä lausekkeiden avulla olennaisista tietokannoista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston muodostaa tarkasteltavan aiheen kannalta merkityksellinen tutkimustieto. Aineisto haetaan elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisella

haulla. Aineiston tärkein ominaisuus on, että sen avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella tarkoituksenmukaisesti. Usein aineiston halutaan olevan myös viimeaikaisinta tutkimustietoa. Ekspliisiittisen valinnan mukaan tehdyssä aineistovalinnassa keskitytään löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin, mutta tuloksia voidaan rajata asettamalla myös muun muassa aika- ja kielirajoituksia. Rajoituksista voidaan kuitenkin poiketa, mikäli se on tutkimuskysymyksen kannalta edullista. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa oleellisinta on valittujen aineistojen sisältö ja niiden suhde toisiinsa. (Kangasniemi ym. 2013 295-296.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat keskeinen osa hakuprosessia ja ne auttavat keskeisen kirjallisuuden tunnistamisessa. Hyvin määritellyt kriteerit varmistavat, että tutkimuksessa säilyy suunniteltu fokus. (Stolt ym. 2016, 26)

Tuloksia analysoidaan kriittisesti, jonka jälkeen niitä syntetisoidaan yhteen. Valitusta aineistosta pyritään luomaan selkeä kokonaisuus. Tutkittavan ilmiön kuvailun rakentaminen kerättyyn aineistoon perustuen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin. Tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin ja luoda uusia johtopäätöksiä. Kerättyä aineistoa ei ole tarkoitus siteerata, referoida tai esitellä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan vertailla aineistojen vahvuuksia ja heikkouksia sekä todeta niiden keskinäisiä eroavaisuuksia. Valittu aineisto tulee jaotella tarkasteltavan ilmiön kannalta merkityksellisten seikkojen mukaan esimerkiksi teemoittain tai tärkeimpien käsitteiden mukaan. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.)

Viimeiseksi tuodaan yhteen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset sekä pohditaan muun muassa prosessin eettisyyttä sekä luotettavuutta. Eettisyys ja luotettavuus ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa ja niitä voidaan parantaa koko työskentelyn ajan toimimalla johdonmukaisesti ja läpinäkyvästi. On tärkeää, että kirjallisuuskatsaus on toteutettu puolueettomasti ja pyrkimättä tarkoituksellisesti haluttuun tulokseen. Lopussa tarkastellaan ja pohditaan tulosten merkittävyyttä ja sitä, mitä ovat jatkotutkimusmahdollisuudet. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

3.2 Oppaan laadinnan teoreettiset perusteet

Opas auttaa lukijaa tietämään, oppimaan ja tekemään uutta. Opasta kirjoittaessa tulee

huomioida lukijan tarpeet. Lukija on kirjoittamisen kohde. Hyvää opasta kootessa tulee muodostaa oletus lukijasta. On tärkeää tietää, mitä lukija tietää, sillä teksti ei saa esittää liikaa perusasioita, eikä myöskään saa olla liian vaativa. Tärkeää on myös tiedostaa, mitä lukija haluaa, miten hän hyötyy ja mitä hän haluaa oppia tekstistä. Hyvän oppaan tarkoituksena on, että lukija osaa sen, mitä toivoo oppivansa ja minkä toivoo hallitsevansa. Rehellisyys, luottamus, sekä asiantuntijuus muodostaa hyvän tekstin. Tekstissä tulee huomioida, mitä kieltä lukija puhuu. Kullakin ammattiryhmällä on oma kielensä. Kielen tulee olla sellaista, jota lukija ymmärtää. Tekstin tyyli ja puhuttelutapa määräytyvät lukijan perusteella. (Rentola 2008, 92-97.)

On tärkeä tietää, miten suunnittelee, rakentaa sekä mitä visuaalisia elementtejä tekstissä käyttää. Koska opas pyrkii vaikuttamaan lukijaan, on hyvä tietää erilaisia vaikuttamisen keinoja, sekä hyödyntää niitä tekstissä (Rentola 2008,102). Tarkoituksena on käyttää oppaassa erilaisia vaikuttamisen keinoja. Esimerkiksi faktat vakuuttavat lukijan, ja luvuilla ja numeroilla kertominen vaikuttaa todelta (Rentola 2008, 104-105). Ymmärrettävässä oppaassa tulisi aina käyttää havainnollista yleiskieltä. Tärkeimmistä kohti vähemmän tärkeää -kirjoitustapa on hyvä menetelmä, sillä silloin myös vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein olennaisimmat asiat. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39, 42.)

Oppaan tärkeimmät osat luettavuuden kannalta ovat hyvä otsikko ja väliotsikot. Hyvä opas alkaa otsikolla, joka kertoo oppaan aiheen tai herättää lukijassa mielenkiinnon. Pääotsikon jälkeen toiseksi tärkeintä potilasohjeessa ovat väliotsikot joiden avulla teksti jaetaan sopiviin lukupaloihin. Hyvä väliotsikko toimii kuten pääotsikko, eli sen avulla kerrotaan alakohdan olennaisin asia. Väliotsikot ohjaavat lukijaa tekstin loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39-40.) Oppaan varsinainen teksti eli niin sanottu leipäteksti tulee opasta kirjoitettaessa vasta otsikoiden ja kuvien jälkeen. Erityyppiset ohjeet rakentuvat eri tavoin. Asioiden esittämistapana voidaan käyttää esimerkiksi aikajärjestystä, jolloin asia kerrotaan tapahtumajärjestyksessä (Torkkola ym. 2002, 43.)

Selkeä kappalejako on tärkeä asia loogisen esitysjärjestyksen rinnalla. Yhdessä kappaleessa tulisi kertoa vain yksi asia, koska tämä lisää oppaan ymmärrettävyyttä. Asiasta toiseen hyppivät virkkeet voivat vaikuttaa lukijasta todella sekaviltakin ja joskus

jopa koomisilta, jos asiat eivät kuulu toisiinsa. Kirjoittajan tulee myös miettiä, mitä kaikkea on oleellista kertoa. (Torkkola ym. 2002, 43.)

Hyvä ulkoasu ei ensisijaisesti tarkoita oppaan painossa käytettyä materiaalia. Taitto eli tekstin ja kuvien asetteleminen paperille sen sijaan vaikuttavat ulkoasuun. Hyvin taitettu opas houkuttelee lukemaan sen ja parantaa ymmärrettävyyttä. Tyhjää tilaa ei kannata pelätä – päinvastoin, sillä ilmava taitto lisää oppaan ymmärrettävyyttä. Oppaasta ei kannata tehdä liian pitkää eikä liian täyttä, sillä tämä tekee siitä epäselvän lukijalle. (Torkkola ym. 2002, 53.)

Kuvallinen viestintä on kuvan ja tekstin välistä synteisiä. Tilanne sekä aihe määrittelevät, kumpi näistä tavoista on voimakkaampi. Joskus hyvä kuva voi olla parempi kuin teksti, mutta joskus sen sijaan iskevä teksti voi olla kuvaakin vaikuttavampi. Useimmiten viesti saadaan perille parhaiten kuvan ja tekstin yhteisvaikutuksena. Tällöin kuva selittää tekstiä ja päinvastoin. Kuvan ymmärtämiseen ei tarvita kielitaitoa ja sanoma voi aueta yhdellä silmäyksellä. Kuva voi silti sisältää myös merkityksiä, joita kaikki eivät ymmärrä. Yhdessä kuvassa voi olla myös monta merkitystä tai viestiä. Kuvan tarkoituksen on usein selvittää ja selittää asioita, joita tekstissä käsitellään. Lisäksi sen tehtävä on myös taiton eli julkaisun tai jutun kokonaisilmeen jäsentäminen. Kuvaa voidaan käyttää täydentävänä tai korostavana, jolloin kuva vahvistaa tekstin vaikutusta. Kuva tai kuvitus voi myös olla luonteeltaan julkaisun tai jutun taittoa ja painotuotteen visuaalista ilmettä täydentävä. Tällöin se ei välttämättä liity välittömästi sisältöön. (Loiri & Juholin 1998, 52-53.)

Väreillä voidaan vaikuttaa ihmisen mieleen. Esimerkiksi vihreä väri koetaan yleensä rauhoittavaksi, sininen viilentäväksi ja punainen lämmittäväksi. Värien merkitys ei ole kuitenkaan yleismaailmallinen, koska eri kulttuureissa väreillä on eri merkityksiä. Seuraavaksi esitellään joitakin väreistä yleisesti syntyviä mielleyhtymiä. (Loiri & Juholin 1998, 112.)

Punainen koetaan vallankumouksen väriksi. Se voi samanaikaisesti sota ja rauhaa, rakkautta ja intohimoa sekä tulta. Punainen voi merkitä myös varoitusta, koska se on eräänlainen huomioväri. Purppuranpunaiseen on aina nähty liittyvän valta, voima ja kunnioitus. Punaisella on myös piristävä vaikutus. (Loiri & Juholin 1998, 112.)

Keltainen merkitsee yleisesti auringonvaloa, lämpöä ja läheisyyttä. Keski-eurooppalaisessa kulttuurissa keltaista pidetään hienotunteisuuden ja myös älykkyyden värinä. Keltainen väri on yksinään usein melko vaimea ja vähätehoinen, mutta erittäin voimakas ja tehokas yhdistettynä tummien ja voimakkaiden värien kanssa. (Loiri & Juholin 1998, 112.)

Vihreä koetaan rauhoittavaksi, sillä se muistuttaa ihmisiä luonnosta. Se symboloi uuden syntyä ja sillä on sekä meren että metsän voima. Vihreä väri liittyy myös vahvasti politiikkaan (keskusta, vihreät) sekä ympäristöjärjestöön Greenpeaceen. Sininen symboloi taivasta, henkiä, vettä ja jäätä. (Loiri & Juholin 1998, 112.) Sinisellä värillä on rauhoittava vaikutus. Sininen nähdään myös usein kylmänä värinä, jolla on vakava ja virallinen olemus – sinistä käytetään usein yritysten logoissa ja viestinnässä. (Askel terveyteen [www-sivut](#) 2017.)

Musta on sekä surun että juhlan väri. Se ilmentää tyylikkyyttä, arvokkuutta ja laatua. Se nähdään myös auktoriteetin, älykkyyden ja tiedon värinä. Musta on yksi vahvimista väreistä ja siihen on helppo rinnastaa muita värejä. (Askel terveyteen [www-sivut](#) 2017; Loiri & Juholin 1998, 112.) Valkoisella sen sijaan viitataan puhtauteen ja neitseellisyyteen ja toisaalta myös juhllisuuteen. (Loiri & Juholin 1998, 112.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas kirjallisuuskatsauksen avulla muistisaira-an seksuaalisuudesta. Kokoamme oppaaseen tiivistetyn tiedon aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Oppaan on täytettävä hyvän ohjausmateriaalin kriteerit ja sen tulee vastata yhteistyötahon toiveita. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä muistihoitajien ja muistisairaiden omaisten tietoisuutta muistisairauksista ja sen vaikutuksista seksuaalisuuteen.

Opinnäytetyönä toteutetun oppaan tavoitteena on antaa lisää tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tavoitteena on, että muistisairaani omaiset saavat tietoa muistisairaani seksuaalisuudesta ja sen puheeksi ottamisesta. Oppaan avulla haluamme madaltaa kynnystä käsitellä monille hankalaksikin koettua aihetta: seksuaalisuutta ja sen eri muotoja. Opinnäytetyön tavoitteena on myös tuottaa materiaalia muistihoitajille, jota he voivat käyttää potilasohjauksessa tukena.

Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena on kehittyä kirjallisuuskatsauksen tekemisessä sekä projektin suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tavoitteena on myös kehittyä kriittisenä tiedonhakijana ja ajattelijana. Kolmantena tavoitteena on syventää ammatillista osaamista muistisairaani kokonaisvaltaisen kohtaamisen, ja etenkin seksuaalisuuteen liittyvien tietojen ja taitojen saralla.

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projektitoiminnan tärkein lähtökohta on tarpeen selvittäminen. (Kuikka, Utriainen & Virkkunen 2012, 11.) Kun opinnäytetyön aiheeseen oli perehdytty aineistohauilla ja opinnäytetyön toteuttamisesta oli keskusteltu yhteistyötahon kanssa, päädyttiin laatimaan opas aiheesta. Opas on tarkoitettu muistisairaani omaisille ja ohjausmateriaaliksi Porin perusturvan muistihoitajille.

Projekti tarkoittaa joukkoa ihmisiä ja muita resursseja, joiden avulla suoritetaan tiettyä tehtävää. Projektille tulee myös asettaa budjetti ja aikataulu. Projektilla tulee olla selkeä päätepiste ja tavoite tai joukko tavoitteita. Projekti päättyy, kun nämä asetetut tavoitteet on saavutettu. (Kuikka ym. 2012, 7-9.)

Projektin suunnitteluvaiheella on tärkeä osuus projektin onnistumisen kannalta. Tämän vuoksi projektin suunnittelu tulisi toteuttaa huolella. Suunnitteluun kannattaa käyttää aikaa ja päätavoite tulisi pitää mielessä koko ajan. (Kuikka ym. 2012, 12.) Opinnäytetyöstä tehtiin ensimmäiseksi suunnitelma. Opinnäytetyösuunnitelmassa karotoitettiin olemassa oleva tutkimustieto aiheeseen liittyen. Suunnitelmaan määriteltiin myös alustavat olennaisimmat käsitteet ja niihin perehdyttiin kirjallisuuden avulla.

Myös alustava aikataulu määritettiin opinnäytetyön valmistumiselle. Suunnitelma esitettiin suunnitteluseminaarissa 25.2.2017, jossa siitä saatiin rakentavaa palautetta ohjaavalta opettajalta.

Suunnitelmaa kehitettiin vielä suunnitteluseminaarin jälkeen, sillä opinnäytetyön toteutustapaa muutettiin kirjallisuuskatsauksesta projektiluontoiseksi. Projektisuunnitelma hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla. Projektisuunnitelma lähetettiin myös hyväksyttäväksi yhteistyötaholle lupahakemuksia varten. Hyvän suunnitelman avulla pyrittiin helpottamaan työn aloitusta ja viemään projektia yhteiseen päämäärään. Suunnitteluseminaarin jälkeen perehdyttiin laajemmin löydettyyn teoria- ja tutkimustietoon, jonka jälkeen kirjoitusprosessi jaettiin kolmen tekijän kesken. Projektin avulla tuotettavaa opasta alettiin suunnitella vasta myöhemmin, kun teoriatietoa aiheesta oli kerätty.

5.1 Kohderyhmä

Projektille on tärkeää asettaa selkeä kohderyhmä, jottei projektin tavoite paisu liian suureksi. (Kuikka ym. 2012, 49.) Kohderyhmien ja asiakkaiden tarpeet tulisi selvittää selkeästi, jotta projektin tuotos vastaa niihin mahdollisimman hyvin. Projektin varsinaiset tulokset ja hyödyt pyritään kanavoimaan tälle valitulle kohderyhmälle. (Silfverberg 2007, 3, 39.) Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä on muistisairaiden omaiset. Oppaan avulla muistisairaana omaiset saavat tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Kohderyhmänä on myös Porin perusturvan muistihoitajat. Opas on tarkoitettu heille ohjausmateriaaliksi heidän työssään. Projektin kohderyhmälle ei voida määrittää tarkkaa lukumäärää, koska opas julkaistaan Intranetissä, johon hoitajilla on pääsy. Opas toteutetaan sähköisenä versiona, jota hoitajat pystyvät tulostamaan. Muistisairaiden omaisten määrästä ei ole myös tietoa, sillä opasta on tarkoitus jakaa juuri niille omaisille, jotka tarvitsevat tietoa ja tukea.

5.2 Resurssit ja riskit

Projektisuunnitteluun kuuluu myös mahdollisten riskien tunnistaminen ja niiden kartoittaminen. Kun projektin toteuttamisesta on tehty taustatyötä ja sen tarve on määritetty, voidaan laatia varsinainen projektisuunnitelma. Projektisuunnitelmasta tulee ilmetä projektin taustat, lähtökohdat ja tavoitteet. Siinä tulee myös mainita yhteistyökumppanit, kohderyhmä, toimenpiteet, organisaatio, budjetti ja tuotokset. (Kuikka ym. 2012, 12.) Projektin varattavat resurssit on määriteltävä selkeästi. Niiden tulee olla myös realistiset suhteessa tavoitteisiin ja projektin kautta tavoiteltaviin tuloksiin. Resurssit jaetaan henkilötyöhön, materiaaleihin, tarvikkeisiin sekä erilaisiin ostopalveluihin. Budjetti lasketaan näiden perusteella. (Silfverberg 2007, 7.) Projektissa henkilöresurssit koostuivat kolmesta Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijasta. Opinnäytetyön kirjallinen osuus on pyritty jakamaan siten, että kolme tekijää tuovat yhtä ison panoksen työhön.

Riskejä on sekä ulkoisia, että sisäisiä. Ulkoisia riskejä ovat muun muassa rahoitukseen liittyvät riskit ja ympäristön tuomat riskit. Sisäiset riskit johtuvat sen sijaan hankkeen omasta toteutusmallista. Hyvän suunnittelun avulla riskit voidaan kartoittaa ja näin ollen niitä pystytään välttämään. (Silfverberg 2007, 33-34.) Tämän projektin toteutumisen riskeinä ovat kolmen opinnäytetyöntekijän kommunikaation ongelmat, joita pyritään välttämään hyvällä suunnittelulla ja jatkuvalla yhteydenpidolla. Riskinä on myös oppaan toteutuksen epäonnistuminen. Opa ei välttämättä vastaakaan kohderyhmien toiveita. Tämä pyritään välttämään yhteydenpidolla yhteistyötahoon, jotta pystytään kartoittamaan heidän toiveet oppaan sisällöstä. Oppaan tavoitteet pyritään määrittämään myös selkeästi, ettei oppaan sisältö kasva liian suureksi. Aikataulu tuo myös riskin projektin toteutumiselle. Projekti ei välttämättä toteudu ajallaan, sillä opinnäytetyön tekemisen ohella täytyy suorittaa muitakin opintojaksoja ja muun muassa syventävä harjoittelu. Aikatauluongelmat ja näin ollen työn valmistumisen viivästyminen pyritään välttämään myös tarkalla suunnittelulla ja aikataulutuksella. Rahallisia resursseja opinnäytetyölle ei ole varattu, joten riskinä ovat mahdolliset myös taloudelliset kulut.

5.3 Aikataulusuunnitelma

Projektin aikataulu tulee suunnitella selkeästi ja realistisesti. Tämä auttaa projektin onnistumisessa. Projektin aikataulu kattaa koko hankkeen keston. (Silfverberg 2007, 7.) Jotta projektista ja sen etenemisestä saadaan selkeä kuva, on tärkeää luoda mahdollisimman yksityiskohtainen aikataulu. Aikataulu tulee suhteuttaa tavoitteisiin ja resursseihin. (Kuikka ym. 2012, 27.) Alustavan aikataulusuunnitelman mukaan tämän opinnäytetyön on tarkoitus valmistua helmikuussa 2018.

Ennen kuin projektina toteutettavaa opasta pystytään tekemään, on haettava tietoa kirjallisuuskatsauksella ja kirjoitettava teoretietoa aiheeseen liittyen. Vasta tämän jälkeen voidaan suunnitella mitä oppaasta tulisi löytyä, missä järjestyksessä aiheesta saatu tieto oppaassa esitetään ja miten opas asetellaan. Opinnäytetyöstä tehdään ensin myös sopimukset tekijöiden, ohjaavan opettajan, Satakunnan ammattikorkeakoulun ja tilaavan tahon kesken. Alustavan aikataulusuunnitelman mukaan opinnäytetyön aiheeseen tutustuminen alkaa tammikuussa 2017. Tämän jälkeen tehdään työnjako ja teoretietoon tulisi perehtyä lokakuuhun 2017 mennessä. Kirjallisuushakujen jälkeen materiaaleihin perehdytään ja kirjoitusprosessi aloitetaan. Teoriaperustan arvioidaan olevan valmis joulukuuhun 2017 mennessä. Yhteistyötaholta ja ohjaavalta opettajalta pyydetään palaute ja loppuraportti pyritään saamaan valmiiksi helmikuussa 2018.

5.4 Arviointisuunnitelma

Tässä opinnäytetyössä käytämme projektin alkuarvioinnissa ns. nelikenttäanalyysia eli SWOT-analyysia. Lyhenne SWOT tulee englannin kielen sanoista S=Strengths (vahvuudet), W=Weaknesses (heikkoudet), O=Opportunities (mahdollisuudet) ja T=Threats (uhat). (Silfverberg 2007, 16.) SWOT-taulukkoa voidaan käyttää itsearvioinnin apuna, johon kootaan projektin nykyiset vahvuudet ja heikkoudet, tulevaisuuden uhat ja mahdollisuudet. Väliarvioinnissa kiinnitämme huomiota projektille asetettuihin tavoitteisiin ja arvioimme projektin kulkua siihen asti. Olemme yhteydessä yhteyshenkilöihin, jotta meillä säilyy yhteinen päämäärä ja olemme samaa mieltä projektin tuotoksesta. Loppuarvioinnissa pyydämme palautteen yhteistyöhenkilöiltä eli Porin perusturvan kahdelta muistihoitajalta. Teemme myös itsearviointia ja arvioimme

muun muassa tavoitteiden saavuttamista ja ammatillisuuden kehittymistä projektin aikana.

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Satakunnan ammattikorkeakoulussa vuosikurssimme opinnäytetyöaiheet olivat työ-elämäyhteistyökumppanien tilaamia opinnäytetöitä. Keväällä 2017 aihe valittiin useiden erilaisten aiheiden joukosta. Kirjallisuuskatsaus aiheesta ”muistisairaana seksuaalisuus potilaan näkökulmasta” osoittautui mielenkiintoisimmaksi. Aihe on ajankohtainen ja hyvin tärkeä. Opinnäytetyön tekijätkin ovat huomanneet sen, miten seksuaalisuus jää usein hoitotyössä huomioimatta. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin aiheanalyysi-tehtävällä, jolloin tehtiin ensimmäinen aineistohaku. Aineistohaun avulla muodostettiin kuva jo olemassa olevasta tiedosta ja sen avulla selvisi tiedon vähäisyys koskien opinnäytetyön aihetta. Erityisesti potilaan näkökulmasta toteutetut tutkimukset ja kirjallisuus oli huomattavan vähäistä. Alustavassa aineistohaussa käytettiin apuna useita tietokantoja: Theseus, Finna, Melinda, Medic, Cinahl, Julkari sekä Doria.

Kun aiheeseen ja aineistoihin oli perehdytty tarkemmin, syntyi idea oppaasta. Oppaan avulla pystyttäisiin tiivistämään tietoa muistisairaana vaikutuksista seksuaalisuuteen. Opas haluttiin tuottaa avuksi muistisairaana omaisille ja se toimisi samalla myös potilasohjauksen materiaalina Porin perusturvan muistihoitajille. Ideasta keskusteltiin yhdessä yhteistyötahon kanssa, joka koki oppaan myös hyväksi ideaksi. Opinnäytetyön toteutusmenetelmä muuttui näin ollen projektiluontoiseksi. Myös hakukriteerit muokautuivat prosessin edetessä ja lähdemateriaalia alkoi löytyä enemmän.

Kirjallisuuskatsauksen työstäminen alkoi suunnitelman mukaisesti syyskuussa 2017. Tutkimuskysymyksiksi määritettiin: ”Miten ikääntyminen ja muistisairaudet vaikuttavat seksuaalisuuteen?” ja ”Miten ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuutta kohdataan?”. Tutkimuskysymyksiä muovattiin prosessin aikana useaan otteeseen. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden selkeytyessä myös täsmällisten tutkimuskysymysten määrittäminen helpottui. Tutkimuskysymykset tuottivat tuloksia, joiden avulla

päästiin tarkkailemaan tutkittavaa ilmiötä syvällisesti. Kirjallisuuskatsauksella saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuskysymysten pohjalta lähdettiin muodostamaan hakusanoja ja –lausekkeita. Aineistoa haettiin muun muassa sanoilla muistisair*, ikäänty* ja seksuaali*. Jotta aineiston luotettavuus on taattu, noudatettiin seuraavia sisäänotto- ja poissulkukriteereitä:

Sisäänottokriteerit:

- Tutkimuskohteena on ikääntyneiden tai muistisairaiden seksuaalisuus
- Tutkimusjulkaisu, väitöskirja, pro gradu, ylempi AMK-opinnäytetyö tai lissensiaatintyö
- Tutkimus on englannin- tai suomenkielinen

Poissulkukriteerit:

- Tutkimus on toteutettu kokonaan terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta
- Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2007

Tutkimusaineisto kerättiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä noudattaen eri tietokannoista (LIITE 1 ja LIITE 2). Aineiston haussa käytettiin apuna myös kirjaston informaattikkoa aiempaa tutkimustietoa kartoittaessa. Alustavassa tiedonhaussa apuna käytettiin Theseusta, Finnaa, Melindaa, Medic-tietokantaa, Julkaria sekä Doriaa. Hyväksyttäviä tutkimuksia ei kuitenkaan löytynyt kuin Finnan, Theseuksen ja Melindan kautta. Kirjallisuushakua toteutettiin myös manuaalisesti kirjastossa sekä hakupalvelu Googlen avulla. Kirjallisuutta etsiessä noudatettiin pääsääntöisesti määritettyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä, mutta niistä poikettiin, mikäli materiaali koettiin luotettavaksi ja opinnäytetyön kannalta merkitykselliseksi. Opinnäytetyöhön valikoituja tutkimuksia analysoitiin keskenään. Tutkimukset on esitelty taulukossa (LIITE 3) ja tuloksia on avattu myös teoriaosassa.

Useiden aineistohakujen jälkeen teoriaosuus jaoteltiin ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuuden kannalta tärkeimpiin käsitteisiin. Aineistoa alettiin syntetisoida yhteen kolmen tekijän toimesta. Tutkimuksista ja kirjallisuudesta kerättyä tietoa yhdisteltiin

ja niistä muodostettiin kokonaisuuksia. Opinnäytetyössä käsitellään laajasti muistisairauksia ja seksuaalisuutta. Teoreettisessa taustassa käsitellään myös muistisairauksien vaikutusta ja ikääntymisen tuomia muutoksia seksuaalisuuteen ja käyttäytymiseen. Opinnäytetyössä on tarkasteltu myös läheisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmaa aiheeseen liittyen. Tiedonhaku- ja kirjoittamisprosessin aikana opinnäytetyön tekijät pitivät tiiviisti yhteyttä toisiinsa. Yhteydenpidon avulla välttyttiin kirjoittamasta samoja asioita useaan kertaan ja pystyttiin toteuttamaan yhteistä linjausta opinnäytetyön sisällön suhteen.

Opinnäytetyössä on käytetty apuna 8.11.2017 Porissa järjestettyä koulutuspäivää, joka oli järjestetty muistihoitajaverkostolle ja muistiyhdyskunnille. Opinnäytetyön tekijät pääsivät osallistumaan myös koulutuspäivään. Koulutus koostui useista eri luennoista, jotka seksuaaliterapeutti Anne Hievanen esitti. Luennoilla käsiteltiin muun muassa hoitajan omaa seksuaalisuutta, muistisairaana seksuaalisuutta, sekä seksuaalisuutta yleisesti. Myös koulutukseen osallistuneet hoitajat kertoivat omia kokemuksiaan aiheeseen liittyen. Päivän aikana käytiin paljon antoisaa keskustelua opinnäytetyöaiheeseen liittyen. Jälkikäteen Hievanen toimitti osallistuneille vielä listan kirjallisuudesta ja internetlähteistä, joita pystyttiin hyödyntämään projektissa. Koulutuspäivä antoi käsityksen siitä, että opinnäytetyössä on oikea suunta ja että siitä löytyy oleellisia asioita. Koulutuspäivän sisältö auttoi myös huomaamaan mitä asioita työstä vielä puuttui.

Koulutuspäivän jälkeen siihen mennessä kirjoitetut tekstit koottiin yhtenäiseksi aikaansaannokseksi. Kirjallista työtä käytiin yhdessä läpi ja tekstiä muokattiin sujuvampaan muotoon. Kokonaisuus hahmottui paremmin, jolloin oli helppo huomata mitä opinnäytetyöstä oppaan lisäksi vielä puuttui. Tämän jälkeen keskityttiin täydentämään hieman vajaiksi jääneitä osuuksia. Myös kielioppiin kiinnitettiin erityistä huomiota.

Marraskuun lopulla alkoi oppaan hahmotteleminen ja suunnitteleminen. Suunnitteluprosessin aikana olennaista oli keskittyä opinnäytetyön keskeisimpään sisältöön ja siihen, mitä tietoa omaisille tarkoitettuun oppaaseen olisi tärkeä sisällyttää. Oppaan suunnitteluprosessin aikana selvisi, että yhteistyötahon toiveita vastaavan tuotoksen aikaansaamiseksi tulisi aineistoa kerätä vielä laajemmin. Tällöin opinnäytetyöhön lisättiin muun muassa tietoa omaishoitajuudesta.

Opas päätettiin toteuttaa A5-kokoisena lehtisenä. Koettiin, että A5-kokoon saa sisällytettyä tekstin tarpeeksi suurella fontilla ja sen kokoista opasta on myös helppo kuljettaa mukana. Sopivaksi fontiksi valikoitui Times New Roman koossa 12. Oppaan ulkoasun haluttiin oleva selkeä ja kiinnostava. Ulkoasun haluttiin toimivan myös mustavalkoisena ja sellaisena se päädyttiin toteuttamaan. Oppaaseen valittujen kuvien haluttiin olevan yhtenäisiä, aiheeseen sopivia ja kauniita. Oppaan muotoilu ja ulkoasu toteutettiin Word-ohjelmalla.

Joulukuun 2017 aikana oppaasta lähetettiin raakaversio yhteistyötaholle ja sovittiin samalla tapaaminen tammikuun 2018 ensimmäiselle viikolle. Joulukuun alkupuolella opinnäytetyöstä lähetettiin alustava versio myös opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle, joka antoi työstä palautetta. Joulukuussa samanaikaisesti oli meneillään työläät opintojaksot, jolloin opinnäytetyö ei edennyt yhtä tehokkaasti kuin aiemmin.

Tammikuussa 2018 tavattiin yhteistyötahon muistihoitaja Satu Soinen Noormarkun terveyskeskuksessa. Tapaamisella käytiin keskustelua oppaasta. Oppaasta saatiin positiivista palautetta sekä muutamia korjausehdotuksia, jotka muokattiin oppaaseen. Muistihoitaja uskoi, että oppaalle olisi paljon käyttöä muun muassa hänen työssään. Tammikuussa paljon työtä vaativa hoitotyön kehittämisen kurssi jatkui, sekä syventävä harjoittelujakso alkoi. Opinnäytetyö ei juurikaan edennyt tammikuun aikana muiden kuormittavien tekijöiden vuoksi.

Helmi-maaliskuun aikana opinnäytetyön tekemistä jatkettiin syventävien harjoitteluiden loputtua. Opinnäytetyön ohjaajalta saatuja korjausehdotuksia alettiin korjaamaan ja työhön lisättiin edelleen muun muassa teoretietoa. Opasta myös muokattiin vielä hieman ja siihen lisättiin kuvia. Tämän jälkeen se lähetettiin uudelleen yhteistyötaholle ja siitä pyydettiin palautetta. Opinnäytetyötä käytiin läpi kokonaisuutena ja tehtiin vielä pieniä korjauksia.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektia voidaan arvioida joko toteuttamalla se omana työnä eli itsearviointina tai teettämällä ulkoinen arviointi. Nämä toteutustavat eivät sulje toisiaan pois. Joskus arviointi toteutetaan sekä ulkoisena että sisäisenä arviointina. (Suopajärvi 2013, 17.)

Ulkoisella arvioinnilla tarkoitetaan sitä, että arvioinnin toteuttaa projektiorganisaation ulkopuolinen taho. Arviointeja tuottavat esimerkiksi konsulttiyhtiöt, tutkimuslaitokset ja yliopistot. Ulkoinen arviointi on aikaa vievää ja koostuu useasta eri vaiheesta kuten tarjouspyynnöstä ja kilpailutuksesta. Se on myös sisäistä arviointia objektiivisempaa. Ulkoisen arvioinnin toteuttaja on arvioinnin ammattilainen, joka noudattaa tieteellisen tiedonkeruun menetelmiä. Hän voi tuoda projektiin myös uusia näkemyksiä. (Suopajärvi 2013, 17.)

Itsearviointi on projektin tekijän itse tekemää arviointia eli sisäistä arviointia. Arvioinnin tekijä on aina projektin toiminnassa mukana. Itsearvioinnin etuna on, että arvioinnin vaikuttavuus työn sisältöön ja kehittämiseen on huomattavampi, sillä todennäköisyys hyödyntää arvioinnin tuloksia on suurempi. Itsearviointia toteuttavan projektin on noudatettava arvioinnin peruslähtökohtia. Tieto tulee kerätä systemaattisesti ja aineistoa tulee analysoida. Itsearvioinnissa edellytetään myös oman toiminnan kriittistä pohdintaa ja ihmissuhdetaitoja. Itsearvioinnissa uhkana on arvioitsijan itsepetos, jolloin ongelmia ja virheitä ei haluta myöntää. Ongelmat ja virheet kuuluvat kuitenkin projekteihin ja ovat inhimillisiä. Ongelmien ja virheiden avoin kuvaaminen kehittää projektin toimintaa. Itsearviointisuunnitelma selkeyttää tavoitteet, toteuttamisen, sekä resurssit. Suunnitelmaa voidaan kuvata esimerkiksi taulukon avulla. (Suopajärvi 2013, 19.)

Itsearvioinnissa voidaan käyttää apuna useita erilaisia menetelmiä kuten esimerkiksi dokumentoidut ryhmäkeskustelut, projektipäiväkirjat ja graafiset piirroksat. Usein apuna käytetään myös SWOT-analyysiä. SWOT-analyysin tarkoituksena on koota taulukko, johon listataan hankkeen nykyiset vahvuudet ja heikkoudet, sekä tulevaisuuden uhat ja mahdollisuudet. (Suopajärvi 2013, 20-21.)

7.1 Arvioinnin toteutus

Projektilla oli tietty aikataulu, jossa se oli saatava valmiiksi. Parhaaksi katsottiin projektin arvioinnin toteuttaminen itsearviointina. Myös projektin tekijöiden hyvät keskinäiset suhteet mahdollistivat itsearvioinnin toteuttamisen. Itsearvioinnin menetelmistä valittiin SWOT-analyysi, jonka mukaan tehtiin taulukko alkuarviossavaiheessa. Myös väli- ja loppuarviossa pystyttiin hyödyntämään SWOT-tilukkoa, sillä siihen listattujen asioiden toteutumisesta oli hyvä seurata projektin etenemistä ja toteutumista.

Ulkoinen arviointi pyydettiin yhteistyötaholta vapaamuotoisena palautteena oppaasta. Yhteistyötaho otti kantaa oppaan sisältöön, selkeyteen, siinä esitettyyn tietoon ja kuviin. Lopullisen numeerisen arvion projektin toteutumisesta ja tuotoksesta antaa ohjaava opettaja.

7.2 Projektin etenemisen arviointi

Projektin eri vaiheet ovat nähtävissä selkeästi opinnäytetyössä. Projekti lähti ideasta, jota seurasi suunnittelu, tiedon haku, toteutus ja pohdinta. Arviointia tehtiin projektin jokaisessa vaiheessa.

Vaikka opinnäytetyön etenemisestä tehtiin suunnitelma ja aikataulussa pyrittiin pysymään, opinnäytetyön valmistuminen viivästyi. Kesätyöt vuonna 2017 veivät resursseja opinnäytetyön aloittamisesta, joka osaltaan hidasti prosessin valmistumista. Aikataulu viivästyi erinäisten ristiriitaisten tietojen vuoksi lupahakemusprosessissa. Lupahakemukset saatiin kuitenkin hyväksytyksi ja opinnäytetyön tekeminen jatkui. Aikataulua viivästyttivät myös päällekkäiset työläät opintojaksot syksyllä 2017, sekä opinnäytetyön tekijöiden hoitotyön syventävä harjoittelu keväällä 2018. Opinnäytetyön valmistumisen pitkittyminen ei kuitenkaan aiheuttanut haittaa.

Alkuarvioinnin tarkoitus on selvittää sekä tekijöiden että tilaavan tahon näkemyksiä ja odotuksia projektin toiminnasta ja tavoitteista. Alkuarvio tehdään suunnitteluvaiheessa, jolloin tavoitteet ovat korkealla ja optimistisia. Alkuarvio on luonteeltaan ennakoivaa. Jotta projektin yhteistyökumppani voi vaikuttaa lopulliseen tuotokseen, on

tärkeää, että yhteistyö ja kommunikaatio toimivat heti alusta saakka. (Suopajarvi 2013, 23-25.)

Alkuarviota tehdessä selkeni, että yhteistyötahon ja tekijöiden päätavoitteet ovat yhteisiä. Yhteistyötaho pystyi vaikuttamaan lopputulemaan heti alusta alkaen. Alkuarviossa kartoitettiin myös projektin vahvuuksia ja heikkouksia SWOT –taulukon avulla.

<u>Sisäinen ympäristö</u>	Vahvuudet -Kolmen tekijän resurssit -Tekijöiden yhteinen näkemys ja hyvät kommunikointitaidot -Tekijöiden motivoitunut asenne saada aikaan luotettava ja tavoitteita vastaava tuotos	Heikkoudet -Tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä -Tekijöiden kotikaupunkien välimatkat ja Skypen välityksellä tapahtuvan kommunikoinnin vaikeus
<u>Ulkoinen ympäristö</u>	Mahdollisuudet -Tiedon lisääminen ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuudesta kirjallisuuskatsauksen ja oppaan avulla -Potilasohjauksen parantaminen oppaan avulla -Tärkeimmän ja ajankohtaisimman tutkimustiedon ja kirjallisuuden kokoaminen tiiviiksi sekä yhtenäiseksi tuotokseksi	Uhat -Aikataulun rajallisuus -Tekijöiden ja yhteistyötahon erilaiset näkemykset -Sopivan aineiston vähäisyys

Ideointi ja esisuunnittelu lähtivät liikkeelle aiheen pohdiskelulla. Aihetta pohdittaessa mietittiin, mihin projekti kohdentuu, mitä rajataan pois ja mitä yritetään selvittää. Suunnitteluvaihe toteutettiin suunnitelman ohjeiden mukaisesti ja siitä laadittiin myös kirjallinen tuotos. SWOT-analyysin tekeminen selkeytti projektin alustavia vahvuuksia ja heikkouksia, sekä tulevaisuuden mahdollisuuksia ja uhkia.

Projekti käynnistyi kirjallisuushaulla, josta koottiin hakutaulukko (LIITE 1 JA LIITE 2). Opinnäytetyön aiheeseen tutustuessa ja kirjallisuuskatsausta toteutettaessa huomattiin, että tietoa aiheesta on vain vähän. Osa löydetyistä tiedoista ei ollut myöskään kovin tuoretta, jonka vuoksi sitä ei voitu hyödyntää opinnäytetyössä. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli aluksi haastavaa, sillä sopivien hakusanojen ja –lausekkeiden muodostaminen luotettavan tutkimustiedon löytämiseksi osoittautui melko hankalaksi. Kirjallisuushaun jälkeen aineistoista valikoitiin opinnäytetyöhön sopivat tutkimukset ja aineistoa alettiin käydä läpi. Aineistoja analysoitiin ja niitä vertailtiin toisiinsa.

Väliarvioinnissa pääasiallinen arvioinnin kohde on se, että päästäänkö nykyisellä toiminnalla haluttuihin tuloksiin. Väliarvointi tehdään, kun projekti on käynnissä mutta ei vielä valmis. Se voi olla myös keino suunnata projektia uudelleen, jolloin väliarvioinnissa on mahdollista muuttaa tavoitteita. On luonnollista, että tavoitteet muokkautuvat projektin edetessä, sillä tietämys aiheesta syvenee. Väliarvioinnin voi toteuttaa itsearviointina, mutta hyödyllistä on toteuttaa se muun muassa ulkoisen arvioitsijan ja yhteistyötahon kanssa. (Suopajarvi 2013, 26.)

Väliarvioinnissa keskityttiin arvioimaan, ovatko alkuarvioinnin SWOT –taulukon listatut tekijät toteutuneet tai muuttuneet. Huomattiin, että osa uhista ja heikkouksista oli konkretisoitunut: alustavan nopean aikataulun tahdissa ei oltu pysytty, ja myös tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä oli hieman hankaloittanut työn etenemistä. Positiivisia asioita koettiin olevan kuitenkin huomattavasti enemmän, sillä suurin osa uhista ja heikkouksista ei ollut toteutunut. Niiden sijaan vahvuudet ja mahdollisuudet olivat pysyneet realistisina. Myös ohjaavalle opettajalle lähetetty keskeneräinen versio työstä sai melko positiivista palautetta: ”Teksti oli pääasiassa sujuvaa ja helppolukuista sekä eteni loogisesti. Lähteitä oli hyödynnetty erittäin hyvin. Tutkimustietoa saisi olla enemmän, samoin kuin seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta hoitotyön näkökulmasta/sairaanhoidajan työssä.” Tässä vaiheessa opinnäytetyöhön oli kirjoitettu myös seksuaaliohjauksesta hoitotyöntekijän näkökulmasta, mutta kyseinen tekstiosuus ei ollut keskeneräisessä versiossa mukana. Ohjaavan opettajan palaute oli kannustava ja helpotti työn loppuunsaattamista.

Myös kirjallisuuskatsauksen pohjalta toteutettu opas lähetettiin alustavana versiona yhteistyötaholle. Keskeneneräisestä versiosta puuttivat kuvat ja oppaan lopullinen asetelu, mutta sisältö oli pääasiassa lopullista vastaava. Yhteyshenkilö antoi muutamia parannusehdotuksia, jotka koskivat muun muassa omaishoitajuutta ja seksuaalisen hyväksikäytön osuutta. Parannusehdotukset toteutettiin yhteistyötahon toiveiden mukaisesti.

7.3 Tuotoksen arviointi

Loppuarvioinnin tärkeimmät kysymykset ovat: “mitä projekti sai aikaan?” ja “toteutuivatko projektin tavoitteet?” Loppuarvioinnissa arvioidaan projektin vaikutuksia, tuotoksia ja onnistumista kokonaisuudessaan. (Suopajarvi 2013, 27.)

Myös loppuarviota pohdittiin käyttämällä vertailukohteena alkuarvion SWOT –taulukkoa. Tekijöiden mielestä taulukossa listatut mahdollisuudet toteutuivat kuten myös projektille asetetut tavoitteet. Opinnäytetyöhön on koottu laajasti tietoa olennaisimmista lähteistä ja siinä on esitelty ajankohtaisimpia tutkimuksia. Aikaansaatu opas lisää tietoisuutta ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuudesta ja sitä voidaan hyödyntää myös potilasohjauksessa. Projektin sujuvuuden kannalta tärkeää oli tekijöiden joustavuus, hyvät kommunikointitaidot ja yhtenäinen näkemys tavoitteista.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittu opas on tekijöiden mielestä tavoitteiden mukainen. Tavoitteina oli, että opas olisi selkeä ja että se vastaa yhteistyötahon toiveita. Tavoitteina oli myös lisätä tietoa muistisairaana seksuaalisuudesta ja helpottaa muistisairaiden seksuaalisuuden kohtaamista omaisten näkökulmasta. Opas on opinnäytetyön tekijöiden mielestä selkeä ja laaja, ja sen avulla pystytään tuomaan lisää tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Opasta arvioitiin myös yhteistyötaholta saadun palautteen perusteella. Valmis opas lähetettiin yhteyshenkilöille maaliskuun 2018 loppupuolella ja siitä pyydettiin vapaamuotoinen arviointi. Opas selkeästi vastasi heidän tarpeisiinsa ja siihen oltiin tyytyväisiä. Yhteistyötaho oli tyytyväinen oppaan sisältöön ja sen ulkoasuun. Porin perusturvan muistihoitajat pystyvät käyttämään opasta potilasohjauksessa. Toinen yhteyshenkilöistä kehui opasta: ”Tosi hyvä opas, olitte löytäneet ihania kuvia.” Yhteyshenkilö totesi myös, että opas on ”selkeä ja

mukava luettava, ei ole mitään huomautettavaa.” Yhteistyötaho on kovasti odottanut oppaan saamista työvälineeksi.

Oppaan käyttöönoton vaikutuksia ei pystytä resurssien ja ajan puutteellisuuden vuoksi seuraamaan tai arvioimaan. Varsinaisten vaikutusten seuraaminen ei ollut opinnäytetyön tarkoituksena. Oppaan toimivuuden arvioiminen voisi sen sijaan olla jatkokehitysidea.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tuloksena tuotettiin kattava ja yhteistyötahon toiveiden mukainen opas. Yhteistyötaholla oli selkeä tarve oppaalle ja muistisairaana seksuaalisuuteen liittyvää materiaalia oli toivottu potilasohjauksen tueksi. Myös Pussisen tutkimuksesta ”Muistisairaus ja seksuaalisuus parisuhteessa: Muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoitensa tiedon ja tuen tarpeiden kartoittamisen projekti” esitemateriaalin tarve käy ilmi haastateltaessa muistisairaiden puolisoita (Pussinen 2015, 31).

Opinnäytetyön tekijät kehittivät luotettavan tiedon hankkimisessa ja sen jäsentelyssä yhdeksi kokonaisuudeksi. Tiiviin oppaan luominen kirjallisuuskatsauksen pohjalta kehitti kykyä poimia vain olennaisin tieto laajan materiaalin joukosta.

Opinnäytetyön tekeminen myös kasvatti tekijöiden ammatillista osaamista huomattavasti. Aiempi kokemus ja tieto opinnäytetyön aihealueesta oli jokaisella tekijällä melko suppea. Kokemusta vanhustyöstä ja muistisairaiden kohtaamisesta oli jonkin verran, mutta ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuudesta oli kuultu puhuttavan vain muutama otteeseen. Opinnäytetyöprosessin aikana jokainen tekijöistä kokee syvenyneensä aiheeseen. Tekijät kokevat saavuttaneensa erityisen ammattiosaamisen aiheen parissa. Tekijät osaavat jatkossa toimia tilanteissa, joissa kohtaavat ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuutta. Tarvittaessa tekijät osaavat neuvoa myös muita vastaavissa tilanteissa.

Tavoitteet saavutettiin opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas, joka tuo lisää tietoa ja jonka avulla omaiset saavat tietoa ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuudesta ja sen kohtaamisesta. Tavoitteena oli myös tehdä materiaalia muistihoitajille potilasohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tekijöiden omina tavoitteina oli kehittyä kirjallisuuskatsauksen tekemisessä sekä projektin suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tavoitteena oli myös kehittyä kriittisenä tiedonhakijana ja ajattelijana. Kolmantena tavoitteena oli syventää ammatillista osaamista muistisairaana kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja etenkin seksuaalisuuteen liittyvien tietojen ja taitojen saralla.

Työ on kattava ja siinä on käytetty laajasti erilaista tietoperustaa apuna. Työn tuloksena tehty opas on myös tekijöiden mielestä toimiva ja siihen onnistuttiin tiivistämään olennaisin ja ajankohtaisin tieto. Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden välillä oli sujuvaa ja työstä saatiin yhtenäinen. Vaikka tekijät työskentelivät eri paikkakunnilla, yhteistyö sujui mutkattomasti. Prosessin eteneminen hieman myöhästyi alkuperäisestä aikataulusta erilaisten lupa-hakemusasioiden ristiriitaisuuksien vuoksi. Yhteistyö tilaavan tahon kanssa on kuitenkin ollut sujuvaa. Päämäärä ja tavoite ovat olleet tekijöiden ja yhteistyötahon välillä yhtenäiset. Alkuvuodesta 2018 suoritettavana oli syvennä harjoittelu, joka vei resursseja opinnäytetyön tekemisestä.

Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään lähteitä, jotka perustuvat tuoreimpiin tutkimustuloksiin. Suurin osa lähteistä on alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähteitä valikoissa on kiinnitetty huomiota erityisesti niiden luotettavuuteen. Myös kirjaston informaation tekemä kirjallisuushaku lisää luotettavuutta. Luotettavuuteen pyrittiin koko prosessin ajan ja lähteitä valikoitiin puolueettomasti tutkimuskysymykseen vastauksia etsien. Kirjallisuutta ja tutkimustietoa täsmällisesti aiheeseen liittyen löytyi melko vähän, sillä muistisairaana seksuaalisuudesta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2015, 55). Opinnäytetyölle myönnetty tutkimuslupa vahvistaa työn todellisen tarpeen. Opinnäytetyön tekemisestä on allekirjoitettava yhteistyösopimus, jonka avulla pyritään välttämään erilaisia ristiriitoja. Sopimuksessa sovitaan myös opinnäytetyöhön liittyvistä säännöistä, kuten aiheesta ja aikataulusta. Joissain tapauksissa yhteistyötaho voi vaatia myös tutkimusluvan hakemista. Tutkimuslupa antaa oikeuden tarkastella organisaatiota, sen toimintaa ja organisaation hen-

kilökuntaa. (Raivo & Rissanen 2018, 5.) Eettisyyttä ja lakeja tulee noudattaa opinnäytetyötä tehdessä, kun tausta-aineistona käytetään toisten omistamia aineistoja. Tekijänoikeuslain 404/1961 mukaan toisten omistamien aineistoja käytettäessä tulee mainita niiden alkuperä, tekijä ja lähteet. (Raivo & Rissanen 2018, 11.)

Rahallisia resursseja opinnäytetyöhön ei varattu, eikä niitä tarvittukaan. Opinnäytetyön tekemisessä käytettiin maksutonta tekstinkäsittelyohjelmaa (Word) ja maksuttomia tiedonhakupalveluita.

Opinnäytetyön tulokset perustuvat kirjallisuuskatsauksen avulla tehtyyn selvitykseen. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin tekijöiden ennakko-odotukset. Muistisairaudet vaikuttavat selkeästi seksuaalisuuteen, tunne-elämään ja niiden ilmaisuun (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 577). Koulutuspäivänä muistisairaiden kanssa työtä tekevät hoitajat kertoivat kokemuksiaan, ja yllättävänä tekijänä koettiin, kuinka vaiettu aihe ikääntyneen muistisairaana seksuaalisuus todellisuudessa on. Seksuaalisuutta ei kartoiteta yhtä hyvin kuin muita terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavia asioita (Ilmonen 2006, 43).

Oppaan jatkokehittämismahdollisuudet käyvät selkeämmin ilmi, kun opasta päästään hyödyntämään potilasohjauksessa ja siitä saadaan palautetta muistisairaiden omaisilta. Opasta voisi siis edelleen kehittää muistihoitajilta ja muistisairaiden omaisilta saadun palautteen avulla.

LÄHTEET

- Askel terveyteen www-sivut. 2017. Viitattu 20.11.2017. <https://askelterveyteen.com/varien-psykologia/>
- Brusila, P. 2010. Ikääntyvien seksi. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 6-7.
- Brusila, P. 2011a. Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. Teoksessa M. Ritamo, K. Ryttyläinen-Korhonen & S. Saarinen (toim.) 2011. Seksuaalineuvonnan tueksi. Raportti 27/2011. Viitattu 31.10.2017. 157-168. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=>
- Brusila, P. 2011b. Seksuaalisuus ja sairaus. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 32-47.
- Digman www-sivut. Seksuaaliterveysasema. Plissit-malli. 2013. Viitattu 2.11.2017. <https://moodle.amk.fi/mod/resource/view.php?id=550>
- Digman www-sivut. Seksuaaliterveysasema. Seksin apuvälineet. 2013. Viitattu 6.11.2017. <https://moodle.amk.fi/mod/page/view.php?id=1071>
- Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää-Nisula, H. & Sulkava, R. 2010. Muistisairaana seksuaalisuus. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 576-582.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää-Nisula, H., Sulkava, R. 2015. Muistisairaana seksuaalisuus. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 55, 581-582.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18-22.
- Hievanen, A. 2017. Luento Satakunnan muistihoitajaverkostolle ja muistiyhdyskunnille 8.11.2017.
- Honkanen, N. 2017. Omnelliseksi – seksuaalisuus läpi elämänkaaren. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Siltala
- Ilmonen, K. & Korhonen, E. 2015. Seksuaalioikeudet. Helsinki: Väestöliitto. Väestötietosarja 28. Viitattu 20.11.2017. http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/5048510/va%CC%88esto%CC%88liitto_seksuaalioikeudet_web.pdf
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41-59.

- Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301. Viitattu 23.5.2017. https://module2.sank.fi/pluginfile.php/339040/mod_resource/content/1/Hoitotiede_2013_Kuvaileva_kirjallisuuskatsaus.pdf
- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Viitattu 12.4.2018. https://www.muistiliitto.fi/application/files/6314/8666/3685/Kansallinen_muistiohjelma_2012-2020.pdf
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kokkinen, A. & Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen seksuaalisuus ja vammaisuus. Teoksessa A. Näslindh-Ylispangar. (toim.) 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy. 70-80.
- Kontula, O. 2013. Seksuaalisuus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 351-363.
- Kontula, O. & Kumpula, S. 2011. Halu ei katoa, mutta muuttuu kypsässä iässä. Teoksessa Leinonen, A. & Syrjälä, J. (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 26-31.
- Korhonen, E. 2014. Seksuaalinen hyvinvointi etenevissä muistisairauksissa -projekti. Muistiliiton julkaisusarja 1/2014. Viitattu 12.4.2018. https://www.muistiliitto.fi/application/files/6714/8666/4145/Nakymaton_seksuaalisuus_-kansitettu_raportti.pdf
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 12.4.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Kuikka, A., Utriainen, J. & Virkkunen, A. 2012. Onnistunut projekti. Helsinki: Koppio Niini/Painopörssi
- Loiri, P. & Juholin, E. 1998. Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137-147.

Muistisairaudet. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 28.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Muistiliiton www-sivut. 2016a. Viitattu 19.5.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Muistiliiton www-sivut 2016b. Viitattu 11.10.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/parisuhde-ja-perhe/seksuaalisuus/>

Muistiliiton www-sivut 2017. Viitattu 30.11.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/omaishoitajuus/>

Parantainen, A. 2011. Kosketuksen kaipuu. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 62-69.

Pussinen, J. 2015. Muistisairaus ja seksuaalisuus parisuhteessa: Muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoitensa tiedon ja tuen tarpeiden kartoittamisen projekti. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.3.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103435/Pussinen_%20Jenni.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raivo, P. & Rissanen, R. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry.

Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Tampere: Juvenes Print Oy.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 226-237.

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudin määrittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-136.

Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172-180.

Rentola, M. 2008. Hyvä opas. Teoksessa R. Jussila, E. Ojanen & T. Tuominen (toim.) Tieto kirjaksi. Saarijärvi: Saarijärven Offaset Oy, 92-107.

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

Rinne, J. & Karrasch, M. 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 157-164.

Roth, T. 2016. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Teoksessa T. Paalanen (toim.) Avusta ja ohjaa seksissä turvallisesti. Helsinki: Kynnys Ry

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

Salpakari, J. 2016. Omaishoitajien kokemuksia muistisairaana omaishoitajuudesta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.1.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/113406/Salpakari_Johanna.pdf?sequence=1

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.11.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116767/URN_NBN_fi-fe2014092644952.pdf?sequence=1

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Helsinki: Konsulttitoimisto Planpoint Oy, 3, 39.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudin määrittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 81-89.

Sommar, H. 2016. Näin sujuu suomalainen seksi. Viitattu 16.11.2017. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/04/28/nain-sujuu-suomalainen-seksi>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. P. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Sulkava, R. & Viramo, P. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35.

Suopajarvi, L. 2013. Opas projektiarviointiin. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden julkaisuja. Viitattu 10.3.2018. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa. Helsinki: Auditorium kustannus Oy.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2015. Viitattu 19.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2017. Viitattu 24.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolen-monnaisuus/sukupuoli-identiteetti>

Tiitinen, A. 2017. Vaihdevuodet ja androgeenit. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=dlk01154

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Vainikainen, T. 2016. Kumppanina muistisairaus. Helsinki: Kirjapaja

- Valtonen, S. & Hakola, S. 2014. Haluaisin pystyä kertomaan. Helsinki: Otava
- Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90-99.
- Virtanen, J. 2014. Apuvälineet ja seksuaalisuus. Viitattu 26.2.2018. <http://verneri.net/yleis/apuvälineet-ja-seksuaalisuus>
- Väestöennuste. 2016. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 21.11.2017. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Väisälä, L. 2011. Seksuaalista mielihyvää ilman yhdyntää. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy. 70-77.
- Wickman, J. 2011. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 84-95.
- Wornell, D. 2013. A Different view of sexual behavior. New York: Demos Health. Demos medical publishing 2013. Viitattu 26.10.2017. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/samk/reader.action?docID=1580906>

LIITE 1

Kotimaiset hakutulokset

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväksytyt
Samk Finna	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: seksuaal* OR Kaikki osumat:muistisair* OR Kaikki osumat:ikäntyy*)" <p>Aikaväli: 2007-2018</p> <p>Julkaisutyyppi: Tutkimusjulkaisu, väitöskirja, ylempi AMK-opinnäytetyö, pro gradu, lisensiaattityö, maisterivaiheen työ</p>	137	1
Theseus	Tarkennettu haku: (muistisairaus AND seksuaalisuus)	4	1
Medic	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: seksuaal* AND muistisair*)" <p>Aikaväli: 2007-2018</p> <p>Julkaisutyyppi: Gradu, väitöskirja, alkuperäistutkimus, väitöskatsaus</p>	86	0
Melinda	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: seksuaal* AND muistisair*)" <p>Aikaväli 2007-2018</p>	7	1
Julkari	Tarkennettu haku: "(seksu* AND muistisai*)"	54	0
Doria	Tarkennettu haku: "(muistisair* AND seksu*)"	4	1

LIITE 2

Ulkomaiset hakutulokset

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväk-sytyt
Samk Finna	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: sexual* AND Kaikki osumat:dementia)" Aikaväli: 2007-2018 Julkaisutyyppi: Tutkimusjulkaisu, väitöskirja, ylempi AMK-opinnäytetyö, pro gradu, lisensiaatintyö, maisterivaiheen työ	4	1
Medic	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: sexual* AND older* AND dement*)" Aikaväli 2007-2018 Julkaisutyyppi: Gradu, väitöskirja, artikkeli kirjassa, alkuperäistutkimus, haastattelu, väitöskatsaus, muu artikkeli	16	0

LIITE 3

Hyväksytyt tutkimukset taulukossa

Tekijä, vuosi ja maa	Tutkimuksen/projektin tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruumenetelmä/projektissa käytetyt menetelmät	Intervention sisältö ja keskeiset tulokset
Muistisairaus ja seksuaalisuus parisuhteessa – muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoidensa tiedon ja tuen tarpeiden kartoittamisen projekti Jenni Pussinen, 2015, Suomi	Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena muistisairaiden sekä heidän puolisoidensa seksuaalisen hyvinvoinnin tukeminen parisuhteessa. Tarkoituksena kehittää toimintamalli parisuhteen ja seksuaalisen hyvinvoinnin tukemiseksi muistisairauteen sairastuneille henkilöille ja heidän puolisoilleen.	Tarpeen kartoittamiseksi tehtiin ryhmäteemahaastattelut muistisairaille ja heidän puolisoilleen (n=8).	Opinnäytetyön tuloksena syntyi väline muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden ja heidän puolisoidensa seksuaalisen hyvinvoinnin tukemiseksi parisuhteessa.
Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Rautasalo Eija, 2008, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ja ymmärtää hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta.	Tutkimuksessa vuosina 2003-2004 haastatellut hoitotyön ammattilaiset (n=22) kertoivat näkemyksistään 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta hoitotyön kohtaamisissa.	Tutkimuksessa selvisi, että hoitotyön ammattilaisilla on tarve oppia uutta ja työstää näkemyksiään ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta osana koulutusta. Esille tuli myös tarve muuttaa ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen liittyviä asenteita yhteiskunnan yleisellä kulttuurisella tasolla.
Seksuaalinen hyvinvointi etene-	Tavoitteena oli selvittää, miten muistisairaus	Muistisairautta sairastavan läheisille teh-	Tietoa ikääntyvän muistisairaana seksuaalisuudesta ja parisuhteen tukemisesta on olemassa

<p>vissä muistisairauksissa -projekti. Korhonen, Eine, 2014, Suomi</p>	<p>muuttaa seksuaalisuutta. Kyselyllä selvitettiin myös epätarkoituksellista käytöstä ja läheisen suhtautumista siihen.</p>	<p>dyssä kyselyssä käytetty paperista kyselylomaketta. Projekti toteutettu Oulun eteläisillä ja Etelä-Pohjanmaan alueilla. Kyselylomakkeita toimitettu 534, vastauksia saatu 56 kpl.</p>	<p>hyvin vähän tai ei ollenkaan. Muistisairaus vaikuttaa hyvin varhaisessa vaiheessa puolisoiden arkeen sekä parisuhteeseen. Arjen roolien muuttuminen, väsymys ja kumppanuuden muuttuminen vähentävät tyytyväisyyttä parisuhteeseen. Muistisairaudella ei tämän kyselyn mukaan ole suurta merkitystä sukupuolielämään. Ikääntyminen sen sijaan koetaan suuremmaksi vaikuttajaksi sukupuolielämän muutoksiin.</p>
<p>A Different view of sexual behavior. Wornell Douglas, 2013, Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena se, että ihmiset saisivat lisää tietoa muistisairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen ja käyttäytymiseen.</p>	<p>Geriatrinen neuropsykiatri Douglas Wornell on osallistunut yli 20 000 muistisairautta sairastavan potilaan hoitoon. Hän on työssään tutkinut haastatteleamalla mm. potilaiden käyttäytymistä ja siinä tapahtuvia muutoksia. Hän on myös haastatellut muistisairaiden puolisoita.</p>	<p>Tunne-elämän vääristyminen ja muuttuminen muistisairauden myötä on huomattava ilmiö. Tutkimusjulkaisun mukaan muistisairaana persoonallisuuden piirteiden korostuminen ja muutos voidaan huomata myös seksuaalielämässä.</p>

Ikääntyneen muistisairaan seksuaalisuus – Opas omaisille



Sisällysluettelo

Johdanto	2
Seksuaalisuus	3
Seksuaalisuuden monimuotoisuus	3
Ikääntymisen myötä muuttuva seksuaalisuus	5
Fyysiset ja hormonaaliset muutokset	6
Psyykkiset ja sosiaaliset muutokset	7
Sairauksien ja lääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen	8
Seksin apuvälineet	10
Muistisairaudet	11
Käyttöoireet	13
Muistisairauksien vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen	15
Muistisairaana seksuaalisuuden kohtaaminen omaisen näkökulmasta	18
Muistisairaana omaishoitajuus	19
Tukea läheisille	20
Lähteet	21

Tekijät: Emilia Saarinen, Nelli Tuokila & Emilia Turkki.
 Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma,
 opinnäytetyö. Maaliskuu 2018.

Johdanto

Tämä opas on suunnattu muistisairaiden omaisille ja Porin perusturvan hoitohenkilökunnalle potilasohjauksen tueksi. Oppaan sisältö on koottu Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden toimesta opinnäytetyönä syksyn 2017 ja kevään 2018 aikana. Sisältö perustuu tuoreimpaan tutkimustietoon.

Seksuaalisuus on ihmisen elinikäinen ominaisuus. Se ei katoa sairauden eikä iän myötä: tarve kokea läheisyyttä säilyy läpi elämän. Seksuaalisuus on yksilöllinen ja ainutlaatuinen ominaisuus, osa persoonallisuutta ja ihmisyyttä.

Tämä opas lisää tietoisuutta seksuaalisuudesta ja sen muutoksista ikääntymisen ja muistisairauden aikana. Oppaan tarkoitus on toimia apuna muistisairaahan kohtaamisessa ja antaa tietoa muistisairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen.



Seksuaalisuus

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan seksuaalisuus käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, seksuaaliset suhteet ja lisääntymisen. WHO:n määritelmässä seksuaalisuuden kokemuksia ja ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasia, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Seksuaalisuuteen vaikuttavat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät, sekä esimerkiksi taloudellinen tilanne, arvot ja uskonnolliset tekijät vuorovaikutuksessa toisiinsa.

Seksuaalisuuden monimuotoisuus

- ❖ Ihmiset ovat ainutlaatuisia kokonaisuuksia, jotka koostuvat pienistä palasista. Seksuaalisuus ja seksuaali-identiteetti ovat osa jokaisen ihmisen kokemusta itsestä. Jokainen on oman seksuaalisuutensa asiantuntija.
- ❖ On tärkeää, että meidät hyväksytään sellaisina kuin olemme.
- ❖ Vaikka usein seksuaalisuus käsitetään sukupuolikäyttäytymisenä ja yhdyntöinä, seksi ei ole yhtä kuin seksuaalisuus. Seksi on tekemistä, seksuaalisuus olemista.
 - Ihminen voi ilmentää seksuaalisuuttaan monin eri tavoin, muun muassa puheella, pukeutumisella ja fantasioilla.

- Seksuaalinen toimintakyky ja fyysinen tyydytys eivät ole ainoa väylä seksuaalisen vireyden ylläpitoon: yhtä toimivia keinoja voivat olla läheisyys, rakkaus, romantiikka ja yhteenkuuluvuuden tunne.
 - Yhtä ”oikeaa” tapaa olla seksuaalinen on mahdoton määrittää.
- ❖ Seksuaalinen suuntautuminen on monille tärkeä osa seksuaalisuutta. Se määrittää ketä tai keitä kohtaan ihminen tuntee seksuaalista vetovoimaa. Jokainen määrittelee suuntautumisen itse kokemallaan tavalla. Suuntautumisen voi jättää myös kokonaan määrittelemättä.
- Ikääntyneet ovat moninainen joukko erilaisia ihmisiä, ja osa heistä on seksuaalivähemmistöjen edustajia: tällä tarkoitetaan muun muassa homoja, lesboja, biseksuaaleja.
 - Seksuaalinen suuntautuminen ei ole valinta, eikä sitä voi, tai tarvitse muuttaa.
 - Osa ihmisistä ei koe seksuaalista halua ollenkaan.
 - Kokemus omasta seksuaalisesta suuntautumisesta voi vaihdella elämän eri vaiheissa. Myös muistisairaus voi muuttaa suuntautumista tai sen ilmenemistä.

Ikääntymisen myötä muuttuva seksuaalisuus

- ❖ Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa.
- ❖ Ihmiset ovat yhä pidempään toimintakykyisiä, ja näin ollen myös seksuaalinen aktiivisuus jatkuu myöhemmille ikävuosille.
 - Ikääntyneiden seksuaalisuuteen saatetaan liittää ennakkoluuloja ja uskomuksia. Näistä yleisin lie-nee ajatus siitä, etteivät ikäihmiset ole seksuaalisia ja näin ollen heidän välisensä intiimi läheisyys nähdään sopimattomana.
 - Seksin ja seksuaalisuuden tärkeys ikääntyessä riippuu usein siitä, miten on elämänsä aikana tot-
tunut toimimaan.
 - Osa ikääntyneistä kokee, ettei seksi kuulu enää heille. Tähän vaikuttavat muun muassa aiemmilta aikakausilta opittu kielteinen asenne, sekä mah-
dolliset fyysiset rajoitteet.
 - Toisille ikääntyminen tuo mukanaan itseluotta-
musta ja vähentää suorituspaineita. Seksuaalisuus ja seksi voi näin saada ikääntyessä aivan uuden merkityksen.



Fyysiset ja hormonaaliset muutokset

- ❖ Ihmisen keho ja sen toiminnot muuttuvat ikääntyessä. Uusi vaihe elämässä ja sen myötä tulevat muutokset herättävät monille ikääntyville kysymyksiä. Jotta tyytyväisyys elämään säilyy, on tärkeää saada ymmärrystä ja tarvittaessa tavata terveydenhuollon ammattilaista seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.
- ❖ Vaihdevuosi- iässä naisten estrogeenituotanto loppuu, ja myös testosteronitaso laskee.
 - Hormonitasapainon muutokset aiheuttavat naisille usein haluttomuutta, limakalvojen haurautta ja kuivuutta, sekä lantionpohjan lihaksiston heikkenemistä. Myös verenkierto ja tuntoaisti heikkenevät, ja kiihottumisprosessi hidastuu.
 - Vaihdevuosisoireiden helpottamiseksi ja hyvän seksielämän takaamiseksi on useita lääkkeellisiä keinoja. Yleisimpiä ovat hormonikorvaushoidot sekä paikallishoitovalmisteet.
- ❖ Ikääntyessä myös miesten testosteronitaso laskee pikku hiljaa.
 - Hormonitason muutos aiheuttaa usein miehillä seksuaalitoimintojen muutoksia. Tavallisimpia ongelmia ovat ennenaikainen siemensyöksy, erektion voimakkuuden ja keston väheneminen, sekä tuntopuutokset.
 - Lääkevalmisteita erektio-ongelmiin on saatavilla muun muassa tabletti- ja injektio muodossa.

Psyykkiset ja sosiaaliset muutokset

- ❖ Monilla ikääntyneillä oma identiteetti, itsetunto ja kehonkuva ovat muutoksen alla.
- ❖ Ikääntynyt saattaa kohdata oletuksia siitä, miten hänen tulisi fyysisen ikänsä vuoksi käyttäytyä. Läheisten tulisi pyrkiä avoimuuteen ja antaa ikääntyneen toteuttaa itseään toivomallaan tavalla hänen terveydentilansa sallimissa puitteissa.
- ❖ Sosiaaliset tekijät kuten parisuhde, leskeys, avioero, yksinäisyys ja asumisolot vaikuttavat ikääntyneen seksuaaliseen hyvinvointiin.
 - Nykypäivänä yhä useammat ikääntyneet kaipaavat vierelleen uutta kumppania eron tai leskeksi jäämisen jälkeen. Ei ole kovinkaan harvinaista, että ikäihmiset rakastuvat, solmivat seurustelusuhdetta tai ryhtyvät avoliittoon. Myös seksisuhteita ilmenee. Yksin jääminen aiheuttaa kuitenkin usein myös haluttomuutta, ja uuden sopivan kumppanin löytäminen voi olla haastavaa.
 - Ikääntyneen voi olla hankala toteuttaa seksuaalisuuttaan puuttuvan yksityisyyden tai tuomitsevien asenteiden vuoksi. Etenkin laitoksessa asuvien ikäihmisten seksuaalisuus ja siihen liittyvät tarpeet jäävät usein huomiotta.

Sairauksien ja lääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen

- ❖ Ikääntyminen tuo usein vähitellen mukanaan sairauksia. Sairastuminen on aina aluksi kriisi, johon sopeutuminen vie aikansa. Seksuaalisuus jää aluksi usein taka-alalle, mutta tilanteen hyväksytyttyään ihmisen on mahdollista suunnata eteenpäin olemassa olevien voimavarojen puitteissa. Tällöin on tärkeää saada tarvittaessa tukea ja neuvoja esimerkiksi lääkäriltä, seksuaalineuvojalta tai potilasyhdistykseltä.
 - Joskus sairastuminen ja vastoinkäymiset voivat vaikuttaa myönteisesti seksielämään. Kun seksuaalisuutta ei pystytä toteuttamaan vanhaan totuttuun tapaan, on etsittävä toisenlaisia keinoja. Näin rajat ja roolit rikkoutuvat, ja tilalle tulee uusia toimivia tapoja. Parhaassa tapauksessa uudet kokemukset avartavat, ja korvaavat menetykset.
- ❖ Yleisimmin seksuaalisuuteen vaikuttavat sydän- ja verenkiertohäiriöt, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, eturauhasen liikakasvu, neurologiset sairaudet sekä masennus.
- ❖ Nyrkkisääntönä voidaan pitää, että terveydellistä estettä yhdynnöille ei ole, jos sairastunut kykenee nousemaan portaita kahden kerroksen verran.

- ❖ Usein seksuaaliongelmät johtuvat myös sairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksista. Tällaisia lääkkeitä ovat erityisesti psyykenlääkkeet, verenpainelääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Oireet liittyvät yleisesti haluttomuuteen, sekä kiihottumisen ja orgasminsaannin vaikeuteen.
- ❖ Seksuaalista ylivirittyneisyyttä esiintyy sivuoireena harvemmin, mutta se on mahdollista Parkinson-lääkkeenä käytettävän levodopan yhteydessä.
- ❖ Lääkityksen sivuoireista on hyvä puhua lääkärin kanssa. Ihmiset ovat yksilöllisiä lääkeaineiden vaikutusten suhteen, joten lääkevaihdosta tai annoksen pienentämisestä saattaa olla apua.



Seksin apuvälineet

- ❖ Seksivälineitä voidaan käyttää osana lääkinnällistä kuntoutusta.
 - Seksin apuvälineisiin tai niihin tehtäviin muutoksiin voi hakea korvausta, jos apuväline katsotaan osaksi lääkinnällistä kuntoutusta – arvion tekee asiakkaan kanssa esimerkiksi seksuaalineuvoja. Hoitava lääkäri kirjoittaa lausunnon maksavalle taholle.
- ❖ Seksivälineitä valittaessa on huomioitava fyysinen toimintakyky ja mahdolliset rajoitteet
- ❖ Ikääntyneen limakalvot ovat herkkiä – liukuvoiteet ja hierontaöljyt ovat suositeltavia limakalvojen eheyden ylläpitämiseksi.
- ❖ Joissakin öljyissä on myös verenkiertoa vilkastuttavia ainesosia, jotka voivat vaikuttaa positiivisesti kiihottumiseen ja erektioon.
- ❖ Mekaanisia seksivälineitä ovat esimerkiksi tekopenikset ja –vaginat, sekä hieromasauvat.
- ❖ Miehillä valmistetaan peniksen juureen asetettavia apuvälineitä, eli penistukia. Penisrenkaat voivat auttaa erektion ylläpitämisessä. Penispumppua voi myös käyttää erektion saamiseen ja pysymiseen.
- ❖ Ikääntyneen fyysisen tai psyykkisen sairauden aiheuttaessa muutoksia toimintakykyyn, voidaan käyttää apuna seksuaalineuvontaa tai -terapiaa.

Muistisairaudet

- ❖ Muistisairaudet ovat kansantauteja, jotka rappeuttavat aivoja ja heikentävät toimintakykyä. Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti. Muita yleisiä muistisairauksia ovat aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale –taudit, sekä otsa-ohimolohkorapeuma.
- ❖ Lisäksi Parkinsonin taudissa ja MS-taudissa voi esiintyä tiedonkäsittelyyn liittyviä vaikeuksia, kuten muistin heikkenemistä.
- ❖ Muistisairaudet alkavat tyypillisesti lievästä kognitiivisesta heikentymisestä. Tämä tarkoittaa lieviä tiedonkäsittelyn muutoksia, jotka eivät liity tavalliseen muistiprosessin muutokseen.
- ❖ Edetessään etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan heikentymiseen, eli demensioireyhtymään.
 - **Alzheimerin taudin** edetessä lähimuisti huononee ja uuden oppiminen vaikeutuu. Vanhat taidot säilyvät huomattavasti pidempään. Usein esiintyy kielellisten toimintojen heikkenemistä, kuten sanojen hakemista ja puheen ymmärtämisen vaikeutta. Myös näönvarainen hahmottaminen sekä ympäristössä liikkuminen vaikeutuvat. Toiminnanohjaus heikkenee ja organisointikyky laskee. Käytännön toimet koituvat hankaliksi. Vaikeassa vaiheessa ihmisen kyky pitää huolta päivittäisistä perustoiminnoista, kuten hygieniasta, katoaa.

Käyttöoireet voivat olla jo moninaisia. Viimeisenä katoavat kävely- ja puhekyky.

- **Verisuoniperäinen dementia** on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Muistisairaudelle usein tyypillistä on nopea alku, sekä neurologiset oireet. Kliiniseen taudinkuvaan kuuluu muun muassa tiedonkäsittelyn heikentyminen, kävelyn epävarmuus, masennus, sekä äkilliset puutosoireet. Tiedonkäsittelyyn liittyviä varhaisoireita voivat olla esimerkiksi muistihäiriöt, toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden häiriöt, sekä kielelliset häiriöt.
- **Lewyn kappale –taudin** edetessä oireet voidaan jakaa tiedonkäsittelyssä ilmeneviin oireisiin, Parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Tyypillistä taudille on myös tarkkaavaisuuden ja huomiokyvyn heikkeneminen, sekä suunnitelmallisuuden vaikeus. Parkinsonismin kaltaisia oireita ovat muun muassa lihasjäykkyys, liikkeiden aloittamisen ja suorittamisen vaikeus, sekä kävelyvaikeudet. Osalla potilaista esiintyy myös näkö- tai kuuloharjoja.

- Tunne-elämän muutoksia ovat muun muassa aggressio, masennus, apatia, harha-aistimukset ja harhaluulot, sekä itsensä vahingoittaminen.
 - Käyttäytymisen muutos voi ilmetä esimerkiksi poikkeavana motorisena käytöksenä ja karkailuna, tavaroiden keräilyinä ja kätkemisenä, tai seksuaalissävyytteisenä toimintana.
- ❖ Seksuaaliset käytösoireet ovat muita käytösoireita harvinaisempia, ja niitä esiintyy yleensä lyhyinä jaksoina. Muistisairauteen saattaa liittyä sukupuolisen mielenkiinnon häviämistä, ja osalla hyperseksuaalisuutta.
- Käytösoireet tulkitaan usein virheellisesti – esimerkiksi paljasteluksi tulkittu riisuutuminen voi johtua kuumuudesta tai epämukavasta olost
 - Tavallisimpia ovat seksuaaliset puheet ja ehdotukset, luvaton toisen henkilön intiimialueiden koskettelu ja julkisissa paikoissa masturbointi. Nämä voivat olla merkki esimerkiksi läheisyyden kaipuusta tai huomionhalusta.
- ❖ Persoonallisuuden piirteet vaikuttavat seksuaalisiin käytöshäiriöihin. Sairastuneen luonteenpiirteet voivat vahvistua, tai muuttua jopa täysin päinvastaisiksi.
- ❖ Kun kohtaamme käytösoireita, tärkeää on ymmärrys siitä, että seksuaalisuus on osa terveellistä vanhene-

Muistisairauksien vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen

- ❖ Muistisairaus muuttaa väistämättä parisuhdetta – ei kuitenkaan aina huonompaan suuntaan.
 - Usein ikääntyvän parin kiintymyksen ja kumppanuuden ilmaisut lisääntyvät, ja vastavuoroisesti yhdyntöjen määrä vähenee.
- ❖ Ikääntyminen, kumppanin tai itsensä sairastuminen muistisairauteen aloittaa usein hoivasuhteen parisuhteessa. Hoivasuhde voi lisätä läheisyyttä tai vähentää sitä: suomalaisessa aineistossa kolmannes puolisoahoitajista kertoo sairastuneen puolison hellydenosoitusten lisääntyneen muistisairauden edetessä.
- ❖ Terve puoliso joutuu ottamaan enemmän vastuuta perheen asioiden hoitamisesta, jolloin puolisoiden tasavertaisuus vähenee. Muistisairauden edetessä vastavuoroinen keskustelu parisuhteen ongelmista saattaa käydä mahdottomaksi ja terve puoliso jää helposti asioidensa kanssa yksin.
 - Parisuhteen muututtua puoliset voivat tarvita erilaista tukea selviytyäkseen muutoksista ja haasteista.



- ❖ Muistisairaus ei vie seksuaalisuutta sairastuneelta, eikä myöskään puolisolta – usein sairaus kuitenkin muuttaa sitä.
 - Myös seksuaalisuuden ilmaiseminen muuttuu muistisairauden myötä. Muistisairaana puhutaan voimakkaammin, joka saattaa loukata kumppania. Toisaalta sairastunut saattaa vaikuttaa etäiseltä, mikä voi johtua kommunikaatiokyvyn heikkenemisestä. Puolison muuttunut käytös saattaa pelottaa ja vaivata kumppania.

- Dementoituvilla saattaa ilmetä halua jatkuvaan seksuaaliseen kanssakäymiseen. Dementia aiheuttaa usein myös häiritsevää mustasukkaisuutta kumppanista.
 - Suomalaisessa tutkimuksessa puolisohoitajat kertoivat häiritsevän mustasukkaisuuden ilmenemisestä 70 %:lla muistipotilaista jossakin sairauden vaiheessa.
- ❖ Hoitopaikoissa on kohdattu tapauksia, joissa muistisairas ihastuu toiseen asukkaaseen. Tällaiset tilanteet ovat erityisen haastavia monesta näkökulmasta katsottuna.
 - Tällöin henkilökunnan tehtävänä on auttaa läheistä ymmärtämään muistisairauden vaikutukset käyttäytymiseen ja kognition laskuun. Avoin keskustelu yhdessä puolison kanssa on hyvä lähtökohta. Tavoitteena on, että kaikki tilanteessa olevat osapuolet ymmärtäisivät tilanteen myös muistisairaana näkökulmasta.
- ❖ Parisuhteen jäljellä olevat positiiviset ominaisuudet ovat useille voimavara jaksamiseen.



Muistisairaana seksuaalisuuden kohtaaminen omaisen näkökulmasta

- ❖ Muistisairaana seksuaalisuus voi ilmetä monin erilaisin tavoin, ja se voi aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta omassissa.
- ❖ Ongelmatilanteissa tulisi puhua avoimesti tilanteesta asian oikeilla nimillä. Terveystieteiden ammattihenkilöt, kuten lähin hoitaja ja hoitava lääkäri ovat apuna omaisille tilanteessa.
 - On tärkeää ymmärtää, että läheisetkään sukulaiset kuten lapset, eivät päästä muistisairaana seksuaalisen käyttäytymisen oikeuksista.
- ❖ Häiritsevää ja ympäristöä loukkaavaa seksuaalista käyttäytymistä ei kenenkään tarvitse, eikä kuulu sietää taikka hyväksyä.
- ❖ Huonosta käytöksestä voi huomauttaa muistisairaalle ihmiselle päättäväisesti ja ystävällisesti, kuitenkin häntä alistamatta tai nolaamatta. Myös huumori ja leikinlasku saattavat pelastaa monista kiusallisista ja hankalista tilanteista.
- ❖ Hoitohenkilökunnan tehtävä on osata tunnistaa häiriökäyttäytyminen esimerkiksi tilanteessa, jossa muistisairas osapuoli on pakotettu seksiin. Hyväksikäyttötapaukset eivät ole ennenkuulumattomia, ja niistä tulee aina raportoida poliisille.

Muistisairaana omaishoitajuus

- ❖ Ennen omaishoitajaksi ryhtymistä on tärkeää pohtia omia jaksamisen rajoja ja resursseja. On hyvä keskustella tilanteesta läheisten ja mahdollisesti terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa.
- ❖ Omaishoitaja voi hoitaa läheistään velvollisuudesta, mutta motiivina on usein kuitenkin rakkaus ja auttamisen halu.
- ❖ Hoidettavan henkilön näkökulmasta omaishoitajan antama hoito on erityisen arvokasta, sillä sen avulla hän voi elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Myös omaishoitajat kokevat, että kotona läheisen elämän laatu pysyy hyvänä. Kotona asuminen on usein niin sairastuneen kuin omaishoitajankin toive.
- ❖ Sairauden edetessä muistisairas tarvitsee jatkuvasti enemmän huolenpitoa.
 - Omaishoitajan on ensiarvoisen tärkeää huolehtia omasta jaksamisestaan. Läheisestä huolehtimisen lisäksi on muistettava tehdä itselle merkityksellisiä asioita, kuten harrastaa ja ylläpitää sosiaalisia suhteita. Myös vertaistukimahdollisuuksiin kannattaa tutustua.
- ❖ Omaishoitajan ja sairastuneen on tärkeää tehdä yhdessä asioita, jotka on ennen sairastumistakin koettu merkityksellisiksi. Tämä lisää elämän mielekkyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta.



Tukea läheisille

- ❖ Vertaistukea muistisairaiden omaisille
 - Vertaislinja-tukipuhelin p. 0800 9 6000 (maksuton, joka päivä klo 17-21)
- ❖ Keskusteluja muistisairaille ja läheisille verkossa
 - Vertaislinja-keskustelupalsta: <http://discussion.muistiliitto.fi/>
- ❖ Väestöliiton parisuhdekeskuksen neuvontapuhelin
 - p. 010 309 3900
- ❖ Omaishoitajaliiton omaishoidon neuvonta
 - auki ma-to klo 9-15
 - p. 020 7806 599
- ❖ Seksuaalineuvontaa ja apua ihmissuhteisiin kaiken ikäisille
 - Sexpo-neuvontapuhelin p. 0800 90044
 - Verkkosivut: www.sexpo.fi
- ❖ Toimintaa ja tukea muistiyhdistyksissä ympäri Suomea

Lähteet

Brusila, P. 2010. Ikääntyvien seksi. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 6-7.

Brusila, P. 2011a. Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. Teoksessa M. Ritamo, K. Ryttyläinen-Korhonen & S. Saarinen (toim.) 2011. Seksuaalineuvonnan tueksi. Raportti 27/2011. Viitattu 31.10.2017. 157-168. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=>

Brusila, P. 2011b. Seksuaalisuus ja sairaus. Teoksessa A. Leinonen & J. Syrjälä (toim.) 2011. Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 32-47.

Digman www-sivut. Seksuaaliterveysasema. Seksin apuvälineet. 2013. Viitattu 6.11.2017. <https://moodle.amk.fi/mod/page/view.php?id=1071>

Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää-Nisula, H. & Sulkava, R. 2010. Muistisairaana seksuaalisuus. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 576-582.

Erkinjuntti, T. Remes, A. Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18-22.

Honkanen, N. 2017. Onnelliseksi – seksuaalisuus läpi elämänkaaren. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Sil-tala

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanna Pro Oy

Kokkinen, A. & Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen seksuaalisuus ja vammaisuus. Teoksessa A. Näslindh-Ylispangar. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy, 70-80.

Kontula, O. 2013. Seksuaalisuus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 351-363.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137-147.

Muistiliiton www-sivut. 2016a. Viitattu 19.5.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Muistiliiton www-sivut 2016b. Viitattu 11.10.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/parisuhde-ja-perhe-seksuaalisuus/>

Muistiliiton [www-sivut](http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/omaishoitajuus/) 2017. Viitattu 30.11.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/omaishoitajuus/>

Pixabay. <https://pixabay.com/fi>

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 226-237.

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale – tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

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

Salpakari, J. 2016. Omaishoitajien kokemuksia muistisairaana omaishoitajuudesta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu, 16.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. 2010. Maailman terveysjärjestö (WHO) Euroopan aluetoimisto & BZgA. Helsinki: THL. Viitattu 15.11.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80220/039844e2-c540-4e81-834e-6f11e0218246.pdf?sequence=1>

Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudin määrittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 81-89.

Kuvat www.pixabay.com

Sulkava, R. & Viramo, P. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.thl.fi/fi/web/kansantautit/muistisairaudet). 2015. Viitattu 19.5.2017. <http://www.thl.fi/fi/web/kansantautit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolmoninaisuus/sukupuoli-identiteetti). 2017. Viitattu 24.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolmoninaisuus/sukupuoli-identiteetti>

Tiitinen, A. 2017. Vaihevuodet ja androgeenit. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=dlk01154

Vainikainen, T. 2016. Kumppanina muistisairaus. Helsinki: Kirjapaja

Valtonen, S. & Hakola, S. 2014. Haluaisin pystyä kertomaan. Helsinki: Otava

Vatja, R & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90-99.

Wornell, D. 2013. A Different view of sexual behavior. New York: Demos Health. Demos medical publishing 2013. Viitattu 26.10.2017. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/samk/reader.action?docID=1580906>

