



SEKSUAALINEUVONTA NAISEN HOITOTYÖSSÄ

**Marika Aittila
Jonna Kuusela**

**Opinnäytetyö
Huhtikuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) AITILA, Marika KUUSELA, Jonna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Seksuaalineuvonta naisen hoitotyössä		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MANNINEN, Helena ja POHJOLAINEN Maritta		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osasto 4		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää seksuaalineuvonnan tarvetta Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osastolla 4 ja naistentautien poliklinikalla. Tutkimuksen avulla oli tarkoitus kerätä tietoa, jonka avulla henkilökunta voi kehittää seksuaalineuvontaa asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksessa selvitettiin tuleeko neuvontaa tarjota kaikille asiakkaille automaattisesti, tarvitsevatko asiakkaat neuvontaa ja minkälaista neuvonnan tulisi olla.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Tutkimus toteutettiin tammikuussa 2008. Kohderyhmänä olivat kaikki poliklinikan asiakkaat sekä naistentautien osaston potilaat, lukuun ottamatta rintasyöpäpotilaita ja sytostaattihoitoja saavia potilaita. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 60, joista palautui 54. Vastausprosentti oli 90 %. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelmalla.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan lähes puolella vastaajista hoitoon tulosyy oli aiheuttanut muutoksia/vaikeuksia seksuaalisuuden alueella. Heillä joka toisella hoitoon tulosyy oli aiheuttanut haluttomuutta tai yhdyntäkipuja. Kaikista vastaajista puolet oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulee tarjota automaattisesti kaikille asiakkaille. Vastaajista vain viisi koki tarvitsevansa neuvontaa seksuaalisuuden alueella. Heistä kolme oli 30 -39-vuotiaiden ikäryhmästä. Halutuimmiksi ohjausmuodoiksi nousivat yksilö- ja pariohjaus ja eniten neuvontaa kaivattiin gynekologisista sairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Seksuaalineuvontaa haluttiin eniten seksuaalineuvojalta ja kaikki halusivat parinsa mukaan neuvontaan.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella seksuaalineuvonnalla ei ole suurta tarvetta, mutta sitä haluttiin tarjottavan kaikille. Seksuaalineuvonta on kuitenkin melko uusi asia ja sen tarjoaminen vähäistä. Pienen otoksen vuoksi tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vain suuntaa antavina, seksuaalineuvontaa kehiteltäessä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) seksuaalisuus, seksuaaliterveys, seksuaalineuvonta, seksuaaliset häiriöt, neuvonta		
Muut tiedot		

Author(s) AITTILA, Marika KUUSELA, Jonna	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 52	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Sexual counselling in gynaecology nursing		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) MANNINEN, Helena ja POHJOLAINEN, Maritta		
Assigned by Central Finland Central hospital , gynaecological unit		
Abstract <p>The objective of the research was to find out the need for sexual counselling in gynaecological unit and policlinic of the Central Finland Central hospital. The aim was to gather information in order for the personnel to advance their sexual counselling to better correspond to their patients needs. The purpose was to find out if it is necessary to offer sexual counselling to every patient automatically, what the need of the counselling is and what kinds of subjects should be dealt with in counselling.</p> <p>The research was quantitative and the material was collected by using a questionnaire. The research was carried out in January 2008. The target group consisted of patients of gynaecological unit and policlinic, excluding breast cancer patients and patients in chemotherapy. Altogether 60 questionnaires were handed out, of which 54 were returned. The response rate was 90 %. The material was analysed by using Microsoft Excel program.</p> <p>According to the research results, the reasons for coming to treatment were changes/difficulties in sexuality for almost half of the subjects. Half of them suffered from sexual unwillingness and pain during intercourse. Half of all the subjects thought that sexual counselling should be offered automatically to every patient. Only five persons felt that they needed sexual counselling. Three of them were from an age group of 30 to 39. The most wanted types of counselling were individual and couple counselling, and the issues in which most counselling was needed were gynaecologic diseases and their effects to sexuality. Sexual counselling was mostly wanted from a sexual counsellor and all five persons wanted their partner with them in counselling.</p> <p>According to the research results, there is no high need for sexual counselling, but the subjects wanted counselling to be offered to everyone. Sexual counselling is after all quite a new issue and its offering is minor. Because of the small sample, the results of the research can only be used indicatively, when developing sexual counselling.</p>		
Keywords sexuality, sexual health, sexual counselling, sexual dysfunctions, counselling		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 SEKSUAALISUUS.....	4
3 SEKSUAALITERVEYS	5
3.1 Seksuaaliterveyden määritelmiä	5
3.2 Seksuaaliterveyden edistäminen	7
3.3 Seksuaaliterveyden edistämisen kansainvälisiä toimintaohjelmia	8
3.4 Seksuaaliterveyden edistämisen toimintaohjelmia Suomessa.....	9
4 SEKSUAALIOIKEUDET	11
5 NEUVONTA OHJAUKSEN KEINONA	11
5.1 Seksuaalineuvonta.....	12
5.2 PLISSIT- malli.....	14
6 SEKSUAALISUUS JA TOIMINTAHÄIRIÖT	16
6.1 Naisen seksuaalihäiriöiden luokittelu	17
6.2 Gynekologisten sairauksien vaikutus seksuaalisuuteen	18
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
8.1 Tutkimusmenetelmä.....	20
8.2 Kyselylomakkeen laadinta	21
8.3 Kohderyhmä ja tiedon keruu	22
8.4 Aineiston analyysi	23
9 TUTKIMUSTULOKSET	23
9.1 Vastaajien taustatiedot.....	23
9.2 Hoitoon tulosityyn aiheuttamat muutokset seksuaalisuudessa	25
9.3 Vastaajien näkemys seksuaalineuvonnan tarjoamisesta	26
9.4 Seksuaalineuvonnan tarve.....	27
9.5 Halutuimmat ohjausmuodot	28
9.6 Seksuaalineuvonnan aiheet.....	29
9.7 Seksuaalineuvonnan toteutus.....	30

10 POHDINTA.....	31
10.1 Tutkimuksen luotettavuus	31
10.2 Tutkimustulosten tarkastelua	33
10.3 Jatkotutkimushaasteita	36
LÄHTEET.....	37
LIITTEET	41
Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus.....	41
Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake	43
Liite 3. Yhteistyösopimus	48

KUVIOT

KUVIO 1. PLISSIT- MALLI	14
KUVIO 2. VASTAAJAT IKÄRYHMITÄIN	24
KUVIO 3. VASTAAJIEN HOITON TULOSYYT.....	25
KUVIO 4. HOITON TULOSYYN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN.	25
KUVIO 5. HOITON TULOSYYN AIHEUTTAMAT MUUTOKSET SEKSUAALISUUDEN ALUEELLA.....	26
KUVIO 6. SEKSUAALINEUVONNAN TARJOAMINEN KAIKILLE.....	27
KUVIO 7. VASTAAJIEN SEKSUAALINEUVONNAN TARVE.....	28
KUVIO 8. SEKSUAALINEUVONNAN OHJAUSMUODOT.....	29
KUVIO 9. SEKSUAALINEUVONNAN AIHEET	30
KUVIO 10. SEKSUAALINEUVONTAA ANTAVAT AMMATTIRYHMÄT	31

TAULUKOT

TAULUKKO 1. SEKSUAALINEUVONNAN TARJOAMINEN ERI IKÄRYHMISSÄ	27
---	-----------

1 JOHDANTO

Terveystieteiden ja sosiaalityössä puhutaan ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja hoitamisesta, mutta hyvin usein seksuaalisuuden alue näyttää jäävän pois. Työntekijät saattavat jäädä odottamaan, että asiakas itse ottaa asian puheeksi ja näin ollen seksuaalisuus jää kokonaan huomioimatta. Ammatillisuus edellyttää työntekijältä uskallusta ottaa henkilökohtaisemmatkin asiat puheeksi ja antaa näin asiakkaalle luvan myös seksuaalisuudesta puhumiseen. Seksuaaliväestön tulisi toteutua sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa ja sitä voidaan antaa joko yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti. (Ilmonen 2006, 43 - 45.) Seksiä ei kuitenkaan tule kenellekään tyrkyttää eikä sitä tarvitse jokaisessa kohtaamisessa käsitellä (Kivijärvi 2005, 16).

Seksuaaliterveyteen ja -neuvontaan liittyviä tutkimuksia on tehty suhteellisen vähän. Viime vuosien aikana seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ovat kuitenkin alkaneet kiinnostaa ihmisiä. Väestöliitto on laatinut vuoden 2006 alussa ensimmäisen seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman, jonka tavoitteena on luoda perusta Väestöliiton seksuaaliterveyden vaikuttamistyölle. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5.) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on laatinut keväällä 2007 Suomen ensimmäisen kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman. Sen tavoitteena on edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 3.)

Suomessa vuonna 1992 tehdyn FINSEX- tutkimuksen mukaan seksuaaliväestön sairautta takia ilmoitti tarvitsevänsä 6 % tutkitavista (Nurmi 1993, 420). Vuonna 1999 sama tutkimus toistettiin ja noin 10 % nuorista ja keski-ikäisistä kertoi sairauden haittaavan seksuaalielämää. Keski-ikäisen jälkeen haitat yleistyivät huomattavasti. (Haavio-Mannila & Kontula 2001, 173.) TAYS: n syöpätautien poliklinikalla vuonna 2001 tehdystä tutkimuksesta 73 % potilasta piti tärkeänä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyn sairaalassa. Samaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että lähes kaikki toivoivat aloitetta lääkäriltä tai hoitajalta. Tietoa toivottiin saavan pääasiallisesti suullisena. (Kellokumpu- Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 244.) Tampereen yliopistollises-

sa keskussairaalassa (TAYS) vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa vastavasti 35,4 % vastanneista koki seksuaalisuutta koskevista asioista puhumisen tärkeänä (Sekspro 2007, 30.) Tutkimus liittyi tuolloin meneillään olevaan SEKSPRO- projektiin, jossa kehiteltiin gynekologisille leikkauspotilaille suunnattua seksuaalineuvontapoliklinikan toimintaa (Sekspro 2007, 5.)

Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osaston ja poliklinikan henkilökunta on kehittämässä seksuaalineuvontaa asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Tällä hetkellä seksuaalineuvontaa annetaan tarvittaessa normaalin käynnin yhteydessä. Toiminnan kehittämiseksi henkilökunta tarvitsee tietoa neuvonnan todellisesta tarpeesta ja asiasisällöistä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä kyselylomakkeen avulla asiakkailta tietoa seksuaalineuvonnan tarpeesta.

2 SEKSUAALISUUS

Seksuaalisuudesta ei ole tehty yleispätevää määritelmää, mutta useimmissa lähestymistavoissa korostetaan seksuaalisuuden monimuotoisuutta ja laaja-alaisuutta. Seksuaalisuutta määritellään muun muassa ihmisen viettinä, tarpeena, ominaisuutena voimavarana tai käyttäytymisen muotona. (Nurmi 2000, 213).

Kirjallisuudesta löytyy seksuaalisuudelle useita erilaisia määritelmiä. Virtanen (2002) esittelee teoksessaan Rotbergin (1987), Chipouraksen (1979) ja Trieschmannin (1988) määritelmät seksuaalisuudesta. Rotbergin mukaan seksuaalisuus on hyvin monimuotoista, sisältäen persoonallisuuden, tunteet, tunnereaktiot, läheisyyden, rakkauden ja kumppanuuden. Chipouras tutkijakollegoineen taas pitää seksuaalisuutta ihmisen tapana esitellä itsensä itselleen ja toisille ihmisille elävänä olentona sekä tapana tulkita itseään. Trieschmannin mukaan ihminen ilmentää seksuaalisuuttaan ei pelkästään sukupuolivietin ja sukupuoliaktin mukaan, vaan myös ajattelussa, tunteissa, puheessa, arvoissa, normeissa ja ei-eroottisessa käyttäytymisessä. (Virtanen 2002, 21.) Teoksessa Seksuaalisuus Sironen ja Kalilainen (2006) esittelevät Greenbergin (1989) mallin, jonka mukaan seksuaalisuus heijastaa inhimilliset luonteenpiirteet.

Seksuaalisuutta tarkastellaan biologisen, psyykkisen, eettisen ja kulttuurillisen ulottuvuuksien avulla ja näiden ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa yksilön tapaan kokea seksuaalisuus. (Sironen & Kalilainen 2006, 357.)

Virtanen tuo esiin mahdollisuuden, että seksuaalisuus voidaan nähdä myös biologisesti ohjautuvana viettinä, joka johtaa lisääntymiseen, lajinkehitykseen ja lajin säilymiseen (Virtanen 2002, 25). Ajan kuluessa on seksuaalisuuden painopiste kuitenkin siirtynyt yhä enemmän suvun jatkamisesta sosiaalisten suhteiden ja nautinnon hankkimiseen. Myös ehkäisymenetelmien kehittyminen on luonut uusia mahdollisuuksia seksuaalisuuden toteuttamiseen. (Haavio-Mannila & Kontula 2001, 19 - 21.)

Seksuaalisuus ja lisääntyminen ovat sidonnaisia monimutkaisiin ilmiöihin, kuten yhteiskunnallisiin arvoihin ja moraaliin, uskontoon, lainsäädäntöön ja taloudellisiin tekijöihin (Virtanen 2002, 25). Puhekielessä seksuaalisuudella voidaan tarkoittaa myös seksuaalista suuntautuneisuutta tai sukupuolista halua ja kyvykkyyttä. Laajimmillaan seksuaalisuuteen voi sisällyttää kaiken, mitä ihmisinä olemme, tunnemme, ajattelemme ja teemme. (Paananen, Pietiläinen, Raussi- Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 539.) Seksuaalisuus vaikuttaa ihmisten kykyyn rakastaa, välittää tunteita ja luoda ihmissuhteita ja se voi toimia luovuuden ja elämän rikastuttamisen lähteenä (Virtanen 2002, 14).

3 SEKSUAALITERVEYS

3.1 Seksuaaliterveyden määritelmiä

Maailman terveysjärjestö on määritellyt raportissaan vuonna 1974 seksuaalisen terveyden fyysisten, emotionaalisten, sosiaalisten ja älyllisten tekijöiden integraatioksi siten, että se positiivisesti rikastaa ja vahvistaa persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta. Raportissa esitellään seksuaalisen terveyden kolme peruselementtiä, joissa seksuaaliterveys nähdään:

1. kykyä nauttia ja kontrolloida seksuaalista ja lisääntymiskäyttäytymistä sosiaalisen ja persoonallisen etiikan mukaan

2. vapautena pelosta, häpeästä, syyllisyydestä, vääristä uskomuksista ja muista psyykkisistä tekijöistä, jotka ehkäisevät seksuaalivastetta ja huonontavat seksuaalista kanssakäymistä
3. vapautena orgaanisista häiriöistä, taudeista ja vajeista, jotka häiritsevät seksuaali- ja lisääntymisfunktioita. (Nurmi 2000, 216 - 217.)

Termien seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys käyttö on vaihdellut maan ja käyttöyhteyden mukaan. Seksuaaliterveys on laajempi käsite kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveyteen kuuluu yksilön kyky nauttia seksuaalisuudesta ilman ei-toivotun raskauden, sukupuolitautien tai pakotetuksi tulemisen riskejä. Seksuaaliterveys on sidoksissa ihmisten välisiin suhteisiin ja se liittyy koko elämänkaaren aikaan, ei vain hedelmälliseen ikään. (Paananen ym. 2006, 540.) Lottes (2000) korostaa myös nautinnon ja mielihyvän kokemusta sekä niiden merkitystä elämänlaadulle ja ihmissuhteille (Lottes 2000, 22.) Lisääntymisterveyttä voidaan tarkastella myös kansanterveyden osa-alueena, johon kuuluvat sukupuolielinten sairaudet ja toimintahäiriöt, hedelmällisyys ja eri kliiniset palvelut. (Paananen ym. 2006, 540.)

Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu oman seksuaalisuuden toteuttaminen siten, ettei siitä ole haittaa ihmiselle itselleen tai toisille. Siihen kuuluu myös omien ja toisen seksuaalioikeuksien kunnioittaminen, kokemansa seksuaalidentiteetin toteuttaminen sekä haluamansa seksin harrastaminen. Seksuaalioikeuksien perusteella seksuaaliterveys katsotaan kaikkien ihmisten perusoikeudeksi. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttamiseen tarvitaan myös hyvin suunniteltuja palveluita, joihin on helppo hakeutua. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23.)

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä sikiöajasta kuolemaan asti. Eri elämäntilanteissa seksuaalisuus saa erilaisia merkityksiä. Seksuaalisuuden kokeminen myönteisenä ja hyväksyttävänä asiana on tärkeä osa terveyttä ja hyvinvointia. Itselle sopivaksi koettu seksuaalisuus antaa voimavaroja sekä lisää itsetuntoa ja itsekunnioitusta. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 18.)

3.2 Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveys muotoutuu vuorovaikutustilanteissa ja parisuhteissa, joihin vaikuttavat niin omat kuin kumppaninkin ominaisuudet ja resurssit sekä ympäristön kullekin tilanteelle asettamat ehdot. Seksuaaliterveyttä edistetään silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan omaehtoisella, tyydyttävällä ja turvallisella tavalla. Parhaiten seksuaaliterveys edistyy sopivan kumppanin kanssa tyydytystä tuottavassa suhteessa. Seksuaalinen tyydytys on seksuaalisen terveyden välttämätön ehto ja riittävät seksuaalioikeudet ovat perusta sen toteuttamiselle. Epätydyttävän seksuaalisuhteen laatua voidaan julkisten ja yksityisten palvelujen avulla yrittää parantaa ja sitä kautta edistää myös suhteen osapuolten seksuaaliterveyttä. (Kontula 2000, 56.) Seksuaaliterveyden edistäminen kuuluu terveydenhuollon palveluihin ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön työhön (Nurmi 2000, 15).

Hoitotyössä seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää sairaanhoitajalta tietoa seksuaalisuudesta, sen kehittymisestä ja ilmenemismuodoista, seksuaaliterveydestä sekä sairauksien vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Potilaan seksuaaliterveyttä edistetään huomioimalla ja kunnioittamalla hänen yksityisyyttään erilaisten hoitotilanteiden ja intiimien keskusteluiden yhteydessä sekä viestimällä potilaan hyväksymistä yksilönä, miehenä ja naisena. Seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä tulisi käsitellä aina, kun potilaan sairauden, hoidon tai lääkityksen arvioidaan aiheuttavan häiriöitä seksuaalisuuden tai minäkuvan alueelle. Keskustelun sisällön ja ajankohdan määräävät potilaan sairaus ja sen vaihe sekä potilaan antama lupa keskustella ko. aiheesta. (Aalto 2002, 50.)

Yleisesti terveystiedon hankinnassa käytetyimpiä lähteitä ovat terveydenhuollon ammattilaiset, viranomaiset, televisio, lähipiiri ja terveystietojärjestöt. Ikä ja koulutustausta vaikuttavat suuresti eri lähteiden valintaan. Korkeasti koulutetuille merkittävä tiedonlähde on internet, vähiten koulutetuille taas viranomaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat 2005, 14 - 15.)

Suomessa on viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana alettu ottaa pikeminkin terveydellinen kuin moraalinen lähestymistapa, koskien seksuaalikäyttäytymistä ja siihen liittyviä yhteiskunnallisia ongelmia. Kansalaisten saatavilla olevia seksuaalitietoja ja seksuaaliterveyspalveluita on pyritty parantamaan ja seksuaalikasvatukseen ja ehkäisyvälineiden saatavuuteen on kiinnitetty enemmän huomiota. (Lottes 2000, 27.)

3.3 Seksuaaliterveyden edistämisen kansainvälisiä toimintaohjelmia

Maailman terveysjärjestö (WHO) on ollut aktiivinen toimija seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella jo vuosikymmenien ajan. Tällä vuosituhannella alueellisia suosituksia ja ohjelmia on julkaistu mm. Amerikassa ja Euroopassa. Ensimmäinen WHO:na laatima maailmanlaajuinen strategia hyväksyttiin vuonna 2004. Strategia sisältää seksuaali- ja lisääntymisterveyden viisi pääkohtaa:

- raskauden- ja synnytyksenaikaisen sekä synnytyksen jälkeisen hoidon parantaminen sekä vastasyntyneen hoidon parantaminen
- korkealaatuisten perhesuunnittelupalvelujen tarjoaminen, mukaan lukien hedelmättömyyden hoidon
- terveyttä uhkaavien raskauden keskeytysten eliminoiminen
- sukupuolitautilien torjunta, mukana lukien HIV, sukupuolitulehdukset, kohdunkaulan syöpä ja muut gynekologiset sairaudet
- seksuaaliterveyden edistäminen

WHO:n ehdotuksen mukaan jokaisen maan tulisi tunnistaa omat tarpeensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella, priorisoida tavoitteensa ja laatia oma kansallinen strategiansa. (Kosunen 2006, 10 -11.)

Viime vuosina on havahduttu huomaamaan että seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmat eivät kosketa vain kehitysmaita, vaan myös kehittyneemmat maat tarvitsevat omista tarpeista lähteviä ohjelmia. Euroopassa seksuaalilisääntymisoikeuksien toteutumisessa on vakavia puutteita ja maiden väliset erot ovat suuria. 2000-luvulla osaksi eurooppalaista kansanterveystyötä onkin nousemassa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. (Kosunen 2006, 11.)

Euroopan parlamentti ja neuvosto ovat hyväksyneet vuosille 2003 - 2008 kansanterveysalan toimintaohjelman, mikä käsittelee yleistä terveyden edistämistä. Ohjelman liitteissä seksuaalikäyttäytyminen esitellään terveyden taustatekijänä, joka tulisi huomioida kehitettäessä kestävästä terveyden seurantajärjestelmää sekä siihen liittyviä strategioita ja toimenpiteitä. Kansanterveysohjelmissa seksuaaliterveys näyttää olevan nouseva teema. (Kosunen 2006, 12.)

Vuonna 2004 Euroopan neuvoston yleiskokous hyväksyi strategian, jonka tarkoituksena on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä niihin liittyviä oikeuksia. Jäsenmaita kehoitetaan laatimaan omat kansalliset ohjelmansa, perustuen paikallisten tarpeiden arviointiin. Ohjelmassa tulee paneutua seksuaali- ja lisääntymispalvelujen monipuoliseen tarjontaan sekä niiden saataavuuteen iästä, sukupuolesta tai väestöryhmästä riippumatta. Laaja-alaista seksuaali- ja lisääntymisterveyskasvatusta ja -tietoa on tarjottava ikä, sukupuoli ja ihmisen tarpeet huomioiden. (Kosunen 2006, 13 -14.)

3.4 Seksuaaliterveyden edistämisen toimintaohjelmia Suomessa

Suomen Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2006 terveyden edistämisen laatusuosituksen, joiden tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Laatusuositus on tehty työvälineeksi terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseen, toteutumiseen ja arviointiin. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Laatusuosituksissa esitetään kunnalle seuraavat toimintalinjat: terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen, terveyttä edistävät elinympäristöt, yhteistyö ja osallistuminen, terveyden edistämisen osaaminen ja palvelut sekä terveyden edistämisen seuranta ja arviointi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on laatusuosituksissa esimerkkinä kunnan terveyttä edistävästä toiminnasta. Seksuaaliterveyden edistäminen olisi hyvä sisällyttää kunnan hyvinvointistrategiaan. Sairaalaa koskevat suositukset liittyvät seksuaalisuuden huomioimiseen osana potilaan hoitoa, seksuaaliter-

veyden palveluista tiedottamiseen, perus- ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön ja ammattihenkilöstön kouluttamiseen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 60 - 62.)

Väestöliiton vuonna 2006 alussa laaditun seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman painopiste on ennaltaehkäisevässä terveydenhuoltopoliitikassa. Ohjelmassa tehdään käytännön esityksiä ja osoitetaan keinoja joilla voidaan edistää yhteiskunnan seksuaaliterveyttä. Ohjelman mukaan seksuaaliterveyspalveluita on vähän ja hajanaisesti ja sen mukaan myös julkisessa terveydenhuollossa tulisi tarjota seksuaalineuvontaa ja -terapiaa. Ohjelmassa painotetaan sitä, että seksuaalineuvonta tulisi soveltua myös ikäihmisille. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 5 - 7.)

Keväällä 2007 sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut ensimmäisen Suomen kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman. Sen tavoitteena on edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, huomioiden erityisesti nuoret. Ohjelmassa linjataan lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Seksuaalineuvonta on yksi ohjelman 14:sta aihekokonaisuudesta. Tavoitteena on saattaa seksuaalineuvonta osaksi peruspalveluita, niin ehkäisevään työhön kuin sairaanhoitoon. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 3.) Sairauksien hoitoon sisällytetään seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma. Sairauksien ja hoitojen vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn huomioidaan hoitoon liittyvässä ohjauksessa ja neuvonnassa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 34.) Jokaisessa terveyskeskuksessa tulee olla käytettävissä seksuaalineuvojakoulutuksen saanut henkilö ja sairaanhoitopiirien palveluksessa erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä. Neuvontapalveluissa huomioidaan sukupuolten välinen tasa-arvo sekä erilaisten vähemmistö- ja erityisryhmien tarpeet. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 3.)

4 SEKSUAALIOIKEUDET

Seksuaalisuus on hyvin kokemuksellinen asia ja ihmisillä tulee olla oikeus muodostaa oma käsityksensä siitä. Ihmisellä on oikeus päättää omasta seksuaalisuudestaan, eikä elämäntilanteiden tai terveydentilan muuttumisen pitäisi siihen vaikuttaa. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 18.)

Perinteiset seksuaalioikeudet, kuten oikeudet suojautua sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta, juontavat juurensa lisääntymisterveyden puolelta. Nykyään seksuaalioikeudet sisältävät myös oikeuden oman seksuaalisuutensa ilmaisuun ja seksuaalisen mielihyvän kokemiseen oman suuntauksensa, identiteettinsä ja arvojen mukaisesti. Niihin liittyy myös oikeus vapauteen ja itsenäisyyteen vastuullisessa seksuaalikäyttäytymisessä. 1990-luvulla kolme kansainvälistä järjestöä julkisti omat seksuaalioikeuksien julistuksensa, joita voidaan pitää myös osana ihmisoikeuksien julistusta. Naisten kansainvälisen terveystieteiden alajärjestö HERA (Health, Empowerment, Rights and Accountability) antoi kymmenkohtaisen julistuksen, jonka tarkoituksena on edistää seksuaali- ja lisääntymisoikeuksia koko maailmassa. Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton yhteiskokous taas hyväksyi vuonna 1995 seksuaalisten oikeuksien peruskirjan, jonka tavoitteena on suojella seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä oikeuksia kaikissa poliittisissa, taloudellisissa ja kulttuurisissa yhteiskuntajärjestelmissä. Vuonna 1997 Seksologian maailmankongressi (World Association for Seksology) antoi Valenciassa oman seksuaalioikeuksien julistuksensa, josta vielä kehittyneempi versio tehtiin vuonna 1999 Hongkongissa (liite 1). (Virtanen 2002, 15.)

5 NEUVONTA OHJAUksen KEINONA

Potilasohjaus on potilaan ja hoitavan henkilön välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään tiedon ja tuen avulla (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 209). Hoitotyön auttamismenetelmänä ohjaus on tärkeä osa niin sairauden hoitoa kuin terveyden edistämistä. Potilaiden ohjaus on oppimaan oppimista ja yksilöllistä ongelman ratkaisua, joka

ilmenee vuorovaikutussuhteen kehittymisenä ja mahdollistaa terveysongelman kanssa selviytymisen ja hyvinvoinnin edistämisen. (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 12.)

Neuvontaprosessin suunnittelu lähtee alkuarvioinnista, jossa määritellään neuvonnan tarve ja tavoitteet. Alkuarviointi tapahtuu tavallisesti keskustellen asiakkaan kanssa. Neuvonnan muotoon vaikuttavat asiakkaan aikaisemmat tiedot, taidot, asenteet, kokemukset ja uskomukset. Neuvojan tulee huomioida myös asiakkaan tunnetila ja motivaatiotaso sekä kyky vastaanottaa tietoa. Informaatiota ei saisi olla kerralla liikaa ja asioiden ymmärtäminen tulisi varmistaa asiakkaalta esimerkiksi kysymysten ja keskustelun avulla. Kommunoinnin perustana ovat tasa-arvoinen suhtautuminen ja vastavuoroisuus. (Peltonen 2004, 103, 106.)

Yksilöohjauksessa kaksisuuntainen vuorovaikutus asiakkaan ja hoitajan välillä antaa asiakkaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea hoitajalta. Niin yksilö- kuin ryhmäohjauksessakin suullisen ohjauksen tukena käytetään erilaisia oheismateriaaleja. Yksilöohjauksessa asiakkaat arvostavat asiakkaan tarpeista lähtevää ohjausta, aktiivisuuden ja motivaation tukemista, jatkuvaa palautteen antamista sekä vapaamuotoista ilmapiiriä. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renforst 2007, 74.)

Yksilöohjauksen ohella ryhmäohjaus on eniten käytetty ohjausmenetelmä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitukseen perustetuille ryhmille, joiden tavoitteet vaihtelevat ryhmien ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaan. Jo pelkästään ryhmässä oleminen voi olla ryhmäläiselle voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Toisinaan ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

5.1 Seksuaalineuvonta

Seksuaalineuvonta on vuorovaikutukseen pohjautuvaa asiakas- tai potilastyötä, jonka olennaisena osana ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liitty-

vät ongelmat ja kysymykset. Seksuaalineuvonnan tulisi olla osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja sitä tulisi tarjota kaikille ikäryhmille. (Ilmonen 2006, 41.) Vuonna 1980 lääkintöhallitus antoi ohjeet ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta Suomen sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Ohjeiden mukaan asiakkaan ja potilaan kokonaishoitoon kuuluvat myös ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus sekä seksuaalineuvonta. (Nurmi 2000, 15.) Sama periaate soveltuu edelleen palveluiden järjestämisen lähtökohdaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007) painotetaan aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Ohjelmassa seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana myös ehkäisevää terveydenhoitoa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 29 - 30.)

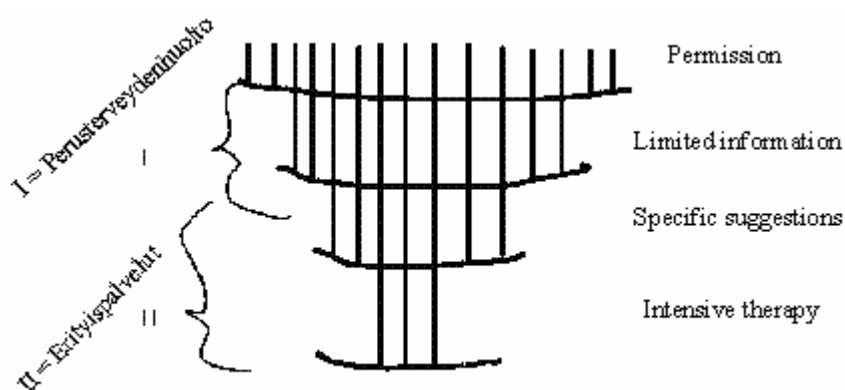
Puutteet ihmisen seksuaaliterveydessä voivat johtua hyvin erilaisista syistä. Ongelmana saattavat olla heikot resurssit suhteen solmintaan, fyysiset tai psyykkiset vaikeudet seksuaalisessa kanssakäymisessä, kumppanin tai suhteen vuorovaikutuksen epätyytyttävyyys. Tällaisiin ongelmiin voi saada apua julkisista tai yksityisistä palveluista. Osaan ongelmista syynä on tietämättömyys, johon voidaan vaikuttaa julkisilla valistusmateriaaleilla sekä tiedottamalla julkisuudessa seksologiaa koskevista ajankohtaisista tutkimuksista ja tiedoista. Neuvontapalveluita, etenkin varsinaista erikoistunutta seksuaalineuvontaa kaivataan usein suhteen vuorovaikutuksen ongelmiin tai fyysiseen ja psyykkiseen epävarmuuteen. Mitä erityisempi ongelma ihmisellä on, sitä ammattitaitoisempaa palvelua edellytetään. (Kontula 2000, 63.)

Seksuaalineuvonnassa suurinta osaa asiakkaista voidaan auttaa antamalla lupa asioista keskusteluun, tietoa ja joitakin ohjeita. Seksuaaliterapiaa tai muita erityispalveluja tarvitaan vasta sitten, kun perustason neuvonta ei riitä auttamaan potilasta. Seksuaalineuvonnan saamisella on kaksi tärkeää vaikutusta. Neuvonta ehkäisee ongelmien syntymistä, vaikeutumista ja kroonistumista ja samalla vähentää erityispalvelujen tarvetta. Seksuaalineuvonnan toimivuus edellyttää saatavilla olevia palveluita, joita ei toistaiseksi ole riittävästi tarjolla. Tämä johtuu siitä, ettei terveydenhuollon henkilöstöllä ole riittävästi valmiuksia neuvonnan antamiseen. (Ilmonen 2006, 45 - 46.)

Neuvontapalveluja tarjoavien organisaatioiden mukaan seksuaalisuuteen liittyvä neuvonnan tarve on kasvussa. Erilaiset seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yleisiä. Aiempaa avoimempi suhtautuminen seksuaalisuuteen ja hoitokeinojen kehittyminen ovat alentaneet avun hakemisen kynnyksiä. Neuvonnan tarvetta ja kysymyksiä herättävät myös kulttuurin seksualisoituminen ja kaupallinen markkinointi. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 28.)

5.2 PLISSIT- malli

Nurmi (2000) tuo teoksessaan esiin Jack Annonin (1976) kehittämän seksuaalisten kysymysten käsittelyyn tarkoitetun PLISSIT- mallin. Sanassa esiintyvät kirjainyhdistelmät muodostuvat englanninkielisistä sanoista Permission – Limited Information – Specific Suggestion – Intensive Therapy. Kyseiset sanat kuvaavat seksuaaliohjauksen neljää eri tasoa. Kaksi ensimmäistä tasoa muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan kutsua seksuaalineuvonnaksi. Perusterveydenhuollon ammattihenkilöstön edellytetään pystyvän toimimaan ainakin kahdella ensimmäisellä tasolla. (Nurmi 2000, 95 - 96.)



KUVIO 1. PLISSIT- malli (Plissit- malli 2005.)

Ensimmäinen taso, permission tarkoittaa **sallimista, luvan antamista**. Ohjauksessa luvan antamisessa tulisi olla myönteinen ja salliva suhtautuminen seksuaalisuuteen. Luvan antamisessa on kyse siitä, että asiakas saa työntekijältä sanallisen tai sanattoman viestin siitä, että hän on normaali ja hänen ongelmansa ovat tavallista. Asiakas haluaa kuulla, että hänessä ei ole mitään vikaa eikä hän ole yksin huolenaiheineen. Luvan antamisessa on tärkeää myös tähdentää sitä että asiakkaan huolenaihe ei ole harvinaista ja muillakin

on samanlaisia ongelmia. Tästä syystä on tärkeää, että työntekijällä on riittävästi tietoa. (Nurmi 2000, 95 - 96.) Luvan antamisella voidaan auttaa asiakasta luopumaan seksuaalisuuteen liittyvistä uskomuksista, myyteistä ja vääristyneistä malleista. Sen avulla he voivat löytää itselleen sopivan tavan toimia seksuaalisesti sekä hyväksyä oman seksuaalisuutensa. (Ilmonen 2000, 114 - 115.) Ensimmäisellä tasolla ongelman hoidoksi riittää luvan antaminen, eikä tarkoituksena ole paneutua syvällisiin tai traumaattisiin seksuaaliongelmiin. Luvan antaminen on sekä ehkäisevää että hoitavaa toimintaa. (Paananen ym. 2006, 555.)

Luvan antamisessa on tärkeää se miten työntekijä muotoilee kysymyksiä ja minkälaisia termejä neuvonta tilanteissa käytetään. Neuvontatilanteessa olisi hyvä puhua asiakkaan käyttämällä termeillä, jotta neuvontatilanne olisi luontevampi ja asiakkaalle mielekkäämpi. On hyvä varmistaa, että asiakas ymmärtää käytetyt käsitteet ja samalla rohkaista kysymään, jos joku käsite on epäselvä. Työntekijän on hyvä käyttää mahdollisimman paljon avoimia kysymyksiä, ettei asiakas tule johdatetuksi. Lupa voi olla asiakkaalle hyvin merkityksellinen ja pelkästään luvan saaminen omaan yksilölliseen seksuaalisuuteen on monille helpotus. (Ilmonen 2006, 47; Nurmi 2000, 95 - 96.)

Toinen taso, limited information eli **rajoitettu informaatio** tarkoittaa sitä, että hoitaja antaa tietoa juuri asiakasta huolestuttavista asioista. Tietoa on kuitenkin hyvä antaa myös sellaisista asioista, joista näkee että tieto puuttuu. Usein asianmukainen tieto korvataan uskomuksilla ja kuvitelmilla, jotka voivat aiheuttaa turhaan pelkoja tai ahdistusta. Pelkästään tieto siitä, että kaikilla on jossain elämänvaiheessa samoja ongelmia, voi helpottaa asiakasta. (Ilmonen 2006, 52 - 53; Nurmi 2000, 95 -96.)

Kolmas taso, specific suggestion tarkoittaa **spesifiä ohjetta**. Tässä tasossa hoitaja pyrkii muuttamaan asiakkaan käyttäytymistä ja saavuttamaan hänen tavoitteensa suorilla ohjauksilla. Nämä ohjeet ovat asiakkaan erityisongelman hoitoa. Spesifiset ohjeet kuuluvat seksuaalilyhytterapiaan. (Nurmi 2000, 95.) Erityisohjeet voivat olla erilaisten harjoitusten ohjaamista tai apuvälineiden käytön neuvomista. Yksinkertaisia neuvoja voi antaa koko terveydenhuollon henkilökunta oman koulutustaustan, ammatillisen kokemuksen ja terveen jär-

jen avulla, monimutkaisemmat neuvot taas kuuluvat seksuaaliterapian piiriin. Nämä kaksi tasoa menevätkin helposti limittäin. (Ilmonen 2006, 55; Vuola 2003, 262.)

Neljäs taso, intensive therapy tarkoittaa **intensiivistä terapiaa**, jota tarvitaan kun lyhytterapiasta ei ole apua. Tällöin asiakkaan tulee kääntyä asiantuntijan puoleen, joka on käynyt pitkän terapiakoulutuksen. (Nurmi 2000, 95 - 96.) Neljännen tason neuvontaa vaativat ongelmat ovat laajoja ja monitahoisia ja voivat sisältää traumaattisia kokemuksia (Paananen ym.2006, 555). Seksuaaliterapiassa tähdätään erilaisten häiriöiden poistamiseen harjoitusten, kotitehtävien ja näiden toteutumisen analysoinnin ja seurannan avulla (Tukiainen & Soramäki 2000, 148 -150). Seksuaaliterapiaa antaa yleensä yksi terapeutti ja asiakkaana on pariskunta. Käyntejä on keskimäärin viikoittain, erityisesti hoidon alkuvaiheessa. (Vuola 2003, 262.)

6 SEKSUAALISUUS JA TOIMINTAHÄIRIÖT

Seksuaalisuuteen vaikuttavia toimintahäiriöitä on monen tyyppisiä. Seksuaali-toimintojen häiriöillä tarkoitetaan yleisesti sukupuolisen halun, kiihottumisen ja sukupuolielinten toiminnan häiriöitä, jotka voivat johtua elimellisistä tai muista syistä. Häiriöiden syyt naisilla voivat olla moniulotteisia. Tyypillistä on, että fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhdeongelmat kietoutuvat toisiinsa. (Räsänen 2003, 219.) Kohdun poiston ja muiden gynekologisten toimenpiteiden seuraamukset seksuaalisuudessa, naisellisuudessa sekä oman kehon eheänä kokemisessa mietityttävät monia naisia. Naisten terveystalouteen olisikin luontevaa yhdistää nykyistä enemmän myös seksuaalineuvontaa. (Ryttyläinen 2003, 22 - 23.) Vaikka häiriö johtuisi vain naisesta, koskettaa se aina molempia ja siksi kumppanikin olisi hyvä ottaa mukaan selvittelyihin ja hoitoon. Usein seksuaalivaikeuksien aiheuttajana ovat ongelmat parisuhteessa, jolloin hoitona on pari- tai seksuaaliterapia. Myös yksin elävien ihmisten seksuaalivaikeuksien hoito on tärkeää, sillä ne voivat estää jopa kumppanin hankintaa. (Hovatta 2004, 137, 142 -143.)

Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikka ja osasto ovat erikoistuneet tutkimaan ja hoitamaan esimerkiksi hormonaalisia häiriöitä, kohdun laskeumia, gynekologisia tulehduksia, virtsaamiseen liittyviä ongelmia ja syöpäsairauksia. Poliklinikalla hoidetaan myös alkuraskauden häiriöitä, raskauden keskeytyksiä sekä annetaan lapsettomuushoitoja. (Naistentautien osaston esittely 2007.) Tutkimuksessamme keskitymme ainoastaan edellä mainittuihin ongelmiin liittyviin seksuaalisiin toimintahäiriöihin. Naistentautien poliklinikoilla, -osastoilla ja lapsettomuusklinikoilla asioivat naiset ovat hyvin erilaisissa elämäntilanteissa, jotka yleensä vaikuttavat myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen 2003, 22 - 23.)

6.1 Naisen seksuaalihäiriöiden luokittelu

Naisten seksuaaliset toimintahäiriöt ovat vaikeasti määriteltäviä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen avuksi on kehitelty naisen seksuaalihäiriöiden luokitus, joka perustuu vuonna 1998 pidetyn konsensuskokouksen julkilausumaan. Luokittelun pohjana on käytetty ICD-10 ja DSM-IV- luokituksissa mainittuja neljää ryhmää: *halun, kiihottumisen, orgasmin ja seksuaalisen kivun häiriöt*. Luokituksessa korostetaan yhä enemmän naisen omaa kokemusta. (Räsänen 2003, 220.)

Seksuaalinen haluttomuus tarkoittaa seksuaalisten fantasioiden, ajatusten tai seksuaalisen kanssakäymishalun pysyvää tai tilapäistä puuttumista. Kaksi tärkeintä tekijää määrittelyssä ovat pysyvyys ja haluttomuuden kokeminen henkilökohtaisena ongelmana. (Räsänen 2003, 220.) Naisilla haluttomuus on yleisempää kuin miehillä ja se lisääntyy iän myötä. Muut seksuaaliset toimintahäiriöt ovat usein yhteydessä haluttomuuteen. (Virtanen 2002, 154.) Koska kyseessä ei ole tarkasti määriteltävissä oleva tila, on haluttomuutta vaikea tutkia ja mitata. Haluttomuus on ongelma vain, jos henkilökohtaisesti kokee niin. Parisuhteessa haluttomuudessa on usein kyse halujen määrällisestä tai laadullisesta eriparisuudesta. (Väisälä 2006, 245.)

Seksuaalinen kiihottumisvaikeus merkitsee kyvyttömyyttä saavuttaa tai ylläpitää riittävää seksuaalista kiihottumista. Tämä voi ilmentyä kiihottumisen tunteen puuttumisena, sukupuolielinten tai somaattisen vasteen puuttumisena. (Räsänen 2003, 220.) Kiihottumisongelma esiintyy harvemmin yksistään, vaan

sen on esim. myötävaikuttamassa orgasmiongelmaa tai seurausta tai osana haluttomuusongelmaa (Väisälä 2006, 252).

Orgasmihäiriössä orgasmin saaminen on vaikeutunut tai hidastunut tai se puuttuu kokonaan riittävän seksuaalisen ärsykkeen ja kiihottumisen jälkeen. Kyseessä ei kuitenkaan ole toimintahäiriö, jos nainen ei itse koe sitä ongelmaksi. (Räsänen 2003, 220.) Orgasmihäiriö voi johtua persoonallisista tai elimellisistä syistä. Jos häiriö on yhteydessä kumppaniin, ei kyseessä ole orgasmivaikeus vaan parisuhteen ongelma tai muu toiminnallinen häiriö, kuten haluttomuus. (Virtanen 2002, 244.)

Seksuaalista kipua voi esiintyä yhdynnän tai muun seksuaalisen kiihottumisen yhteydessä. Yhdyntäkivulla tarkoitetaan toistuvaa tai tilapäistä yhdyntään liittyvää kipua. (Räsänen 2003, 221.) Yhdyntäkivut ovat melko yleinen seksuaalisuuteen vaikuttava häiriö. Tämä käy ilmi Suomalainen seksi- tutkimuksessa, jonka mukaan 7 % vastanneista naisista koki yhdynnän kivuliaaksi melko usein. Parisuhteessa elävistä naisista 30 % oli kokenut kivuliaita yhdyntöjä viimeisen vuoden aikana. Kivulias yhdyntä selittyy useimmissa tapauksessa emättimen kostumisen puuttumisesta. (Kontula, Haavio-Mannila & Nurmi 1993, 299.)

6.2 Gynekologisten sairauksien vaikutus seksuaalisuuteen

Seksuaalisiin alueisiin liittyvä sairaus tai vamma voi muuttaa minäkuvaa tai uhata seksuaalisia toimintoja. Näin ollen seksuaalisuus tulee ottaa huomioon, vaikka sairastunut itse ei niitä puheeksi ottaisikaan. Omaa naiseutta peilataan usein sukupuolielimiin ja niiden toimintaan, ja muutokset niissä tuovat epävarmuutta myös oman sukupuolisuuden kokemiseen. Vakavaan sairauteen tai vammautumiseen liittyy usein itsetunnon laskua, mikä myös hidastuttaa seksuaalisen eheyden ja minäkuvan korjaantumista. (Rosenberg 2006, 282 - 283.)

Gynekologisiin leikkauksiin liittyy seksuaalisten ongelmien lisääntymisen riski ja siksi onkin tärkeää keskustella näistä riskeistä ja seksuaalisuudesta jo ennen leikkausta. On tutkittu, ettei hyvänlaatuisen syyn vuoksi tehty kohdunpoistoleikkaus vaikuttaisi merkittävästi seksuaalisuuteen, enemmänkin se paran-

taa sukupuolielämän laatua. (Väisälä 2006, 262 - 263.) Naisen omaa mielipidettä kohdunpoiston laajuudesta tulee kunnioittaa niin paljon kuin mahdollista. Kohdun poiston jälkeen naiselle tulisi antaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista perusteellista tietoa. Nainen itse kun harvoin ottaa puheeksi näitä mieltä askarruttavia asioita. (Hovatta 2004, 137, 142 -143.)

Munasarjojen poiston, laskeuma- ja pidätyskyvyttömyysleikkausten on todettu aiheuttavan haluttomuutta ja yhdyntäkipuja. Kaikkein merkittävin seksuaalisuuteen vaikuttava leikkaus on vulvakarsinooman vuoksi suoritettu naisten ulkoisten sukupuolielinten poistoleikkaus. Leikkaus vaikuttaa yhdyntöihin tuntopuutoksien vuoksi sekä teknisesti haittaa yhdyntöjä. (Väisälä 2006, 262 - 263.)

Tutkimusten mukaan syöpä aiheuttaa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia ja tätä kautta heikentää myös elämänlaatua. Syöpäsairauksien erilaiset hoitomuodot, kuten solunsalpaajahoidot, sädehoidot, kirurgiset toimenpiteet ja hormonihoitot vaikuttavat seksuaalisiin toimintoihin. Varsinkin gynekologisen syövän leikkaushoito voi muuttaa potilaan kehonkuvaa ja minäkuvaa. Gynekologinen syöpä voi vaikuttaa negatiivisesti seksuaaliseen reaktiosarjan vaiheisiin ja seksuaalielämän kokemiseen. (Kellokumpu- Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237 - 240). Syöpä tuo naiselle mukanaan pelkoa ja ahdistusta ja sen hoidot aiheuttavat muutoksia elimistössä. Tällaisessa elämäntilanteessa myös seksi usein jää. Asiallisen neuvonnan avulla voidaan poistaa turhia seksiin liittyviä pelkoja ja rohkaista seksielämän jatkamiseen. (Hovatta 2004, 137, 142 -143.) Gynekologisten syöpien hoidossa on erittäin tärkeää keskustella avoimesti seksuaalisuudesta ja sukupuolisesta kanssakäymisestä hoitojen ja seurantakäyntien yhteydessä heti, kun naisella on siihen kiinnostusta ja voimavaroja (Eskola & Hytönen 2002, 354). Vaikka kiinnostus seksiin olisikin vähentynyt, voi läheisyys ja hellyys korvata rakastelun ja orgasmin tavoittelun. Seksuaalielämän vaikeudet riippuvat siitä, kuinka hyvin kumppaneiden toiveet ovat sovittavissa yhteen erilaisissa elämäntilanteissa ja erilaisten psyykkisten ja fyysisten rajoitusten ilmetessä. (Kosunen, Cacciatore & Hervonen 2003, 214.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää seksuaalineuvonnan tarpeellisuutta naisen hoitotyössä. Kartoitamme millaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista asiakkaat haluavat neuvontaa ja millaisin ohjausmenetelmin. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla seksuaalineuvontaa voidaan kehittää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

Tutkimustehtävät

1. Mikä on seksuaalineuvonnan tarve naistentautien osastolla ja poliklinikalla?
2. Millaisia asioita seksuaalineuvonnassa tulee käsitellä?
3. Millaisilla ohjausmenetelmillä seksuaalineuvontaa tulee antaa?

Kyselylomakkeessa kysymykset 1.-5. selvittävät vastaajien taustamuuttujia. Ensimmäiseen tutkimustehtävään vastaavat kysymykset 6. ja 7. ja toiseen tutkimustehtävään kysymys 9. Lomakkeen kysymykset 8., 10., 11. ja 12. antavat tietoa kolmanteen tutkimustehtävään.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa todellisuuden katsotaan rakentuvan objektiivisesti todettavista tosiasioista ja siinä korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiempien teorioiden ja aiempien tutkimusten johtopäätösten hyödyntäminen, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. Tutkimusta suorittaessa tärkeää on suunnitella aineiston keruu ja tutkittavien henkilöiden valinta tarkoin sekä lopuksi saattaa aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135 -136.)

Kyselytutkimuksella, joka tunnetaan survey- tutkimuksen keskeisenä menetelmänä, aineistoa kerätään standardoidusti eli kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Siinä kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Surveyyn avulla kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 188 -189.)

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto, niin vastaajien kuin kysymysten osalta. Menetelmä on myös tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Jos kyselylomake on huolella suunniteltu, aineiston käsittely ja analysointi on nopeaa. Valmiit tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot helpottavat aineiston analysointia. Myös aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Usein kyselytutkimuksien aineistoa pidetään kuitenkin pinnallisina ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Kyselytutkimuksessa ei voi varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Ei ole myöskään selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet ja miten vastaajat ylipäättään ovat perehtyneet asiaan, josta kysymyksiä esitettiin. Toimivan lomakkeen laatiminen vie tutkijalta aikaa ja vaatii monenlaista tietoa ja taitoa. Joissakin tapauksissa kyselyyn vastaamattomuus eli kato nousee suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen tutkimuksen, koska halusimme saada mahdollisimman laajan otoksen kohderyhmästä. Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen avulla saimme kerättyä tietoa nopeasti ja kaikilta vastaajilta samalla tavalla.

8.2 Kyselylomakkeen laadinta

Tutkimusta varten laadimme puolistrukturoidun kyselylomakkeen (liite 2). Lomake sisälsi 12 kysymystä, joista yksi oli avoin. Joihinkin strukturoituihin kysymyksiin oli myös avoin vaihtoehto annettujen vaihtoehtojen lisäksi. Kyselylomake oli kaksiosainen. Jos kysymykseen numero seitsemän vastasi kieltä-

västi, lomakkeen täyttämistä ei tarvinnut jatkaa. Ensimmäiset viisi kysymystä käsittelivät taustamuuttujia, eli ikää, perhesuhteita, hoitoon tulosyytä, hoitokäynnin luonnetta ja onko hoitoon tulosyy aiheuttanut muutoksia seksuaalisuuden alueella. Kyselylomakkeen avulla pyrittiin selvittämään vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen laadinta perustui teoriaan sekä aiempiin tutkimuksiin.

Kyselylomake laadittiin yhteistyössä opinnäytetyötä ohjanneiden Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajien, Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osaston osastonhoitajan ja sairaanhoitajan kanssa. Valmis kyselylomake ja tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien johtoryhmässä (liite 3).

8.3 Kohderyhmä ja tiedon keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat naistentautien poliklinikan asiakkaat sekä naistentautien osaston potilaat. Osastolta rintasyöpäpotilaat ja solunsalpaajahoidon saavat potilaat jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska kyseiset potilasryhmät ovat tulleet osastolle vasta tutkimussuunnitelman valmistuttua. Aineisto kerättiin tammikuussa 2008. Kyselylomakkeita jaettiin naistentautien poliklinikalle 30 kappaletta ja naistentautien osastolle 30 kappaletta.

Tutkimuksessa vastaanottovirkailija jakoi kyselylomakkeet naistentautien poliklinikan asiakkaille heidän ilmoittautuessaan poliklinikalle. Asiakkaat saivat vastata kyselyyn odotellessaan lääkärille pääsyä. Poliklinikalla asiakkaat palauttivat täyttämänsä kyselylomakkeen ilmoittautumislukulla sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Naistentautien osastolla asiakkaat saivat kyselylomakkeen hoitajalta hoitajaksonsa aikana ja palauttivat sen täytettyään osastolla olevaan lukolliseen postilaatikkoon. Kyselylomakkeet olivat poliklinikalla viikon ajan ja osastolla yhteensä kaksi ja puoli viikkoa. Asiakkaat vastasivat kyselylomakkeeseen nimettömästi ja analysoinnin jälkeen lomakkeet hävitettiin.

8.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin Microsoft Excel- taulukointiohjelmalla ensin numeeriseen muotoon. Taulukointiohjelman avulla vastauksista laskettiin prosenttijakaumat, lukumäärät tai keskiarvot riippuen kysymyksen muodosta tai vastaajien määrästä. Saaduista tuloksista tehtiin havainnollistavat kuviot. Lopuksi numeeriset tulokset avattiin sanalliseen muotoon.

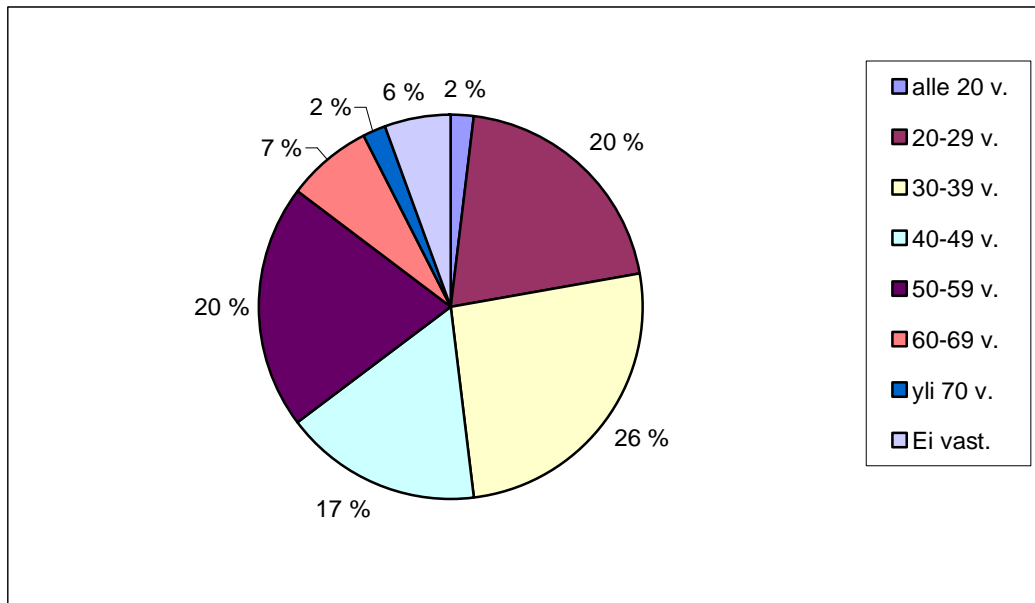
Analysoinnin aikana havaittiin kyselylomakkeessa yhden kysymyksen asetuksissa epäselvyys, jolla ei ollut merkittävää vaikutusta vastausten tulkintaan. Kysymyksessä pyydettiin laittamaan ohjausmuodot tärkeysjärjestykseen 1-6, mutta vaihtoehtoja oli seitsemän. Osa vastaajista oli jättänyt seitsemännen vaihtoehdon tyhjäksi tai laittanut samoja numeroita kaksi. Analysoinnissa tuloksista tyhjän kohdan vähiten sopivaksi. Lisäksi palautetuissa kyselylomakkeissa oli virheellisesti vastattuja kysymyksiä, jotka jouduttiin jättämään huomiotta luotettavuuden takaamiseksi.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Vastaajien taustatiedot

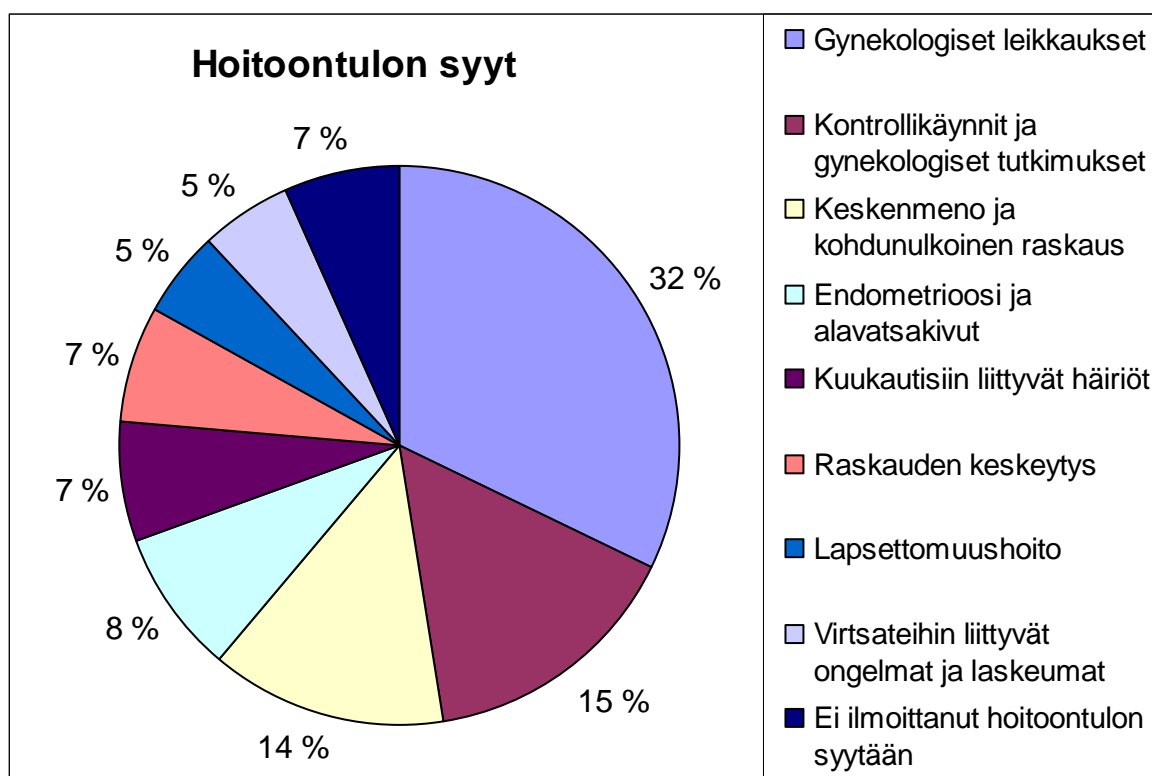
Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 60, joista 30 jaettiin poliklinikalle ja 30 osastolle. Lomakkeita palautui naistentautien osastolta 26 kappaletta ja poliklinikalta 28 kappaletta. Näin ollen vastauksia palautui 54 eli vastausprosentiksi saadaan 90 %.

Tutkimukseen osallistuneiden iät vaihtelivat välillä 17- 76 vuotta, keski-ikä oli 40. Suurin ikäluokka oli 30- 39-vuotiaat. Vastaajista 6 % (n=3) ei ilmoittanut ikäänsä. 83 % (n=45) elää parisuhteessa. Tutkimukseen osallistuneista 61 % (n=33) ilmoitti olevansa poliklinikkakäynnillä, 33 % (n=18) osastohoidossa ja 6 % (n=3) päivystyskäynnillä. Osastolta saaduista vastauslomakkeista viidessä vastaaja oli mieltänyt käyntinsä poliklinikkakäynniksi.



KUVIO 2. Vastaajat ikäryhmittäin

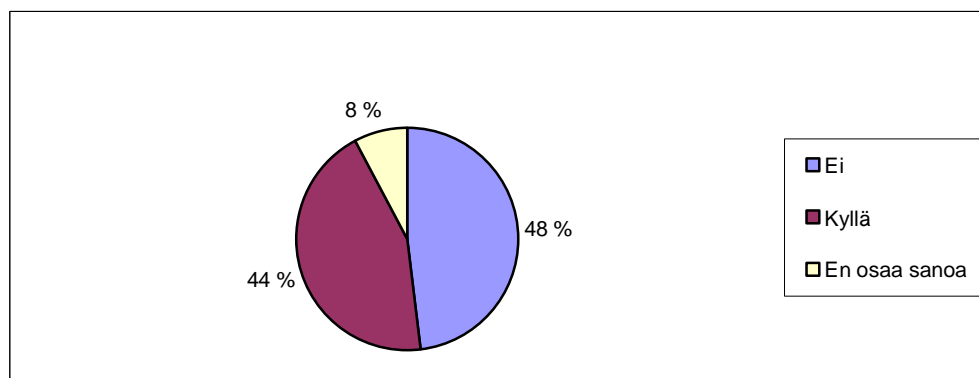
Tutkimukseen osallistuneista 33 %:lla (n=19) hoitoon tulossyynä olivat gynekologiset leikkaukset. Erilaisille kontrollikäynneille ja gynekologisiin tutkimuksiin oli tullut 15 % (n=9), lähes saman verran 14 % (n=8) oli myös keskenmenon tai kohdunulkoisen raskauden vuoksi hoitoon tulleita. Endometrioosin ja alavatsakipujen vuoksi hoidettavana oli 8 % (n=5). Kuukautishäiriöiden vuoksi hoitoon oli tullut 7 % (n=4), saman verran oli myös raskauden keskeytykseen tulleita. Pienimmät potilasryhmät olivat virtsateihin liittyvien ongelmien ja laskeumien vuoksi hoitoon tulleet 5 % (n=3) sekä lapsettomuushoitoon tulleet 5 % (n=3). Neljä kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut hoitoon tulossyitänsä.



KUVIO 3. Vastaajien hoitoon tulosyyt

9.2 Hoitoon tulosyyn aiheuttamat muutokset seksuaalisuudessa

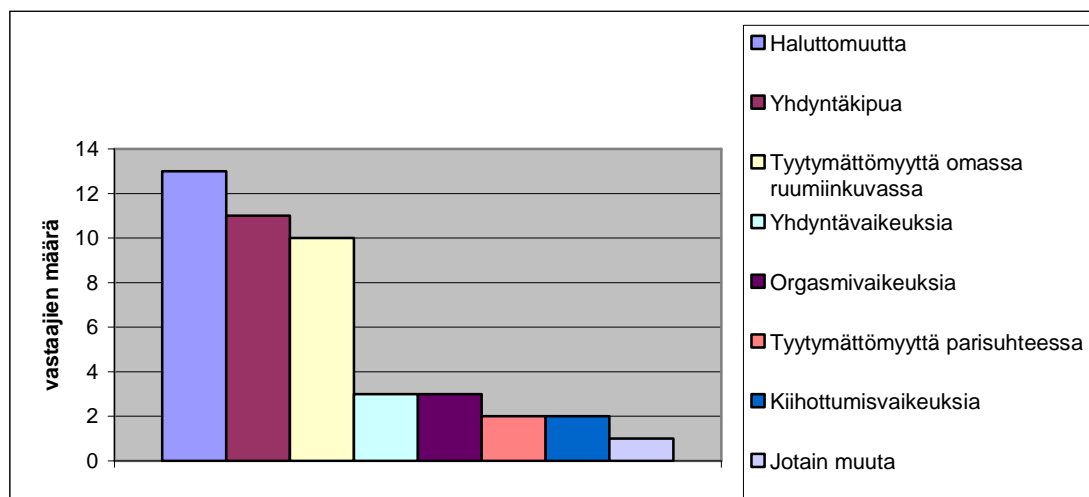
Vastaajista noin puolet eli 48 % (n=25) ei kokenut hoitoon tulosyynsä aiheuttaneen muutoksia/vaikeuksia seksuaalisuuden alueella. 44 %:lla (n=23) hoitoon tulosyyn oli vaikuttanut seksuaalisuuteen. 9 % (n=4) ei osannut sanoa. Yksi kyselyyn vastanneista jätti vastaamatta tähän kysymykseen, lisäksi yhden henkilön vastaus jätettiin analysoimatta vastauksen epäselvyyden vuoksi.



KUVIO 4. Hoitoon tulosyyn vaikutukset seksuaalisuuteen

Heillä, jotka kokivat hoitoon tulosyynsä aiheuttaneen muutoksia/vaikeuksia seksuaalisuuden alueella, esiintyi haluttomuutta 57 %:lla (n=13), yhdyntäkipu-

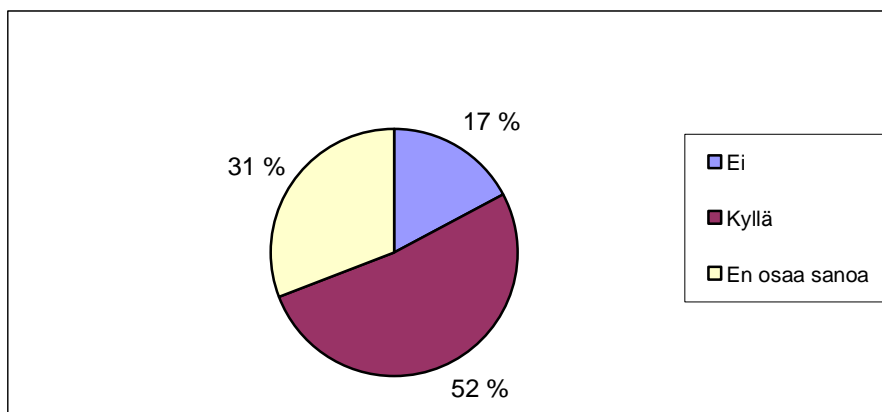
ja 48 %:lla (n=11) ja tyytymättömyyttä omassa ruumiin kuvassa 43 %:lla (n=10). 13 %:lla (n=3) ilmeni orgasmivaikeuksia ja 13 %:lla (n=3) yhdyntävaikeuksia. Vähiten koettiin kiihottumisvaikeuksia ja tyytymättömyyttä parisuhteessa. Jotain muuta - kohtaan vastasi yksi henkilö: ”Emme ole uskaltaneet olla yhdynnässä”.



KUVIO 5. Hoitoon tulosityyn aiheuttamat muutokset seksuaalisuuden alueella

9.3 Vastaajien näkemys seksuaalineuvonnan tarjoamisesta

Vastaajista 52 % (n=27) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille potilaille/asiakkaille. Vain 17 % (n=9) ei nähnyt tarpeellisenä seksuaalineuvonnan tarjoamista ja 31 % (n=16) ei osannut sanoa. Vastaajista yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen ja yksi oli laittanut kaksi eri vastausta, näin ollen kaksi vastausta jäi analysoinnin ulkopuolelle. Yksi 53-vuotias vastaaja oli tarkentanut kyllä vastaustaan siten, että neuvontaa tulisi tarjota nuorille ihmisille.



KUVIO 6. Seksuaalineuvonnan tarjoaminen kaikille

Osastopotilaista 56 % (n=10) ja poliklinikkakävijöistä 49 % (n=16) halusi seksuaalineuvontaa tarjottavan kaikille automaattisesti, päivystyspotilaista vain 33 % (n=1).

Selvitettäessä seksuaalineuvonnan tarjoamista ikäryhmittäin 40 – 49 -vuotiaiden ikäryhmässä tarjoamista toivottiin eniten. Heistä kuusi (N=9) vastasi myöntävästi. 60 - 69-vuotiaiden keskuudessa seksuaalineuvonnan tarjoamista haluttiin vähiten. Heistä vain yksi (N=3) vastasi myöntävästi. Neuvontaa tarjoamista haluavista kaksi ei ilmoittanut ikäänsä. Analysoinnista jätettiin kaksi vastausta huomioimatta epäselvyyden vuoksi.

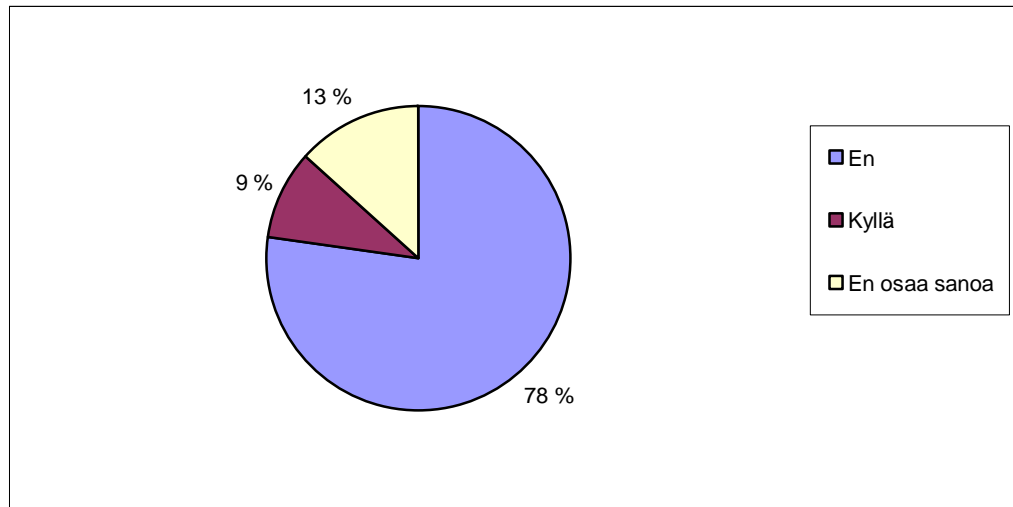
TAULUKKO 1. Seksuaalineuvonnan tarjoaminen eri ikäryhmissä

Ikä	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Alle 20 v.			1
20 – 29 v.	5	1	4
30 - 39 v.	7	4	3
40 – 49 v.	6	1	2
50 – 59 v.	5	1	5
60 – 69 v.	1	1	1
Yli 70 v.	1		
Ei ilm. ikäänsä	2	1	

9.4 Seksuaalineuvonnan tarve

Vastaajista vain pieni osa eli 9 % (n=5) koki tarvitsevansa neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. 13 % (n=7) ei osannut sanoa. Suurin osa eli 78 % (n=41) ei kokenut tarvitsevansa seksuaalineuvontaa. Yhdessä kyselylomak-

keessa vastaus oli jätetty tyhjäksi. Seksuaalineuvontaa tarvitsevien vastaajien hoitoon tulosyyt ja hoitokäyntityypit olivat vaihtelevia.

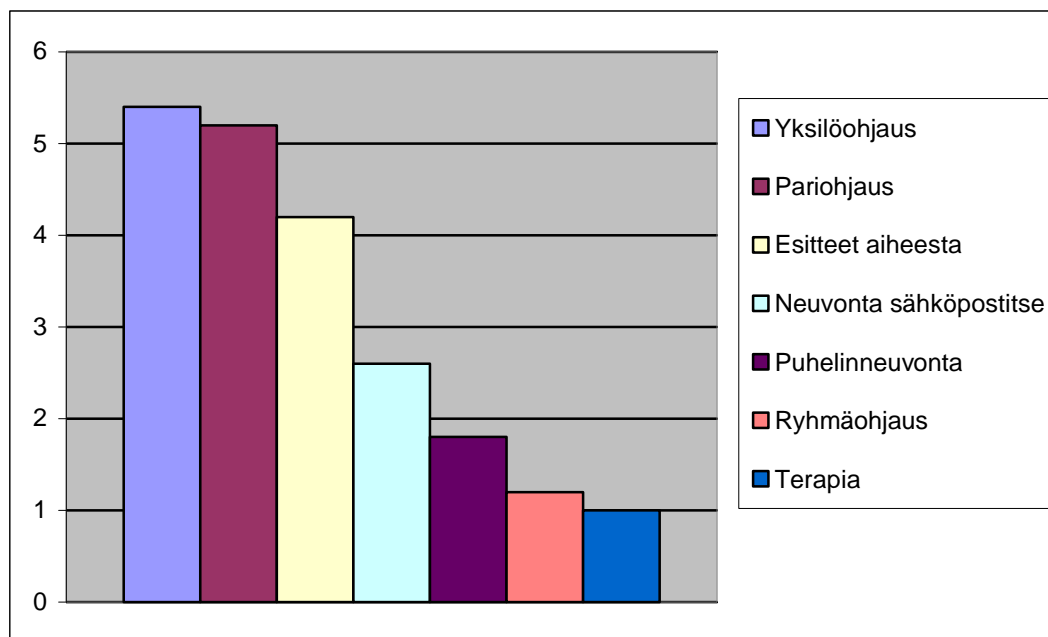


KUVIO 7. Vastaajien seksuaalineuvonnan tarve

Seksuaalineuvontaa tarvitsevista (N=5) kolme vastaajaa oli 30 - 39 -vuotiaiden ikäryhmästä. Neuvontaa koki tarvitsevansa myös yksi 22 -vuotias ja yksi 52 -vuotias.

9.5 Halutuimmat ohjausmuodot

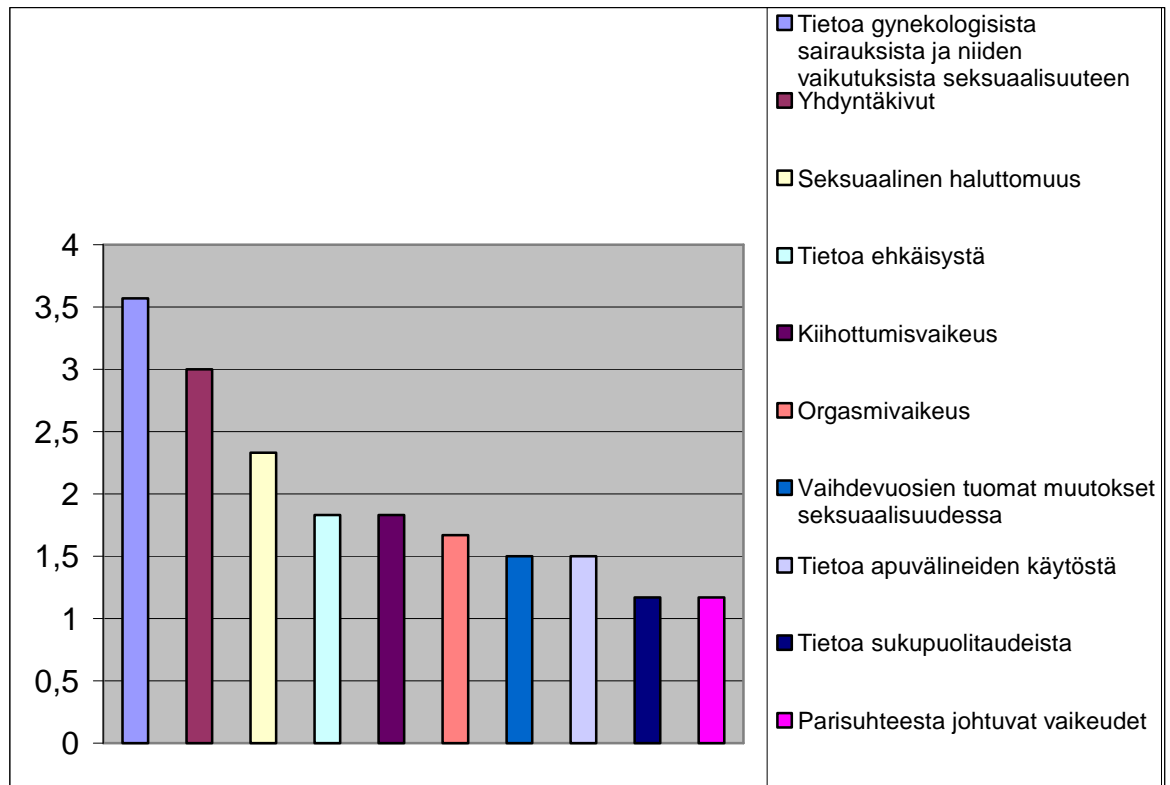
Kysymyksen asettelussa oli epäselvyys, joka ei kuitenkaan vaikuttanut analysointiin. Analysoinnin helpottamiseksi käänsimme järjestyksen niin, että nolla on vähiten tärkeä ja kuusi tärkein ohjausmuoto. Näistä laskimme ohjausmuodoille keskiarvot. Seksuaalineuvontaa tarvitsevien keskuudessa nousi halutuimmiksi ohjausmuodoiksi yksilöohjaus, pariohjaus sekä esitteet aiheesta. Vähiten halutuimpia ohjausmuotoja olivat terapia ja ryhmäohjaus.



KUVIO 8. Seksuaalineuvonnan ohjausmuodot (KA 0-6)

9.6 Seksuaalineuvonnan aiheet

Analysoinnissa ovat mukana kaikki, jotka kokivat tarvitsevansa neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa (n=5). Lisäksi analysointiin on otettu kaksi, jotka eivät osanneet sanoa tarvitsevatko he seksuaalineuvontaa, mutta olivat kuitenkin vastanneet tähän kysymykseen. Jokaiselle neuvonnan aihealueelle on laskettu keskiarvo, kyseeseen aihealueeseen vastanneiden mukaan. Eniten neuvonnassa haluttiin käsiteltävän gynekologisia sairauksia ja niiden vaikutuksia seksuaalisuuteen. Yhdyntäkivut ja haluttomuus koettiin myös tärkeiksi aiheiksi. Parisuhteesta johtuvat vaikeudet ja sukupuolitaudit olivat vastaajia vähiten koskettavia aiheita.

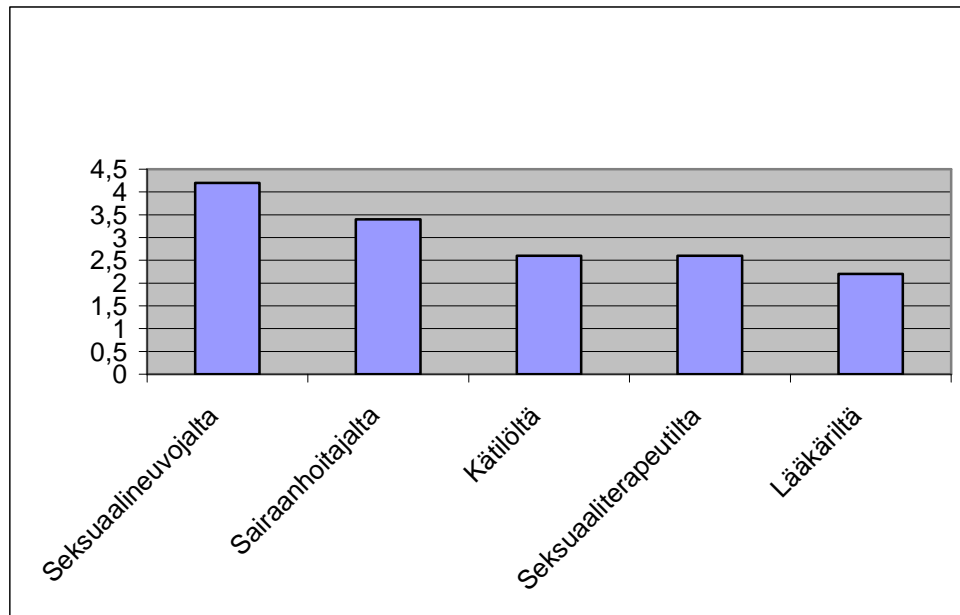


KUVIO 9. Seksuaalineuvonnan aiheet (KA 0-4)

9.7 Seksuaalineuvonnan toteutus

Seksuaalineuvontaa tarvitsevista vastaajista (N=5) neljä haluaisi neuvonnan tapahtuvan osastolla tai poliklinikalla ollessaan. Vastaajista vain yksi halusi neuvontaa myöhemmin erillisellä käynnillä.

Seksuaalineuvontaa haluttiin eri ammattiryhmistä eniten seksuaalineuvojalta. Toiseksi eniten neuvontaa haluttiin sairaanhoitajalta. Seksuaaliterapeutilta ja kättilöltä neuvontaa haluttiin lähes yhtä paljon, lääkäriltä vähiten.



KUVIO 10. Seksuaalineuvontaa antavat ammattiryhmät (KA 0-4)

Kaikki seksuaalineuvontaa tarvitsevat vastaajat olivat parisuhteessa ja halusivat myös puolison mukaan neuvontaan.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, ovat niiden luotettavuus ja pätevyys vaihtelevia. *Reliaabelius* tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen luotettavuutta mittaava käsite on *validius*. Se tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli sen kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimusten mittarit ja menetelmät kun eivät aina vastaa sitä todellisuutta, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tärkeintä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 207.)

Tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kysymykset laadittiin aikaisempien tutkimusten ja aihetta käsittelevän kirjallisuuden pohjalta. Laadittu kyselylomake oli tarkoituksenmukainen ja vastasi asetettuihin tutkimustehtäviin. Analyysivaiheessa kyselylomakkeessa huomattiin yhden kysymyksen kohdalla

kysymyksen asettelussa epäselvyys, joka ei kuitenkaan vaikeuttanut tulosten analyysiä. Kyselylomake esitettiin viidellä poliklinikan asiakkaalla, jotta nähtäisiin ymmärtävätkö vastaajat kysymykset oikein ja tuleeko heiltä kyselylomakkeeseen muutosehdotuksia. Esitestauksessa kukaan vastaajista ei vastannut jälkimmäiseen osioon ja siksi edellä mainittu epäselvyys jäi huomioimatta. Esitestauksessa vastaajilta ei tullut esille muutosehdotuksia, joten koimme kyselylomakkeen olevan tarkoituksenmukainen.

Epäselviä ja puutteellisia vastauksia palautui yllättävän paljon, mikä saattoi johtua annettujen ohjeiden puutteellisuudesta tai niiden väärin ymmärtämisestä. Puutteellisiin vastauksiin syynä voi olla myös vastaajan mielenkiinnostomuus aiheeseen, kiire tai aiheen arkaluonteisuus. Myös vastausympäristö voi vaikuttaa vastauksien laatuun. Esimerkiksi poliklinikalla kyselylomakkeet täytettiin odotusaulassa, joka on melko rauhaton ja istumapaikat lähellä toisiaan. Vaihtoehtoinen tapa olisi ollut antaa kyselylomakkeet heille kotiin täytettäväksi palautuskuorten kera. Tällöin kuitenkin vastausprosentti olisi todennäköisesti ollut huonompi. Myös vastaajan sen hetkinen tilanne voi vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Esimerkiksi vastaaja saattaa jännittää tulevaa lääkärikäyntiä tai on juuri saanut tietää vakavasta sairaudestaan eikä näin ollen pysty keskittymään kyselylomakkeen täyttämiseen.

Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää se, ettei tiedetä, kuinka hyvin vastausvaihtoehdot sopivat vastaajien kokemuksiin aiheesta tai ovatko vastaajat ymmärtäneet oikein asetetut kysymysvaihtoehdot. Ei myöskään tiedetä, ovatko vastaajat kuinka hyvin perillä kysytyistä asioista tai perehtyneet niihin riittävästi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 184, 216.) Esimerkiksi käsite seksuaalineuvonta saattaa monelle olla vieras, mikä on saattanut vaikuttaa myös vastausten laatuun. Muotoilemalla kysymyksiä toisin, olisi neuvontaa tarvitsevien määrä voinut nousta suuremmaksi. Myös kysyttäessä millaisia seksuaalisuuteen liittyviä muutoksia/vaikeuksia hoitoon tulosy on aiheuttanut, ei voida tietää, onko kyseinen muutos vastaajalle todellinen ongelma. Eri ikäkausiin ja elämäntilanteisiin liittyvät muutokset seksuaalisuudessa kun ovat luonnollinen osa elämää.

Tutkimusjoukkoon valittujen tulee olla selvillä tutkimuksen tarkoituksesta ja muista tutkimuksen kannalta olennaisista asioista. Tutkimus vaatii tutkittavien suostumuksen ja tämän suostumuksen pitää olla tutkittavalle vapaaehtoista. Tutkimuksessa tulee huolehtia tutkittavien anonymiteetin toteutumisesta ja aineiston asianmukaisesta käytöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26 - 27.) Kyselylomakkeen yhteydessä vastaajille annettiin saatekirje, jossa tuotiin esille tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeessä tutkittaville korostettiin anonymiteetin säilymistä, vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta sekä vastausten hävittämistä heti analysoinnin jälkeen. Kirjeessä oli myös tutkijoiden yhteystiedot mahdollisten yhteydenottojen ja lisäkysymysten varalta.

Kyselylomakkeella laaditussa tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, ettei tutkija vaikuta vastauksiin omalla olemuksellaan tai läsnäolollaan. Luotettavuutta parantaa myös se, että jokaiselta vastaajalta kysytään täysin samat kysymykset. (Valli 2001, 101.)

Koko tutkimuksen ajan tutkijan täytyy olla tarkka ja kriittinen, sillä virheitä voi sattua tietoa kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. Tutkimuksen tulokset ovat sattumanvaraisia, jos otoksen koko on kovin pieni. Jos kohderyhmä on vino, eli ei edusta koko tutkittavaa perusjoukkoa, eivät tulokset välttämättä ole luotettavia. (Heikkilä 2004, 30.) Tutkimuksessa otos oli kattava ja vastaajia oli kaikista ikä-ryhmistä. Korkeasta vastausprosentista huolimatta tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska kyselylomakkeen jälkimmäiseen osaan vastanneita oli vain viisi. Jälkimmäisen osan kysymykset käsitelivät tarkemmin millaista seksuaalineuvonnan tulisi olla.

10.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustulokset kuvaavat Keski- Suomen keskussairaalan naistentautien osaston ja poliklinikan asiakkaiden näkemyksiä seksuaalineuvonnan tarpeesta ja laadusta. Tarkastelimme tutkimustuloksia analyysin jälkeen tutkimustehtävien kautta ja saimme niistä seuraavanlaisia vastauksia.

Vastaajista 52 % (n=27) oli sitä mieltä, että seksuaalineuvontaa tulisi tarjota kaikille asiakkaille automaattisesti. Vain 17 % (n=9) kaikista vastaajista (N=54) oli sitä mieltä, ettei seksuaalineuvontaa tule tarjota kaikille. Seksuaalineuvonnan tarjoaminen koetaan yleisesti ottaen erittäin tärkeänä. Hoitajien tulisikin antaa asiakkaille mahdollisuus seksuaalisuudesta puhumiseen. Moneen ongelmaan riittää avuksi PLISSIT - mallin ensimmäisellä tasolla toimiminen, luvan antaminen. Asiakkaalle annetaan lupa puhua ja kysyä omasta seksuaalisuudestaan. Luvan antaminen on sekä ehkäisevää että hoitavaa toimintaa, eikä tarkoituksena ole pureutua syvällisiin seksuaaliongelmiin. (Paananen ym. 2006, 555.) Vastaajista 31 % (n=16) ei osannut sanoa tuleeko seksuaalineuvontaa tarjota kaikille. Tämä saattaisi johtua siitä, ettei vastaajilla ole tietoa seksuaalineuvonnasta.

Hoitokäynnillä oli merkitystä siihen, halusiko vastaaja seksuaalineuvontaa tarjottavan kaikille. Osastopotilaista ja poliklinikalla kävijöistä noin puolet halusi seksuaalineuvontaa tarjottavan kaikille. Päivystyspotilasta vain yksi (n=3). Tämä ero voi johtua siitä, että osastolla ja poliklinikalla asiakkaan hoito ei ole kiireellistä ja asiakkaalla on aikaa miettiä vastaustaan rauhassa. Päivystyspotilaat sen sijaan eivät esimerkiksi kipujensa vuoksi pysty keskittymään kyselylomakkeen täyttämiseen. Tulokinnassa tulee kuitenkin ottaa huomioon päivystyspotilaiden vähäinen määrä, jonka vuoksi päätelmää ei voida yleistää.

Kaikissa ikäryhmissä noin puolet vastaajista halusi neuvontaa tarjottavan kaikille, mutta 60- 69-vuotiaiden ryhmässä vain yksi. Yleisen käsityksen mukaan seksuaalisessa halussa tapahtuu vanhemmiten vähenemistä. Tämä on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Ikä ei välttämättä ole naisella tärkein syy mielenkiinnon vähenemiseen sukupuolielämää kohtaan. Terveys, elämäntilanne ja käsitys itsestä vaikuttavat merkittävästi seksuaaliseen kiinnostukseen. (Kangasniemi, Räsänen & Hämäläinen 2004, 15.) Eniten seksuaalineuvonnan tarjoamista halusivat 40 - 49-vuotiaat vastaajat. Heidän ikäryhmässään mieltä voivat painaa tulevat vaihdevuosien tuomat muutokset seksuaalisuuteen tai monella voi tuohon ikäkauteen liittyvä lasten poismuutto kotoa. Uusien elämänvaiheiden tuomat muutokset saattavat lisätä seksuaalineuvonnan tarvetta. Lapsista irtaantuminen on samalla sekä iloinen että surullinen asia. Myönteisenä puolelta on, että naisella on enemmän aikaa itselleen, seksuaalisuudelleen ja ih-

missuhteilleen. Samalla aktiivisen äidinroolin loppuminen on joillekin vaikea luopumisen aihe. Viimeistään tällöin nainen joutuu laajentamaan kuvaansa naisena. (Konttinen 2001, 7.)

Tutkittavista 44 % (N=54) koki hoitoon tulosityyn aiheuttaneen muutoksia seksuaalisuuden alueella, mutta vain viisi vastaajaa (N=5) koki tarvitsevansa neuvontaa. Moni sellaisista vastaajista, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa neuvontaa tai eivät osanneet sanoa, olivat tästä huolimatta vastanneet kysymyksiin keneltä ja mistä aiheista haluaisivat neuvontaa. Tästä voisi päätellä, että neuvonta käsitteenä on saattanut olla vieras, sillä tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista silti kaivattiin.

Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös vuonna 1992 tehdyssä FINSEX- tutkimuksessa, jossa 6 % tutkittavista ilmoitti tarvitsevansa seksuaalineuvontaa sairauden takia. Tutkimuksessa eniten neuvontaa tarvitsivat juuri nuoret naiset ja vähiten neuvontaa kaipasivat ikääntyvät naiset. Kaksi kolmesta 25 - 44-vuotiaista ei tarvinnut neuvontaa, 65 - 75-vuotiaista lähes yhdeksän kymmenestä ei kokenut neuvontaa tarpeelliseksi. (Nurmi 1993, 420, 437).

Kyselylomakkeen jälkimmäiseen osaan vastasi vain viisi seksuaalineuvontaa tarvitsevaa vastaajaa, joten pienen vastausprosentin vuoksi, ei tutkimustuloksia voida yleistää. Tieto kuitenkin antaa hieman viitteitä siitä, millaiseksi seksuaalineuvontaa tulisi kehittää.

Seksuaalineuvontaa tarvitsevista (N=5) kolme vastaajaa oli 30 - 39 -vuotiaiden ikäryhmästä ja yksi oli alle 30-vuotias, joten seksuaalineuvontaa ja sen tarjoamista tulisi kohdentaa juuri nuoriin ihmisiin. Suosituimpia ohjausmuotoja olivat yksilö - ja pariohjaus. Jokainen vastaaja (n=5) eli parisuhteessa ja halusi parinsa mukaan ohjaukseen. Olisikin tärkeää seksuaalineuvontaa tarjottaessa, kiinnittää entistä enemmän huomiota myös kumppaniin. Sairauden tuomat vaikeudet tai ongelmat seksuaalisuudessa kuitenkin aina vaikuttavat myös kumppaniin (Hovatta 2004, 137).

Naisen seksuaalisuuteen liittyvät toimintahäiriöt ovat vaikeasti määriteltävissä. Seksuaalikulttuurin muuttuessa, muuttuu samalla myös diagnostinen luokitus

sekä käsitys siitä, mitä pidetään häiriönä ja mitä ns. normaalina. (Räsänen 2003, 2.) Ihmiset ovat yksilöitä ja erilaisia myös seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Seksuaalisuus korostuu monesti perheenperustamisessa, noin 20 - 30-vuotiaana. Vakavan sairauden tai muun suuren murheen kohdatessa, saattavat seksiin liittyvät asiat taas olla täysin merkityksettömiä. Yleisesti ottaen seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat ihmisen hyvinvoinnille merkittäviä ja vaikuttavat elämisen laatuun, onnen tunteen kokemiseen ja terveyteen. (Kivijärvi 2005, 16, 20.) Asiakkaan hoitoon tulisi liittää tärkeänä osana myös seksuaalisuuden huomioiminen. Pelkkä luvan antaminen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puhumiseen voi jo auttaa asiakasta. Siksi seksuaalineuvonnan tarjoaminen kaikille asiakkaille olisi hyvin tärkeää. (Ilmonen 2006, 41, 47.)

10.3 Jatkotutkimushaasteita

Tutkimus tehtiin naistentautien osastolle ja poliklinikalle, mutta se soveltuisi käytettäväksi myös muissa sairaalan yksiköissä, esim. sydänosastolla. Mielenkiintoista olisi laajentaa tutkimusjoukko koskemaan myös miehiä ja tarkastella heidän seksuaalisuuttaan.

Uuden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007 – 2011) mukaan seksuaalineuvontaa tulee sisältyä myös perusterveydenhuollossa niin ehkäisevään työhön kuin sairauden hoitoon (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 30.) Mielenkiintoista olisikin tehdä tämänkaltaisen tutkimus myös perusterveydenhuollossa, jossa asiakkaat ovat kaiken ikäisiä ja ehkä myös eri elämäntilanteissa kuin erikoissairaanhoidossa asioivat.

Toimintaohjelman yhtenä tavoitteena on myös, että sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn huomioidaan hoitoon liittyvässä ohjauksessa ja neuvonnassa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 34.) Jatkotutkimuksena voisi tutkia saavatko asiakkaat neuvontaa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen.

LÄHTEET

- Aalto, S. 2002. Sairaanhoidtaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla – Hybridinen käsiteanalyysi. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Bildjuschkin, K. & Malmberg, A. 2000. Kerro meille seksistä. Tampere: Tammi.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WSOY
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2001. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Juva: WSOY.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. 10.p. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. 11.p. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hovatta, O. 2004. Seksologiaa. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Keuruu: Duodecim.
- Ilmonen, T. 2000. Sexpo säätiö seksuaaliterveyden edistäjänä. Teoksessa Seksuaaliterveys Suomessa. Kontula, O. & Lottes, I. toim. 2000. Tampere: Tammi.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Jyväskylä: Duodecim.
- Kangasniemi, H., Räsänen, S. & Hämäläinen, T. 2004. Nainen, ikä ja seksi. Rovaniemi: Invalidiliitto: Lapin kuntoutuskeskus.
- Kellokumpu- Lehtinen, P. Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Duodecim 119:3, 237–246.
- Kivijärvi, A. 2005. Miten puhua vastaanotolla seksistä ja seksuaaliongelmista sekä niiden hoidosta. Työterveyslääkäri 1, 16 - 20.

Konttinen, H-L. 2001. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto.

Kontula, O., Haavio-Mannila, E. & Nurmi, T. 1993. Seksuaaliset ongelmat. Teoksessa Suomalainen seksi. Toim. Kontula, O., Haavio-Mannila, E. Juva: WSOY.

Kontula, O. 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa Seksuaaliterveys Suomessa. Toim. Kontula, O. & Lottes, I. 2000. Tampere: Tammi.

Kosunen, E., Cacciatore, R. & Hervonen, A. 2003. Seksuaalisuus elämänkaarissa. Duodecim 119:3, 209-216.

Kosunen, E. 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Helsinki: Stakes. Viitattu 20.6.2007. [Http://www.stakes.fi](http://www.stakes.fi), julkaisut, verkkojulkaisut, Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renforst, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 17, 4, 208 -216.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lottes I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa Seksuaaliterveys Suomessa. Toim. Kontula O. & Lottes I. 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi.

Naistentautien osaston esittely 2007. Keski- Suomen sairaanhoitopiirin sivut. Viitattu 12.8.2007. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi), sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala, naistentaudit ja synnytykset.

Nurmi, T. 1993. Aikuisväestön seksuaalineuvonta sairaanhoidossa. Teoksessa Suomalainen seksi. Toim. Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. Juva: WSOY.

Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 13.

Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tampere: Edita.

- Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Peltonen H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammateissa. Tampere: Tammi.
- Plissit- malli. 2005. Seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta. VirtuaaliAMK. Viitattu 8.3.2008. <http://www.amk.fi>, DIGMA, seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta, asiakastyö, seksuaalineuvonta, plissit- malli.
- Rosenberg L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä: Duodecim.
- Ryttyläinen K. 2003. Kättilö naisen seksuaaliterveyden edistäjänä. Seksuaaliterveys 3, 21–23.
- Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Duodecim 119:3, 219 - 227.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. 2007. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 5.6.2007. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), julkaisut, 2007, toukokuu, seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen.
- Sekspro 2007. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Sironen, M. & Kalilainen, P. 2006. Terapeuttinen työskentely seksuaalikysymyksissä. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä: Duodecim.
- Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. 2005. Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 13.7.2007. [Http://www.health.fi](http://www.health.fi), julkaisut, Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 15.6.2007. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), julkaisut, 2006, syyskuu.
- Tukiainen S. ja Soramäki P. 2000. Seksuaaliterapia Suomessa. Teoksessa Seksuaaliterveys Suomessa. Toim. Kontula, O. & Lottes I. Tampere: WSOY.
- Valli R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Toim. Aaltola J. & Valli R. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 119:3, 261–266.
Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Väestöliiton sivut. Viitattu 3.7.2007. [Http://www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi), seksuaaliterveys, seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma.

Väisälä L. 2006. Naisen seksuaaliongelmät. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä: Duodecim.

Väisälä L. 2006. Seksuaalinen haluttomuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä: Duodecim.

LIITTEET

Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus

WAS - World Association for Sexology - Seksologian maailmanjärjestö Hong Kong 1999

SEKSUAALIOIKEUKSIEN JULISTUS

Seksuaalisuus on olennainen osa jokaisen ihmisyksilön persoonallisuudesta. Sen täysi kehittyminen riippuu siitä miten inhimilliset perustarpeet tyydyttyvät. Näitä ovat kaipuu ja halu kontaktiin, läheiseen suhteeseen, tunneilmaisuuksiin, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen.

Seksuaalisuus rakentuu yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välisessä vuorovaikutuksessa. Seksuaalisuuden täysi kehittyminen on välttämätöntä yksilölliselle, ihmisten väliselle ja yhteiskunnalliselle hyvinvoinnille.

Seksuaalioikeudet ovat universaaleja ihmisoikeuksia, jotka perustuvat kaikille ihmisyksilöille luonnostaan kuuluvaan vapauteen, arvoon ja tasavertaisuuteen. Koska terveys on perustava ihmisoikeus, tulee myös seksuaaliterveyden olla perusoikeus. Voidaksemme varmistaa sen, että ihmiset ja yhteiskunnat kehittävät tervettä seksuaalisuutta, seuraavat seksuaalioikeudet tulee hyväksyä ja niitä tulee edistää, kunnioittaa ja puolustaa kaikissa yhteiskunnissa ja kaikin keinoin. Seksuaaliterveys on tuloksena elinympäristöstä, joka tunnustaa, kunnioittaa ja toteuttaa näitä seksuaalioikeuksia.

1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen

Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden oikeuden ilmaista seksuaalisuuttaan täydesti. Se kuitenkin sulkee pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja seksuaalisen riiston. Oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysiseen turvallisuuteen

Tämä oikeus sisältää kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja yhteisön etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös oman kehon hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja mistä hyvänsä väkivallasta.

2. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen

Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, iän, rodun, sosiaaliluokan, uskonnon ja fyysiseen tai psyykkiseen vammaan vuoksi.

3. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään

Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien itse- erotiikka, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.

4. Oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun

Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan kommunikoimalla, koskettamalla, ilmaisemalla tunteita ja rakastamalla.

5. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen

Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia liittoja.

6. Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja

Tämä sisältää oikeuden päättää siitä hankkiiko lapsia vaiko ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä täydet oikeudet syntyvyyden säännöstelyyn.

7. Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon

Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla ja että tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tahoille.

8. Oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen ja valistukseen

Tämä on elämän pituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.

9. Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin

Seksuaaliterveyspalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa, ongelmissa niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Seksuaalioikeudet ovat perustavaa laatua olevia ja yleismaailmallisia ihmisoikeuksia

<http://sexpo.fi>, seksuaalioikeuksien julistus viitattu 4.3.2008

Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake

Hei!

Olemme sairaanhoitaja- ja kättilöopiskelijat Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin naistentautienosasto ja naistentautien poliklinikka ovat kehittämässä seksuaalineuvontavastaanoton toimintaa. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää seksuaalineuvonnan tarpeellisuutta. Lisäksi kartoitamme millaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista asiakkaat haluavat neuvontaa ja millä ohjauksen keinoin. Saatua tutkimustietoa tullaan hyödyntämään seksuaalineuvonta palvelujen kehittämisessä.

Toivomme Sinun ystävällisesti vastaavan kyselylomakkeeseen. Vastaisitteko ystävällisesti ohessa oleviin kysymyksiin. Kyselylomakkeen voitte palauttaa käytävällä olevaan palautuslaatikkoon. Kaikki vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Vastauslomakkeet hävitetään heti analysoinnin jälkeen.

Kiitos osallistumisestanne!

Marika Aittila, kättilöopiskelija

c1742@jamk.fi

puh. 0400 738666

Jonna Kuusela, sairaanhoitajaopiskelija

c2935@jamk.fi

puh. 040 7660814

Ohjaavat opettajat:

Helena Manninen

helena.manninen@jamk.fi

Maritta Pohjolainen

maritta.pohjolainen@jamk.fi

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto. Voit valita myös useamman vaihtoehdon. Avoimiin kysymyksiin voit vastata omin sanoin.

1. Ikäni:

2. Perhesuhteeni?

- a. Parisuhteessa
- b. Ei parisuhteessa

3. Hoitokäyntini on

- a. Poliklinikkakäynti
- b. Päivystyskäynti
- c. Osastohoito

4. Hoitoon tulosityni:

5. Hoitoon tulosityni on aiheuttanut muutoksia/vaikeuksia seksuaalisuuden alueella

- a. Ei
- b. Kyllä, millaisia?
 - 1. haluttomuutta
 - 2. kiihottumisvaikeuksia
 - 3. yhdyntäkipua
 - 4. yhdyntävaikeuksia
 - 5. orgasmivaikeuksia
 - 6. tyytymättömyyttä parisuhteessa
 - 7. tyytymättömyyttä omassa ruumiinkuvassa
 - 8. jotain muuta, mitä?

c. En osaa sanoa

6. Mielestäni seksuaalineuvontaa tulisi tarjota automaattisesti kaikille potilaille/asiakkaille

- a. Ei
- b. Kyllä
- c. En osaa sanoa

7. Koen tarvitsevani neuvontaa/ohjausta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa

- a. En
- b. Kyllä
- c. En osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”En”, teidän ei tarvitse vastata seuraaviin kysymyksiin. Kiitämme teitä tutkimukseen osallistumisesta!

8. Laita seuraavat ohjausmuodot Sinulle sopivampaan tärkeysjärjestykseen 1-6.

(1= sopivin 6= vähiten sopiva)

- _ Yksilöohjaus
- _ Pariohjaus
- _ Ryhmäohjaus
- _ Esitteet aiheesta
- _ Puhelinneuvonta
- _ Neuvonta sähköpostitse
- _ Terapia

9. Haluan neuvontaa alla olevista aiheista seuraavasti:

Ympyröi asteikolta sinulle sopivin vaihtoehto (1= en lainkaan, 2= vähän, 3= jonkin verran, 4= melko paljon, 5= paljon)

a. Seksuaalinen haluttomuus	1	2	3	4	5
b. Kiihottumisvaikeus	1	2	3	4	5
c. Yhdyntäkivut	1	2	3	4	5
d. Orgasmivaikeus	1	2	3	4	5
e. Parisuhteesta johtuvat vaikeudet	1	2	3	4	5
f. Vaihdevuosien tuomat muutokset seksuaalisuudessa	1	2	3	4	5
g. Tietoa gynekologisista sairauksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen	1	2	3	4	5
h. Tietoa apuvälineiden käytöstä	1	2	3	4	5
i. Tietoa sukupuolitaudeista	1	2	3	4	5
j. Tietoa ehkäisystä	1	2	3	4	5
k. Muu, mikä?	1	2	3	4	5

10. Haluan seksuaalineuvonnan toteutettavan

- a. Osastolla/poliklinikalla ollessani
- b. Myöhemmin erillisellä käynnillä
- c. Jossain muualla, missä?

11. Laita seuraavat ammattiryhmät tärkeysjärjestykseen 1 – 6, joilta haluat saada seksuaalineuvontaa. (1 = tärkein 6= vähiten tärkeä)

- Lääkäriltä
- Sairaanhoitajalta
- Kätilöltä
- Seksuaalineuvojalta
- Seksuaaliterapeutilta
- Joltakin muulta, keneltä?

12. Haluan puolisoni mukaan neuvontaan

- a. En
- b. Kyllä
- c. En osaa sanoa

KIITOS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTANNE!

Liite 3. Yhteistyösopimus


JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveysala
 Opinnäytetyöryhmä

Läh 10/1-2008
 1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Seksuaaliterveyden edistäminen naisen hoitotyössä

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Selvittää seksuaalineuvonnan tarvetta KSKS:ssa naistentautien osastolla ja poliklinikalla. Tavoitteena on selvittää minkä verran neuvontaa kaivataan ja minkälaisista aiheista.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Maaliskuussa 2008.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Noudattamaan vaihtoelevollisuutta sekä palauttamaan valmiin työn osastolle.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Elokuussa 2007.

Ohjaava opettaja

Helena Manninen, helena.manninen@jamk.fi
 Maritta Pohjolainen, maritta.pohjolainen@jamk.fi

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen keskussairaala: naistentautien osasto 4 ja naistentautien poliklinikka

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
 (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisia)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

*Työn esittäminen osasto kokouksessa, 2 kpl
 opinnäytetyön (kirje O4, kirje yhteistyölle)*

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

ei

kyllä, mitä

Paikka ja aika 20.12.07

Erja Munkkiniemi

Yhteistyötaho

Käsikeltä ruokant. yr.:ssä
20/12-07

Helena

Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 27.11.2007

Marika Aittila

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot

Marika Aittila
marika.aittila.she@jamk.fi
p. 0400 738666

Jenna Kuusela

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot

Jenna Kuusela
Jenna.Kuusela.shu@jamk.fi
p. 040-766 0814