

SEKSUAALISUUS - KIINTEÄ OSA HYVINVOINTIA

Huomionarvoinen asia työterveyshoitajan työssä

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotiede
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Niina Koski
Lea Kivistö

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

Koski Niina & Kivistö Lea: Seksuaalisuus - kiinteä osa hyvinvointia
Huomionarvoinen asia työterveyshoitajan työssä

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö 57 sivua, 8 liitesivua

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Tällä opinnäytetyöllä selvitettiin työterveyshoitajien toimintavalmiuksia ottaa puheeksi asiakkaiden seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Toimintavalmiuksien alueella kartoitettiin tiedon tasoa sairauden vaikutuksesta ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä sekä näihin liittyvää lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäksi selvitettiin työterveyshoitajien tietämystä seksuaalineuvontatyötä tukevista palveluista sekä sitä, onko työterveyshoitajilla ajanmukaista neuvontamateriaalia saatavilla. Tutkimuksella selvitettiin myös, miten työterveyshoitajat huomioivat asiakkaidensa seksuaaliterveyden työssään.

Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä ja aineiston keräämiseen käytettiin Webropol- tiedonkeruuohjelman kautta toimitettua puolistrukturoitua kyselylomaketta. Tutkimus suoritettiin kesä-heinäkuussa 2010. Kohderyhmänä olivat Uudenmaan alueen työterveyshoitajat. Kyselyjä toimitettiin 454, joista palautui 102 vastausta. Vastausprosentti oli 23 %.

Tutkimustulosten mukaan työterveyshoitajien tiedon taso sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä ei riitä siihen, millaista osaamista kaikilta perusterveydenhuollon henkilöiltä nykyään odotetaan. Lisäkoulutusta seksuaaliterveyttä koskevista asioista työterveyshoitajat kokevat tarvitsevan paljon. Vaikka suurin osa työterveyshoitajista koki seksuaalisuuden huomioimisen kuuluvan työterveyshuollossa asiakaskontakteihin, aloitteen teko aihepiirin asioista puhumiseen jää valtaosaltaan asiakkaan vastuulle. Oman toimialueen neuvontapalvelut tiedetään melko heikosti ja neuvontatyön tukena käytettävää materiaalia työpaikoilla koetaan olevan vähän.

Tutkimustulosten perusteella seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta tarvitaan työterveyshoitajan työssä samoin kuin tietoa omalla toimialueella toimivista neuvontapalveluista, jonne asiakkaita voidaan tarvittaessa ohjata. Myös ajantasaista neuvontamateriaalia tarvitaan työterveysasemille.

Avainsanat: seksuaalisuus, seksuaaliterveys, työterveyshoitaja, seksuaalineuvonta, tiedon taso, kvantitatiivinen tutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

Niina Koski ja Lea Kivistö: Title: Sexuality is an essential part of wellness
A matter worth talking about in health services
Bachelor's Thesis in nursing 57 pages, 8 appendices

Autumn 2010

ABSTRACT

The objective of the research was to find out whether occupational health nurses have enough skills to take into consideration clients' sexual health and to advise the clients about the influence of illnesses on sexual disorders. The purpose of the research was also to find out how much occupational health nurses know about institutions of sexual counseling that their clients may need and whether the nurses have any counseling materials at the work place. Our aim was also to know how do the occupational health nurses take in to consideration the sexual health issues of their clients.

The research was quantitative and the data was collected using a questionnaire. The research was carried out in June-July 2010. The target group consisted of occupational health nurses of Uusimaa. Altogether 454 questionnaires were sent using Webropol – an internet based software. We got 102 responses and the response rate was 23 %.

According to the results, occupational health nurses' level of knowledge about the effect of illnesses on human sexuality and about sexual disorders is not good enough. They feel the need for more education about sexual health. Even if occupational health nurses recognize that the sexual health is an important thing to consider with the clients, they have not taken the subject up with them. Occupational health nurses know little about the possibilities of sexual counseling outside their work and there are few counseling materials on sexual health at the work places.

According to the research results, occupational health nurses need education on sexual health and information of what kind of consultation possibilities there are near their work places. They also need counseling materials that they can give to their clients.

Key words: sexuality, sexual health, occupational health nurse, sexual counseling, level of knowledge, quantitative research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	NEUVONTA JA OHJAUS TYÖTERVEYSHUOLLON OSANA	2
2.1	Työterveyshuollon tehtäviä	2
2.2	Työterveyshoitajan työnkuvaus	3
2.3	Neuvonnan ja ohjauksen aihealueita työterveyshuollossa	3
2.4	Seksuaalisuus neuvonnan ja ohjauksen osana työterveyshoitajan työssä	4
3	SEKSUAALISUUS	5
3.1	Seksuaalisuuden määrittelyä kirjallisuudesta	5
3.2	Seksuaaliterveys osana seksuaalisuutta	6
4	SAIRAUDEN VAIKUTUKSIA SEKSUAALISUUTEEN JA NIIHIN LIITTYVIÄ YLEISIMPIÄ SEKSUAALIHÄIRIÖITÄ	7
4.1	Sairauden vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen	7
4.2	Yleisimpien työikäisten keskuudessa ilmenevien sairauksien vaikutukset ihmisen seksuaalisuuteen.	9
4.3	Seksuaalihäiriöt työikäisellä väestöllä	13
4.4	Sairauden yhteydessä ja työikäisten keskuudessa yleisimmin ilmeneviä seksuaalihäiriöitä	15
5	SEKSUAALINEUVONTA TERVEYDENHUOLLOSSA	18
5.1	PLISSIT-malli seksuaalineuvonnan jäsentämisessä	18
5.2	Aikaisempia tutkimuksia hoitotyöntekijöiden toimintavalmiuksista huomioida seksuaaliterveys työssä	20
5.3	Seksuaalineuvonta työterveyshoitajan työssä	21
5.4	Seksuaalineuvontaa tukevia palveluita ja materiaalia	23
5.5	Merkittäviä Suomessa toimivia neuvontapalvelua tarjoavia tahoja	24
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	26
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
7.1	Tutkimusmenetelmä	27
7.2	Kyselylomakkeen laadinta	28

7.3	Aineiston hankinta	29
7.4	Kohderyhmä	29
7.5	Aineiston analysointi	29
8	TUTKIMUSTULOKSET	32
8.1	Vastaajien taustatiedot	32
8.2	Työterveyshoitajan toimintavalmiudet ottaa puheeksi asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyvät asiat	33
8.2.1	Tiedon taso sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen	33
8.2.2	Tiedon taso koskien seksuaalihäiriöitä	34
8.2.3	Työterveyshoitajan neuvontatyötä tukevat palvelut ja neuvontamateriaalit	34
8.2.4	Työterveyshoitajien saama lisäkoulutus peruskoulutuksen jälkeen	35
8.2.5	Lisäkoulutuksen tarve koskien sairauden vaikutusta seksuaalisuuteen	35
8.2.6	Lisäkoulutuksen tarve koskien seksuaalihäiriöitä	36
8.3	Seksuaaliterveyden huomioiminen työterveyshoitajien työssä, asenteissa ja toiminnassa	37
8.4	Vastaajien kommentteja tutkimuksesta	39
9	POHDINTA	40
9.1	Tutkimuksen luotettavuus	40
9.2	Tutkimuksen eettisyys	43
9.3	Johtopäätökset tutkimustuloksista	43
9.3.1	Työterveyshoitajan toimintavalmiudet ottaa puheeksi seksuaaliterveyteen liittyvät asiat	44
9.3.2	Seksuaaliterveyden huomioiminen työterveyshoitajan työssä	46
9.3.3	Yhteenveto tutkimuksesta	47
9.4	Jatkotutkimusaiheita	48

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Työterveyshuollossa on tavoitteena asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, tästä kokonaisuudesta näyttää jäävän seksuaalisuuden osa-alue vielä huomioimatta. Työterveyshoitajat kohtaavat suuren osan aktiivisesti seksuaalisessa iässä olevaa työikäistä väestöä vastaanotoilla lähinnä terveystarkastusten yhteydessä, joita työterveyshuollossa tehdään noin miljoona vuodessa (Kauppinen ym. 2007, 425). Yhdeksi työelämän kehittämishaasteeksi on viime aikoina noussut työn ja perheen yhteensovittaminen, joten työterveyshoitajien tulee entistä enemmän huomioida myös asiakkaan elämäntilanne. Työterveyshoitajien tulisi auttaa asiakkaita löytämään elämästään tekijöitä, joiden avulla he selviävät tulevaisuuden työelämän haasteista. (Vallenius, Savinainen & Paavilainen 2010, 17.)

Seksuaaliterveyden alue on 1990-luvulla nostettu kansainvälisesti tärkeäksi terveyden edistämisen alueeksi, koska on huomattu, että hyvä seksuaaliterveys edistää muutakin terveyttä (Virtanen 2002, 9). Aiheeseen on kiinnitetty lisääntyvästi huomiota 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman kansallisen toimintaohjelman tavoitteena vuosille 2007 - 2011 on, että seksuaalineuvonta toteutuu kaikissa perusterveydenhuollon palveluissa. Myös työterveyshuollon tulee kehittää palvelujaan, sillä työterveyshuolto on merkittävä osa perusterveydenhuoltoa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2007, 33.)

Seksuaalisuuden kohtaaminen on haasteellista työterveyshoitajan työssä. Tutkimusten mukaan hoitotyön perusopinnot eivät tarjoa niin riittäviä tietoja seksuaaliterveydestä, kuin perusterveydenhoitotyön tekijältä edellytettäisiin (Nurmi 2000, 150 - 159). Puutteellisen tiedon tason vuoksi seksuaalisuutta koskevia kysymyksiä ei rohjeta ottaa esille asiakastapaamisten yhteydessä muiden terveydentilaa koskevien aihealueiden kanssa tasavertaisesti. Keskustelu seksuaalisuuden aihealueesta saattaa jäädä asiakkaan vastuulle, vaikka asiakkaalla ilmenevällä sairaudella olisi suoranaista vaikutusta seksuaalisuuteen. (Esko-Asikainen 2000, 23 - 28.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työterveyshoitajien toimintavalmiuksia asiakkaiden seksuaaliterveyden huomioimisessa. Toimintavalmiuksia selvitettiin kysymällä millainen tiedon taso työterveyshoitajilla on sairauksien vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä sekä näihin liittyvää lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäksi kartoitettiin työterveyshoitajien tietämystä toimialueillaan olevista seksuaalineuvontaa tukevista palveluista ja neuvontamateriaalien saatavuutta. Tutkimuksella kartoitettiin miten seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy työterveyshoitajien toiminnassa ja asenteissa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työterveyshuollon lisäkoulutuksen suunnittelussa ja työterveyshoitajien työn kehittämisessä.

2 NEUVONTA JA OHJAUS TYÖTERVEYSHUOLLON OSANA

2.1 Työterveyshuollon tehtäviä

Työterveyshuollossa työskentelee työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita, jotka toimivat tiiviissä yhteistyössä työnantajan, työsuojelun ja henkilöstön kanssa. Työterveyshuollon tavoitteena on työssä olevien henkilöiden terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä terveyden edistäminen koko työuran eri vaiheissa. (Työterveyslaitos 2010.) Työterveyshuollon tehtäviä ovat tietojen, neuvonnan ja ohjauksen antaminen koskien työn terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyden parantaminen (Työterveyshuoltolaki 1.12.2001/1383).

Työterveyshuolto tarjoaa monelle työikäiselle kokonaisvaltaisia perusterveyshuollon palveluita, sillä useimmat työnantajat hankkivat lain edellyttämän ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi myös vapaaehtoisen sairaanhoidon samalta palveluntuottajalta. Tutkimuksen mukaan työikäinen väestö käyttääkin työterveyshuollon palveluja enemmän kuin normaaleja perusterveyskeskuspalveluita (Kauppinen ym. 2007, 425). Osaltaan tämä asetelma terveyskeskus- ja työterveyshuollon sektorilla asettaa työterveyshuollon henkilöstölle vaatimuksia hallita asi-

akkaan kokonaisvaltaisen terveysneuvonnan ja ohjauksen aihealueilla sellaisiakin asioita, joista aiemmin on saatettu vaieta.

2.2 Työterveyshoitajan työnkuvaus

Työterveyshoitaja on ennaltaehkäisevän työn ammattilainen, joka vastaa yhdessä työterveyslääkärin kanssa työterveyspalvelujen tuottamisesta asiakasyritysten tarpeisiin työterveyshuollon tavoitteiden ja keinojen mukaan (Työterveyslaitos 2010). Neuvonta ja ohjaus työterveyshuollossa ovat työyhteisöön ja henkilöstöön liittyvää työhyvinvointia kehittävää terveyskasvatusta (Palmgren, Jalonen, Jurvan-suu, Kaleva & Tuomi 2008, 11 - 12).

Työterveyshoitajien antamasta terveyskasvatuksesta valtaosa tapahtuu henkilökohtaisten asiakastapaamisten yhteydessä, lähinnä terveystarkastusten, työkyvyn arviointitilanteiden ja muiden vastaanottojen yhteydessä (Palmgren ym. 2008, 11 - 12). Työterveyshuollossa tehtävät erilaiset terveystarkastukset ovat merkittävässä roolissa yksilön terveyden seurannassa ja terveyden edistämistyössä, sillä erilaisia terveystarkastuksia tehdään työterveyshuollossa noin miljoona vuodessa (Kauppi-nen ym. 2007, 425).

2.3 Neuvonnan ja ohjauksen aihealueita työterveyshuollossa

Työterveyshoitajat käsittelevät laajoja asiasisältöjä asiakastapaamisten yhteydessä. Aihealueet sisältävät muun muassa työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä, päihteitä, unta ja lepoa, henkistä kuormittuneisuutta, asiakkaan sairastamia pitkäaikais-sairauksia, sosiaalisia suhteita koskevia asioita sekä turvallisia ja terveellisiä työtapoja ja työoloja. (Palmgren ym. 2008, 35 - 42.) Hakkarainen (2000) on tutkinut terveyskasvatuksen aihealueita työterveyshuollossa työterveyshoitajien ja työterveyslääkäreiden kohdalla. Tutkimuksen mukaan tärkeinä aihealueina pidettiin elämäntapoihin liittyvistä aihealueista stressiä, psyykkistä kuormittuvuutta, liikuntaa, alkoholin käyttöä, ravitsemusta, tupakointia ja työyhteisöä koskevia seikkoja.

vähemmän tärkeinä aihealueina tutkimuksen mukaan olivat uni, hygienia, lääkkeiden käyttö ja sukupuoliasiat. (Hakkarainen 2000, 40 - 43.)

2.4 Seksuaalisuus neuvonnan ja ohjauksen osana työterveyshoitajan työssä

Terveydenhuollossa seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset näyttävät usein jäävän käsittelemättä, yleisimmin puutteellisten asiatiетоjen vuoksi. (Oikarinen 1999; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Työterveyshuollossa seksuaaliterveyttä koskevat kysymykset saattavat nousta esille perhesuhderiidoista johtuvina psykosomaattisina oireiluinä, ikääntymiseen liittyvinä ongelminä ja erilaisina seksuaalihäiriöinä (Kivijärvi 2005, 16 - 20; Kosunen 2006, 54). Pitkäaikaissairauksista kärsivät ovat merkittävä seksuaalineuvontaa tarvitseva asiakaskunta työterveyshuollossa, sillä tutkimuksen mukaan työikäisistä työssäkäyvistä henkilöistä runsaalla kolmasosalla on jokin pitkäaikaissairaus (Valtioneuvoston periaatepäätös 2004, 27; Kauppinen ym. 2007, 422).

Seksuaalisuuden kohtaaminen pitkäaikaissairaudesta kärsivien asiakkaiden kohdalla voi olla haasteellista työterveyshoitajille, sillä Esko - Asikainen (2000, 23 - 28) toteaa tutkimuksessaan, että terveydenhuollon työntekijöillä on puutteelliset tiedot sairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tämä koskee yleisiä työikäisten keskuudessa esiintyviä sairauksia, kuten diabetesta, syöpää, sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja neurologisia sairauksia. Kivijärvi (2005, 16 - 20) ja Gröhn (2010, 20 - 21) toteavat, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi puhua myös työterveyshuollossa asiakkaiden kanssa samantarvoisesti kuin muista yksilön terveyteen liittyvistä asioista. Jokainen terveydenhoitoalalla työskentelevä voi erikoisalastaan huolimatta auttaa potilasta jo pelkästään kuuntelemalla.

Työterveyshoitajien iällä ja iän mukana tuomalla työkokemuksella sekä hankitulla lisäkoulutuksella näyttäisi olevan merkitystä rohkeuteen ottaa seksuaaliterveyttä koskevat asiat esille. Buckwalter ym. (1983) viittaavat Yhdysvalloissa tehtyyn Jelleman (1982) tutkimukseen koskien Iovan ja Ohion työterveyshoitajia, minkä

tulosten perusteella tutkijat totesivat, että yli 40-vuotiaat työterveyshoitajat käsittelevät seksuaaliongelmia asiakkaiden kanssa laajemmin kuin nuoremmat ja huomioivat myös avioliiton seksuaaliongelmia, miesten seksuaalisia toimintahäiriöitä, sairauksien ja lääkkeiden sekä ikääntymisen vaikutuksia seksuaalisuuteen. Tutkijat arvelivat selitykseksi tälle, että pitkään työtä tehneet ovat aktiivisemmin osallistuneet seksuaalisuutta käsitteleviin koulutuksiin. Tutkijat ihmettelivät, kuinka vähän työterveyshoitajat käsittelevät asiakastilanteissa sairauksien, lääkkeiden ja leikkausten vaikutusta seksuaalisuuteen. Heidän mielestään työterveyshoitajilla olisi hyvät mahdollisuudet auttaa asiakkaita näissä asioissa. (Buckwalter, Kerfoot, Selder & True-Soderstrom 1983, 23 - 28.)

3 SEKSUAALISUUS

3.1 Seksuaalisuuden määrittelyä kirjallisuudesta

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän (2004) mukaan seksuaalisuus on ihmisessä keskeinen ominaisuus koko elämän ajan. Se sisältää sukupuoli-identiteetin, biologisen sukupuolen, seksuaalisen kehityksen, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen nautinnon, seksuaalisen ilmaisun ajatuksissa ja asenteissa, sukupuoliroolin, intiimiyden ja suvun jatkamisen. Seksuaalisuus on kulttuuristen, biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, eettisten, oikeudellisten, historiallisten, uskonnollisten ja henkisten tekijöiden vuorovaikutusta. Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan eri tavoin ajatuksissa, fantasioissa, asenteissa, käyttäytymisessä, arvoissa ja ihmissuhteissa. Se sisältää hellyyden, rakkautta, mielihyvän ja läheisyyden perustarpeet, joita ilmaistaan tietoisesti ja tiedostamatta. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8 - 11.)

Seksuaalisuus on monimuotoinen ja vaikea määritellä tyhjentävästi. Kontula (2008, 5) kuvailee, että seksuaalisuus on ihmisessä koko ajan läsnä oleva asia, johon sisältyy aidosti suoranaisia ihmeitä. Siihen liittyy mystisiäkin piirteitä, mutta samalla jotain ihmeellisen kiehtovaa. Virtanen (2002) tarkastelee Kliininen seksologia teoksessaan usean tutkijan määritelmiä, mutta toteaa lopulta, että seksuaali-

suuden kokonaismääritelmä jää avoimeksi ja kysyy, onko sitä tarpeenkaan määrittellä tarkkaan (Virtanen 2002, 21 - 24). Diamond (1997) tarkastelee seksuaalisuutta evoluutiobiologian kannalta ja on tutkinut, kuinka elintapojen ja ympäristön kehitys ja muutos vaikuttavat perimän lisäksi ihmisen seksuaalisuuteen. Diamond toteaa ulkoisten asioiden, kuten mainonnan, vaikuttavan seksuaaliseen käyttäytymiseen voimakkaasti. Joskus yhteiskunnan kauneusihanteet aiheuttavat monimutkaisia ilmentymiä ihmisen käyttäytymisessä, jopa sairastumiseen saakka. (Diamond 1997, 20 - 27.)

3.2 Seksuaaliterveys osana seksuaalisuutta

Maaailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän (2002) mukaan seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen kuuluva hyvinvoinnin olotila, jossa ihmisellä on kyky ja valmius reagoida psyykkisesti ja fyysisesti aistimuksiin ja virikkeisiin kokemalla mielihyvää ja hänellä on valmius pyrkiä näihin kokemuksiin. Tämä hyvinvoinnin olotila ei merkitse vain sairauden tai muunlaisen toimintahäiriön puuttumista. Ihmisillä täytyy olla mahdollisuus nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, väkivaltaa tai syrjintää. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8 - 11.)

Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta henkilöiden seksuaalisuutta ja seksuaalisia suhteita kohtaan, heidän oikeuksiensa suojelemista ja kunnioittamista. Seksuaaliterveyden alue sisältää kaikkea sukupuolielimiin, seksuaaliseen kehitykseen ja sukupuolielämään liittyvää koko ihmisen elämän ajan. Hyvän seksuaaliterveyden saamiseen ja ylläpitämiseen tarvitaan seksuaalikasvatusta, seksuaalisen kehityksen suojaamista ja sukupuolisen kypsymisen tukea ja sukupuolista arvostusta. Lisäksi tarvitaan riittävästi, ymmärrettävää ja oikein kohdennettua tietoa sekä riittävät korkeatasoiset seksuaalipalvelut. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8 - 11; Ilmonen & Nissinen 2006, 461.)

WHO (1987) on todennut, ettei seksuaalinen terveys ole pelkästään tieteellinen käsite, vaan se on suhteessa kulttuuriin, aikaan, yhteiskunnan arvoihin ja normeihin (Virtanen 2002, 12 - 14). Lottes (2000, 36 - 49) korostaa seksuaaliterveyden näkökulmasta seksuaalisuutta mielihyvän ja nautinnon antajana ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Virtanen (2002) viittaa Kliininen seksologia teoksessaan Kingin ym. ja Bassonin määritelmiin. Kingin ym. (1991) mukaan seksuaalisesti terve henkilö kokee seksuaalisuutensa miellyttävänä ja turvallisenä sekä kykenee toteuttamaan seksuaalisuuttaan ilman häpeän ja syyllisyyden tunteita. Basson (1993) toteaa myös, että seksuaalisuudella mielihyvän lähteenä on myös laajoja myönteisiä vaikutuksia yksilölle, perheille ja koko yhteiskunnalle. Seksuaalisuus voi toimia luovuutta ja elämää parantavana tekijänä, sillä se vaikuttaa ihmisen kykyyn rakastaa, solmia ihmissuhteita ja välittää tunteita. (Virtanen 2002,12 - 14.)

Seksuaalioikeudet ovat maailmanlaajuisia ihmisoikeuksia, jotka sisältävät nykykäsitteiden mukaan myös oikeuden ilmaista itseään seksuaalisena ja ainutlaatuisena yksilönä sekä kokea mielihyvää oman suuntautuneisuutensa, identiteettinsä ja arvojensa mukaan (Virtanen 2002, 15). Seksuaalioikeudet kieltävät syrjinnän sukupuolen, seksuaalisen suuntautuneisuuden, iän, uskonnon, rodun, sosiaaliluokan, ruumiillisen tai henkisen vamman vuoksi. Ympäristö, joka kunnioittaa ja toteuttaa ihmisen oikeutta seksuaalisuuteen, edistää seksuaaliterveyttä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Helminen 2008, 207 - 212.) Terveystieteiden näkökannalta kaksi tärkeintä seksuaalioikeutta ovat oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen koko elämän ajan ja oikeus seksuaaliterveyspalveluihin, joiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 6.)

4 SAIRAUDEN VAIKUTUKSIA SEKSUAALISUUTEEN JA NIIHIN LIITTYVIÄ YLEISIMPIÄ SEKSUAALIHÄIRIÖITÄ

4.1 Sairauden vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen

Rosenberg (2006) toteaa, että vakava sairastuminen saa aikaan sairauden alkuvaiheessa kriisin, joka voi ääritapauksessa kiihdyttää joskus jo ennestään laimentuneen seksielämän kokonaan, tai seksin ollessa henkilölle keskeinen asia elämässä, romahduttaa hänet täysin. Joskus henkeä uhkaavan sairauden kohdatessa eivät seksuaalisuutta koskevat asiat ole ensisijaisena mielessä, kun taas sairauden tai vamman sattuessa suoraan seksuaalisuuteen liittyville alueille, voivat niihin liittyvät seikat nousta päällimmäiseksi. Riippuen sairauden laadusta, henkilön persoonallisuudesta, iästä ja elämäntilanteesta, seksuaalisuuteen liittyvät asiat askarruttavat eri tavalla mieltä. Rosenberg muistuttaa, että joskus sairauden ja kriisin läpikäymisen jälkeen seksuaalisuuden alueelle on mahdollista löytää entistä syväliempi ja parempi suhde. (Rosenberg 2006, 281 - 287.)

Hoito- ja kuntoutusprosessien aikana tai sairauden jäädessä pitkäaikaiseksi seksuaaliasiat nousevat väistämättä mieleen. Rosenberg (2001; 2006) toteaa, että huoli voi nousta omasta selviämisestä, parisuhteesta, seksuaalisesta kyvykkyydestä ja kehon viehättävyydestä. Yksinäisen henkilön mahdollinen jo ennestään oleva yksinäisyyden tunne voi syvetä ja uusien ystävyysuhteiden luominen saattaa olla pelottavaa. Sairaudesta tai vammasta toipumisen hoidossa ja seurannassa seksuaaliasiat tulisi terveydenhuollossa ottaa puheeksi, sillä seksuaalisuuden eheytyksen tukeminen voi olla merkittävä tekijä henkilön kokonaisvaltaisessa toipumisessa. Joissakin tapauksissa voi viedä vuosia, ennen kuin suhde omaan muuttuneeseen kehonkuvaan paranee. (Rosenberg 2001, 5 - 21; 2006, 281 - 287.) Työterveyshuolto on merkittävä osa perusterveydenhuollon hoitoketjua henkilön palatessa ja sopeutuessa työelämään sekä pitkäaikaissairauden seurannassa.

Rosenberg (2001; 2006) kirjoittaa, että itsetunnolla on merkittävä vaikutus seksuaalisessa hyvinvoinnissa ja hyvä itsetunto auttaa myös sairaudesta toipumisessa. Vakava sairaus voi vaikuttaa musertavasti sairastuneen itsetuntoon, jolloin myös mahdollisesti ennestään heikko itsetunto voi luhistua. Kehoon kohdistuvat leikkaukset usein heikentävät sairastuneen minäkuvaa ja voivat koskettaa syvästi sukupuoli-identiteettiä, miehisyyttä ja naiseutta. Voimakkaimmin seksuaalisuuteen vaikuttavat kasvojen alueelle ja suoraan seksuaalisuuteen liittyviin elimiin tehdyt leikkaukset. Leikkaukset, arvet tai niihin liittyvät proteesit asiakas voi kokea ru-

mina ja niiden näyttäminen muille voi olla vaikeaa. Voi olla vaikea elää niin sanotussa terveiden ihmisten maailmassa, kunnes on hyväksynyt sairauden osaksi elämäänsä. Sairauden ja seksuaalisuuden yhteyttä ei valitettavasti vieläkään käsitellä riittävästi terveydenhuollossa. (Rosenberg 2001, 5 - 21; 2006, 281 - 287.) Sairastuneen henkilön toipumisen ja eheytyksen vaiheessa myös seksuaalisutta koskevat seikat tulevat todellisiksi, ja tässä vaiheessa tarvitaan tietoa ja keinoja ongelmista selviämiseen (Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaalioikeudet 2008, 41).

Kosunen (2003) korostaa potilaan tiedonsaantioikeutta ja toteaa, että useimmat sairastuneista kaipaavat tietoa seksuaalisuudesta siinä vaiheessa, kun sopeutuminen takaisin työelämään alkaa. Nuorempia potilaita seksuaaliasiat saattavat kiinnostaa jo sairauden alkuvaiheessa. (Kosunen 2003, 207 - 208.) Nurmi (1993) viittaa Suomalainen seksi -tutkimukseen, jossa tutkittiin yli tuhannen ihmisen kohdalla kahdentoista eri pitkäaikaissairauden esiintymistä ja niihin liittyvän seksuaalineuvonnan tarvetta. Joka toisella tutkittavista oli jopa kaksikin sairautta. Tutkimuksen mukaan yhdeksän prosenttia oli ilmoittanut oman sairautensa vaikuttavan seksuaalisuuteen ja kymmenen prosenttia kumppanin sairauden vaikuttavan omaan seksielämäänsä. Seksuaalineuvontaa oli ilmoittanut tarvitsevan kuusi prosenttia, ja suurimmat ryhmät näistä olivat nuoret naiset ja ikääntyvät miehet. (Nurmi 1993, 411 - 449.) Sairauden vaikutukset seksuaalisuuteen tulisi ottaa puheeksi kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, varsinkin, jos sairauden vaikutukset seksuaalisuuteen ovat tiedossa (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237 - 246).

4.2 Yleisimpien työikäisten keskuudessa ilmenevien sairauksien vaikutukset ihmisen seksuaalisuuteen.

Syöpään sairastuminen vie yleensä henkilön kaikki voimavarat. Rosenberg (2001) toteaa, että epävarmuus elämän jatkumisesta, pelko kivuista ja erilaiset henkisesti ja fyysisesti raskaat hoitomuodot vaikuttavat seksuaalisuuteen merkittävästi. Syöpäkasvaimen poistoleikkaus voi ulottua laajallekin alueelle ja voi aiheuttaa her-

movaurioita. Hermovaurioiden seurauksena voi ilmetä tuntuu puutoksia ja seurauksena voi olla toiminnallisia seksuaalihäiriöitä. Solunsalpaajahoidot saattavat aiheuttaa naisille hormonitoiminnan häiriöitä, joista voi seurata ennen aikaisia vaihdevuosisoireita, joista limakalvojen kuivuus puolestaan aiheuttaa yhdyntöjen hankaluutta, kipuja, orgasmivaikeuksia ja haluttomuutta. Vastaavanlaisia oireita ilmenee myös sädehoidoissa, jotka lisäksi aiheuttavat gynekologisille alueille annettuna ikävää emättimen kutistumista ja arpeutumista. Miehillä solunsalpaajahoidot aiheuttavat helposti erektiohäiriöitä. Hormonihoidoista voi seurata naisilla ennenaikaisia vaihdevuosisoireita ja miehillä erektiohäiriöitä ja halukkuuden vähenemistä. (Rosenberg 2001, 5 - 21.)

Mielenterveysongelmissa seksuaalisuus ja siihen liittyvät asiat voivat ilmetä hyvin moni tavoin. Jo itse sairaus ja sairaudesta toipuminen vievät runsaasti voimavaroja. Masennusta ilmenee kaikissa ikäryhmissä, ja elämänsä aikana lievää masennusta sairastaa jopa neljäsosa väestöstä. Naisilla sen esiintyvyys on kaksinkertainen verrattuna miehiin. (Sievers 2008, 127 - 129.) Masennus yleensä vähentää seksuaalista halukkuutta ja muutakin aloitekykyä. Tämä voi aiheuttaa jo itse sairastumisen lisäksi lisäongelmia myös parisuhteessa. Miehillä saattaa ilmetä erektiohäiriöitä, molemmilla sukupuolilla voi olla orgasmivaikeuksia ja haluttomuutta. (Helminen 2008, 207 - 211; Papp 1999, 18; Lepola & Koponen 2007, 305.) Alhainen itsetunto ja negatiivinen suhtautuminen omaan kehoon lisäävät haluttomuutta, mikä on tavallista esimerkiksi masennuksen yhteydessä (Basson 2005, 1327 - 1333).

Terveydenhoitohenkilökunnan tulisi kysyä suoraan seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä hoitotilanteessa, mutta usein asia jätetään huomioimatta kokonaan (Papp 1999, 13). Työikäisten keskuudessa mielenterveysongelmat ovat yleisiä, ja niiden seurannan ja terveystarkastusten yhteydessä työterveyshoitajien tulisi ottaa seksuaalisuus puheeksi. Nurmi (1993) on kartoittanut Suomalainen seksi -tutkimuksessa seksuaalineuvonnan tarvetta eri sairausryhmissä. Tutkimuksen mukaan seksuaalineuvontaa olisivat tarvinneet muita enemmän mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt. Lääkäriltä neuvontaa oli ilmoittanut saaneensa vain neljätoista prosenttia, kun vastaavasti hoitajalta ei yksikään potilas ollut saanut neuvontaa.

(Nurmi 1993, 411 - 449.) Useat mielialalääkkeet aiheuttavat seksuaalisuuden alueella muutoksia. Mielenterveysongelmien hoidossa käytettyjen neuroleptien sivuvaikutuksina esiintyy seksuaalisen halun vähenemistä. Orgasmin kokeminen saattaa heiketä tai sen saaminen viivästyä ja myös erektio-ongelmia voi esiintyä. (Helminen 2008, 214 - 216; Basson 2005, 1327 - 1333; Papp 1999, 24 - 25.)

Diabetes on varsin yleinen sairaus työikäisten keskuudessa, sillä vajaa puolet suomalaisista 45 - 74 -vuotiaista miehistä sairastaa diabetesta ja noin kolmannes samanikäisistä naisista (Diabetesliitto 2010). Diabetes on veren sokeripitoisuuden aiheuttama aineenvaihdunnan häiriö, mikä heikentää muun muassa sydämen ja verisuonten toimintaa. Osalla sairaudesta kärsivistä kehittyy myös ajan kuluessa hermojen toiminnan häiriöitä eli neuropatiaa. Verenkierron heikentymisellä ja neuropatialla on yhteys seksuaalihäiriöihin. Tutkimusten mukaan keski-ikäisillä diabetesta sairastavilla miehillä on keskimääräistä enemmän erektiohäiriöitä sekä orgasmiongelmia. (Rönnemaa 2009; Mustajoki 2009.)

Väisälä (2002) toteaa diabeteksen aiheuttavan naisille limakalvojen kuivumista ja heikentävän tuntoaistimuksia emättimen alueella. Näiden seurauksena yhdynnät saattavat olla kivuliaita, orgasmin saanti voi vaikeutua, mistä puolestaan voi seurata haluttomuutta. Limakalvojen kuivumisongelmaan tulisi rohkaista asiakkaita käyttämään liukastusvoiteita, joiden käyttö sopii niin nuorille kuin ikääntyneimmille vaikkei diabetesta olisikaan. Orgasmi ei ole välttämättömyys seksuaalisen mielihyvän saavuttamiseen, joten asiakkaita tulisi rohkaista ottamaan käyttöön uudenlaisia hyväilytapoja ja keinoja. (Väisälä 2002, 10 - 11.)

Sydän- ja verisuonisairaudet heikentävät verenkierron toimintoja ja aiheuttavat toiminnallisia seksuaalihäiriöitä. Vanhanen (2003) Sydäninfarktin jälkeen miehillä ilmenee erektiovaikeuksia, jopa impotenssia ja siemensyöksyn viivästymistä. Naisilla ja miehillä ilmenee yleistä seksuaalisen halukkuuden vähenemistä, mikä voi johtua uuden sydänkohtauksen pelosta. Sydänkohtausten jälkeen ilmenee yleisesti myös masennusta. Naisilla tavallisia ovat emättimen kostumisen ongelmat ja tuntopuutoksen aleneminen lantion alueen verenkierron heikentymisen johdosta. (Vanhanen 2003, 229 - 234.)

Vanhanen (2003) toteaa, että sydäninfarktit aiheuttavat pelkoa vielä pitkälti toipumisvaiheen jälkeenkin sairastuneen läheisille. Seksuaalisuutta käsittelevissä kysymyksissä tulisi huomioida myös kumppani. Seksuaalisen mielihyvän saamisessa tulisi korostaa hellyyden, koskettamisen ja läheisyyden merkitystä ennen yhdyntöjen aloittamista. Yhdyntä voi aloittaa sairauden jälkeen, kun jaksaa nousta kahden kerroksen portaat, tämän on katsottu vastaavan yhdyntäkerran räsitystä. Asiakasta neuvotaan hakemaan vähemmän rasittavia asentoja. Muita räsitystä aiheuttavia tekijöitä tulee välttää seksin yhteydessä, kuten alkoholin käyttöä ja saunomista. Tuntiessa itsensä uupuneeksi tulisi yhdyntöjä välttää. Itsetyydytys on oivallinen keino testata omaa jaksamistaan. (Vanhanen 2003, 229 - 234.)

Stressi ja kuormittuneisuus ovat työikäisten keskuudessa erittäin yleinen ongelma. Stressitilanteessa henkilöön kohdistuu odotuksia ja paineita enemmän, kuin mihin hän pystyy vastaamaan. Kuormittavat tilanteet voivat johtua työasioista, perheasioista tai taloudellisista vaikeuksista. Stressitekijät aiheuttavat muutoksia helposti tunnetasolla, köyhdyttävät mielikuvia sekä saattavat aiheuttaa fyysisiä oireita. Stressitekijät saattavat pahimmillaan johtaa masennukseen tai aiheuttaa muita mielenterveysongelmia. (Lönnqvist 2009.)

Hämäläinen ym. (2004) kuvaavat, että stressi vaikuttaa pitkään jatkuessaan seksuaalisuuteen erittäin voimakkaasti. Stressi aiheuttaa erektiohäiriöitä, ja sen on todettu aiheuttavan myös enneaikaista siemensyöksyongelmaa. Jos henkilön stressaava, kuormittava tilanne jatkuu hoitamattomana, myös seksuaalisuuden alueella häiriöt vaikeutuvat ja henkilö voi menettää mielenkiintonsa seksiä kohtaan kokonaan. Pitkäaikainen stressi lisää masennuksen riskiä, myös seksuaalielämän alueella olevat ongelmat voivat aiheuttaa masennusta, varsinkin miehillä, joilla erektio-ongelmat saattavat kosketta syvästi miehisyttä. (Hämäläinen, Räsänen & Kangasniemi 2004, 15 - 17.)

Neurologisissa sairauksissa seksuaalitoimintojen häiriöitä aiheuttavat enimmäkseen sairauksiin liittyvät mielialan ja persoonallisuuden muutokset, jolloin seurauksena ovat yleisimmin seksuaalisen halun muutokset. Miehillä häiriöitä ovat

erektiohäiriöt ja siemensyöksyongelmat, naisilla emättimen kostumisen ongelma ja orgasmiongelmat. Fyysisesti seksuaalista aktiivisuutta vähentävät kehon tunnon häiriöt reisien ja sukuelinten alueella sekä virtsarakon toiminnan häiriöt. Neurologisissa sairauksissa kyky tyydyttävään seksuaalielämään yleensä säilyy. (Färkkilä & Ruutiainen 2003, 247 - 253.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet eivät valtaosaltaan vaikuta seksuaalisuuteen heikentävästi. Jos sairaus on vaikea, toki se vaikuttaa seksuaalielämän alueelle. Koskinen ym. (2007) kuvaavat reumasairauksiin liittyvän seksuaalisuuden alueella halukkuuden muutoksia, erektiohäiriöitä, virtsankarkailua, liikerajoituksia ja kipuilua. Joillakin reumalääkkeillä on sivuvaikutuksia, kuten lisääntynyttä karvojen kasvua, vapinaa, hiusten lähtöä, ikenien ja kasvojen turvotusta. Nämä voivat aiheuttaa ongelmia sairaudesta kärsivän minäkuvaan. Lääkkeillä voi olla vaikutusta myös orgasminsaantikykyyn, tuntoherkkyyteen ja siemensyöksyyn. Naisilla voi lisäksi aiheutua emättimen kuivuuden ongelmia. (Koskinen, Järvensivu & Kokkonen 2007.)

Selkäsairauksiin saattaa liittyä pysyvää tai tilapäisiä tuntopuutoksia, erektiohäiriöitä, liikerajoitteita ja kiputiloja sekä virtsarakon hallintaongelmia. Pitkittyneisiin selkävaivoihin voi liittyä masennusta. Masennus aiheuttaa helposti halukkuuden vaihteluita, muita seksuaalihäiriöitä, ja saattaa vaikuttaa myös parisuhteeseen. Selkä kivun hoidossa käytetyillä lääkkeillä saattaa olla vaikutusta seksuaalisuuden alueelle, ja selkävaivoihin liittyvät kivut voivat aiheuttaa pelkoa yhdyntöjä kohtaan ja vaikeuttaa niitä. (Kannisto, Töyrylä-Aapio, Parantainen, Porras & Sarkkinen 2006.)

4.3 Seksuaalihäiriöt työikäisellä väestöllä

Rosenberg (2001) toteaa, että seksuaalihäiriöt ja erilaiset seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä, niitä esiintyy kaikenikäisillä ja molemmilla sukupuolilla. Ongelmien aiheuttajia voivat olla kasvatustausta, kulttuuri, negatiiviset seksuaaliset kokemukset, kumppanien erilaiset toiveet, pettymykset ihmissuhteissa, elinta-

vat, kivut, ehkäisyvaikeudet, ikään liittyvät muutokset, sairaudet tai lääkkeet. Asianmukainen neuvonta, ohjaus ja hoito ovat tärkeä jo häiriön ilmenemisen alkuvaiheessa, sillä pieni ongelma voi pitkittyessään kehittyä vähitellen henkilön koko elämää haittaavaksi ongelmaksi. (Rosenberg 2001.)

Työterveyshuollossa kartoitetaan elintavat, perhesuhteet, sairaudet, lääkkeet ja keskustellaan ikään liittyvistä muutoksista (Palmgren ym. 2008, 11 - 12.) Näillä seikoilla näyttää olevan yhteys seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveyden yhtenä tulevaisuuden haasteena pidetään aikuisväestön keskuudessa seksuaalineuvonnassa tunne-elämään, parisuhteeseen ja seksuaalihäiriöihin, kuten erektiohäiriöihin, seksuaaliseen haluun, yhdyntä- ja orgasmiongelmiin, liittyviä kysymyksiä (Stakes 2008, 21).

Seksuaalihäiriöt ovat harvoin pelkästään asiakkaana olevan henkilön ongelma, vaan ne koskettavat myös asiakkaan kumppanuussuhdetta ja heijastavat siten vaikeuksia koko perheeseen. Tätä tukee Öbergin (2005) Ruotsissa työikäisille, 16 - 65 -vuotiaille, tehty laaja tutkimus. Tutkimuksessa selvitettiin 20 tekijää, jotka vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen. Tärkeimmiksi vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat parisuhteen tila ja miehen seksuaalihäiriöt. Tämän tutkimuksen mukaan miehen erektiohäiriöillä ja ennenaikaisella siemensyöksyllä oli voimakas yhteys naisen haluttomuuteen, yhdyntäkipuihin ja orgasmiongelmiin. (Piha 2008; 2010.) Joskus seksuaaliongelmien syynä parisuhteessa saattaa olla jopa puutteellinen anatomian tietämys niin naisilla kuin miehilläkin. Moni mies ei tiedä esimerkiksi kliitoriksen merkityksestä naisen orgasmin saamiselle. (Piha 2008.)

Seksuaalihäiriöiden tunnistamisella ajoissa on myös kansanterveydellisiä näkökohtia. Syväne noteeraa (2010, 32) ulkomaista tutkimusta, jonka mukaan erektiohäiriöiden on todettu vahvasti ennakoivan myöhemmin puhkeavaa sydän- ja verisuonisairautta. Yhdysvaltalaisessa yli tuhannelle miehelle tehdyssä kymmenvuotisseurantatutkimuksessa, alle 50-vuotiaiden miesten erektiohäiriöt oli todettu ennakoivan sepelvaltimotaudin riskin 50-kertaiseksi. Myös muissa ulkomaisissa tutkimuksissa on vastaavanlaisia yhteyksiä. Prizkerin (1999) mukaan jopa 40 %:lla erektiohäiriöpotilaista on sepelvaltimotauti, ja Chew & Kumpp. (2000) toteaa-

vat, että 16 %:lla erektiohäiriöpotilaista on vaikea sepelvaltimotauti. (Vanhanen 2003, 229 - 234.) Sydän- verisuonisairaudet ovat yleinen työterveyshuollossa tavattava sairausryhmä. Vuoden (2004) Kansaneläkelaitoksen tilaston mukaan yli 35-vuotiaista noin kuusi prosenttia on saanut sepelvaltimotaudin vuoksi erityiskorvattavia lääkkeitä (Reunanen 2005).

4.4 Sairauden yhteydessä ja työikäisten keskuudessa yleisimmin ilmeneviä seksuaalihäiriöitä

Seksuaalinen haluttomuus on naisten yleisin seksuaalihäiriö. Haluttomuutta ilmenee myös miesten keskuudessa. Väisälä (2006) ja Kallio & Jussila (2010) kirjoittavat, että haluttomuudella tarkoitetaan seksuaalisen mielenkiinnon, aktiivisuuden ja seksuaalisten fantasioiden puuttumista sekä motivaation laskua verrattuna aikaisempaan tyydyttävään tilaan. Seksuaalisen halun määrittely tarkkaan on vaikea, koska se ei ole kenelläkään vakiotila. Halukkuus vaihtelee elämän aikana riippuen henkilön muusta hyvinvoinnista niin fyysisellä kuin psyykkisellä tasolla sekä tyytyväisyydestä henkilösuhteissa. Kenenkään halukkuutta ei voi määritellä toinen henkilö, ja ongelmaksi se voidaan luokitella vasta, jos henkilö itse kokee kärsivän siitä tai parisuhteessa halut ovat kovin erilaiset. (Väisälä 2006, 245 - 249; Kallio & Jussila 2010, 239 - 244.)

Haluttomuus on yleinen ongelma työikäisten keskuudessa ja haluttomuus näyttää lisääntyvän ja halujen ero kasvavan parisuhteessa. Kontulan (2009) tutkimusten mukaan siitä kärsii melko usein vajaa puolet naisista, mutta miehistä vain reilu kymmenen prosenttia. Naisten haluttomuus on lisääntynyt tasaisesti viimeisen kahden kymmenen vuoden aikana, myös nuorilla naisilla. Samalla miesten ja naisten haluttomuuden ero on suurentunut. Kontula näkee haluttomuuden taustalla olevan usein parisuhdeongelmia, mutta myös osaltaan parisuhdeongelmat voivat aiheuttaa haluttomuutta. Halukkuutta laskevia tekijöitä näyttävät olevan pitkä avioliitto, perheen monilapsisuus, taloudelliset huolet ja työhuolet, päihde- ja psyykkiset ongelmat. Haluttomuutta voi aiheuttaa myös vakava sairaus. (Kontula 2009, 41 - 49.)

Rosenberg (2001; 2006) toteaa haluttomuuden olevan yleinen ongelma vakavan sairauden yhteydessä. Vaikka sairastunut ei kokisi tätä ongelmana, niin se voi keskustelemattomana aiheuttaa parisuhteessa vaikeita ongelmia, kuten mustasukkaisuutta, pelkoa rakkauden menettämisestä ja syyllisyyttä. Rosenberg (2006) korostaa, että kumppaneiden kesken täytyisi korostaa fyysisen läheisyyden merkitystä yhdynnöistä huolimatta, unohtamatta avoimen keskustelun merkitystä. Asiakkaalle tulee kertoa mahdolliset sairaudet aiheuttamat seksuaalisuuteen vaikuttavat rajoitteet ja lisäksi, kuinka kauan ne kestävät. (Rosenberg 2001; 2006, 281 - 287.)

Orgasmihäiriöt ovat naisten toiseksi yleisin seksuaalihäiriö. Syitä orgasmiongelmiin ovat verisuonihäiriöt, hormonimuutokset, stressi, alkoholin liikakäyttö, tietämättömyys, puutteellinen tekniikka, epämiellyttävät aiemmat seksikokemukset, sairaudet, lääkkeet ja parisuhdeongelmat. (Piha 2008; Väisälä 2006, 255 - 256.) Miehillä ilmenee orgasmiongelmaa myös, mutta vähäisemmässä määrässä. Seksuaalihäiriöiden suhteen on hyvä ymmärtää, että miehillä orgasmin saaminen ilman siemensyöksyä on myös mahdollista. (Kontula 2009, 193 - 208.)

Erektiohäiriöllä tarkoitetaan Hämäläisen ym. (2004) ja Pihan (2008) mukaan siittimen jäykistymisen vaikeutta tai vaikeutta ylläpitää riittävää erektiota yhdynnän aikana. Erektiohäiriöt jaotellaan kolmella tasolla lieväasteisesta häiriöstä vaikeaan. Pahimmillaan yhdynnät eivät onnistu lainkaan. Erektiohäiriö ei ole itsenäinen sairaus, vaan oire jostakin, ja se voi olla oire esimerkiksi neurologisesta sairaudesta, sokeritaudista, verenkiertoelimistön sairaudesta, epäterveistä elintavoista tai hormonaalisista häiriöistä. Leikkausten ja sädehoitojen jälkeen saattaa myös esiintyä erektiohäiriöitä. Miltei kaikissa tapauksissa on taustalla elimellinen syy, joskus taustalla saattavat olla myös psyykkiset syyt. Vaivasta kärsivät kaiken ikäiset miehet ajoittain, mutta ongelma lisääntyy yleensä iän myötä. (Hämäläinen ym. 2004, 12 - 18; Piha 2008.) Miesten hormonaaliset muutokset alkavat noin neljäkymmenen vuoden iässä ja jatkuvat hyvin yksilöllisesti. Erektion saavuttaminen hidastuu ja vaatii voimakkaampaa stimulaatiota kuin nuorempana. (Hämäläinen ym. 2004, 8-10; Rautiainen 2006, 228 - 237.)

Työterveyshuollossa erektio-ongelmaa ei ole syytä jättää huomiotta varsin yleisten sairauksien kohdalla, joita työikäisen väestön keskuudessa on runsaasti. Hämäläinen ym. (2004) kirjoittavat, että erektio-ongelmasta saattaa tulla jo tulevina vuosina kansanterveydellinen ongelma, koska Suomessa ongelmasta kärsii noin puoli miljoonaa eri-ikäistä miestä. Psykkisten sairauksien yhteydessä ongelma on yleinen, ja masennuksesta kärsii joka viides suomalainen, ja kahdella kolmasosalla masentuneista on todettu erektiohäiriöitä. Erektiohäiriöt ovat stressin yhteydessä varsin yleisiä, ja saattavat epäonnistuneiden seksuaalikokemusten jälkeen muuttua ongelmaksi. (Hämäläinen ym. 2004, 12 - 18.)

Siemensyöksyongelmat ovat Pihan (2008) mukaan miesten yleisimpiä seksuaalihäiriöitä. Yleisempi näistä, ennenaikainen siemensyöksy, tarkoittaa, että siemensyöksy tulee alle kahdessa minuutissa yhdynnän aloituksesta. Tästä ongelmasta kärsii vajaa kolmannes kaiken ikäisistä miehistä, mutta yleisintä se tutkimusten mukaan on keski-ikäisillä, ja he ovat kärsineet vaivasta keskimäärin 17 vuotta. Toinen varsin harvinainen on viivästynyt siemensyöksy, joka tarkoittaa vaikeutta saada siemensyöksy voimakkaasta stimulaatiosta huolimatta. (Piha 2008.) Tavallisia syitä siemensyöksyongelmaan on todettu olevan stressi, jännittäminen ja suorituspaineeet, neurologiset sairaudet, parisuhdeongelmat, eturauhasen tulehdus ja suureneminen, joka alkaa jo 40-vuotiaana sekä heikko lantionpohjalihasten hallinta. Siemensyöksyongelman hoidossa ovat merkittävässä roolissa lantionpohjalihasten kuntouttaminen, rentoutusharjoitukset, itsetyydytys ja erityinen puristus-tekniikka, vaikeimmissa tapauksissa seksuaaliterapia ja lääkehoidot. (Hämäläinen ym. 2004, 19–20.)

Yhdyntäkivut tarkoittavat pysyvää tai usein ilmenevää yhdyntää haittaavaa kipua sukuelinten alueella. Väisälä (2006) ja Piha (2008) kuvaavat, että kivut voivat ilmetä pinnallisina ulkoisten sukuelinten alueella tai syvemmällä tuntuvina. Kipuja voivat aiheuttaa hormonipuutokset, emättimen kuivuus, sukupuolielinten ulko- ja sisäosissa olevat tulehdukset, kirurgisten toimenpiteiden jälkitilat ja ihosairaudet. Hieman tuntemattomampia kivun aiheuttajia ovat vaginismi eli emättimen lihaksiston tahdosta riippumaton voimakas supistustila, endometrioosi, jossa kohtuontelon limakalvon kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella, sekä vulvodynia,

mikä aiheuttaa kovat kosketuskivut emättimessä ja sukupuolielinten alueella sekä psykologiset ongelmat ja kokemattomuus. (Väisälä 2006, 257- 266; Piha 2008.)

Ikääntymisen muutokset alkavat varsin varhain, joten terveystarkastuksissa työterveyshoitajan olisi hyvä kysyä seksuaalisesta tyytyväisyydestä myös nuorilta asiakailta, sillä Rautiaisen (2006) mukaan limakalvojen kuivuudesta johtuvia kipuja voi olla nuorillakin, mutta ikä lisää ongelmaa. Naisilla hedelmällinen ikä päättyy keskimäärin 50-vuotiaana, minkä jälkeen tapahtuu hormonaalisia muutoksia, mutta kuitenkin yksilöllisiä eroja on paljon. Estrogeenihormonituotannon alenemisen myötä sukupuolielinten alueen limakalvot ohenevat ja kostuminen vähenee ja lantionpohjalihaksiston kunto heikkenee, minkä vuoksi voi seurata yhdyntävaikeuksia ja kipuja. Vaihdevuosisoireiden hoitoon käytetään hormonilääkkeitä, limakalvojen kostumisongelmaa voi helpottaa liukuvoiteilla ja lantionpohjalihaksia voi vahvistaa erilaisilla jumppaliikkeillä ja tarvittaessa käyttää apuna emätinkuulia. (Rautiainen 2006, 228 - 237.)

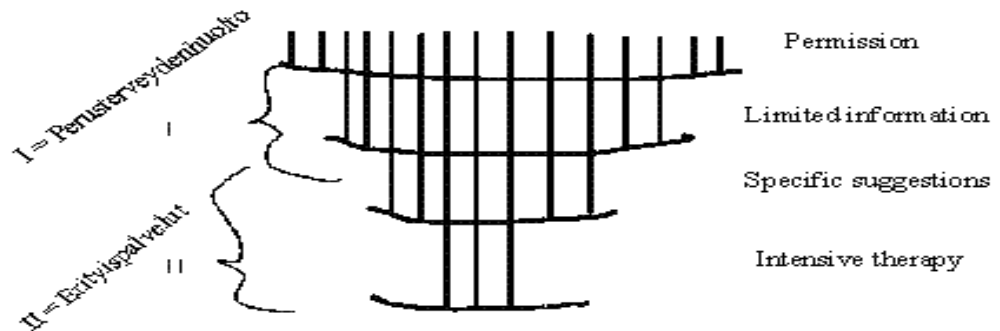
5 SEKSUAALINEUVONTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Seksuaalineuvonta on ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutteista kohtaamista asiakastyössä. Sosiaali- ja terveystalveluihin tulee sisällyttää seksuaalineuvontaa erilaisissa elämäntilanteissa eri ikävaiheessa oleville asiakkaille erilaisissa seksuaaliterveyteen liittyvissä seikoissa. Terveystenhuollon ammattilaisella on tärkeä rooli tarvittavan neuvonnan antamisessa tai asiakkaan eteenpäin ohjaamisessa jatkotutkimuksiin, mahdollisesti erikoishoitoon tai terapiaan. (Ilmonen 2006, 41 - 59.)

5.1 PLISSIT-malli seksuaalineuvonnan jäsentämisessä

Seksuaali- ja terveystenuevonnan jäsentämisessä käytetään PLISSIT-mallia, joka esittää kaaviona seksuaalineuvonnan neljää eri tasoa. Ilmonen (2006) tuo esille Jack Annonin (1976) luoman kaavion (kuvio 1), joka on edelleen käytettävissä oleva malli terveystenueollossa koskien seksuaalineuvonnan jäsentämistä. Anno-

nin (1976) mukaan suurinta osaa seksuaalihäiriöistä kärsiviä ihmisiä voidaan auttaa, kun ensin annetaan lupa keskustella aiheesta ja annetaan joitakin ohjeita ja harjoituksia. Tärkeä osa ammatillisuutta on ymmärtää ja tunnistaa oma osaamisensa taso ja toimia saamansa koulutuksen rajojen puitteissa. (Ilmonen 2006, 41 - 59.)



KUVIO 1. PLISSIT-malli (2005)

Mallissa (kuvio 1) on neljä tasoa, joista kahdella ensimmäisellä tasolla kaikkien perusterveydenhuollon henkilöiden tulisi pysyä antamaan neuvontaa. Ensimmäinen **taso** Permission= **luvan antamisen taso** tarkoittaa, että tällä tasolla seksuaalisuutta koskevat asiat otetaan puheeksi vastaanotolla. Toivottavaa olisi, että aloite keskusteluun tulisi hoitavan henkilön aloitteesta, jolloin asiakas kokee voivansa keskustella aiheesta. Tällä tasolla on eniten asiakkaita, koska suurinta osaa asiakkaita voidaan auttaa jo sillä, että annetaan lupa omaan seksuaalisuuteen ja siitä keskustelemiseen. **Toinen taso** LI (Limited Information) = **rajatun tiedon taso** tarkoittaa, että potilaalle annetaan keskustelun lisäksi kohdennetusti tietoa senhetkiseen huolenaiheeseen liittyen. Tietoa tulisi antaa myös, jos nähdään puutteita asiakkaan tiedoissa. (Aalto 2002, 26 - 27; Ilmonen 2006, 46; Gröhn 2010, 20 - 21.)

Seuraavalla kahdella tasolla annetaan erityisohjeita, ja ne edellyttävät syvempää koulutusta seksuaaliterveydestä. **Kolmas taso** SS (Specific Suggestions) = **eri-**

tyisohjeiden antamisen taso, erityisohjeet voivat liittyä vuorovaikutukseen tai elämäntapaan, ja asiakkaalle voidaan antaa erilaisia tehtäviä ja harjoitteita osana keskustelua. **Neljäs taso** IT (Intensive therapy) = **intensiivisen terapian taso**, jos asiakkaan ongelmaa ei ole voitu helpottaa kolmella edellisellä tasolla, se vaatii erityisterapiaa. Yleensä asiakkaat saavat jo avun kolmella ensimmäisellä tasolla, joten tällä tasolla on vähiten avuntarvitsijoita. (Aalto 2002, 27 - 27; Ilmonen 2006, 41 - 59; Gröhn 2010, 20 - 21.)

Seksuaalisuutta koskevien asioiden puheeksiotto asiakastyössä kuuluu asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen, mutta aina se ei ole helppoa. Ilmonen (2006) tähdentää, että ensimmäinen askel, jotta työntekijä voi toimia luvanantajana, on olla sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Terveystyön työntekijän peruskoulutukseen tulisi sisältyä oman seksuaalisuuden tunteminen ja sen hyväksyminen. Oman seksuaalisuuden tunteminen auttaa asiakkaan, joskus erilaisenkin, seksuaalisuuden sallimisessa ja puheeksi ottamisessa. On vaikea puhua seksuaalisuudesta, jos itse on vaivautunut. Asiakas aistii helposti tämän eikä uskalla tuoda esiin joskus vaikeita kysymyksiä. Neuvontatyössä tarvittavien tietojen ja taitojen kehittäminen on jatkuva prosessi. (Ilmonen 2006, 48 - 50.)

5.2 Aikaisempia tutkimuksia hoitotyöntekijöiden toimintavalmiuksista huomioida seksuaaliterveys työssä

Tutkimusten mukaan terveydenhoitohenkilöiden peruskoulutukseen sisältyvä seksuaaliterveyden aihealue on suppea. Nurmi (2000, 150 - 159) on tutkinut vastaavien terveydenhoitajien asiantuntijuutta seksuaaliterveyden alueella kolmen vuosikymmenen ajan. Tulosten mukaan osaamisen tiedot ovat heikot. Myös opiskelijan oman seksuaalisuuden kohtaaminen jäi opiskelijan oman kiinnostuksen varaan.

Tutkimusten mukaan terveydenhoitotyötä tekevillä on seksuaaliterveyden osaamisen alueella puutteita. Suurimpana syynä näyttää olevan tiedon ja osaamisen puute. (Matocha & Waterhouse 1993, 371 - 78; Nurmi 2000, 150 - 153; Esko-

Asikainen 2000, 23 - 28; Aalto 2002, 32 - 34; Kosunen 2006, 26.) Matocha & Waterhouse (1993) on tehnyt tutkimusta ulkomailla koskien hoitotyötä tekevien osaamista ja verrannut sitä Annonin (1976) PLISSIT- malliin. Hänen tutkimuksensa mukaan tutkituista hoitajista viidesosa ei ollut koskaan keskustellut asiakkaan kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä seikoista ja vain runsas kymmenen prosenttia hoitajista ilmoitti ottavansa seksuaalisuutta koskevat asiat puheeksi. Seksuaalimyönteiseen suhtautumiseen ja asioiden puheeksi ottamiseen vaikuttivat hoitajien asiantiedot seksuaalisuudesta. Tulosten perusteella hoitajien osaaminen ei yltänyt Annonin (1976) PLISSIT- mallin kahdelle ensimmäiselle tasolle, mitä osaamista edellytettäisiin perusterveydenhuollon työntekijöiltä. (Matocha & Waterhouse 1993, 371 - 378.)

Hoitajien omat asenteet seksuaalisuutta kohtaan vaikuttavat myös merkittäväällä tavalla seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa asiakastyössä. Matocha & Waterhouse (1993, 371 - 378), Nurmi (1993, 442; 2000, 166 - 168) ja Magnan & Reynolds (2005, 225 - 260) ovat tutkineet terveydenhoitotyöntekijöiden asenteita seksuaalisuutta kohtaan. Vaikka hoitajat kokevat seksuaalisuuden tärkeänä asiakastyössä, he helposti vaikenevat sen esille ottamista. Hoitajilla saattaa olla epävarmuutta omasta osaamisesta, eivätkä sen vuoksi uskalla ottaa asioita esille. Myönteisellä tavalla vaikuttavia seikkoja olivat hoitajien riittävät tiedot seksuaalisuudesta sekä vapaa ja avoin suhtautuminen heidän omaan seksuaalisuuteensa.

5.3 Seksuaalineuvonta työterveyshoitajan työssä

Työterveyshoitajan työ on terveyden edistämiseen painottunutta työtä. Aalto (2002) painottaa, että seksuaaliterveyden edistäminen vaatii hoitajalta tietoa seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä, sairauksien vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja sairastuneen minäkuvaan. Seksuaaliasioiden esille ottaminen asiakastilanteissa vaatii hoitajalta rohkeutta, erilaisuuden hyväksymistä sekä ennen kaikkea oman seksuaalisuuden kohtaamista. (Aalto 2002, 28 - 34.) Työterveydenhuollon henkilöstön osaamista täytyisi kehittää seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, koska asiakaskontakteissa näistä asioista tulisi keskustella muiden aihealueiden kanssa

tasaveroisesti ihmisen kaikissa elämänvaiheissa. (Kosunen 2006, 54; Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 16.) Työnantajien tulisi huomioida aihealue myös lisäkoulutuksissa (Aalto 2002, 28 - 34; Nurmi; 2000, 150 - 159; Esko-Asikainen 2009, 23 - 28).

Työterveyshoitaja kartoittaa yleensä terveystarkastusten yhteydessä asiakkaan sairaudet (Palmgren ym. 2008, 35 - 42). Terveystarkastuksen yhteydessä asiakkaalla mahdollisesti ilmenevän pitkäaikaissairauden kohdalla työterveyshoitajalla olisi mahdollisuus ottaa puheeksi sairauden vaikutukset seksuaalisuuteen. Useilla pitkäaikaissairauksilla, joita myös työikäisillä ilmenee, on heikentäviä ja haittaavia vaikutuksia ihmisen seksuaalitoimintoihin (Väisälä 2002, 10 - 11; Vanhanen 2003, 229 - 234; Lepola & Koponen 2007, 305; Helminen 2008, 207 - 211). Työ ja terveys -tutkimuksen (1997 - 2006) mukaan työssäkäyvästä väestöstä runsaalla kolmasosalla on jokin pitkäaikaissairaus (Kauppinen ym. 2006, 422).

Työterveyshoitajan neuvonnan aihealueina ovat myös asiakkaan elintavat. Mahdollisen seksuaalihäiriön ilmaannuttua vastaanotolla voitaisiin keskustella sen yhteydestä epäterveelliseen elämäntapaan, mikä voisi motivoida elämäntapojen parantamiseen. Epäterveelliset elämäntavat, alkoholi, tupakointi ja ylipaino, edistävät seksuaalihäiriöiden syntymistä (Väisälä 2006, 255 - 256; Piha 2008). Muun muassa runsas alkoholin käyttö lisää erektiohäiriön riskiä. (Kiiskinen ym. 2008, 63). Tutkimusten mukaan nuoresta saakka tupakoinut mies saattaa törmätä erektio-ongelmaan jo keski-ikänsä kynnyksellä (Hämäläinen 2004, 12 - 18). Miesklinikan (2010) Internet-sivuilla viitataan italialaiseen tutkimukseen, jonka mukaan 80 % erektiohäiriöistä kärsivistä oli ylipainoisia ja joka kolmannella jo lievä painonlasku oli helpottanut ongelmassa.

Työterveyshuoltoon jää selkeästi vielä työsarkaa, kun sairaudesta toipuva palaa työelämään. Erikoissairaanhoidossa asiakkaalta tietojen ja neuvojen saaminen saattaa jäädä monessa tapauksessa saamatta. Työterveyshuolto on osa hoitoketjua sairaudesta toipuvan palatessa työelämään, ja viimeistään tässä vaiheessa asiakkaan olisi tärkeää saada tietoa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja asiakkaalla olisi lupa puhua itseään askarruttavista asioista. Tampereen Yliopistollises-

sa keskussairaalassa (2001) viidellä osastolla tehty seksuaalisuuden käsittelyä koskeva tutkimus sekä potilaille että henkilökunnalle osoittaa, että sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ei keskustella riittävästi. Tutkimukseen osallistuneista 158 potilaan joukosta kolme neljäsosaa syöpäpotilaista ja puolet muita sairauksia sairastavista olisivat halunneet keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. He olisivat toivoneet myös, että aloite keskusteluun olisi tullut hoitohenkilökunnan taholta. Hoitohenkilökunnasta vain puolet otti osaa tutkimukseen. Heidän mukaansa vain vajaassa kymmenessä prosentissa tapauksia oli keskusteltu seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003, 237 - 245.) Asiakkaalla on oikeus saada terveyteensä, myös seksuaaliterveyteensä liittyvää tietoa. Useimmat sairastuneet kaipaavatkin tietoa seksuaalisuuteensa liittyen vasta, kun palaavat ja sopeutuvat työelämään. (Kosunen 2003, 207 - 208.)

Ihmissuhteiden sisältöön kuuluu myös mitä suurimmassa määrin eroottinen kumppanuus (Kivijärvi 2005, 16 - 20). Hakkaraisen (2000, 40 - 43) työterveyshoitajille ja työterveyslääkäreille tehdyn tutkimuksen mukaan seksuaaliasioiden käsittelyä pidettiin yhtenä vähiten tärkeänä aihealueena työterveyshuollossa. Kivijärvi (2005) ja Gröhn (2010) korostavat, että seksuaalisuudesta täytyy puhua työterveyshuollossa samanarvoisesti muiden aihealueiden kanssa ja nimenomaan työntekijän tulisi ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi eikä odottaa asiakkaan aloitetta. (Kivijärvi 2005, 16 - 20; Gröhn 2010, 20 - 21.) Määrävuositarkastusten kyselylomakkeisiin tulisi lisätä myös seksuaaliterveyttä koskevia kysymyksiä (Ritamo ym. 2006, 53). Seksuaalisuuden merkitystä ei voida vähätellä asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kartoituksissa työterveyshoitajan työssä. Seksuaalisuudella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, ja sen heijastukset vaikuttavat perhe- ja muihin ihmissuhteisiin (Virtanen 2002, 12 - 14; Kivijärvi 2005, 16 - 20; Väestöliiton terveystieteellinen ohjelma 2006, 16).

5.4 Seksuaalineuvontaa tukevia palveluita ja materiaalia

Neuvontapalveluilla tarkoitetaan tässä työssä seksuaaliterveyteen erikoistuneita neuvontatahoja, joista työterveyshoitajat voivat konsultoida tarvittaessa asiantuntijoita tai ohjata asiakkaita heidän vastaanotolle. Neuvontapalvelutahojat ovat esimerkiksi erilaiset järjestöt, jotka ovat erikoistuneet eri sairausryhmien mukaan. Jotkin järjestöt ovat erikoistuneet myös seksuaalineuvontaan, joilta voi saada ohjausta myös puhelimitse ja Internetissä. (Stakes 2008, 51 - 54.) Seksuaalineuvontapalveluja ei ole vielä riittävästi saatavissa sosiaali- ja terveydenhuollossa (Nurmi 2000, 100 - 103; Esko - Asikainen 2000, 75 - 81). Kokonaistietoa koko maan kattavista seksuaaliterveyttä koskevista palveluista ei ole saatavilla. Merkittävimmät palveluntarjoajat ovat terveyskeskukset, yksityiset lääkäriasemat ja Väestöliitto. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 14.) Seksuaalineuvojista on pulaa terveyskeskuspuolella. Ryttyläinen ym. (2009) ovat selvittäneet (2003 - 09) seksuaaliterveyttä koskevaa koulutusta. Tutkimuksen mukaan Suomeen on koulutettu noin 500 seksuaalineuvojaa. Noin kolmasosassa Suomen terveyskeskuksista on saatavilla seksuaalineuvojan palveluja. (Ryttyläinen 2009, 2.)

Neuvontamateriaalilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa työterveyshoitajan työssä seksuaaliterveyden osa-alueilla tarvittavaa kirjallista materiaalia, mitä voidaan käyttää vastaanottotilanteessa ohjauksen apuna sekä mahdollisesti antaa asiakkaalle mukaan. Stakesin (2008) työpapereista ilmenee, että eri viranomaistahot, eri sairauksiin liittyvät erityisjärjestöt ja muut järjestöt ovat tuottaneet seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia asiakasoppaita, joista osa on vanhentunut. Erityisryhmien tiedonsaanti tulee varmistaa, ja oppaita tulisi saada omalla äidinkielellä ja ulkomaalaistaustaisia varten vähintäänkin englannin kielellä. Asiakasoppaissa tulisi huomioida myös samaa sukupuolta olevien suhteet. Potilasohjeissa tulisi olla yhdenmukainen käsitteistö. (Stakes 2008, 55 - 54.)

5.5 Merkittäviä Suomessa toimivia neuvontapalvelua tarjoavia tahoja

Seksuaalineuvontapalveluja tarjoavia tahoja ovat erilaiset järjestöt, sairausryhmien liitot ja nettipalvelut. *Väestöliitolla* on erittäin laaja tarjonta koulutusta, neuvontaa ja ohjausta miehille, naisille, muista kulttuureista tulleille, ammattilaisille

ja kaikille seksuaalisuudesta kiinnostuneille. Väestöliitto tarjoaa lääkäripalveluja, seksuaali- ja ehkäisyneuvontaa, puhelin- sekä Internet-vastaanottoa. Lisäksi Väestöliitolta on ilmestynyt erilaisia maksullisia julkaisuja joita ammattihenkilöt ja asiakkaat voivat tilata tarvittaessa. (Väestöliitto 2010.)

SETA eli seksuaalinen tasavertaisuus ry. tukee ihmisen seksuaalista hyvinvointia riippumatta seksuaalisesta suuntautuneisuudesta. SETA järjestää koulutustoimintaa, ja sillä on erilaisia esitteitä suomeksi ja ruotsiksi. SETA antaa myös puhelinneuvontaa. (SETA 2010.) Sexpo-säätiö tarjoaa puhelin- ja keskusteluneuvontaa yksilöille, pareille tai perheille. Säätiöllä on tarjolla myös nettipalvelua. Ammattihenkilöille on tarjolla räätälöityä koulutusta kohderyhmän mukaan sekä tarjolla on konsultointi ja työnohjausta. Lisäksi alan kirjallisuutta on tarjolla. (Sexpo-säätiö 2010.)

Suomen Seksologinen Seura ry. toimii kansainvälisellä tasolla ja edistää seksologisen tiedon leviämistä Suomessa. Seura välittää tietoa seksologian alan koulutuksista ja myöntää ammatillisia pätevyystodistuksia seksuaalineuvojille. Suomen seksologisen seuran Internet-sivustoilta voi hakea tietoja eri puolella Suomea toimivista seksologisen alan asiantuntijoista. (Suomen Seksologinen Seura ry. 2010.)

Eri sairausryhmillä on omia järjestöjä, jotka järjestävät koulutusta, neuvontaa ja ohjausta asiakkailleen, heidän omaisille ja ammattihenkilöille. Jotkin järjestöt ovat julkaisseet materiaalia sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Osaa materiaaleista saa myös netin kautta, joko maksullisina tai maksutta. Näistä järjestöistä ovat esimerkkinä *Syöpäpotilaat ry*, *Sydäntautiliitto*, *Invalidiliitto ry*, *Kehitysvammaliitto*, *Suomen perheterapiayhdistys* ja *Selkäliitto ry*.

Nettipalveluista saa monipuolisesti tietoa seksuaaliongelmista. Esimerkkinä näistä on *Tohtori.fi*, jonka sivuilla asiantuntijat kertovat ajankohtaisista seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, ja *Seksuaaliterveysklinikka*, jonka sivulla seksuaaliterveyteen perehtynyt lääkäri julkaisee ajankohtaista tietoa.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa työterveyshoitajien toimintavalmiuksista ottaa puheeksi asiakkaiden seksuaalisuutta koskevat asiat sekä tutkia, kuinka seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy työterveyshoitajien työssä. Toimintavalmiuksia selvitettiin kysymällä millainen tiedon taso työterveyshoitajilla on sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä. Tiedon tasoa verrattiin Annonin (1976) PLISSIT-malliin. Tutkimuksella selvitettiin myös sairauksien ja seksuaalihäiriöiden osalta lisäkoulutuksen tarvetta. Tutkimuksella kartoitettiin myös, tietävätkö työterveyshoitajat toimialueellaan olevia neuvontatyötä tukevia palveluita ja onko niitä saatavilla, sekä neuvontamateriaalien saatavuutta. Lisäksi selvitettiin, miten seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy työterveyshoitajien toiminnassa ja asenteissa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää työterveyshoitajien koulutuksen suunnittelussa ja työn kehittämisessä.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia toimintavalmiuksia työterveyshoitajalla on ottaa puheeksi asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyvät asiat?
 - a) millainen heidän tiedon tasonsa on sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen*
 - b) millainen heidän tiedon tasonsa on tärkeimmistä seksuaalihäiriöistä*
 - c) onko neuvontatyötä tukevia palveluita saatavilla*
 - d) onko koulutus riittävä neuvontatyöhön*

2. Miten seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy työterveyshoitajan työssä?
 - a) asenteissa*
 - b) toiminnassa*

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen alkujuuret ovat luonnontieteissä. Määrällinen tutkimus pyrkii etsimään selitystä jollekin tilanteelle tai ongelmalle, tavallisesti syy-seuraussuhteen muodossa. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla myös kuvaileva, jolloin tutkimuksessa etsitään tarkkoja kuvauksia tapahtumista, tilanteista tai henkilöistä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perustana on tutkimusongelma, johon haetaan vastausta. Määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat aiempien teorioiden ja aiempien tutkimusten johtopäätösten hyödyntäminen ja käsitteiden määrittely ja mahdollisten hypoteesien asettelu. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa on tärkeää suunnitella aineiston kerääminen, määrittellä tutkittavat henkilöt eli perusjoukko tarkoin. Aineiston keräämisen suunnittelussa on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen ja siten määrälliseen tutkimukseen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137 - 142). Tutkittavat henkilöt valitaan, joista muodostuu perusjoukko. Perustana on, että suoritetaan tutkimusongelmaan liittyvä kysely perusjoukosta valitulle pienemmälle otokselle eli tutkimusjoukolle. Otokselle tehdyn kyselyn tulosten odotetaan pätevän perusjoukkoon. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, mikä esitetään muun muassa prosenttitaulukoiden avulla. (Kananen 2008, 10 - 11; Hirsijärvi ym. 2009, 137 - 140.) Tämän tutkimuksen otos on Uudenmaan alueella työskentelevät työterveyshoitajat.

Tutkimukseen valittiin tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivinen tutkimus, sillä määrällisellä tutkimuksella on nopea saada kyselyn avulla laajalta ihmisjoukolta samanaikaisesti vastaukset. Tutkimus suoritettiin *survey*-kyselytutkimuksena. *Survey*-termi tarkoittaa kyselyä, jossa aineisto kerätään standardoidusti. Standardoituus tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään tiettyä asiaa samalla tavalla. (Hirsijärvi ym. 2009, 134, 193.)

7.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomakkeen laadinta pohjautui tutkimusongelmiin, joihin oli tarkoitus saada vastaukset. Kyselylomake laadittiin teoriaosuuden pohjalta. Mittarin laadinnassa hyödynnettiin Saksolan (2009) opinnäytetyötä, jonka käyttämistä varten kysyttiin lupa opinnäytetyön tekijältä puhelimitse. Mittari muokattiin oman opinnäytetyön kyselyyn sopivaksi. Kyselystä tehtiin yksinkertainen ja varmistettiin, että kysymykset olivat selkeitä. Esikysely teetettiin kahdella työterveyshoitajalla, minkä jälkeen lomakkeeseen tehtiin tarkennuksia kysymysten sanamuotojen kohdalla. Lomakkeen esitestaus on tärkeä, sillä lomakkeen muodolla ja kysymysten täsmällisyydellä voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsijärvi ym. 2009, 198 - 204). Kysymysten toimivuus riippuu paljon siitä, ymmärtävätkö vastaajat kysymykset oikein (Kananen 2008, 25).

Tutkimusaineiston keräämistä varten laadittiin puolistrukturoitu kyselylomake (liite 1). Kyselylomake sisälsi kaksi taustamuuttujakysymystä koskien ikää ja työhistoriaa, yksitoista monivalintakysymystä ja neljä Likert-asteikolla olevaa kysymystä. Lisäksi oli kolme avointa kysymystä, joista viimeiseen oli mahdollista kirjoittaa kyselyn herättämiä ajatuksia tai sitä mitä tutkijat eivät huomanneet kysyä. Likert-asteikolla olevat kysymykset oli koodattu numeerisesti yhdestä neljään, sillä tilastollisesti sanalliset asteikot käsitellään numeerisina. Sanallisessa mittauksessa muuttujien arvot voi vastaaja tulkita eri tavalla, kuin tutkija on ajatellut (Kananen 2008, 23). Monivalintakysymyksissä valintavaihtoehdot olivat yhdestä neljään.

Kyselylomake sisälsi kysymyksiä alla olevien aihepiirien mukaisesti

Taustatiedot (kysymykset 1 ja 2)

Tiedon taso ja koulutus (kysymykset 3,4, 8,9, 13, 14 ja 16)

Neuvontatyötä tukevat palvelut ja materiaalit (kysymykset 11, 12, 15, 17 ja 18)

Asenne ja toiminta (kysymykset 5, 6, 7 ja 10)

Ajatuksia tutkimukseen liittyen (kysymys 19)

7.3 Aineiston hankinta

Kyselylomake laadittiin sähköiseen muotoon Lahden ammattikorkeakoulun käyttämään Internet-pohjaiseen Webropol-tiedonkeruuohjelmaan. Aineisto kerättiin Webropol Internet-sivujen kautta, johon tutkijoilla oli salasanat tutkimusprosessin ajan. Tutkittaville lähetettiin ohjelman kautta sähköpostiosoitteeseen saatekirje (liite 2), joka sisälsi suoran linkin tiedonkeruuohjelmaan. Vastaukset tallentuivat suoraan tiedonkeruuohjelmaan sähköiseen muotoon, joten vastaaminen tapahtui täysin anonyymisti.

7.4 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohdejoukkona oli Uudenmaan alueen asiakastyötä tekevät työterveyshoitajat. Kohdejoukon sähköpostiosoitteet saatiin Suomen työterveyshoitajaliiton kautta tutkijoiden sähköpostiosoitteeseen. Sähköpostiosoitteiden saamista varten oli toimitettu tutkimussuunnitelma Suomen työterveyshoitajaliitolle ja haettu lupa liiton hallitukselta (liite 3). Näin saatiin tutkittavia yksityisiltä lääkäriasemilta, yritysten omilta terveysasemilta ja julkisella puolella toimivia erikäisiä ja eripituisen työkokemuksen omaavia työterveyshoitajia mukaan kyselyyn. Eri toimipisteitä ei eritelty kyselyssä, joten yksityisiä, julkisia ja yritysten sisäisiä toimintoja ei ole vertailtu keskenään. Neuvonnan ja ohjauksen sisältöön ei näyttäisi olevan vaikutusta, työskenteleekö työterveyshoitaja yksityisessä, yrityksen omassa vai terveyskeskuksen työterveyshuollossa (Palmgren ym. 2008, 86).

Kysely toimitettiin Webropol-tiedonkeruuohjelman kautta 454 työterveyshoitajalle kesäkuussa 2010, vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Muistutusviesti ja uusi kysely laitettiin heinäkuun alussa niille, jotka eivät vielä olleet vastanneet, ja vastausaikaa lisättiin heinäkuun lopulle, joten vastausaikaa oli yhteensä viisi viikkoa.

7.5 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin Webropol-tiedonkeruuohjelman avulla ja Exel tilastointiohjelmalla. Webropol-tiedonkeruuohjelman avulla käsiteltiin kyselylomakkeiden vastaukset. Taulukot ja kuviot laadittiin Exel-ohjelmalla. Tulokset esitettiin suhteellisina osuuksina prosenttilukoiden ja kuvioden avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tilastollinen päättely esitetään yksinkertaisimmillaan taulukkomuodossa suhteellisina osuuksina eli prosenttilukuina (Kananen 2008, 51 - 52). Taulukoinnin ja kaavioiden yhteyteen tulokset on avattu kirjallisesti. Kysymykset luokiteltiin tutkimusongelmien mukaan. Taustamuuttujina tässä tutkimuksessa olivat ikä ja työkokemuksen pituus. Näiden merkitystä arvioitiin ristiintaulukoinnin avulla seksuaaliterveyttä koskevien asioiden puheeksiotossa ja huomioimisessa työterveyshoitajan työssä. Kahden muuttujan välistä riippuvuutta on mahdollista tarkastella yksinkertaisimmillaan ristiintaulukoinnin avulla (Kananen 2008, 44). Koko tutkimusotosta käsiteltiin yhtenäisenä joukkona aihealueiden mukaan. Analysoinnin jälkeen kaikki yhteystiedot, vastaukset, tulokset ja raportit on tuhottu tiedostoista

Avoimet kysymykset analysoitiin luokitellen seuraavanlaisesti:

Kysymys kolme, joka koski peruskoulutuksen jälkeen saatua seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta

1. koulutukset ja kurssit
2. luennot
3. omaehtoinen tiedonhankinta

Kysymys seitsemäntoista, joka koski tietämystä alueella olevista tukipalveluista

1. järjestöt
2. nettipalvelut
3. ammattihenkilöiden palvelut.

Viimeisenä olevasta avoimesta kysymyksestä poimittiin suoria lainauksia.

Tiedon tasoa mittavien kysymysten, kahdeksan ja kolmetoista, tulokset on analysoitu verraten Annonin (1976) PLISSIT-mallin tasoihin seuraavanlaisesti:

PLISSIT-mallin 1. taso vastaa kysymyksen vaihtoehtoa numero 2

PLISSIT-mallin 2. taso vastaa kysymyksen vaihtoehtoa numero 3 ja 4

Kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat:

4. Hyvät tiedot ottaa asia puheeksi ja pystyn antamaan neuvontaa
3. Perustiedot asiasta ja pystyn antamaan rajoitetusti neuvontaa
2. Riittävät tiedot ottaa asia puheeksi, mutta en pysty antamaan neuvontaa
1. En tiedä asiasta

Kysymyksiin vastaaminen ei edellyttänyt mallin tuntemista, eikä malli ollut vastaajilla vertailukohtana kysymyksissä. Vastaajat saivat vastata kokemuksensa ja oman tuntemuksensa mukaan. Tutkimuksessa tiedon taso rajattiin PLISSIT-mallin 2. tasolle, koska mallin 2-tason tiedot ovat riittävät työterveyshoitajille (Nurmi 2000, 95 - 97; Ilmonen 2006, 41 - 49; Väisälä 2006, 250 - 253).

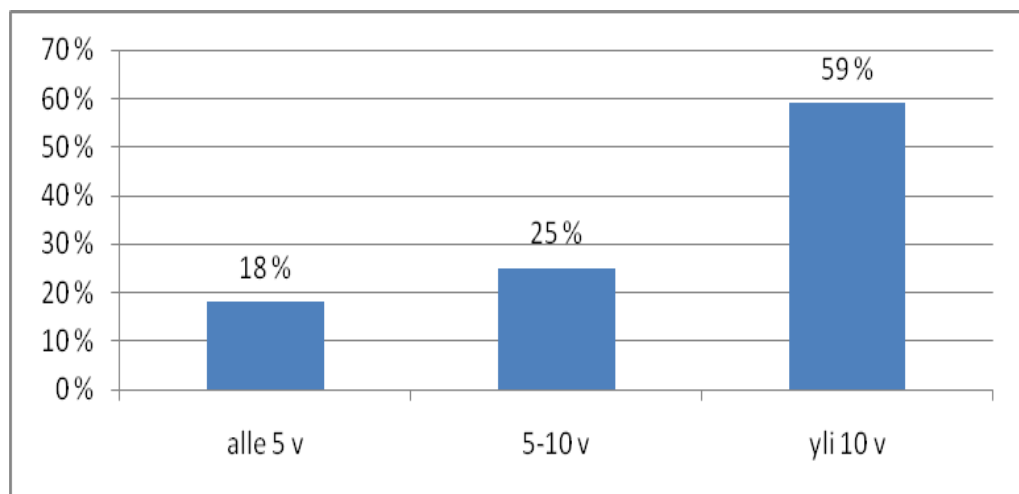
8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyjä lähetettiin Webropol-tiedonkeruuohjelman kautta 454 henkilölle, joista 102 työterveyshoitajaa oli vastannut kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui 23 %. Vastaajat olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten kaikissa kysymyksissä vastaajien lukumäärä on (N=102).

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Uudenmaan alueen työterveyshoitajat. Vastaajista kaksi kolmasosaa (67 %) oli yli 40-vuotiaita, kolmannes vastaajista (33 %) oli 26 - 40-vuotiaita. Alle 25 ikäryhmässä ei ollut yhtään vastaajaa.

Työterveyshoitajan työssä runsas puolet (59 %) vastaajista on toiminut yli 10 vuoden ajan, neljäsosalla (24 %) vastaajista oli 5 - 10 vuoden työhistoria ja alle 5 vuoden työkokemus työterveyshuollossa oli vajaalla viidenneksellä (18 %) vastaajista (kuvio 2).



KUVIO 2. Työhistorian pituus

8.2.2 Tiedon taso koskien seksuaalihäiriöitä

Yhteensä-saraketta (taulukko 2) tarkasteltaessa kolmannes työterveyshoitajista (32 %) kokee tietonsa riittäviksi seksuaalihäiriöiden puheeksi ottamiseen vastaanotolla, eli he yltyvät PLISSIT-mallin 1-tasolle. Puolet vastaajista (50 %) kokee pystyvänsä antamaan lisäksi rajoitetusti neuvontaa ja 11 % kokee, että he pystyvät antamaan neuvontaa laajemmin eli yhteensä 61 % vastaajista yltyä PLISSIT-mallin 2-tasolle.

Parhaimmaksi työterveyshoitajat kokivat tietonsa yhdyntäkivuista (19 %) ja seksuaalisesta haluttomuudesta (17 %). Heikoimmat tiedot olivat siemensyöksyongelmien kohdalla (17 %).

TAULUKKO 2. Työterveyshoitajien tietämyksen taso koskien seksuaalihäiriöitä

Tietämykseni tasoa kuvaa parhaiten väittämä ohessa olevien seksuaalihäiriöiden kohdalla N=102	Seksuaalinen haluttomuus	Erektiohäiriöt	Orgasmi- vaikeudet	Siemensyöksy-	Yhdyntä- kivut	Yhteensä
	%	%	%	%	%	%
Hyvät tiedot ottaa asia puheeksi ja pystyn antamaan neuvontaa	17	14	4	1	19	11
Hyvät tiedot ja pystyn antamaan rajoitetusti neuvontaa	60	55	34	36	63	50
Riittävät tiedot ottaa asia puheeksi, mutta en pysty antamaan neuvontaa	21	29	51	46	16	32
En tiedä asiasta	2	2	11	17	2	7
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

8.2.3 Työterveyshoitajan neuvontatyötä tukevat palvelut ja neuvontamateriaalit

Puolet (50 %) vastaajista kokee, että seksuaalineuvontatyötä tukevaa konsultaatio-apua ei ole saatavilla. Kolmasosa (29 %) vastaajista kokee saavansa tukea. Vii-

desosalla (21 %) ei ole saatavilla tukea, mutta he kokevat, että sille olisi tarvetta. Työterveyshoitajista kahden kolmasosan (65 %) mielestä seksuaalineuvontatyötä tukevaa neuvontamateriaalia on vähän työpaikoilla. Kolmasosa (33 %) vastaajista ilmoitti, että materiaalia ei ole lainkaan. Vain kolmella prosentilla vastaajista on riittävästi neuvontamateriaalia työpaikallaan.

Kolme neljäsosaa (73%) työterveyshoitajista ei tiedä alueellaan olevista seksuaalineuvontatyötä tukevista palveluista, vain neljännes (27%) ilmoittaa tuntevansa palveluita. Neuvontaa tarjoavista järjestöistä Väestöliitto tunnettiin parhaiten 13 %, Seksuaalinen tasavertaisuus ry. (SETA):n tunsi 3 % ja SEXPO-säätiön 1 % vastaajista. Nettipalveluista Miesklinikan mainitsi 2 % ja Seksuaaliterveysklinikan 2 % vastaajista. Erilaisia seksuaaliterveyden tuntevia asiantuntijoita tiesi 8 % vastaajista.

8.2.4 Työterveyshoitajien saama lisäkoulutus peruskoulutuksen jälkeen

Peruskoulutuksen jälkeen seksuaaliterveyteen liittyvää lisäkoulutusta ilmoitti saaneensa noin viidesosa (19 %) työterveyshoitajista. Suurin osa (81 %) ilmoitti, ettei ole saanut mitään seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta. Kysyttäessä tarkemmin koulutusta saaneilta ilmeni, että vajaa kymmenesosa (8 %) oli saanut seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta tai käynyt kurssilla, vajaa kymmenesosa vastaajista (9 %) oli ollut muutaman tunnin pituisilla luennoilla ja 3 % oli hankkinut tietoa itse eri tietolähteistä.

8.2.5 Lisäkoulutuksen tarve koskien sairauden vaikutusta seksuaalisuuteen

Yhteensä -saraketta (taulukko 3) tarkasteltaessa todetaan, että lisäkoulutusta piti tarpeellisena 87 % vastaajista. Tärkeimpinä lisäkoulutuksen aiheina työterveyshoitajat pitivät mielenterveysongelmia 90 %, stressiä 89 % ja diabetesta 87 %.

TAULUKKO 3. Lisäkoulutuksen tarve sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen

Kuinka tarpeellisenä pidän lisäkoulutusta, niin että työterveyshoitajalla on vähintäänkin perustiedot ohessa olevista sairauksista N=102	Diabetes	Sydän- ja verisuonisairaudet	Syöpä	Mielenterveysongelmat	Tuki- ja liikuntaelinongelmat	Stressi ja kuormittuneisuus	Neurologiset sairaudet	Yhteensä
	%	%	%	%	%	%	%	%
Pidän tarpeellisenä	87	86	85	90	85	89	83	87
En pidä tarpeellisenä	8	8	8	5	7	7	8	7
En osaa sanoa	5	6	7	5	8	4	9	6
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100

8.2.6 Lisäkoulutuksen tarve koskien seksuaalihäiriöitä

Yhteensä -saraketta (taulukko 4) tarkasteltaessa todetaan, että lisäkoulutusta piti tarpeellisenä 70 % vastaajista. Kaikkein tärkeimpinä lisäkoulutuksen tarpeellisuutta työterveyshoitajat pitivät yhdyntäkivuissa 78 % ja erektiohäiriöissä 77 %.

TAULUKKO 4. Lisäkoulutuksen tarpeellisuus koskien seksuaalihäiriöitä

Kuinka tarpeellisenä pidän lisäkoulutusta niin, että työterveyshoitajalla on vähintäänkin perustiedot asiakkaalla mahdollisesti ilmenevistä ohessa olevista seksuaalihäiriöistä N=102	Seksuaalinen haluttomuus	Erektiohäiriöt	Orgasmivaikeudet	Siemensyöksyongelmat	Yhdyntäkivut	Yhteensä
	%	%	%	%	%	%
Pidän tarpeellisenä	72	77	62	62	78	70
En pidä tarpeellisenä	15	11	21	22	11	16
En osaa sanoa	13	12	17	16	11	14
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

8.3 Seksuaaliterveyden huomioiminen työterveyshoitajien työssä, asenteissa ja toiminnassa

Kaikista vastanneista työterveyshoitajista valtaosa (82 %) on sitä mieltä, että seksuaaliterveyden kysymykset kuuluvat työterveyshoitajan työhön, vain pieni osa (2 %) kokee, ettei seksuaaliterveyden huomioiminen kuulu työterveyshoitajan työhön.

Tarkasteltaessa vastauksia (taulukko 5) ikäryhmien ja työhistorian mukaan, työterveyshoitajista yli 40- vuotiaiden ikäryhmässä olevat kokevat eniten (84 %) seksuaaliterveyden huomioimisen kuuluvan työterveyshoitajan työhön ja yli 10 vuoden työhistorian omaavat työterveyshoitajat (87 %).

TAULUKKO 5. Seksuaaliterveyden huomioiminen työterveyshoitajan työssä

Vaihtoehdot	Ikä	Työ- histo- ria	Ikä	Työhis- toria	Ikä	Työhis- toria	Kaik- ki
	alle 25 v	alle 5v	26 – 40 v	5 – 10 v	40 v	yli 10 v	
	%	%	%	%	%	%	%
Kyllä kuuluu	0	78	79	76	84	87	82
Ei kuulu	0	0	0	0	3	3	2
En osaa sanoa	0	22	21	24	13	10	16
Yhteensä	0	100	100	100	100	100	100

Vajaa puolet (40 %) vastaajista pitää seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustelua luonnollisena osana asiakkaan kanssa keskusteltavista asioista. Puolet (52 %) keskustelee vain, kun asiakas ilmaisee tarvetta. Vajaa kymmenes (8 %) vastaajista ottaa asian puheeksi, jos sairaus tai vamma selkeästi liittyy seksuaalisuuteen (kuvio 4).

Työterveyshoitajista suurin osa (90 %) ilmoitti seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia ilmenevän työterveyshuollon asiakkailta silloin tällöin. Melko usein kyseisiä ongelmia on kohdannut työssään vajaat kymmenen prosenttia (8 %) vastaajista. Pieni osa (2 %) ilmoitti, ettei asiakkailta ole ilmennyt seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia lainkaan.

8.4 Vastaajien kommentteja tutkimuksesta

Avoimissa vastauksissa työterveyshoitajat kokivat aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Useissa vastauksissa ilmeni lisäkoulutuksen ja tiedon tarvetta, jotta rohjettaisiin ottaa seksuaaliterveyttä koskevat asiat esille. Työterveyshoitajat kokivat, että heillä olisi tärkeä olla perustiedot, jotta he ymmärtäisivät asiakkaan ongelman ja osaisivat ohjata häntä eteenpäin. Työterveyshoitajat ovat kirjoittaneet kommentteja seuraavanlaisesti:

On hyvä omata perustiedot seksuaaliterveydestä, jotta pystyy ohjaamaan tarvittavalle taholle apua hakemaan

Tärkeätä on varmasti taito osata ottaa asiat esiin ja ohjata eteenpäin tarvittaessa.

Tietoni ovat perustasolla ja jo pitkän kokemuksen tuomaa ”hiljaista tietoa

Työterveyshoitajat kokivat myös kehittämisen tarvetta työvälineissä

Hyvä tutkimusaihe, toivottavasti tämän myötä aihealue entistä enemmän tulisi luonnolliseksi osaksi tärkeää työtämme.

Tärkeä aihe.....kokisin hyödylliseksi lisätä esim. terv. tarkastuslomakkeeseen kysymyksiä aiheesta. Silloin ne tulisi luontevasti puheeksi.

Mielestäni työterveydessä seksuaalivoukunta kuuluu osana toimintaan, jos sillä on työkykyyn vaikuttava tekijä.

Seksuaaliterveyttä koskevien asioiden puheeksi ottaminen koetaan usein vaikeaksi.

itse saan parhaat palautteet asiakkailta, joidenka kanssa olen ottanut asian puheeksi, kun sitä rivien välissä tyrkyttelevät... ja katson kuinka helpottunut hän on saatuaan puhuttua asiasta ja saatuaan hyväksynnän sanoa asiansa ääneen

Hyvä aihe, josta liian vähän tietoa ja joskus vaikea ottaa puheeksi.

osaamattomuus on varmasti yksi syy, että seksuaaliasiat on vaikea ottaa puheeksi

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksella oli tarkoitus hakea mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimusongelmiin. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti, joilla arvioidaan yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta eli sitä, onko tutkimus toistettavissa, esimerkiksi jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. (Hirsijärvi 2009, 231 - 232.) Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, eli sitä tutkitaanko tutkimusongelman kannalta oikeita asioita eli tässä tutkimuksessa kyselykaavakkeen eli mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Kananen 2008, 79; Hirsijärvi 2009, 231 - 232).

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessa mittarin laadinnassa käytettiin apuna mukailen Saksolan (2009) laatimaa kyselylomaketta, jonka toimivuus ja luotettavuus on kuvattu ja testattu. Tämän tutkimuksen mittari eli kyselylomake, laadittiin suurelta osin teoreettisen lähtökohdan pohjalta. Kyselylomake esitestattiin kahdella työterveyshoitajalla. Testauksen jälkeen tarkennettiin kyselykaavakkeen kysymysmuotoja. Laadittu kyselylomake oli tarkoituksenmukainen ja vastasi asetettuihin tutkimusongelmiin. Kysely on tehokas tapa tehdä tutkimus

laajalle joukolle. Kyselykaavakkeen heikkoutena on se, kuinka voi varmistua, miten vakavasti vastaajat ovat vastanneet. On myös vaikea arvioida, onko tutkittava ymmärtänyt kysymyksen siten, kuin tutkija on sen ajatellut. Väärinymmärrysten mahdollisuus on aina olemassa. (Hirsijärvi ym. 2009, 231 - 232.)

Tutkimuksen vastausprosentti jäi 23 %:iin. Seksuaaliterveyden alue on herkkä aihealue, ja sen tutkimustulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös tutkittavan oma henkilökohtainen seksuaalihistoria, koulutus, kulttuuri, arvot ja asenteet. Kyselyyn vastanneissa oletetaan olevan enemmistö niitä, jotka pitävät aiheita työterveyshuollossa tärkeänä. Tätä oletusta tukee viimeinen avoin kysymys, joka mahdollisti vapaiden kommenttien antamisen. Kysymykseen oli vastattu miltei poikkeuksetta positiivisesti ja siitä kävi ilmi, että työterveyshoitajat pitävät aiheita tärkeänä työterveyshuollossa.

Vastaukseen voi vaikuttaa myös kyselyn tekemisen ajankohta. Kysely ajoittui kesälomakauden alkupuolelle, joten vastaajien loman alla ilmenevät muut kiireet ovat voineet vähentää vastaajien määrää. Terveystietojärjestelmien tietosuojajohjelmat saattavat poiketa toisistaan, ja osalla kysely on saattanut mennä roskapostiin, tai he eivät ole pystyneet avaamaan kyselyä lainkaan. Joissakin tapauksissa vastaaja ei ole saanut järjestelmän erilaisuuden vuoksi palautettua lomaketta. Kananen (2008) toteaa, että vastaukseen vaikuttaa myös, että kaikki kohdejoukon henkilöt eivät saa kyselyä puutteellisten, muuten virheellisten ja vaihtuneiden yhteystietojen vuoksi. Kato on melko yleinen ongelma posti- ja sähköpostikyselyissä. 20 - 30 % vastausprosentti on vajavainen tilastotieteessä antamaan luotettavaa tietoa Suomessa. Opinnäytetyössä on tarkoitus tutkimusprosessin oppiminen, joten 23 % tulos on riittävän luotettava, jos muut tutkimuksen vaiheet on suoritettu oikein. Kato ei ole opiskelijan syy. (Kananen 2008, 77 - 78.) Jo yhteystietoja saadessamme Suomen työterveyshoitajaliitolta tiedettiin, että kaikki yhteystiedot eivät ole ajan tasalla.

Kyselyssämme oli tiedon tasoa ja koulutuksen lisätarvetta mittavissa kysymyksissä muuttujina sanalliset vaihtoehdot ”rajoitetusti neuvontaa” ja ”hyvät tiedot”, joissa vastaaja on voinut tulkita vastausvaihtoehdot toisin kuin ajattelimme, mikä

voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tiedon tasoa ja koulutuksen tarvetta mittavissa kysymyksissä vastaajalla oli valintavaihtoehtona mahdollisuus vastata ”en tiedä” tai ”en osaa sanoa”. Vastaajaa ei saa pakottaa vastaamaan kysymyksiin, jos vastaajalla ole tietoa asiasta (Kananen 2008, 24 - 31). ”En tiedä asiasta” ja ”en osaa sanoa” -vastausvaihtoehto voi sisältää myös niiden vastaajien vastaukset, jotka eivät ehkä jostain syystä halunneet antaa tietojaan, vaikka olisivat tienneetkin asiasta. Koko kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja lomakkeen täyttämisen oli mahdollista keskeyttää tai jättää palauttamatta kokonaan.

Kysymykseen numero 16 oli tullut kirjoitusvirhe. Kysymyksessä olisi pitänyt olla teksti ”PLISSIT-malli”, kun siinä kirjoitusvirheen vuoksi luki ”PILSSIT-malli”. Kysymys mittasi yksittäistä tietoa mallin tunnettavuudesta. Kirjoitusvirhe vaikuttaa vain tämän kysymyksen tuloksen luotettavuuteen. Kysymys on jätetty analysoimatta kirjoitusvirheen vuoksi. Muihin kysymyksiin vastaaminen ei edellyttänyt vastaajilta Annonin (1976) PLISSIT- mallin tuntemista.

Webropol-tiedonkeruuohjelma pakotti vastaajat vastaamaan jokaiseen kysymykseen, ennen kuin he pääsivät etenemään seuraavaan. Toiminto häiritsi joitakin vastaajia avointen kysymysten kohdalla. Henkilöt, jotka olivat vastanneet kysymykseen ”ei”, joutuivat laittamaan avoimeen kohtaan joitakin merkkejä päästäkseen etenemään. Toiminto ei vaikuttanut avoimien vastausten kohdalla kysymysten luotettavuuteen, koska tilastoimme vain ”kyllä” -vastaukset, kuten alun perin oli ajateltukin.

Seksuaaliterveyden huomioimisesta työterveyshoitajan työssä on olemassa vain vähän tieteellistä tutkimustietoa. Tutkimuksessamme hyödynsimme myös muiden hoitotyön alojen, kuten sairaanhoitajien, työtä ja koulutusta koskevia viimeisimpiä tutkimuksia koskien seksuaalisuutta hoitotyössä. Koska tutkimuksen aiheesta on vain vähän aiempaa tutkittua tietoa saatavilla, tutkimus olisi ollut luotettavampi tehdä kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat aikaisempien teorioiden ja tutkimusten hyödyntäminen, kun taas kvalitatiivista tutkimusta käytetään tavallisimmin kartoittamaan vähän tunnettuja ilmiöitä (Hirsijärvi ym. 2009, 137 - 139).

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys tarkoittaa, että tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan tieteellisen yhteisön hyvää käytäntöä. Tiedon hankkimiseen ja tulosten julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet täytyy olla yleisesti hyväksytyjä. Tutkijan täytyy noudattaa rehellisyyttä ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä ja arvioinneissa. Aikaisemmille tutkijoille ja heidän töilleen annetaan niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa ja julkaisussa. Tulokset esitetään realistisesti niitä muuntelematta. (Hirsijärvi ym. 2009, 25 - 26.) Tässä tutkimuksessa on noudatettu hyvää tutkimusetiikkaa ja sen vaatimia periaatteita. Olemme käyttäneet lähdemerkinnöissä asianmukaisia lähdemerkintöjä tekstissä ja lähdeliitteessä. Internet-lähteissä olemme maininneet mahdollisen kirjoittajan nimen myös järjestöartikkeleissa.

Kysely suoritettiin sähköpostin kautta. Sähköpostikyselyssä on luotettavuustekijöitä, joita täytyy ottaa huomioon. Kuulan (2006) mukaan tutkittaville täytyy ilmoittaa, mitä kautta tutkittavan yhteystiedot on saatu. Tutkimuslupa tulee hakea yhteisöltä tai järjestöltä, jonka kautta sähköpostiosoitteet on saatu. Tutkittavien, jotka ovat vastanneet sähköpostin välityksellä saatuun kyselyyn, katsotaan suostuneen vapaaehtoisesti tutkimukseen. (Kuula 2006, 178 - 180.) Tutkimuslupa (liite 3) haettiin Suomen työterveyshoitajaliitosta, ja saatteessa (liite 2) kerrottiin osoitteiston lähde tutkittaville. Saksolalta (2009) kysyttiin puhelimitse lupa mittarin laatimista varten.

Yhteystietoja ja kyselylomakkeita käsiteltiin asianmukaisesti ja huolellisesti tutkimuksen teon ajan. Analysoinnin jälkeen ne tuhottiin Webropol-tiedonkeruuohjelmasta ja sähköpostiosoitteet tiedostosta. Kyselyt on suoritettu siten, että tutkittavien henkilötiedot eivät paljastuneet vastausvaiheessa millään tavalla tutkijoille.

9.3 Johtopäätökset tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa työterveyshoitajien toimintavalmiuksista ottaa puheeksi asiakkaiden seksuaalisuutta koskevat asiat sekä tutkia, kuinka seksuaaliterveyden huomioiminen näkyy heidän asenteissaan ja toiminnassaan. Toimintavalmiuksiin sisältyy tiedon taso sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja erilaisista seksuaalihäiriöistä. Tavoitteena oli myös selvittää, tietävätkö työterveyshoitajat toimialueellaan olevia neuvontatyötä tukevia palveluita ja onko niitä saatavilla, sekä neuvontamateriaalien saatavuutta. Lisäksi tutkimuksella kartoitettiin, kokevatko työterveyshoitajat tarvitsevan lisäkoulutusta seksuaaliterveydestä.

9.3.1 Työterveyshoitajan toimintavalmiudet ottaa puheeksi seksuaaliterveyteen liittyvät asiat

Perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden, johon myös työterveyshoitajat kuuluvat, edellytetään pystyvän työskentelemään Annonin (1976) PLISSIT- mallin kahden ensimmäisen tason tavoitteiden mukaan. Tämä merkitsee, että he pystyvät ottaman asiakkaan seksuaalisuutta koskevat asiat puheeksi ja antamaan seksuaalineuvontaa asiakkaan sen hetkiseen ongelmaan tai osaavat tietojensa perusteella ohjata asiakkaan saamaan asiantuntijaohjausta. (Nurmi 2000, 95 - 97; Ilmonen 2006, 41 - 59; Väisälä 2006, 250 - 253.) Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että vain kahdella kolmasosalla työterveyshoitajista on riittävät tiedot työskennellä perusterveydenhuollon työntekijältä odotettavien tavoitteiden mukaan. Vastavaihtotyypisiä tuloksia on saanut Matocha ym. (1993) ulkomailla tehdyssä tutkimuksessa sairaanhoitajille. Tuon tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ei yltänyt PLISSIT-mallin kahdelle ensimmäiselle tasolle (Matocha ym. 1993, 371 - 378).

Työterveyshoitaja pystyy auttamaan asiakastaan jo pelkästään ottamalla seksuaalisuutta koskevat asiat puheeksi. Jo puheeksi ottaminen on viesti asiakkaalle, että asioista on lupa puhua vastaanotolla, vaikka varsinaista seksuaalineuvontaa ei pystyittäisi antamaan. Tämä osaaminen riittää Annonin (1976) PLISSIT-mallin ensimmäisen tason tavoitteisiin. (Aalto 2002; Gröhn 2010, 20 - 21; Ilmonen 2006,

46.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan melkein kaikkien työterveyshoitajien tiedon taso riittää työskentelemään ensimmäisen tason edellytysten mukaan.

Tutkimustulosten mukaan työterveyshoitajien tietoisuus toimialueella olevista tukipalveluista on heikkoa. Vain neljäsosa työterveyshoitajista tietää toimialueellaan toimivista neuvontatahoista. Väestöliitto on tunnetuin, ja sen tuntee tässä tutkimuksessa runsas kymmenesosa työterveyshoitajista. Muita erilaisia asiantuntijoita, kuten seksuaaliterapeutteja tai seksuaalineuvoja, työterveyshoitajista tietää vajaa kymmenesosa. Aikaisempien tutkimusten mukaan neuvontapalvelujen saatavuudessa on puutteita, sillä niitä ei ole kattavasti saatavilla sosiaali- ja terveydenhuollossa (Nurmi 2000; Esko-Asikainen 2000; Kosunen 2003).

Tämä tutkimus osoittaa, että neuvontatyötä tukevan konsultaatioavun saatavuudessa seksuaaliterveyden alueella työterveyshoitajien työssä on puutteita. Puolet työterveyshoitajista kokee, ettei konsultaatioapua ole saatavilla. Viidesosalla työterveyshoitajista olisi tarvetta konsultaatioapuun. Myös neuvontatyötä ja ohjausta tukevasta, ajan tasalla olevasta, kirjallisesta materiaalista on puutetta, sillä kolmasosa työterveyshoitajista ilmoittaa, ettei materiaalia ole lainkaan saatavilla. Tutkimustulosta tukee Saksolan (2009) kuntoutusohjaajille tekemä opinnäytetyö, jonka tulosten mukaan jopa puolet kuntoutusohjaajista ei tiennyt, kenen puoleen kääntyä saadakseen konsultaatioapua asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyen (Saksola 2009, 44).

Tutkimuksessa mukana olleista työterveyshoitajista kaksi kolmasosaa kokee pysyvänsä antamaan rajatusti seksuaalineuvontaa asiakkaalla ilmenevään ongelmaan, vaikka vain viidennes on saanut peruskoulutuksen jälkeen seksuaaliterveyteen liittyvää lisäkoulutusta. Työterveyshoitajat ovat peruskoulutukseltaan terveydenhoitajia. Nurmen (2000, 150 - 159) tutkimuksen mukaan vastavalmistuneilla terveydenhoitajilla on tiedon ja osaamisen alueella puutteita koskien seksuaaliterveyttä, koska seksuaaliterveyden alue koulutuksessa on suppea ja eri oppilaitoksissa eritasoinen. Nurmen (2000) tutkimukseen viitaten työterveyshoitajien tiedon taso seksuaaliterveyden alueella on heikko heidän peruskoulutuksensa pohjalta.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työterveyshoitajat pitävät tarpeellisena lisäkoulutusta kaikkien tutkittujen sairausryhmien kohdalla, varsinkin merkittävimpien kansansairauksiemme, sydän- ja verisuonisairauksien, mielenterveysongelmien, diabeteksen ja stressin kohdalla. Myös kaikkien seksuaalihäiriöiden kohdalla työterveyshoitajat kaipaavat runsaasti lisäkoulutusta. Varsinkin pitkäaikaisiin sairauksiin liittyvissä seksuaalihäiriöissä, kuten erektiohäiriöissä, seksuaalisessa haluttomuudessa ja yhdyntäkivuissa, koettiin lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäkoulutuksen tarvetta tukee Esko-Asikaisen (2000, 23 - 28) tekemä tutkimus, jossa todetaan, että terveydenhuollon työntekijöillä on puutteelliset tiedot koskien sairauksien vaikutusta seksuaalisuuteen. Myös Saksolan (2009) tekemässä tutkimuksessa tietämättömyys sairauden ja vamman vaikutuksista seksuaaliterveyteen oli yleistä (Saksola 2009, 44).

9.3.2 Seksuaaliterveyden huomioiminen työterveyshoitajan työssä

Valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista työterveyshoitajista ajattelee, että seksuaaliterveyteen liittyvät asiat kuuluvat työterveyshuoltoon. Keskimääräistä enemmän näin suhtautuu työterveyshoitajista yli 40-vuotiaat ja henkilöt, joiden työhistorian pituus on yli kymmenen vuotta. Vajaa puolet vastanneista työterveyshoitajista on sitä mieltä, että seksuaalisuutta koskevat asiat kuuluvat luonnollisena osana asiakkaan kanssa käytäviin keskusteluihin. Puolet vastaajista asennoituu niin, että niistä keskustellaan vain, jos asiakas tuo ongelman itse esille tai sairaus koskettaa suoranaisesti seksuaalisuutta.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työterveyshoitajat ottavat asiakkaan seksuaaliterveyttä koskevat asiat heikosti puheeksi vastaanotolla, sillä vain runsas kolmannes työterveyshoitajista ottaa asiat puheeksi. Keskimääräistä enemmän tämän tutkimuksen mukaan työterveyshoitajista aloitteentekijä kuluu 26 - 40-vuotiaiden ikäryhmään. Valtaosalta vastuu puheeksi ottamisesta jää asiakkaan vastuulle. Kuitenkin miltei kaikki työterveyshoitajat kohtaavat seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia vastaanottotilanteissa silloin tällöin ja melko usein vajaa kymmenesosa hoitajista.

Samankaltaisiin tuloksiin on päädytty myös joissakin aiemmissa tutkimuksissa. Vaikka hoitajat pitävät seksuaalisuutta tärkeänä asiana asiakaskontakteissa, he helposti vaikenevat aiheesta, eivätkä ota asiaa esille. Tutkijoiden mukaan hoitajat ovat herkempiä ottamaan asiat esille, jos heillä on tietoa seksuaaliasioista. (Matocha ym.1993, 371 - 378; Nurmi 1993, 442; 2000, 166 - 168; Magnan & Reynolds 2005, 225 - 260.) Saksolan (2009, 44) tutkimuksesta käy ilmi, että kuntoutusohjaajat kokevat seksuaaliterveyden huomioimisen kuuluvan kuntoutusohjaukseen, mutta keskustelu jäi asiakkaan aloitteen varaan.

Jonkin verran näyttää iällä ja työkokemuksella olevan merkitystä, miten seksuaaliterveyttä koskevat asiat työterveyshoitajat huomioivat työssään. Tämän tutkimuksen tuloksesta poikkeaa Iovan ja Ohion työterveyshoitajille tehty tutkimus (1982), jonka tulosten mukaan yli 40-vuotiaat katsottiin aktiivisemmin ottavan seksuaaliterveyttä koskevat asiat esille asiakkaiden kanssa, koska heillä on enemmän työuran aikana hankittua omaehtoista ja muuta koulutusta. (Buckwalter ym. 1983, 23 - 28). Tässä tutkimuksessa aloitteen puheeksiottoon teki vastaanottotilanteessa useammin 26 - 40-vuotiaat, kuin yli 40-vuotiaat työterveyshoitajat. Tutkimuksemme vastaajista aktiivisimpia olivat yli 40-vuotiaat ja työterveyshoitajat, joiden työuran pituus on yli 10 vuotta. He myös asennoituvat useimmissa tapauksissa niin, että seksuaaliterveyttä koskevat asiat kuuluvat työterveyshoitajin työssä käsiteltäviin asioihin.

9.3.3 Yhteenveto tutkimuksesta

Tämän tutkimuksen mukaan kaikkien työterveyshoitajien tiedot sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä eivät riitä siihen, millaista osaamista kaikilta perusterveydenhuollon henkilöiltä odotetaan. Toimialueellaan olevista neuvontapalveluista työterveyshoitajat tietävät heikosti, eikä konsultaatioapua ole aina saatavissa, vaikka tarvetta sille koetaan. Työterveyshoitajat kokevat, että ajanmukaista seksuaalineuvontaa tukevaa neuvontamateriaalia ei ole riittävästi saatavilla työpaikoilla. Lisäkoulutusta työterveyshoitajat kokevat tarvitsevansa sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen sekä seksuaalihäiriöistä. Pääasiassa työ-

terveyshoitajat jättävät seksuaaliasioiden esille ottamisen asiakkaan vastuulle, vaikka heistä suurin osa asennoituu niin, että seksuaaliterveyden huomioiminen kuuluu työterveyshoitajan työhön.

Seksuaaliterveys aiheena on ajankohtainen ja tärkeä. Halusimme tuoda aiheen näkyville myös työterveyshuollossa tämän tutkimuksen myötä. Tutkimuksen tuloksista teemme raportin myös Työterveyshoitaja -lehteen, minkä myötä aihe tulee enemmän näkyväksi työterveyshoitajien keskuudessa. Aikaisempien tutkimuksien mukaan hoitotyöntekijöiden osaaminen edesauttaa ja antaa rohkeutta huomioida ja ottaa puheeksi asiakkaiden seksuaaliterveyttä koskevat asiat. Koulutusta lisäämällä työterveyshoitajien osaaminen lisääntyy. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työterveyshoitajien koulutuksen suunnittelussa ja työn kehittämisessä.

Seksuaalisuus tutkimusaiheena oli mielenkiintoinen ja antoisa. Seksuaalisuus on aihealueena laaja ja tämän vuoksi rajasimme tutkimuksen ulkopuolelle myös työterveyshuollon asiakkaiden keskuudessa ilmeneviä seksuaalisuutta koskettavia seikkoja, kuten päihteet, seksuaalinen suuntautuneisuus ja kulttuuritausta. Tutkimusprosessin aikana opimme paljon seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä sekä oppimme näkemään laajemmin ja syvällisemmin kuinka merkittävästi seksuaalisuus vaikuttaa ihmisen kokonais hyvinvointiin. Opimme ymmärtämään kuinka laajasti sairaus saattaakaan vaikuttaa seksuaalisuuteen. Tiedon taso sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaalihäiriöistä lisääntyi kohdallamme. Prosessin aikana myös oma varmuus käsitellä ja ottaa puheeksi seksuaalisuutta koskevat asiat lisääntyi. Kvantitatiivisen tutkimuksen tekeminen tuli tämän työn myötä tutuksi.

9.4 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksessa ilmeni, että useiden seksuaalihäiriöiden osasyynä ovat henkilön epäterveet elintavat, muun muassa tupakointi ja alkoholinkäyttö. Olisi suositeltavaa tutkia näiden vaikutusta seksuaaliterveyteen tarkemmin.

Ritamo ym. (2006, 53) suosittavat, että terveydentilakartoituskaavakkeessa olisi seksuaaliterveyttä koskevia kysymyksiä. Jos kysymyksiä olisi, tulisiko aihealue paremmin huomioiduksi luonnollisena osana neuvontaa ja ohjausta tasaveroisesti muiden asioiden kanssa?

Työterveyshuollon asiakkaille tehtävä tutkimus antaisi tietoa, kokevatko työterveyshuollon asiakkaat tärkeänä, että seksuaalikysymykset otetaan esille terveystarkastusten yhteydessä.

LÄHTEET

- Aalto, S. 2002. Sairaanhoidaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla. Hybridinen käsiteanalyysi. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Basson, R. 2005, Woman's sexual Dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ. May 10, 1327 - 1333.
- Buckwalter, K., Kerfoot, F., Selder, B & True-Soderstrom. 1983. The Role of the Occupational Health Nurse in Sexual Counseling. Occup Health Nurse 31/1983, 23 - 28.
- Diabetesliitto. 2010. Aikuistyyppin diabeteksen ja ylipainon luvut yllättivät – 200000 suomalaista sairastaa diabetesta tietämättään [Viitattu 13.9.2010]. Saatavissa:http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=1239.
- Diamond, J. 1997. Miksi seksi on hauskaa? Basic Books a Division of Harper Collins Publishers. The "Science Masters" Suom. Ohimaa T.1998. Juva: WSOY.
- Esko-Asikainen, P. 2000. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla - hoitajan näkökulma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Färkkilä, M., Ruutiainen, J. 2003. Seksuaaliongelmien neurologisissa sairauksissa. [Viitattu 3.8.2010]. Ammattihenkilökunnan saatavissa: [www.terveysportti.duodecim](http://www.terveysportti.duodecim.fi). Lääkärintietokanta.
- Gröhn, E. 2010. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa. Työterveyshoitaja 1/2010, 20 - 21.
- Hakkarainen, A. 2000. Terveyskasvatus työterveyshuollossa. Työterveyshoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä työterveyshuollon terveystieteellisen toiminnasta ja terve-

ysneuvonnan toteutuminen asiakaskontakteissa Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Helminen, J. 2008. Seksuaalisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E.(toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hämäläinen, T., Räsänen, S. & Kangasniemi, H. 2004. Mies, ikä ja seksi. Invalidiliitto. Invalidiliiton julkaisuja 0.21. Print Mill.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim.

Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim.

Kallio, M. & Jussila, T. 2010 Syvyyttä Seksiin. Kohti elävämpää seksuaalisuutta. Hämeenlinna: Minerva Kustannus.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Eeva Ijäs.(toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kannisto, J., Töyrylä-Aapio, K., Parainen, A., Porras, K. & Sarkkinen, K. 2006. Selkä, seksuaalisuus ja seksi. Selkäneuvoja projekti 2003 - 2006. Suomen selkäliitto.

Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja Seksuaalisuus. *Duodecim*. 2003:119, 3, 237 - 245.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveystiedon edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. [Verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1 [Viitattu 30.08.2010]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>

Kivijärvi, A. 2005. Miten puhua vastaanotolla seksistä ja seksuaaliongelmista sekä niiden hoidosta. *Työterveyslääkäri* 1/2005, 16 - 20.

Kontula, O. 2008. Seksuaalisuuden ja seksuaalitiedon juurilla. Teoksessa *Halu ja Intohimo*. Väestöliitto. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Kontula, O. 2009. *Between sexual desire and reality. The evolution of sex in Finland*. The population research Institute D 491. Väestöliitto.

Koskinen, S., Järvensivu, I. & Kokkonen, A. 2007. Seksuaalisuuden huomioiminen reumasairauksien hoidossa. [viitattu 28.7.2010]. Ammattihenkilökunnan saatavissa [www.terveysportti.duodecim](http://www.terveysportti.duodecim.fi). Lääkärintietokanta.

Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuus lääkärin koulutuksessa. *Duodecim* 2003; 119, 207 - 208

Kosunen, E. 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. *Stakes*. Työpapereita 5/ 2006. [viitattu 20.8.2010]. Helsinki. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp5-2006.pdf>.

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lepola, U. & Koponen H. 2007. Mielen terveysongelmat ja seksuaalisuus. Apter. D., Väisälä. L. & Kaimola. K. (toim.) Teoksesta Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lottes, I. 2000. Seksuaaliterveyden yhteiskunnallinen malli. Teoksessa Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi Oy.
- Lönnqvist, J. 2009. Stressi ja depressio. Terveyskirjasto. [viitattu 28.8.2010]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020
- Magnan, M. & Reynolds, K. 2005. Nursing attitudes and Beliefs towards human sexuality . Collaborative research promoting evidence based practice. Vinical Nurse Specialist 2005/19:5, 225 - 260
- Matocha, L. & Waterhouse, J. 1993. Current nursing practice related to sexuality. Reseach in nursing and health 1993/16, 371 - 378.
- Miesklinikka. 2010. Erektiohäiriöt. [Viitattu 8.8.2010]. Saatavissa: http://www.miesklinikka.com/erektiohairio/erektiohairion_syyt/15.7.2010.
- Mustajoki, P. 2009. Neuropatia. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 13.7.2010]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=102&p_artikkeli=dia00101&p_teos=dia&p_selaus=9542
- Nurmi, T. 1993. Aikuisväen seksuaalineuvonta sairaanhoidossa. Teoksessa Kontula, O. & Haavio - Mannila, E.(toim.) Suomalainen seksi. Juva: WSOY.

Nurmi, T. 2000. Seksuaalisuus ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajaksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:3.

Oikarinen, M. 1999. Sydänohitusleikattujen miesten kokemuksia parisuhteesta, seksuaalisuudesta ja seksuaalineuvonnasta. Kuopion Yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Palmgren, H., Jalonen, P., Jurvansuu, H., Kaleva, S. & Tuomi, K. 2008. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuollossa. Työ ja ihminen tutkimusraportti. Työterveyslaitos. Tampereen yliopistopaino.

Papp, K. 1999. Seksuaalisuus ja mielenterveys. Mielenterveyden keskusliitto ry. Vantaa: Printway Oy.

Piha, J. .2008. Miesten seksuaalihäiriöt. Seksuaaliterveysklinikka. [viitattu 22.7.2010]. Saatavissa: http://www.seksuaaliterveysklinikka.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=4.

Piha, J. 2008. Naisten seksuaalihäiriöt. Seksuaaliterveysklinikka.[viitattu 22.7.2010]. Saatavissa: http://www.seksuaaliterveysklinikka.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=4

Piha, J. 2010. Seksuaalisuus 2010. En näe En kuule Enkä varsinkaan puhu. Luento Ammatillinen koulutuspäivä seksuaalisuudesta. Helsingin yliopisto 2.3.2010.

PLISSIT-malli 2005. Seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta. Virtuaali AMK. [viitattu 13.9.2010]. Saatavissa: www.amk.fi, DIGMA, seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta, asiakastyö, seksuaalineuvonta, plissit-malli.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D. Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim.

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelimistön sairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim. Kansanterveyslaitos.

Ritamo, M., Kosunen, E., & Liinamo, A. Seksuaaliterveyden edistämisen laatu kunnissa. Teoksessa Kosunen, E. (toim.) Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Stakes. Työpapereita 5/ 2006. Helsinki 2006. [viitattu 10.6.2010]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp5-2006.pdf>.

Rosenberg, L. 2001. Teoksessa: Syöpä ja Seksuaalisuus. Sairastumisen vaikutus seksuaalisuuteen, seksiin ja parisuhteeseen. Tietoa ja selviytymiskeinoja. Hämeenlinna: Suomen Syöpäpotilaat ry.

Rosenberg, L. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim.

Ryttyläinen, K. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian koulutus muutoksen tekijänä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden seurantaseminaari. Sosiaali- ja terveysministeriö & terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu. 9.6.2009]. Saatavissa: www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId...

Rönnemaa, T. 2009. Erektiohäiriöt ja diabetes. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 14.5.2010]. Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi > [Etusivu](#) > [Diabeteksen hyvä hoito](#)

Saksola, J. 2009. Tärkeä, mutta vähän puhuttu asia. Seksuaaliterveyden huomiointi erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

SETA. 2010. [viitattu 6.9.2010.] Saatavissa: www.seta.fi

Sexpo säätiö. 2010. [viitattu 6.9.2010.] Saatavissa: www.sexpo.fi

Sievers, S. 2008. Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaaliterveyden- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Seksuaaliterveyden toimintaohjelma 2007 - 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:17. Yliopistopaino. Helsinki. [viitattu 14.4.2010]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3810.pdf

Stakes 2008. Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. Ritamo, M. (toim.) Stakes työpapereita 26/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Suomen Seksologinen Seura ry. 2010. [viitattu 11.10.2010]. Saatavissa: www.suomenseksologinenseura.fi

Syvänne, M. 2010. Sydän. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 13.5.2010]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=102 & p_artikkeli=di00101 & p_teos=di00101 & p_selaus=9542

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Finlex. [viitattu 12.4.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työterveyslaitos. Työterveyshuolto. [viitattu 12.4.2010]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/>

- Vallenius, L., Savinainen, M. & Paavilainen, E. 2010. Työterveyshoitajan antama neuvonta ja ohjaus. Katsaus kirjallisuuteen. Työterveyshoitaja 2/2010, 16 - 17.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 -työterveyshuollon kehittämislinjaukset, Helsinki, 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2004:3. ISBN 952-00-1484-5.
- Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaalioikeudet 2008. Teoksessa Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Ritamo, M. (toim.) Stakes Työpapereita. 26/2008.Helsinki:Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.
- Vanhanen, H. 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja seksuaalisuus. Duodecim 2003/119, 229 - 234.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa -Perusteet. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa:WSOY.
- Väestöliitto, 2009. Seksuaaliterveys. [viitattu 21.4.2010]. Saatavissa: <http://www.vstoliitto.fi> Seksuaalisuus.
- Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006 . Väestöliitto. [viitattu 15.7.2010]. Saatavissa: <https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/5d6719df03e3910b7796b349ab5c3faa/1284210005/application/pdf/263806/Sekstervpolohjelma.pdf>.
- Väisälä, L. 2002. Diabetes ei estä nauttimasta seksistä. Diabetes 5/2002.
- Väisälä,L. 2006. Naisten seksuaaliongelmien. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim.