

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 - vuotiaan naisen seksuaalinen hyvinvointi ja seksuaa- lineuvonnan tarve

Arja Turku

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009

**Terveyden edistäminen
Hyvinvointiala**





Tekijä(t) TURKU, Arja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 30.10.2009
	Sivumäärä 107	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalinen hyvinvointi ja seksuaalivouvonnan tarve		
Koulutusohjelma Terveyden edistäminen. Seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehto		
Työn ohjaaja(t) RYTTYLÄINEN, Katri; LIIMATAINEN, Leena		
Toimeksiantaja(t) Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistys ry.		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaalivouvonnan tarpeesta ja sen toivotusta ajankohdasta. Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voidaan seksuaalivouvonnan sisällyttää paremmin naisten kuntoutusprosessiin. Naiset arvioivat seksuaalista hyvinvointiaan ja seksuaalivouvonnan tarvetta vuosi sairastumisensa jälkeen. Aineisto kerättiin postikyselynä toukokuussa 2009 Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan sekä Pohjanmaan alueilta afasia- ja aivohalvausyhdistyksen kautta. Kyselylomake pohjautui Greenbergin, Bruesin ja Haffnerin (2004) seksuaaliteoriaan. Kyselylomake lähetettiin Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan aluesihteerin kautta ja vastausprosentiksi saatiin 33 %. Aineisto analysointiin kvantitatiivisesti SPSS 17 -ohjelman avulla ja tulokset esitettiin lukumäärinä ja prosenttiosuuksina. Avoimet vastaukset seksuaalisesta hyvinvoinnista analysointiin kvalitatiivisesti määrällisen sisällön analyysin avulla teorialähtöisesti ja seksuaalivouvonnan sisältö ja ajankohta analysointiin induktiivisesti. Tulosten mukaan vastaajilla oli seksuaalitoimintahäiriöitä. Heillä oli tyytymättömyyttä vartaloonsa ja kumppanin tuen puutetta. Naiset olivat saaneet liian vähän henkilökohtaista seksuaalisuuteen ja seksuaalielämään liittyvää neuvontaa ja tietoa sairastumisensa jälkeen. He toivoivat koko kuntoutumisprosessin ajan seksuaalivouvonnan. Vastaajat olivat hakeneet tietoa lähinnä olemassa olevasta oppaasta. He toivoivat seksuaalivouvonnan seksuaaliterapeutilta, aivohalvausyhdistykseltä ja lääkäriltä. Johtopäätöksenä voidaan esittää, että aivoverenkiertohäiriöön sairastunut 45 - 65 -vuotias nainen haluaa terveydenhuoltohenkilöstöltä luvan puhua seksuaalisuudestaan. Lisäksi hän haluaa kohdenettua tietoa sekä erityisohjeita seksuaalisuudesta kuntoutumisprosessinsa aikana, niin akuutilla osastolla, kuntoutuksessa kuin sopeutumisvalmennuksessa.		
Avainsanat (asiasanat) aivoverenkiertohäiriö, seksuaalisuus, seksuaaliterveys, seksuaalivouvonnan		
Muut tiedot Liitteet 16 sivua		



Author(s) TURKU, Arja	Type of publication Master's Thesis	Date 30.10.2009
	Pages 107	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Sexual health and the need for sexual counseling for a woman aged 45 to 65 years who has experienced a stroke		
Degree Programme Health Promotion		
Tutor(s) RYTTYLÄINEN, Katri; LIIMATAINEN, Leena		
Assigned by Aphasia and Stroke Association Registered Association in Kainuu		
Abstract <p>The purpose of this research was to provide information of sexual healthcare of women aged 45 to 65, who has experienced a stroke and their need for sexual counseling. In addition this research discussed the requested timing for the counseling. The results can be beneficial in entering sexual counseling into rehabilitation processes. In this research women estimated their sexual health and their need for sexual counselling one year after they had become ill.</p> <p>The data used in this study was collected as a mail enquiry during May 2009. The enquiry was conducted through Aphasia and Stroke Association in Kainuu and focused on Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa and Pohjanmaa areas. The questionnaire was based on the sexual theory of Greenberg, Bruess and Haffner (2004). It was sent with a help of the district secretary of Kainuu and Pohjois-Pohjanmaa. The questionnaire resulted in a 33 % feedback. The data was analyzed quantitatively with SPSS 17 program and the results were shown as numbers and percentages. The open questions of the questionnaire were analyzed qualitatively using quantitative content analysis that is based on theory. In addition the need for sexual counseling was analyzed inductively from the data.</p> <p>The results reveal that the respondents had sexual dysfunctions. They felt unsatisfied with their bodies and experienced a lack of support from their partners. The women had had too little personal counseling related to their sexuality and sex after the stroke. Throughout the rehabilitation process they were hoping to get sexual counseling. The respondents had searched information mainly from the guidebook that existed. The respondents wished for sexual counseling given by a Specialist in Sexological Counselling, the Stroke Association and the doctor.</p> <p>To conclude the previous, a woman aged 45 to 65, who has experienced a stroke, is willing to get permission from the health care personnel to talk about her sexual health. In addition she appears to wish for direct information about sexuality during her rehabilitation process. This applies in acute compartment, rehabilitation as well as in adaptation training.</p>		
Keywords stroke, sexuality, sexual health, sexual counseling		
Miscellaneous Appendixes 16 p		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUMINEN	9
2.1	Riskitekijät	9
2.2	Aivoverenkiertohäiriön oireet ja seuraukset	10
3	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN NAISEN SEKSUAALISUUS	13
3.1	Seksologiaan liittyvät keskeiset käsitteet	13
3.2	Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat muutokset naisen seksuaalisuudessa..	16
3.3	Seksuaaliulottuvuudet	17
3.3.1	Biologinen ulottuvuus	17
3.3.2	Psykologinen ulottuvuus	23
3.3.3	Sosiokulttuurinen ulottuvuus.....	28
4	NAISEN SEKSUAALINEUVONTA AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUMISEN JÄLKEEN	32
4.1	Seksuaalineuvonta	32
4.2	Seksuaalineuvontatahot.....	37
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	40
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	41
6.1	Opinnäytetyön kohderyhmä	41
6.2	Menetelmälliset lähtökohdat	42
6.3	Kysely menetelmänä	43
6.4	Kyselylomakkeen laadinta	44
6.5	Aineiston keruu	47
6.6	Aineiston analysointi.....	48
6.6.1	Määrällisen aineiston analysointi	49
6.6.2	Laadullisen aineiston analyysi	50
7	TULOKSET	55
7.1	Taustatiedot ja sairaushistoria	55
7.2	Biologinen seksuaaliulottuvuus.....	62
7.3	Psykologinen seksuaaliulottuvuus.....	66
7.4	Sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus.....	69
7.5	Seksuaalineuvontapalveluiden saanti.....	75

7.6	Toiveet seksuaalineuvontaan.....	79
8	POHDINTA	84
8.1	Tulosten tarkastelu	84
8.2	Eettiset kysymykset.....	91
8.3	Luotettavuus	93
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	97
10	JATKOTUTKIMUSHAASTEET	99
	LÄHTEET	100
	LIITTEET	
	Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus	108
	Liite 2. Liitetaulukko 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia	109
	Liite 3. Saatekirje ja kyselylomake	114
	Liite 4. Esimerkki kvalitatiivisen aineiston analyysistä	123
	Liite 5. Esimerkki kvalitatiivisen aineiston analyysistä	124

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaalineuvonnan tarpeesta ja sen toivotusta ajankohdasta. Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voidaan seksuaalineuvonta sisällyttää paremmin naisten kuntoutusprosessiin. (ks. PAHO & WHO 2000, 34; STM 2007, 33). Naiset arvioivat seksuaalista hyvinvointiaan ja seksuaalineuvonnan tarvetta vuosi sairastumisensa jälkeen.

Pan American Health Organization (PAHO) ja World Health Organization (WHO) yhteistyössä Seksologian maailman järjestön (WAS) kanssa antoivat seksuaaliterveyden edistämisen toimintasuositukset Guatemalassa vuonna 2000. Toimintasuosituksen eräänä tavoitteena oli sisällyttää seksuaaliterveyspalvelut jo olemassa oleviin terveyspalveluihin, koskien muun muassa vammaisia henkilöitä. (PAHO & WHO 2000 2; 34.)

Kunnan eräänä tehtävänä on huolehtia kuntalaistensa tai kunnassa asuvien terveyden edistämisestä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Kansanterveyslain uudistus vuonna 2006 (L 928/2005) ja samana vuonna julkaistulla Terveyden edistämisen laatusuosituksella (STM 2006) vahvistettiin kunnan terveyden edistämisen toteuttaminen. Niissä kunnan odotetaan tekevän yhteistyötä terveyden edistämässä muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Kunnassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyökumppaneita ovat sosiaali-, opetus- ja sivistystoimi sekä yksityiset palvelut ja kolmannen sektorin toimijat täydentävinä palveluina. (Ritamo, Kosunen & Liinamo 2006, 60; STM 2007, 173).

Vuonna 2007 julkaistiin ensimmäinen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007 – 2011. Sen tavoitteena on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä taata palvelujen riittävyys ja tasainen jakaantuminen maassamme. Toimintaohjelmassa käsitetään seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Kunta- ja palvelurakennemuutostusta uudistaminen muutti terveydenhuollon järjestämistä

velurakenneuudistusta uudistaminen muutti terveydenhuollon järjestämistä ja loi uusia palvelurakenteita. (STM 2007, 21.)

Seksuaalineuvontatarvetta tutkittiin vuosina 1992, 1999 ja 2007 FINSEX - tutkimuksissa. Vuonna 1992 sairauksiin liittyvään seksuaalineuvontatarpeen ilmoitti 6 % pitkäaikaissairaista. Vuonna 1999 ilmoitti 10 % nuorista ja keski-ikäisistä, että sairaus häiritsi heidän seksuaalielämää. Yli 50 -vuotiaiden sairauden haitat seksuaalielämään lisääntyivät (STM 2007, 28), esimerkiksi 20 %:lla seksuaalista haluttomuutta kokeneella naisella oli jokin sairaus (Kontula 2008, 68).

Korpelainen, Nieminen ja Myllylä (1999), Greenberg, Treger ja Ring (2004), Kimura, Murata, Shimoda ja Robison (2001) sekä Tamam, Tamam, Akil, Yasan & Tamam (2008) tutkivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden seksuaalisuutta ja totesivat, että sairastuneilla on seksuaalitoimintahäiriöitä ja seksuaalista tyytymättömyyttä aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Sairastuneiden seksuaalisuuteen liittyvät muutokset pitäisi arvioida ja hoitaa, jotta voidaan parantaa heidän elämänlaatuaan.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman vuosille 2007 – 2011 mukaan seksuaalineuvonnan palvelutarpeesta ei ole selvää käsitystä, koska aihetta on tutkittu Suomessa vähän. (STM 2007, 28).

Kiinnostukseni aiheeseen heräsi, kun olin kolmen vuoden ajan töissä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kuntoutusosastolla. Eräänä kuntoutujaryhmänä olivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset. Työhöni sisältyi seksuaalineuvonta, mutta perustyö eli kuntouttava hoitotyö vei resursseja työajasta niin, ettei seksuaalineuvonnalle jäänyt riittävästi aikaa. Asiakas toi esille kuntoutusosastolla seksuaalineuvontatarpeensa, joten hänen olisi pitänyt sitä myös seksuaalineuvontaa siellä saada, koska hoitovastuu oli kuntoutusosastolla (ks. STM 2007, 30).

Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjanmaan alueiden afasia- ja aivohal-

vausyhdistysten kanssa. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset voivat liittyä Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n jäseneksi. Liiton toiminnan piirissä on aivohalvaus- ja afasiayhdistyksiä, dysafasiayhdistyksiä ja alueellisia kerhoja yli 100 paikkakunnalla. Liitto kustantaa lehtiä ja erilaisia julkaisuja muun muassa ”Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus” -opasta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto, 2002.)

Tästä opinnäytetyöstä on hyötyä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille. Siellä voidaan tarkistaa seksuaaliterveyttä koskevat toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot, kehittää niitä sekä kirjata ne strategiaan (ks. STM 2007, 179). Tästä opinnäytetyöstä on hyötyä myös Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjanmaan alueiden afasia- ja aivohalvausyhdistyksille. Opinnäytetyön kyse-
lyn tulokset esitellään Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan alueiden yhdistyksissä, jotta he voivat kehittää toimintaansa tulosten mukaan. Tästä opinnäytetyöstä on hyötyä itselleni, kun valmistun asiantuntija- suunnittelu- ja kehittämistehtä-
viin. Opinnäytetyön tuloksista saan lisää tietoa ja ymmärrystä aivoverenkierto-
häiriöön sairastuneen naisen seksuaalisuuteen liittyviin muutoksiin sekä tietoa hänen seksuaalineuvonnantarpeestaan ja ajankohdasta.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN SAIRASTUMINEN

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) tarkoittaa paikallista aivokudoksen verettömyyttä eli iskemiaa tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiaa. Aivojen paikallinen verettömyys jaetaan ohimenevään iskeemiseen kohtaukseen (TIA) ja iskeemiseen aivoinfarktiin. Aivoinfarktissa paikallista tuhoa aiheuttavat joko tukos tai ahtauma, joka voi olla aivoihin verta vievissä valtimoissa tai aivovaltimossa. Toisaalta sen voi aiheuttaa ”tulppa”, joka on peräisin valtimon seinämästä tai sydäimestä. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen, Kotila, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2001, 247; Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001, 223.)

Paikallinen aivovaltimon verenvuoto tarkoittaa tilaa, jossa valtimovuoto joutuu aivoaineeseen tai lukinkalvonlaiseen tilaan (SAV) (Kaste ym. 2001, 248; Korpelainen ym. 2001, 223). Opinnäytetyössä kohderyhmänä ei ollut ohimenevään iskeemiseen kohtaukseen (TIA) sairastuneet naiset, koska he eivät kuulu afasia- ja aivohalvausyhdistykseen.

Noin 14 000 henkilöä sairastuu vuosittain aivoverenkiertohäiriöihin ja heistä kuolee noin 5000. (Saloheimo 2005). (Liite 2). Suomessa suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä on infarkteja, noin 80 %, 10 % on aivoverenvuotoja ja 10 % on lukinkalvonlaisia verenvuotoja (Kaste ym. 2001, 248). Aivoinfarktiin sairastuneista kuolee ensimmäisen kuukauden aikana vajaa viidennes ja vuoden seurannassa noin joka kolmas. Aivoverenvuotopotilaista kuolee ensimmäisen kuukauden aikana noin joka kolmas ja SAV -potilaista noin puolet. Saloheimon (2005) tutkimus aivoverenvuodosta selviämisestä tuki muita tutkimuksia kuolleisuudessa, jos selviää ensimmäisistä kuukausista elossa, niin viiden vuoden kuluttua kuolleisuudessa ei ole eroa muuhun väestöön.

2.1 Riskitekijät

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijöitä voivat olla muut sairaudet, kuten sepelvaltimotauti, eteisvärinä ja diabetes (Kaste & Vainikainen, 2007), verenpainetauti

tai korkeat verensokeriarvot. Korkeat seerumin rasva-arvot ja pieni HDL-kolesterolin taso tutkimuksissa liittyy aivoinfarktirisikiin. Aivoverenvuodon riskitekijöitä ovat elämäntapatekijät, kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö sekä äskettäin nautittu suuri alkoholimäärä. Vähäinen liikunta ja ylipaino ovat yhteydessä toisiinsa, mutta ne on todettu myös itsenäisiksi aivoverenkiertohäiriön riskitekijöiksi, koska niillä on yhteyttä verisuonisairauksiin. (Kaste ym. 2001, 257 – 259; Saloheimo 2005.)

Aivoverenkiertohäiriöistä aivoinfarktin riski lisääntyy naisilla vaihdevuosien jälkeen. Vaihdevuosioireiden hormonikorvaushoidosta tehtiin 16 vuotta kestänyt tutkimus (Nurses' Health Study), siinä todettiin heikko yhteys aivoinfarktin ja estrogeenilääkityksen välillä. Womens' Health Initiative -tutkimuksesta ilmeni, että aivoinfarktin riski lisääntyi yli viiden vuoden estrogeenikorvaushoidoissa (Meretoja, Sairanen, Tatlisumak & Kaste 2008.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriön oireet ja seuraukset

Aivoverenkiertohäiriö oireet alkavat äkillisesti tai suhteellisen äkillisesti. Sairastuneella voi olla hyvin erilaisia oireita, kuten tajunnantason laskua, huimausta, pahoinvointia ja neurologisia puutosoireita. Kommunikaatio-ongelmat, puheen puuroutuminen, puheen tuoton tai ymmärtämisen vaikeudet sekä näkökenttäpuutokset ja halvaukset voivat olla pelottavia oireita. (Kaste ym. 2001, 296; Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001, 223.)

Aivoverenkiertohäiriöön liittyy usein osittaista toispuolihalvausta, jota kutsutaan hemipareesiksi ja täydellistä toispuolihalvausta, jota kutsutaan hemiplegiaksi (Kaste ym. 2001, 248). Hemipareesi on tyypillinen aivoinfarktin oire. Hemipareesia esiintyy noin kolme neljäsosalla potilaista akuutissa vaiheessa, ja se on yleensä vaikeampi kädessä kuin jalassa. (Kaste ym. 2001, 296.)

Aivoverenkiertohäiriö aivojen vasemmanpuoleisessa osaa merkitsee sairastuneelle oikealle puolelle halvausta tai tuntohäiriöitä ja näkökenttäpuutoksia. Yleisoireita on hitaustehtävissä, päättelyn, ja käsitteellisen ajattelun vaikeutuminen sekä muistivaikeuksia. Vasemmanpuoleisen osan vaurio aiheuttaa on-

gelmia puheen ymmärtämisessä ja/tai tuotossa sekä vasemman ja oikean puolen erottaminen vaikeutuu. (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen, Jehkonen & Vilkki 2001, 103.)

Aivojen oikeanpuoleinen aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa sairastuneelle vasemmanpuoleista halvausta, tuntehäiriöitä ja näkökenttäpuutoksia. Yleisoireita ovat hitaus eri tehtävissä, päättelyn ja käsitteellisen ajattelun vaikeutumista sekä keskittymisvaikeuksia. Erityispiirteinä ovat erilaiset näköhäiriöt muun muassa uusien kasvojen tunnistusvaikeudet, puheen tunnesävyn erottelu, toiston ja tuottamisen vaikeudet, euforisuus eli poikkeavan hyvän tuulinen mieliala ja sairauden tunnon heikkous sekä neglect. (Hokkanen ym. 2001, 104.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella esiintyvä neglect tarkoittaa, että potilaalla on vaikeus havaita aivojen vaurion vastakkaista puolta. Potilas ei kykene käsittelemään aivovaurion puolelta tulevaa tietoa, esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissaan. Neglectiä esiintyy useiden aistien alueella. Neglect -häiriötä on noin 40 %:lla sairastuneista oikeanpuoleisessa aivoverenkiertohäiriössä. (Jehkonen 2002, 13; Kaste ym. 2001, 296; Korpelainen ym. 2001, 227; Paysant, Beis, Chapelain & André 2004.) Tutkimusten mukaan näköaistin alueelle tulevan tiedon käsittelyn puutteet aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheessa voi ennustaa heikkoa toipumista (Jehkonen 2002).

Aivoverenkiertohäiriön seurauksensa voi esiintyä myös sairauden tunnon heikkous. Se liittyy joko aivoverenkiertohäiriöön tai tiettyyn aivoverenkiertohäiriön aiheuttamaan puutosoireeseen, esimerkiksi halvaukseen tai kyvyttömyyteen havaita aivovaurion vastakkaista puolta. Sairauden tunnon heikkous on yleisempi oikean kuin vasemmanpuoleisen aivovaurion seurauksena. Yli 30 %:lla Jehkosen tutkittavista ilmeni sairauden tai sen aiheuttamien oireiden tunnistamisen vaikeutta. (Jehkonen 2002.) Sairauden tunnon vaikeus Carod-Artal ja kollegoiden (2000) tutkimuksessa oli aiheuttanut noin 40 % tutkittavista vaaratilanteen, joko kotona tai kadulla, aivoverenkiertohäiriön jälkeen vuoden seurannan aikana. (Liite 2).

Hochstenbachin, Prigatanon ja Mulderin (2005) tutkimuksessa (sairastuneet $n=172$ ja omaiset $n=143$) huomiointikyky sekä kommunikointi palautuivat hyvin ja muistitoiminnot palautuivat heikoiten. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet, joilla oli aivojen oikealla puolen vamma-alue, kuntoutuivat paremmin kognitiivisten toimintojen osalta kuin he, joilla vamma-alue oli vasemmalla puolella. Akuuttivaiheen mahdollinen tajuttomuus ja sen syvyys vaikututtivat kognitiiviseen toipumiseen – syvä tajuttomuus ennusti heikompaa kognitiivista palautumista.

Vaurio Limbisen järjestelmän alueella aiheuttaa sairastuneelle erilaisia ongelmia tunteiden ja motivaation syntymisessä. Mantelitumake on keskeinen rakenne tunteiden käsittelyssä ja seksuaalitoimintojen säätelyssä. (Soinila 2001, 28.)

Masennusta, ahdistusta ja mielialahäiriöitä ilmenee aivoverenkierohäiriön jälkeen yleisesti, noin 20 – 60 %:lla sairastuneista. Erityisesti naisilla masennus on katsottu liittyvän aivoverenkiertohäiriön psyykkiseen oireiluun. Masennus liittyy elimelliseen muutokseen aivoissa. Yleensä sen kesto on akuuttivaiheessa noin yhdestä kolmeen viikkoon. Masennus paranee yleensä fyysisen tilan kohetessa ensimmäisen kuukauden aikana. (Korpelainen ym. 2001, 227; Muthonen 2007, 5.) Ellis-Hill (2000) tutkimuksessa vastaajilla masennus ja pelkotilat lisääntyivät aivoverenkiertohäiriön jälkeen sekä Carod-Artal ja tutkijakollegoiden (2000) tutkimuksessa kolmasosalla vastaajista oli masennuksen oireita ja heistä noin 40 %:lla oli lääkitys. (Liite 2). Masennuksen vuoksi elämänlaatu heikkenee, etenkin naisilla, jos he ovat kykenemättömiä työhön ja sosiaalinen elämä on suppea (Carod-Artal, Egido, Conzáles & Varela de Seijas 2000). (Liite 2).

Unihäiriöitä voi olla kolmesta neljään kuukauteen aivoinfarktin jälkeen, ja ne ovat yleisempiä kuin masennus. Sairauteen sopeutumiseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus ennen sairautta, käytössä olevat voimavarat ja ympäristön tuki. Tärkeää on surra terveyden ja roolien menetyksiä. (Pohjasvaara, Vataja, Leppävuori & Erkinjuntti 2001.)

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN NAISEN SEKSUAALISUUS

3.1 Seksologiaan liittyvät keskeiset käsitteet

Taustalla olevat uskonnolliset, kulttuuriset ja poliittiset jännitteet ovat estäneet kansainvälisesti seksologiaan liittyvien käsitteiden vakiintumisen (STM 2007, 20). Käsitteiden avulla annetaan seksuaalisuudelle merkitykset. Niiden avulla yhtenäistetään kommunikaatiota seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden alueella. (Ilmonen & Nissinen 2006, 20.)

Seksologia

Seksologia on seksuaalisuuteen liittyvien ilmiöiden tutkimusta ja ammatillista toimintaa, joka perustuu tieteelliseen tutkittuun tietoon. Seksologialla ei ole vielä omaa tieteen teoriaa, vaan se koostuu moni- ja poikkitieteellisestä tutkimuksesta. Seksologista tietoa tuottavat luonnontieteet, ihmistieteet ja ideatieteet, kuten filosofia, tilastotiede ja systeemitiede. Kliiniseen seksologiaan katsotaan kuuluvan lääketiede, psykologia ja hoitotyö ja -tiede. (Ilmonen & Nissinen 2006, 443.)

Seksuaalisuus

Seksuaalisuus käsitetään usein lisääntymisenä, sillä monet seksuaalisuuteen liittyvät ilmaisut liittyvät sen sukupuoleen ja sukusoluihin. Seksuaalisuus ilmaisee sitä, millaisia me olemme ja seksi, mitä me teemme. (Ilmonen & Nissinen 206, 450 – 451.)

Seksuaalisuus tarkoittaa ihmisenä olemista, joka sisältää biologisen ja sosiaalisen sukupuolen ja sukupuoli-identiteetin, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, emotionaalisen kiintymyksen/rakkauden ja suvun jatkamisen. Se koetaan tai ilmaistaan ajatuksissa, fantasioissa, haluissa, luottamuksessa, asenteissa, arvoissa, toiminnassa, rooleis-

sa ja ihmissuhteissa. Seksuaalisuus on biologisen, psykologisen, sosioekonomisen, kulttuurisen, eettisen ja uskonnollisen/henkisen tekijöiden vuorovaikutuksen tulos. (PAHO & WHO 2000, 6.)

World Association for Sexual Health (WAS) eli Seksologian maailmanjärjestön mukaan ihmisen seksuaalisuuden kehittymistä edistää inhimillisten perustarpeiden tyydyttyminen, joita ovat kaipuu ja halu läheiseen suhteeseen, tunnelmaisuun, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen. (WAS 2007.) Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen kyky reagoida aistimuksiin, sekä fyysisesti että psyykkisesti, kokemalla eroottista ja seksuaalista mielihyvää (Ilmonen & Nissinen 2006, 450). Siten seksuaalisuus voi toimia luovuuden ja elämän rikastuttamisen lähteenä (Virtanen 2001, 14).

Tässä opinnäytetyössä 45 – 65 -vuotiaan aivoverenkiertoon sairastuneen naisen seksuaalisuutta ja seksuaalista hyvinvointia tarkastellaan Greenbergin, Bruessin ja Haffnerin (2004) seksuaaliulottuvuuksien joidenkin osatekijöiden mukaan. Neurologinen sairaus vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliulottuvuuksiin (Greenberg ym. 2004, 496).

Greenberg ja kumppanit (2004, 4 – 5) toteavat myös seksuaalisuudesta, että se on osa koko ihmisen persoonallisuutta. Seksuaalisuudessa keskinäisessä suhteessa ja vuorovaikutuksessa ovat biologinen, psykologinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus. Biologisen ulottuvuuden lähtökohtana on se, kuinka keho toimii, siis fysiologia. Ilman tietoperustaa ei voi pohtia kriittisesti seksuaalisuutta ja ottaa vastuuta seksuaaliterveydestään. Psykologisen ulottuvuuden yhteydessä Greenberg ja tutkijakumppanit (2004, 6) toteavat, että seksuaalinen toiminta on fyysistä, mutta siihen liittyy tietoisuus olemassaolosta eli psykologia. Sosiokulttuurinen ulottuvuus käsittää sen, miten biologiseen ja psykologiseen ulottuvuuteen vaikuttavat yhteiskunta ja kulttuuri. Seksuaalisuuden sosiokulttuurinen ulottuvuus on kulttuurin ja sosiaalisen vaikutuksen tulos.

Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveys on PAHO ja WHO (2000, 6) mukaan fysiologisen, psykologisen ja sosiokulttuurisen hyvinvoinnin jatkuva kokemus, joka on yhteydessä

seksuaalisuuteen. Määritelmässä seksuaaliterveys toteutuu vapaassa ja vastuullisessa seksuaalisessa ilmaisussa. Seksuaaliterveyttä edistää sopusoin- tuinen ja henkilökohtainen sekä sosiaalinen hyvinvointi. Se ei ole pelkästään toimintahäiriön poissaoloa, tautia ja/tai voimattomuutta.

Seksuaaliterveyden käsitteen käyttö on ollut käytössä vuonna 1994 Kairossa pidetyn Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsitelmäärittelyn jälkeen. Seksuaaliterveys on läsnä koko elämän- kaaren ajan. (STM 2007, 20.)

Tässä opinnäytetyössä seksuaaliterveys ymmärretään yksilötasolla, aivove- renkiertohäiriöön sairastuneen naisen laaja-alaisena hyvinvoinnin tilana. Eri sairauksilla ja vammoilla on erilaiset vaikutukset seksuaalisuuteen, parisuh- teeseen ja ihmissuhteisiin. Myös ihmisen oma yksilöllinen suhtautuminen sai- rauteen tai vammaan lisää seksuaalisuuden monimuotoisuutta. (Rosenberg 2006, 289.) Seksuaaliterveyden säilyttämiseksi ja ylläpitämiseksi on tarpeellis- ta, että kaikki ihmiset tuntevat ja kunnioittavat seksuaalioikeuksia (PAHP & WHO 2000, 6).

Seksuaalioikeudet

Seksuaalioikeuksien julistuksen (WAS, 2007) mukaan ihmiset ja yhteiskunnat saavuttavat terveen seksuaalisuuden tunnustamalla seksuaalioikeutensa. Seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa ja puolustaa kaikissa yhteiskunnissa kai- kin keinoin. Seksuaalioikeudet ovat yleismaailmallisia ihmisoikeuksia, jotka perustuvat kaikille ihmisille luonnostaan kuuluviin vapauteen, arvokkuuteen ja tasavertaisuuteen. Koska terveys on perustava ihmisoikeus, tulee myös sek- suaaliterveyden olla perusoikeus. (Liite 1). Kaikilla ihmisillä, myös aivoveren- kiertohäiriöön sairastuneella naisella, on oikeus saada oikeaa tietoa seksuaa- lisuudesta ja toteuttaa oma seksuaalisuuttaan (Karkaus-Rikberg 2000a, 299).

Seksuaali-identiteetti

Seksuaalinen identiteetti on seksuaalinen tietoisuus omasta itsestään, koke- mus miehenä, naisena, maskuliinina, feminiininä tai joskus näiden yhdistel-

mänä sekä yksilöllinen seksuaalinen suuntautuminen. Seksuaali-identiteetti on henkilön käsitys omasta itsestään, joka sallii yksilöllisen minäkuvan. (PAHO & WHO 2000, 7.) Seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvä minäkuva on suhteessa sosiaaliseen ympäristöön (Ilmonen & Nissinen 2006, 444). Seksuaalinen suuntautuminen käsittää eroottisen, romanttisen ja emotionaalisen kiinnostuksen joko samaan tai eri sukupuoleen tai molempiin (Greenberg ym 2004, 390; Ilmonen & Nissinen 2006, 448). Seksuaali-identiteettiä ei nähdä lopullisena ja valmiina, vaan se voi muuttua elämän eri vaiheissa (Nissinen 2006, 139).

3.2 Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat muutokset naisen seksuaalisuudessa

Vakava sairaus tai vammautuminen käynnistää ihmisellä yksilöllisen kriisireaktion. Elämä ja tulevaisuus voivat olla sekaisin. Seksistä ja seksuaalisuudesta nousevat yleensä esiin sairauden aiheuttamat käytännön kysymykset. (Rosenberg 2006, 281; Ilmonen 2008a, 47.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella naisella on usein erilaisia vaikeuksia arkielämän alueilla, esimerkiksi liikkumisessa, päivittäisissä askareissa ja sosiaalisissa suhteissaan. Voi olla, että sairastunut ei tunnista läheisiään ja kommunikaatiossa ilmenee ongelmia sekä sukupuolielämä voi vaikeutua. Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen motoriset ongelmat saattavat aiheuttaa seksuaalisia toiminnallisia häiriöitä, kuten emättimen kostumiseen liittyviä ongelmia ja kiihottumis- sekä orgasmiongelmia. Myös kyky seksuaaliseen nautintoon saattaa vähentyä. Nämä muutokset voivat vaikuttaa naiseuteen, minäkuvaan ja parisuhteeseen. (Rosenberg 2006, 301.)

3.3 Seksuaaliulottuvuudet

Greenbergin ja tutkijakollegat (2004, 4 – 6) jakavat seksuaalisuuden kolmeen seksuaaliulottuvuuteen. Heidän mukaansa seksuaaliulottuvuudet ovat biologinen, psykologinen ja sosiokulttuurinen. Jokaisella ulottuvuudella on useita osatekijöitä. Tässä opinnäytetyössä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalista hyvinvointia tarkasteltiin Greenbergin ja muiden (2004) seksuaaliulottuvuuksien joidenkin osatekijöiden kautta. Seksuaaliulottuvuudet esitetään opinnäytetyössä omien otsikoiden alla, samoin kuin osatekijät. Tekstissä annetaan myös esimerkkejä, kuinka seksuaaliulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.

3.3.1 Biologinen ulottuvuus

Greenbergin ja kumppaneiden (2004, 31) mukaan seksuaalisuuden biologiseen ulottuvuuden osatekijät ovat sukupuoli (gender), perinnöllisyys (genetics), lisääntyminen (reproduction), syntyvyyden säännöstely (fertility control), seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi (sexual arousal and response), fysiologinen kierto ja sen muutokset (physiological cycles and changes), fyysinen ulkonäkö (physical appearance) ja kasvu sekä kehitys (growth and development).

Opinnäytetyössä tarkastellaan biologisen seksuaaliulottuvuuden osatekijöinä fyysistä ulkonäköä ja seksuaalinen kiihottumista sekä reagointia.

Fyysinen ulkonäkö

Ikä, fyysinen, hormonaalinen, hermo- ja verisuonimuutokset saattavat vaikuttaa seksuaalitoimintoihin ja käyttäytymiseen (Greenberg ym. 2004, 6). Jos ei pidä vartalostaan, ei seksuaalista kiihottumista välttämättä saa aikaan (Greenberg ym. 2004, 232). Ellei rakasta omaa vartaloaan, ei halua jakaa sitä rakastajansa kanssa (De Villers 1998, 55).

Aivoverenkiertohäiriön sairastumisen jälkeen voi olla vaikeuksia hahmottaa vartaloaan, kehon eri asentoja, sen liikkeitä ja ulkonäköään esimerkiksi neglectin vuoksi. (Chad 2006; Jehkonen 2002, 13; Kaste ym. 2001, 296; Korpelainen ym. 2001, 227; Liippola, Koskimäki, Roine & Valasti 2004, 13; Paysant ym. 2004.) Tuntuu puuttavaksi, että vartalo tuntuu vieraalta (Liippola ym. 2004, 14). Ellis-Hill, Payne ja Ward (2000) toteavat, että vartalo voi tuntua epävarmalta ja hämmentävältä noin vuoden ajan.

Seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi

Seksuaalireaktiosarjan tunteminen voi auttaa tietämään, mikä on normaalia fysiologista toimintaa. Psykologiset ja fysiologiset osatekijät vaikuttavat seksuaaliseen mielihyvään ja nautintoon. Ilman mielihyvän tunnetta ei saavuteta fysiologista kiihottumista. (Greenberg ym. 2004, 232.) Psykologisia tekijöitä ovat esimerkiksi ajatukset ja mielikuvat. Fysiologisia osatekijöitä ovat hormonit ja aineenvaihdunta. Estrogeenihormonin vaikutuksesta kuukautiskierron alussa halu ja seksuaalinen reaktioherkkyys lisääntyvät, kun taas keltarauhashormoni vähentää niitä. Keltarauhashormonilla on vaikutusta myös itsetuntoon ja mielialaan. (Kajan 2006, 114.)

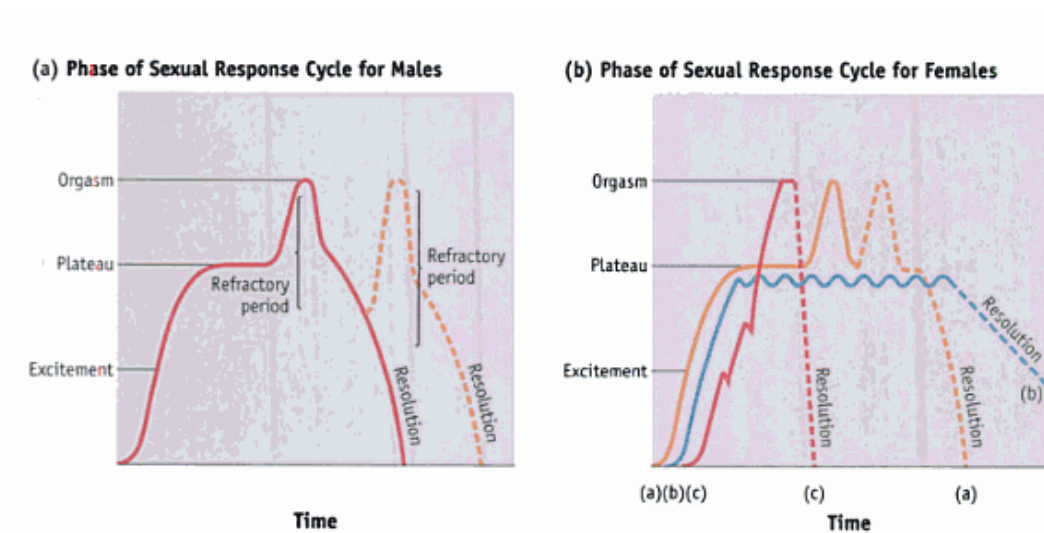
Hormonitoiminnan muutokset tulevat tavallisesti vaihdevuosi-ikässä noin 40 – 55 -vuotiailla naisilla (Greenberg ym. 2004, 132). Estrogeenilla on merkitystä koko emättimen seinämän toiminnalle, seinämän paksuudelle ja emättimen kostumiselle, parantaen sukupuolielinten kosketusherkkyyttä. Estrogeenin vaikutuksesta verisuonet laajenevat ja emättimen, klitoriksen ja virtsaputken verenvirtaus lisääntyy. Ongelmia tulee muun muassa vaihdevuosissa, jolloin halu vähenee, esiintyy yhdyntäkipeä ja ongelmia orgasmin saamisessa. Tähän on osasyynä mieshormonien väheneminen. Estrogeenin väheneminen voi aiheuttaa myös ongelmia virtsanpidätyskyvyssä. (Kajan 2006, 114; Rautainen 2006, 227.) Vaihdevuosien lisäksi aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa emättimen kostumisessa ongelmia (Tamam ym. 2008). (Liite 2).

Masters ja Johnson (1966) tutkivat ihmisen seksuaalisuutta. He kuvasivat neljä vaihetta seksuaalisessa reaktiosarjassa: kiihottumis- (Excitement), tasanne-

(Plateau), orgasmi- (Orgasm) ja laukeamisvaihe (Resolution), jolloin ihminen palautuu normaaliin tilaan. Masters ja Johnson löysivät miehille ja naisille eroja ja yhtäläisyyksiä seksuaalireaktioissa. (Greenberg ym. 2004, 237 – 240.)

Kuviossa 1. esitetään Masters ja Johnsonin mukaan miehen (kuvio a) ja naisen (kuvio b) seksuaalireaktiosarjat. Kuvioista käy ilmi, että miehillä seksuaalireaktiosarja alkaa aina kiihottumisvaiheesta ja etenee tasannevaiheen kautta orgasmiin sekä laukeamisvaiheeseen. Masters ja Johnsonin mallissa naisella seksuaalireaktiosarja voi olla samanlainen kuten miehen neljä vaihetta (malli a). (Greenberg ym. 2004, 241.)

Kuviossa 1b. esitetään naisen seksuaalireaktion monimuotoisuutta. Malli (b) kuvaa sen, että naisen seksuaalireaktio voi edetä tasannevaiheesta suoraan laukeamisvaiheeseen ohittaen orgasmivaiheen. Masters ja Johnson kuvaavat naisen seksuaalireaktiosarjassa mallin (c), jossa naisen seksuaalireaktio alkaa kiihottumisvaiheesta, kiihottuminen etenee ilman tasannevaihdetta orgasmiin ja erittäin nopeaan laukeamisvaiheeseen. (Greenberg ym. 2004,241.) Orgasmi on vaikea määrittellä, naisella se on psykofyysinen kokemus. Se voi kestää pitempään ja olla monimuotoisempi kuin miehen. (Virtanen 2002, 145.)



KUVIO 1. Seksuaalinen reaktiosarjamiehellä (kuvio a) naisella (kuvio b) Masters ja Johnsonin mukaan (Greenberg ym. 2004, 241).

Mastersin ja Johnsonin mallia on kritisoitu, koska he tekivät kokeet laboratorio-olosuhteissa. Lisäksi he huomioivat kohderyhmän valinnassa henkilöt, jotka saavuttivat helposti orgasmin. Kritiikkiä myös esittivät ryhmä feministiseksologeja ympäri maailmaa. (Väisälä 2006, 127.)

Seksologit kritisoivat Mastersin ja Johnsonin tutkimuksessa osoitettuja miesten ja naisten seksuaalireaktioiden samanlaisuutta, sillä seksologien mielestä se kuvaa huonosti naisten seksuaalisia kokemuksia. Seksologien mukaan Masters ja Johnson eivät huomioi mallissaan sukupuolista sekä sosiaalista eriarvoisuutta, ei myöskään etnistä taustaa, seksuaalista suuntautumista, parisuhdetta ja sen laatua eikä somaattisia syitä. Masters ja Johnson eivät myöskään huomioi mallissaan yksineläviä naisia. Kaiken kaikkiaan seksuaaliongelmien taustan selvittämiseksi on perusteellinen seksuaalianamneesin otto tärkeää, sillä elimellisen ja psyykkisen ongelman erottaminen on usein vaikeaa. Feministiseksologien mielestä häiriö -sanon käytössä on oltava varovaisia, koska on tärkeää kuunnella asiakasta ja asiakkaan henkilökohtaista sen hetkistä ongelmaa ja taustaa sille. (Väisälä 2006, 252.)

Helen Singer Kaplan lisäsi Mastersin ja Johnsonin malliin (M & J ja Kaplanin malli) seksuaalisen halukkuuden (desire), koska Kaplanin mukaan ei voi olla seksuaalista kiihottumista ilman halua (Väisälä 2004, 127). Kaplan (1979) muodosti tutkimustensa perusteella kolmivaiheisen seksuaalireaktiosarjan. Hänen mukaansa se muodostuu seksuaalisesta halukkuudesta, kiihottumis- ja orgasmivaiheista. Kaplan huomasi kliinisessä työssä, että nämä kolme vaihetta ovat erillisiä sekä selvästi havaittavia. Näille alueille tulee usein seksuaalisia toimintahäiriöitä (Greenberg ym. 2004, 244; Virtanen 2002, 145) myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle naiselle (Korpelainen ym. 1999; Marinkovic & Badlani, 2001; Tamam ym. 2008).

Kimuran ja tutkijakollegoiden (2001) tuloksissa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista naisista lähes puolet koki tyytymättömyyttä seksuaalitoimintoihin ja noin viidenneksellä tutkituista väheni seksuaalinen halu aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Ellis-Hill (2000) tutkimuksessa psykososiaalinen toipuminen vaikeutui tutkittavilla (Liite 2). Aivoverenkiertohäiriön jälkeen alle 60 -vuotiaista naisista kokonaan ilman yhdyntöjä oli 9 – 33 % ja iäkkäimmillä muutos oli vielä suu-

remppi. (Färkkilä, ym. 2003, 250; Korpelainen ym. 1999.) Seksuaalitoimintahäiriöt voivat vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöstä toipumiseen (Marinkovic & Badlani, 2001).

Rosemary Basson kehitti myös seksuaalireaktiomallin, joka perustuu haluun olla lähellä kumppania. Malli kehitettiin erityisesti naisen seksuaalisuuteen liittyen. Se on kehämäinen ja seksuaalireaktio voi alkaa mistä kohdasta tahansa. Myös seksuaalinen halu voi tulla mukaan kehän eri kohdissa, ei siis ainoastaan kehän alusta. Rosemary Bassonin malliin kuuluvat erilaiset tunteet ja henkiset tapahtumasarjat. (Väisälä 2006, 127 – 128.)

Sand ja Fisher (2007) tutkivat kanadalaisilta sairaanhoitajilta eri seksuaalireaktioiden malleja (Mastersin ja Johnsonin, M & J ja Kaplan sekä Bassonin mallit). Kysely lähetettiin 580 sairaanhoitajalle. Vastausprosentti oli 23 % (n=133), aineistosta analysoitiin 111 vastausta. Tutkimukseen otettiin mukaan vastaajat, joilla oli kysely hetkellä mieskumppani. Sairaanhoitajat vastasivat lisäksi FSFI -kyselyyn (Female Sexual Function Index). Tuloksena oli, että noin kolmasosa naisista valitsi Masters ja Johnsonin mallin, noin kolmasosa valitsi M & J ja Kaplanin mallin sekä noin kolmasosa vastaajista valitsi Bassonin mallin. Bassonin mallin valinneilla oli myös pienet FSFI -pisteet (<26.55), joten todennäköisesti heillä oli seksuaalisuuteen liittyviä huolia.

Kuviossa 2. esitetään seksuaalireaktiosarja David M. Reedin mukaan. Hän yhdistää Masters ja Johnsonin sekä Kaplanin seksuaalireaktiot neljä portaitseksi ”eroottisen virikkeen tie” -teoriaksi (Erotic Stimulus Pathway, ESP). ESP -teorian avulla voidaan ymmärtää ja kyetään hoitamaan seksuaalitoimintahäiriöitä.

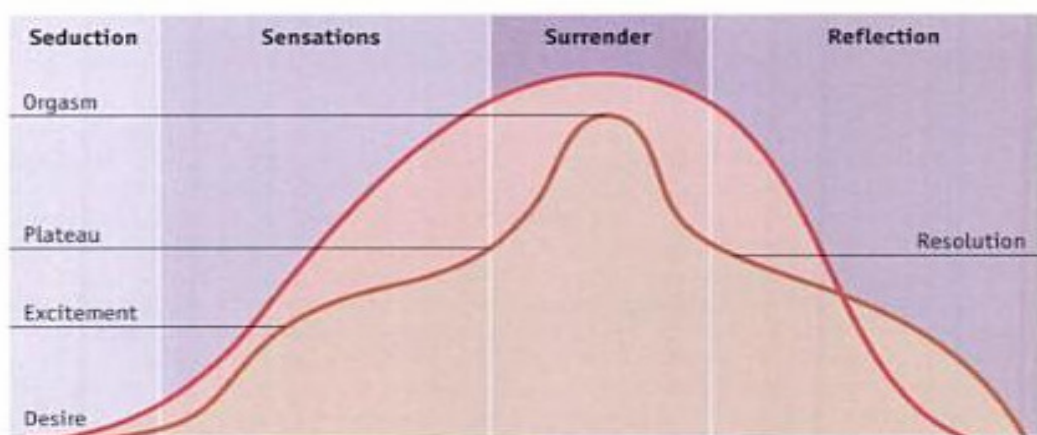
Viettely -vaiheessa (Seduction) henkilö oppii, kuinka hän voi saavuttaa seksuaalireaktion ja kuinka voi viehättää toista seksuaalisesti. Yleensä tässä vaiheessa henkilö käyttää viettelyn apuna muun muassa meikkausta, hajusteita, pukeutumista ja lähettää rakkausviestejä. (Greenberg ym. 2004, 245.)

Aiemmat muistikuvat ja toimintatavat vaikuttavat viettelyn syntymiseen. Esi-merkkinä murrosikäiset nuoret saattavat käyttää aikaa parantaakseen ulkonä-

köään vaatteilla tai meikkauksen avulla. Murrosikäisen itsetunto saattaa parantua toiminnan seurauksena. Parempi itsetunto johtaa taas siihen, että toisen henkilön vietteleminen voi olla helpompaa. Nuoren vanhetessa, nämä murrosiässä koetut hyvän olon tunteet muuttuvat seksuaaliseksi haluiksi ja kiihottumiseksi. Tällaiset viettelytekniikat pysyvät henkilön muistissa, ja niitä on mahdollista tuoda esille myöhemmin elämässä. (Greenberg ym. 2004, 245.)

Tunteiden -vaiheessa (Sensations) henkilön erilaiset tunteet tehostavat seksuaalista kiihottumista ja pitkittävät tasannevaihetta. Aikaisemmat kokemukset, muun muassa koskettamisesta ja intiimit keskustelut tulevat tärkeiksi, sillä ne auttavat säilyttämään seksuaalisen kiinnostuksen ja kiihottumisen. Tässä vaiheessa henkilö yleensä käyttää kaikkia aistejaan. (Greenberg ym. 2004, 245).

Heittäytymis -vaiheessa (Surrender) antaudutaan orgasmille, joka voi olla ”psykofysiologinen yllätys”. Henkilö ei yleensä voi kontrolloida itseään. Yli- tai alikontrolli voi vaikuttaa henkilön mahdollisuuteen tai kykyyn nauttia sekä ilmaista intohimoaan. Reflection -vaiheessa seksuaalisella kokemuksella on merkitystä. Seksuaalinen kokemus, oli se sitten positiivinen tai negatiivinen, saattaa vaikuttaa myöhempään seksuaaliseen haluun tai toimintaan. (Greenberg ym. 2004, 246.)



KUVIO 2. Seksuaalireaktiosarja David M. Reedin mukaan (Greenberg ym. 2004, 245).

Tässä opinnäytetyössä seksuaalireaktiosarja esitetään tuloksissa Kaplanin (1974) mallin mukaan: seksuaalisen halun vaihe, kiihottumisen vaihe ja orgasmin vaihe. Näissä kolmessa vaiheessa on todettu olevan seksuaalitoimintahäiriöitä, ja nämä kolme vaihetta voidaan todeta erikseen seksuaalireaktiosarjassa. (Greenberg ym. 2004, 244.) Lundbergin, Ertekin, Ghezzin Swashin ja Vodusekin (2001) mielestä Kaplanin malli soveltuu hyvin seksuaalireaktioiden tutkimiseen.

Seksuaalinen halu on seksuaalisen motivaation perusmuoto (Kontula 2008, 42). Greenberg ja tutkijakollegat (2004) sisällyttävät seksuaalisen motivaation psykologisen seksuaaliulottuvuuden osatekijäksi. Seksuaalinen motivaatio esitetään opinnäytetyössä tarkemmin psykologisessa seksuaaliulottuvuudessa.

3.3.2 Psykologinen ulottuvuus

Psykologinen seksuaalinen ulottuvuus käsittää seksuaalisen motivaation (motivation), tunteet (emotions), opitut asenteet ja käyttäytymisen (learned attitudes and behaviors), minäkuvan (self-concept) ja kehon kuvan (body image), kokemukset (experience) sekä ilmaisukyvyyn (expressiveness) (Greenberg ym. 2004, 31). Edellisistä osatekijöistä opinnäytetyössä käsitellään seksuaalista motivaatiota, tunteita, opittuja asenteita ja käyttäytymistä, minäkuvaa sekä kehon kuvaa, kokemuksia ja ilmaisukykyä.

Motivaatio

Seksuaalinen halu on seksuaalista motivaatiota. Vaihtelut halussa ovat yksilöllisiä, ja halu voi vaihdella johtuen kumppanista tai tilanteesta (Kontula 2008, 42; 55). Halun ollessa riittävä, elimistössä kehittyy seksuaalireaktiosarja. Psykkinen kiinnostus eli motivaatio johtaa seksuaalisen halun heräämiseen, kiihottumiseen ja orgasmiin. (Greenberg ym. 2004, 244.)

Seksuaalinen motivaatio, tunne omasta seksuaalisuudesta, ja seksuaalinen halu pohjautuvat melko usein ei-seksuaalisille asioille, kuten läheisyyteen, rakkauteen ja kiintymyksen osoittamiseen, yhteiseen fyysiseen kokemukseen

ilolle, sitoutumisen vahvistamiseen tai haluun olla hyväksyty ja haluttu. (Kajan 2006, 113.)

Naisen seksuaaliseen haluun vaikuttavat muun muassa stressi, aiemmat seksuaaliset kokemukset, terveydentila, lääkkeet, suhde seksuaalisuuteen ja seksiin sekä parisuhde (Kajan 2006, 114). Aivoverenkiertohäiriön jälkeen haluttomuus kestää vajaasta vuodesta vajaaseen kahteen vuoteen, joten on hyvä antaa itselleen ja kumppanilleen aikaa (Liippola ym. 2004, 10).

Tunteet

Tunteet antavat elämään syvyyttä ja ulottuvuuksia. Kaikilla on oikeus tunteisiinsa, vaikka ne eivät toisen mielestä olisi hyväksyttäviä. Tunteet eivät ole oikeita tai vääriä, vaan tunteiden osoittaminen voi olla väärin, esimerkiksi lyömällä (Ilmonen & Karanka 2001, 177.) Monet tunteet, kuten häpeä, itseinho sekä riittämättömyyden ja arvottomuuden tunteet, voivat aiheuttaa eristäytymistä. Tunteiden esittämisessä voi olla ristiriitaa, esimerkiksi häpeän tunteen voi näyttää toiselle siten, että ollaan vihaisia ja voidaan jopa vetäytyä seksuaalitoiminnasta. Tunteiden käsittelytaitoja voidaan oppia. Pari- tai seurustelusuhteen turvallisuus varmistaa, että ongelmia voidaan ratkaista ja uskalletaan olla avuttomia. (Kumpula & Malinen 2006, 374.)

Tunnetilat vaikuttavat seksuaalisuuteen. Monet ongelmat, kuten stressi, ongelmat työssä ja myös masennus tai huono itsetunto lisäävät ongelmia intiimissä suhteessa. Mitkä tahansa ongelmat tunne-elämän alueella sitten ovat, niillä voi olla suuria vaikutuksia seksuaalisuuteen. Toisaalta joskus voi olla seksuaalisen kiinnostuksen puutetta, ja se on normaalia. (Greenberg ym. 2004, 497.) Aivoverenkiertohäiriön jälkeen tunteiden näyttäminen ja tulkitseminen voivat vaikeutua (Liippola ym. 2004, 17), esimerkiksi puheen tunteesävyn erottelussa (ks. Hokkanen 2001 ym.)

Opitut asenteet ja käyttäytyminen

Opitut asenteet saattavat olla esimerkiksi kommunikaation esteenä. Vanhemmat voivat suojella lastaan, jos puheessa viitataan seksuaalisuuteen. Sen

seurauksena myöhemmässä elämän vaiheessa voi hän kokea häpeää seksuaalisuudesta puhuttaessa. Jos lapset saavat puutteellista tietoa seksuaalisuudesta lapsuudessaan, voi seurauksena olla, että aikuisena he tukahduttavat seksuaaliset tunteensa. (Greenberg, ym. 2004, 90; Heiman & LoPiccolo 1990, 33.)

Myytit ovat usein esteenä, kun puhutaan seksistä ja seksuaalisuudesta, esimerkiksi seksi on luonnollista, mutta puhuminen siitä on ajan haaskausta tai on epäromanttista puhua seksistä, seksi on likaista, seksistä ei ole tarkoitus keskustella ja seksi ei kuulu sairastuneelle. (De Villers 1998, 19 – 20.) Annoin (1976, 9) mukaan myytit ovat sidoksissa kulttuuriimme. Hän toteaa, että lukuisista tutkimuksista antropologian ja sosiologian alueilta käy ilmi, että vapaissa kulttuureissa, naiset voivat vapaasti ilmaista seksuaalisuuttaan.

Minäkuva ja kehon kuva

Kehon kuva on psyykinen käsitys ulkonäöstä. Siihen vaikuttavat muun muassa arvot ja se, millainen käsitys itsellä on hyvästä fyysisestä ulkonäöstä sekä eettinen tausta. Minäkuvan käsite on tavallisesti liitetty läheisesti kehon kuvaan, sillä hyvä kehon kuva edistää luottamusta itseensä, ja sitä kautta lisää itsevarmuutta suhtautumisessa toiseen. Kehon kuva vaikuttaa seksuaalikäyttäytymiseen. Mitä positiivisempi kuva tai käsitys on itsestään, sitä avoimempi on ilmaisemaan itseään seksuaalisesti. (Greenberg ym. 2004, 175.) Hyvä minäkuva kannustaa myönteiseen käyttäytymiseen, edistää sopeutumista fyysiseen vammaan ja auttaa selviämään vaikeissa elämän tapahtumissa (Bakheit, Barrett & Wood 2004). Itsetunnon puute vaikuttaa seksuaalireaktiosarjaan. Omaan kehoon tyytymättömyys saattaa estää seksuaalista kiihottumista. (Greenberg ym. 2004, 4 – 5.)

Vaihevuosi-ikäen tullessa osa naisista kokee kuukautisten poisjäännin positiivisena. Osalle taas kuukautisten poisjäänti voi vaikuttaa itsetuntoon. Vaihevuosi-ikäessä alkaa tulla fyysiseen ulkonäköön liittyviä muutoksia, esimerkiksi ihoon ilmaantuu rypyjä, tukka harmaantuu ja harvenee sekä vartalon malli muuttuu. Nämä voivat vaikuttaa naisen käsitykseen omasta seksuaalisesta viehättävyydestään. (Rautiainen 2006, 232.)

Vakava sairaus aiheuttaa usein itsetunnon ja itsearvostuksen puutetta (Ilmonen 2008a, 47; Bakheit ym. 2004), ja silloin aivoverenkertohäiriöön sairastunut nainen voi joutua arvioimaan naiseuttaan uudestaan (Ilmonen 2008a, 47). Tutkimuksen mukaan aivoverenkiertohäiriöllä on vaikutusta negatiivisesti myös itsetuntoon (Chad, Vickery, Sepehri & Evans 2008). (Liite 2) Kommunikaatio-ongelmien ja itsetunnon yhteys on saanut liian vähän huomiota. Puhe-ongelmat eivät välttämättä korreloi merkittävästi itsetuntoon enää kuusi kuukautta aivoverenkiertohäiriön jälkeen (Bakheit ym. 2004).

Ellis-Hillin (2000) tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet kuvailivat itseään negatiivisin termein, ja kokivat itsensä kykenemättömiksi sekä riippuvaiseksi toisista ihmisistä. He olivat sairastumisensa jälkeen tyytymättömiä itseensä, eivät kiinnostuneet muista ihmisistä sekä olivat vähemmän aktiivisia ja luottavaisia kuin aiemmin. (Liite 2). Kehon kuva on psykologisesti tärkein tekijä, joka vaikuttaa seksuaaliseen hyvinvointiimme (Greenberg ym. 2004, 6).

Oman kehon hyväksymistä voi harjoitella kumppaninsa kanssa. Monet tutkimukset osoittavat, että pareilla, jotka harjoittelevat alastomana oloa on parempi kehonkuva. He pitävät alastomuutta luonnollisena, ja se voi auttaa rakkauselämässä. (De Villers 1998, 59 – 60.)

Kokemukset

Seksuaalisen mielihyvän kokeminen lisää ihmisen psyykkistä toimintakykyä. Sen avulla ihminen palautuu stressaavista kokemuksista ja ”kykenee lataaman henkisiä akkujaan”. Seksuaalisen mielihyvän kokemuksen jälkeen tulisi olla tyydyttynyt ja tasapainoinen olo. (Salmimies 1995, 191.) Omia kokemuksia voi lisätä mielikuvituksen avulla. Mielikuvituksia voi käyttää itsetyydytyksestä seksileikkeihin. (Karkaus-Rikberg 2000a, 299.)

Seksuaalinen motivaatio ja halu synnyttävät myös seksuaalisia mielikuvia, ajatuksia ja unelmia (Kontula 2008, 42). Seksuaalisessa asiayhteydessä käytetään käsitettä seksuaalifantasiat. Seksuaalifantasiat ovat melko yleisiä. (Greenberg ym. 2004, 368.) Seksuaalifantasia saattaa aiheuttaa ahdistusta, silloin siitä voi poistaa sen häiritsevän mielikuvan. Usein seksuaalifantasiat

ovat hyödyllisiä eikä niillä petä kumppaniaan. (Heusala 2001, 99.) Seksuaaliset fantasiat ovat hyväksi, koska ne voivat toimia mielihyvänlähteenä ja voivat lisätä seksuaalista kiihottumista. (Greenberg ym. 2004, 370). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen voi aiheuttaa, ettei mielikuvia välttämättä synny (Liippola ym. 2004, 12), koska aivojen osat, jotka säilyttävät niitä, voivat olla vaurioituneet. (ks. Soinila 2001 28).

Masturbointi on omien sukupuolielinten hyväilyä seksuaalisen mielihyvän lisäämiseksi. Se on yleistä. Nainen voi käyttää apuvälineitä, kuten dildoa tai liukastetta. Masturbointi voi aiheuttaa monenlaisia negatiivisia tunteita, esimerkiksi kiusaantumista tai huonommuuden tunnetta, joihin voi olla syynä kulttuuritausta. Masturbointi voidaan kokea jopa vaaralliseksi, sillä myytinä on, että se aiheuttaa steriliteettiä, seksuaalisia toimintahäiriöitä tai psyykkistä riippuvuutta. Masturbaatio on ihmisen oma valinta (Heiman & LoPiccolo 1990, 194; Greenberg ym. 2004, 366 – 368), ja ikääntyvälle naiselle hyvä mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan ilman kumppania (Greenberg ym. 2004, 488).

Esileikki on fyysinen kontakti toiseen ihmiseen ja tavallisesti johtaa yhdyntään tai suuseksiin. Esileikki sisältää koskemista, suutlua ja sukupuolielinten hyväilyä. (Greenberg ym. 2004, 371.) Färkkilän ja Ruutiaisen (2003, 205) sekä Liippolan ja muiden (2004, 10) mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen käytettiin vähemmän aikaa esileikkiin.

Ilmaisukyky

Keskustelu parisuhteessa on hyväksi, koska puoliso ei voi lukea ajatuksia. Ensimmäinen askel hauskempaan rakkauselämään on keskustelu sukupuoliasioista sängyssä ja sen ulkopuolella. Tyydyttävään rakkaussuhteeseen kuuluu, että suhteessa voidaan puhua vapaasti seksuaalisuudesta ja seksistä. (De Villers 1998, 16 – 17.) Usein ihmiset ovat vaivautuneita puhuessaan sukupuolielimistään. Keskustelu seksistä voi edistää kommunikaatiota ja parisuhdetta. (Greenberg ym. 2004, 92 – 93.)

Kontula (2008, 67) tutkimuksessa seksuaalisen haluttomuuden vaikutuksesta parisuhteeseen ilmeni, että seksistä keskustelua avoimena ja helppona pitivät miehistä 58 % ja naisista 44 %, jos parisuhteessa ei ollut seksuaalista haluttomuutta. Tilanteessa, kun parisuhteessa oli seksuaalista haluttomuutta, halu keskustella molemmilla sukupuolilla väheni 17 %:iin.

Toisaalta suurin osa kommunikaatiosta tulee non-verbaalisena viestintänä. Jos verbaalisessa eli sanallisessa ja non-verbaalisessa eli sanattomassa viestinnässä tulee ristiriitaa, viestin vastaanottaja uskoo enemmän sanatonta viestintää. Valitettavasti, sanattomasti ilmaistut tunteet ja ajatukset, on usein helppo ymmärtää väärin. (Greenberg ym. 2004, 84.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen, jos puoliset eivät kyenneet keskustelemaan sukupuolielämästään, yhdyntöjen määrä väheni (Färkkilä & Ruutiainen 2003, 250). Aivoverenkiertohäiriön puutosoireet vaikuttavat ilmaisukykyyn (Rosenberg 2006, 301), erityisesti vasemman aivopuoliskon vauriossa. Puhekyvyn kadotessa, ainakin joksikin aikaa, vie uuden ilmaisukykyyn opettelu sairastuneelta voimavaroja. Puheen korvaamiseen kommunikoinnissa voi käyttää eleitään, ilmeitään ja kehoaan. (Hokkanen ym. 2001, 104; Liipola ym. 2004, 12.)

Kosketus, ilmeet, eleet ovat tietoisien mielen tavoittamattomissa, ja siten vaikeasti ilmaistavia. Näissä tulee esille usein kielletyt tunteet, pelot ja ahdistukset sekä kuvitelmat ja toiveet. Tarvitaan paljon luottamusta ja turvallisuutta toiseen, jotta voi antautua intiimiin läheisyyteen. (Kumpula & Malinen 2006, 371.)

3.3.3 Sosiokulttuurinen ulottuvuus

Greenberg kollegoineen (2004) esittää sosiokulttuurisen seksuaaliulottuvuuden osatekijöiksi sosioekonomisen aseman (socioeconomic status), lait (laws), uskonnon (religion), kulttuurin (culture), kansallisen perinnön (ethnic heritage), informaatiovälineet (media and ad information), omaiset, naapurit ja ystävät (family, neighbors, and friends) sekä eettisyyden (ethics) (Greenberg

ym. 2004, 31). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan sosiokulttuurisen seksuaaliulottuvuuden kautta puolisoa/kumppania, ihmissuhteita sekä informaatiovälineitä, jo olemassa olevaa ohjelehtistä, yhdistyksen lehteä, ja Internetiä.

Puoliso tai kumppani

Yhteyden kokemiseen perustuva turvallisuus on hyväksi parisuhteessa, mutta toisaalta on huolehdittava sopivasta välimatkasta. Se mahdollistaa yksilöllisen erillisyyden ja itsenäiseksi kasvamisen. Hyvän parisuhteen luominen rakentuu kunnioituksen, luottamuksen ja anteeksi antamisen periaatteelle. Toisen kunnioittaminen on mahdollista, jos kunnioittaa itseään ja omaa elämäänsä. Siihen tarvitaan myös nöyryyttä, joka antaa mahdollisuuden virheidensä myöntämiseen ja kykyä antaa anteeksi toiselle sekä itselleen. (Hämäläinen 2000,15.)

Vakava sairaus voi muuttaa parisuhteen luonnetta. Aiemmin tasavertainen kumppanuus voi muuttua hoitosuhteeksi (Ilmonen 2008a, 47), ja eroottinen hellyys voi kadota parisuhteesta (Rosenberg 2006, 301). Seksuaalisessa kanssakäymisessä ei ole tärkeintä yhdyntään johtava seksi, vaan emotionaalinen läheisyys, mielihyvän antaminen ja saaminen (McCarthy & McCarthy 2003, 32) sekä vuorovaikutus (Ilmonen & Nissinen 2006,447).

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut voi kokea ongelmia aivoverenkiertohäiriön puutosoireiden vuoksi, esimerkiksi tutuissa liikkeissä voi olla vaikeuksia ja sairastunut tahattomasti nipistää kumppaniaan (Liippola ym. 2004, 12). Aivoverenkiertohäiriön seurauksena vartaloon tulleissa muutoksissa, kuten tuntopuutoksissa, voi kumppania opettaa, mistä nauttii ja miten siihen nautintoon pääsee. Millainen käden liike, sivellykset tai painallukset saavat kiihottumaan. Kumppanit tukevat ja rohkaisevat toisiaan sekä fyysisesti että henkisesti. Tukeneminen merkitsee ymmärtämistä ja rohkaisemista painostamisen ja arvostelemisen sijaan. (Heiman & LoPiccolo 1990, 194 – 195.)

Henkilökohtaiselle hyvinvoinnille on kosketus tärkeää. Rakastava kosketus purkaa estoja ja luo yhteyden puolisoon. Kosketus voi olla parantavaa sekä se voi olla myös henkisen mielihyvän lähde. Kosketuksen muotoja ovat tunteita

ilmaiseva kosketus, aistillinen kosketus ja seksuaalinen kosketus. (De Villers 1998 93, 95; Liippola ym. 2004, 10.)

Tunteita ilmaiseva kosketus luo turvaa ja hyvää oloa, esimerkiksi halaaminen ohimennen arkisten touhujen lomassa. Toista ihmistä voi myös silitellä ja kevyesti taputella. Aistillinen kosketus on rauhallista ja hyväilevää, joka auttaa rentoutumaan ja tuo mielihyvää. Aistillisesta kosketuksesta nauttii kaikilla aisteilla. Päämääränä kosketuksessa ei ole seksuaalinen kiihottuminen. Aistillisella kosketuksella voidaan saavuttaa läheisyyttä, ja se voi toimia intohimon ja halun syyttäjänä. (Ranta 2006, 135.) Seksuaalinen kosketus kohdistuu sukupuolielinten alueelle. Se on seksuaalisesti kiihottavaa. (Ranta 2006, 135.) Heimanin & LoPiccolon (1990, 28 – 29) mukaan ”aistillisen” ja ”seksuaalisen” kosketuksen välillä ei ole olennaista eroa. Mielihyvänkokemukset, läheisyys ja kosketus, virittävät aistit (Kumpula & Malinen 2006, 371).

Sairastuneen puolisoilla oli merkittävä rooli seksuaalisessa aktiivisuudessa. Puolisoilla esiintyi pelkoa sairastumisen uusiutumista kohtaan ja kiihottumisvaikeuksia, jotka aiheuttivat pidättäytymistä seksistä. (Rosenberg 2006, 301; Giaquinton, Buzzellin, Di Francescon & Nolfen 2003.) (Liite 2). Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut nainen voi pelätä kumppaninsa menettämistä tai sitä, voiko hän jatkossa solmia ihmissuhteita (Rosenberg 2006, 281).

Ihmissuhteet

Kulttuuri ja ihmissuhteet muokkaavat seksuaalisuutta jatkuvasti. Muutos ilmenee ihmisissä eri tavalla. Toiset saattavat elää elämänsä ilmentämättä seksuaalisuuttaan millään tavalla. Seksuaalisuuden voi suunnata muualle ja henkilö voi elää antoisaa elämää. Toiset taas jatkavat nuorena aloittamaansa aktiivista seksuaalielämää, jos olosuhteet sen sallivat. (Rautiainen 2006, 227 – 228.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen määrittelee naisen vain sairauden kautta, josta voi seurata eristäytyminen ja ystävät voivat jäädä taka-alalle. Sairastunut ei rohkene toimia kodin ulkopuolella. (Carod-Artal ym. 2000; Liippola ym. 2004, 15.)

Naisten joukossa ilman parisuhdetta elävien määrä alkaa kasvaa 40. ikävuo-
den jälkeen nopeammin kuin miesten. Syitä siihen ovat avioero ja leskeksi
jääminen, sillä naiset ikääntyessään, pysyvät useimmiten terveimpinä kuin
miehet. (Greenberg ym. 2004, 488; Rautiainen 2006, 231.) Omien lasten
asenteiden on todettu häiritsevän ikääntyvien uusia seurustelusuhteista ja si-
toutumista uuteen kumppaniin (Rautiainen 2006, 231).

Myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen vaikuttaa ihmissuhteisiin (Tuusa
2008). Terveystieteiden huollossa on huomioitava tiimityö, jossa yhtenä jäsenenä on
aivoverenkiertohäiriöön sairastunut sekä sairastuneen mahdollinen kumppani
tai läheinen. Kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata lääketieteellisen ja muut
psykososiaaliset tuen tarpeet sekä seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset.
(Rosenberg 2006, 303.)

Informaatiovälineet

Informaatiovälineet vaikuttavat yleisen mielipiteen muodostumiseen. Folkerts,
Lacy ja Davenport (1998) totesivat, että medialla on vaikutusta erityisesti sek-
suaalisuuteen, sukupuolirooleihin ja seksuaaliseen käyttäytymiseen. Viime
vuosina televisio-ohjelmien, sanoma- ja aikakauslehtien sisältämä seksuaali-
nen viestintä on lisääntynyt. (Greenberg ym. 2004, 11.) Informaatiovälineet
levittävät viimeisintä seksologian alan tietoa ja tarjoavat julkisen foorumin kes-
kustelulle, etenkin naisten oikeuksiin nauttia seksuaalikokemuksista. (Kontula
2000a, 234 – 235.) Toisaalta media voi välittää seksuaalisuudesta epärealisti-
sia odotuksia, esimerkiksi ”saippuaoopperoissa” ja ihmiset voi luulla, että heil-
lä on seksuaalitoimintahäiriöitä (Greenberg ym. 2004, 566).

Sairastuneella ja vammautuneella on oikeus saada asianmukaista tietoa, sillä
monia esteitä voidaan vähentää asianmukaisella tiedolla (Karkaus-Rikberg
2000a, 296). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet hakevat itsenäisesti tietoa
potilasjärjestön lehdestä, Internetistä ja opaskirjasesta (Tuusa 2008). Tekno-
logian kehitys on tuonut Internetin lähes kaikkiin koteihin ja mahdollistaa kes-
kustelut reaaliajassa erilaisilla keskustelualustoilla (Greenberg 2004, 677).
Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n nettisivuilla on tietoa aivoverenkiertohäiriöön
sairastumisesta (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2002).

4 NAISEN SEKSUAALINEUVONTA AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUMISEN JÄLKEEN

Sairastuneen ja vammaisen seksuaalisuus on vielä tabu, joten heidän läheisilleen ja ammattihenkilöstöllä voi olla vaikeuksia suhtautua, etenkin vammaisen naisen, seksuaalisuuteen ja tarpeiden ilmaisuun. (STM 2007, 33). Mitä arvokkaammasta asiasta on kyse, sitä voimakkaampia tunteita se aiheuttaa. Seksuaalisuudesta ja sukupuolisuudesta voi tulla tabu. Tabulla voidaan leimata jokin ilmiö pyhäksi tai pahaksi ja kirotuksi. Tabu on usein kaksinkertaisesti kiellettyä, kuten sairastuminen ja seksuaalisuus, silloin siitä ei voi aina edes puhua. Vaikeneminen estää ilmiöiden käsitteellistämisen ja sen rationaalisen käsittelyn. (Ilmonen & Nissinen 2006, 24.)

4.1 Seksuaalineuvonta

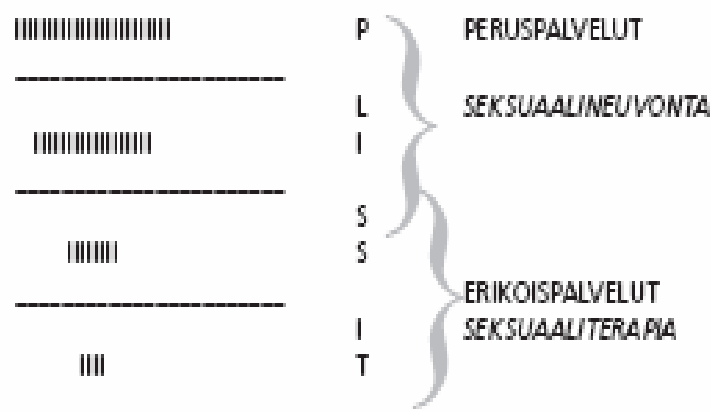
Seksuaalineuvonta tarkoittaa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa ammatillista asiakas- tai potilastyötä. Neuvonnan sisältö liittyy seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen kuuluviin kysymyksiin ja ongelmiin. (Ilmonen & Nissinen 2006, 449.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen tärkeimpiä aiheita olivat psyykkinen jaksaminen muutoksessa ja sairastumisen vaikutus ihmissuhteisiin. (Tuusa 2008). Tuusan (2008) tutkimuksen tulokset osoittivat, että sairastuneet olivat saaneet liian vähän tietoa sairaalassa. Naiset olisivat halunneet puhua enemmän. (Liite 2). Työntekijät saattavat jäädä odottamaan, että asiakas itse ottaa tiedon tarpeensa puheeksi ja silloin vastuun jää asiakkaalle (Ilmonen 2006, 43).

Ammatillisesti toimiva ammattihenkilö on aloitteentekijä ja toimii luvan antajana seksuaalisuudesta puhumiseen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen kohtaamisen liittyviä haasteita terveydenhuollon työntekijällä on oma ihmiskuvansa, kokemuksensa, koulutuksensa ja ammatillinen viitekehys. (Ilmonen 2006, 43.) Ammatillisuuteen liittyy myös omien rajojen tunnistaminen: riit-

tääkö aiemmin opittu, kykeneekö kohtaamaan vammaisen tai pitkäaikaissairaahan seksuaalikäytökäytökset ja riittävätkö vuorovaikutustaidot (Ilmonen 2006, 45).

Seksuaalineuvonta voi tapahtua yksilöneuvontana tai ryhmässä tapahtuvana neuvontana. Ryhmässä tapahtuva neuvonta on yleisemmällä tasolla tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa. Yksilöneuvonnassa tieto kohdistuu juuri siihen ajankohtaiseen asiaan, josta asiakkaalla tai pariskunnalla ei ole tietoa. (Ilmonen 2008b, 80; Ilmonen 2006, 46.)

PLISSIT -malli (Annon 1976, kuvio 3.) on seksuaalineuvonnan toimintaväline, joka kuvaa seksuaalineuvonnan eri tasoja, P – LI – SS – IT. Malli tarjoaa lähestymisen neljällä tasolla, jossa jokaisella kirjaimella tai kirjain parilla kuvataan menetelmää, jolla voidaan kartoittaa asiakkaiden seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Sen avulla asiakas saa asiallista tietoa oikein termein sekä auttaa työntekijää ohjaamaan asiakas tarvittaessa jatkohoitoon erikoispalveluihin, kuten seksuaali- tai intensiiviterapiaan. Kuvio selventää mallin käyttötasoja ja esittää sen, että ylhäältä alaspäin mentäessä edellytetään työntekijältä enemmän tietoa ja taitoa, koulutusta sekä aikaa asiakkaalle. (Annon 1976, 3 – 4, 9; Ilmonen 2006, 45, 79.)



KUVIO 3. P – LI – SS – IT -mallin sovellus (Annon 1976, 4; Ilmonen 2008b, 79.)

Kaksi ensimmäistä tasoa, luvan antaminen ja kohdennetun tiedonanto sekä jossain määrin erityisohjeiden antaminen ovat seksuaalineuvontaa. Seksuaalineuvonnan tulisi toteutua terveydenhuollon peruspalveluissa, ellei peruspalveluista ole apua tarvitaan seksuaaliterapiaa. (Ilmonen 2006, 46)

Permission eli luvan antaminen tai salliminen on taso (Ilmonen 2008b, 80), jolla ihminen haluaa tietää, mikä on tavanomaista ja normaalia ja mikä ei. Hän haluaa varmistaa, ettei ole ”poikkeava” tai ”epänormaali”. Työntekijä voi antaa tietoa ja rauhoitella asiakasta, että hän ei ole yksin tai epätavallinen kyseisen huolen kanssa, vaan myös toisilla samassa tilanteessa on samanlaisia ongelmia. Tällä ensimmäisellä tasolla annetaan neuvontaa, jotta ehkäistään mahdolliset ongelmat tulevaisuudessa. Luvan antamisen tasolla voidaan käsitellä useita huolenaiheita, kuten ajatuksia, seksuaalisia fantasioita, unelmia, tunteita, kuten ahdistusta seksuaalista kiihottumista kohtaan. (Annon 1976, 4 – 5.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta naista on hyvä kiinnittää huomiota siihen, mitä voimavaroja hänellä on jäljellä (Rosenberg 2006, 283).

Luvan antamisen tasolla työntekijän on huomioitava rajat, esimerkiksi lait. Hänen täytyy olla tietoinen siitä, mihin antaa asiakkaalle luvan. (Annon 1976, 7; Ilmonen 2006, 48.) Luvan antamisen tasolla seksuaalisen itsemääräämisoikeuden kannalta on seksuaalioikeuksilla, sosiaalisesti hyväksyttävällä käytöksellä ja lainsäädännöllä merkitystä. Toisten ihmisten huomioiminen ja kunnioittaminen ovat tärkeitä omien halujen ja oikeuksien ohella. (Ilmonen 2006, 48.)

Luvan antamisen tai sallimisen tasolla saadaan hyötyä monelle asiakkaalle, joilla on seksuaalisia huolenaiheita, sillä se vie vähän aikaa työntekijältä. Tällä tasolla ei ratkaista seksuaaliongelmia, vaan huolia. (Annon 1976, 5.) Työntekijälle on tärkeä löytää luonteva tapa puhua seksuaalisuudesta, ja hänellä täytyy olla laaja sanavarasto seksuaalisuudesta, jotta hän voi asettua samalle tasolle asiakkaan kanssa (Ilmonen 2008b, 81; Ilmonen 2006, 47).

Luvan antamisessa on tärkeää, miten asiantuntija muotoilee kysymykset. Niiden tulisi olla riittävän avoimia ja erilaisia toimintoja normalisoivia. Ne eivät siis sisällä päätelmiä eivätkä normeja. Kysymysten teossa on hyvä muistaa perhemuotojen moninaisuus. Luvan anto kohdistuu asiakkaan näkökulmaan ja

hänen tavoitteisiinsa. Asiakkaalta on hyvä tarkistaa, onko hänellä riittävästi tietoa ja kykyä valintojen tekoon. (Ilmonen 2006, 47, 49, 52.) Vammaisilla tiedon saannin esteinä saattavat olla erilaiset vammaan liittyvät esteet, muun muassa kommunikaatio-ongelmat (Karkaus-Rikberg 2000a, 299) tai sairauden tunnon puute (ks. Jehkonen 2006,16).

Limited information eli kohdennetun tiedon taso (Ilmonen 2008b, 82) yhdistetään usein luvan antamisen tasoon. Tällä tasolla kerrotaan asiakkaalle, että hän voi jatkaa seksuaalisuutensa toteuttamista. (Annon 1976, 8 – 9.) On toivottavaa, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen kanssa keskustellaan seksuaalisuuteen ja intimitettiin liittyvistä asioista, sillä taustalla olevat liikerajoitteet ja samanaikaiset verenkiertosairaudet voivat mutkistua lääkkeiden sivuvaikutusten myötä. Monet potilaat pelkäävät väärin perustein, että aktiivinen seksuaalielämän jatkaminen saattaa aiheuttaa uuden aivoverenvuodon. (Meretoja, Sairanen, Tatlisumak & Kaste 2008, 39; Färkkilä ym. 2003, 250.)

Kohdennettu tieto annetaan nimenomaiseen seksuaaliseen huolenaiheeseen. Yleisiä seksuaalisuuteen liittyviä huolenaiheita ovat esimerkiksi myytit (Annon 1976, 9). Asiakkaan on hyvä saada tietoa aina silloin, kun tuntuu, että häneltä joltain alueelta puuttuu tietoa (Ilmonen 2008b, 82), esimerkiksi vaihdevuosista ja vanhenemisesta sekä vammojen, sairauksien, lääkkeiden, alkoholin ja tupakan vaikutuksista seksuaalitoimintoihin (Ilmonen 2006, 54). Muuten asianmukainen tieto korvautuu uskomuksilla ja kuvitelmillä, jotka voivat aiheuttaa pelkoja ja ahdistusta (Ilmonen 2008b, 82). Tietoa voi antaa myös edellisten elintapojen ja omaan kehoon suhtautumisen lisäksi myös yhdyntä- ja orgasmikeskeisyydestä. Orgasmin ei tarvitse olla seksin tavoitteena, vaan läheisyys, koskettaminen ja yhdessäolo voivat olla yhtä nautinnollista. (Ilmonen 2006, 54 – 55.)

Tiedon antamisen tasolla työntekijällä täytyy olla riittävät tiedot seksuaalisuudesta (Ilmonen 2006, 53), sillä sukupuoli- ja seksuaalisuus ovat niin moninaisia ja laaja-alaisia eri ilmenemismuotoineen. Tarvittaessa hänen on lähetettävä asiakas asiantuntijalle kolmatta tasoa varten. (Annon 1976, 10.)

Specific Suggestions tarkoittaa erityisohjeiden antamista, joka edellyttää työntekijältä perehtymistä asiakkaan taustaan saadakseen tarkan kuvan asiakkaan ongelmasta (Annon 1976, 10; Ilmonen 2006, 55).

Tietoja asiakkaasta kerätään seksuaalianamneesin (The sexual problem history) avulla, sillä työntekijän täytyy kartoittaa asiakkaan seksuaaliongelma. Tätä ei Annonin mukaan pidä sekoittaa seksuaalihistoriaan. Jos työntekijä käy läpi asiakkaan kanssa hänen koko seksuaalihistoriansa, se johtaa intensiiviterapiaan, ei lyhytterapiaan. (Annon 1976, 10.)

Seksuaalianamneesin lähtökohtana on asiakkaan sen hetkinen ongelma, ongelman alku ja syy. Alussa kartoitetaan ongelman alkamisen ajankohta, alkoi-ko se vähitellen vai äkillisesti ja ilmeneekö ongelma satunnaisesti vai onko se jatkuvaa. Ongelmaan liittyvät seikat on myös hyvä kartoittaa: onko ongelmas-
sa tapahtunut muutoksia, onko se lisääntynyt vai vähentynyt tai onko ongelmassa suuria vaihteluita muun muassa tiheydessä, intensiteetissä ja liittykö se johonkin parisuhteeseen. Seksuaalianamneesissa kartoitetaan asiakkaan oma käsitys ongelmista ja pääongelma sekä aikaisempi hoito ja tulokset. Anamneesissa kysytään, onko henkilöllä lääkitystä jonkin sairauden vuoksi. Lyhytterapiaa varten kysytään asiakkaan odotukset ja tavoitteet sekä konkreettinen tavoite että ihannetavoite. (Annon 1976, 11.)

Seksuaalianamneesin kartoittamisessa täytyy ottaa huomioon työntekijän pätevyys, kuten tieto, taito ja ajankäytön mahdollisuus. Työntekijän on hyvä käyttää valmista lomaketta apuna haastattelussa tai antaa asiakkaalle kyselylomake, jonka asiakas voi täyttää. (Annon 1976, 11.)

Erityisohjeet voivat olla esimerkiksi käytännön neuvojen antamista yksinäisiksi itsensä kokeville, missä hänellä on mahdollisuus tavata ihmisiä. Erityisohjeisiin kuuluu myös ohjaus rakasteluasentoihin, jos tutut asennot eivät sovi esimerkiksi sairastumisen jälkeen tai seksiapuvälineiden käyttöön liittyvät ohjeet. Erityisohjeet voivat olla myös elämäntapaan liittyviä neuvoja. Tällä tasolla ohjeet sisältävät myös harjoituksia, muun muassa itsetuntemukseen ja vuorovaikutuksen lisäämiseen tai seksin suorituspainneiden poistoon. Tällä tasolla pyritään käyttäytymisen muuttamiseen vuorovaikutuksessa ja elämäntavoissa

asiakkaan omien oivallusten kautta. Tämä taso vaatii työntekijältä syvällisempää perehtyneisyyttä seksologiaan ja asiakkaan taustoihin muutoksen aikaansaamiseksi. Tavoitteena olisi myös mahdollisten ongelmien ehkäisy. (Ilmonen 2006, 55 – 56.)

Annonin (1976, 13) mukaan on hyvä antaa erityisohjeet ja harjoitukset molemmille kumppaneille, sillä seksuaaliongelmien ovat kumppaneiden yhteinen asia. Tarvittaessa työntekijä on hyvä suositella ja ohjata asiakasta jollekin toiselle ammatti-ihmiselle, jos hänellä ei ole riittävästi resursseja, kuten aikaa, tietoa ja taitoa sekä kokemusta hoitaa kyseistä asiakasta.

Intensive Therapy eli intensiivisen terapian tason toteuttamiseen tarvitaan seksuaaliongelmien hoidossa psykoterapiaa (Valkama 2006, 29), sillä työntekijällä täytyy olla koulutus intensiiviterapiaan, jotta hän voi aloittaa hoidon tällä tasolla (Annon 1976, 13). Annonin (1976, 14) näkemyksen mukaan intensiiviterapiaa tarvitaan, jos lyhytterapialla ei voi auttaa asiakasta. Toisinaan asiakkaan tilanne ja seksuaaliongelma ovat sellaisia, että tarvitaan ”räätälöityä” ja yksilöllistä terapiaa. Seksuaalikysymyksiä, joissa seksuaaliterapia lyhytterapeuttisena menetelmänä ei riitä, ovat esimerkiksi seksuaali-identiteettiin liittyviä kysymyksiä ja seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuneiden hoito (Sironen & Kalilainen 2006, 349).

4.2 Seksuaalineuvontatahot

Seksuaalineuvonnan ja -terapian saannin mahdollisuudet ovat yhteiskunnassa vähitellen lisääntyneet. Nämä palvelut kuuluvat myös aivoverenvuotoon sairastuneelle naiselle. Palveluihin kuuluvat myös erilaiset seksuaalitekniset apuvälineet, joita on mahdollisuus saada vammaispalvelulain perusteella. (Karkaus-Rikberg 2000b, 299.)

Seksuaaliterveyspalvelut edistävät seksuaaliterveyttä elämän eri vaiheissa myös vammaisten henkilöiden erityistarpeet huomioiden (Ilmonen & Nissinen 2006, 451 – 452). Työntekijät joutuvat pohtimaan omaa seksuaalisuuteen liit-

tyviä tunteitaan, mielipiteitään ja asenteitaan ennen kuin he ovat valmiita kohtaamaan asiakkaan, jolla on seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Työntekijöiden menneisyyden kipeät muistot voivat peitetysti nousta esiin asiakas tilanteissa. (Rautasalo 2008, 113.) Aizenbergin ja hänen tutkijaryhmänsä (2002) (liite 2) sekä Greenberg ja tutkijakollegat (2004, 492) ovat sitä mieltä, että terveydenhuollon työntekijöillä oli ennakkoluuloja muun muassa ikääntyneiden seksuaalisuutta kohtaan.

Perusterveydenhuollossa väestövastuunlääkäri keskustelee asiakkaidensa kanssa intiimeistä asioista eri sairauksien yhteydessä. Silloin hänellä on hyvä mahdollisuus keskustella asiakkaan seksuaalikysymyksistä, sillä hän kenties tuntee myös asiakkaan puolison. Hoitavan lääkärin kuuluu olla tahdikas ja tasapuolinen. (Venhola 2006, 69 – 70.) Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007, 34) mukaan jokaisen terveyskeskuksen käytettävissä tulisi olla ainakin yksi seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä, jolla on valmiudet myös erityisryhmien neuvontaan (seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, vammaiset, maahanmuuttajat).

Vuonna 2008 tehtiin terveyskeskuksille kysely, johon osallistui 20 terveyskeskusta Oulun läänistä. Johtoryhmän tai luottamushenkilöhallinnon hyväksymä tai päivittämä seksuaaliterveyden edistämisen toimeenpanosuunnitelma oli neljässä terveyskeskuksessa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

Erikoissairaanhoidon antaa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma (STM 2007) ohjeen, että jokaisessa sairaanhoitopiirissä on asiantuntijoiden hyväksymiä erikoistumiskoulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka antavat erikoissairaanhoidon liittyvää seksuaalineuvontaa ja konsultaatioapua eri klinikoille sekä koordinoivat alueellista koulutusta. Sairaanhoitopiirien tulisi myös huomioida alueellisissa koulutuksissa seksuaaliterveyden edistäminen sekä omana aihealueenaan että sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen integroituna näkökulmana. Silloin vammautuneet henkilöt saisivat seksuaalineuvontaa kaikissa kuntoutuksen eri vaiheissa. Kuntoutuksen eri vaiheet huomioiden olisi hyvä tehdä yhteistyötä eri vammaisjärjestöjen kanssa. (STM 2007, 34.)

Vuonna 2009 toukokuussa Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tekivät kyselyn maamme 25 sairaanhoitopiirille. Siihen vastasi 16 sairaanhoitopiiriä. Tulosten perusteella kävi ilmi, että viisi sairaanhoitopiiriä oli nimennyt yhdyshenkilön seksuaaliterveyteen, sisäinen suunnittelu- ja koordinaatioyöryhmä oli neljässä sairaanhoitopiirissä, omia tilastoja oli käytössä 16 sairaanhoitopiirissä ja kolmessa sairaanhoitopiirissä seksuaali- ja lisääntymisterveys oli sisällytetty sairaanhoitopiirin toimintaohjelmaan. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ei osallistunut kyselyyn. (Nikula 2009.)

Aivoverenkiertohäiriö jättää useita vajaatoimintoja ja haittoja, jotka monesti heikentävät ihmisen elämänlaatua. Usein myös sairauden psyykkinen käsittely on saattanut jäädä kesken. (Kaste ym. 2001, 298.) Terveidenhuollon ammattilaisten pitäisi kiinnittää huomiota masennuksen hoitoon, esimerkiksi ryhmässä ja edistää sosiaalistumista (Kwok, Lo, Wai-Kwong, Mok & Kai-Sing, 2006). Tällöin sopeutumisvalmennuskurssit ovat paikallaan. Sopeutumisvalmennuskurssin keskeisenä tavoitteena on auttaa sairastunutta hyväksymään vajavuu- tensa ja suuntaamaan toimintansa sellaisille alueille, joilla ei ilmene vaikeuk- sia, etenkin eristäytymistä tulisi välttää. Sopeutumisvalmennuskursseja järjes- tää Aivohalvaus ja dysfasialiitto sekä sen alayhdistykset. (Kaste ym. 2001, 298.) Sopeutumisvalmennuskurssit ovat ajankohtaisia, kun sairastumisesta on kulunut aikaa 3 kuukaudesta 3 vuoteen. Ne ovat suunnattu aivoverenkierto- häiriöön sairastuneille kuntoutujille ja heidän omaisille. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2002.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaalineuvonnan tarpeesta ja sen toivotusta ajankohdasta. Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voidaan seksuaalineuvonta sisällyttää paremmin naisten kuntoutusprosessiin. (ks. PAHO & WHO 2000, 34; STM 2007, 32). Naiset arvioivat seksuaalista hyvinvointiaan ja seksuaalineuvonnan tarvetta vuosi sairastumisensa jälkeen.

Tutkimusongelmat ja alaongelmat:

1. Mitä muutoksia aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen aiheuttaa 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalisuuteen?
2. Kuinka paljon ja miten toteutettua seksuaalineuvontaa 45 – 65 -vuotiaat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset ovat saaneet sairastumisensa jälkeen?
3. Miten ja milloin 45 – 65 -vuotiaat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset toivovat saavansa seksuaalineuvontaa sairastumisensa jälkeen?
 - Keneltä ja miltä taholta naiset toivovat saavansa seksuaalineuvontaa sairastumisensa jälkeen?
 - Naisten toiveet seksuaalineuvonnan sisällöstä sairastumisensa jälkeen.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Opinnäytetyön kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet 45 – 65 -vuotiaan naiset, joilla oli vähintään vuosi aikaa sairastumisesta. He ovat afasia- ja aivohalvausyhdistyksen jäseniä Pohjanmaalla, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan alueille.

Perusteina aikarajaukseen, vähintään vuoden kuluttua sairastumisesta, oli naisten kuntoutumisen eteneminen mahdollisimman pitkälle, jotta he kykenivät vastaamaan kirjalliseen kyselyyn. Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen kuntoutuminen tapahtuu pääosin ensimmäisen kolmen kuukauden aikana. Toiminnallinen vajakuntoisuus vähenee merkittävästi 6 kuukauteen saakka. Kielelliset ja kognitiiviset taidot korjautuvat vielä 12 kuukauteen saakka. (Korpelainen ym. 2001, 224 – 225.) Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin naiset, koska he yleensä haluavat psyykkistä tukea ja keskustelua enemmän kuin miehet (Tuusa 2008).

Opinnäytetyön kohderyhmän ikäjakaumaa tarkennettiin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, sillä Kainuun alueen aivohalvausyhdistyksessä opinnäytetyöni aihe oli koettu tärkeäksi vuonna 1950-syntyneiden naisten keskuudessa. Vuonna 1935 syntyneet naiset eivät opinnäytetyn aihetta kokeneet tärkeäksi. (Lappalainen 2009.)

Opinnäytetyön kohderyhmän naisilla on yhteistä se, että heillä on tai on tulossa pian hormonaalisia muutoksia. Estrogeenin tuotannon loppuminen saa aikaan elimistössä iästä johtuvia muutoksia noin 50 -vuoden iässä ja hieman aikaisemminkin, sillä jopa kymmenen vuotta ennen vaihdevuosisia alkaa pikkuhiljaa esiintyä vuotohäiriöitä ja ennen kuukautisia vaihdevuosisoireiden kaltaisia oireita. Osa naisista elää ilman vaihdevuosista aiheutuvia oireita, mutta osalla voi olla mielialaoireita, väsymystä, muistihäiriöitä, hikoilua ja kuumia aaltoja. Oireet vaihtelevat yksilöllisesti. (Greenberg ym. 2004, 132 – 133; Rautiainen

2006, 227, 231.) Opinnäytetyön kohderyhmään kuuluvilla sukukypsäikä on päättymässä tai on jo päättynyt. Heillä voi esiintyä vaihdevuosiin liittyviä muutoksia.

Nuorempia ja myös iäkkäämpiä aivoverenvuotohäiriöön sairastuneita naisia kuului afasia- ja aivohalvausyhdistykseen. Heidät rajattiin opinnäytetyön kohdejoukosta pois, koska heillä seksuaalineuvontaan liittyvät tarpeet oletettavasti ovat erilaisia, sillä esimerkiksi ikääntyvän naisen seksuaalinen aktiivisuus vähenee normaalisti iän myötä. Seksuaalisen aktiivisuuden vähenemisen taustalla voi olla myös yksinäisyys, joka voi olla seurausta leskeksi jäämisestä. Lisäksi terveysongelmat lisääntyvät iän myötä, ja ne vaikuttavat seksuaaliseen aktiivisuuteen. (Rautiainen 2006, 230.)

6.2 Menetelmälliset lähtökohdat

Tämä opinnäytetyöhön on valittu sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen lähestymistapa. Jos tutkimusmenetelmiä yhdistetään, on hyvä valita pääasiallinen tutkimusote (Metsämuuronen 2005, 245). Tässä opinnäytetyössä pääasiallinen lähestymistapa oli kvantitatiivinen, sillä opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa naisten seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaalineuvonnan tarpeesta ja tahoista, joista naiset halusivat seksuaalineuvontaa. Tutkittaessa mitä vastaajat ajattelevat, tuntevat tai kokevat, voi metodina käyttää kyselylomaketta ja asenneskaaloja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 185).

Kvantitatiivinen eli määrällinen ja kvalitatiivinen eli laadullinen ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja, eivät siis kilpailevia suuntauksia. Kvantitatiivinen käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen käsittelee merkityksiä, joten niitä ei ole tarkoitus asettaa toistensa vastakohtaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 136 – 137; Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusmenetelmillä tieteenfilosofiset lähtökohdat ja tavoitteet ovat erilaiset. Kvantitatiivisessa korostuu objektiivisuus, täsmällisyys ja yksiselitteisyys. Kvantitatiivisen todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Kun kysymme, kuinka paljon seksuaalineuvon-

taa aivoverenkiertohäiriöön sairastunut 45 – 65 -vuotias nainen oli saanut sairastumisen jälkeen, tarvitaan kvantitatiivista tutkimusta. Jos lähtökohtana on elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen, kuten seksuaalisuus, tarvitaan myös kvalitatiivista otetta. (Hirsjärvi ym. 2009, 139; 160 – 161.)

6.3 Kysely menetelmänä

Opinnäytetyön metodin valintaan ohjasivat tutkimusongelmat ja opinnäytetyön tarkoitus. Opinnäytetyössä haluttiin saada selville vastaajien yksityiselämään liittyviä asioita eli seksuaalisuutta. Kyselyn avulla vastaajilta kysyttiin samaa asiaa samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 183 – 185.) Kyselyn avulla tavoitettiin vastaajajoukko, koska he olivat afasia- ja aivohalvausyhdistyksen jäseniä.

Kyselylomakkeessa oli strukturoituja avoimia tai suljettuja monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymysten tarkoituksena oli mitata tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä sekä sisäisiä subjektiivisia tuntemuksia seksuaalisuutta kohtaan, joista vastaajat olivat samaa mieltä tai eri mieltä (Metsämuuronen 2005, 94). Asenteita, arvoja ja mielipiteitä mitattaessa on korostettava sitä, että vastaajat vastaavat kysymyksiin sen mukaan, mitä mieltä he ovat asiasta. Suljetuissa kysymyksissä käytetään usein Likertin asteikkoa. (Heikkilä 2008, 56.)

Lisäksi kysymyslomakkeessa oli nominaali- eli laatuasteikkokysymyksiä. Laatuasteikolla mitattavat muuttujat luokitellaan valmiiksi luokkiin, joko kahteen tai useampaan luokkaan. Muuttujat ovat tasa-arvoisia, ja niitä ei laiteta minkäänlaiseen järjestykseen ominaisuutensa vuoksi. Tässä opinnäytetyössä laatuasteikkokysymyksiä olivat muun muassa taustatiedot: koulutustausta, työtilanne ja siviilisäätty. Esimerkiksi kysymys 32., joka koski siviilisäättyä, oli jaettu valmiiksi luokkiin naimaton, avoliitossa, avioliitossa, seurustelusuhde, eronnut ja leski. (Metsämuuronen 2005, 59).

Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samaan kysymykseen siten, että vastauksia voidaan mielekkäästi vertailla, ja ne auttavat vastaajia tunnistamaan asian, esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyviä käsitteitä. Tämä auttaa

vastaamista. Monivalintakysymykset tuottavat vastauksia, joita voidaan käsitellä ja hallita helpommin, kun vastaukset syötetään tietokoneelle. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Kyselylomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä, jotka antoivat tarkentavaa tietoa. Kyselytutkimuksessa voi olla avoimia kysymyksiä, joissa yleensä rajataan vastaajan ajatussuuntaa (Heikkilä 2008, 49). Opinnäytetyön avoimilla kysymyksillä saatiin tietoa, joka kertoi vastaajan, aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65- vuotiaan naisen seksuaalineuvonnan tarpeista, toiveista ja tunteista.

Kyselylomakkeessa avoimilla kysymyksillä haluttiin myös tietää, mitä aivoverenkiertohäiriöön sairastunut 45 – 65 -vuotias nainen ajattelee omasta seksuaalisuudestaan, parisuhteestaan ja seksuaalineuvonnan tarpeestaan vähintään vuosi sairastumisensa jälkeen. Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee, on järkevintä kysyä sitä häneltä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Avoimilla kysymyksillä vastaajan on mahdollisuus jäsentää asioita omalla tavallaan. Esimerkiksi seksuaalisuusteemaan voi liittyä asioita, jotka on helpompi vastaajalle vastata avoimesti tai hän voi esittää asioita, joita ei ole huomattu kysyä kvantitatiivisessa kyselyssä. (Heikkilä 2008, 49.)

6.4 Kyselylomakkeen laadinta

Pohjanmaan, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan afasia- ja aivohalvausyhdistyksiä 45 – 65 -vuotiaille naisjäsenille lähetettiin kyselylomake. Saatekirje ja kyselylomake on esitetty liitteessä 3.

Kyselylomakkeen laatimisessa hyödynsin Ala-Luhtalan (2008) pro gradu -tutkielman kyselylomaketta, jonka muokkasin kohderyhmään sopivaksi. Kyselylomakkeen kysymysten käyttöön sain luvan Riitta Ala-Luhtalalta 27.1.2009.

Kyselylomakkeessa käytin myös Riitta Tuusan (2008) pro gradu -tutkielmassa käytettyjä kysymyksiä. Sain häneltä luvan tähän 9.3.2009. Opinnäytetyön kyselylomakkeessa käytin Tuusan kysymyksiä taustatietojen ja terveydentilan

osalta (kysymykset 1. – 5.). Muokkasin Tuusan ohjeiden mukaan masennukseen (kysymys 6.) liittyvää kysymystä. Tuusan tutkielmassa vastaajat olivat vastanneet molempiin arvoihin ”alussa” ja ”edelleen”, joten masennuksen ajankohtaa ei voitu hänen tutkielmassaan erotella. Taustatiedot (kysymykset 30. – 33.) laitoin kyselylomakkeeseen viimeiseksi, jotta vastaaja ei asetu henkilötietojen rajaamaan rooliin (ks. Heikkilä 2008, 48). Lomakkeen alussa ovat tosiasioita mittaavia kysymyksiä ja vastaajille tutumpia, heidän terveydentilaansa mittaavia kysymyksiä (ks. Heikkilä 2008, 48).

Kysymyslomake sisälsi kaikkiaan 33 kysymystä, joista olivat Likertin 1 – 5 -asteikon tyyppisiä kysymyksiä. Kyselylomakkeen kysymykset 7. – 12. (seksuaalisuutenne) ja kysymykset 13. – 17. (pari- /seurustelusuhde) liittyivät Greenbergin ym. (2004) seksuaaliulottuvuuksiin. Seksuaalineuvontapalvelujen tarpeeseen liittyvät kysymykset 18. – 29. hahmotettiin seksuaalineuvontatasoja Annonin (1976) PLISSIT -mallin avulla ja seksuaalineuvonnan sisältöä Greenbergin ym. (2004) seksuaaliulottuvuuksilla.

Osassa kysymyksiä vastaaja sai valita kaksi tai kolme parhaimmaksi katsoomaansa vaihtoehtoa (kysymykset 23., 24. ja 26.). Kysymyksessä 5., joka koski terveydentilaa ja kysymyksessä 10., joka liittyi muutokseen seksuaalisuudessa sairastumisen jälkeen, vastaaja sai valita kaikki ne vaihtoehdot, joissa hänellä oli muutoksia.

Seksuaalineuvontapalvelujen tarpeeseen liittyvät kysymykset olivat vaihtoehtokysymyksiä. Avoimessa kysymyksessä kysyttiin perusteluja vastaajien tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvään neuvonnan tai tiedon laatuun (kysymys 22.). Kysymys 24. koski seksuaalineuvonnan tarpeen ajankohtaa sairastumisen jälkeen. Vastaajat saivat vastata, minkälaista tietoa he haluavat sairastumisen alkuvaiheessa sekä minkälaista tietoa myöhemmässä vaiheessa. Taulukossa 1. on esitetty kyselylomakkeen teemat, mittaavat kysymykset ja niiden teoreettinen perusta.

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen teemat, kysymykset ja teoreettinen perusta

Kysymyslomakkeen teemat	Kysymysten numerot	Teoreettinen perusta
Terveydentila Fyysinen ja psyykkinen terveydentila, elintavat	1, 2, 3, 4, 5, 6	Taustamuuttajat ja Greenberg ym.(2004) biologinen ja psykologinen seksuaaliulottuvuus
Seksuaalisuus Kehonkuva ja minäkuva	7, 8, 9	Greenberg ym. (2004) psykologinen seksuaaliulottuvuus
Seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi, minäkuva, sosiaaliset suhteet	10, 11	Greenberg ym. (2004) biologinen, psykologinen ja sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus
Opitut asenteet ja käyttäytyminen	12	
Pari- /seurustelusuhteen tiedot		
Taustatiedot, kokemukset	13, 14, 15, 16	Greenberg ym. (2004) biologinen ja psykologinen seksuaaliulottuvuus
Odotukset parisuhteesta	17	Greenberg ym. (2004) psykologinen ja sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus
Seksuaalineuvontapalvelujen tarve ja toiveet		
Seksuaalineuvontapalvelujen tarve ja toiveet	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	Greenberg ym. (2004) sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus, Annonin mukaan (1976) PLISSIT -malli
Taustatiedot	30, 31, 32, 33	Taustamuuttajat

Kyselylomake esitettiin viidellä vastaajalla. Esitestaukseen osallistujat kuuluivat afasia- ja aivohalvausyhdistykseen, ja olivat opinnäytetyön kohderyhmän kanssa samaa ikäluokkaa. Esitestauslomakkeista palautui neljä takaisin, viimeisin 7.5.2009. Yhteen kyselylomakkeeseen oli kirjoitettu, että ”en halua vastata näihin kysymyksiin”. Toisiin lomakkeisiin vastaajat olivat vastanneet kaikkiin kohtiin loogisesti, joten muutoksia kysymyslomakkeeseen ei tehty. Tulokset koanalysoitiin SPSS -ohjelmalla.

6.5 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin postikyselynä Pohjanmaan (=20), Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun (=80) alueiden afasia- ja aivohalvausyhdistyksien 45 – 65 -vuotiailta naisjäseniltä. Kyselyllä tavoitettiin kaikki aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset, jotka kuuluivat afasia- ja aivohalvausyhdistykseen, ja joilla oli vähintään vuosi aikaa sairastumisesta. Aluesihteerin Risto Lappalaisen kanssa tehtiin yhteistyösopimus, ja hän etsi vastaajat jäsenrekisteristä. Varsinaista tutkimuslupaa ei tarvittu. Kyselylomakkeen saatekirjeessä mainittiin, että kyselyyn osallistuminen oli vastaajalle täysin vapaaehtoista. Lomakkeet lähetettiin Risto Lappalaiselle toukokuun 2009 alussa, ja hän postitti ne vastaajille. Muistutuspostitusta ei tehty. Lomakkeita palautui 33 kpl, joten vastausprosentiksi saatiin 33 %. Yksi lomake hylättiin, koska vastaajan ikä oli yli 65 vuotta.

Kyselyn etuna on, että menetelmänä kysely on tehokas. Kyselyllä saadaan laaja tutkimusaineisto ja voidaan kysyä useita asioita. Aikataulu ja kustannukset voidaan laskea suhteellisen tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Lisäksi Greenberg ja tutkijakollegat esittävät, että kysely sopii hyvin seksuaalisuusteemaan, koska vastaajat voivat vastata rauhassa omassa ympäristössään. Oma rauha voi taata, että vastaajat vastaavat rehellisesti kysymyksiin. Yksityisyys auttaa vastaajaa vastaamaan rehellisesti intiimeihin kysymyksiin. Kysely säilyttää myös vastaajien anonymiteetin. (Greenberg ym. 2004, 40).

Kysely haittoina voi olla, ettei tiedetä, ovatko vastaajat vastanneet huolellisesti ja rehellisesti kyselyyn. Ei tiedetä myös sitä, että ovatko vastaajat ymmärtäneet oikein annetut vastausvaihtoehdot. Ongelmaksi voi muodostua myös katon suuruus. Kato riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aihepiiristä. Parhaimmillaan saadaan vastauksia noin 30 – 40 prosenttia. (Hirsjärvi 2009, 195 – 196.) Heikkilä (2008, 66) mukaan vastausprosentti vaihtelee yleensä 20 – 80 prosentin välillä.

6.6 Aineiston analysointi

Ensimmäinen vaihe aineiston analysoinnissa on aineiston tietojen tarkistaminen (Hirsjärvi 2009, 221). Opinnäytetyön kyselylomakkeista tarkistettiin aikarajaukset: vuosi sairastumisesta ja vastaajien ikä, jotta varmistettiin vastaajien olevan 45 – 65 -vuotiaita. Yksi lomake poistettiin, koska vastaaja oli yli 65 vuotta. Analysoitavia lomakkeita jäi 32 kpl. Aineiston tarkistamisen jälkeen vastauslomakkeet numeroitiin uudelleen anonymiteetin säilyttämiseksi. Tämä poikkesi postituslistan numeroinnista.

Seuraavaksi vastaukset järjestettiin analysointia varten, sillä opinnäytetyössä käytettiin erilaisia aineiston analyysimenetelmiä. Taulukossa 2. esitetään yhteenveto kyselylomakkeen kysymyksistä ja niitä vastaavat analyysimenetelmät.

TAULUKKO 2. Yhteenveto opinnäytetyön analyysimenetelmistä

Kysymykset	Analyysimenetelmät
1, 2, 3, 4, 5, 6,	Tilastollinen analyysi
6	Induktiivinen sisällönanalyysi
7, 8	Tilastollinen analyysi
9, 10 h	Deduktiivinen sisällönanalyysi
10 a, b, c, d, e, f, g, 11, 12	Tilastollinen analyysi
13	Deduktiivinen sisällönanalyysi
14, 15, 16 a, b, c, d	Tilastollinen analyysi
16 e, 17	Deduktiivinen sisällönanalyysi
18, 19, 20	Tilastollinen analyysi
20	Induktiivinen sisällönanalyysi
21, 22	Tilastollinen analyysi
22	Induktiivinen sisällönanalyysi
23	Tilastollinen analyysi
24	Induktiivinen sisällönanalyysi
25, 26	Tilastollinen analyysi
27	Deduktiivinen sisällönanalyysi
28	Tilastollinen analyysi
29	Deduktiivinen sisällönanalyysi
30, 31, 32, 33	Tilastollinen analyysi

Aluksi avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan eli litteroitiin (ks. Eskola 2001, 133; Hirsjärvi ym. 2009, 222). Seuraavana analysointia jatkettiin deduktiivisella sisällön analyysillä ja lopuksi induktiivisella sisällön analyysillä. Laadullisen aineiston analyysia jatkettiin laskemalla, kuinka monta kertaa esiintyi sama asia vastaajien kuvauksissa, sillä myös numeerista tietoa voidaan käyttää laadullisessa aineistossa (Valli 2001, 158). Seuraavassa vaiheessa analysointia jatkettiin määrällisen aineiston analysoinnilla.

6.6.1 Määrällisen aineiston analysointi

Määrällisen aineiston analysointi aloitettiin muodostamalla muuttujia (ks. Hirsjärvi 2009, 222). Kysymyksessä 21. tiedusteltiin, oliko vastaajalla ollut mahdollisuutta keskustella seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä muun potilasohjauksen yhteydessä. Tämän kysymyksen vastausjärjestystä vaihdettiin toisinpäin, joten aineiston syöttäminen tapahtui 1 = Ei ja 2 = Kyllä.

Kysymyksessä 23. vastaajat ilmoittivat keneltä asiantuntijalta he toivoisivat saavansa seksuaalineuvontaa. Vastaajat saivat valita vaihtoehtoista kaksi. Vastaaja ”halua seksuaalineuvontaa” kyseiseltä asiantuntijalta laitettiin numeroksi 2. Jos vaihtoehto oli tyhjä, se tulkittiin ”ei halua” asiantuntijalta seksuaalineuvontaa ja laitettiin numeroksi 1.

Kysymys 25., jossa vastaaja sai valita kolme tärkeintä seksuaalineuvontatahoa ja kysymys 26., mistä vastaaja oli etsinyt tietoa, muutettiin numeeriseen muotoon 1. tärkein, 2. tärkein, 3. tärkein sekä muut tyhjät kohdat 4 = Ei tärkeä. Vastaajien sairastumisajankohta luokiteltiin kolmeen luokkaan: alle 2 vuotta, 2 – 5 vuotta ja yli 5 vuotta.

Määrällinen aineisto koodattiin havaintomatriisiin ja tallennettiin SPSS 17.0-ohjelmaan aineiston analysointia varten. Suurin osa tiedoista oli luokittelu- tai laatuasteikoilla. Saatuja tuloksia tarkasteltiin frekvensseinä, prosenttijakaamina ja osaa keskiarvoina. Havainnollistamisen apuna käytettiin taulukoita ja kuvioita. Puuttuvat tiedot jätettiin käsittelemättä ja frekvenssit sekä prosenttija-

kaumat laskettiin kunkin kysymyksen muuttujiin vastanneiden kesken. (Metsämuuronen 2005, 345 – 346.)

6.6.2 Laadullisen aineiston analyysi

Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin teema-alueiden mukaisesti (ks. Eskola 2001, 133; Hirsjärvi ym. 2009, 222). Seuraavassa vaiheessa litteroitu teksti luettiin sanatarkasti ja yhdenmukaisuus vastaajien vastauksista tarkastettiin ennen aineiston analysointia (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 65).

Tämän opinnäytetyön kvalitatiivinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Olennaista sisällönanalyysissa on, että tutkimusaineistosta erotetaan samantyyppisyydet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysin lähtökohtana voi olla joko teoriaan pohjautuva eli deduktiivinen analyysi tai aineistoon pohjautuva eli induktiivinen analyysi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23 – 25.) Tässä opinnäytetyössä laadullinen aineisto analysointiin sekä deduktiivisesti että induktiivisesti sisällönanalyysin avulla.

Deduktiivinen analyysi

Analyysissä lähdettiin etenemään teorialähtöisesti. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30 – 31). Teorialähtöisesti analysointiin avoimet vastaukset, jotka seksuaalisuuteen (kysymykset 9. ja 10 h.) ja pari-/seurustelusuhteeseen (kysymykset 13., 16 e. ja 17.) sekä seksuaalineuvontapalvelujen tarpeeseen (kysymykset 20. ja 27.) liittyvät kysymykset. Kyselyn loppupuolella annettiin vastaajalle mahdollisuus esittää kaikki ajatukset, joita hän oli miettinyt seksuaalisuudestaan ja seurustelu-/parisuhteestaan sairastumisensa jälkeen (kysymys 29.). Deduktiivisen päättelyn lähtökohtana on teoria, jota konkretiassa tarkastellaan. Analyysiyksikkönä toimii sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24 – 25.) Opinnäytetyössä valittiin analyysiyksiköksi sana tai lauseenosa.

Teorialähtöinen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe oli analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko voi olla strukturoitu, joka ohjaa hyvin tarkasti analyysiä, tai se voi olla väljä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 31.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin väljää analyysirunkoa. Taulukossa 3. on esitetty analyysirunko.

TAULUKKO 3. Deduktiivisen sisällönanalyysin analyysirunko

Teemat

Fyysinen terveydentila

Biologinen seksuaaliulottuvuus

Fyysinen ulkonäkö

Seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi

Psyykinen seksuaaliulottuvuus

Motivaatio

Opitut asenteet ja käyttäytyminen

Tunteet

Minäkuva ja kehon kuva

Kokemukset

Ilmaisukyky

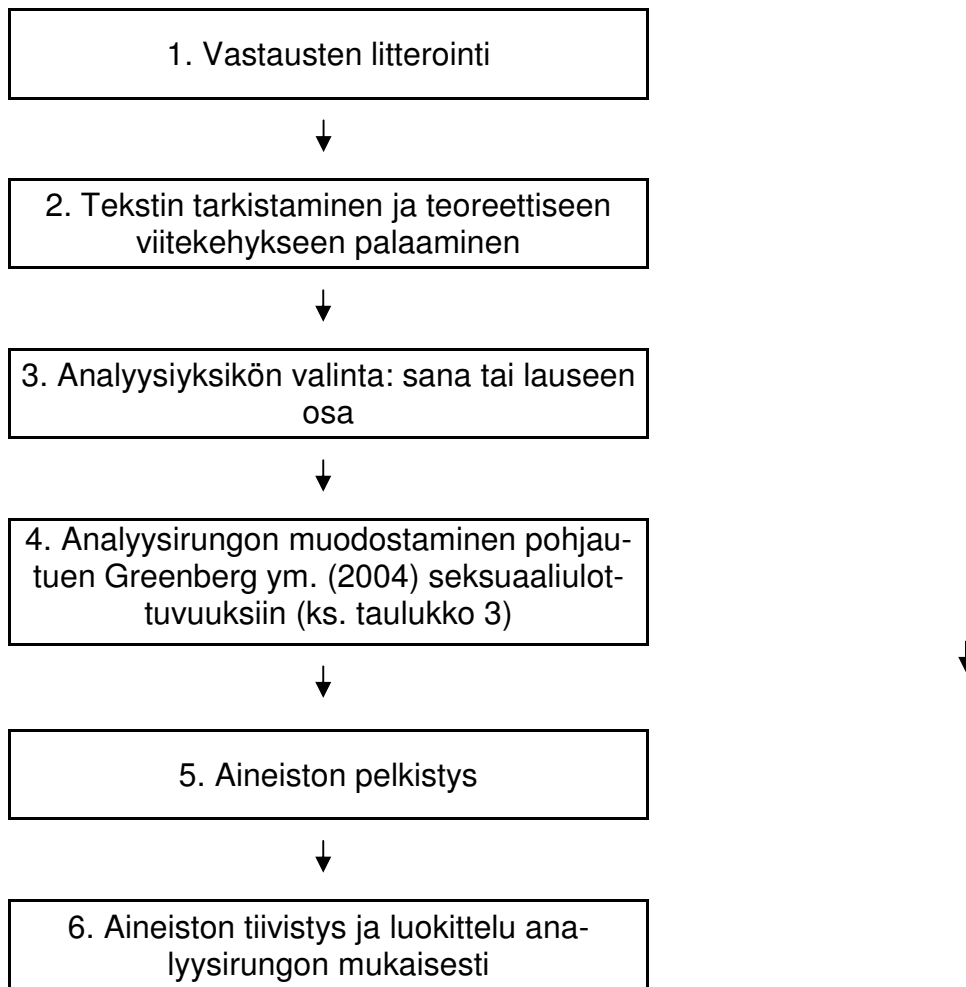
Sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus

Pari-/seurustelusuhde

Sosiaaliset suhteet

Opinnäytetyön aineiston avoimet vastaukset luokiteltiin taulukon 3. analyysirungon mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30). Taulukossa 2. esitettiin deduktiivisen analysointimenetelmän kysymysnumerot: 9., 10 h., 13., 16 e., 17., 27. ja 29.

Teorialähtöisessä laadullisessa sisällönanalyysissä aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutetaan aineistosta systemaattisen analyysirungon mukaisin ilmauksin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 31). Kuviossa 4. esitetään deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet opinnäytetyössä.



KUVIO 4. Deduktiivisen sisällönanalyysivaiheet

Kysymyslomakkeen avoimista vastauksista, ajatuskokonaisuuksista, poimittiin vastaajien ilmaukset ja tiivistettiin sekä luokiteltiin ja ryhmiteltiin Greenberg ym. (2004) analyysirunkoon sopiviksi (ks. myös Tuomi & Sarajärvi 2009, 113; Janhonen & Nikkonen 2001, 32). (Liite 4.)

Induktiivinen analyysi

Opinnäytetyössä mukaan analysoitiin induktiivisen ja määrällisen sisällönanalyysin mukaan vastaajien perustelut siihen, miten masennus oli vaikuttanut heidän elämäänsä (kysymys 6.). Seksuaaliväkivaltaan liittyvässä kysymyksessä (kysymys 20.) kysyttiin naisilta, oliko heillä ollut mahdollisuutta käydä kokemustaan läpi jonkun henkilön kanssa. Induktiivisesti myös analysointiin

perustelut saatuun seksuaalineuvonnan laatuun (kysymys 22.). Vastaajien toiveet seksuaalineuvonnan ajankohtaan ja sisältöön (kysymys 24.) analysoitiin myös induktiivisesti.

Seksuaalineuvonnan ajankohta ja sisältö analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, koska aiheesta ei löytynyt teoriaa eikä aikaisempia tutkimuksia. Induktiivisella analyysillä pyrittiin saamaan vastaajilta tietoa tai odottamattomia seikkoja (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 164). Analyysiyksikkönä on myös induktiivisessä analyysissä yksittäinen sana tai lauseen osa. Aineiston litteroinnin jälkeen aineistosta ryhmiteltiin alkuperäisilmaukset ja etsittiin samankaltaisuudet tai eroavuudet. Vastaajien perusteluista saatuun seksuaalineuvonnan laatuun (kysymys 22.) nousi esiin odottamaton tyytymättömyyden aihe: terveydenhuoltohenkilöstön tuen puute. Se käsiteltiin tuloksissa Greenbergin ym. (2004) sosiokulttuurisissa seksuaaliulottuvuuksissa.

Vastaajien toiveet ”seksuaalineuvonnan ajankohta” kysymykseen oli valmiiksi jaoteltu luokat ”alussa” ja ”myöhemmässä vaiheessa”, joten vastaajat vastasivat suoraan siihen, mikä oli heidän tiedon tarpeensa sairastumisen alkuvaiheessa ja myöhemmässä vaiheessa. Vastaajien toiveet seksuaalineuvonnan sisältöön listattiin ajankohtatoiveiden mukaan.

Kvantifiointi

Deduktiivisen ja induktiivisen aineiston analysointia jatkettiin kvantifioimalla eli aineistoista laskettiin, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy vastaajien kuvauksissa (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 34). Kuvaukset sijoitettiin matriisimuotoon ja näistä laskettiin lukumäärät (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120). Kappaleessa 7. käsitellään opinnäytetyöntuloksia. Lukumääristä esitetään jokaiseen aiheeseen liittyen taulukot. Lisäksi samassa yhteydessä annetaan vastaajien vastauksista esimerkkikuvauksena joko lauseen osa tai sana.

Aineiston synteesi

Seksuaalineuvontapalveluihin liittyviä tuloksia tarkasteltiin Annonin (1976) PLISSIT -mallin I – II (luvan antaminen, rajattu tieto) ja III – IV (erityisohjeet,

intensiivinen terapia) tasojen mukaan. Liitteessä 5. on esitetty esimerkki seksuaalineuvontapalvelujen tarpeen sisällönanalyysistä suhteessa PLISSIT -malliin.

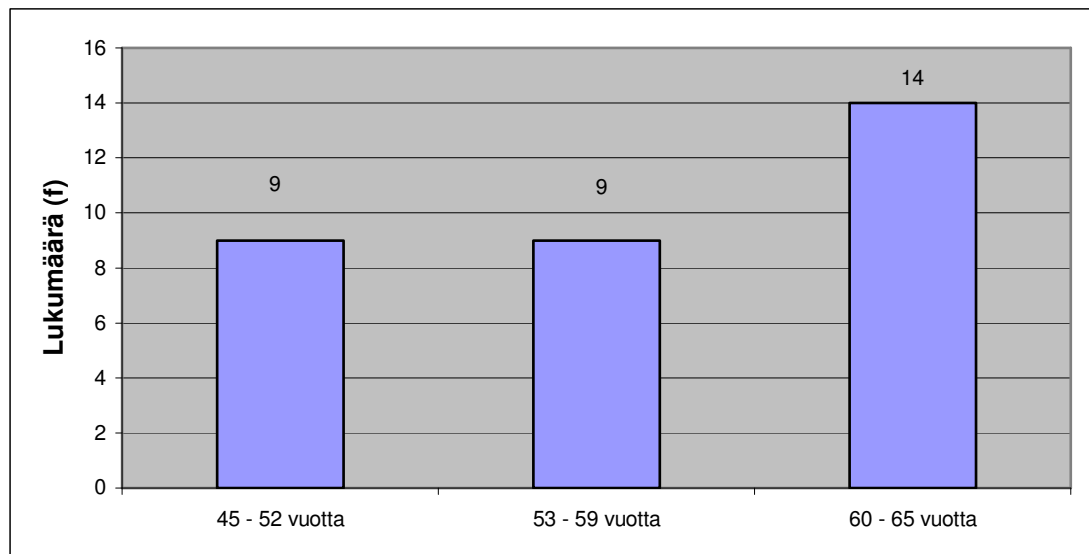
Opinnäytetyön johtopäätöskappaleessa esitetään tulokset sovitettuna PLISSIT -malliin sekä annetaan esimerkit siitä, mitä teemoja ja mihin kuntoutusprosessin eri vaiheisiin seksuaalineuvonta voidaan integroida (ks. Annon 1976, 11).

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot ja sairaushistoria

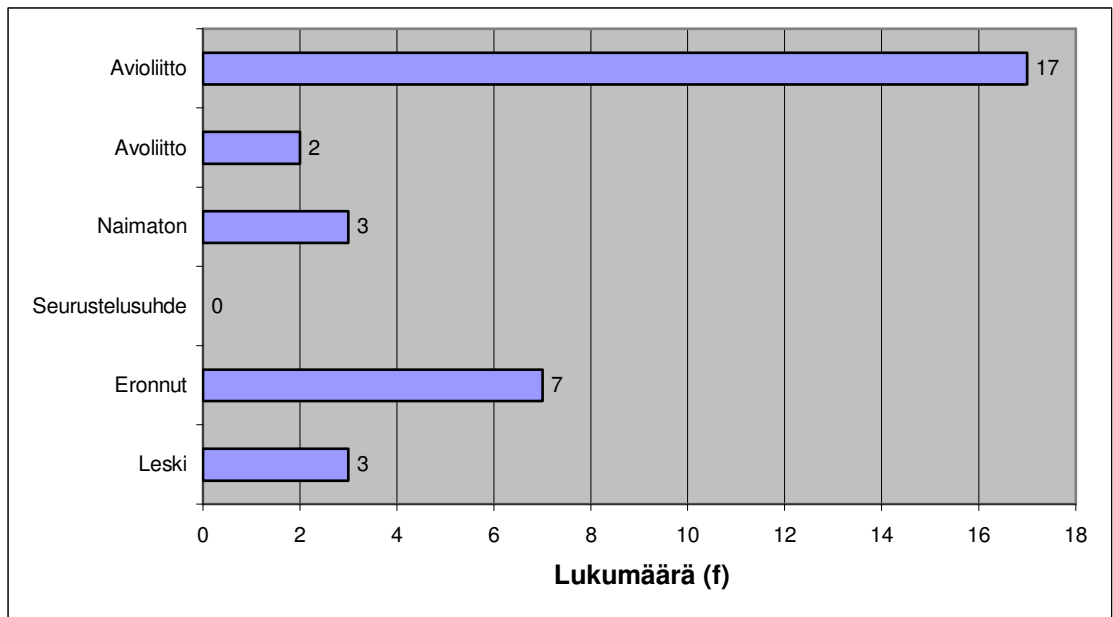
Kysymyslomakkeessa mainittiin, että vastaaminen nimettömänä oli mahdollista. Tätä mahdollisuutta käytti hyväksi 16 vastaajaa (50 %). Kaksi vastaajaa (6,3 %) tarvitsi toisen apua kyselylomakkeen täyttämässä. Avustajia ei mainittu vastauksissa.

Vastaajien (n=32) ikä vaihteli 45 – 65 vuoden välillä. Keski-ikä oli 56,9 vuotta, eli vastaajien syntymävuosi oli 1950 molemmin puolin. Neljäsosa vastaajista oli alle 49,8 vuotta ja neljännes vastaajista oli yli 63 vuotta. Kuviossa 5. on esitetty vastaajien ikäjakauma.



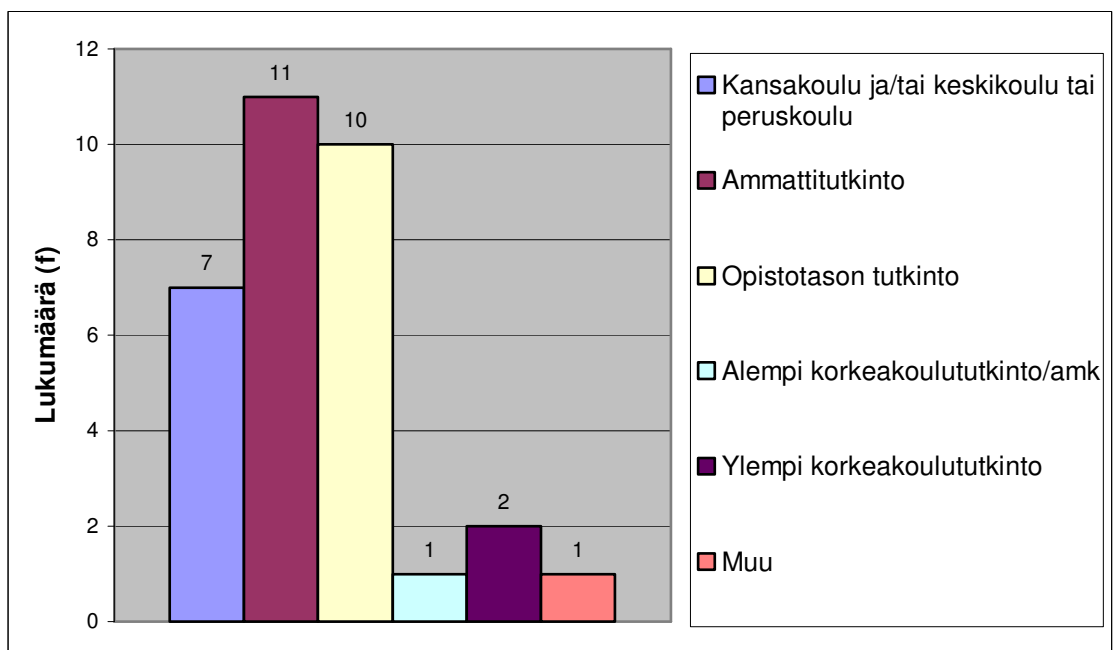
KUVIO 5. Vastaajien ikäjakauma (n=32)

Suurin osa vastaajista (n=32) oli parisuhteessa, avoliitossa (n=2) ja avioliitossa (n=17). Seurustelusuhteessa ei ollut kukaan. Vastaajista eronneita oli 7, naimattomia oli 3 ja samoin leskiä. (Kuvio 6).



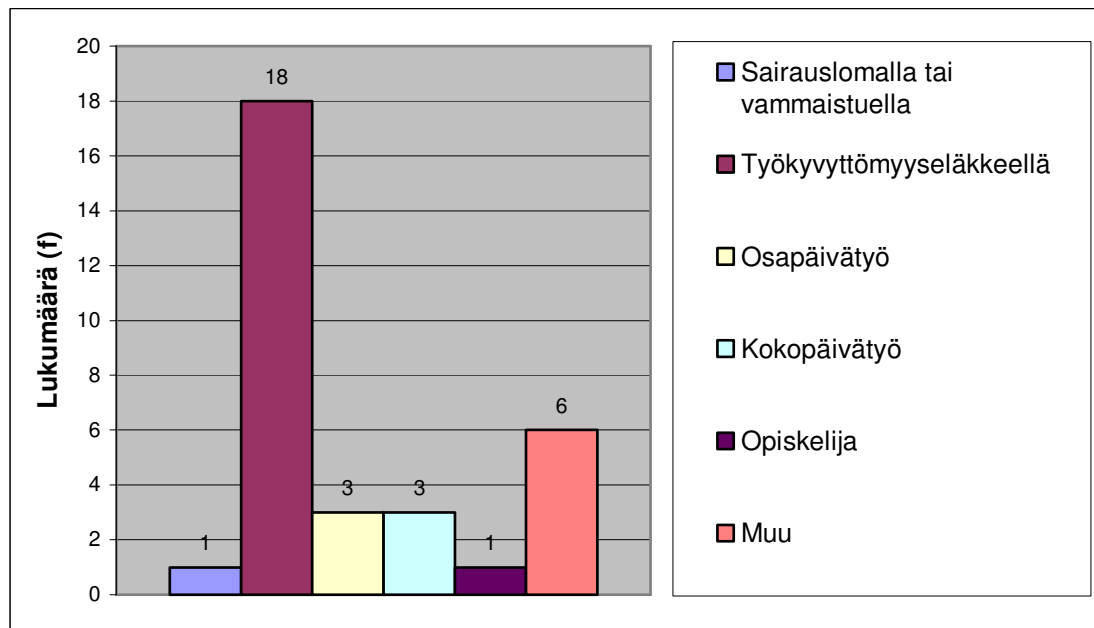
KUVIO 6. Vastaajien siviilisäätö (n=32)

Suurin osa vastaajista (n=32) oli suorittanut ammatti- tai opistotasaisen tutkinnon. Kohtaan "muu" oli vastannut yksi vastaaja. Hän oli opiskelija vastaushetkellä. (Kuvio 7.).



KUVIO 7. Vastaajien koulutustausta (n=32)

Suurin osa vastaajista (n=32) oli työkyvyttömyyseläkkeellä. (Kuvio 8.). Kysymyslomakkeen avoimeen vastauskohtaan ”muu”, vastaajista kuusi vastasi olevansa vanhuuseläkkeellä. Työelämään, joko kokopäivä- tai osapäivätyöhön, oli palannut aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen kuusi vastaajaa. Sairauslomalla tai vammaistuella oli yksi vastaaja.

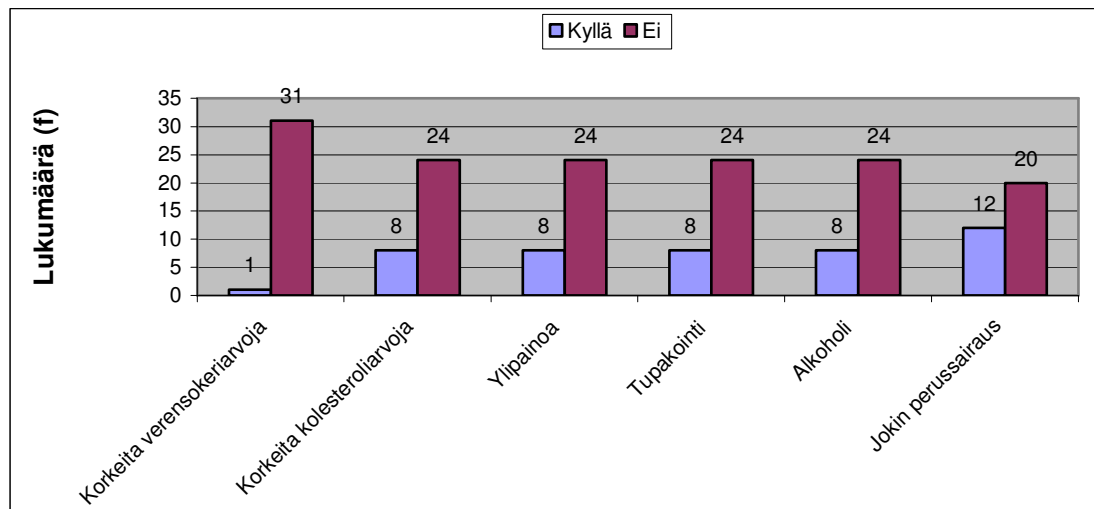


KUVIO 8. Vastaajien työtilanne (n=32)

Vastaajien sairaushistoriaa kysyttäessä vastaajille (n=32) annettiin mahdollisuus merkitä kyselylomakkeeseen kaikki aivoverenkiertohäiriöön altistavat tekijät eli riskitekijät. Yleensä heillä oli kaksi tai kolme riskitekijää. Kysymyslomakkeessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin, oliko vastaajalla ”jokin perussairaus”. Verenpainetauti ilmoitti hieman yli kolmannes vastaajista riskitekijäksi. Ylipainoa oli neljänneksellä vastaajista, samoin korkeita kolesteroliarvoja oli mitattu neljänneksellä vastaajista. Korkeita verensokeriarvoja oli mitattu yhdellä vastaajalla.

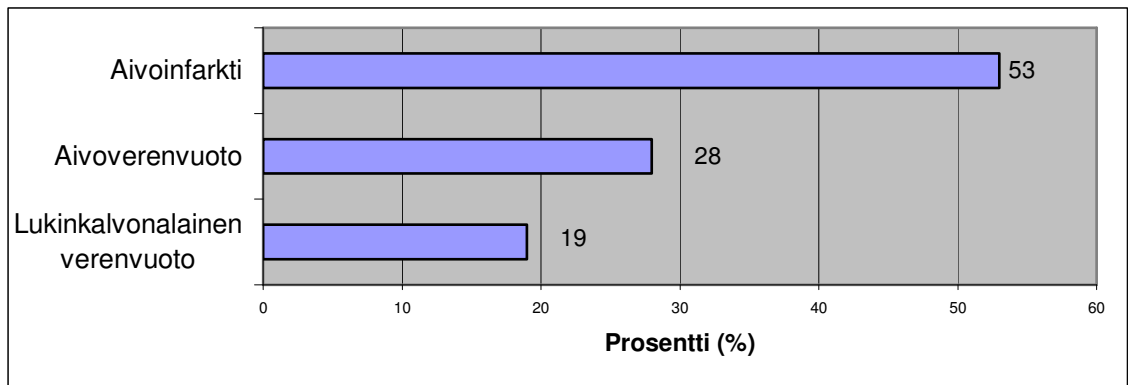
Neljännes vastaajista ilmoitti tupakoineensa ennen sairastumista. 1 – 5 savuketta päivässä tupakoivia oli yksi, 10 – 15 savuketta päivässä tupakoi neljä vastaajaa ja noin 20 savuketta päivässä tupakoi kolme vastaajaa. Alkoholia

käytti ennen sairastumista myös neljännnes vastaajista. Alkoholiannokset jakautuivat siten, että viisi annosta viikossa alkoholia käytti yksi vastaaja, 1 – 3 annosta viikossa käytti kuusi vastaajaa ja yhden annoksen kuukaudessa käytti yksi vastaaja. Kuviossa 9. esitetään vastaajien aivoverenkiertohäiriöön altistavat tekijät.



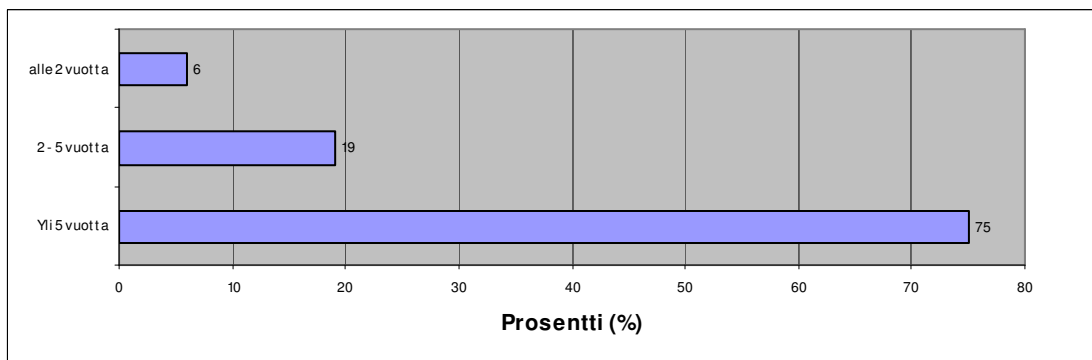
KUVIO 9. Vastaajien aivoverenkiertohäiriöön altistavat tekijät (n=32)

Vastaajilla (n=32) oli eniten ollut aivoinfarkteja eli tukoksia (53 %) ja toiseksi eniten oli ollut aivoverenvuotoja (28 %). Lukinkalvonlaisia verenvuotoja oli ollut 19 % vastaajalla. Muutama vastaaja oli esittänyt, että heillä oli ollut useammanlaisia aivoverenkiertohäiriöitä. Vastauksista huomioitiin vain ensimmäinen aivoverenkiertohäiriö, josta myös laskettiin sairastumisajankohta. (Kuvio 10.).



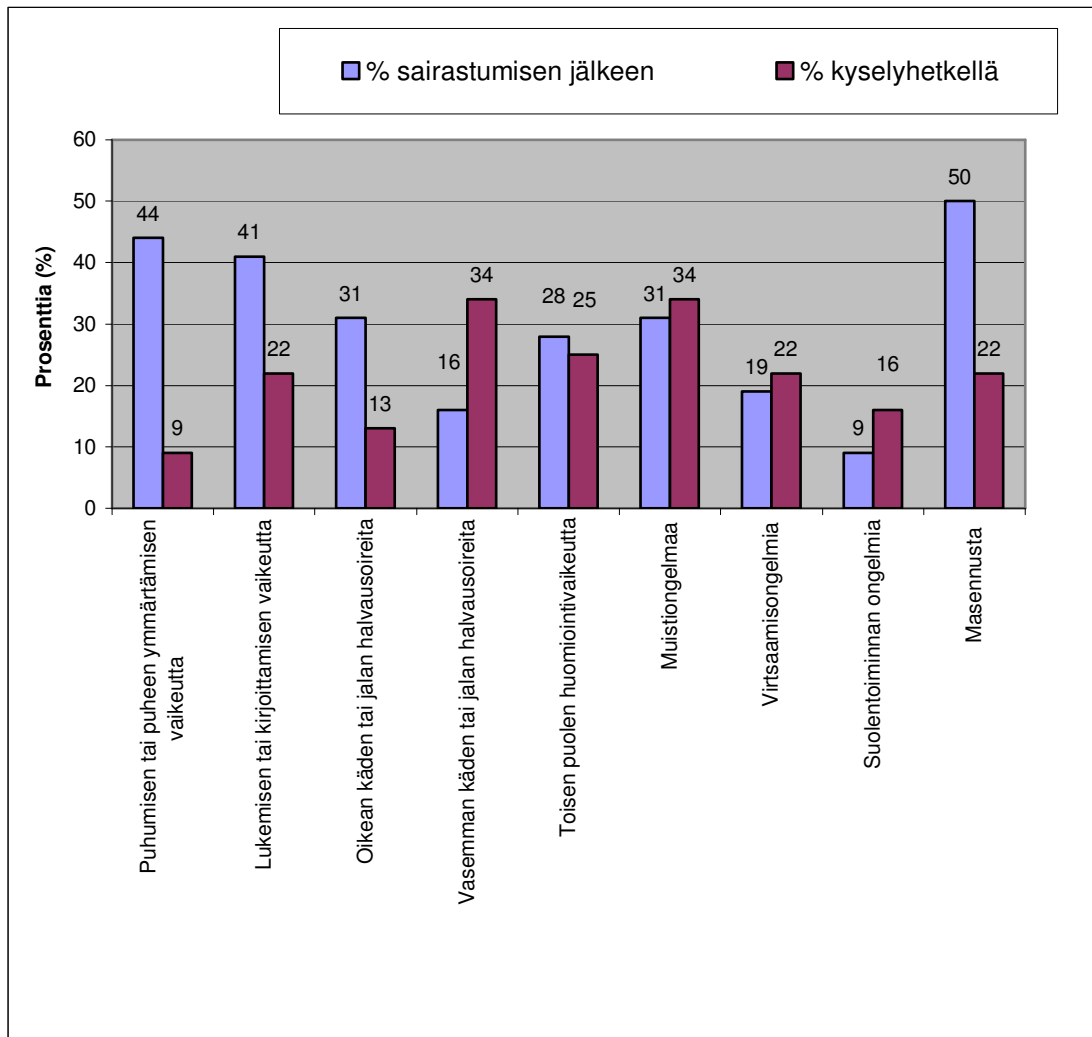
KUVIO 10. Vastaajien aivoverenvuototyypit (n=32)

Kuviossa 11. kuvataan vastaajien (n=32) sairastumisesta kulunutta aikaa. Sairastumisesta oli kulunut aikaa alle kaksi vuotta kuudella prosentilla vastaajista. Kahdesta viiteen vuoteen oli sairastumisesta aikaa vajaalla viidenneksellä vastaajista. Suurimmalla osalla vastaajista oli yli viisi vuotta aikaa sairastumisesta. Aivoverenkiertohäiriö ei ollut uusiutunut suurimmalla osalla vastaajista, vain 13 %:lla vastaajista sairaus oli uusiutunut.



KUVIO 11. Vastaajien sairastumisesta kulunut aika (n=32)

Aivoverenkiertohäiriö jättää monenlaisia puutosoireita jälkioireina. Kyselylomakkeessa annettiin vastaajille ohjeeksi kertoa kaikki puutosoireet, joita heillä oli ollut sairastumisen alussa tai joita oli edelleen vastaamisajankohtana. Kuviossa 12. kuvataan vastaajien aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat jälkioireita sairastumisen jälkeen ja kyselyhetkellä.



KUVIO 12 Aivoverenkiertohäiriön jättämät puutosoireet sairastumisen jälkeen ja kyselyhetkellä (n=32)

Lähes puolella vastaajista oli sairastumisen jälkeen puhumisen tai puheen ymmärtämisen vaikeutta sekä lukemisen tai kirjoittamisen vaikeutta. Vastausajankohtana puhumisen tai puheen ymmärtämisen vaikeutta oli noin vajaalla kymmenellä prosentilla vastaajista ja lukemisen tai kirjoittamisen vaikeutta oli noin viidenneksellä vastaajista.

Fyysiseen ulkonäköön liittyviä puutosoireita, oikean käden tai jalan halvauksia oli sairastumisen jälkeen kolmanneksella vastaajista. Vastaushetkellä ilmoitti noin 13 % vastaajista, että heillä oli vielä oikean puolen halvauksia jäljellä.

Vasemman käden tai jalan halvausoireita oli sairastumisen jälkeen 16 % vastaajista. Kyselyhetkellä ilmoitti noin 34 % vastaajista, että heillä oli vasemman puolen halvausoireita. Toisen puolen huomioimisen vaikeutta oli sairastumisen jälkeen noin kolmanneksella vastaajista. Kyselyhetkellä neljänneksellä oli toisen puolen huomiointi vaikeutta.

Muistiongelmia oli sairastumisen jälkeen ja kyselyhetkellä noin kolmanneksella vastaajista. Virtsanpidätysvaikeutta oli sairastumisen jälkeen ja kyselyhetkellä noin neljänneksellä vastaajista. Suolen toiminnassa oli puutosoireita noin 10 % vastaajista. Yleisin jälkioire oli kuitenkin masennus. Puolet vastaajista oli ollut masentuneita sairastumisen jälkeen. Kyselyhetkellä oli edelleen masennusta hieman yli viidesosalla vastaajista.

Avoimella kysymyksellä (kysymys 6.) vastaajilta tiedusteltiin masennuksen vaikutuksesta heidän elämäänsä. Kuvailuja masennuksen vaikutuksista tuli 30. 19 vastaajaa kuvaili masennuksen aiheuttamia seurauksia aivoverenkiertohäiriön jälkeen. (Taulukko 4.).

TAULUKKO 4. Masennuksen vaikutukset elämään aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen (n=19)

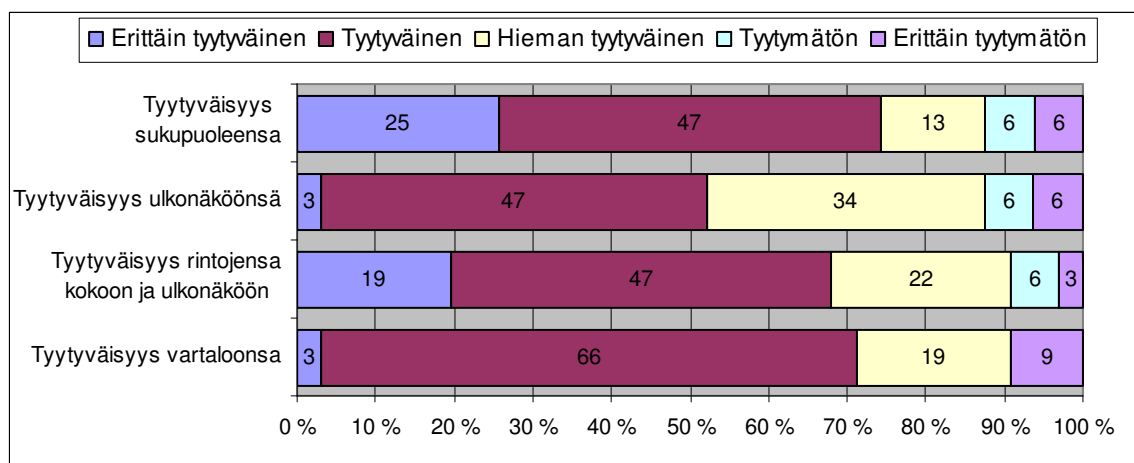
Masennuksen seuraukset

	(f)
Sairauteen sopeutuminen vaikeutunut	10
Vaikutus terveydentilaan	2
Itsetunnon laskua	3
Vaihtelua tunteissa	7
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	4
Riittävät voimavarat	4

Masennus oli vaikuttanut sairauteen sopeutumista 10 vastaajalla ja tunteisiin oli tullut esimerkiksi alavireisyyttä, itku ja nauru olivat herkässä sekä aggressiivisuutta. Voimavaroja oli neljällä vastaajalla. Heillä oli ollut lääkitys masennukseen sairastumisen jälkeen.

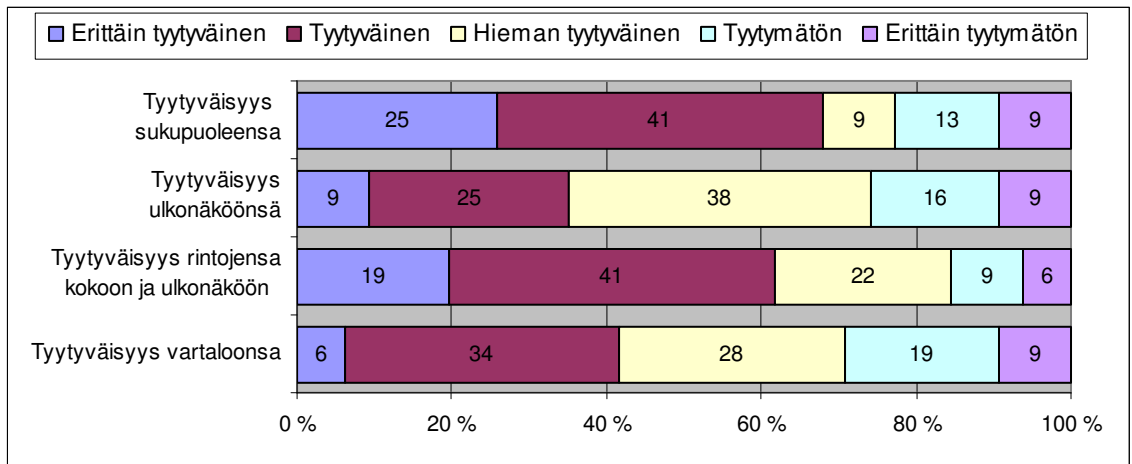
7.2 Biologinen seksuaaliulottuvuus

Vastaajien seksuaalista hyvinvointia kysyttiin seksuaaliulottuvuuksien avulla. Ennen sairastumista valtaosa vastaajista (n=31) oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä (72 %) sukupuoleensa. Puolet vastaajista oli tyytyväisiä ulkonäkönsä. Yli puolet vastaajista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä (66 %) rintojensa kokoon ja ulkonäköön. Vartaloonsa tyytyväisiä oli suurin osa (69 %) ja erittäin tyytymättömiä 9 %. Kuviossa 13. on selvitetty vastaajien naiseuteen liittyvää tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä ennen sairastumista.



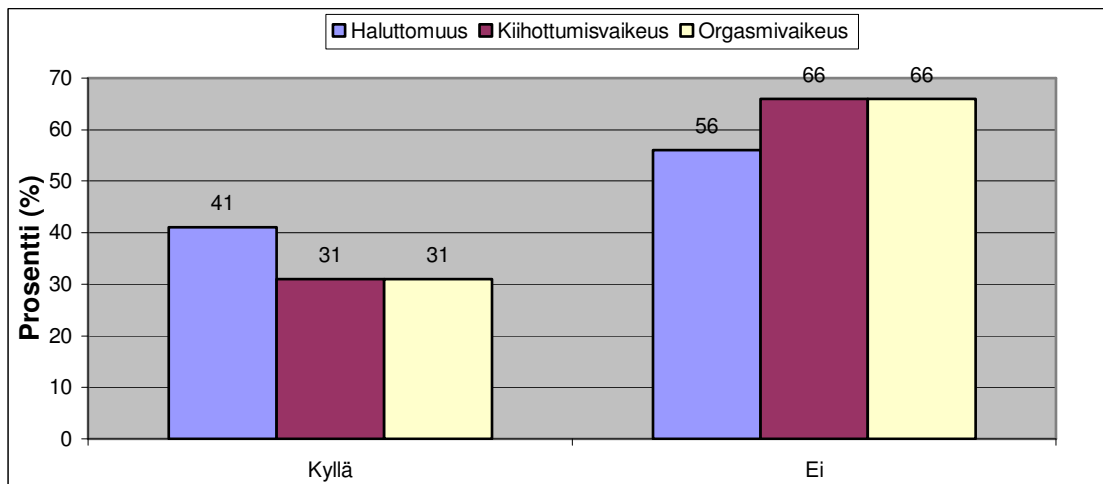
KUVIO 13. Naiseuteen liittyvä tyytyväisyys ja tyytymättömyys ennen sairastumista (n=31)

Tarkasteltaessa sairastumisen jälkeistä aikaa vastaajien (n=31) tyytyväisyyttä sukupuoleen, ulkonäköön, rintojen kokoon ja ulkonäköön sekä vartaloon, kaikissa muuttujissa tyytymättömyys lisääntyi verrattuna ennen sairastumista tilanteeseen. Kuviossa 14. on selvitetty sairastumisen jälkeen vastaajien naiseuteen liittyvää tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä.



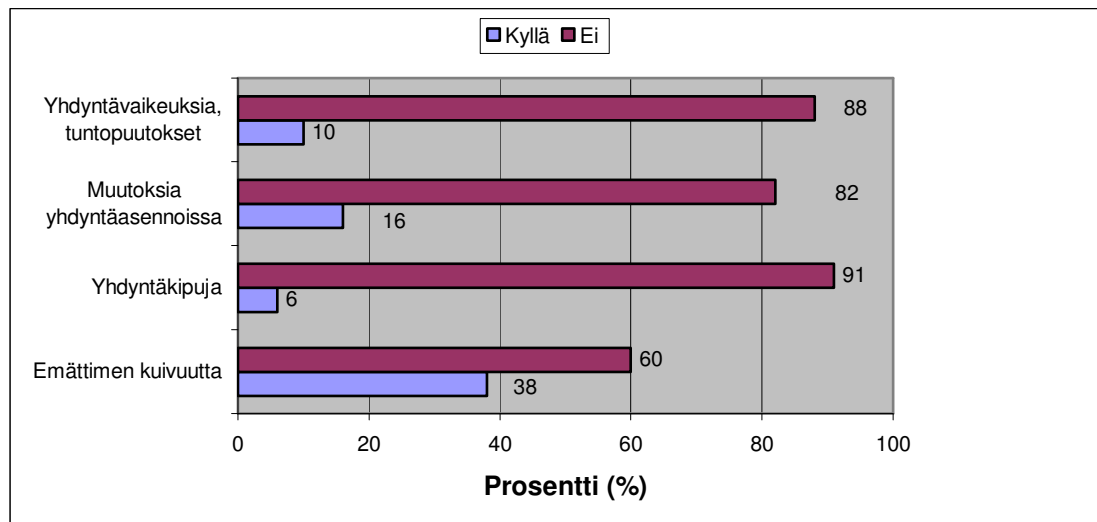
KUVIO 14. Naiseuteen liittyvää tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä sairastumisen jälkeen (n=31)

Seksuaalireaktiosarjassa (ks Kaplan 1974) seksuaalista haluttomuutta ilmeni lähes puolella (40 %) vastaajista (n=31) sairastumisen jälkeen. Kiihottumis- ja orgasmivaikeuksia koki kolmannes vastaajista. Sairastumisen jälkeen vastaajien vaikeudet seksuaalireaktiosarjassa on esitetty kuviossa 15.



KUVIO 15. Sairastumisen jälkeen ilmenneet vaikeudet seksuaalireaktiosarjassa (n=31)

Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista tuntepuutoksista seurasi yhdyntävaikeuksia vajaalla kymmenellä prosentilla vastaajista (n=31). Aivoverenkiertohäiriön seurauksena yhdyntäasentoihin oli tullut muutoksia vajaalla viidenneksellä vastaajista. Yhdyntäkipuja oli vajaalla 10 % vastaajista. Hieman yli kolmanneksella vastaajista oli emättimen kostumiseen liittyviä häiriöitä. (Kuvio 16.).



KUVIO 16: Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia muutoksia seksuaalisuuteen (n=31)

Avoimessa kysymyksessä (kysymys 10.) vastaajilta (n=31) tiedusteltiin, aivoverenkiertohäiriön seurauksena ”jostain muista” muutoksista seksuaalisuuden alueella. Muutoksia kuvaili neljä vastaajaa: väsymys (n=2), voimattomuus (n=1), kumppani on toisaalla (n=1) ja parisuhteessa ei ole seksiä (n=1).

Avoimessa kysymyksessä ”mikä seksuaalisuuteen liittyvä asia on Teitä mietittänyt sairastumisen jälkeen.” Taulukossa 5. esitetään kaikki ne tulokset, jotka liittyvät biologiseen seksuaaliulottuvuuteen.

TAULUKKO 5. Vastaajien biologiseen seksuaaliulottuvuuteen liittyviä muutoksia sairastumisen jälkeen (n=32)

Biologinen seksuaaliulottuvuus		
	Kyllä (f)	Ei (f)
Fyysinen terveydentila		
Huoli terveydentilasta	8	24
Elämänlaatu	2	30
Fyysinen ulkonäkö		
Vartalo	3	29
Seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi		
Kiihottumisvaikeus	12	20
Orgasmivaikeus	13	19
Yhdyntäkivut	2	30
Seksi loppunut	6	26

Kymmenellä vastaajalla oli huoli omasta fyysisestä terveydentilastaan, jota kuvattiin seuraavasti:

”... Että seksi aiheuttaa uuden vuodon.”

Avoimissa vastauksissa fyysiseen ulkonäköön liittyvät ongelmat oli tuonut esille kolme vastaajaa. He ilmoittivat tyytymättömyytensä vartalonsa ulkonäkönsä esimerkiksi näin:

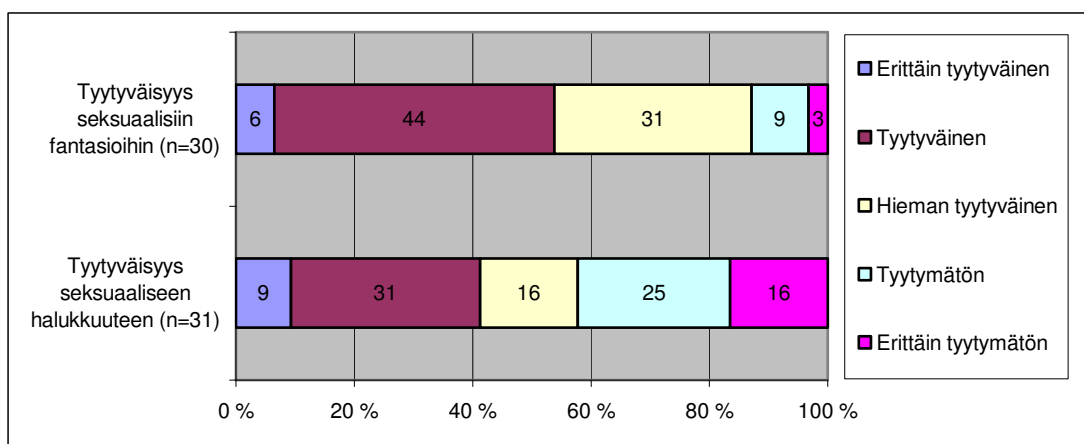
”... Ajoittain tunnen olevani toispuoleinen olento... vasemmanpuoleinen halvaus.”

Kaksi vastaajaa ilmoitti olevan yhdynnän aikana kipuja. Kuusi vastaajaa ilmoitti, että ”seksi on loppunut”. Tätä kuvataan:

”...Seksiä ei ole ollut sairastumisen jälkeen..”

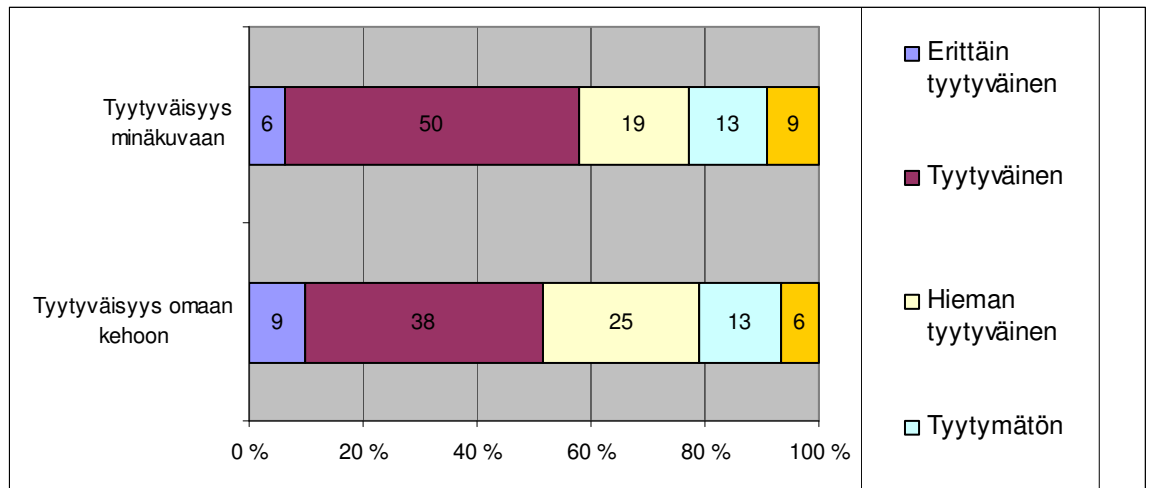
7.3 Psykologinen seksuaaliulottuvuus

Vastaajat (n=30 seksuaaliset fantasiat, n=31 seksuaalinen halukkuus) vastasivat seksuaalisen motivaation tyytyväisyyteen siten, että aivoverenkiertohäiriön jälkeen puolet vastaajista oli tyytyväisiä seksuaalisiin fantasioihin. Seksuaaliseen halukkuuteen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä oli 40 % vastaajista. Jonkin verran tyytyväisyyttä kokeneita oli hieman yli 10 % ja tyytymättömien osuus oli 41 %. (Kuvio 17.).



KUVIO 17. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys seksuaaliseen motivaatioon

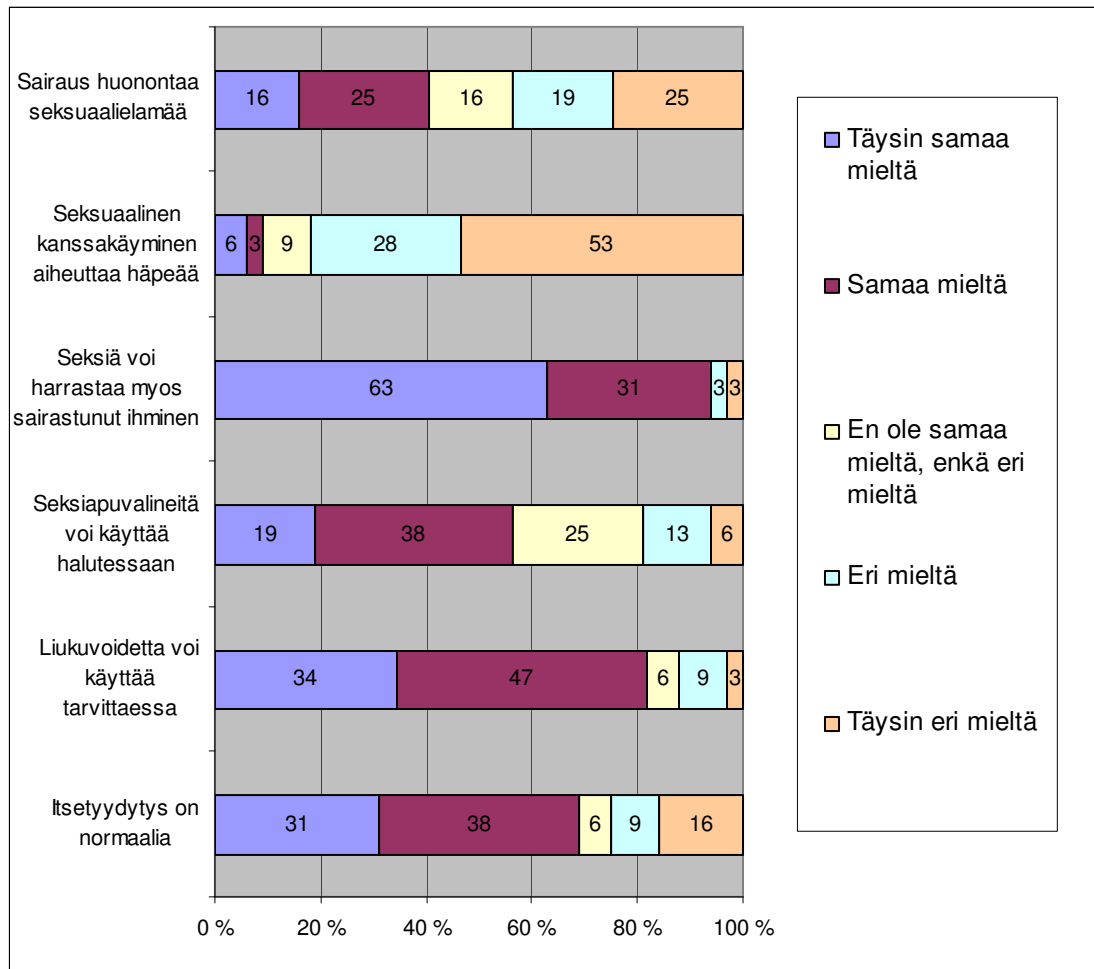
Minäkuvaansa oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä lähes puolet vastaajista (n=31). Omaan kehoon aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen oli lähes 60 % tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä ja hieman tyytyväisiä oli noin 13 %. (Kuvio 18.).



KUVIO 18. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys minäkuvaan ja kehon kuvaan (n=31)

Vastaajien (n=32) seksuaalisuuteen liittyviä asenteita on esitetty kuviossa 19. Sairaus oli huonontanut seksuaalielämää 41 % vastaajista, mutta ei 44 % vastaajista. Naisista 80 % katsoi, ettei seksuaalinen kanssakäyminen aiheuta häpeää. ”Seksiä voi harrastaa myös sairastunut ihminen” -väitteen kanssa samaa mieltä oli 94 %.

”Seksiapuvälineitä voi käyttää halutessaan” arvioi yli puolet (57 %) vastaajista. Valtaosa vastaajista (81 %) suhtautui myönteisesti liukuvoiteen käyttöön sekä itsetyydytykseen (70 %).



KUVIO 19. Seksuaalisuuteen liittyvät asenteet (n=32)

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin vastaajilta (n=32) ”mikä seksuaalisuuteen liittyvä asia on mietityttänyt vastaajaa sairastumisen jälkeen”. Näistä vastauksista koottiin psykologiseen seksuaaliulottuvuuteen liittyvät muutokset sairastumisen jälkeen. Vastaajia eniten oli mietityttänyt erilaiset tunteet ja seuraavana seksuaalinen haluttomuus (Ks. taulukko 6.).

TAULUKKO 6. Vastaajien psykologiseen seksuaaliulottuvuuteen liittyviä muutoksia sairastumisen jälkeen (n=32)

Psykologinen seksuaaliulottuvuus		
	Kyllä	Ei
	(f)	(f)
Motivaatio		
Seksuaalinen haluttomuus	12	20
Tunteet		
Alakuloisuus	9	23
Pelko	6	26
Minä kuva ja kehon kuva		
Itsetunto	3	29
Keho	6	26
Kokemusten puute		
Seksuaaliset fantasiat	3	29

12 vastaajaa ilmaisi haluttomuuden olevan ongelma sairastumisen jälkeen. Eräs vastaaja kuvaili asiaa näin:

”... Haluttomuus on tullut todella isoksi ongelmaksi omalla kohdallani”.

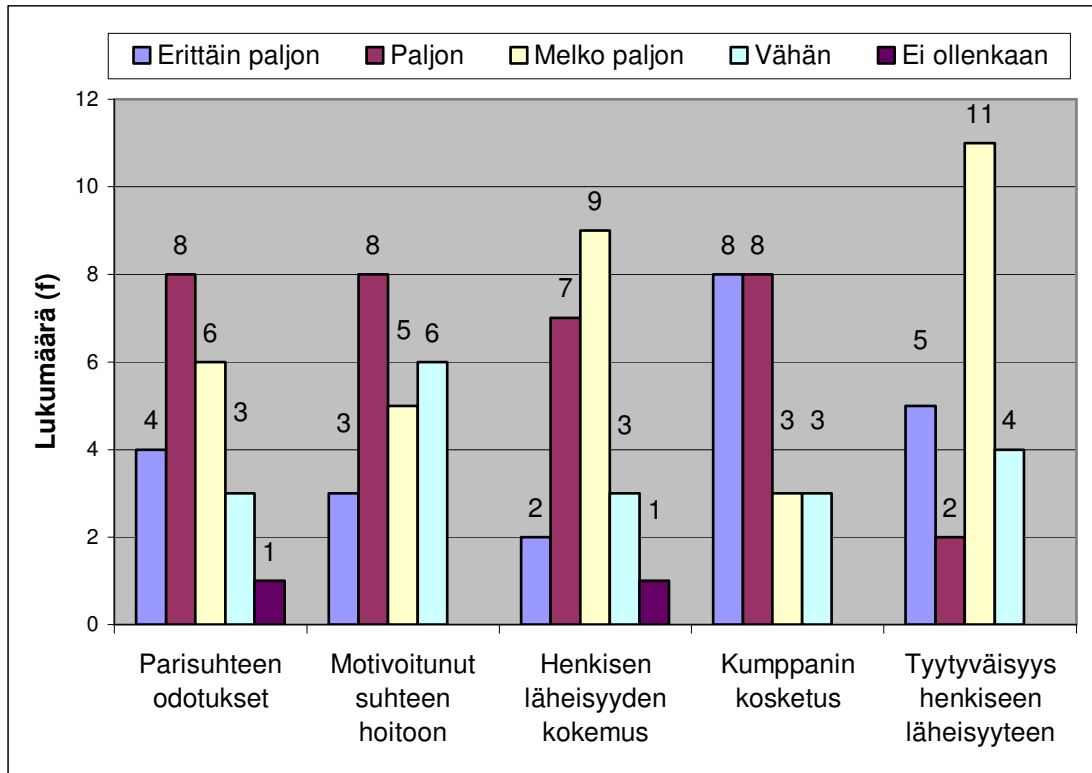
Tunteista tuli esiin erilaisia pelkoja kuudella vastaajalla liittyen seksuaalisuuteeni. Pelkoja kuvattiin esimerkiksi näin:

”...Sairauden jälkeen olen tuntenut mustasukkaisuutta, aivan pelottaa”.

7.4 Sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus

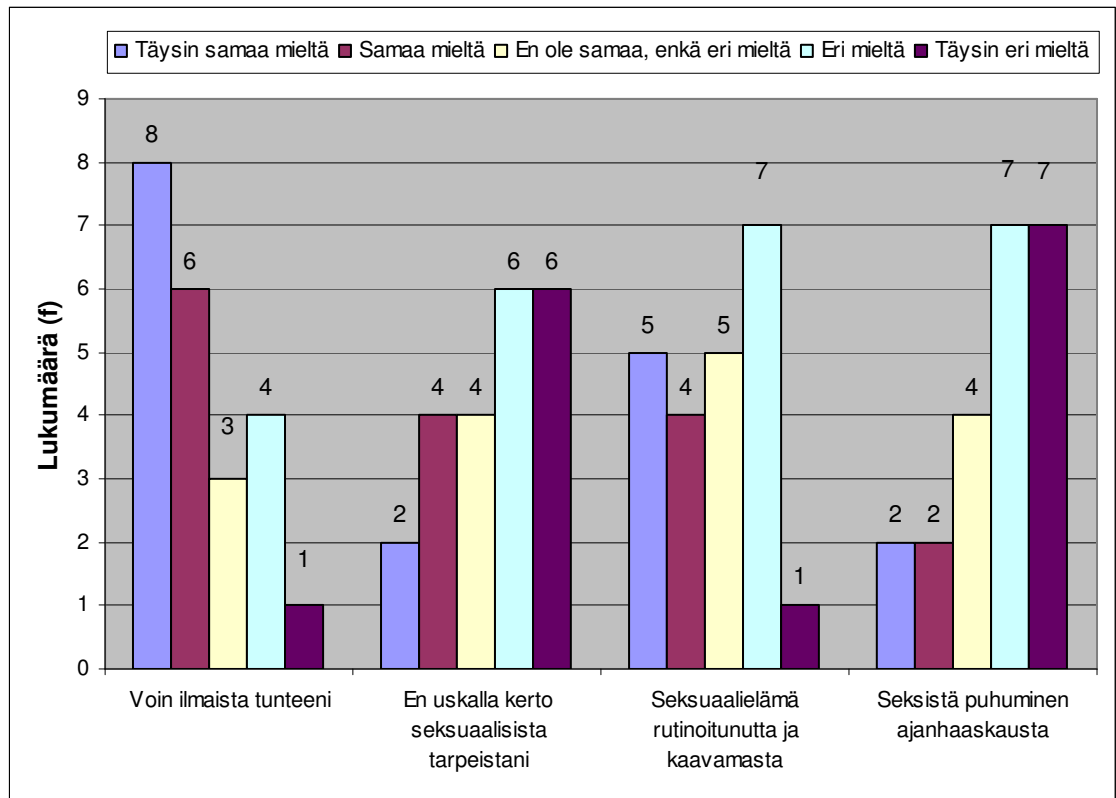
Hieman yli puolella vastaajista (n=22) parisuhde täytti omat odotukset. Naiset olivat motivoituneita suhteensa hoitoon. Henkistä läheisyyttä kumppaniinsa koki yli puolet vastaajista. Erittäin paljon tai paljon koki henkistä läheisyyttä seitsemän vastaajaa ja melko paljon 11 vastaajaa. 16 vastaajaa halusi kump-

paninsa koskettavan heitä. Kuviossa 20. on vastaajien kokemuksia pari- tai seurustelusuhteesta.



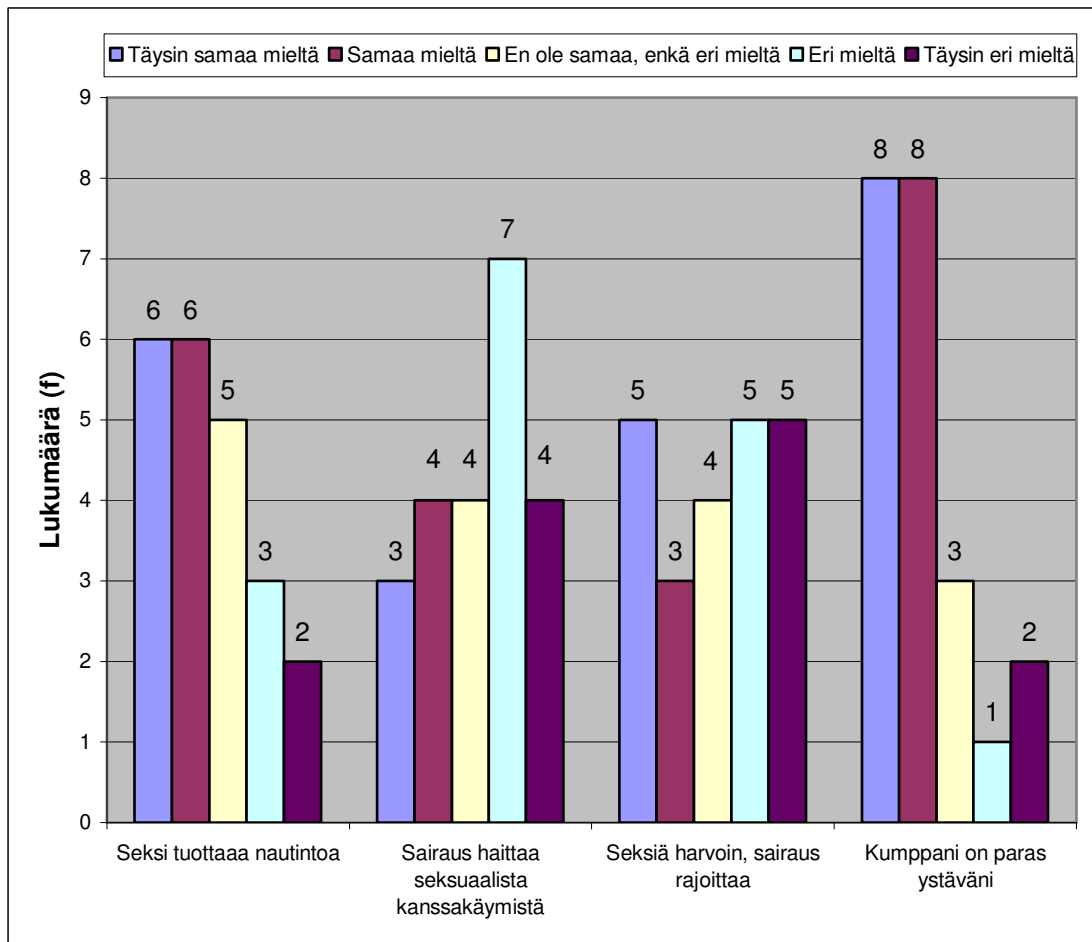
KUVIO 20. Vastaajien kokemuksia pari- tai seurustelusuhteesta (n=22)

Vastaajille (n=22) esitettiin väittämiä liittyen kommunikointiin ja kokemuksiin pari- tai seurustelusuhteeseensa. Suurin osa vastaajista oli voinut ilmaista tunteensa ja seksuaaliset tarpeensa kumppanillensa. Vajaa puolet vastaajista on sitä mieltä, että seksuaalielämä on rutinoitunutta ja kaavamaista. Toisaalta vajaalla puolella vastaajista asia ei ollut niin. 14 vastaajaa oli sitä mieltä, ettei seksistä puhuminen pari- tai seurustelusuhteessa ole ajanhaaskausta. (Ks. kuvio 21.).



KUVIO 21. Väittämiä pari-/ seurustelusuhteen kokemuksista (n=22)

Vastaajien (n=22) asenteet seksuaalisuutta kohtaan olivat pääasiassa myönteisiä. Hieman yli puolet vastaajista vastasi, että seksi tuotti nautintoa. Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että sairaus haittasi seksuaalista kanssakäymistä, mutta puolet vastaajista oli toista mieltä. Vajaa puolet vastaajalla koki, ettei sairaus haitannut seksi elämää. 16 vastaajalla kumppani oli paras ystävä. (Ks. kuvio 22.).



KUVIO 22. Pari- tai seurustelusuhteen seksuaalisuus (n=22)

Kysymykset 13. ja 17. olivat avoimia. Kysymys 13. ”miten kuvailisitte pari- / seurustelusuhdettanne” ja ”onko siinä tapahtunut muutoksia sairastumisenne jälkeen ja millaisia muutokset mielestänne ovat”. Kysymys 17. ”jos saisitte esittää yhden toivomuksen liittyen pari-/seurustelusuhteeseenne, mikä se olisi”. Yli puolet vastaajista (n=22) halusi enemmän kumppanin tukea. Naiset kertoivat ongelmia seksuaalisessa kanssakäymisessä. He kuvailivat läheisyyden ja kosketuksen puutetta sekä ongelmia vuorovaikutuksessa..

Kysymys 16. sisälsi väittämiä seksuaalielämästä pari- tai seurustelusuhteessa. Ne liittyivät vastaajan ja kumppanin yhteisiin kokemuksiin seksuaalisuudesta. Kyselyssä oli lisätty kohta ”jokin muu, mitä”. Vastaajat toivat esille seksuaalielämään liittyvänä muun muassa kumppanin haluttomuuden. (Ks. taulukko 7.).

TAULUKKO 7. Sosiokulttuuriseen seksuaaliulottuvuuteen liittyviä muutoksia ja toiveita sairastumisen jälkeen (n=22)

Sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus		
	Kyllä (f)	Ei (f)
Pari-/seurustelusuhde		
Kumppanin tuki	5	17
Kumppanin tuen puute	13	9
Kumppanin haluttomuus	3	19
Yhteiset kokemukset		
Läheisyyden puute	7	25
Kosketuksen puute	9	23
Ilmaisukyky		
Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat	12	20

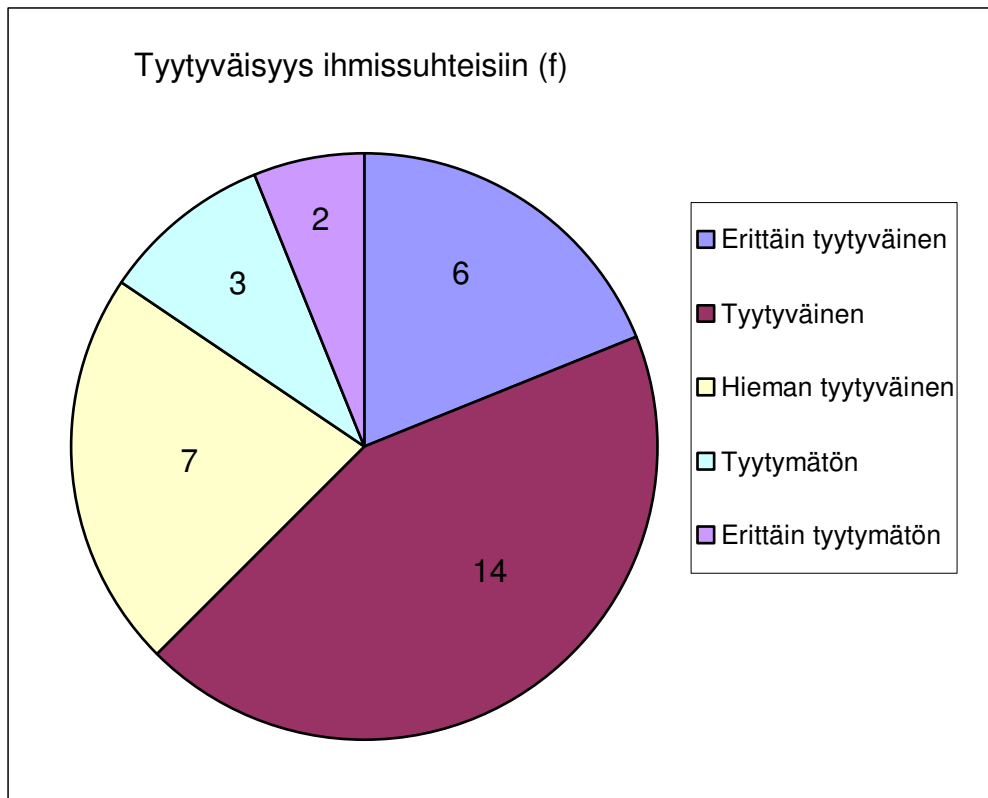
Kosketuksen puutetta kuvaili yhdeksän vastaajaa. Eräs vastaaja oli miettinyt seksuaalisuuteen liittyviä muutoksia seuraavasti:

”... Haluaisin enemmän vain koskettamista kuin ennen sairastumista”.

Toiveita pari- tai seurustelusuhteeseen kuvailtiin esimerkiksi näin:

”... Puolisoni voisi ehkä enemmän ottaa huomioon sen, että haluttomuus johtuu sairaudesta..., jos on haluton ei nauti tilanteesta”.

Ihmissuhteisiinsa (kysymys 11 e.) vastaajat (n=32) olivat pääasiassa tyytyväisiä, sillä tyytymättömyyttä oli vain viidellä vastaajalla. (Ks. kuvio 23.).



KUVIO 23. Tyytyväisyys ja tyytymättömyys ihmissuhteisiin (n=32)

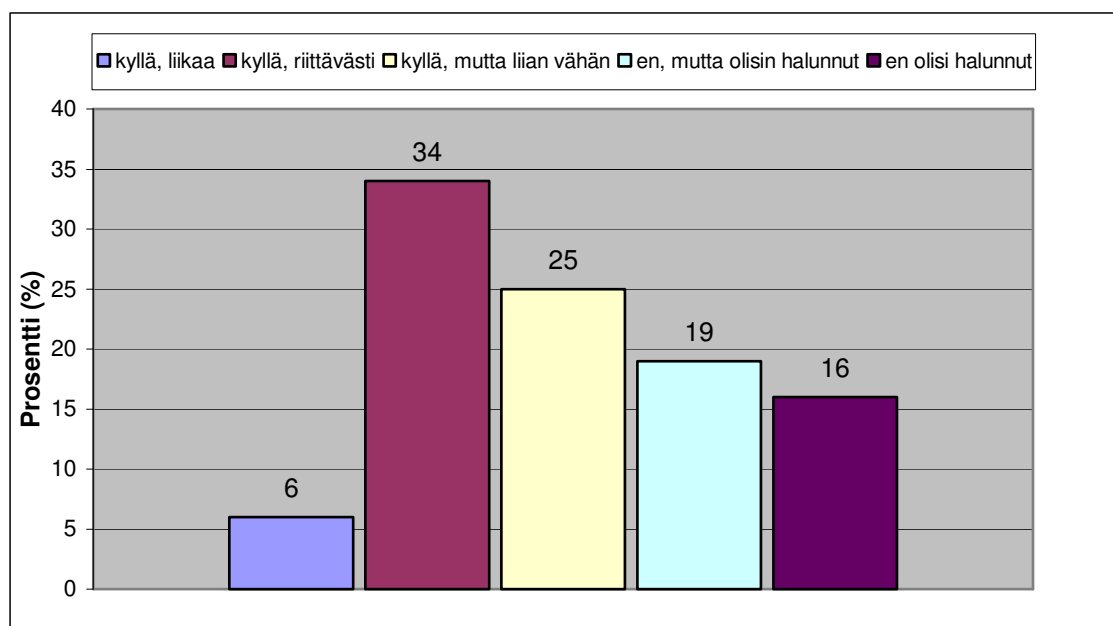
Avoimissa kysymyksissä (kysymykset 29. ja 22.) vastaajat kertoivat, että ihmissuhdeongelmia oli ollut yli kolmanneksella vastaajista (n=32). Kaksi vastaajaa oli saanut tukea ystävältään sairastumisen jälkeen. Suurin tyytymättömyyden aihe oli terveydenhuoltohenkilöstön tuen puute, jonka esitti 10 vastaajaa. Sitä kuvailtiin esimerkiksi seuraavilla tavoilla:

”... Ei missään vaiheessa kukaan sairaalassa kertonut tai ohjannut, mietin yksin...”.

”... Voisi vähän kertoa, mitä on odotettavissa...”

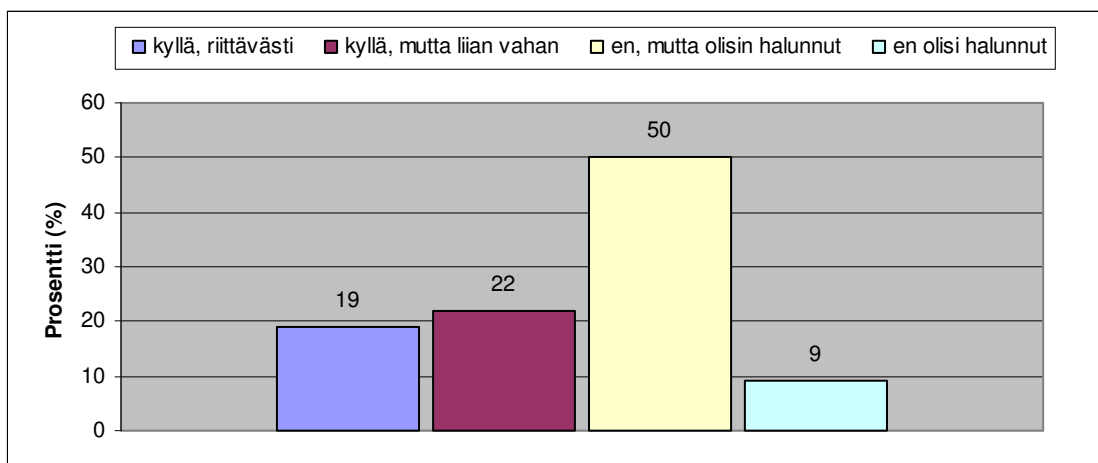
7.5 Seksuaalineuvontapalveluiden saanti

Ennen sairastumista 40 % naisista (n=32) arvioi saaneensa riittävästi seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa. Liian vähän neuvontaa oli saanut neljännes vastaajista. Vajaa viidennes naisista olisi halunnut saada neuvontaa tai tietoa, mutta ei ollut saanut. Vastaajista 16 % ei ollut halunnut seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa ennen sairastumista. (Ks. kuvio 24.)



KUVIO 24. Seksuaalineuvonnan riittävyys ennen sairastumista (n=32)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen naisista (n=32) puolet vastasi, etteivät olleet saaneet seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa, vaikka olisivat halunneet. Vajaa 10 % ei olisi halunnutkaan neuvontaa tai tietoa. Kukaan vastaajista ei vastannut ”kyllä, liikaakin”. Riittävästi neuvontaa tai tietoa oli saanut vajaa viidennes naisista ja liian vähän hieman yli viidennes. Seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvää tietoa ei olisi halunnut 9 %. (Kuvio 25.).

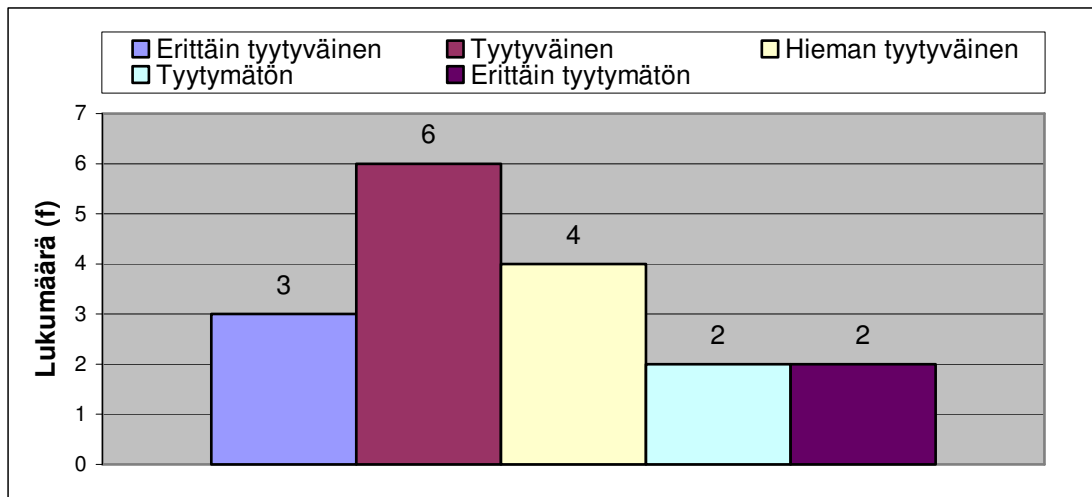


KUVIO 25. Seksuaalineuvonnan riittävyys sairastumisen jälkeen (n=32)

Seksuaalisuuteen liittyy joskus ikäviä kokemuksia. Vastaajista (n=32) viisi muisti kokeneensa seksuaalista väkivaltaa. Kaksi vastaajaa oli saanut mahdollisuuden keskustella kokemuksestaan. Henkilöt, joiden kanssa seksuaalinen väkivaltakokemus oli käyty läpi, olivat lähiomainen ja psykiatri. Kolme vastaajaa ei ollut puhunut seksuaaliväkivaltakokemuksestaan kenenkään kanssa.

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin (kysymys 21.) naisilta (n=32), oliko heillä ollut mahdollisuutta keskustella seksuaalisuudesta tai sukupuolielämästä muun potilasohjauksen yhteydessä. Kahdeksan vastaajaa oli saanut sen mahdollisuuden.

Naisista (n=17) 9 oli tyytyväisiä saatuun seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvään neuvonnan ja tiedon laatuun. Tyytymättömyyttä koki 10 vastaaja (Ks. kuvio 26.).



KUVIO 26. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvään neuvonnan ja tiedon laatuun (n=17)

Avoimessa kysymyksessä vastaajilla (n=32) oli mahdollisuus perustella tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden syitä seksuaalisuuden ja sukupuolielämään liittyvään neuvonnan tai tiedon laatuun. Perusteluja tuli yhteensä 21. (Ks. taulukko 8.).

TAULUKKO 8. Perustelut seksuaalineuvonnan laatuun (n=32)

Seksuaalineuvonnan laatu	(f)
Tyytyväinen	
Itse etsinyt tietoa	1
Ennestään tietoa	1
Ollut sairastumisen jälkeen seksuaaliterapeutin luennolla	1
Saanut luvan puhua seksuaalisuudestaan	1
Saanut tietoa	1
Tyytymätön	
Terveystenhoitohenkilöstö ei ole ottanut seksuaalisuutta ja sukupuolielämää puheeksi	7
Ei ole saanut tietoa	8
Pintapuolisesti käsitelty seksuaalisuutta ryhmässä	1

Vastaajien tyytyväisyyttä seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvään neuvotaan tai tietoon kuvattiin viidessä vastauksessa. Eräs vastaaja kuvaili tyytyväisyyttään:

”... kuntoutuskurssilla juteltiin ikäistemme naisten ryhmässä ... avointa naiseuden käsittelyä ... helpottaa huomattavasti itseään ja muita.”

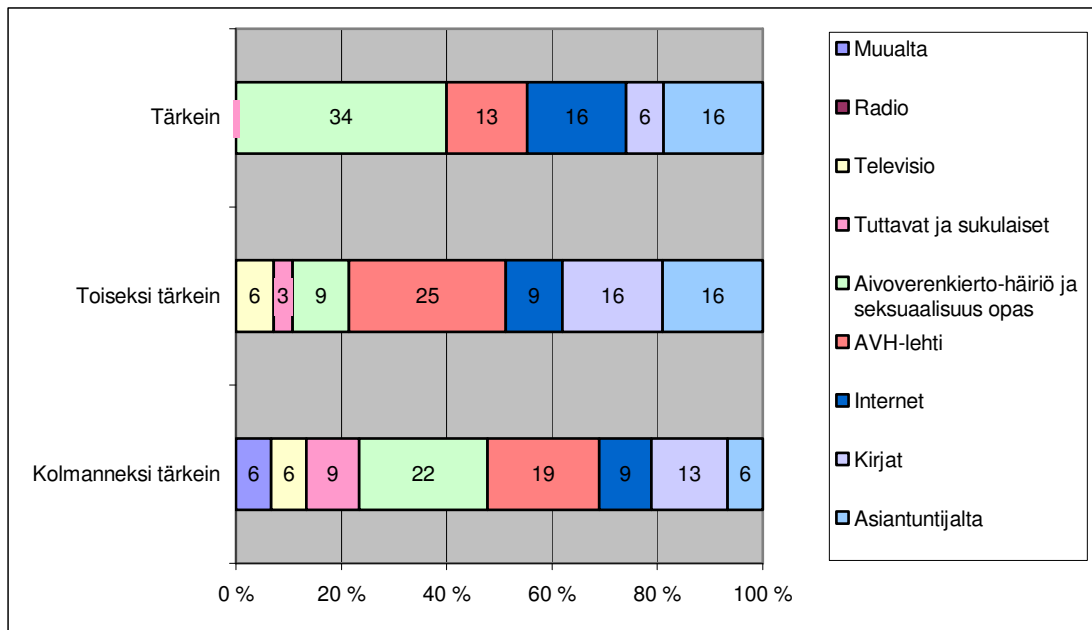
Vastaajien tyytymättömyyden (n=16) syitä oli, että terveydenhuollon henkilöstö ei missään vaiheessa tarjonnut mahdollisuutta puhua seksuaalisuudesta (n=7) tai antanut tietoa (n=8) vastaajille sairastumisen jälkeen. Pintapuolisesti ryhmässä annettu neuvonta tai tieto ei riittänyt yhdelle vastaajalle. Tyytymättömyyttä kuvailtiin muun muassa näin:

”... Henkilökunta ei missään vaiheessa kysynyt seksuaalisuuteen liittyvistä vaikeuksista.”

”... Sain X (= terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva) seksuaalineuvontaa, mutta toinen antoi moitteita, koska olin itse ottanut seksuaalisuuden puheeksi...”

”... Olisi voitu ohjata ammattihenkilölle. En tiennyt, että sellaisia on.”

Kuviossa 27 esitetään tiedonlähteet, joista vastaajat (n=32) itsenäisesti etsivät tietoa seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa sairastumisensa jälkeen.

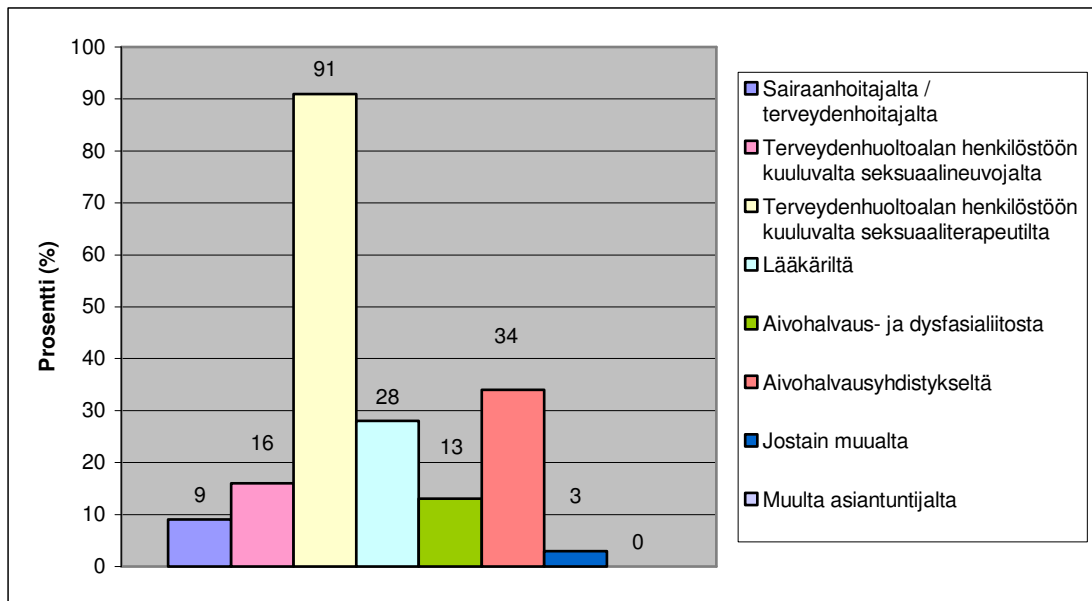


KUVIO 27. Vastaajien tärkeimmät itsenäiset tietolähteet (n=32)

Naisten tärkeimmät tietolähteet olivat Aivoverenkiertohäiriö ja seksuaalisuus - opas ja toiseksi tärkeämpänä AVH -lehti Internet. Naisista 13 % ei ollut hakenut tietoa itsenäisesti.

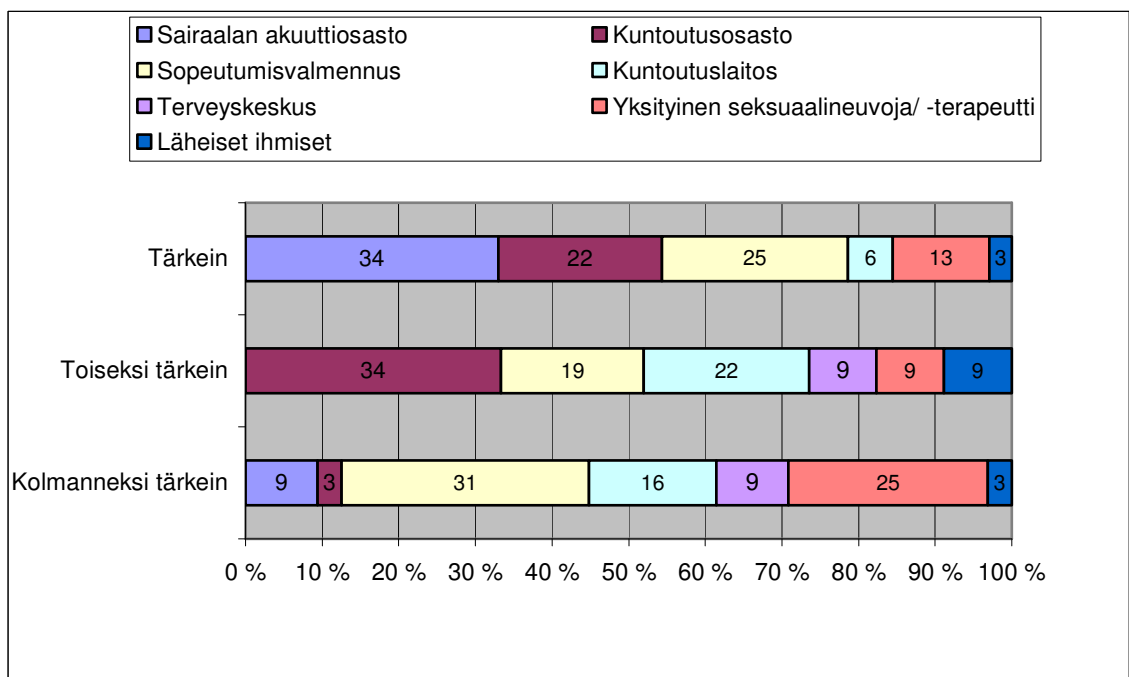
7.6 Toiveet seksuaalineuvontaan

Vastaajat saivat valita kaksi sopivinta vaihtoehtoa, keneltä asiantuntijalta he halusivat seksuaalineuvontaa. Ensisijaisesti naiset (n=32) toivoivat saavansa seksuaalineuvontaa terveydenhuoltoalaan kuuluva seksuaaliterapeutilta, toiseksi eniten aivohalvausyhdistykseltä ja kolmanneksi eniten vastaajat toivoivat saavansa seksuaalineuvontaa lääkäriltä. Kysymykseen sisältyi kaksi kohtaa, joissa kysyttiin ”muualta asiantuntijalta”, joka ei saanut yhtään vastausta ja ”jostain muualta”, johon tuli yksi vastaus, ystävilta. (Ks. kuvio 28.).



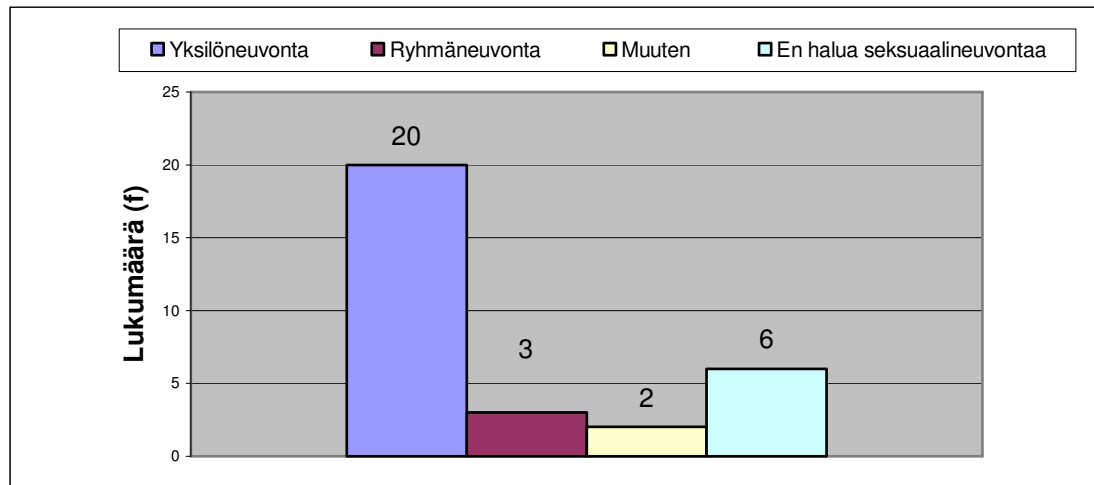
KUVIO 28. Toiveet asiantuntijasta (n=32)

Tärkeimmäksi seksuaalineuvontatahoksi naiset valitsivat sairaalan akuuttiosaston (34 %), toiseksi tärkeimmäksi he laittoivat kuntoutusosaston (34 %) ja kolmanneksi tärkeimmäksi sopeutumisvalmennuksen (31 %). (Ks. kuvio 29.).



KUVIO 29. Tärkeimmät seksuaalineuvontatahot (n=32)

Seksuaalineuvontaa (n=31) haluttiin pääosin yksilöneuvontana. Yksi vastaaja halusi seksuaalineuvontaa puolison kanssa ja yksi vastaaja halusi luentoina. Kuusi vastaajaa ei halunnut seksuaalineuvontaa. (Ks. kuvio 30.).



KUVIO 30. Seksuaalineuvonnan muodot (n=31)

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin seksuaalineuvontapalvelujen tarpeesta. Naiset kirjasiivat 40 merkintää. Sairastumisen alkuvaiheessa naiset halusivat eniten tietoa sukupuolielämän vaikutuksesta terveydentilaan (n=10). Toisena vastaajat (n=8) toivoisivat, että tietoa pitäisi jakaa myös kumppanille ja kolmanneksi vastaajat (n=8) halusivat saada tietoa sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen. Neljäntenä naiset (n=7) halusivat tietoa sairauden aiheuttamista kehon muutoksista. (Ks. taulukko 9.).

TAULUKKO 9. Toiveet seksuaalineuvonnan teemoista sairastumisen alkuvaiheessa (n=32)

Seksuaalineuvonnan aiheet

Sairastumisen alkuvaiheessa

Sukupuolielämän vaikutus terveydentilaan	10
Tietoa kumppanille sairauden vaikutuksesta seksuaalielämään	8
Sairauden vaikutus parisuhteeseen	8
Sairauden aiheuttamat kehon muutokset	7
Tietoa mahdollisista seksuaalitoimintahäiriöistä	6
Tietoa rakasteluasunnoista	1

Naiset kertoivat haluavansa tietoa sukupuolielämän vaikutuksesta terveydentilaansa näin:

”... Milloin voi aloittaa sukupuolielämän ja silloin voisi ohjata ammattilaiselle..”

”... Kun aivan akuuttivaihe alkaa olla ohi ja oleminen sekä eläminen kotiarjessa alkaa... mahdolliset tulevat ongelmat ja niiden voittaminen.”

Kumppanille tietoa sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen kuvailtiin esimerkiksi näin:

”... Heti alussa myös puolisolle neuvontaa, mitä muutoksia voi tapahtua seksissä ja mitä tulee varoa..”

Seksuaalineuvontapalvelujen (n=32) tarpeesta myöhemmässä vaiheessa merkintöjä tuli 29. Tärkeimmäksi aiheeksi nousivat seksuaalitoimintahäiriöt ja mahdollisuus käydä seksuaalisuutta läpi kumppanin kanssa, johon liittyvät myös vuorovaikutustaidot. (Ks. taulukko 10.).

TAULUKKO 10. Seksuaalineuvonnan aiheet myöhemmässä vaiheessa (n=32)

Seksuaalineuvonnan aiheet	
Myöhemmässä vaiheessa	
Seksuaalitoimintahäiriöt	6
Vertaisryhmiä	5
Kumppanin kanssa seksuaalisuutta läpi	5
Vuorovaikutustaitoja	5
Tietoa kumppanille seksuaalisuudesta	4
Sopeutumiseen ja itsetuntoon liittyvät asiat	3
Ajankohtaiset asiat	1

Seksuaalisuuden ja sukupuolielämän alueella oli tiedon tarvetta. Naiset toivoivat mahdollisuutta käydä läpi kumppanin kanssa läpi ongelmia, joita kuvaa seuraava esimerkki:

”... Myöhemmässä vaiheessa tilanteen mukaan, koska muutosta ollut ... kumppanin kanssa tarjottava terapiamuotoisena.”

Naiset kertoivat ongelmistaan sopeutua sairauden aiheuttamiin muutoksiin ja surutyöstään. Muutamat vastaajat kertoivat, että kesti kauan sopeuta sairauden aiheuttamiin muutoksiin. He kaipasivat ihmistä, jonka kanssa keskustella asioista.

”... Myöhemmässä vaiheessa, kuinka oppia hyväksymään oma kehonsa ja saada itsetuntoon vahvistusta.”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulokset olivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella 45 – 65 -vuotiaalla naisella seksuaalisessa hyvinvoinnissa ja seksuaalineuvonnan tarpeessa samansuuntaiset kuin aiemmissa tutkimuksissa.

Vastaajien keski-ikä oli noin 60 vuotta. Yli puolet vastaajista oli parisuhteessa ja suurin osa oli pois työelämästä. Tuloksissa tuli esille, että naisilla oli elämäntapaan liittyviä riskitekijöitä aivoverenkertohäiriöihin, sillä neljäsosa vastaajista tupakoi ja käytti alkoholia. Neljänneksellä naisista oli korkeat kolesteroliarvot, joka liitetään aivoinfarktin riskitekijäksi (ks. Kaste 2001; Saloheimo 2005). Aivoinfarkti oli tässä opinnäytetyössä yleisin aivoverenkiertohäiriötyyppi naisilla. Suomessa aivoverenkiertohäiriöistä on infarkteja 80 % (ks. Kaste ym. 2001).

Naisista ylipainoisia oli neljäsosa, joka voi olla seurausta liikunnan puutteesta (ks. Kaste ym. 2001). Yli kolmasosalla oli taustalla jokin perussairaus. Yleisin perussairaus oli verenpainetauti (ks. Kaste ym. 2001). Suurimmalla osalla naisista sairastumisesta oli kulunut aikaa yli viisi vuotta.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalinen hyvinvointi

Oikean ja vasemman puolen halvausoireita oli vastaajilla vielä kyselyhetkellä, vaikka suurimmalla osalla naisista oli kulunut sairastumisesta aikaa yli viisi vuotta. Halvausoireet häiritsevät eniten sairastuneen elämää (Lundberg ym. 2001). Verrattuna sairastumisen jälkeistä aikaa ja kyselyhetkeä puutosoireet olivat lieventyneet oikean käden ja jalan suhteen. Vasemman käden tai jalan halvausoireet olivat lisääntyneet naisten mukaan. Tulos voidaan selittää aivoverenkiertohäiriön aiheuttamalla oikeanpuoleisella vauriolla aivoissa, josta seurauksena on neglectiä ja sairauden tunnon heikkoutta (ks. s. 13 – 14). (Ks. Hokkanen ym. 2001, 104; Chad 2006; Jehkonen 2002, 13; Kaste ym. 2001,

296; Korpelainen ym. 2001, 227; Liippola ym. 2004, 13; Paysant ym. 2004; Tamam ym. 2008). Toisin sanoen naiset ovat alussa voineet olla täysin tietämättömiä vasemmasta puolestansa. Jehkonen (2002) toteaa, että visuaalinen neglect aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheessa ennustaa heikkoa toipumista.

Lisäksi muistiongelmat olivat tulosten mukaan yleisiä sairastumisen alussa ja myöhemmässä vaiheessa. Muistitoiminnot palautuvatkin yleensä heikoiten (ks. Hochstenbach ym. 2005). Puheen ymmärtämisen tai tuoton ja lukemisen tai kirjoittamisen vaikeudet olivat yleisiä alussa, mutta niistä naiset olivat kuntoutuneet melko hyvin. Hochstenbach tukijakollegoidensa (2005) kanssa toteasi, että kielellisistä toiminnoista kuntouduttiin hyvin. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista puutosoireista ilmeni, että ongelmia oli suolentoiminnassa vähemmän kuin virtsanpidätysvaikeuksia. Tämä tulos on yhteneväinen Greenbergin, Tregerin ja Ringin (2004) kanssa, ja he toteavat, että virtsanpidätysongelmat huonontavat elämänlaatua.

Masennus oli hyvin yleistä sairastumisen alussa. Masennus oli pitkittynyt noin 20 % vastaajista. Muutama nainen oli edelleen väsynyt tai voimaton. Masennuksen syynä voi olla sairastuminen ja tunne-elämän muutokset sekä itsenäisyyden menettäminen. (Pohjasvaara ym. 2001), sillä eloon jääneistä sairastuneista jää autettavaksi päivittäisissä toiminnoissaan joka kymmenes. (Kaste ym. 2001; Carod-Artal ym. 2000).

Neljänneksellä naisista ilmeni huolta terveydentilastaan. Tässä opinnäytetyössä ei kysytty naisilta heidän toipumisvaiheestaan. Äkillinen sairastuminen ja pelko siitä, ettei toivu (ks. Kaste ym. 2006; Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001) sekä sairauden aiheuttamasta kriisi voi aiheuttaa huolta (ks. Rosenberg 2006; Ilmonen 2008a). Sairastuneen sopeutumiseen vaikuttavat, miten hän on aikaisemmin selvinnyt kriiseistä, ja onko hänellä sosiaalista tukea sekä mahdollisuutta tehdä surutyötä (ks. Pohjasvaara ym. 2001).

Tulokset osoittivat, että naiset olivat tyytyväisiä sukupuoleensa ennen sairastumista. Sukupuoleen tyytymättömien osuuden ennen sairastumista voi selittää se, etteivät naiset tunteneet itseään viehättäväksi, kun ikääntymisen merkkejä alkoi näkyä tai näkyä vartalolla (ks. Rautiainen 2006).

Tyytymättömyys omaan sukupuoleen voi olla yleensä tyytymättömyyttä naiseutta, ja siihen tulleita muutoksia kohtaan vaihdevuosi-iässä tai sitä lähestyttäessä. Lisäksi syynä voi olla, etteivät vastaajat ole saaneet pohtia seksuaalisuuttaan aikaisemmin. Tulosten mukaan ennen sairastumista neljännes naisista oli saanut seksuaalineuvontaa tai tietoa liian vähän.

Sairastumisen jälkeen tyytyväisyys sukupuoleen oli vastaajilla hieman vähentynyt. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen oli lisännyt hieman tyytymättömyyttä myös ulkonäköönsä verrattuna tilanteeseen ennen sairastumista. Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen rintojen kokoon ja ulkonäköön kohdistunut tyytymättömyys oli lisääntynyt verrattuna tilanteeseen ennen sairastumista. Tuloksen voi selittää vierauden tunne vartalonsa sairastumisen jälkeen (ks. myös Bakheit ym. 2004).

Sukupuoleen ja naiseuteen vaikuttavat myös seksuaalinen väkivaltakokemus. Se voi aiheuttaa tyytymättömyyttä naiseuteen, koska kajotaan herkipäähän yksityisyyteen. Nainen on voinut kokea, että hän on menettänyt itsemääräämisoikeutensa, identiteettinsä ja itsekunnioituksensa. (Brusila 2006, 335.) Tuloksissa ilmeni, että osa naista oli kokenut seksuaalista väkivaltaa, joko ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen, joista kaksi oli hakenut apua, psykiatrilta ja lähiomaiselta. Tilastokeskuksen mukaan seksuaaliseen hyväksikäyttökemukseen vain 10 % hakee ammattiapua ja 37 % kertoo ystävällensä. (Brusila 2006, 337).

Seksuaalireaktiosarjaan liittyvät tulokset osoittivat, että lähes puolet naisista koki seksuaalista haluttomuutta. Tulokset ovat samansuuntaiset kuin Korpelaisen ja hänen tutkijakollegoidensa tutkimuksessa, jossa seksuaalinen halu väheni 57 % vastaajista (Korpelainen ym. 1999). Tulokset poikkeavat Kimuran ja tutkijakollegoiden tutkimuksesta. Heidän tutkimuksessaan vain 24 % naisista koki seksuaalista haluttomuutta aivoverenkiertohäiriön jälkeen (Kimura ym. 2001).

Kolmannes vastaajista ilmoitti ongelmia kiihottumisessa sekä orgasmin kokemisessa. Tuloksissa nousi esiin, että noin viidenneksellä vastaajista oli sukupuolielämä loppunut kokonaan sairastumisen jälkeen. Tulos on samansuun-

tainen kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, esimerkiksi Korpelaisen ja tutkijakollegoiden (1999) tutkimuksessa sukupuolielämä oli vähentynyt sairastumisen jälkeen 9 – 33 % sairastuneista.

Kimura ja tutkijat (2001) totesivat, että potilaat, joilla oli seksuaalisia toimintahäiriöitä, oli myös selvästi enemmän masennuksen oireita ja vasemmanpuoleisessa aivovauriossa esiintyi yleisemmin seksuaalisia toimintahäiriöitä kuin oikeanpuoleisessa. Greenbergin, Tegerin ja Ringin (2004) tutkimuksessa ei ollut yhteyttä aivoverenkiertohäiriön tyypillä ja seksuaalisilla toimintahäiriöillä. Samoin Giaquinton ja tutkijakollegoiden tutkimuksessa ei tullut eroja aivopuoliskojen vamman sekä masentuneisuuden ja seksuaalisten toimintahäiriöiden välillä (Giaquinto ym. 2003).

Sukupuolielämää vaikeuttavia ongelmia, kuten yhdyntäkipuja, emättimen kuivuutta ja muutoksia yhdyntäasunnoissa sekä tuntuu puutosten aiheuttamia yhdyntävaikeuksia, esiintyi sairastumisen jälkeen. Eniten oli kuitenkin emättimen kuivuutta. Marinkovicin ja Badlanin (2001) tutkimustulokset olivat samansuuntaiset. Iällä voi olla vaikutusta tuloksiin, sillä naisten keski-ikä oli noin 60 vuotta, ja he olivat ohittaneet jo vaihdevuosi-iän (ks. myös Rautiainen 2006). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen oli aiheuttanut muutoksia yhdyntäasunnoissa ja yhdyntävaikeuksia tuntuu häiriöiden vuoksi kolmannekselle vastaajista. Aivohalvaus muuttaa yhdyntätottumuksia (Färkkilä & Ruutiainen 2003).

Vastaajat olivat tyytyväisiä seksuaalisiin fantasioihinsa. Oma kehoon lähes puolet vastaajista oli tyytyväisiä. Tyytymättömyyttä minäkuvaan oli enemmän. Aivoverenkiertohäiriö on vakava elämän tapahtuma, joka vaikuttaa minäkuvaan (ks. Bakheit, Barrett & Wood 2004; Chad, Vickery, Sepehri & Evans 2008). Lähes puolella vastaajista sairaus huononsi seksuaalielämää. Vastaajilla ei ollut sairauden mukanaan tuomaa häpeää seksuaalisen kanssakäymisen aikana. Itsetyydytystä, liukuvoiteen käyttöä ja seksiapuvälineitä kohtaan vastaajien asenteet olivat myönteisiä. Tulokset olivat samansuuntaiset kuin Korpelaisen ja tutkijaryhmän (1999) tutkimuksessa.

Naiset olivat pääasiassa tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa. He ovat kuntouduttuaan ja sairauteen sopeuduttuaan kyenneet pitämään sosiaalista verkostoaan yllä,

vaikka suurin osa on eläkkeellä. Noin kolmannes vastaajista ilmoitti tyytymättömyytensä ihmissuhteisiinsa. He saattavat eristäytyä, kuten Carod-Artal ja tutkijakollegat (2000) toteavat, tai heillä saattaa olla vähemmän sosiaalisia aktiviteetteja (ks. Ellis-Hill 2000).

Tuloksissa ilmeni, että vastaajista kolmannes, jotka olivat pari- tai seurustelusuhhteessa, sairaus häyttasi seksuaalista kanssakäymistä. Naisilla oli ongelmia vuorovaikutuksessa kumppaninsa kanssa ja kumppanin koskettamista ei halunnut vajaa kolmannes. Yli puolet vastaajien koki henkistä läheisyyttä kumppaniinsa melko paljon. Läheisyydellä ja koskettamisella on merkitystä seksuaalisessa kanssakäymisessä (ks. Greenberg, Treger & Ring 2004; Kimura ym. 2001; McCarthy & McCarthy 2003; Rosenberg 2006.) Toisaalta vuorovaikutus ja keskustelu seksistä parisuhhteessa voi vähentyä, jos seksuaalinen halu on vähentynyt (ks. Kontula 2008).

Vastaajat olivat motivoituneita suhteensa hoitoon ja osalla vastaajista parisuhde täytti odotukset. Korpelainen ja kollegat (1999) toteavat tutkimuksessaan, että sosiaalisilla tekijöillä, kuten kumppanilla on merkitystä sairastuneen seksuaalisuudella. Läheisyyteen tarvitaan luottamusta ja turvallisuutta toiseen (Kumpula & Malinen 2006).

Vajaalla puolella naisista oli kokemus, että sukupuolielämä ei ole rutinoitunutta ja kaavamaisista. Toisaalta naiset olivat sitä mieltä, että seksi tuottaa nautintoa. Tunteitaan kumppanilleen kykeni näyttämään yli puolet naisista. Toisaalta naisilla oli myös ongelmia tunne-elämän alueella, esimerkiksi alavireisyyttä. Ongelmat voivat vaikuttaa eroottiseen nautintoon (ks. Greenberg ym. 2004, 245). Suurin osa ei uskaltanut kertoa kumppanilleen seksuaalisista tarpeistaan, vaikka lähes saman verran naisista koki sen tärkeäksi. Uskallus puhua seksuaalitoimintojen muutoksesta oli tärkeää toipumisessa (ks. Korpelainen ym. 1999). Vasemman aivopuoliskon vaurio voi aiheuttaa keskustelussa ongelmia, mutta kommunikointiin voi käyttää eleitä, ilmeitä ja kehoaan (ks. Hokkanen ym. 2001; Liippola ym. 2004).

Kumppanilla oli myös seksuaalista haluttomuutta, joka tuli yllättäen myös esille Korpelan ja tutkijaryhmän (1999) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan 67 % puolisoista oli seksuaalista haluttomuutta.

Seksuaalineuvonta sairastumisen jälkeen

Seksuaalineuvontapalvelujen tarpeeseen liittyvissä tuloksissa lähes puolet vastaajista oli saanut seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvää neuvontaa, mutta vain vajaa viidennes riittävästi. Neljännes vastaajista oli saanut keskustella seksuaalisuudestaan muun potilasohjauksen yhteydessä. Noin puolet vastaajista ei ollut saanut neuvontaa tai tietoa, vaikka olisivat sitä halunneet. Ilmosen (2008) mukaan 75 % 45 – 54 -vuotiaista oli jäänyt ilman tarvitsemaansa seksuaalineuvontaa. Lundbergin ja tutkijaryhmän mukaan neurologiset sairaudet voivat muuttaa potilaan seksuaalitoimintoja. Kliinisessä työssä ei yleensä huomioida seksuaalitoimintahäiriöitä. (Lundberg ym. 2001.)

Hieman yli neljännes naisista oli tulosten mukaan tyytyväisiä seksuaalineuvonnan ja tiedon laatuun. Tämä tulos poikkeaa Ilmosen (2008) esittämästä tutkimustuloksesta. Hänen esittämässään tuloksissa puolet pitkäaikaissairautta sairastavista olivat tyytyväisiä eri ammattihenkilöiden antamaan seksuaalineuvontaan ja vain joka neljäs oli tyytymätön.

Naiset ilmoittivat suurimmaksi tyytymättömyyden aiheeksi, ettei heille annettu lupaa puhua seksuaalisuudesta. Naiset olisivat toivoneet, että terveydenhuoltohenkilöstö olisi ottanut seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvät asiat puheeksi. Aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla on ennakkoluuloja ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan (ks. Aizenberg, Weizman & Barak 2002), etenkin vammaisten naisten seksuaalisuutta kohtaan (ks. STM 2007). Seksuaalioikeuksissa korostetaan sairastuneen ihmisen oikeutta tietoon ja hyväksyntään (ks. WAS 2007).

Itsenäisesti naiset olivat hakeneet seksuaalisuudesta ja sukupuolielämästä tietoa Aivoverenkiertohäiriö ja seksuaalisuus -oppaasta ja AVH -lehdestä sekä Internetistä. Tulokset ovat samansuuntaiset kuin Tuusan (2008) tekemässä tutkimuksessa. Internetin suosio tiedon lähteenä tulevaisuudessa kasvaa.

Kognitiivisten ongelmien vuoksi kirjallinen materiaali, ei sovi kaikille aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille naisille ainoana tiedon lähteenä. Se on hyvä asiakaskontaktin yhteydessä neuvonnan ohella (ks. STM 2007).

Toiveet seksuaalineuvontaan sairastumisen jälkeen

Lähes kaikki naiset toivoivat ensisijaisesti neuvontaa tai tietoa seksuaalisuudesta seksuaaliterapeutilta (ks. myös Aizenberg ym. 2002). Seuraavaksi eniten he halusivat neuvontaa tai tietoa aivohalvausyhdistykseltä, lääkäriltä, seksuaalineuvojalta, aivohalvaus- ja dysfasialiitosta ja viimeisenä sairaanhoitajalta tai terveydenhoitajalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa viisi prosenttia naisista oli saanut seksuaalineuvontaa lääkäriltä, ja yksi prosentti naisista oli saanut seksuaalineuvontaa sairaanhoitajalta tai terveydenhoitajalta. (ks. Ilmonen 2008). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalineuvonnan tarve pitäisi arvioida ja hoitaa. (ks. Lundberg ym 2001; Marinkovic & Badlani 2001; Tamam ym. 2008).

Naiset halusivat yksilöneuvontaa. Vastaajat olisivat halunneet keskustella muuttuneesta seksuaalisuudesta toisen ihmisen kanssa. Neuvontaa naiset toivoivat saavansa sairaalan akuutilla osastolla, kuntoutusosastolla ja sopeutumisvalmennuksessa, koko heidän kuntoutumisprosessissaan (ks. myös Marinkovic & Badlani 2001). Aktiivinen seksuaalisuuden puheeksi ottaminen asiakasta kunnioittavalla tavalla pitäisi toteutua kaikissa terveydenhuollon palveluissa, siellä missä on sairauden hoitovastuu (STM 2007). Terveyskeskus ei ollut tärkein seksuaalineuvonnan taho tämän opinnäytetyön tulosten mukaan. Seksuaalineuvojan koulutusta saaneita terveydenhuollon työntekijöitä ei terveyskeskuksissa ole vielä riittävästi, ja tabuluontoisuuden vuoksi pitkäaikais-sairaiden tarpeet ovat jääneet vähälle (ks. STM 2007).

Heti sairastumisen jälkeen naiset toivoivat saavansa luvan puhua seksuaalisuudestaan (Plissit -malli I -taso Annon, 1976). Terveyskeskuksen työntekijä on aloitteen tekijänä seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa (Ilmonen 2008), ja huomioi avoimin mielin asiakkaan mahdolliset seksuaalivaikkeudet (Lindberg ym. 2001). Hän voi rauhoitella asiakasta ja kertoa minkälaisia muutoksia seksuaalisuudessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen yleensä aiheuttaa (ks.

Ilmonen 2008). Heti sairastumisen jälkeen työntekijän on hyvä huomioida muun muassa kommunikaatioon liittyvät ongelmat (ks. Karkaus-Rikberg 2000a).

Kohdennettua tietoa ja erityisohjeita (Plissit -malli II – III -taso, Annon 1976 mukaan) myyttien purkamisen lisäksi naiset toivoivat tietoa sukupuolielämän vaikutuksesta terveydentilaan, seksuaalitoimintahäiriöistä ja sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen (ks. Tuusa 2008). Lisäksi he haluavat kumppanille tietoa seksuaalisuudesta, sairauden aiheuttamista kehon muutoksista, haluttomuuden syistä ja tietoa rakasteluasunnoista.

Myöhemmässä sairauden vaiheessa naisten toivoma seksuaalineuvonta liittyi Plissit -mallin III -tasoon, johon kuuluu myös seksuaalianamneesi (ks. Annon 1976; Ilmonen 2006). Seksuaalineuvonnassa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että kumppanin kanssa voisi pohtia seksuaalisuutta. Myös kumppanille tulisi antaa tietoa seksuaalisuudesta (ks. Lundberg ym. 2001). Naiset toivat tuloksissa esille, että sairastumisen jälkeen oli tullut ongelmia vuorovaikutukseen, ja myöhemmässä sairauden vaiheessa he toivoivat keinoja kehittää vuorovaikutustaitojaan.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalineuvonnanpalveluntarpeesta ei ole ollut aiemmin selvää käsitystä, koska aihetta on tutkittu liian vähän (ks. STM 2007), mutta kaikilla neurologiseen sairauteen sairastuneilla pitäisi olla mahdollisuus seksuaalineuvontaan (Lundberg ym. 2001). Naisilla on myös oikeus monipuoliseen seksuaaliseen tietoon ja neuvontaan läpi koko elämän ja oikeus seksuaaliterveyspalveluihin (ks. WAS 2007). Aivoverenkiertohäiriön jälkeen kuntoutusprosessiin, johon sisältyy fysio-, toiminta- ja puhe-terapia, pitäisi sisällyttää myös seksuaalineuvonta (Greenberg ym. 2004).

8.2 Eettiset kysymykset

Tutkijalle tutkimusaiheen valinta on ensimmäinen eettinen kysymys, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tutkimusaihe jäi mieleen OYS:n kuntoutusosastolta, koska

aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet naiset kertoivat tarpeensa saada seksuaalineuvontaa, mutta työaikani ei siihen aina riittänyt. Yhteydenotto aluesihteerin Risto Lappalaiseen ja hänen kartoituksensa Kainuun alueella opinnäytetyön aiheesta antoivat varmuuden siitä, että aihe on tärkeä työelämän ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen hoidon kehittämisen kannalta.

Lisäksi opinnäytetyön aiheenvalintaa ohjasivat arvolähtökohdat ja kokonaisvaltainen ihmiskäsitys (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 130). Keskeisenä arvona oli ihmisarvon kunnioittaminen, asiakkaan ehdoton arvo. Arvo asiakkaan itsemääräämisoikeudesta on ohjannut työtäni käsiteltäessä seksuaalisuuteen liittyviä arkaluontoisia kysymyksiä. Seksuaalikysymykset edellyttävät hienotunteisuutta työntekijältä. (ks. Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 63 – 64; Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Alustava lupa opinnäytetyöhön saatiin aluesihteerin Risto Lappalaiselta, sillä hän oli ottanut aiheen käsittelyyn helmi- ja maaliskuussa 2009 Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan yhdistysten kokouksissa. Heillä ei varsinaista eettistä toimikuntaa ole. Työelämän tutkimusta tehdään erilaisissa organisaatioissa, joten luvan tutkimuksen toteuttamiseen voi saada ylemmältä johdolta ja tämän jälkeen tutkittavalta itseltään (Kuula 2006, 145). Tutkittavalta lupa kysyttiin kyselylomakkeen saatekirjeessä.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin kyselystä ja mahdollisuudesta olla myös vastaamatta siihen. Saatekirjeessä luvattiin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu vaan tulokset käsitellään kokonaistuloksina. Saatekirjeellä hankittiin naisen tietoinen suostumus osallistua tutkimukseen (ks. Kylmä ym. 2002, 67; Hirsjärvi 2009, 25). Vastaaajille annettiin puhelinnumero, johon he voivat tarvittaessa soittaa, jos lomakkeen ymmärtämisessä on vaikeuksia tai muuten on kysyttävää. Moni vastaaja käytti mahdollisuutta hyväkseen ja soitti, mutta yleensä he kertoivat kokemuksiaan sairastumisensa jälkeen.

Saatekirjeessä selvitettiin myös kyselyn tarkoitus ja tärkeys sekä kerrottiin, mikä merkitys kyselyllä on vastaajalle. Vastaaajaa rohkaistiin vastaamaan, sillä vastaamalla, hän voi edistää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen ko-

konaisvaltaista kuntoutumis- ja paranemisprosessia. Lomake lähetettiin toukokuun 2009 alussa, joten kesälomat vielä eivät olleet alkaneet. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 204).

Tärkein tutkimuksen peruskysymys on, millaisia keinoja tutkijalla on lupa käyttää. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125 – 126). Tähän opinnäytetyön aineiston avulla pyrittiin tarkastelemaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalineuvonnan tarvetta. Aineiston avulla tarkasteltiin myös naisten arvioimana heidän seksuaalista hyvinvointiaan vuosi sairastumisen jälkeen. Jotta saataisiin mahdollisimman paljon tietoa vastaajien seksuaalisesta hyvinvoinnista yleisesti, käytettiin pääasiallisesti kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Samalla huomioitiin vastaajien kirjoittamisen vaikeus johtuen kognitiivisista ongelmista tai halvaantumisesta.

Toissijaisesti käytettiin kvalitatiivista menetelmää. Kvalitatiivisen menetelmän avulla saatiin perusteluja kvantitatiiviselle aineistolle seksuaalisuudesta, sukupuolielämästä ja seksuaalineuvontatarpeesta sekä teemoista. Seksuaalineuvonnan sisältö kartoitettiin pääasiallisesti kvalitatiivisesti, jotta saataisiin ilmiötä eli seksuaalineuvonnan tarvetta aidosti kuvaava tulos (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 8).

Kvalitatiivinen aineisto tallennettiin ensin koneelle omaan tiedostoon ja analysointiin. Sen jälkeen jatkettiin kvantitatiivinen aineiston tallennuksella SPSS -ohjelmaan. Kyselylomakkeet tuhottiin aineiston tallentamisen jälkeen. Tallensin itse tiedot, ja näin varmistin, etteivät vastaukset tulleet ulkopuolisten tietoon, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastunut. Tulokset raportoitiin niin, ettei esille tule tutkittavien henkilöllisyys.

8.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät käsitteet ovat reliaabelius ja validius (Hirsjärvi 2009, 231). Reliaabelius on tutkimustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tämän opinnäytetyön kaikkia laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuustekijöitä ei voi soveltaa muissa tutkimuksissa, sillä tyyty-

väisyys sukupuolielämään on luonteeltaan moni-ilmeinen ja -tahoinen, ja se voi muuttua sekä ajassa että paikassa (Jokivuori & Hietala 2007, 43). Nämä tulokset ovat sovellettavissa vain tähän kohderyhmää ja kyseisessä vastaus-hetkessä. Tulokset ovat samansuuntaisia Suomessa ja kansainvälisesti tehty-jen tutkimusten kanssa. Pelkästään aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille nai-sille tehtyjä tutkimuksia on vähän. Yleensä otokset ovat tutkimuksissa olleet pienet.

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa todellisuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Muuronen 2006, 48). Oikeiden asioiden mittaaminen tässä opin-näytetyössä varmistettiin käyttämällä aiempia testattuja kysymyksiä (Ala-Luhtala 2008; Tuusa 2008), jotka muokattiin aivoverenkertohäiriöön sairastu-neen naisen seksuaaliseen hyvinvointiin ja seksuaalineuvontatarpeeseen so-piviksi. Kyselylomake esitettiin muokkauksen jälkeen. Kysymysten muoto tarkistettiin ja korjattiin (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 204). Sen mitä haluttiin mitata, varmistettiin opinnäytetyössä perustamalla kysymykset Greenbergin, Bruessin ja Haffnerin (2004) seksuaaliteoriaan, sillä teoriapohjainen tutkimus perustuu teoriaan, joka kytketään todellisuuteen (ks. Metsämuuronen 2006, 98; Janho-nen & Nikkonen 2001, 24).

Greenbergin ja tutkijakollegoiden kehittämän seksuaaliteorian ja käsitteiden pohjalta muokattiin mittari, joten sillä saatiin mitattua ilmiö (Metsämuuronen 2006, 37). Kyselyssä oli avoimia ja monivalintakysymyksiä, jotta saataisiin mahdollisimman paljon tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalisesta hyvinvoinnista. Avoimet kysymykset auttoivat monivalintaky-symyksien poikkeavien vastausten tulkinnessa (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 201).

Aineistolähtöinen analyysi valittiin opinnäytetyöhön aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalineuvonnan tarpeeseen, koska sitä ei ole vielä kartoitettu (ks. STM 2007) ja sillä pyrittiin paljastamaan odottamattomia seik-koja (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Tässä opinnäytetyössä tuli odottamattomana seikkana esille, että vastaajat halusivat enemmän tukea terveydenhuoltohen-kilöstöltä. Aineistolähtöisellä analyysillä oli keskeistä etsiä naisten vastuksista

teemoja (ks. Moilanen & Rähkä 2001, 53), joista he halusivat seksuaalineuvontaa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36; Hirsjärvi ym. 2009, 139; 160 – 161.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee opinnäytetyön kaikkia vaiheita (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Opinnäytetyössä selitettiin sen vaiheet aineiston analyysiyksiön valinnasta aineiston luokitteluun ja tulkintaan sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointiin saakka (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 24).

Kohderyhmä valittiin tutkimusten pohjalta, jotta kognitiiviset ongelmat vaikuttaisivat mahdollisimman vähän vastaushetkellä. Muurosen (2006, 48) mukaan tutkijan on pohdittava, mitkä tekijät vaikuttavat alentavasti luotettavuuteen. Opinnäytetyön kohderyhmä valittiin siten, että heidän kuntoutumisensa on edennyt mahdollisimman pitkälle, ja he kykenevät vastaamaan kirjalliseen kyselyyn. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella toiminnallinen vajakuntoisuus vähenee merkittävästi 6 kuukauteen saakka. Kielelliset ja kognitiiviset taidot korjautuvat vielä 12 kuukauteen saakka. (ks. Korpelainen ym. 2001, 224 – 225.)

Uskonnon merkitystä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen elämässä ei kysytty tässä opinnäytetyössä. Ehkä ne naiset, jotka kokevat sen tärkeäksi jättivät vastaamatta, kognitiivisten syiden lisäksi. Voi olla vaikea tai sopimatonta pohtia asioita, joita ei ole myöntänyt itsellensä. Kyselylomakkeessa oli hyvin intiimejä kysymyksiä. Naisilla, jotka vastasivat, ei ollut juurikaan asenteisiin liittyviä ongelmia. Lisäksi media voi vääristyneen kuvan seksuaalisuudesta.

Opinnäytetyön vastausprosentti oli 33 %, jota voi pitää kohtuullisena. Kato oli 67 %. Toisaalta karkeiden erojen selvittämiseen riittää pieni aineisto. Kohderyhmänä 45 – 65 -vuotiaat naiset oli mahdollisimman homogeeninen, mitä heterogeenisempi kohderyhmän perusjoukko on, sitä suurempi on oltava otoskoko (ks. Heikkilä 2008, 42). Aikaisemmissa tutkimuksissa vastauspro-

sentti vaihteli 26 % – 60 %. Riitta Ala-Luhtalan (2008) kyselyssä Oulun alueella vastausprosentti oli 38 %.

Katoon voi vaikuttaa se, että kyselylomake oli pitkä ja kognitiivisten ongelmien vuoksi sairastuneet eivät kyenneet täyttämään sitä. Myös sairastuneen seksuaalisuus on arkaluontoinen asia ja yhä tabu. Sairastunut on menettänyt jo paljon, sillä hänelle on tullut muutoksia terveydentilaan, seksuaalisuuteen ja kenties muutoksia rooleihin, joten seksuaalisuutta sairastumisen jälkeen voi olla vaikea kohdata. Hänen itsemääräämisoikeutensa voi olla muuttunut ja on riippuvainen päivittäisissä toiminnoissaan toisesta ihmisestä. Lisäksi vastaaja ei ole kenties pohtinut omaa seksuaalisuuttaan ennen sairastumista. Kohde-ryhmän naiset olivat vaihdevuosi-iässä, ja heillä oli voinut tapahtua muitakin muutoksia seksuaalisuudessaan, joita hän ei kenties vielä ollut käsitellyt.

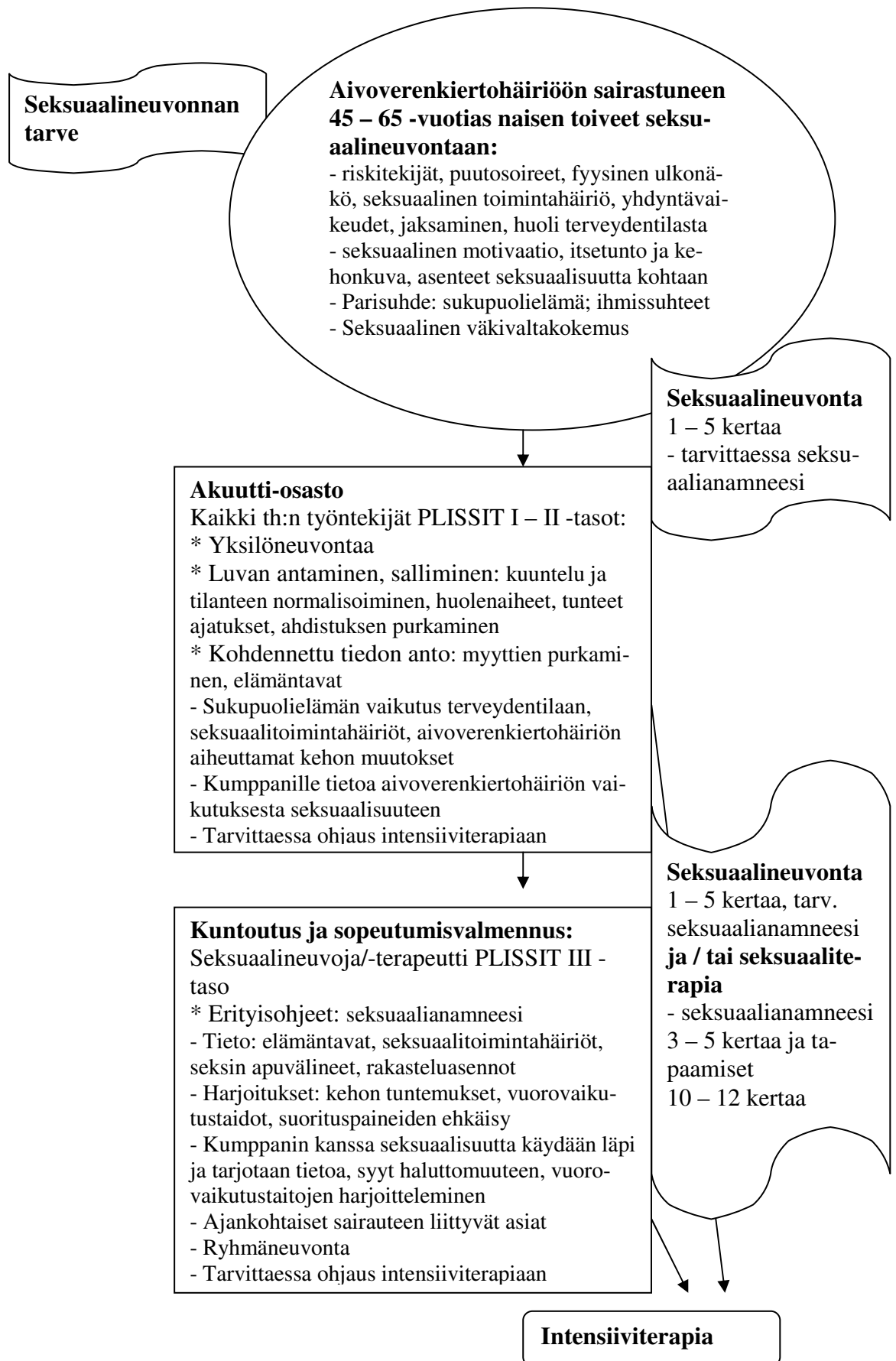
Tutkimuksen luotettavuutta pitää tarkastella myös tekijän näkökulmasta. Olen kenties kohdannut vastaajia OYS:n kuntoutusosastolla, mutta en voi muistaa heitä vastausten perusteella. En ole saanut postituslistaa käyttööni, joten kaikki vastaajien tiedot käsiteltiin anonyymisti. Tiedonsaantini ja työni seksuaaliterapeuttina perustuvat vaitiolovelvollisuuteen ja ihmisen kunnioittamiseen.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

45 – 65 -vuotiaiden aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden naisten seksuaaliseen hyvinvointiin ja seksuaalielämään liittyy ongelmia seksuaaliulottuvuukseen eri osa-alueilla, kuten seksuaalitoimintahäiriöitä, tyytymättömyyttä omaan vartaloon ja kumppanin tuen puutteeseen. Asenteet ovat pääosin myönteiset seksuaalisuutta ja sukupuolielämää kohtaan. Seksuaali- ja sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa on tarjolla sairastuneille liian vähän.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalineuvonnan tarve tulee arvioida ja sen mukaan suunnitella seksuaalineuvonta. Koko kuntoutumisprosessin ajan tulisi olla mahdollisuus saada seksuaalineuvontaa PLISSIT -mallin I – III -tasoilla. Asiakkaalta on hyvä myös tarkistaa seksuaaliväkivaltakokemukset.

Kuviossa 27. esitetään tulosten perusteella suositus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalineuvonnasta. Akuuttiosastoille suositellaan seksuaalineuvontaa PLISSIT -mallin I – II -tasoilla. Seksuaalineuvontaa suositellaan kuntoutuksen ja sopeutumisvalmennuksen aikaan PLISSIT -mallin III -tasolle, koska silloin neuvontaan liittyy useamman kerran vaativa seksuaalianamneesi muutoksen aikaan saamiseksi. PLISSIT -mallin III -taso sisältää myös luvan antamisen tason.



KUVIO 27. Suositus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen seksuaalivonnoinnasta

10 JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää tutkia myös miesten seksuaalinen hyvinvointi ja seksuaalineuvonnan tarve. Vastaajat soittivat kyselyn aikana ja ihmettelivät, miksi vain naisille tehdään tällainen kysely. Heidän mukaansa miehet tarvitsevat yhtäläillä seksuaalineuvontaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuessa.

Tähän opinnäytetyöhön suostui alustavasti haastateltavaksi 16 naista. Jatkotutkimuksissa olisi hyvä kuulla heidän tarinansa sairastumisen jälkeen, sillä sairastuneilla on ilmeinen tarve siihen. Narratiivisella menetelmällä, kertojana aivoverenkiertohäiriöön sairastunut mies tai nainen, voi saada kertojan seksuaalisuuteen liittyvät muutokset ja merkitykselliset tapahtumat sekä erilaiset tunteet sairastumisen alusta saakka.

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. 2002. Viitattu 7.2.2009.
[Http://www.stroke.fi/index.phtml?s=1](http://www.stroke.fi/index.phtml?s=1).

Aizenberg, D., Weizman, A. & Barak, Y. 2002. Attitudes Toward Sexuality Among Nursing Home Residents. *Sexuality and Disability*. Vol. 20 (3); 185 – 189.

Ala-Luhtala, R. 2008. Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista sekä seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Pro-gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä

Annon, J. S. 1976. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of sex education and therapy*. 1976. Vol. 2. 1 – 15.

Bakheit, A. M. O., Barrett, L. & Wood; J. 2004. The relationship between the severity of post-stroke aphasia and state self-esteem. *Aphasiology*, 2004, 18 (8), 759 – 764. Viitattu 5.3.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. OvidSP.

Brusila, P. 2006. Uhrin näkökulma. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Carod-Artal, J., Eqido, JA., Conzáles, JL & Varela de Seijas, E. 2000. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*. Dec: 31 (12): 2995 – 3000. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. PubMed.

Chad, D. V. 2006. Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 1075 – 1084. Viitattu 3.3.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. OvidSP.

De Villers, L. 1998. (Käännös: Kiianmaa, K.). Miten tulla hyväksi rakastajaksi. Keuruuprint Oy. Jyväskylä.

Ellis-Hill, C. 2000. Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation* 2000; 14: 279–287. Viitattu 13.3.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. OvidSP.

Ellis-Hill, S. Payne, S. & Ward, C. 2000. Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. *Disability and rehabilitation* 2000; vol. 22; no 16, 725 – 733. Viitattu 5.3.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. OvidSP.

- Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Färkkilä, M. & Ruutiainen, J. 2003. Seksuaaliongelmien neurologisissa sairauksissa. *Duodecim* 2003; 119 (3): 247 – 253. Viitattu 2.2.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Duodecim.
- Finlex. 2005. Laki kansanterveystalain muuttamisesta. L 928/2005. 25.11.2005. Viitattu 13.4.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>.
- Giaquinto S, Buzzelli S, Di Francesco L. & Nolfe G. 2003. Evaluation of sexual changes after stroke. *Clin Psychiatry*. 2003 Mar; 64(3):302-7. Viitattu 17.2.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Greenberg, E., Treger, I. & Ring, H. 2004. Post-Stroke follow-Up at Rehabilitation Center Outpatient Clinic. *The Israel Medical Association Journal*. IMAJ 2004; 6: October: 603-606. Viitattu 2.2.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Greenberg, J., Bruess, C. & Haffner, D. 2004. Exploring the dimensions of human sexuality. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2007. Seksuaalinen aktiivisuus ikääntyessä. *Gerontologia* 2/2007: 1 – 13.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heiman, J. & LoPiccolo, J. 1990. Nainen ja seksuaalisuus. Eroottisen kasvun ohjelma naiselle. Gummeruksen Kustannus Oy. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä.
- Heusala, K. 2001. Naisen seksuaalisuus. Like. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Hochstenbach, J., Prigatano, G. & Mulder, T. 2005. Patients' and Relatives' Reports of Disturbances 9 Months After Stroke: Subjective Changes in Physical Functioning, Cognition, Emotion and Behaviour. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005; 86: 1587 – 1593 (August 2005).

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilkki, J. 2001. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa: Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste, J. Launes & H. Somer. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hämäläinen, P. 2000. Hyvä parisuhde. Kustannus: Kirjoittaja. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

Ilmonen, T. & Karanka, I. 2001. Iloinen ja suloinen soturi ja kuningatar. Kehitysvammaliitto. Paino K-Print Oy.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ilmonen, T. 2008a. Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapia -koulutuksen kartoitus 2002. Teoksessa: Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. Toim. M. Ritamo. Työpapereita 26/2008. Stakes. Helsinki.

Ilmonen T. 2008b. Plissit-malli. Teoksessa: Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. Toim. M. Ritamo. Työpapereita 26/2008. Stakes. Helsinki.

Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Seksologian peruskäsitteistö. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Tekijät ja WSOY. WS Bookwell Oy. Juva.

Jehkonen, M. 2002. The role of visual neglect and anosognosias in functional recovery after right hemisphere stroke (Visuaalisen neglectin ja anosognosoiden merkitys aivohalvauspotilaiden kuntoutumisessa). Väitöskirja. Psykologian laitos. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 2.2.2009.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5167-8.pdf>.

Jokivuori, P & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kajan, M. 2006. Naisen seksuaalianatomia ja fysiologia. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kaplan, H. 1995. The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation. Psychology Press. New York: Brunner/Mazel.

- Karkaus-Rikberg, K. 2000a. The Sexual Health of Disabled Persons. Teoksessa: Lottes, I. & Kontula, O. (Toim.). New Views on Sexual Health. The Case of Finland. Series D 37/2000. The Population Research Institute. Väestön tutkimuslaitos. Väestöliitto. The Family Federation of Finland.
- Karkaus-Rikberg, K. 2000b. Vammaisten seksuaaliterveys. Teoksessa: Seksuaaliterveys Suomessa. toim. O. Kontula & I. Lottes. Kirjoittajat ja Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R.O. & Sivenius, J. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Neurologia. Toim. S. Soynilä, M. Kaste, J. Launes & H. Somer. Duodecim. 1. painos. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kimura M, Murata Y, Shimoda K & Robinson RG. 2001. Sexual dysfunction following stroke. Comprehensive Psychiatry. 2001 May – Jun; 42(3):217 – 22. Viitattu 19.2.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali. PubMed.
- Kontula, O. 2000a. The Media as Sex Educator. Teoksessa: Lottes, I. & Kontula, O. (Toim.). New Views on Sexual Health. The Case of Finland. The Population Research Institute. Series D 37/2000. The Population Research Institute. Väestön tutkimuslaitos. Väestöliitto. The Family Federation of Finland.
- Kontula, O. 2000b. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa: Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Studia. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Kontula, O. 2008. Halu & intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Tekijä, Väestöliitto ja Kustannusosakeyhtiö Otava. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Korpelainen, J. T., Nieminen, P. & Myllylä, V.V. 1999. Sexual Functioning Among Stroke Patients and Their Spouses. Stroke 1999. Vol. 30; 715 – 719. Viitattu 2.2.2009. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Journals @ Ovid (OVID)
- Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Leino, E. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Kuntoutus. Toim. T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kumpula, S. & Malinen, V. 2006. Parisuhde, intiimiys ja seksuaalisuus. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveystutkimuksen etiikan lähtökohtia. Teoksessa: Terveystutkimus. Uudistuvat työmenetelmät. Toim. Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 1. painos. WSOY. WS Bookwell Oy. Juva.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kwok, T., Lo, R.S., Wai-Kwong, T., Mok, V. & Kai-Sing, W. 2006. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil* 2006 Sep; 87(9):1177 – 1182. Viitattu 9.6.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. PubMed.

Lappalainen, R. 2009. Aluesihteeri, Kainuu ja Pohjois-Pohjanmaa. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Haastattelu 16.2.2009.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Tekijät ja WSOY. WS Bookwell Oy. Juva.

Liippola, P., Koskimäki, J., Roine, R.O. & Valasti, H. 2004. Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Opas sairastuneille ja puolisoille/kumppaneille sekä ammattihenkilöille. Oy Eli Lilly Finland Ab. 11.2004. Viitattu 2.2.2009. <http://www.afasia.fi/pdf/avh%20ja%20seksuaalisuus.pdf>.

Lottes, I. 2000. Seksuaaliterveyden yhteiskunnallinen malli. Teoksessa: Seksuaaliterveys Suomessa. Toim. Kontula, O. & Lottes, I. Seksuaaliterveys Suomessa. Studia. Kirjoittajat ja Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Lundberg, P.O., Ertekin, C., Ghezzi, A., Swash, M. & Vodusek, D. 2001. Neurosexology. Guidelines for Neurologists. European Federation of Neurological Societies Task Force on Neurosexology. *European Journal of Neurology* 2001, 8 (Supp. 3): 2–24. Viitattu 14.10.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Journals @ Ovid (OVID)

Marinkovic, S. P. & Badlani, G. 2001. Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accidents. *The Journal of Urology*. Vol. 165(2), pp 359 – 370. Viitattu 2.2.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Journals @ Ovid (OVID)

McCarthy, B & McCarthy, E. 2003. Rekindling desire: a step-by-step program to help low-sex no-sex marriages. Kustannus Taylor & Francis Books, Inc. Brunner-Routledge. New York.

Meretoja, A., Sairanen, T., Tatlisumak, T & Kaste, M. 2008. Aivoinfarktin ja TIA:n hoitosuositus 2008. Viitattu 22.1.2009. http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Finnish.pdf.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. International Methelp Ky. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Metsämuuronen, J. (Toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Moilanen, P. & Rähkä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Muhonen, M. 2007. ”Miustakin tulee vielä jonkunlainen” AIVOHALVAUSPOTILAI-
LAIDEN KOKEMUKSIA SAIRASTUMISESTAAN JA KUNTOOUTUKSESTAAN
PUOLI VUOTTA SAIRASTUMISEN JÄLKEEN. Pro-gradu -tutkielma. Liikunta
- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
Jyväskylä. Viitattu 8.5.2009.

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8212/URN_NBN_fi_jyu-200728.pdf?sequence=1.

Nikula, M. 2009. Ylilääkäri. Sairaanhoidopiirikyselyn 2009 tulokset. Luento.
9.6.2009. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen -seurantaseminaari.
Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Nissinen, J. 2006. Seksuaalinen suuntautuminen. Teoksessa: Seksuaalisuus.
Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruk-
sen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

PAHO (Pan American Health Organization) & WHO (World Health Organiza-
tion) 2000. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Pro-
ceedings of a Regional Consultation convened by PAHO, WHO. In collabora-
tion with the World Association for Sexology (WAS). Guatemala. Viitattu
1.6.2009. <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>.

Paysant, J., Beis, J. M., Chapelain, L & André J.M. 2004. Mirror asomatog-
nosia in right lesions stroke victims. Neuropsychologia 42 (2004) 920–925.
Viitattu 3.3.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. OvidSP.

Pohjasvaara, T., Vataja, R., Leppävuori, A. & Erkinjuntti, T. 2001. Aivoveren-
kierron häiriöiden jälkeinen depressio. Duodecim 2001; 117: 397 – 404. Viitattu
28.9.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. Duodecim.

Ranta, T-L. 2006. Naisen nautinto. Minerva Kustannus Oy. Gummeruksen
Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmis-
ten seksuaalisuudesta. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden lai-
tos. Gerontologia ja kansanterveys. Jyväskylä.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa: Seksuaali-
suus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gum-
meruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ritamo, M. 2009. Projektipäällikkö. Seksuaalivouvat toiminnan kehittäjinä.
Luento. 9.6.2009. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen -
seurantaseminaari. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinnin-
laitos. Helsinki.

Ritamo, M., Kosunen, E. & Liinamo, A. 2006. Seksuaaliterveys. Terveiden
edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

Rosenberg, L. Pitkäaikaussairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teok-
sessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 1. painos.
Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Salmimies, P. 1995. Seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Hovatta, O., Ojanlatva, A., Pelkonen, R. & Salmimies P. Kustannus Oy Duodecim. Kirjakauppa/Rt-paino. Pieksämäki.
- Saloheimo, P. 2005. Risk factors and outcome of primary intracerebral hemorrhage with special reference to aspirin. Väitöskirja. Lääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Viitattu 8.5.2009. <http://herkules oulu.fi/isbn9514278798/>.
- Sand, M. & Fisher, W. 2007. Women's Endorsement of Models of Female Sexual Response: The Nurses' Sexuality Study. Journal of Sexual Medicine. 4(3):708-719. Viitattu 25.4.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. Journals@Ovid. (OVID).
- Sironen, M. & Kalilainen, P. 2006. Terapeuttinen työskentely seksuaalikäytöksissä. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Soininen, S. 2001. Kliininen neuroanatomia. Teoksessa: Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste, J. Launes & H. Somer. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- STM. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki.
- Tamam, Y., Tamam, L., Akil, E., Yasan, A. & Tamam, B. 2008. Post-stroke sexual functioning in first stroke patients. European Journal of Neurology 2008, 15: 660–666. Viitattu 3.8.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. Journals@Ovid. (OVID).
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009. Väestön terveyden edistäminen perusterveydenhuollossa. Kysely terveyskeskuksille 2008. 13.2.2009. Viitattu 28.6.2009. <http://info.stakes.fi/TedBM/FI/kyselyt/tkkysely08.htm>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jouni Tuomi, Anneli Sarajärvi ja Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Sairastuneiden kokemuksia sairautta koskevan tiedon saamisesta ja hankkimisesta. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Valkama, S. 2006. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetussuunnitelmien sisällönanalyysin ja asiantuntijakyselyn perusteella. Terveyskasvatuksen lisensiaattityö. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Valli, R. 2001. Mitä numerot kertovat. Tiedon muuttaminen numeeriseen muotoon. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Venhola, M. 2006. Lääkäri seksologina. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Vickery, C. D., Sepehri, A. & Evans, C. 2008. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clinical Rehabilitation* 2008, Vol. 22, No. 2, 179 – 187. Viitattu 3.3.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. OvidSP.

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. WSOY. Tummanvuoren Kirjapaino Oy.

Väisälä, L. 2006. Seksuaalireaktiot. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 1. painos. Duodecim. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

WAS. 2007. Seksuaalioikeuksien julistus.3.10.2007. Viitattu 22.2.2009. http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_finland.asp.

WAS: World Association for Sexual Health Seksuaalioikeuksien julistus

1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen. Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden mahdollisuuden ilmaista seksuaalisia kykyjään täydesti. Tästä suljetaan kuitenkin pois seksuaalinen väkivalta, hyväksikäyttö ja riisto elämän jokaisena hetkenä ja kaikissa tilanteissa.
2. Oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysisen kehon turvallisuuteen. Tämä oikeus sisältää kyvyn tehdä riippumattomia päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja yhteisön etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös kehojemme hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja mistä hyvänsä väkivallasta.
3. Oikeus seksuaaliseen yksityisyyteen. Tähän sisältyy oikeus tehdä yksilöllisiä päätöksiä ja käyttäytyä yksilöllisesti läheisissä suhteissa silloin kun ne eivät häiritse muiden seksuaalisia oikeuksia.
4. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen. Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä huolimatta sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, iästä, rodusta, sosiaaliluokasta, uskonnosta ja fyysisestä tai psyykkisestä vammaisuudesta.
5. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään. Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien autoerotiikka, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.
6. Oikeus seksuaaliseen tunneilmaisuuksiin. Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan seurustelemalla, koskettamalla, tunneilmaisulla ja rakastamalla.
7. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen. Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia liittoja.
8. Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja. Tämä sisältää oikeuden päättää siitä hankkiiko lapsia vaiko ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä oikeuden saada keinot syntyvyyden säännöstelyyn.
9. Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tietoon, joka perustuu tieteelliseen tutkimukseen. Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla ja että tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tasoille.
10. Oikeus monipuoliseen seksuaaliseen tietoon ja sivistykseen. Tämä on elämän pituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.
11. Oikeus seksuaaliterveyden hoitopalveluihin. Seksuaaliterveyden hoitopalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikkiin seksuaalisuuteen liittyviin huolenaiheisiin, ongelmiin ja toimintahäiriöihin niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Seksuaalioikeudet ovat perustavaa laatua olevia ja yleismaailmallisia ihmisoikeuksia

Liitetaulukko 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Liite 2 (1)

Tutkija / tutkijat	Tutkimuksen nimi	Menetelmä ja otos	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Aizenberg, D., Weizman, A. & Barak, Y. 2002	Attitudes toward sexuality Among Nursing Home residents.	N=31, 15 miestä (keski-ikä 82,6 vuotta) ja 16 naista (keski-ikä 74,1 vuotta). Haastattelututkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoitokotidissa asuvien asenteita seksuaalisuuteen.	Yleensä oli myönteisiä asenteita keskusteluun seksuaalisuudesta ja oltiin halukkaita puhumaan terapeutille tarvittaessa. Th:n ammattilaisilla olivat ennakkoluuloisia ikääntyneiden seksuaalisuutta kohtaan.
Carod-Artal, J., Egido, JA., Conzáles, JL & Varela de Seijas, E. 2000.	Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit.	N=118 alussa, vuoden kuluttua 90 (49 naista ja 41 miestä). Keski-ikä 69 vuotta. Kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää elämänlaatuun vaikuttavat tekijät aivoverenkiertohäiriön jälkeen.	Yli puolella oli korkea verenpaine ja nivelkulumia. Viidennes tarvitsi väliaikasta apua kotona ja kodinmuutostöitä. Yli puolet oli itsenäisiä. Vajaa kolmannes oli lopettanut tupakoinnin ja alkoholin käytön. Viidenneksellä virtsan pidätysongelmia. Kolmasosalla masennusta, etenkin kotirouvilla. Toimintakyky ja masennus ennustivat elämänlaadun huononemista.
Ellis-Hill, C. 2000.	Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke.	Aivoverenkiertohäiriöryhmä: N=26, miehiä 16 ja naisia 10. Keski-ikä 71,4 vuotta, SD 8,4 vuotta, 50 – 83 vuotta. Vertailuryhmä: N=26, miehiä 16 ja naisia 10. Keski-ikä 71 vuotta, SD 8 vuotta, 50 – 82 vuotta. Kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa selville minäkuvan muutokset aivoverenkiertohäiriön jälkeen.	Psykososiaalinen toipuminen, pelkotilat ja masennus, lisääntyivät. Minäkuva samanlainen tai negatiivisempi. Vähemmän sosiaalisia aktiviteetteja. Sairaus rajoitti elämää.

Liite 2 (2)

Tutkija / tutkijat	Tutkimuksen nimi	Menetelmä ja otos	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Giaquinto S, Buzzelli S, Di Francesco L. & Nolfo G. 2003.	Evaluation of sexual changes after stroke.	N=68, vuoden kuluttua n=62 (miehiä 46 ja naisia 16). Kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja määrittää seksuaaliset muutokset vuoden kuluttua aivoverenkierron.	Seksi väheni yleisesti. Ikä ja vamma olivat merkittävät muuttujat. Ei korrelaatiota seksin vähenemisen ja sukupuolen välillä eikä vammautuneen aivopuoliskon välillä, avioliiton kestolla, koulutuksella tai masennuksella. Puolisolla oli merkittävä rooli seksuaalisessa aktiivisuudessa. Puolisolla esiintyi pelkoa uusiutumista kohtaan ja kiihottumisvaikeuksia, jotka aiheuttivat pidättäytymistä seksuaalisista toiminnoista.
Jehkonen, M. 2002.	The role of visual neglect and anosognosias in functional recovery after right hemisphere stroke (Visuaalisen neglectin ja anosognosioiden merkitys aivohalvauspotilaiden kuntoutumisessa).	N=56 oikeanpuoleinen aivoinfarkti (36 miestä ja 20 naista) Seuranta-ajat: 10 vrk keski-ikä 63,2 vuotta. 3 kk 62,7vuotta. 6 kk 62,8 vuotta. 12 kk 62,6 vuotta. Laajennettu neuropsykologinen tutkimus. Kvantitatiivinen menetelmä.	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida neglectin ja anosognosiaksen työkaluja aivoinfarktin jälkeen sekä neglectin ja anosognosiaksen seurauksia potilaalle vuoden jälkeen sairastumisesta oikean hemisfääri aivoinfarktin jälkeen.	Aivohalvauksen akuuttivaiheessa kuntoutumista heikentäviä tekijöitä ovat toispuoleinen raajahalvaus, toispuoleinen toimintatilan huomiotta jääminen (neglect) sekä sairauden tiedostamisen vaikeus (anosognosia). Omaisia ja hoitohenkilökuntaa on informoitava neuropsykologisista erityishäiriöistä jo sairauden akuutissa vaiheessa, jotta he osaisivat kuntouttaa potilasta myös arkipäivän toiminnoissa heti alusta lähtien. Potilasta ei kuitenkaan saa jättää yksin omaisen hoidettavaksi.

Liite 2 (3)

Tutkija / tutkijat	Tutkimuksen nimi	Menetelmä ja otos	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Korpelainen, J. T., Nieminen, P. & Myllylä, V.V. 1999.	Sexual Functioning Among Stroke Patients and Their Spouses.	N=192 (117 miestä ja 75 naista). Keski-ikä 59,1 vuotta. Puolisot n= 94 (21 miestä ja 73 naista) Keski-ikä 57,6 vuotta. Kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida aivoverenkiertohäiriön vaikutukset seksuaalitoimintoihin aivoverenkiertohäiriöpotilailla ja heidän omaisillaan. Tutkia kliiniset yhteydet ja psykososiaaliset tekijät seksuaalitoiminnoissa aivoverenkiertohäiriön jälkeen.	Libido väheni yli puolella potilailla ja puolisoilla. Vajaalla puolella tutkituista oli aktiivinen seksuaalielämä sairastumisen jälkeen. Noin kolmannes tutkituista oli lopettanut sukupuolielämän ja noin viidenneksellä oli vaikeus puhua seksuaalielämästä puolisonsa kanssa. Yleinen asenne seksuaalisuutta kohtaan väheni. Seksuaalitoimintahäiriöt ja tyytymättömyys seksuaalisuutta kohtaan oli yleistä.
Marinkovic, S. P. & Badlani, G. 2001.	Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accidents.	1966 – 2000 kerätty artikkelikatsaus MEDLINE - tietokannan artikkeleista. Avainsanat: aivoverenkiertohäiriö, aivoverenkiertohäiriöt ja hoito, seksuaalihäiriöt ja hoito, aivoverenkiertohäiriöt ja akuutti ja pitkäaikainen kuntoutus, aivoverenkiertohäiriöt ja neurogeeninen rakko, aivoverenkiertohäiriöt ja virtsaamishäiriöt aivoverenkiertohäiriöt ja virtsarakon tyhjenty-misongelmat aivoverenkiertohäiriöt ja urologinen hoito ja detrusor -hermon heijasteiden kiihtyneisyys ja hoito.	Tutkimuksen tarkoituksena oli esittää päivitetty artikkelikatsaus aivoverenkiertohäiriön jälkeen urologisista ja seksuaalisista oireista ja hoidoista.	Seksuaalitoimintahäiriöt näkyivät sukupuolisen halun ja kiihottumisen, sukupuoliyhteyksien, emättimen kostumisen ja orgasmien vähentymisinä. Seksuaalitoimintahäiriöt voivat vaikuttaa aivohalvauksesta toipumiseen, kuten psyykkiseen toimintakykyyn pelkoina siitä, että fyysinen rasitus voi aiheuttaa uusiutuvan aivohalvauksen.

Liite 2 (4)

Tutkija / tutkijat	Tutkimuksen nimi	Menetelmä ja otos	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Saloheimo, P. 2005.	Risk factors and outcome of primary intracerebral hemorrhage with special reference to aspirin.	N=98 (56 miestä ja 42 naista). Keski-ikä 65 vuotta. Kontrolliryhmä n=206 ja keski-ikä sama. Strukturoitu haastattelu.	Väitöskirjan tutkimuksen tavoitteena oli ICH:n tehokas ehkäiseminen. Tutkimuksen tavoitteet oli mm. tunnistaa ICH:n riskitekijöitä elämäntapatekijät, aikaisemmat sairaudet ja lääkitys.	Verenpainetauti oli yleinen molemmissa ryhmissä, mutta hoitamaton verenpaine tauti oli yleisempi tutkimusryhmällä. Riskitekijät: miehillä aikaisempi iskeeminen infarkti, nenäverenvuoto historia, äskettäin runsaasti alkoholin käyttöä sekä naisilla: epilepsia (otos pieni) ja äskettäin suuri fyysinen rasitus. Korkeat verensokeriarvot olivat riskitekijöinä diabeetikoilla ja ei-diabeetikoilla. Kuolleisuus oli selvästi korkeampi tutkimusryhmässä 3 kuukauden kuluessa. Tutkimus tuki muita tutkimuksia, jos selviää ensimmäisistä kuukausista elossa sairastumisen jälkeen, niin 5 v. kuluttua ei ole eroa kuolleisuudessa muuhun väestöön. Huomioida infektioiden ehkäisy ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, verenpainetauti, diabetes ja tupakointi.

Liite 2 (5)

Tutkija / tutkijat	Tutkimuksen nimi	Menetelmä ja otos	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Tamam, Y., Tamam, L., Akil, E., Yasan, A. & Tamam, B. 2008.	Post-stroke sexual functioning in first stroke patients.	N=103 (63 miestä ja 40 naista). Keski-ikä 57,9 vuotta (miehet 58 vuotta ja naiset 57,9 vuotta). Haastattelututkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida aivoverenkiertohäiriöiden vaikutus seksuaalitoimintoihin potilailla, joiden aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat oireet ovat vähäiset tai niitä ei ole ollenkaan.	Tulosten mukaan tilastollisesti merkittävät erot saatiin emättimen kostumisessa, orgasmissa (naisilla) ja seksuaalisessa tyytyväisyydessä, joka näkyi molemmilla sukupuolilla. Tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esille, että eroja selittää psykososiaaliset tekijät, ei niinkään lääkitys esim. masennukseen, verenpaineeseen, ja diabetekseen.
Tuusa, R. 2008	Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Sairastuneiden kokemuksia sairautta koskevan tiedon saamisesta ja hankkimisesta.	N=245, 51 % naisia vastaajista ja aivoinfarktin sairastaneita 60 %, 63 oli yli 2 vuotta sairastumisesta. Kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten työikäisten AVH:n sairastaneiden käsityksiä tiedonsaannista ja omasta sairaustiedon hankkimisesta.	Sairastuneet olivat hakeneet tietoa potilasjärjestön lehdestä, internetistä ja opaskirjasesta. Tärkeimmät aiheet olivat psyykinen jaksaminen elämän muutoksessa, sairastumisen vaikutus ihmissuhteisiin ja kuntoutumisen kesto ja ennuste. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että he olivat saaneet sairaalassa liian vähän tietoa. Naiset olisivat halunneet puhua enemmän. Vaikeinta vastaajille oli, että he jäivät psyykkisessä kriisissä yksin, eikä heille ollut annettu sellaista tietoa, joka olisi auttanut orientoitumaan tulevaisuuteen.

Liite 3. (1) Saatekirje ja kyselylomake**Arvoisa vastaaja**

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulun ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa ja suuntaamisvaihtoehtoni on seksuaaliterveyden edistäminen. Teen opintoihin kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka aiheena on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen 45 – 65 -vuotiaan naisen seksuaalineuvonnan tarve sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyötä ohjaa TtT, yliopettaja Katri Ryttyläinen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, kuinka paljon 45 – 65 -vuotiaat naiset saavat seksuaalineuvontaa aivoverenkiertohäiriöön sairastumisensa jälkeen ja mikä on neuvonnan tarve sekä ajankohta, jolloin seksuaalineuvontaa halutaan sairastumisen jälkeen. Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan ammatillista, henkilökohtaisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa yksilöllisten, seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselyllä, joka toteutetaan Pohjanmaan, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan alueilla. Opinnäytetyön kohderyhmään kuuluvat afasia- ja aivohalvausyhdistysten 45 – 65 -vuotiaat naisjäsenet. Olen saanut yhdistyksiltä luvan tehdä kyselyn, mutta kyselyyn osallistuminen on Teille täysin vapaaehtoista. Tiedän, että kaikkien ei ole helppo vastata, ja sen vuoksi arvostan jokaista saapunutta vastausta. Vastaamalla kyselyyn voitte edistää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen naisen kokonaisvaltaista kuntoutumis- ja paranemisprosessia.

Kyselyt toimitetaan Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistyksen kautta, joten henkilötietonne eivät tule tietooni. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tulokset julkaistaan kokonaisjulkaisuna, joten yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista. Vastaukset hävitetään heti aineiston analysoinnin jälkeen.

Ohessa seuraa mukana vastauskuori, jonka postimaksu on maksettu. Pyydän teitä vastaamaan ja palauttamaan kyselylomakkeen **20.5.2009** mennessä. Annan mielelläni lisätietoja.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Arja Turku
erikoissairaanhoitaja/terveydenhoitaja,
seksuaaliterapeutti, erityistaso (NACS)

Liite 3 (2)

Arvoisa vastaaja, opinnäytetyöni onnistumiselle on tärkeää, että pyrkisitte vastamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastatkaa ympyröimällä tai laittakaa avoinna olevalle viivalle sopivaksi katsomanne vaihtoehto sekä tarvittaessa kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Kiitos!

TERVEYDEN TILA

1. Oliko Teillä ennen sairastumista aivoverenkiertohäiriöön altistavia tekijöitä? (Ympyröikää sopivaksi katsomanne vaihtoehto)

- a. korkeita veren sokeriarvoja
- b. korkeita kolesteroliarvoja
- c. ylipainoa
- d. jokin perussairaus, mikä _____
- e. tupakoitteenko _____ tupakkaa/vrk
- f. alkoholi _____ annosta/viikko

2. Milloin saitte aivoverenkiertohäiriön?

Vuosi ja kuukausi _____

3. Millainen aivoverenkiertohäiriö Teillä todettiin? (Ympyröikää sopivaksi katsomanne vaihtoehto)

- a. Aivoinfarkti eli tukos
- b. Aivoverenvuoto (ICH)
- c. Lukinkalvon alainen verenvuoto (SAV)
- d. Muu, mikä? _____

4. Onko sairautenne uusiutunut?

- a. Ei
- b. Kyllä, vuonna _____

5. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena on monenlaisia oireita. Onko Teillä ollut... (laittakaa rasti oikean vaihtoehdon kohdalle)

	Ei lainkaan	Alussa	Edelleen
a. puhumisen tai puheen ymmärtämisen vaikeutta	_____	_____	_____
b. lukemisen tai kirjoittamisen vaikeutta	_____	_____	_____
c. oikean käden tai jalan halvausoireita	_____	_____	_____
d. vasemman käden tai jalan halvausoireita	_____	_____	_____
e. toisen puolen huomiointivaikeutta	_____	_____	_____
f. muistiongelmia	_____	_____	_____
g. virtsaamisongelmia	_____	_____	_____
h. suolentoiminnan ongelmia	_____	_____	_____

6. Oliko teillä masennusta sairastuttuanne? (valitkaa vain yksi vaihtoehto)

Ei lainkaan	Alussa	Edelleen
_____	_____	_____

Jos Teillä on ollut masennusta, kertoisitteko tarkemmin, miten masennus on vaikuttanut elämäänne. (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

SEKSUAALISUUTENNE

7. Miten koitte seksuaalisuutenne ENNEN sairastumista? (Ympyröikää näkemystänne parhaiten vastaava vaihtoehto)

1 = Erittäin tyytyväinen, 2 = Tyytyväinen, 3 = Hieman tyytyväinen, 4 = Tyytymätön, 5 = Erittäin tyytymätön

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| a. | Miten tyytyväinen olitte vartaloonne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Miten tyytyväinen olitte rintojenne kokoon ja ulkonäköön? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Miten tyytyväinen olitte ulkonäköönne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Miten tyytyväinen olitte sukupuoleenne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Miten koette seksuaalisuutenne tällä hetkellä eli SAIRASTUMISEN JÄLKEEN? (Ympyröikää jokaiselta riviltä näkemystänne parhaiten vastaava vaihtoehto)

1 = Erittäin tyytyväinen, 2 = Tyytyväinen, 3 = Hieman tyytyväinen, 4 = Tyytymätön, 5 = Erittäin tyytymätön

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| a. | Miten tyytyväinen olette vartaloonne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Miten tyytyväinen olette rintojenne kokoon ja ulkonäköön? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Miten tyytyväinen olette ulkonäköönne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Miten tyytyväinen olette sukupuoleenne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Jos olette tyytymätön seksuaalisuuteenne, kertoisitteko tarkemmin, mitä vaikutusta sillä on Teillä? (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

10. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena voi olla muutoksia seksuaalisuuden alueella (Ympyröikää kaikki ne vaihtoehdot, joita teillä on tällä hetkellä)

Onko Teillä ...?

- Haluttomuutta
- Kiihottumisvaikeuksia
- Yhdyntävaikeuksia, johtuen sairauden aiheuttamista tuntopuutoksista
- Muutoksia yhdyntäasunnoissa
- Yhdyntäkipuja
- Orgasmivaikeuksia
- Emättimen kuivuutta
- Jotain muuta, mitä _____

Liite 3 (4)

11. Miten tyytyväinen olette TÄLLÄ HETKELLÄ seuraaviin asioihin elämässänne? (Ympyröikää sopivaksi katsomanne vaihtoehto)

1 = Erittäin tyytyväinen, 2 = Tyytyväinen, 3 = Hieman tyytyväinen, 4 = Tyytymätön, 5 = Erittäin tyytymätön

a. Seksuaalisiin mielikuviin (fantasioihin)	1	2	3	4	5
b. Seksuaaliseen halukkuuteen	1	2	3	4	5
c. Omaan kehoon	1	2	3	4	5
d. Itsetuntoon	1	2	3	4	5
e. Ihmissuhteisiin	1	2	3	4	5

12. Seuraavat kysymykset sisältävät väittämiä seksuaalisuudesta. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? (Ajatelkaa SAIRASTUMISENNE JÄLKEISTÄ AIKAA. Ympyröikää sopivaksi ajattelemanne vaihtoehto)

1 = Täysin samaa mieltä, 2= Samaa mieltä, 3 = En ole samaa mieltä enkä eri mieltä, 4= Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä

a. Itsetyydytys on normaalia	1	2	3	4	5
b. Liukuvoidetta voi käyttää tarvittaessa	1	2	3	4	5
c. Seksiapuvälineitä voi käyttää halutessaan	1	2	3	4	5
d. Seksiä voi harrastaa myös sairastunut ihminen	1	2	3	4	5
e. Seksuaalinen kanssakäyminen aiheuttaa häpeää	1	2	3	4	5
f. Sairaus huonontaa seksuaalielämää	1	2	3	4	5

PARI- / SEURUSTELUSUHDE

**Jos Olette tällä hetkellä parisuhteessa, vastatkaa seuraaviin kysymyksiin.
Jos ette ole parisuhteessa tai seurustele, voitte siirtyä kysymyksen numero 18.
Kun vastaatte kysymyksiin, ajatelkaa elämäenne SAIRASTUMISEN JÄLKEEN!**

13. Miten kuvailisitte pari- / seurustelusuhdettanne? Onko siinä tapahtunut muutoksia sairastumisenne jälkeen ja millaisia muutokset mielestänne ovat? (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

Liite 3 (5)

14. Kun vastaatte seuraaviin kysymyksiin, miettikää SAIRASTUMISEN JÄLKEISTÄ AIKAA? (Ympyröikää sopivaksi katsomanne vaihtoehto)

1 = Ei ollenkaan, 2 = Vähän, 3 = Melko paljon, 4 = Paljon, 5 = Erittäin paljon

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Missä määrin parisuhteenne täyttää odotuksenne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Oletteko motivoitunut suhteenne hoitoon? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Kuinka paljon koette henkistä yhteyttä kumppaniinne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Haluatteko kumppaninne koskettavan teitä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Tyydyttääkö henkinen läheisyys kumppaniinne teitä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

15. Seuraavat kysymykset sisältävät joitakin väittämiä seksuaalielämästä. (Rengastakaa se kohta asteikosta, joka on lähinnä omaa ajatustanne asiasta).1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = En ole samaa mieltä enkä eri mieltä
4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Voin ilmaista hyvin kumppanilleni kaikki tunteeni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. En uskalla kertoa kumppanilleni seksuaalisista tarpeistani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Seksuaalielämämme on rutinoitunutta ja kaavamaista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Seksistä kumppanille puhuminen on ajanhaaskausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Seuraavat kysymykset sisältävät joitakin väittämiä seksuaalielämästä. (Rengastakaa se kohta asteikosta, joka on lähinnä omaa ajatustanne asiasta).1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = En ole samaa mieltä enkä eri mieltä
4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a. Harrastamme seksiä, koska se tuottaa meille nautintoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Koen, että kumppanini on paras ystäväni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Oma sairauteni haittaa seksuaalista kanssakäymistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Harrastamme seksiä harvoin, koska sairauteni on rajoitteena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Jokin muu, mikä? _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. Jos saisitte esittää yhden toivomuksen liittyen pari- / seurustelusuhteeseenne, mikä se olisi?

SEKSUAALINEUVONTAPALVELUJEN TARVE

18. Oletteko saaneet elämänne aikana ENNEN sairastumistanne seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa? (Ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. Kyllä, liikkain
2. Kyllä, riittävästi
3. Kyllä, mutta liian vähän
4. En, mutta olisin halunnut
5. En, enkä olisi halunnutkaan

19. Oletteko saaneet sairastumisenne JÄLKEEN seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa?

1. Kyllä, liikaakin
2. Kyllä, riittävästi
3. Kyllä, mutta liian vähän
4. En, mutta olisin halunnut
5. En, enkä olisi halunnut

20. Joskus seksuaalisuuteen liittyviä ikäviä kokemuksia. Muistatteko koskaan elämänne aikana kokeneen seksuaalista väkivaltaa?

1. En
2. Kyllä

Jos vastasitte KYLLÄ, oletteko saanut käydä seksuaalista väkivaltakokemusta läpi jonkun henkilön kanssa. (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

21. Onko Teille ollut mahdollisuutta keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä muun potilasohjauksen yhteydessä?

- a. Kyllä
- b. Ei

22. Jos olette saanut seksuaalisuuteen tai sukupuolielämään liittyvää neuvontaa tai tietoa, kuinka tyytyväinen olette ollut saamanne neuvonnan tai tiedon laatuun. (Ympyröikää sopivin vaihtoehto)

- a. Erittäin tyytyväinen
- b. Tyytyväinen
- c. Hieman tyytyväinen
- d. Tyytymätön
- e. Erittäin tyytymätön

Perustelkaa vastauksenne (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

Liite 4 (7)

23. Keneltä asiantuntijalta toivoisitte ensisijaisesti saavanne seksuaalineuvontaa?

(Ympyröikää kaksi sopivinta vaihtoehtoa)

1. Sairaanhoidtajalta/ terveydenhoitajalta
2. Terveystieteiden alan henkilöstöön kuuluvalta, seksuaalineuvojakoulutuksen saaneelta henkilöltä
3. Terveystieteiden alan henkilöstöön kuuluvalta, seksuaaliterapeutin koulutuksen saaneelta henkilöltä
4. Omalta lääkäriltä
5. Aivohalvaus- ja dysfasialiitosta
6. Aivohalvausyhdistykseltä
7. Muulta asiantuntijalta, keneltä? _____
8. Jostain muualta, mistä _____

24. Jos haluaisitte seksuaalineuvontaa, mikä olisi mielestänne sopiva AJANKOHTA saada neuvontaa sairastumisen jälkeen? Mitä seksuaalisuuteenne ja sukupuolielämäenne liittyviä asioita haluaisitte puhua sairauden ALUSSA ja mitä MYÖHEMÄSSÄ VAIHEESSA? (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

25. Miltä taholta haluisitte saada seksuaalineuvontaa sairastumisenne jälkeen? (Numeroikaa sarakkeeseen kolme tärkeintä esim. 1, 2, 3).

Seksuaalineuvontatahot	Haluaisin saada seksuaalineuvontaa
Sairaalan akuutti osasto	
Kuntoutusosasto	
Terveyskeskus	
Kuntoutuslaitos	
Sopeutumisvalmennus	
Läheiset ihmiset (ei kumppani)	
Yksityinen seksuaalineuvoja/ -terapeutti	
En tarvitse seksuaalineuvontaa	

Liite 3 (8)

26. Mistä olette itse etsinyt tietoa seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa? (Valitkaa enintään kolme tärkeintä tietolähdettä, esim. 1, 2, 3)

Tietolähde	Tärkeysjärjestys
Tuttavat ja sukulaiset	
Kysymällä asiantuntijalta	
Kirjoista	
AVH -lehdestä	
Internetistä	
Aivoverenkiertohäiriö ja seksuaalisuus -oppaasta	
Televisiosta	
Radiosta	
Muualta, mistä	
En ole hakenut tietoa	

27. Mistä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista haluaisitte keskustella sairastumisen jälkeen? (Jatkaa tarvittaessa kääntöpuolelle)

28. Missä muodossa toivoisitte saavanne seksuaalineuvontaa? (Ympyröikää se vaihtoehto, joka teistä tuntuu parhaimmalta).

1. Yksilöneuvonta
2. Ryhmäneuvonta
3. Muuten, miten _____
4. En halua lainkaan seksuaalineuvontaa

29. Mikä seksuaalisuuteen liittyvä asia on Teitä mietityttänyt sairastumisen jälkeen? (Jatkakaa halutessanne kääntöpuolelle)

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

30. Syntymävuotenne? _____

31. Korkein koulutuksenne?

- a. kansakoulu ja/tai keskikoulu tai peruskoulu
- b. ammattitutkinto
- c. ylioppilastutkinto
- d. opistotason tutkinto
- e. alempi korkeakoulututkinto
- f. ylempi korkeakoulututkinto
- g. muu, mikä _____
- h. ei tutkintoa

32. Oletteko tällä hetkellä...

1. naimaton
2. avoliitossa, vuodesta _____
3. avioliitto, vuodesta _____
4. seurustelusuhde, vuodesta _____
5. eronnut, vuodesta _____
6. leski, vuodesta _____

33. Mikä on työtilanteenne? Oletteko tällä hetkellä...

1. sairauslomalla tai vammaistuella
2. työkyvyttömyyseläkkeellä
3. kokopäivätyössä
4. osapäivätyössä
5. opiskelija
6. muu, mikä _____

Avustiko joku teitä lomakkeen täyttämässä?

1. Kyllä
2. Ei

Jos tämän postikyselyn vastausten määrä jää kovin vähäiseksi, teen tarvittaessa täydentäviä yksilöhaastatteluja. Haastattelun tiedot pysyvät täysin luottamuksellisina. Noudatan haastattelussa ja vastauksia käsitellessäni seksuaaliterapeutin eettisiä ohjeita. Mikäli haluat osallistua haastatteluun, jätä ystävällisesti yhteystietosi alle, niin otan tarvittaessa yhteyttä.

Nimenne ja puhelinnumeronne haastatteluajan sopimista varten.

Kiitos vastauksistanne!

Esimerkki kvalitatiivisen aineiston analyysistä

Vastaaja X:n alkuperäinen ilmaus:

”Alussa pelkoa, että Z sairaus uusiutuu. Koin terveydenhuollon henkilöstön puolelta, että minut jätettiin heitteille. Mitään neuvoja/ohjausta en saanut. Todettiin työkykyiseksi, vaikka tuskin selvin kotiaskareista. Itse jouduin taistelemaan jatkohoidosta, jotka kylläkin epäonnistuivat. Olen syönyt masennuslääkettä, auttaa.”

Pelkistetty ajatuskokonaisuus:

Pelkoa sairauden uusiutumisesta, terveydenhuoltohenkilöstön tuen puute, ei neuvoja ja ohjausta, vaikeuksia kotiaskareissa, jatkohoidosta epätietoisuutta, lääkitys auttaa.

Analyysirunko:

- * Fyysinen terveyden tila
- * Psykologinen seksuaaliulottuvuus
- * Sosiokulttuurinen seksuaaliulottuvuus

Pelkistetty ilmaus luokiteltu teeman mukaisesti:

Huoli terveyden tilasta
Sairauden uusiutuminen
Tunteet:
Pelko
Kokemus yksin jäämisestä
Ihmissuhteet:
Huoli kotona selviytymisestä.
Huoli jatkohoidosta.
Yksinäisyys

Vastaaja S:n alkuperäinen ilmaus:

”Mistä tämä haluttomuus on todellisuudessa tullut näin isoksi ongelmaksi omalla kohdallani? Onko tilanne korjattavissa?”

Pelkistetty ajatuskokonaisuus:

Seksuaalinen haluttomuus. Tarjotaan tietoa sairastumisen yhteydessä seksuaaliseen haluttomuuteen.

Analyysirunko:

- Psykologinen seksuaaliulottuvuus
- Sosiokulttuurinen ulottuvuus

Pelkistetty ilmaus luokiteltu teeman mukaisesti:

Motivaatio
haluttomuus
Terveydenhuoltohenkilöstön tuki

Liite 5

Esimerkki kvalitatiivisen aineiston analyysistä

Seksuaalineuvontapalvelujen tarpeen sisällönanalyysi

Vastaaja T:n alkuperäinen ilmaus:

”Alussa en jaksanut hyväksyä, mitä oli tapahtunut. Halvaus vei seksuaalisuuteni lähes kokonaan. Oman arvontunne oli hyvin heikko. Masennuin enkä jaksanut toisten mukana elämän vauhdissa. tunnen hyvin usein itseni elämän sivusta katsojaksi. Joskus olen hyvin suruinen, kun hyljätyksi tunne ottaa ylivallan. Kaipaen hellyyttä, hyväksyntää, läheisyyttä, en seksiä.”

Alussa:

Sairauden aiheuttamat muutokset:

Sairauden vaikutus parisuhteeseen

Kumppanille tietoa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen

PLISSIT -malli

Luvan anto: Annetaan lupa puhua asiakkaalle seksuaalisuudestaan. Kuunnellaan huolenaiheet. Tarvittaessa normalisoidaan tilannetta.

Kohdennettu tiedon taso: Annetaan tietoa sairauden aiheuttamista biologisesta, psykologisesta ja sosiokulttuurisesta seksuaaliulottuvuuksista sairastuneelle ja *kumppanille*.

Erityisohjeet antaminen: Molemmille seksuaalianamneesi. Itsetuntemukseen liittyvää tietoa ja harjoituksia. Suorituspaineita poistavia harjoituksia. Tarjotaan yhteisiä kokemuksia. Biologinen ja psykologinen seksuaaliulottuvuus.

Myöhemmässä vaiheessa:

Keskustelua yhdessä ja ryhmissä

Vuorovaikutustaitoja

Kumppanin kanssa mahdollisuus käydä läpi seksuaalisuutta

PLISSIT -malli

Luvan anto ja kohdennetun tiedon taso:

Alustus ryhmäläisille ja teeman mukaista keskustelua.

Kohdennetun tiedon taso ja erityisohjeet antaminen:

Molemmille seksuaalianamneesi. Suorituspaineesiin ja kommunikation parantamiseen liittyviä harjoituksia.