

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2014

Paananen Jenny & Salo Sanna-Maarit

SYDÄNPOTILAAN SEKSUAALISUUS

– Opas sydänpotilaan seksuaalisuuden puheeksi
ottamisen tueksi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Kevät 2014 | 48 + 1

Paananen Jenny & Salo Sanna-Maarit

SYDÄNPOTILAAN SEKSUAALISUUS

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yksi yleisimmistä suomalaisten sairastamista sairauksista. Sairastumisestaan huolimatta ihminen on seksuaalinen olento eikä seksuaalisuutta osana ihmistä tule unohtaa. Tämä asettaa seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tärkeään asemaan osana laadukasta hoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemia tiedontarvetta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi sydänpotilaan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on sairaanhoitajien tiedontarpeen pohjalta koota opas, jonka avulla sairaanhoitajat voisivat toteuttaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista osana sydänpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Oppaan käyttötarkoituksena on toimia sairaanhoitajan tarjoaman seksuaaliohjauksen tukena ja puheeksi ottamisen apuvälineenä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Turun Yliopistollisen Keskussairaalan (TYKS) Sydänkeskus.

Opinnäytetyötä varten laadittiin arviointilomake, jonka avulla saatiin tietoa sairaanhoitajien tiedontarpeesta koskien seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista. Arviointilomakkeen vastauksista hellyys, läheisyys ja yhdyntä nousivat vahvimaksi osaksi seksuaalisuutta. Vastaajat kaipaavat eniten tietoa sydänsairaudesta ja lääkityksen vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä konkreettisia neuvoja ja ohjeita seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen.

ASIASANAT:

Sydänpotilas, Seksuaalisuus, Opas, Puheeksi ottaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

April 2014 | 48 + 1

Paananen Jenny & Salo Sanna-Maarit

SEXUALITY OF THE HEART PATIENT

Cardiovascular diseases are amongst the most common diseases in Finland. Sexuality is an essential part of being a human and we are sexual creatures even when having fallen ill. That is why also bringing up sexuality is a part of high quality nursing.

The purpose of this study is to describe nurses' needs of knowledge and support when initiating discussions about sexuality with a heart patient. The aim of this thesis is to create a guide based on nurse's needs of knowledge. This guide would make it easier for nurses to bring up sexuality issues and support the guidance given by them. The thesis is made cooperation with the Heart Centre of Turku University hospital.

We created a special assessment form to chart the nurses' need of knowledge about sexuality and bringing it up.

Affection, intimacy, and sexual intercourse were considered as the most important characteristics of sexuality. According to the answers nurses felt that they would need more information on how heart diseases and medications influences patients' sexuality. Concrete advice and instructions about how to bring up sexuality are also needed.

KEYWORDS:

Heart patient, Sexuality, Guide, Bringing up sexuality

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN	8
3 YLEISIMMÄT SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET	10
3.1 Sepelvaltimotauti	10
3.2 Sydämen vajaatoiminta	11
3.3 Rytmihäiriöt	12
3.4 Aivoverenkiertohäiriöt	12
3.5 Sydän- ja verenkiertolääkkeet ja niiden vaikutus seksuaalisuuteen	13
3.5.1 Beetasalpaajat	13
3.5.2 ACE:n estäjät	14
3.5.3 Kolesterolilääkkeet	14
3.5.4 Rytmihäiriölääkkeet	15
3.5.5 Nitraatit	15
3.5.6 Diureetit	16
3.5.7 Verenhennuslääkkeet	16
3.6 Elämäntapojen vaikutus sydän- ja verisuonisairauksiin	17
3.6.1 Sydän ja ravitsemus	17
3.6.2 Sydän ja liikunta	18
3.6.3 Sydän ja tupakka	19
3.6.4 Sydän ja alkoholi	20
4 SEKSUAALISUUS	21
4.1 Seksuaalisuuden kehittyminen eri ikävuosina	22
4.1.1 Aikuisen seksuaalisuus	23
4.1.2 Ikääntyvän seksuaalisuus	24
4.2 Seksuaalisuuden haasteet	26
4.3 Elämäntapojen vaikutus seksuaalisuuteen	27
4.3.1 Ylipaino ja sen vaikutus seksuaalisuuteen	28
4.3.2 Liikunta ja seksuaalisuus	28
4.3.3 Tupakointi ja seksuaalisuus	29
4.3.4 Alkoholi ja seksuaalisuus	29

5 PUHEEKSI OTTAMINEN JA PUHEEKSI OTTAMISEN MALLIT	30
5.1 PLISSIT -malli	30
5.2 BETTER -malli	31
5.3 Puheeksi ottamisen haasteet	33
6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	34
6.1 Laadullinen tiedonkeruumenetelmä	35
6.2 Hyvä opas	35
7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	37
7.1 Arviointilomakkeen avulla saadut vastaukset	38
7.2 Opas	41
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	42
POHDINTA	45
LÄHTEET	48

LIITTEET

Liite 1. Arviointilomake

KUVAT

Kuva 1. Seksuaalisuuden ulottuvuudet	21
Kuva 2. PLISSIT- malli	30

1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on osa ihmistä ja ihmisyyttä. Seksuaalisuus kulkee mukanaamme joka elämän vaiheessa, myös silloin kuin sairastumme. Sairastuessa seksuaalisuus jää akuuttivaiheen hoidossa taka-alalle, mutta on yhtä tärkeä osa hoitoa. Sydän- ja verisuonisairaudet vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti ja voivat heikentää fyysistä kuntoa sekä saattavat tuoda jännitteitä ja haasteita seksuaalisuuden ilmentämiseen (Ahonen 2012). Seksuaalisuus käsitellään opinnäytetyössä laajasti aina sen kehittymisestä alkaen, jotta lukija kykenee ymmärtämään seksuaalisuutta mahdollisimman eheänä kokonaisuutena. (WHO 2002, 4-5; Ryttyläinen & Valkama 2010, 7.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokema tiedontarvetta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi sydänpotilaan kanssa. Opinnäytetyö tehdään Turun yliopistollisen keskussairaalan Sydänkeskukseen. Tässä opinnäytetyössä käytämme jatkossa Turun yliopistollisesta keskussairaalaista lyhennettä TYKS. Tavoitteena oli tiedontarpeen pohjalta koota opas, jonka avulla sairaanhoitajat voisivat toteuttaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista osana sydänpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Oppaan sisällön rajaukset määräytyivät arviointilomakkeilla saatujen vastausten mukaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2007–2011) laatima seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelma toimi pohjana opinnäytetyömme aiheelle. Ohjelmassa on 14 eri kokonaisuutta ja tavoitetta. Yksi näistä kokonaisuuksista koskee seksuaali- ja lisääntymisterveyden lisäämistä osaksi terveydenhoitoalan koulutusta. Jo työelämässä olevat sairaanhoitajat eivät ole päässeet osaksi uudistunutta opetussuunnitelmaa, sillä muutos on tullut vasta heidän valmistumisensa jälkeen. Muutoksesta johtuen opinnäytetyöllemme oli tarve.

Opinnäytetyö on rajattu koskemaan Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen, THL:n jaottelun mukaan yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia sekä niissä käytettäviä lääkkeitä. Rajausta on tehty myös seksuaalisuuden puheeksi ottamisen suhteen niin, että työssä käsitellään kaksi yleisintä puheeksi ottamisen mallia.

Työssä käsitellään yleiset elämäntapaan vaikuttavat asiat, joilla on merkitystä sydänsairauksien synnylle sekä seksuaalisuudelle kuten, tupakointi, alkoholi, liikunta, ravitseminen ja ylipaino. Tässä työssä ei käsitellä mielenterveyden ongelmia eikä niistä syntyviä seksuaalisuuden haasteita.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aihe pohjautui Sosiaali- ja terveysministeriön 2007- 2011 vuosina laatimaan seksuaalisuus- ja lisääntymisterveyden edistämisen ohjelmaan. Ohjelma kattaa 14 aihekokonaisuutta, josta yksi koskee seksuaalisuus- ja lisääntymisterveyden opintojen lisäämistä osaksi terveydenhuoltoalan opintoihin. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien kokema tiedontarvetta koskien seksuaalisuuden puheeksi ottamista sydänpotilaan kanssa. Opinnäytetyötä varten laadittiin arviointilomake, joka sisälsi kolme avointa kysymystä seksuaalisuudesta ja puheeksi ottamisesta, jotta voitaisiin selvittää sairaanhoitajien tiedon tarvetta. Vastajiksi valikoitui Sydänkeskuksen sairaanhoitajia satunnaisotannalla. Tavoitteena oli tiedontarpeen pohjalta koota opas, jonka avulla sairaanhoitajat voisivat toteuttaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista osana sydänpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Opinnäytetyön toteuttaminen kulki Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti kirjallisuuskatsauksen, suunnitelluvaiheen ja toteutuksen kautta valmiin opinnäytetyön raportointiin.

Kirjallisuuskatsausta ohjanneita kysymyksiä olivat:

1. Millaisia ovat yleisimmät sydän- ja verisuonisairaudet?
2. Miten seksuaalisuus kehittyy, mitä haasteita siihen liittyy ja minkälaisia ovat seksuaalisuuden puheeksi ottamisen mallit?
3. Millainen on opas, joka tukee sairaanhoitajia seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa sydän potilaiden kanssa?

Tietoa haettiin opinnäytetyötä varten Pubmed-, Cinahl-, ja JBI – artikkelitietokannoista sekä Googlesta. Tietoa haettiin suomeksi hakusanoilla seksuaalisuus, sydän- ja verisuonisairaudet, sydän- ja verisuonisairauksien lääkehoito, puheeksi ottaminen, sydänpotilas, seksuaalisuuden puheeksi ottaminen hoitotyössä, päihteet ja elämäntavat sekä näiden eri yhdistelmillä. Tietoa haettiin myös englanniksi hakusanoilla heart patient, heart and coronary diseases, nur-

sing, sexuality, sexual counselling sekä näiden eri yhdistelmillä. Haku rajattiin koskemaan artikkeleita, joista oli saatavilla koko teksti. Lisäksi artikkelit saivat olla enintään viisi vuotta vanhoja. Näillä hakuehdoilla saatiin osumia enintään 10 per tietokanta. Valitsimme kaiken kaikkiaan neljä artikkelia. Artikkelien valintaan vaikutti rajausten lisäksi hoitotyön näkökulma sekä artikkelien tuli myös tukea työmme näkökulmaa sydänpotilaan seksuaalisuudesta. Yksi artikkeleista poikkesi edellä mainituista hakuehdoista ollen vuodelta 2003. Artikkelin käsitteli laajasti seksuaalisuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä eikä siinä esitelty tietoa, joka olisi tällä hetkellä vanhentunutta. Tässä opinnäytetyössä artikkelien tarkoitus oli muodostaa ja tukea teorianäytetyömme sekä toimia vertailupohjana arviointilomakkeilla saatuihin vastauksiin.

3 YLEISIMMÄT SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET

Suomessa sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat melkein puolet työikäisten kuolemista. Yhdessä ne muodostavat suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Kaikissa ikäluokissa vuonna 2010 oli sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia yhteensä 22 055. Miesten osuus oli hieman yli puolet. Sairauksien esiintyvyydessä on Suomessa eroja. Itä- ja Koillis-Suomessa sairauksien esiintyminen on puolitoistakertaa korkeampaa muuhun Suomeen verrattuna, etenkin sepelvaltimotaudin kohdalla. (THL 2014.)

3.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti johtuu sepelvaltimoiden ahtautumisesta, jonka syynä on valtimon kovettumatauti eli ateroskleroosi. Verenvirtaus sepelvaltimossa pienenee, kun valtimo on ahtautunut poikkipinta-alaltaan 75 %. (Heikkilä ym. 2000, 657.) Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, hyperkolesterolemia, diabetes, keskivartalolihavuus, runsas alkoholin käyttö, ikä, sukupuoli, perimä ja hypertensio. (Terveyskirjasto 2013a; Suomen Sydänliitto ry 2011a, 25–40.) Tavallisin sepelvaltimotaudin oire on rasituksessa tuntuva rintakipu ja joskus ohimenevä hengenahdistus. Tauti voi ilmetä myös suoraan sydäninfarktina. (Terveyskirjasto 2013a; Suomen Sydänliitto ry 2011a, 6-24.)

Stabiililla angina pectoriksella tarkoitetaan tilaa, jossa rintakipuja esiintyy rasituksessa ja nitroglyseriinilääkitys auttaa rintakipuun. Sydänlihaksen verenkierto on rasituksen aikana riittämätön kun hapentarve kasvaa. Epästabiili angina pectoris on taas akuutti iskeeminen oireyhtymä, jossa potilailla on tiheästi toistuvia oireita ja pitkäkestoisia rintakipuja, rasituksen ohella myös levossa. Lepotilassa esiintyvien kipujen taustalla on yleensä sepelvaltimospasmi eli verisuonten sileän lihaskudoksen voimakas supistus. Epästabiilissa angina pectoriksessa sepelvaltimon ateroomaplakkiin on muodostunut repeämä, johon on kiinnittynyt suonia tukkiva verihiutaletrombi. Jos sepelvaltimotukoksen aiheuttama iskemia

johtaa sydänlihassolujen tuhoutumiseen, on kyseessä sydäninfarkti. (Ahonen ym. 2012, 207–208; Nurminen 2011, 210; Suomen Sydänliitto ry 2011a 6-24.)

Sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti lääkehoidolla ja elämäntapamuutoksilla, kuten ruokavalion muutoksilla. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää oireita, parantaa ennustetta ja kohentaa elämänlaatua. (Terveyskirjasto 2013a; Suomen Sydänliitto ry 2011a, 19–24.) Oireiden lisääntyessä ja pahentuessa invasiivisina hoitovaihtoehtoina ovat pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Näillä toimenpiteillä voidaan helpottaa vain oireita, mutta ei vaikuttaa sepelvaltimotaudin kulkuun. Vuonna 2010 sydäninfarkteja ja sepelvaltimotautikohtauksia oli Suomessa kaikissa ikäluokissa yhteensä 22 055, joista miesten osuus oli runsaat puolet. (THL 2013.)

3.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen pumppausvoima on heikentynyt sydämen vajaatoiminnassa, eikä se riitä ylläpitämään kudosten ja elinten tarvitsemaa verenkiertoa. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan sen taustalla on aina jokin muu sairaus, kuten hoitamaton verenpainetauti, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti tai eteisvärinä. Ensisijaisen tärkeää sydämen vajaatoiminnan hoidossa on hoitaa sitä sairautta, joka on vajaatoiminnan syynä. Elämäntapamuutokset, kuten runsaan suolan välttäminen, nesteiden rajoittaminen, ylipainon välttäminen, säännöllisen liikunnan lisääminen ja psyykkisen sekä fyysisen stressin vähentäminen auttavat hoidon onnistumista ja vähentävät oireiden ilmaantumista. (Ahonen ym. 2012, 244–245; Nurminen 2011, 218; Suomen Sydänliitto ry 2011b, 6-10, 20–31.) Sydämen vajaatoiminta voi olla sydämen molemmissa puolissa tai vain toisessa. Ensisijaisesti vajaatoiminta on sydämen vasemman kammion sairaus. Tällöin oireena on pääasiassa helposti väsyminen ja hengenahdistus, rasituksen yhteydessä. Sydämen oikean puolen vajaatoiminnassa tyypillinen oire ovat turvotukset, etenkin nilkoissa ja sääriässä. (Ahonen ym. 2012, 246–247; Terveyskirjasto 2013b; Suomen Sydänliitto ry 2011b, 11–19.) Lääkehoidon kulmakivenä vajaatoiminta potilaalla käytetään diureetteja eli nesteenpoistolääkkeitä,

ACE:n estäjiä, beetasalpaajia ja sydämen supistusvoimaa lisääviä digitalisglykosideja. (Nurminen 2011, 218; Suomen Sydänliitto ry 2011b, 11–19.)

3.3 Rytmihäiriöt

Rytmihäiriö tarkoittaa sydämen supistelun epäsäännöllistä, normaalista nopeampaa tai hitaampaa rytmiä. Rytmihäiriöt voidaankin jaotella rytmihäiriön alkamispaikan sekä niiden nopeuden mukaan eteisperäisiin, kammioperäisiin sekä hitaisiin ja nopeisiin rytmihäiriöihin. Eteisperäisistä rytmihäiriöistä yleisin on eteisvärinä eli flimmeri. Eteisvärinän oireena on nopea, epäsäännöllinen rytmi. Eteisvärinä yleistyy iän myötä ja kymmenen prosenttia yli 80 – vuotiaista kärsii eteisvärinästä. (Ahonen ym. 2012, 261, 273–275; Suomen Sydänliitto ry 2010, 4-5.)

Yksittäiset eteis- tai kammioperäiset lyönnit eivät ole vaarallisia ja niitä esiintyy jokaisella satunnaisina muljahteluina jossakin elämänvaiheessa. Lisälyöntisyys yleistyy myös iän myötä. Kammioperäiset rytmihäiriöt ovat vakavampia ja niistä kammiovärinä ja sydämenpysähdys vaarallisimmat. Kammiovärinässä sydän lyö kaoottisesti eli epätehokkaasti. Sydänpysähdyksessä sydän ei lyö lainkaan. Hitaissa rytmihäiriöissä sydämen syke laskee matalalle ja enteilee liiallista sykkeen laskua. Nopealyöntisyyteen liittyy tykytys tuntemukset. Nopeat rytmihäiriöt alkavat ja loppuvat tyypillisesti äkillisesti. Rytmihäiriöt voivat olla osa jotakin sairautta tai itsenäisiä sairauksia. Autonominen hermosto säätelee sykkeen nopeutta. Sympaattinen osa kiihdyttää esimerkiksi stressi tilanteessa ja parasympaattinen osa hidastaa. (Ahonen ym. 2012, 265–267; Suomen Sydänliitto ry 2014.)

3.4 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät ovat samat kuin muissa sydän- ja verisuonisairauksissa; tupakointi, kohonnut verenpaine, ravinnon rasvapitoisuus ja korkea veren kolesterolipitoisuus sekä eteisvärinä. Tupakointi vähentää veren

hemoglobiinipitoisuutta sekä kohonnut verenpaine rasittaa suonia ja ravinnosta saatu kova rasva tukkii verisuonia nostaten veren kolesterolipitoisuutta. Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa aivovaltimokierron tilapäistä tai pysyvää heikkenemistä ja halvausoireita. Tästä johtuen aivotoiminta häiriintyy, joka taas johtaa tajunnan heikkenemiseen ja halvausoireisiin. Ateroskleroosi voi ilmentyä myös aivojen valtimoissa ja heikentää suonien verenvirtausta. Aikuisiässä yleisin vammaisuutta aiheuttava sairaus on aivohalvaus. Vuonna 2006 aivohalvaukseen sairastui Suomessa noin 18 500 yli 25-vuotiasta. Aivoverenkiertohäiriöitä hoidetaan samoilla lääkeryhmillä kuin muitakin sydän- ja verisuonisairauksia. (Ahonen ym. 2012, 353–355; THL 2014; Terveyskirjasto 2013c.)

3.5 Sydän- ja verenkiertolääkkeet ja niiden vaikutus seksuaalisuuteen

Sydän- ja verisuonisairauksien lääkehoito sisältää monien eri lääkeryhmien yhteiskäyttöä. Sepelvaltimotaudin lääkehoidolla voidaan hidastaa taudin kulkua, muttei vaikuttaa itse taudin syntyyn. Verenpainelääkkeet vaikuttavat elimistössä poistamalla suolaa ja nestettä sekä laajentamalla verisuonia ja vähentämällä sympaattisen hermoston toimintaa. Näin sydämen työmäärä vähenee ja syketiheys alenee sekä ääreisverenkierron vastus vähenee. Lopulta verenpaine alenee. Korkean verenpaineen lääkehoidolla on suotuisa vaikutus perustautiin. Verenkierto paranee, kipu vähenee ja tätä myöten halukkuus voi lisääntyä ja erektion saavuttaminen helpottua. Kun sydän- ja verisuonisairauksia hoidetaan monilla lääkkeillä, vaikuttavat ne osittain myös toisiinsa. Osa lääkkeistä vahvistaa toisten lääkkeiden vaikutusta ja voivat lisätä myös haittavaikutuksien esiintymistä. (Nurminen 2011, 196–231.)

3.5.1 Beetasalpaajat

Beetasalpaajia käytetään verenpaineen, rytmihäiriöiden ja sepelvaltimotaudin hoidossa. Angina pectoriksen hoidossa beetasalpaajat pienentävät sydämen syketiheyttä ja supistuvuutta. Beetasalpaajat salpaavat beetareseptoreita ja estävät siten autonomisen hermoston sympaattisen osan toimintaa. Ne vaikuttavat

myös munuaisten reniinin eritykseen, minkä johdosta angiotensiini II:n muodostuminen vähenee. Beetasalpaajaa ei pitäisi käyttää, jos potilaalla on harvallyöntisyyttä tai sydämen johtumishäiriötä. Beetasalpaaja ei sovi astmaatikoille, sillä se voi supistaa keuhkoputkia ja vaikeuttaa hengittämistä. Lisäksi beetasalpaajat voivat aiheuttaa haittavaikutuksena raajojen kylmyyttä, fyysisen suorituskyvyn heikkenemistä ja erektiohäiriötä. (Nurminen 2011, 205–206; Ahonen ym. 2012, 251–252.)

On tutkittu, kuinka beetasalpaajat vaikuttavat seksuaalitoimintoihin. Seksuaalihäiriötä esiintyi lääkeryhmissä 21,6 % kuin lumelääkeryhmissä sitä esiintyi 17,4 %. Tämä tarkoittaa yhtä ylimääräistä erektiohäiriötä vuodessa kahtasataa hoidettua potilasta vasten eli impotenssi ei lisääntynyt merkittävästi miesten keskuudessa. (Vanhanen 2003, 230.)

3.5.2 ACE:n estäjät

Angiotensiinikonvertaasientsyymiin estäjät eli ACE:n estäjät vähentävät verenpainetta kohottavan angiotensiini II:n muodostumista verenkierrossa ja paikallisesti verisuonten seinämissä, minkä johdosta verisuonet laajenevat ja verenpaine laskee. Haittavaikutuksia on vähän ja niistä yleisimpiä ovat kuiva ärsytyskä, ihottumat ja makuaistinhäiriöt. ACE:n estäjät saattavat myös pahentaa astman oireita. (Nurminen 2011, 199–201; Ahonen ym. 2012, 251.)

Verisuonia supistavan angiotensiini II:n vaikutuksia estävät angiotensiinireseptorin (ATR:n) salpaaja. Nämä estävät angiotensiini II:n verenpainetta kohottavan vaikutuksen. ATR:n salpaajat soveltuvat kaikenlaiseen kohonneen verenpaineen hoitoon ja niitä siedetään hyvin. Tavallisin haittavaikutus on huimaus. (Nurminen 2011, 201–202; Ahonen ym. 2012, 251.)

3.5.3 Kolesterolilääkkeet

Tehokkaimpia veren kolesterolipitoisuutta pienentäviä lääkeaineita ovat statiinit. Ne vähentävät kolesterolin muodostumista maksassa. Laajat hoitotutkimukset

osoittavat, että statiinit vähentävät merkittävästi sepelvaltimotautipotilaan vaa-
raa sairastua ja kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin. (Nurminen 2011, 241.)
Haittavaikutuksena klofibraatti ja gemfibrotsiili aiheuttavat libidon heikentymistä
ja impotenssia sekä muuten kolesterolilääkkeet yleensä aiheuttavat närästystä,
lihaskipuja ja myosiittia eli lihastulehdusta. (Vanhanen 2003,
231; Nurminen 2011, 242.)

3.5.4 Rytmihäiriölääkkeet

Rytmihäiriötä voi ilmaantua sydämen eri osissa ja niiden hoito määräytyy sen
mukaan mistä syystä ja missä rytmihäiriö ilmaantuu. Lääkkeellinen hoito on
moninaista ja hoidossa käytetään eri mekanismeilla vaikuttavia lääkkeitä. Ryt-
mihäiriölääkkeistä impotenssia eniten aiheuttavat disopyramidi (1–3 %), mutta
myös toiset lääkeaineet, kuten amiodaroni, flekainidi ja meksiletiini. (Vanhanen
2003, 231.) Beetasalpaajakin voidaan käyttää rytmihäiriöiden hoidossa sekä
eteis-, että kammiooperäisten rytmihäiriöiden hoitoon. Lääkkeellinen hoito aloite-
taan, mikäli oireet eivät mene itsestään ohi ja haittaavat potilaan arkea. (Suo-
men Sydänliitto ry 2014.)

3.5.5 Nitraatit

Nitraatteja käytetään angina pectoris -kohtauksien hoidossa ja kohtausten esto-
lääkkeinä. Nitraatit laajentavat verisuonia ja näin ollen lievittävät iskemiaa. Sy-
dänlihaksen työmäärä ja hapentarve vähenee, kun laskimot laajentuvat ja sy-
dämeen palaava verimäärä pienenee. Nitraatit alentavat myös verenpainetta,
mitä voidaan pitää haittavaikutuksena. Suurina annoksina otettuna nitraatit taas
aiheuttavat sydämen lyöntitiheyden nousun ja sydämen työmäärä kasvaa. Pit-
kävaikutteisissa nitroissa haittavaikutuksena on toleranssin kehittyminen. Nitroja
suositellaan otettavaksi myös ennen raskasta fyysistä toimintaa, helpottamaan
sydämen kuormitusta. Nitrot voidaan ottaa mukaan myös ennen seksuaalista
kanssakäymistä helpottamaan rasitusta. (Nurminen 2011, 211–214; Ahonen
ym. 2012, 212.)

3.5.6 Diureetit

Diureetteja käytetään sydämen vajaatoiminnan, kohonneen verenpaineen, turvotustilojen ja keuhkopöhön hoitoon ja lievitykseen. Diureetit tehostavat lähes kaikkien muiden verenpainelääkkeiden vaikutuksia ja ne sopivat hyvin yhdistelmähoitoon. Diureetteja on kestoaltaan erivaikutteisia, kuten keskipitkävaikutteinen hydroklooritiatsidia, jota käytetään verenpaineen hoidossa sekä lyhytvaikutteinen furosemidi, jota pääasiassa käytetään sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Diureetit aiheuttavat kaliumin vähentymistä kehosta, joten hoitoon kannattaa liittää kaliumtabletteja tai käyttää kaliumia säästävää diureetti useimmiten amiloridi. Eräiden diureettien, kuten tiatsididiureetin ja spironolaktonin haittavaikutuksena on esiintynyt erektion, että halun vähentymistä, näin ollen lääkkeet saattavat aiheuttaa seksuaalitoiminnon häiriöitä. (Nurminen 2011, 202–204; Ahonen ym. 2012, 252.)

3.5.7 Verenohennuslääkkeet

Verenohennuslääkkeitä käytetään ehkäistäessä ja hoidettaessa keuhkoveritulpan ja verisuonitukosten laajentumista tai uusien muodostumista sekä kroonisen eteisvärinän eli flimmerin hoidossa. Yleisin käytössä oleva antikoagulaatio eli verenohennuslääkehoito ovat varfariini tai hepariini. Varfariini hoidon vaikutusta seurataan verinäytteestä mitattavan INR- arvon perusteella. INR- arvo kuvaa verenhiyytymisaikaa; mitä suurempi luku on, sitä hitaammin veri hyytyy. Normaali INR arvo on 1 ja hoitotavoite INR- arvo on 2-3. Lääkehoito on yksilöllinen ja siihen vaikuttaa perimä. Asetyyylisalisyylihappovalmisteet kuten, Aspirin®, Disperin® ja Primaspan® lisäävät vuotovaaraa ja niitä ei yleensä käytetä yhdessä antikoagulaatio hoidon kanssa. Verenohennuslääkkeiden yleiset haittavaikutukset johtuvat väärästä lääkeannoksesta tai huonoista elämäntavoista yhdessä antikoagulaatio hoidon kanssa. Antikoagulaation vaikutus voidaan kumota K-vitamiinilla, protamiinilla tai jääplasmalla. Runsas alkoholin käyttö ei sovi yhteen antikoagulaatio hoidon kanssa. Alkoholi muuttaa varfariinin veren hyy-

tymistä estävää vaikutusta. (Terveyskirjasto 2012; Nurminen 2011, 227–236; Ahonen ym. 2012, 280–282.)

3.6 Elämäntapojen vaikutus sydän- ja verisuonisairauksiin

Elämäntapojen vaikutus sydän- ja verisuonisairauksiin on suuri. Elämäntapojen muutos on halvin ja tehokkain tapa vaikuttaa sairauksien syntyyn ja kulkuun. Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, päihteettömyys ja stressin hallinta ovat terveyden kulmakiviä. Hetkittäiset muutokset elämäntavoissa eivät vaikuta terveyteen, mikäli perusasiat ovat kunnossa. (Terveyskirjasto 2013a; Ahonen ym. 2012, 186, 213.)

3.6.1 Sydän ja ravitsemus

Sydän- ja verisuonisairauksia ehkäistäessä ruokavalion merkitys on ratkaiseva. Ruokavaliossa tulisi kiinnittää huomiota suolan ja rasvojen määrään sekä ruuan energia- ja kuitupitoisuuteen. Rasvat ovat yksi elimistön energianlähteistä ja ne turvaavat välttämättömien rasvahappojen ja vitamiinien saannin. Rasvojen saannissa tulisi kiinnittää huomiota niiden laatuun; tyydyttyneillä, pehmeillä rasvoilla (kasvisrasvat) on edullisempia vaikutuksia elimistölle, kun taas kovat, tyydyttämättömät rasvat aiheuttavat korkeaa seerumin kolesterolipitoisuutta sekä erityisesti LDL- kolesterolitason nousua. (Mäkijärvi ym. 2008, 77.)

Rasva siis kertyy kehoon nostamalla painoa sekä tukkien verisuonia. Tämä saattaa johtaa ateroskleroosin syntyyn, mikä tarkoittaa rasvan kertymistä verisuonten seinämiin ahtauttaen tai jopa tukkien verisuonet. (Mäkijärvi ym. 2008, 78–79; Ahonen ym. 2012, 214–217.)

Liika suolan saanti nostaa kehon natriumtasoa, minkä seurauksena verenpaine nousee, kun munuaiset yrittävät poistaa ylimääräistä suolaa kehosta. Suolan saannin vähentyminen helpottaa munuaisten toimintaa ja taas puolestaan alentaa verenpainetta. (Mäkijärvi ym. 2008, 80; Ahonen ym. 2012, 216–217.)

Kuitujen saannilla on suotuisa vaikutus glukoosi- ja rasva-aineenvaihdunnalle sekä veren kolesterolin säätelyssä. Kuidut sisältävät suojaravintoaineita auttaen myös painonhallinnassa pitämällä nälkää kauemmin poissa. Sydämelle terveellinen ruokavalio ei vaadi omaa dieettiä, vaan suositusten mukaista lautasmallin noudattamista. (Mäkijärvi ym. 2008, 81–82; Ahonen ym. 2012, 216.)

Lautasmallissa puolet ruuasta koostuu kasviksista ja hedelmistä, neljäsosa mm. kalasta, lihasta, kanasta sekä toinen neljännes mm. maidosta, perunasta, pastasta tai riisistä. Ruuan laitossa käytetään kasvipohjaisia rasvoja sekä hillitysti suolaa. (Mäkijärvi ym. 2008, 80–84.)

3.6.2 Sydän ja liikunta

Säännöllinen ja pitkäjänteinen liikunta takaa liikunnan parhaat hyödyt. Liikunta vaikuttaa pienentämällä ennenaikaisen kuoleman, sepelvaltimotaudin ja aivo- halvauksen riskiä. Liikunta alentaa kolesterolitasoa ja verenpainetta sekä ehkäisee osteoporoosia. Liikunta auttaa pitämään myös painon hallinnassa ja alentaa stressiä sekä masennusoireita. Sydän on lihas siinä missä reisilihaskin ja säännöllisellä liikunnalla myös sydänlihas voimistuu ja sen lyöntitilavuus suurenee. Sydämelle edullisin harjoittelumuoto on aerobinen eli happea käyttävä liikunta, sillä se parantaa sydämen ja keuhkojen suorituskykyä. Lopputuloksena sydämen pumppausvoima ja suorituskyky kasvaa. (Heiskanen ym. 2005, 74; Mäkijärvi ym. 2008, 90–92; Ahonen ym. 2012, 201, 213.)

Liikkuessaan tulisi kiinnittää huomioita verenpaineeseen. Jos verenpaine on toistuvasti mitattuna yli 140/90 mmHg, tulisi asiasta keskustella lääkärin kanssa. Esimerkiksi raskas painonnosto tai lihasten pitkäaikainen jännittäminen saattaa kuormittaa sydäntä ja selkärankaa liiallisesti sekä aiheuttaa huomattavan verenpaineen nousun. Liikunta tulee aina aloittaa rauhallisesti, tasoa joka viikko nostaen. Hyvän kunnon saavuttaakseen on harjoiteltava monipuolisesti. Aerobisella harjoitetulla tarkoitetaan vähintään 20 minuuttia kestävästä liikuntaa, joka kiihdyttää sydämen sykettä, esimerkiksi hölkkä, tanssi, uinti, kävely ja pyöräily. Aerobinen liikunta lisää kestävyyttä, venyttelyharjoittelu parantaa notkeutta ja

lihasten liikeratoja sekä tehoa hyvin jännittyneisiin lihaksiin rentouttavasti. Voimaharjoitukset lisäävät lihasten ja luuston vahvistumista sekä antavat suojaa nivelille ja nivelsiteille. Sydämen sykettä nostattava liikunta tekee hyvää sydämelle. Parhaan hyödyn liikunta antaa silloin, kun se rasittaa sydäntä sopivasti eikä ole liian raskasta, että harjoitusta tarvitsisi keskeyttää. Fyysisen rasituksen aikana sydämen suurin mahdollinen lyöntitiheys tarkoittaa sydämen maksimisyketasoa. Nopeimmillaan maksimisyke on 220 lyöntiä minuutissa miinus ikä, joten 40-vuotiailla se on noin 180. Huonokuntoisen on hyvä aloittaa 50–60% maksimisykkeestä ja lisätä syketasoa kunnon kohetessa. (Heiskanen ym. 2005, 74; Mäkijärvi ym. 2008, 92.)

3.6.3 Sydän ja tupakka

Tupakointi on merkittävin yksittäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien synnylle. Samalla se on myös suurin sydän- ja verisuonisairauksia ehkäistävässä oleva riskitekijä. (Mäkijärvi ym. 2008, 108–113; Ahonen ym. 2012, 186, 217.)

Tupakka vaikuttaa verenkiertoelimistöön useiden eri mekanismien kautta. Tupakan sisältämä häkä sitoutuu punasoluihin heikentäen hapen kuljetusta aiheuttaen elimistössä ja sydänlihaksessa hapenpuutetta. Häkä ja nikotiini heikentävät verisuonten sisäkalvon toimintaa sekä edesauttavat ja nopeuttavat valtimokovettumataudin syntyä. Nikotiinilla on verisuonia supistava vaikutus, jolloin myös verenpaine kohoaa. Tupakoitaessa myös veren kolesterolipitoisuus kasvaa ja HDL- ja LDL -kolesterolin välinen suhde huononee. (Mäkijärvi ym. 2008, 108–113; Ahonen ym. 2012, 186.)

Tupakointi altistaa veritulppien synnylle etenkin vaurioituneen valtimon sisällä ja tupakoivilla onkin kaksinkertainen riski saada sydäninfarkti verrattuna tupakoimattomiin. Sydäninfarktin riski kasvaa päivittäin poltettujen savukkeiden lukumäärän ja tupakoitujen vuosien mukaan. Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina, sillä riski sairastua sepelvaltimotautiin vähenee ensimmäisen vuoden aikana jopa 50 prosenttia. Tupakoimattomuuden jatkuessa viisi vuotta suhteelli-

nen riski lähestyy tupakoimattoman riskiä. (Mäkijärvi ym. 2008, 108–113; Ahonen ym. 2012, 186–187.)

3.6.4 Sydän ja alkoholi

Kohtuullinen alkoholinkäyttö vähentää veren hyytymistäipumusta sekä lisää veren HDL- kolesterolipitoisuutta, joka suojaa sepelvaltimotaudilta. Alkoholin kohtuukäytön on tutkittu suojaavan sepelvaltimotaudin ohella myös muilta sydän- ja verisuonisairauksilta. Kohtuukäytöstä voidaan puhua, kun viikoittaiset alkoholiannokset eivät miehillä ylitä 24 alkoholiannosta ja naisilla 16 alkoholiannosta. Kerta-annosten määrä miehillä on seitsemän ja naisilla viisi annosta päivässä eikä näitä tulisi ylittää yhtenäkkään päivänä. (Mäkijärvi ym. 2008, 107–108; Päihdelinkki 2013.)

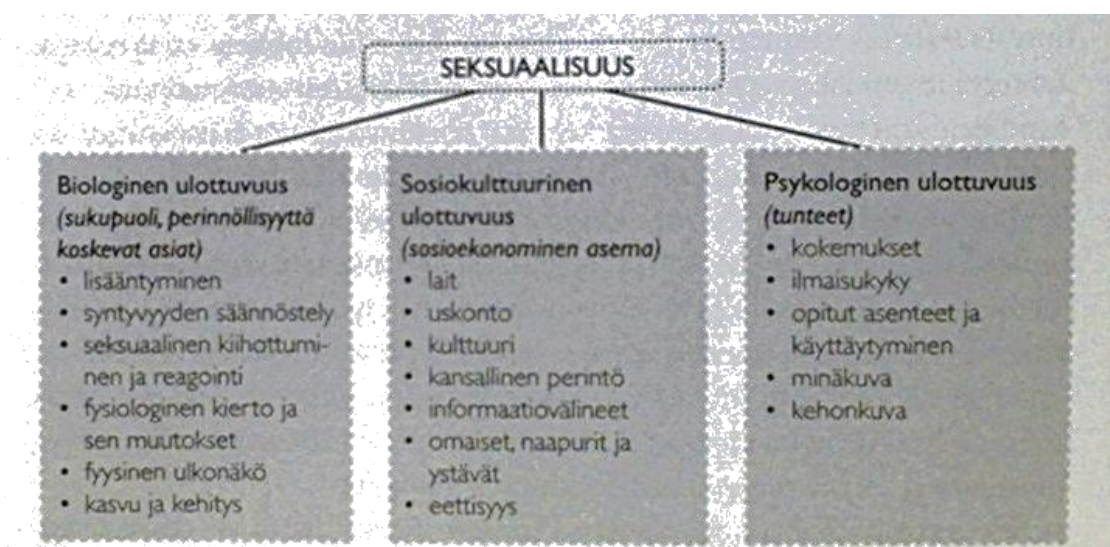
Käytön ylittäessä kohtuuden, alkoholin terveydelle edulliset vaikutukset kuitenkin muuttuvat päinvastaisiksi. Runsas alkoholinkäyttö nostaa verenpainetta, vähentää sydämen supistuvoimaa ja altistaa etenkin sydämen eteisperäisille rytmihäiriöille. Alkoholin jatkuva käyttö vähentää verenpainelääkkeiden tehoa sekä lisää sydän- ja verisuonisairauksiin kuolleisuutta ja aivohalvauksen riskiä. Myös perintötekijät vaikuttavat riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. (Mäkijärvi ym. 2008, 107–108; Heiskanen ym. 2005, 74; Ahonen ym. 2012, 202.)

4 SEKSUAALISUUS

World Health Organisationin, WHO:n, määritelmän mukaan seksuaalisuus on keskeinen osa ihmistä ja ihmisyyttä. Seksuaalisuus käsittää biologisen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja – roolit, seksuaali-identiteetin, erotiikan, mielihyvän, läheisyyden sekä lisääntymisen. Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan ajatusten, fantasioiden, uskomusten, asenteiden, arvojen, käytöksen sekä roolien ja ihmissuhteiden kautta. Seksuaalisuus voi sisältää nämä kaikki ulottuvuudet, mutta kaikkia ei välttämättä koeta tai ilmaista. (WHO 2002, 4-5.)

Seksuaalisuus on ihmisessä läsnä koko tämän elämän ajan ja toimii usein merkittävänä voimavarana. Seksuaalisuus mahdollistaa läheisyyden, rakkauden, hellyyden, intohimon sekä romantiikan ilmaisemisen ja kokemisen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7; WHO 2002, 4-5.)

Seksuaalisuus on ihmisen perusoikeus sekä osa ihmisenä olemista, eikä se katoa ihmisestä ikääntyessä, sairastuessa tai vammautuessa. Nämä asiat saattavat kuitenkin vaikuttaa seksuaalisuuden ilmaisemiseen sekä ilmaisemisen mahdollisuuksiin. Seksuaalisuus voidaan käsittää kolmena eri ulottuvuutena; biologisena, sosiokulttuurisena sekä psykologisena ulottuvuutena. Näitä ulottuvuuksia on kuvattu kuvassa 1. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7.)



Kuva 1. Seksuaalisuuden ulottuvuudet. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 13.)

4.1 Seksuaalisuuden kehittyminen eri ikävuosina

Seksuaalisuus ilmenee eri kehitysvaiheissa kullekin vaiheelle tyypillisinä piirteinä. Korteniemi-Poikela & Cacciatore (2010) kuvaavat teoksessaan, Portaita pitkin, tätä seksuaalisuuden kehittymistä kolmen kerroksen portaittaisena tapahtumasarjana. Nämä kerrokset ovat järki (kognitio), tunne (emootio) ja biologia (fyysinen).

Järjen kerroksella tapahtuu muun muassa asenteiden muokkautuminen, uskomukset, kokemukset ja oppiminen. Tunteen kerroksella lapsi itsenäistyy ja suuntautuu ikätovereihinsa ihastumisten ja rakastumisten avulla. Biologian kerroksella lapsi muuttuu murrosiän kautta sukukypsäksi aikuiseksi. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 17–18.)

Seksuaalisuus siis kehittyy kolmessa kerroksessa yhdeksää porrasta pitkin. Jokaisella portaalla on oma tehtävänsä lapsen ja nuoren kehityksessä ja ne valmistavat lasta seuraavan askeleen ottamiseen. Nämä portaavat ovat Korteniemi-Poikelan & Cacciatoren (2010, 25–141.) mukaan

1. *Vanhempien ihailu* – Tällä portaalla leikki-ikäinen (noin 2-6-vuotias) lapsi rakastuu johonkin läheiseen aikuiseen, yleensä tytöt isään ja pojat äitiin.
2. *Idoli ihastuttaa* – Tällä portaalla noin 6-12-vuotias lapsi ihastuu johonkin yleisesti hyväksytyyn kohteeseen, kuten esimerkiksi julkisuuden henkilöön. Ihastumisen kohde on turvallisen kaukainen ja yleensä aikuinen.
3. *Tuttu mutta salattu* – Lapsen (yksilöstä riippuen 8-18-vuotiaan) ihastuksen kohde on joku hänelle tuttu, kuten esimerkiksi luokkatoveri. Ihastuksesta ei kuitenkaan kerrota eikä osoiteta kenellekään. Murrosiän muutokset alkavat kiinnostaa sekä omaa kehoa opetellaan hyväksymään.
4. *Tuttu ja kaverille kerrottu* – Usein 10–14-vuotias lapsi uskaltaa tällä portaalla kertoa ihastuksistaan kaverille. Kiinnostus omaan kehoon kasvaa. Lapsi saattaa myös vertailla vartalooaan muiden vartaloihin.

5. *Tykkään sinusta* – Tällä portaalla yleensä 10–15-vuotias nuori uskaltaa jo kertoa ihastuksen kohteelle ihastuksesta kirjeen tai tekstiviestin välityksellä. Näinä ikävuosina koetaan murrosiän mukanaan tuomat kehon muutokset.
6. *Käsi kädessä* – Usein 12–16-vuotias nuori kertoo ja tuo esiin seurusteluvansa. Myös eron aiheuttamaa pettymystä ja hylätyksi tulemistä opetellaan käsittelemään.
7. *Suudellen* – Tällä portaalla (usein 14–18 vuoden iässä) koskettelu ja suudelmat avaavat täysin uudenlaisen nautinnon maailman. Hellyys kuitenkin tapahtuu vain rajatulla alueella.
8. *Mikä tuntuu hyvältä?* – Tällä portaalla usein 15–20-vuotias nuori opettelee kumppaninsa kanssa mikä tuntuu molemmista hyvältä. Seurustelusuhde koetaan niin turvalliseksi, että kumpikin tietää voivansa lopettaa hyväilyt kun siltä tuntuu. Tavoitteena ei niinkään ole yhdyntä vaan läheisyyden kokeminen ja kehojen tutustuminen.
9. *Rakastellen* – Tällä portaalla ihminen on valmis kohtaamaan kumppanin, jonka kanssa rakastuminen saattaa olla niin syvää, että hän rohkaistuu haluamaan suhteelta myös yhdyntää. Yleensä tämä tapahtuu 16–25-vuotiaana.

Viimeiselle tasolle päästessään nuorella tulisi olla riittävästi kehittynyt järjenkerros, jotta hänellä olisi tarvittavat tiedot ja taidot seksin riskeistä ja niiden suojautumiseen. Nuori aikuinen myös toivon mukaan osaa yhdistää yhdynnän fyysisenä tapahtumana läheisyyden, turvallisuuden ja rakkauden tunteisiin ja näin ollen kokemaan sekä fyysistä että psyykkistä mielihyvää. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 19–22.)

4.1.1 Aikuisen seksuaalisuus

Seksuaalisuuden portaat eivät kuulu vain alle kaksikymmentävuotiaille, vaan ovat osa aikuisten elämää ja vaikuttavat kaikissa elämän rakkaussuhteissa. Ai-

kuisen elämässä seksuaalisuus on monimuotoisempaa ja yksilöllisempää ja seksuaalisuuteen kuuluu tietoisuus omasta kehosta sekä sen mahdollisuuksista tuottaa mielihyvää ja rentoutumista. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 175–176; Ryttyläinen & Valkama 2010, 96–100.)

Aikuisuuden seksuaalisuuden piirteitä ovat itsensä kunnioittaminen ja arvostaminen, itsestään ja kumppanistaan huolehtiminen, rakastumisen ja rakkauden tunteet sekä tunteiden jakaminen. Aikuinen osaa jo kantaa vastuuta ja huolehtia myös lisääntymisterveydestään ja siihen liittyvistä kysymyksistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 100.)

Varhaiset kokemukset, kuten perusluottamuksen synty vaikuttavat aikuisen seksuaalisuuteen. Aikuisen rakkaussuhteen ymmärtäminen vaatii henkilön lapsuuden maailman ymmärtämistä. Mikäli henkilön muistot liittyvät pääsääntöisesti torjutuksi tulemiseen ja hänen tunnemuistonsa itkuun ja häpeään, vaikuttavat nämä ihmiseen myös aikuisena. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 100.)

Aikuisen elämänhallinnan kokemisessa seksuaalinen hyvinvointi tuo tasapainoa ja aikuinen elää arvojensa mukaisesti nauttien seksuaalisuudestaan ja ehkäisten omalta osaltaan esimerkiksi seksuaalista hyväksikäyttöä. Aikuinen myös tekee valintoja elämänmuodostaan, haluaako hän elää yksin vai parisuhteessa. Toista kunnioittava ja turvallinen parisuhde luo mahdollisuuden hellyyden tunteiden jakamiselle, intiimiydelle sekä itse ilmaisulle autonomisena ja seksuaalisena olentona. Kypsä aikuinen uskaltaa heittäytyä suhteeseen, jossa kumpikin voi olla oma itsensä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 101.)

4.1.2 Ikääntyvän seksuaalisuus

Ihminen on seksuaalinen olento läpi koko elämän ja seksuaalisuuden toteuttaminen onkin yksi ihmisen perusoikeuksista iästä riippumatta. Länsimaalaiset ihmiset elävät nykyään pidempään kuin koskaan aiemmin. Eläkkeelle jääetään terveempänä kuin ennen ja keskimääräinen elinikä on kaksinkertaistunut viimeisen sadan vuoden aikana. Ihmisten jäädessä yhä terveempinä eläkkeelle,

myös aktiivisia elinvuosia on odotettavissa yhä useammalle ennen vanhuutta. (Apter ym. 2006, 226; Seksuaaliterveysasema 2013.)

Biologisesti ihminen alkaa vanheta ja rappeutua jo 30 vuoden iässä, mutta tapahtuvat muutokset ovat alussa niin hitaita, että ne alkavat näkyä elintoiminoissa vasta paljon myöhemmin. Biologisen vanhenemisen näkymiseen vaikuttaa myös henkilön perimä sekä fyysinen ja psyykinen terveydentila. Vanhenemisella on vaikutusta myös ihmisen seksuaalisuuteen; iän myötä seksuaalisen kiihottumisen saavuttaminen saattaa vaikeutua ja kestää kauemmin. (Apter ym. 2006, 226–227; Seksuaaliterveysasema 2013.)

Naisilla hedelmällinen ikä päättyy keskimäärin 50-vuotiaana, jonka jälkeen elimistön toiminnat alkavat muuttua nopeammin. Vaihdevuosina naisten estrogeenituotanto laskee nopeasti aiheuttaen myös muutoksia välittäjäaineissa, jotka säätelevät seksuaalireaktioita. Myös mieshormonien tuotanto puolittuu naisilla vaihdevuosiin mennessä. Kaikilla vaihdevuosina tapahtuvilla muutoksilla on vaikutusta naisten seksuaalisuuteen, vaikka muutokset ovatkin hyvin yksilöllisiä. Vaihdevuosien ja niiden jälkeisiin seksuaalisuuden kokemuksiin ja reaktioihin vaikuttaa kokonaisuus henkilön seksuaalihistoriasta aina parisuhteen sen hetkiin tilanteisiin asti. (Apter ym. 2006, 227; Seksuaaliterveysasema 2013.)

Miehillä hormonaaliset muutokset alkavat tapahtua myöhemmin eivätkä ilmene niin jyrkästi kuin naisilla. Miehillä mieshormonipitoisuudet alkavat laskea hitaasti 40 ikävuodesta alkaen prosentoin vuosivauhdilla. Hormonitoiminnan väheneminen ja sairastavuuden lisääntyminen vaikuttavat miesten seksuaalisuuteen mm. erektiohäiriöiden lisääntymisen kautta. Ikääntyessä miesten vaste seksuaaliseen ärsykkeeseen muuttuu. Ikääntyessä erektion saavuttaminen hidastuu sekä erektio ja ejakulaatio vaativat voimakkaampaa ja pidempää stimulaatiota. Miesten hedelmällisyys saattaa jatkua hyvinkin pitkään, sillä sperman laatu heikkenee vähitellen. Laadun heikkenemisestä johtuen iäkkäiden miesten jälkeläisillä joidenkin sairauksien riski kasvaa. (Apter ym. 2006, 227; Seksuaaliterveysasema 2013.)

Seksuaalisuus ilmenee eri tavoin läpi elämän. Jotkut eivät juuri koe tarvetta ilmentää seksuaalisuuttaan koko elämänsä aikana, mutta elävät siitä huolimatta täyttä ja onnellista elämää. Toisilla taas seksuaalielämä jatkuu pitkälle vanhuuteen saakka terveydentilan niin salliessa. Osalla seksuaalisuus muuttuu muotoaan läheisyydeksi, hellyydeksi ja kumppanuudeksi ikääntymisen myötä. Ikäänntyneiden seksuaalisuuden muutokset voivat myös johtua ulkopuolisista syistä, kuten kumppanista, leskeksi jäämisestä, lääkityksistä tai omista tai kumppanin sairauksista. (Apter ym. 2006, 228; Seksuaaliterveysasema 2013.)

4.2 Seksuaalisuuden haasteet

Vanhanen (2003) on tutkinut sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta ja seksuaalisuutta. Vanhasen lääketieteellisessä lehdessä julkaisemassa artikkelissa on kattavasti kuvattu näiden potilaiden seksuaaliongelmia sairauksien eri vaiheissa. Hyvänä näkökantana seksuaalisuuteen toimii se, miten seksuaalisuus määritellään. Ihmisen oma käsitys seksuaalisuudesta vaikuttaa paljolti siihen, miten ja mitkä asiat hän kokee parisuhdetta uhkaaviksi seksuaaliongelmiksi. Akuutin sydäntapahtuman jälkeen seksuaalisen aktiivisuuden on todettu vähentyvän ja mikäli ihmisen käsitys seksuaalisuudesta on vahvasti yhdyntäpainotteinen, voivat tilapäisetkin erektio- tai haluttomuusongelmat haitata parisuhdetta. Mikäli akuutin sydäntapahtuman jälkeisenä seksuaalisuuden mittarina käytetään yhdyntäkertoja, laskee seksuaalisuus radikaalisti useilla ihmisillä. Arvioitaessa omaa seksuaalisuutta olisi hyvä huomioida omien halujen, hellyyden sekä tyytyväisyyden määrää. Seksuaalisuus on osittain myös kulttuurin säätelemää.

Miehillä erektio-ongelmat yleistyvät 50 ikävuoden jälkeen. Joka neljännen 60-vuotiaan arvellaan tarvitsevan lääkärin apua erektio-ongelmissa, mutta 70-vuotiaista jo 80 %:lla on jonkin muotoinen erektiohäiriö. (Seksuaaliterveysklinikka 2014.) Vanhasen vuonna 2003 julkaiseman artikkelin mukaan yli 70 % erektiohäiriöistä johtuu elimellisistä syistä. Nykykäsityksen mukaan yli 50 -vuotiailla miehillä verenkiertoperäiset syyt aiheuttavat 75 % erektio-ongelmista. Pelkääntään testosteronin puutteesta johtuvat erektio-ongelmat ovat harvinaisia, vaikka

testosteronin puute onkin usein mukana lisäämässä ongelmaa. Myös erilaisiin eturauhasen ongelmiin voi liittyä erektio-ongelmaa. Psykologiset syyt ovat useasti mukana lisäämässä ongelmaa, mutta puhtaasti tästä syystä erektio-ongelmaa ilmenee n. 10–20 %:lla.

Sydäninfarktilla tai rintakivuilla saattaa olla pitkäkestoisiakin vaikutuksia potilaan seksuaalisuuteen. Potilas saattaa pelätä rakastelun aiheuttavan hänelle uuden sydäninfarktin tai rintakipukohtauksen. Pelko sydäntapahtumista saattaa potilaan itsensä lisäksi tulla myös hänen puolisoiltaan. Potilaalla saattaa myös olla pelkoja sydänlääkkeiden aiheuttamista erektio-ongelmista. Potilaan ja hänen kumppaninsa pelkoja voidaankin lievittää asiallisella neuvonnalla. (Apter ym. 2006, 291; Steinke ym. 2013, 2-3.)

Yleinen ohje seksuaalielämän uudelleen aloittamiselle sydäntapahtuman jälkeen on, että potilaan kyetessä kivutta ja hengästymättä nousemaan kaksi kerrosta portaita, ei estettä yhdynnälle ole. Potilaan pelkoa saattaa lievittää tieto fyysisestä jaksamisesta. Mikäli potilas kykenee nousemaan portaat, mutta on edelleen epävarma yhdynnästä, kannattaa hänen kokeilla seksuaalista toimintakykyään masturboimalla. (Apter ym. 2006, 291.)

4.3 Elämäntapojen vaikutus seksuaalisuuteen

Elämäntavoilla on suuri merkitys erektiohäiriöiden synnyssä ja hoidossa. Ylipaino, tupakointi, alkoholin suurkulutus sekä huono fyysinen kunto heikentävät potentssia. Pelkästään tupakointi lisää erektiohäiriön riskiä 2-3 -kertaiseksi verrattuna tupakoimattomiin. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen ääreisverenkierto voi kuukausien päästä palautua normaaliksi, mikä vaikuttaa erektion syntyyn edullisesti. Alkoholin suurkuluttajille voi vuosien kuluessa muodostua hermovaurioita ja testosteronin määrä vähentyä. Tämä heikentää halukkuutta ja potentssia. Huono fyysinen kunto ja stressi heikentävät potentssia huomattavasti. (Vanhanen 2003, 220–234; Terveyskirjasto 2013a.)

4.3.1 Ylipaino ja sen vaikutus seksuaalisuuteen

Suurin yksittäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksille on keskivartalolihavuus. Ylipaino altistaa myös diabetekselle. Lisäksi ylipaino rasittaa niveliä sekä luustoa. Pysyviä tuloksia painonhallinnassa saadaan aikaiseksi muuttamalla sekä ruokailu- että liikuntatottumuksia. Jo 5-10 % painonpudotus vaikuttaa suotuisasti rasva- ja sokeriaineenvaihduntaan sekä verenpaineeseen. (Mäkijärvi ym. 2008, 85–88.)

Seksuaalisuuteen ylipaino vaikuttaa sekä suorasti että epäsuorasti. Suoraan ylipaino vaikuttaa vähentäen ihmisen kokemusta seksuaalisuuden tunteista sekä rajoittaen fyysisesti toimimista, joka saattaa estää tai lyhentää yhdynnän kestoa. Ylipaino kuormittaa lantion alueen verenkiertoa rajoittaen sitä myös sukupuolielimissä sekä aiheuttaen hormonaalisia muutoksia. Ylipaino myös rajoittaa käytettäviä yhdyntäasentoja. Seksuaalisuudesta puhuttaessa tulee muistaa, ettei kyse ole kuitenkaan pelkästä yhdynnästä, vaan seksuaalisuus sisältää myös hellyyden ja läheisyyden, joilla ei ole painon kanssa mitään tekemistä. (Mäkijärvi ym. 2008, 85–88.)

4.3.2 Liikunta ja seksuaalisuus

Liikunta saa erittymään hyvän olon hormoneja eli endorfiineja kehossamme ja virkistää mieltä. Liikunta parantaa minäkuvaa ja lisää uskoa omaan viehätysvoimaan. Erilaiset liikuntamuodot kuten, aerobinen liikunta lisäävät fyysistä kestävyyttä myös lakanoiden välissä. Liikunnan on todettu ehkäisevän miesten erektio-ongelmia puolella verrattaessa miehiin, jotka eivät liiku. Liikunnan hyötyinä on myös painon putoaminen, mikä edesauttaa parantamaan minäkuvaa sekä vähentämään rasvan määrää kehossa. Naisilla liikunta lisää seksuaalista kiihottumista muiden asioiden lisäksi. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 87–90.)

4.3.3 Tupakointi ja seksuaalisuus

Tupakointi heikentää verenkiertoa myös sukupuolielinten alueella. Tupakointi supistaa verisuonia myös peniksessä. Näin ollen erektion saavuttaminen voi hankaloitua. Tupakointi laskee miehillä siittiöiden määrää ja heikentää niiden laatua. Tupakointi hidastaa naisen kiihottumista ja vähentää orgasminsaantokykyä. Tupakointi heikentää hedelmällisyyttä molemmilla sukupuolilla sekä lisää 35 % lapsettomuuden riskiä. Suurtupakoitsijoiden impotenssiongelma 80 % on tupakan aiheuttamaa. Lisäksi harva nauttii tupakan mausta tai hajusta. Tupakan haju on voimakas ja useasti tupakoitsijat eivät itse huomaa sitä. Tämä voi johtaa kumppanin seksuaaliseen haluttomuuteen. (Päihdelinkki 2007b.)

4.3.4 Alkoholi ja seksuaalisuus

Pieninä määrinä alkoholilla on rentouttava vaikutus niin kehoon kuin mieleenkin. Alkoholi voi toimia tunnelman luojana romanttisiin hetkiin ja saada tavallisenkin päivän tuntumaan juhlalta. Pieni annos alkoholia saattaa myös vähentää estoja ja innostaa seksuaaliseen aktiivisuuteen. (Mäkijärvi ym. 2008, 107–109; Heiskanen ym. 2005, 74–76.)

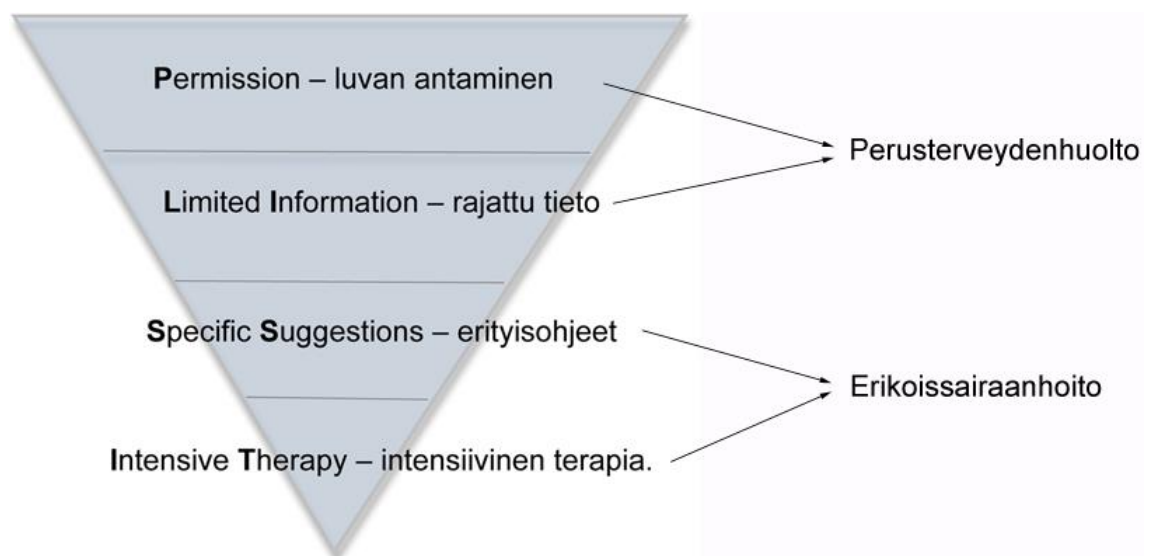
Alkoholin kerta-annosten noustessa hermoston toiminta hidastuu. Humalassa seksuaalinen suorituskyky heikkenee ja orgasmin saaminen vaikeutuu, vaikka itse akti onnistuisikin. Kiihottuminen saattaa myös vaikeutua, vaikka halukkuus lisääntyisikin. Alkoholi häiritsee oksitosiinin ja vasopressiinin tuotantoa, minkä vuoksi ihotunto laskee ja orgasmin saaminen vaikeutuu huomattavasti. Humalassa miehillä voi halukkuudesta huolimatta olla ongelmia erektion saavuttamisessa ja siemensyöksy saattaa hidastua. Lisäksi yli kahden ravintola annoksen jälkeen testosteroni taso alkaa laskea. Naisilla alkoholi puolestaan lisää testosteronin määrää ja lisää seksuaalista innokkuutta. Pitkäaikainen ja runsas alkoholinkäyttö altistaa miehiä hedelmättömyydelle, kivesten surkastumiselle sekä gynekomastialle eli rintojen kehittymiselle. (Apter ym. 2006, 328–329; Heiskanen ym. 2005, 74–76; Päihdelinkki 2007a.)

5 PUHEEKSI OTTAMINEN JA PUHEEKSI OTTAMISEN MALLIT

Puheeksi ottaminen on havaitun ongelman tai huolen kertomista ollen tätä kautta ehdotus keskustelulle. Puheeksi ottaminen on tapa keskustella arasta tai hankalasta aiheesta toista loukkaamatta. Varhainen puheeksi ottaminen auttaa ongelman tai huolen ratkaisussa parhaiten. Puheeksi ottamisen tueksi on laadittu erilaisia malleja, joiden avulla ammattihenkilöstö voi hahmottaa potilaan tarvitsemaa neuvonnan ja ohjauksen tarvetta. (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2009, 3, 7.)

5.1 PLISSIT -malli

Vuonna 1976 Jack Annon laati seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja – terapian tasojen hahmottamiseen käsitteellisen PLISSIT -mallin. PLISSIT -mallin avulla hoitaja pystyy arvioimaan potilaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan tai terapian tasoa sekä käytettäviä neuvonta- ja hoitomenetelmiä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51–53; Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri 2009, 7.)



Kuva 2. PLISSIT -malli. (mukaillen) Korteniemi-Poikela 2010.

PLISSIT -malli rakentuu neljästä tasosta, jotka kuvaavat erilaisia lähestymistapoja käsiteltäessä seksuaalisuutta ja sen ongelmia. Luvan antaminen tarkoittaa myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja sen eri ilmenemismuotoihin. Potilasta kannustetaan ja tuetaan tuomaan esille huolenaiheitaan liittyen seksuaalisiin ajatuksiin, fantasioihin, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Potilaalle luvan antaminen merkitsee, että hänen ajatuksensa, tunteensa ja tarpeensa ovat sallittuja ja tavallisia. Luvan antaminen on siis monien asioiden ja ilmiöiden normalisointia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 54–55; Apter ym. 2006, 45–49, 53.)

Ensimmäisellä tasolla potilasta kannustetaan ja tuetaan ottamaan esille huolenaiheitaan liittyen seksuaalisiin ajatuksiin, fantasioihin, tunteisiin sekä käyttäytymiseen. Potilas tulisi nähdä ja kohdata positiivisin mielin seksuaalisena olentona ja hänelle tulisi kertoa seksuaalisuutensa olevan normaalia, mikäli kyse ei ole väkivallasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51–52; Apter ym. 2006, 45–49.)

Toisella tasolla potilaalle annetaan rajattua tietoa aiheesta, josta sitä näyttäisi puuttuvan, kuten lääkityksen tai sairauden aiheuttamasta haitasta seksuaalisuuden ilmaisuun. Kolmannella tasolla potilaalle annetaan erilaisia käytännön ohjeita, tarjotaan lyhytterapeuttista interventiota, toteutetaan seksuaalineuvontaa tai -terapiaa. Neljännellä tasolla seksuaalisuuden ongelmia ratkotaan pitkäkestoisella intensiivisellä terapialla. Sairaanhoitaja toteuttaa seksuaaliohjausta kahdella ensimmäisellä tasolla, seksuaalineuvoja lähinnä kolmannella tasolla ja erikoislääkärit, seksuaali- ja psykoterapeutit neljännellä tasolla. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 52; Apter ym. 2006, 45–49.)

5.2 BETTER -malli

BETTER -malli on kehitetty vuonna 2004 syöpää sairastavia potilaita hoitavien työntekijöiden avuksi potilaiden seksuaalisuuden arvioimisessa. Mallin ovat kehittäneet Mick, Hughes ja Cohen. BETTER -mallin tasoja ovat (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 8.)

Bring up the topic – Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen.

Explain – Esitä huoli potilaan elämänlaatuun ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja osoita, että potilas voi puhua kaikista mahdollisista huolenaiheistaan.

Tell – Tieto asianmukaisten resurssien hankkimisesta potilaan huolenaiheiden käsittelyyn.

Timing – Ajoituksen huomioon ottaminen seksuaalisuusasioissa.

Educate – Potilasohjaus tämän sairaudesta ja sen vaikutuksista hänen seksuaaliterveyteensä.

Record – Asianmukainen kirjaaminen potilastietojärjestelmään.

BETTER -mallissa sairaanhoitaja aloittaa keskustelun seksuaalisuudesta potilaan kanssa. On tärkeää, että potilas tuntee olevansa hyväksytty ja saavansa ottaa seksuaalisuuteen liittyvät huolenaiheensa puheeksi. Mikäli sairaanhoitaja kokee, että potilaan huoli ylittää hänen omat resurssinsa, on tärkeää tuoda potilaalle tieto asianmukaisten resurssien hankkimisesta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 8.)

Seksuaalisuuteen liittyvät asiat koetaan helposti hyvin henkilökohtaisiksi eikä potilas välttämättä ole valmis heti keskustelemaan niistä sairaanhoitajan kanssa. Tällöin on tärkeää huomioida ajoituksen tärkeys ja kunnioittaa potilasta kertomalla hänelle, että seksuaalisioista voidaan keskustella, kun potilas on itse siihen valmis. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 8.)

Potilaan tuotua huolenaiheensa julki, tulee hänelle etsiä kohdennettua tietoa koskien juuri hänen tilannettaan. Huolenaihe saattaa liittyä sairauteen, leikkaukseen, tutkimuksiin tai lääkityksen seksuaalisuuteen aiheuttamiin vaikutuksiin. Potilasohjauksen jälkeen on tärkeää kirjata keskustelussa nousseet huolenaiheet asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. (Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2009, 8.)

5.3 Puheeksi ottamisen haasteet

Puheeksi ottamisen haasteita hoitohenkilökunnan keskuudessa on tutkittu paljon. Puheeksi ottamisen haasteilla tarkoitetaan ongelmakohtia, jotka rajoittavat tai estävät seksuaalisuuden puheeksi ottamisen toteutumista. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisella on positiivinen merkitys kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. (Steinke ym. 2013, 2; Hoekstra ym. 2012, 495.)

Terveystieteiden ammattilaiset joutuvat tasapainoilemaan herkän aiheen, omien tietojensa sekä mukavuusalueensa välillä. Hoitajat joutuvat myös ottamaan huomioon koulutuksen tarpeensa sekä tukemaan potilasta, kun puhutaan hänen seksuaalielämänsä uudelleen aloittamisesta. Tutkimuksissa on todettu, että hoitajien oma suhtautuminen seksuaalisuuteen usein määrittää sen, otetaanko seksuaalisuus asioita yleensäkin puheeksi potilaiden kanssa. Hoitajien avoin suhtautuminen seksuaalisuuteen helpottaa aiheesta puhumista. (Steinke ym. 2013, 3; Hoekstra ym. 2012, 495; Byrne ym. 2010, 4.)

Puheeksi ottamisen haasteet voidaan jakaa kahteen pääryhmään, sairaanhoitajasta lähtöisin oleviin haasteisiin, kuten tietämyksen puute, olettamus seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tungettelevuudesta tai luulo, ettei potilas halua informaatiota, potilaan ikä sekä vähäinen halukkuus puhua seksuaaliasioista sekä organisaatiosta johtuvia haasteita, kuten yleisten toimintaohjeiden puutos, hoitajan ajankäytön organisointi, työn raskaus sekä ajan puute. Kulttuuritaustasta ja kielestä johtuvat haasteet saattavat estää arkaluonteisen keskustelun. Potilaat taas kokevat seksuaalisuudesta puhumisen suurimmaksi haasteeksi häveliäisyyden aiheutta kohtaan. Olettamukset, stereotyyppiset katsontakannat sekä hoitohenkilökunnan tuomitsevat asenteet saattavat tahattomasti estää seksuaaliviestintää. (Byrne ym. 2010, 3-5; Hoekstra ym. 2012, 495–497; Steinke ym. 2013, 2.)

6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Hyvän opinnäytetyöaiheen idea nousee koulutusohjelman opinnoista ja luo mahdollisuuksia työelämän yhteyksille. Opinnäytetyö, joka pohjautuu työelämästä nousseeseen tarpeeseen, tukee myös opinnäytetyön tekijöiden ammatillista kasvua. Opinnäytetyöprosessi saattaa parhaassa tapauksessa toimia siltena ammatilliseen kasvuun, työsuunnitteluun sekä työllistymiseen. Tällaisen opinnäytetyön eduksi voidaan myös laskea mahdollisuus tarkastella tietoja ja taitoja sen hetkiseen työelämään ja sen tarpeisiin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17.)

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on aina kehittää jotakin ammatillista toimintaa tai tuottaa jokin konkreettinen tuote, kuten esimerkiksi opas. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöille on tärkeää pystyä yhdistämään käytännön toteutus ja sen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnissa on keskeistä, että se toimii opiskelijan ammatillisen tiedon, taidon ja sivistyksen näytteenä konkreettisesta tuotoksesta tai toiminnasta, jota opiskelija on kehittänyt. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9; Vilkkä 2006, 76–77.)

Opinnäytetyön ensisijaisia kriteereitä ovat asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys, käytettävyys kohderyhmässä ja – ympäristössä sekä johdonmukaisuus. Lähdekritiikki on erityisessä asemassa ohjeistusten, oppaiden, käsikirjojen sekä tietopakettien kohdalla. Opinnäytetyössä tulee siis miettiä, mistä tiedot ohjeistuksiin ja oppaisiin on hankittu sekä kuinka tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.)

Opinnäytetyön toteutumistapa koostuu omien resurssien, toimeksiantajien toiveista, kohderyhmän tarpeista sekä oppilaitoksen opinnäytetöitä koskevista vaatimuksista. Kirjallisuuskatsaus toimii toiminnallisen opinnäytetyön perustana kertoen, mitä aiheesta on jo tutkittu. Vasta syvällisempi selvitys aiheesta kertoo,

minkälaista tietoa opinnäytetyön tekijät tarvitsevat toiminnallisen opinnäytetyön laatimisen tueksi, kuinka tämä tieto auttaa opinnäytetyön onnistumisessa ja mistä tai keneltä tämä tieto olisi saatavissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–57.)

6.1 Laadullinen tiedonkeruumenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmätyyppi, jossa pyritään ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tiedonkeruumenetelmä tulee kyseeseen, kun halutaan ymmärtää millaiset uskomukset, halut, ihanteet ja käsitykset ihmisten toiminnan taustalla vaikuttavat. Laadullinen tutkimusmenetelmä tulee kyseeseen myös, kun halutaan toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin pohjautuvaa ideaa. Kysymykset tulisi muotoilla muotoon mitä, miten tai miksi, jotta vastaajan olisi helpompi kuvailla ja selittää ajatuksiaan ja näkemyksiään. Laadullisessa tutkimuksessa käytettävä haastattelulomake on rakenteeltaan strukturoitu ja siinä kaikilta haastateltavilta kysytään samassa järjestyksessä ja muodossa avoimia kysymyksiä. (Vilka & Airaksinen 2003, 63; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 49–50.)

Kerätessä tietoa laadulliseen tutkimukseen, käytetään yksilö- tai teemahaastattelua. Toiminnallisen opinnäytetyön tueksi tarvittavan tiedon määrittelee valitun haastattelutavan. Usein tämäntyyppisissä opinnäytetöissä riittää suuntaa antava tieto, jolloin haastattelujen puhtaaksikirjoittaminen ja litterointi eivät ole yhtä välttämätöntä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää haastatteluista saatu tieto teoretietoon niin, että se palvelee kohderyhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 63–64.)

6.2 Hyvä opas

Hyvä opas muotoillaan ulkoasultaan ja julkaisumuodoltaan niin, että se palvelee parhaiten kohderyhmän tarpeita. Ulkoasua suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon sen yksilöllisyys ja persoonallisuus, jotta opas erottuisi ulkoasullisesti eduk-

seen. Ulkoasussa olisi hyvä miettiä oppaan kokoa, tekstin muotoilua ja kokoa, kustannuksia sekä tekstin luettavuutta. Hyvässä oppaassa teksti on selkeää ja johdonmukaista sekä asiasisältö on informatiivista ja soveltuu oppaan kohde-ryhmälle. Otsikot kertovat mitä opas sisältää ja ne selkeyttävät lukemista. Kuvien käyttö oppaassa tukee ja elävöittää tekstiä. Nämä edellä mainitut asiat motivoivat lukijaa jatkamaan lukemista. Opinnäytetyötä kirjoitettaessa tulee jo kiinnittää huomiota lähdekriittisyyteen, luotettavuuteen ja asiasisällön oikeellisuuteen, jotta tuotettava opas perustuu uusimpaan tutkittuun tietoon. (Vilkka & Airaksinen 2003, 51–56; Hyvärinen 2006, 1769–1773; Alasilta 1999, 75–77.)

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö sai alkunsa TYKS:n Sydänkeskuksesta, jossa koettiin tarvetta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tuelle. Sydänkeskuksen tarve opinnäytetyölle pohjautuu Suomessa vuosina 2007–2011 laadittuun ensimmäiseen kansalliseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan. Toimintaohjelman tavoitteena on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä väestön sekä pariskuntien ja yksilöiden kohdalla ja se antaa suuntaa lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyölle. Toimintaohjelma sisältää 14 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja suunniteltu toimenpiteet. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2007.)

Opinnäytetyö aihetta ideoidessa päädyttiin toteuttamaan opas sydänpotilaan seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Toteutustavan varmistuttua opinnäytetyön muodoksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisena osuutena opinnäytetyössä toimi arviointilomakkeen ja oppaan laatiminen. Laadullinen tiedonkeruumenetelmä valittiin, koska tutkittiin uutta asiaa. Opinnäytetyön toteuttaminen kulki Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti kattavan kirjallisuuskatsauksen, suunnitteluvaiheen ja toteutuksen kautta valmiin opinnäytetyön raportointiin. Kirjallisuuskatsauksen aikana tutustuimme, mitä aiheestamme on jo tutkittu ja millä tavoin. Kirjallisuuskatsaus ohjasi teoreettisen viitekehyksen syntyä ja siinä tehtäviä rajauksia. Tutkimusluvan saamiseksi laadimme TYKS:n Sydänkeskukseen tarkan suunnitelman opinnäytetyöstämme. Sydänkeskuksen ylihoitajan pyynnöstä perustelimme arviointilomakkeen ensimmäisen kysymyksen tarpeellisuutta laajemmin. Ylihoitajan hyväksytyä perustelumme saimme tutkimusluvan opinnäytetyöllemme.

Laaditun arviointilomakkeen (Liite 1.) tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien tiedontarvetta sekä kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Arviointilomakkeella saadut vastaukset toimivat pohjana oppaan sisällön kohdentamisessa. Arviointilomake sisälsi kolme avointa kysymystä.

TYKS:n sydänkeskuksen (vuodeosasto, sydänvalvonta, poliklinikka) osastonhoitajiin oltiin yhteydessä ja heidän kanssaan sovittiin päivät, jolloin opinnäytetyön aihe, tavoitteet ja tarkoitus esiteltiin. Läsä olleista sairaanhoitajista vapaaehtoiset vastasivat arviointilomakkeeseen. Arviointilomakkeen täyttäjää varten luotiin vastauskriteerit. Kriteerien tarkoituksena oli varmistaa, että vastaaja on ammatiltaan sairaanhoitaja ja työkokemusta on ehtinyt kertyä vähintään vuoden verran, jotta seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on tullut tutuksi työssä. Kriteerinä oli myös, että vastaaja työskentelee TYKS:n Sydänkeskuksessa, jonne opinnäytetyö kohdistuu. Osastojen sairaanhoitajilla oli kolme viikkoa aikaa täyttää lomake, jonka he palauttivat osastolle jätettyyn kirjekuoreen.

Saatuamme arviointilomakkeet Sydänkeskuksesta aloitimme sisällönanalyysin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston järjestämistä ja kuvaamista. Sisällönanalyysissä aineisto ikään kuin hajotetaan osiin ja käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135.) Induktiivinen analyysi tarkoittaa aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa aineisto pelkistetään niin, että olennainen sisältö säilyy ja tämän jälkeen aineisto jaetaan kategorioihin. Kategoriat nimetään niin, että nimi kuvaa mahdollisimman hyvin kategorian sisältöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 224–225; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–51, 135–137.)

7.1 Arviointilomakkeen avulla saadut vastaukset

Arviointilomakkeesta saadut vastaukset toimivat pohjana oppaan laatimiselle. Tavoitteena oli saada viisi vastaajaa Sydänkeskuksen kultakin osastolta eli yhteensä 15 vastausta. Kokonaisvastausprosentti oli 60 %, eli yhdeksän vastausta. Eri osastojen kesken vastaukset jakautuivat seuraavasti: sydänvalvonta 5, sydänpoliklinikka 2 ja sydänvuodeosasto 2. Arviointilomakkeeseen jätti vastamatta kuusi sairaanhoitajaa. Vastausprosenttiin vaikutti positiivisesti osastonhoitajan aktiivisuus vastausaikataulussa pysymisessä. Työpiste Sydänkeskuksessa tai työkokemuksen määrä ei vaikuttanut eroavasti vastanneiden sairaanhoi-

tajien tiedontarpeeseen tai kokemuksiin seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Vastaukset olivat melko samansuuntaisia.

Vastaukset käytiin läpi useaan otteeseen ja kategorisoitiin selkeisiin luokkiin kysymyskohtaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135–137). Arviointilomakkeen ensimmäisen kysymyksen tarkoitus oli kartoittaa, miten hoitaja itse kuvailee seksuaalisuutta ja mitä hän pitää siinä tärkeänä. Sairaanhoidajat kokivat seksuaalisuuden olevan osa ihmisyyttä, yhdyntää, hellyyttä ja läheisyyttä, masturbaatiota, arvostusta sekä osa minäkuva. Hoitajan oma käsitys seksuaalisuudesta vaikuttaa siihen, otetaanko seksuaalisuus puheeksi. Hoitajan kykyyn keskustella seksuaalisuudesta vaikuttavat hänen omat käsityksensä asiasta. Seksuaalisuudesta voidaan keskustella vain siihen saakka kuin aiheita on itse käsitelty. (Byrne ym. 2010, 2; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 7.)

Hellyys ja läheisyys koettiin vahvimaksi osaksi seksuaalisuutta ja se löytyi jokaisesta ensimmäisen kysymyksen vastauksista. Yhdyntä oli toiseksi vahvin osa-alue. Yhdyntä kategoria piti sisällään aktin sekä orgasmin hakemisen ja saavuttamisen ilman aktia. Seksuaalisuus on vastausten pohjalta myös osa ihmisyyttä, siis osa naiseutta ja miehisyyttä. Minäkuva ja arvostus sekä itseään että kumppania kohtaan koettiin yhtä vahvana osana seksuaalisuutta. Vastauksissa masturbaation koettiin vähiten olevan osa seksuaalisuutta.

Arviointilomakkeen toisen kysymyksen tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemaa tiedontarvetta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi. Eniten tietoa kaivattiin sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen, apua seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen potilaan kanssa sekä kirurgisen potilaan kuntoutumisen vaiheista seksuaalisuuden näkökulmasta. Vahvana oli myös tiedontarve sydänlääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä yleistä tietoa seksuaalisuudesta. Yksi vastaajista ei kokenut minkäänlaista tiedontarvetta.

Arviointilomakkeen kolmas kysymys käsitteli sairaanhoitajien kokemuksia seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Suurin osa vastaajista kertoi omaavansa ainoastaan vähäistä kokemusta seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta ja pu-

heeksi ottamiseen vaikutti suuresti potilaan oma aktiivisuus. Vastaajia, jotka kertoivat puhuvansa paljon seksuaalisuudesta potilaan kanssa ja jotka jättivät seksuaalisuuden kokonaan ottamatta puheeksi, oli yhtä paljon. Syitä seksuaalisuuden vähäiselle puheeksi ottamiselle tai kokonaan seksuaalisuuden pois jättämiselle keskustelusta olivat: sairaanhoitajat kokivat aiheen tungettelevaksi ja omat tietonsa puutteelliseksi. Myös potilaan korkea ikä koettiin perusteeksi jättää seksuaalisuus asiat puhumatta, sillä ajateltiin, etteivät iäkkäät potilaat ole kiinnostuneita seksuaalisuudesta.

Arviointilomakkeella saadut vastaukset tukevat positiivisesti jo aiemmin tutkittua tietoa. Seksuaalisuuden ulottuvuudet – kuvassa (Kuva 1.) Ryttyläinen & Valkama (2010) ovat jaotelleet ulottuvuudet biologiseen, sosiokulttuuriseen, sekä psykologiseen ulottuvuuteen. Arviointilomakkeiden vastauksissa oli selkeästi havaittavissa samankaltaisia asioita, joita eri ulottuvuudet pitävät sisällään. Tämä jaottelu ei olisi kuitenkaan täysin palvellut opinnäytetyömme tarkoitusta. Arviointilomakkeiden vastauksissa ei ollut selkeästi havaittavissa sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen sopivia asioita.

Useissa lähteissä on kerrottu seksuaalisuuden puheeksi ottamisen olevan hankalaa, sillä aihe koetaan helposti yksityisyyttä loukkaavana ja tungettelevana. Sairaanhoitajat kokivat luontevammaksi puhua seksuaalisuudesta potilaan ottaessa asian puheeksi, mutta tutkimukset osoittavat potilaiden toivovan seksuaalisuuden olevan luonteva osa potilasohjausta ja aloitteen tulevan terveydenhuollon ammattihenkilöltä. (Steinke ym. 2013, 3; Hoekstra ym. 2012, 495; Byrne ym. 2010, 4.)

Puheeksi ottaminen on tärkeä osa potilasohjausta, sillä sen pois jättäminen voi aiheuttaa potilaille harhaluulon, ettei heidän seksuaalisille huolenaiheilleen ole mitään tehtävissä. Kehittämällä puheeksi ottamista ja viemällä asiaa eteenpäin, seksuaaliohjaus voidaan tuoda osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. (Byrne ym. 2010, 6.)

7.2 Opas

Oppaan laatimisessa selvitimme hyvän oppaan kriteereitä ja näiden pohjalta hahmottelimme oppaan ulkoasun ja sisällön. Oppaan tekeminen aloitettiin suunnitteleamalla sen asiasisältöä. Sisältö muodostui arviointilomakkeiden perusteella niihin asioihin, joista vastanneet sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa sekä tavoitteiden mukaisesti seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Oppaan sisältö mukailee opinnäytetyön sisältöä. Selventääksemme puheeksi ottamisen malleja, kokosimme PLISSIT- ja BETTER -malleista yhteenvedon oppaaseen. Tehty yhteenvedo mukailee molempien puheeksi ottamisen malleja pääkohdittain. Lisäsimme keskustelua avaavia kysymyksiä sekä keskustelussa huomioitavia asioita, kuten oikean ajan ja paikan valitsemisen keskustelulle. Opas tulee terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Ammattihenkilöillä on koulutuksensa puolesta tietoa aiheesta, jonka vuoksi opas painottuu asiantietoon. Tärkeäksi koettiin saada oppaasta tiedollisesti laaja, mutta sivumäärällisesti napakka, jotta sitä olisi helppo käyttää työnteon tukena. Oppaan laajuudeksi muodostui näin kannesta kanteen 22 sivua.

Asiasisällön selvittyä ryhdyttiin hahmottelemaan oppaan ulkoasua. Ulkoasulla haluttiin korostaa yksilöllisyyttä, selkeyttä ja työn luettavuutta. Opasta varten luodut humoristiset kuvat antavat kevyemmän lähestymistavan arkaan aiheeseen. Kuvat koettiin tärkeäksi, koska ne ilmentävät lukemista ja johdattelevat tulevaan aiheeseen. Oppaan kooksi valikoitui A5, joka on tulostettuna mahdollista ottaa taskuun mukaan, muttei liian pieni, jotta tekstiä olisi vaikea lukea. Värimaailman tarkoitus oli tuoda esille otsikot ja elävöittää opasta. Oppaaseen valittiin kaksi pääväriä; pinkki ja harmaa, jotta lopputulos olisi tyylikäs. Valitsimme pinkin tehostamaan otsikoiden erottuvuutta sekä kiinnittämään lukijan huomion oppaan pääkohtiin. Harmaan valitsimme tasapainottamaan ja rauhoittamaan pinkin räväkkyyttä. Opas sydänpotilaan seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi palvelee kohderyhmää parhaiten PDF – muodossa, kustannus- ja päivityssyistä. Opas ladattiin Sydänkeskuksen yhteistietokantaan, josta opas on helposti sairaanhoitajien luettavissa ja tarpeen mukaan tulostettavissa.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudenarviointi koostuu muutamasta osatekijästä; laadukkaasta tutkimusaineistosta, haastatteluaineiston luotettavuudesta, aineiston laadukkaasta analyysistä sekä luotettavasta raportista. Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus ei pyri yleistettävyyteen, mutta aineisto tulisi koota sieltä, missä tutkittava ilmiö on. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215–216; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83–85.) Opinnäytetyön aihe on lähtöisin TYKS:n Sydänkeskuksesta, joten oli luonnollista koota aineisto siellä työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Haastatteluaineiston luotettavuuteen pyrittiin vaikuttamaan laatimalla vastauskriteerit arviointilomakkeeseen vastaaville sairaanhoitajille. Vastaajia ei valittu ennalta, vaan vastaajat valikoituivat satunnaisesti paikalla olevista, arviointilomakkeeseen vapaaehtoisesti vastaavista sairaanhoitajista.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille tutkittavien henkilöiden näkemys tutkittavasta aiheesta, jonka vuoksi arviointilomakkeemme kysymykset oli jätetty avoimiksi eivätkä ne keskittyneet suppealle alueelle. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216–217; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85–86.) Arviointilomakkeeseen laadittiin kolme ydinkysymystä, jottei aineisto kasvaisi turhan laajaksi.

Analyysin luotettava analysointi vaatii tutkijalta käsitteellistä ajattelukykyä, luovuutta sekä valmiutta tarkastella asioita useasta eri näkökulmasta. Analyysivaiheessa aineistoa ei tulisi asettaa ennalta määritellyyn kehikkoon, vaan luokitukset tulisi löytyä aineistosta. Tutkijan tulee kirjata ja perustella luokitteluperusteensa analyysin luotettavuuden arvioimiseksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 218–220; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131–137.) Opinnäytetyöhön analysoitu aineisto oli hyvin yhdenmukaista. Emme käyttäneet valmiita luokituksia vaan annoimme materiaalin määrittää luokituksemme, näin ollen luokituksista tuli loogisia ja yhdenmukaisia. Opinnäytetyö aiheena oli kuvata seksuaalisuuden puheeksi ottamista yhdestä, sairaanhoitajan näkökulmasta,

joten tutkimuksessa olevat eri näkökulmat perustavat arviointilomakkeiden vastauksiin ja niistä nousseisiin asioihin.

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöä sekä tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Otamme vastuun työstämme ja kunnioitamme muiden tutkijoiden saavutuksia asianmukaisin viittauksin. Plagiointia tulee karttaa ja aina pyrkiä rehellisyyteen. Lupa-asiat hoidettiin asianmukaisella tavalla kuntoon ja opinnäytetyölle saatiin lupa Sydänkeskuksen ylihoitajalta. Opinnäytetyö tehtiin kunnioittaen lakia lääketieteellisestä tutkimuksesta. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999; Hirsjärvi ym. 2009, 24–28; Kuula 2012, 34–39.) Tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia tiedotettiin suullisesti osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta (Kuula 2012, 119–121). Tutkimukseen osallistuville kerrottiin myös tutkimuksen hyödyt ja mahdolliset haitat, joita opinnäytetyöstä saattoi koitua. Seksuaalisuudesta kysyminen koetaan usein eettisesti hankalaksi. Eettisyys huomioitiin erityisesti niin, että arviointilomakkeeseen vastattiin nimettöminä, vapaaehtoisesti ja ne käsiteltiin luottamuksellisesti. Eettisyys huomioitiin keskittymällä vain yleisiin käsityksiin ja kokemuksiin seksuaalisuudesta sekä sen puheeksi ottamisesta eikä yksittäisen sairaanhoitajan kokemuksiin. (Thompson ym. 2006, 120–124.) Arviointilomakkeet ovat olleet vain tutkijoiden käytössä ja ne tuhottiin polttamalla, kun niitä ei enää tarvittu. (Kuula 2012, 34–39, 87–93, 115–116; Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367–370.)

Oppaan luotettavuutta sekä eettisyyttä tukee se, että opas on asiakaslähtöinen. Oppaan sisältö koostuu Sydänkeskuksen sairaanhoitajilta saaduista vastauksista, mitä he toivoivat oppaan sisältävän. Oppaan luotettavuutta lisää laaja asiasisältö ja useat eri lähteet. Luotettavuutta lisää myös opasta varten luodut rajaukset, jotka tekevät oppaasta mahdollisimman selkeän lukea. Työn eettistä ajattelua ohjasivat sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Eettinen ajattelu näkyy opinnäytetyössä sekä oppaassa positiivisessa käsittelytavassa. Seksuaalisuus on kuvattu kehityksestä sen eri ilmentämisen muotojen läpi iäkkään seksuaalisuuteen.

Seksuaalisuutta on käsitelty avoimesti menemättä työmme kannalta liian yksityiskohtaisuuksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 166–173.)

Valmis opinnäytetyö raportoitiin Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Raportointiseminaarissa kerrottiin työn tekemisen eri vaiheet sekä perusteltiin työn rajauksia. Esityksen tukena käytettiin havainnollistavaa PowerPointiaesitystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 140–149.)

POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemaa tiedontarvetta koskien seksuaalisuuden puheeksi ottamista sydänpotilaan kanssa. Aineiston keruu toteutettiin laaditun arviointilomakkeen avulla. Lomakkeeseen vastattiin kirjallisesti itselle parhaiten sopivana ajankohtana opinnäytetyö aiheen esittelyn jälkeen. Tavoite oli saada yhteensä 15 vastausta Sydänkeskuksen eri osastoilta. Esittelytilaisuudessa olleet sairaanhoitajat ottivat aktiivisesti arviointilomakkeen täytettäväksi, mutta tästä huolimatta takaisin palautui vain 9 täytettyä lomaketta. Esimiehen tuki työlle näkyi olevan tärkeänä tekijänä alaisten vastausaktiivisuuteen. Mitä paremmin esimies muistutti alaisiaan opinnäytetyöstä, sitä paremmin alaiset vastasivat. Toteutustavassa jäimme pohtimaan olisiko perinteinen haastattelu tai ryhmähaastattelu tuottanut määrällisesti enemmän vastauksia sekä sitouttanut sairaanhoitajia aiheeseen paremmin. Vastaukset olivat kuitenkin kattavia näinkin suppealla otannalla.

Opinnäytetyössä olemme avanneet elämäntavat laajasti, sillä niiden merkitys on suuri sairauden ja seksuaalisuuden kannalta. Teoriatiedon tulee olla käytännönläheistä, jotta se auttaa sairaanhoitajaa seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Käytännönläheisyydellä tarkoitamme elämäntapoja, joihin potilas pystyy itse vaikuttamaan kuten alkoholinkäyttö tai tupakointi. Lääkehoidon ohjaus kuuluu pääasiassa lääkärille, mutta todellisuudessa sairaanhoitajat joutuvat myös tätä tietoa jakamaan. Tämän vuoksi koimme tärkeäksi huomioida myös oppaassa eritoten ne sydänlääkkeet, joilla on suoraan merkitystä seksuaalisuuteen.

Oppaan laatimisessa selvitimme hyvän oppaan kriteereitä ja näiden pohjalta hahmottelimme oppaan ulkoasua ja sisältöä. Oppaasta haluttiin toimiva työkalu seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle ja toimivuutta lisättiin asiakaslähtöisellä lähestymistavalla. Oppaan kattavan tietopohjan ansiosta sairaanhoitajat kykenevät antamaan hyvän perusohjauksen sydänpotilaan seksuaalisuuteen vaikuttavista asioista. Opinnäytetyössä käytetty laaja lähdemateriaali tuo luotettavuutta myös oppaalle, koska se mukaillee opinnäytetyön tekstiä. Opas on tarkoitettu

nimenomaan puheeksi ottamisen tueksi eikä seksuaalisuutta kokonaisvaltaisesti käsitteleväksi ohjeeksi.

Asetimme opinnäytetyön alussa itsellemme korkeat tavoitteet työn laajuudesta, aikataulutuksesta sekä lopullisen työn käytettävyydestä. Työssä onnistuimme tuomaan aiheemme positiivisessa valossa esille sekä käsittelemään seksuaalisuutta luontevana osana ihmistä. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyön asiasisällön laajuuteen, aikataulutuksen onnistumiseen sekä oppaan käytännönläheisyyteen. Oppaan tekemisessä onnistuimme saamaan halutun tiedon tiiviiseen pakettiin. Opas on selkeä ja helposti luettava. Värivalinnoilla onnistuimme tuomaan otsikot esiin sekä parantamaan luettavuutta. Oppaan kuvitus on yhdenmukainen ja tukee tekstiä.

Työn haasteeksi koimme teoriaosuuden laajuuden sekä aiheen rajaamisen selkeäksi kokonaisuudeksi. Halusimme opinnäytetyöstämme tiedollisesti kattavan, mutta helppolukuisen. Työmme teoriaosuutta kasvatti huomattavasti aiheemme kaksi suurta asiakokonaisuutta; seksuaalisuus sekä sydän- ja verisuonisairaudet ja niihin liittyvät asiat ja haasteet. Haastetta lisäsi Turun ammattikorkeakoulun ohjeistus valmiin opinnäytetyön sivumäärästä. Ohjeistuksessa ei oteta huomioon aiheen laajuutta, vaan suurikin aihekokonaisuus tulisi saada tiivistettyä pieneen sivumäärään.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille hyvin tieteellisen tutkimuksen prosessin. Aluksi opinnäytetyön eri vaiheet tuntuivat turhilta, mutta nyt opinnäytetyön prosessin edettyä on syntynyt ymmärrys eri vaiheiden tarpeellisuudesta. Ymmärryksemme sairaan ihmisen seksuaalisuuden huomioimisesta on kehittynyt opinnäytetyötä tehdessä. Työ on opettanut myös meille seksuaalisuuden puheeksi ottamista, sillä ennen työmme aloitusta emme tienneet seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malleista. Aiheemme on sen aran luonteensa vuoksi opettanut ammattieettistä ajattelua sekä kykyä huomioida seksuaalisuuden eri ilmentämistapoja ja kuinka tärkeää sen ilmaiseminen on.

Työmme näkökulma on sairaanhoitajan tiedontarpeessa ja sen parantamisessa, joten jatkotutkimusaihe voisi tutkia samaa asiaa potilasnäkökulmasta. Aiheem-

me on yleistettävissä myös TYKS:n Sydänkeskuksen ulkopuolella, joten olisikin mielenkiintoista tutkia oppaan käyttökelpoisuutta esimerkiksi työterveyslääkärin vastaanotolla. Työmme kannalta olisi myös kiinnostavaa tietää, onko opas ollut käytössä Sydänkeskuksessa, vastaako se heidän todellista tarvettaan sekä kuinka laajasti opasta voidaan eri ammattialoilla hyödyntää. Laatimamme opas on herättänyt kiinnostusta osana seksuaalisuuden opetusta.

LÄHTEET

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: SanomaPro Oy.

Alasilta, A. 1999. Näin kirjoitat tehokkaasti: Viestintäopas työelämän kirjoittajille. Helsinki: Infor viestintä Oy.

Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.

Byrne, M.; Doherty, S., McGee, H-M. & Murphy, A. 2010. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. Byrne et al. BMC Family Practice 2010. Viitattu 15.9.2013 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/40>

Hautala, T.; Ojalehto, M. & Saarinen, J. 2012. Työelämää kehittämässä: Ammattikoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Heiskanen, T.; Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2005. Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Hoekstra, T.; Lesman-Leegte, I., Couperus, M., Sanderman, R., & Jaarsma, T. 2012. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? Heart & Lung, 41(5), 492-499.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon. Duodecim, 121(16): 1769–1773. Viitattu 2.1.2014 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Högman, E. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Opetushallitus. Moniste 1/2006. Työryhmän raportti 16.12.2005. Viitattu 2.2.2014 www.edu.fi/download/47132_oppimateriaalin_laatukriteerit.pdf.

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

Kniivilä, S.; Lindblom-Ylänne, S. & Mäntynen, A. 2007. Tiede ja teksti: Tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen. Helsinki: WSOY.

Kontula, O. & Lottes, I. 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin – Lapsen ja nuoren seksuaalisuuden kehittyminen. Helsinki: WSOY.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 9.4.1999/488.

Lappalainen-Lehto R.; Romu M-L., Taskinen M. 2007. Haasteena päihde. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mäkijärvi, M.; Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.

Opetusministeriö 2007. Opinnäytetyön laadun tekijät ammattikorkeakoulussa. Suosituksia opinnäytetyötä ohjaaville. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Päihdelinkki. Alkoholi ja seksuaalisuus. 2007a. Viitattu 5.2.2014
<http://www.paihdelinkki.fi/potilas-ja-asiakasohjeet/seksuaalisuus-ja-alkoholi>

Päihdelinkki. Tupakka ja seksuaalisuus. 2007b. Viitattu 5.2.2014
<http://www.paihdelinkki.fi/potilas-ja-asiakasohjeet/seksuaalisuus-ja-tupakka>

Päihdelinkki. Miten alkoholia kannattaa käyttää. 2013. Viitattu 8.4.2014
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>

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

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Seksuaaliterveysasema. 2013. Seksuaalisuus ja ikääntyminen. Viitattu 8.4.2014
<https://moodle.amk.fi/mod/page/view.php?id=612>

Seksuaaliterveysklinikka.fi. 2014. Miesten seksuaalihäiriöt; erektiohäiriöt; yleisyys, syyt ja tutkiminen. Viitattu 7.1.2014
http://www.seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten_seksuaalihairiot/erektiohairiot/yleisyys_syyt_ja_tutkiminen

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Toimintaohjelma 2007–2011; Seksuaali- ja lisääntymisterveiden edistäminen. Helsinki: Yliopistopaino.

Steinke, E.; Jaarsma, T., Barnason, S., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C., Fridlund, B., Kautz, D., Mårtensson, J., Mosack, V & Moser, D. 2013. Sexual Counseling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners. European Heart Journal vol. 10.

Suomen Sydänliitto ry. 2010. Eteisvärinä-opas. Helsinki: Erweko Painotuote Oy.

Suomen Sydänliitto ry. 2014. Rytmihäiriöt. Viitattu 3.9.2013.
<http://www.sydanliitto.fi/rytmihairiot#.UyxVVNxPndo>

Suomen Sydänliitto ry. 2011a. Sepelvaltimotauti-opas. Helsinki: Kyriiri Oy.

Suomen Sydänliitto ry. 2011b. Sydämen vajaatoiminta-opas. Helsinki: Kyriiri Oy.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 24.10.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/sydan_ja_verisuonitaudit

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 10.2.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/sydan_ja_verisuonitaudit

Terveyskirjasto. 2013c. Aivoverenkiertohäiriöt. Viitattu 10.12.2013

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00006

Terveyskirjasto. 2014. Eteisvärinä (flimmi). Viitattu 12.1.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015&p_haku=eteisvärinä

Terveyskirjasto. 2009. Sepelvaltimotauti. Viitattu 25.9.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00004

Terveyskirjasto. 2013a. Sepelvaltimotauti. Viitattu 29.9.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077

Terveyskirjasto. 2013b. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 25.9.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084&p_haku=sydämen%20vajaatoiminta

Terveyskirjasto. 2012. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Viitattu 10.12.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007#s6

Thompson, I.; Melia, K., Boyd, K. & Horseburgh, D. 2006. Nursing ethics. 5. painos. Lontoo: Churchill Livingstone Elsevier.

Toljamo, M. & Vuorijärvi, A. (toim.) 2007. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö kehittämisen kohteena. Käytännön kokemuksia ja perusteltuja puheenvuoroja. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Vanhanen, H. 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet, Diabetes ja seksuaalisuus. Duodecim, 119(3): 229–234. Viitattu 24.9.2013 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93409.pdf>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2009. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa – perusteet. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Viitattu 21.9.2013 www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksiottaminen.pdf

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Virtanen, J. Kliininen seksologia. 2002. Helsinki: WSOY.

Väestöliitto. 2010. Psykiatriset sairaudet ja seksuaalisuus. Viitattu 5.2.2014
http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoaseksuaalisuudesta/aikuiset/ongelmia_haasteita_sairauksia/seksuaalisuus_seksi_ja_sairaudet/psykiatriset-sairaudet-ja-seksua/

World Health Organization | WHO. 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Viitattu 25.9.2013
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Zaret M.D.; Barry L. Subak-Sharpe M.S., Genell J. 2006. Heart care for life. New Haven, Connecticut, USA: Yale University Press.

Sydänpotilaan seksuaalisuus | Arviointilomake

Paananen & Salo

Turun Ammattikorkeakoulu

Syksy 2013

SYDÄNPOTILAAN SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSIOTTAMINEN

1. Mitä koet seksuaalisuuden olevan ja mitä siihen liittyy?

2. Minkälaista tietoa koet tarvitsevasi seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi?

3. Minkälaisia kokemuksia sinulla on seksuaaliasioiden puheeksi ottamisesta?

Taustatiedot:

Ammatti:

Työpiste sydänkeskuksessa:

Työvuodet sairaanhoitajana:

OPAS SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSI OTTAMISEN TUEKSI

Teksti ja ulkoasu:
Jenny Paananen & Sanna Salo ©

Kuvitus:
Daniel Paananen



SISÄLLYS

1 SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET 6

- Sepelvaltimotauti
- Sydämen vajaatoiminta
- Rytmihäiriöt

2 LÄÄKKEET 9

- Beetasalpaajat
- Kolesterolilääkkeet
- Rytmihäiriölääkkeet
- Nitraatit
- Diureetit

3 ELÄMÄNTAVAT 10

- Ravitsemus
- Liikunta
- Ylipaino
- Tupakka
- Alkoholi

4 SEKSUAALISUUS 14

- Aikuisen seksuaalisuus
- Ikääntyvän seksuaalisuus
- Seksuaalisuuden haasteet
 - Pelot

5 PUHEEKSI OTTAMINEN 18



Lukijalle

Tämä opas pohjautuu Sydänpotilaan seksuaalisuus -opinnäytetyöhön. Oppaan tarkoituksena on toimia sairaanhoitajan tukena seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa.

Opas on rakennettu niin, että alussa lukijalle tarjotaan perustietoa muutamasta sydän- ja verisuonisairaudesta sekä näiden sairauksien lääkehoidosta. Oppaan keskivaiheilla keskitytään seksuaalisuuteen ja siihen liittyviin asioihin. Loppuun on koottu PLISSIT- ja BETTER- malleista yhteenveto seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi.

Tämän kautta varmistamme, että lukija saa ymmärryksen aiheesta, pystyäkseen tarjoamaan potilasohjausta seksuaalisuudesta.

Mukavia lukuhetkiä!



Sydän- ja verisuonisairaudet

Suomessa sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat melkein puolet työikäisten kuolemista. Yhdessä ne muodostavat suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Kaikissa ikäluokissa vuonna 2010 oli sydäninfarkti ja sepelvaltimotautikoh-
tauksia yhteensä 22 055, joista miesten osuus oli hieman yli puolet. Sairauksien esiintyvyydessä on Suomessa eroja. Itä- ja Koillis-Suomessa sairauksien esiintymisen on puolitoista kertaa korkeampaa muuhun Suomeen verrattuna, etenkin sepelvaltimotaudin kohdalla.¹

Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti johtuu sepelvaltimoiden ahtautumisesta, jonka syynä on valtimon kovettumatauti eli ateroskleroosi. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, hyperkolesterolemia, diabetes, keskivartalolihavuus, runsas alkoholinkäyttö, ikä, sukupuoli, perimä ja hypertensio. Tavallisin sepelvaltimotaudin oire on rasituksessa tuntuva rintakipu ja ohimenevä hengenahdistus. Sepelvaltimotauti voi ilmetä myös suoraan sydäninfarktina.²

Stabiililla angina pectoriksella tarkoitetaan tilaa, jossa rintakipuja esiintyy rasituksessa ja nitroglyseriinilääkitys auttaa rintakipuun. Epästabiili angina pectoris on taas akuutti iskeeminen oireyhtymä, jossa potilailla on tiheästi toistuvia oireita ja pitkäkestoisia rintakipuja rasituksen ohella myös levossa. Lepotilassa esiintyvien kipujen taustalla on yleensä sepelvaltimospasmi eli verisuonten sileän lihaskudoksen voimakas supistus. Epästabiilissa angina pectoriksessa sepelvaltimon ateroamplakkiin on muodostunut repeämä, johon on kiinnittynyt suonkia tukkiva verihiutaletrombi.²

Sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti lääkehoidolla ja elämäntapamuutoksilla, kuten ruokavalion muutoksilla.² Rintakiputuntemuksia voi tulla myös seksin aikana. Fyysisestä rasituksesta johtuvaa kipua voidaan ehkäistä pitämällä nitraatit lähellä ja käyttämällä niitä tarvittaessa.³ Huomioitavaa on myös välttää seksiä juuri saunomisen, raskaan aterian tai lenkin jälkeen. Seksille tulisi valita sopiva ajan-kohta, jolloin kroppa on luonnollisesti virkeämpi, kuten esimerkiksi hyvin nukutun yön jälkeen.⁴

Sydämen vajaatoiminta

Sydämen pumppausvoima on heikentynyt sydämen vajaatoiminnassa, eikä se riitä ylläpitämään kudosten ja elinten tarvitsemaa verenkiertoa. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan sen taustalla on aina jokin muu sairaus, kuten hoitamaton verenpainetauti, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti tai eteisvärinä. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa on ensisijaisen tärkeää hoitaa sitä tautia, joka on vajaatoiminnan syy. Elämäntapamuutokset, kuten runsaan suolan välttäminen, nesteiden rajoittaminen, ylipainon välttäminen, säännöllisen liikunnan lisääminen ja psyykkisen sekä fyysisen stressin vähentäminen auttavat hoidon onnistumisessa ja vähentävät oireiden ilmaantumista.³

Sydämen vajaatoiminta voi olla sydämen molemmissa puolissa tai vain toisessa. Ensisijaisesti vajaatoiminta on sydämen vasemman kammion sairaus. Tässä oireena on pääasiassa helposti väsyminen ja hengenahdistus rasituksen yhteydessä. Sydämen oikean puolen vajaatoiminnassa tyypilliset oireet ovat turvotukset, etenkin nilkoissa ja sääriissä.⁵ Sydämen vajaatoiminta ei ole este seksin harrastamiselle, ellei se kuormita potilaan suorituskykyä liiaksi. Yhdyntäasentoilla voi vähentää rasitusta. Yläraajojen ei tulisi joutua kovaan pitkäkestoiseen jännitykseen.⁶

Rytmihäiriöt

Rytmihäiriö tarkoittaa sydämen supistelun epäsäännöllistä, normaalista nopeampaa tai hitaampaa rytmiä. Rytmihäiriöt voidaankin jaotella rytmihäiriön alkamispaikan sekä niiden nopeuden mukaan eteisperäisiin, kammioperäisiin sekä hitaisiin ja nopeisiin rytmihäiriöihin. Yksittäiset eteis- tai kammioperäiset lyönnit eivät ole vaarallisia ja niitä esiintyy jokaisella satunnaisina muljahteluina jossakin elämänvaiheessa. Lisälyöntisyys yleistyy myös iän myötä.⁸

Rytmihäiriöt voivat olla osa jotakin sairautta tai itsenäisiä sairauksia. Autonominen hermosto säätelee sykkeen nopeutta. Sympaattinen osa kiihdyttää esimerkiksi stressitilanteessa ja parasympaattinen osa hidastaa.⁷ Eteisperäisillä rytmihäiriöillä tai yksittäisillä kammiolisälyönneillä ei ole merkittävää vaikutusta seksuaaliseen aktiivisuuteen.⁸



Lääkkeet

Beetasalpaajat

Beetasalpaajien on todettu vaikuttavan seksuaalitoimintoihin lisäämällä keskimäärin yhden ylimääräisen erektiohäiriön vuodessa kahtasataa hoidettua potilasta vasten. Beetasalpaajien vaikutusta seksuaalitoimintoihin voi myötä vaikuttaa ylipaino, muiden sairauksien huono hoitotasapaino sekä liikunnan puute. Lisäksi beetasalpaajat voivat aiheuttaa haittavaikutuksena raajojen kylmyyttä ja fyysisen suorituskyvyn heikkenemistä.^{3,9}

Kolesterolilääkkeet

Klofibraatti ja gemfibrotsiili aiheuttavat haittavaikutuksena libidon heikentymistä ja impotenssia. Muita kolesterolilääkkeistä aiheutuvia yleisiä haittavaikutuksia ovat närästys, lihasheikkous, lihaskivut ja myosiitti eli lihastulehdus.^{3,9}

Rytmihäiriölääkkeet

Rytmihäiriölääkkeistä eniten impotenssia aiheuttaa disopyramidi (1–3%), mutta myös amiodaroni, flekainidi ja meksiletiini vaikuttavat potenssiin.⁹ Myös beetasalpaajia voidaan käyttää rytmihäiriöiden hoidossa sekä eteis-, että kammioperäisten rytmihäiriöiden hoitoon.⁸

Nitraatit

Nitraatit laajentavat verisuonia lievittäen iskemiaa. Sydänlihaksen työ määrä ja hapentarve vähenee, kun laskimot laajentuvat ja sydämeen palaava verimäärä pienenee. Nitroja suositellaan otettavaksi myös ennen raskasta fyysistä toimintaa. Nitroja voidaan käyttää myös ennen seksuaalista kanssakäymistä helpottamaan räsitusta.³

Diureetit

Diureeteista ainakin tiatsididiureetin ja spironolaktonin haittavaikutuksena on todettu erektion ja halun vähentymistä, näin ollen nämä lääkkeet saattavat aiheuttaa seksuaalitoiminnon häiriöitä.³

Elämäntavat

Elämäntavoilla on suuri vaikutus sydän- ja verisuonisairauksiin ja elämäntapojen muutos onkin halvin ja tehokkain tapa vaikuttaa sairauksien syntyyn ja kulkuun. Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, päihteettömyys ja stressin hallinta ovat terveyden kulmakiviä.¹⁰



Ravitsemus

Ruokavaliossa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota suolan ja rasvojen määrään sekä ruuan energia- ja kuitupitoisuuteen.

Rasvojen saannissa huomio tulisi kiinnittää niiden laatuun. Tyydyttyneillä, pehmeillä rasvoilla (kasvisrasvat) on edullisempia vaikutuksia elimistölle, kun taas kovat, tyydyttämättömät rasvat aiheuttavat korkeaa seerumin kolesterolipitoisuutta sekä erityisesti LDL- kolesterolitason nousua.¹¹

Liika suolan saanti taas puolestaan nostaa kehon natriumtasoa, minkä seurauksena verenpaine nousee munuaisten yrittäessä poistaa ylimääräistä suolaa kehosta. Suolan saannin vähentyminen helpottaa munuaisten toimintaa ja alentaa verenpainetta.¹¹

Liikunta

Säännöllinen ja pitkäjänteinen liikunta estää parhaan siitä saatavan hyödyn. Liikunta pienentää ennen aikaisen kuoleman, sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen riskiä. Liikunta alentaa kolesterolitasoa ja verenpainetta sekä ehkäisee osteoporoosia. Liikunta auttaa myös pitämään painon hallinnassa ja alentaa stressiä sekä masennusoireita.¹³

Sydämelle edullisin harjoittelumuoto on aerobinen eli happea käyttävä liikunta, sillä se parantaa sydämen ja keuhkojen suorituskykyä. Lopputuloksena sydämen pumppausvoima ja suorituskyky kasvaa.^{12,11}

Liikunta parantaa minäkuuvaa ja lisää uskoa omaan viehätysvoimaan. Erilaiset liikuntamuodot, kuten aerobinen liikunta, lisäävät fyysistä kestävyyttä myös laakanoiden välissä. Liikunnan on todettu ehkäisevän miesten erektio-ongelmia puolella verrattaessa miehiin, jotka eivät liiku.¹³

Ylipaino

Keskivartalolihavuus on yksi suurimmista riskitekijöistä sydän- ja verisuonisairauksen synnylle. Ylipaino altistaa myös diabetekselle sekä rasittaa niveliä ja luustoa. Pysyviä tuloksia painonhallinnassa saadaan aikaiseksi muuttamalla sekä ruokailu- että liikuntatottumuksia. Jo 5-10 % painonpudotus vaikuttaa suotuisasti rasva- ja sokeriaineenvaihduntaan sekä verenpaineeseen.¹¹

Ylipaino vaikuttaa seksuaalisuuteen vähentäen ihmisen kokemusta seksuaalisuuden tunteista sekä hankaloittaen yhdyntää, joka saattaa myös lyhentää yhdynnän kestoa. Ylipaino kuormittaa lantion alueen verenkiertoa rajoittaen sitä myös sukupuolielimissä sekä aiheuttaen hormonaalisia muutoksia. Ylipaino myös rajoittaa käytettäviä yhdyntäasentoja.¹¹

Tupakointi on merkittävin yksittäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien synnylle. Samalla se on myös suurin sydän- ja verisuonisairauksien ehkäistävässä oleva riskitekijä.¹¹

Tupakka vaikuttaa verenkiertoelimistöön monin eri tavoin. Tupakan sisältämä häkä sitoutuu punasoluihin heikentäen hapen kuljetusta sekä aiheuttaen elimistössä ja sydänlihaksessa hapenpuutetta. Häkä ja nikotiini heikentävät verisuonten sisäkalvon toimintaa sekä edesauttavat ja nopeuttavat valtimokovettumataudin syntyä. Nikotiini supistaa verisuonia, jolloin verenpaine kohoaa. Tupakoitsijoilla myös veren kolesterolipitoisuus kasvaa ja HDL- ja LDL -kolesterolin välinen suhde huononee.¹¹

Tupakointi altistaa veritulppien synnylle etenkin vaurioituneen valtimon sisällä ja tupakoivilla onkin kaksinkertainen riski saada sydäninfarkti verrattuna tupakoimattomiin. Sydäninfarktin riski kasvaa päivittäin poltettujen savukkeiden lukumäärän ja tupakoitujen vuosien mukaan.¹¹

Tupakointi heikentää verenkiertoa myös sukupuolielimissä ja niiden alueella. Näin ollen erektion saavuttaminen saattaa hankaloitua. Suurtupakoitsijoiden impotenssi-ongelmista 80% on tupakan aiheuttamia. Tupakointi hidastaa naisen kiihottumista, vähentää orgasmikykyä sekä heikentää hedelmällisyyttä molemmilla sukupuolilla.¹⁴

Kohtuullinen alkoholinkäyttö vähentää veren hyytymistäipumusta sekä lisää veren HDL- kolesterolipitoisuutta, joka suojaa sepelvaltimotaudilta. Kohtuukäytön on tutkittu suojaavan sepelvaltimotaudin ohella myös muilta sydän- ja verisuonisairauksilta. Pieninä määrinä nautittuna alkoholilla on rentouttava vaikutus niin kehoon kuin mieleenkin. Tällöin alkoholi saattaa toimia tunnelman luoja romanttisiin hetkiin. Se saattaa myös vähentää estoja ja innostaa seksuaaliseen aktiivisuuteen.¹¹

Käytön ylittäessä kohtuuden, alkoholin terveydelle edulliset vaikutukset kuitenkin muuttuvat päinvastaisiksi. Runsas alkoholinkäyttö nostaa verenpainetta, vähentää sydämen supistuvoimaa ja altistaa etenkin sydämen eteisperäisille rytmihäiriöille. Alkoholin jatkuva käyttö vähentää verenpainelääkkeiden tehoa sekä aiheuttaa lisäävästi sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuutta ja aivohalvauksen riskiä.^{11,12}

Alkoholin kerta-annosten noustessa myös hermoston toiminta hidastuu. Humalassa seksuaalinen suorituskyky heikenee ja orgasmin saaminen vaikeutuu, vaikka itse akti onnistuisikin. Kiihottuminen saattaa myös vaikeutua vaikka halukkuus lisääntyisikin. Alkoholi häiritsee oksitosiinin ja vasopressiinin tuotantoa, minkä vuoksi ihotunto laskee ja orgasmin saaminen vaikeutuu huomattavasti. Humalassa miehillä voi halukkuudesta huolimatta olla ongelmia erektion saavuttamisessa ja siemensyöksy saattaa hidastua. Lisäksi yli kahden ravintolaannoksen jälkeen testosteroni taso alkaa laskea. Naisilla alkoholi puolestaan lisää testosteronin määrää ja lisää seksuaalista innokkuutta.^{16,12,15}



Seksuaalisuus

World Health Organisation määrittelee seksuaalisuuden keskeiseksi osaksi ihmis-
tä ja ihmisyyttä. Seksuaalisuus käsittää biologisen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja -roolit, seksuaali-identiteetin, erotiikan, mielihyvän, läheisyyden sekä lisääntymisen. Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan ajatusten, fantasioiden, uskomusten, asenteiden, arvojen, käytöksen sekä roolien ja ihmissuhteiden kautta. Seksuaalisuus voi sisältää nämä kaikki ulottuvuudet, mutta kaikkia ei välttämättä koeta tai ilmaista.¹⁷



Aikuisen seksuaalisuus

Aikuisen elämässä seksuaalisuus on Amonimuotoisempaa ja yksilöllisempää ja seksuaalisuuteen kuuluu tietoisuus omasta kehosta sekä sen mahdollisuuksista tuottaa mielihyvää ja rentoutumista. Aikuisuuden seksuaalisuuden piirteitä ovat itsensä kunnioittaminen ja arvostaminen, itsestään ja kumppanistaan huolehtiminen, rakastumisen ja rakkauden tunteet sekä tunteiden jakaminen.^{18,19}

Aikuisen elämänhallinnan kokemisessa seksuaalinen hyvinvointi tuo tasapainoa ja aikuinen elää arvojensa mukaisesti nauttien seksuaalisuudestaan. Toista kunnioittava ja turvallinen parisuhde luo mahdollisuuden hellyyden tunteiden jakamiselle, intiimiydelle sekä itseilmaisulle autonomisena ja seksuaalisena olentona. Kypsä aikuinen uskaltaa heittäytyä suhteeseen, jossa kumpikin voi olla oma itsensä. Aikuinen myös tekee valintoja elämänmuodostaan, haluaako hän elää yksin vai parisuhteessa.¹⁹

Ikääntyvän seksuaalisuus

Ihminen on seksuaalinen olento läpi koko elämänsä ja seksuaalisuuden toteuttaminen onkin yksi ihmisen perusoikeuksista iästä riippumatta. Länsimaiset ihmiset elävät nykyään pidempään kuin koskaan aiemmin ja ihmisten jäädessä yhä terveempinä eläkkeelle, myös aktiivisia elinvuosia on odotettavissa yhä useammalle ennen vanhuutta.¹⁶

Vanhenemisella on vaikutusta myös ihmisen seksuaalisuuteen; iän myötä seksuaalisen kiihottumisen saavuttaminen saattaa vaikeutua ja kestää kauemmin. Seksuaalisuus ilmenee eri tavoin läpi elämän. Jotkut eivät juuri koe tarvetta ilmentää seksuaalisuuttaan koko elämänsä aikana, mutta elävät siitä huolimatta täyttä ja onnellista elämää. Toisilla taas seksuaalielämä jatkuu pitkälle vanhuuteen saakka terveydentilan niin salliessa. Osalla seksuaalisuus muuttuaan lähisyydeksi, hellyydeksi ja kumppanuudeksi ikääntymisen myötä. Ikääntyneiden seksuaalisuuden muutokset voivat johtua myös ulkopuolisista syistä, kuten kumppanista, leskeksi jäämisestä, lääkityksistä sekä omista tai kumppanin sairauksista.¹⁶

Naisilla hedelmällinen ikä päättyy keskimäärin 50-vuotiaana, jonka jälkeen elimistön toiminnot alkavat muuttua nopeammin. Vaihdevuosina naisten estrogeenituotanto laskee nopeasti aiheuttaen myös muutoksia välittäjäaineissa, jotka säätelevät seksuaalireaktioita. Myös mieshormonien tuotanto puolittuu naisilla vaihdevuosiin mennessä. Kaikilla vaihdevuosina tapahtuvilla muutoksilla on vaikutusta naisten seksuaalisuuteen, vaikka muutokset ovatkin hyvin yksilöllisiä. Vaihdevuosien ja niiden jälkeisiin seksuaalisuuden kokemuksiin ja reaktioihin vaikuttaa kokonaisuus henkilön seksuaalihistoriasta aina parisuhteen sen hetkisiin tilanteisiin asti.¹⁶

Miehillä hormonaaliset muutokset alkavat tapahtua myöhemmin eivätkä ilmene niin jyrkästi kuin naisilla. Miehillä mieshormonipitoisuudet alkavat laskea hitaasti 40 ikävuodesta alkaen prosenttien vuosivauhdilla. Hormonitoiminnan väheneminen ja sairastuvuuden lisääntyminen vaikuttavat miesten seksuaalisuuteen mm. erektiohäiriöiden lisääntymisen kautta. Ikääntyessä miesten vaste seksuaaliseen ärsykkeeseen muuttuu, erektion saavuttaminen hidastuu sekä erektio ja ejakulaatio vaativat voimakkaampaa ja pidempikestoista stimulaatiota. Nykykäsityksen mukaan yli 50 -vuotiailla miehillä verenkiertoperäiset syyt aiheuttavat 75% erektio-ongelmista. Pelkästään testosteronin puutteesta johtuvat erektio-ongelmat ovat harvinaisia, vaikka testosteronin puute onkin usein mukana lisäämässä ongelmaa.¹⁶



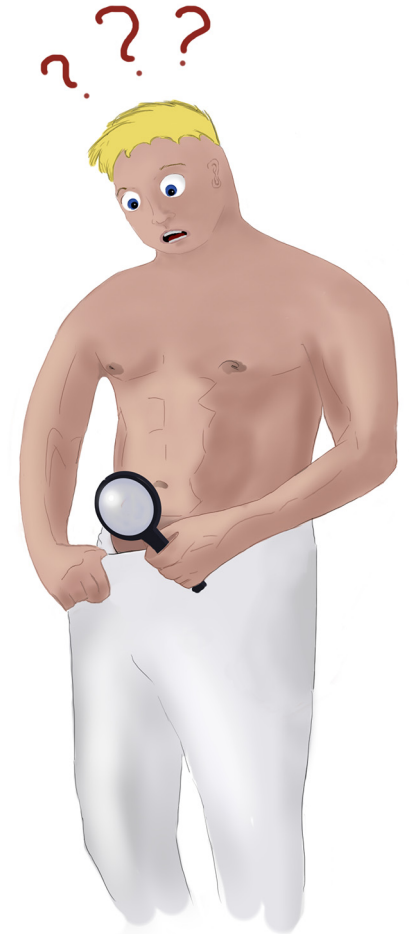
Seksuaalisuuden haasteet

Ihmisen oma käsitys seksuaalisuudesta vaikuttaa paljolti siihen, miten ja mitkä asiat hän kokee parisuhdetta uhkaaviksi seksuaaliongelmiksi. Akuutin sydäntaphtuman jälkeen seksuaalisen aktiivisuuden on todettu vähentyvän ja mikäli ihmisen käsitys seksuaalisuudesta on vahvasti yhdyntäpainotteinen, voivat tilapäisetkin erektio- tai haluttomuusongelmat haitata parisuhdetta. Mikäli akuutin sydäntaphtuman jälkeisenä seksuaalisuuden mittarina käytetään yhdyntäkertoja laskee seksuaalisuus radikaalisti useilla ihmisillä. Arvioitaessa omaa seksuaalisuutta olisi hyvä huomioida omien halujen, hellyyden sekä tyytyväisyyden määrää.⁹

Pelko

Sydäninfarktilta tai rintakivuilla saattaa olla pitkäkestoisiakin vaikutuksia potilaan seksuaalisuuteen. Potilas saattaa pelätä rakastelun aiheuttavan hänelle uuden sydäninfarktin tai rintakipukohtauksen. Pelko sydäntapahtumista saattaa tulla potilaalta itseltään tai hänen puolisoiltaan. Potilaalla saattaa myös olla pelkoja sydänlääkkeiden aiheuttamista erektio-ongelmista. Potilaan ja hänen kumppaninsa pelkoja voidaankin lievittää asiallisella neuvonnalla.^{16,20}

Yleinen ohje seksuaalielämän uudelleen aloittamiselle sydäntapahtuman jälkeen on, että potilaan kyetessä kivutta ja hengästyttä nousemaan kaksi kerrosta portaita, ei estettä yhdynnälle ole. Potilaan pelkoa saattaa lievittää tieto fyysisestä jaksamisesta. Mikäli potilas kykenee nousemaan portaat, mutta on edelleen epävarma yhdynnästä, kannattaa hänen kokeilla seksuaalista toimintakykyään masturboimalla.¹⁶



Puheeksi ottaminen

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi on kehitetty erilaisia malleja helpottamaan ammattihenkilöiden potilaille tarjoamaa seksuaaliohjausta. Olemme keränneet kahdesta yleisimmästä, PLISSIT-¹⁹ ja BETTER -²¹ mallista, pääkohdat, joiden avulla voidaan ottaa seksuaalisuus potilaan kanssa puheeksi.



O TA SEKSUAALISUUS PUHEEKSI

Ota seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi potilaan kanssa sekä anna hänelle mahdollisuus kertoa seksuaalisuuteen liittyvistä huolistaan. Kerro, että hänen huolensa on normaali. Keskustelun voi aloittaa esimerkiksi kysymällä, "Onko sairaus vaikuttanut parisuhteeseen?" tai "Oletko huomannut muutoksia seksuaalitoiminnoissa sairauden alettua?"

T ARJOA TIETOA

Tarjoa potilaalle tietoa juuri hänen seksuaalisuuteen liittyvästä huolestaan. Potilaalla saattaa olla huoli esimerkiksi sairauden tai lääkityksen aiheuttamista haitoista seksuaalisuuden ilmaisuun. Mikäli et itse omaa tarvittavia tietoja, kerro potilaalle ottavasi asiasta selvää tai ohjaa hänet esimerkiksi seksuaalivouvojan vastaanotolle.

H UOMIOI AJOITUS

Huomioithan, että seksuaalisuus saattaa olla aiheena ihmisille arka ja sitä tulisi lähestyä hienotunteisesti ja potilasta kunnioittaen. Potilas ei välttämättä ole halukas heti keskustelemaan aiheesta, mutta kerro, että aiheesta voidaan keskustella kun hän on valmis siitä puhumaan tai mikäli tarve seksuaalisuudesta puhumiselle ilmenee.

K IRJAAMISEN MERKITYS

Keskusteltuasi potilaan seksuaalisuuteen liittyvistä huolista, kirjaa keskustelu asianmukaisesti käytössä olevaan potilas-tietojärjestelmään.

O MA ASENNE

Muista, että oma asenne ja suhtautuminen aiheeseen ratkaisee. Mikäli itse suhtaudut aiheeseen rennosti ja ammattillisesti ujostelematta, on potilaan todennäköisesti helpompi tuoda huolensa esille. Mikäli hoitaja avoimesti tuomitsee potilaan seksuaalisuuden ja seksuaalisen elämäntavan, potilaan saattaa olla hankalaa ja jopa mahdotonta keskustella seksuaaliterveydestään ammattilaisen kanssa.

Mikäli seksuaalisuudesta tuntuu hankalalta keskustella, voi keskustelua harjoitella esimerkiksi työkavereiden kanssa. Jotta aiheesta keskustelu olisi luontevaa, tulee omia arvoja ja asenteita seksuaalisuudesta haastaa. Sairaanhoidajan omat arvot ja käsitykset seksuaalisuudesta saattavat poiketa täysin ohjattavan käsityksistä. Esimerkkinä käsitykset homoudesta ja heteroudesta. Seksuaalinen väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä vakavimmat parafiliat (esimerkiksi nekrofilia) tekevät aiheesta poikkeuksen. Nämä teot ovat Suomen lainsäädännössä määritelty rikoksiksi.

Lähteet

1. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 10.2.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/sydan_ja_verisuonitaudit
2. Terveyskirjasto. 2013. Sepelvaltimotauti. Viitattu. 25.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00004
3. Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOY
4. Suomen Sydänliitto ry. 2011. Sepelvaltimotauti -opas. Helsinki: Kyriiri Oy.
5. Terveyskirjasto. 2013. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 10.2.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084&p_haku=sydämen%20vajaatoiminta
6. Suomen Sydänliitto ry. 2011. Sydämen vajaatoiminta -opas. Helsinki: Kyriiri Oy.
7. Suomen Sydänliitto ry. 2014. Rytmihäiriöt. <http://www.sydänliitto.fi/rytmihairiot#.UyxVvNXP-ndo>.
8. Suomen Sydänliitto ry. 2010. Eteisvärinä-opas. Helsinki: Erweko Painotuote Oy.
9. Vanhanen, H. 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet, Diabetes ja seksuaalisuus. Duodecim, 119(3): 229-234. Viitattu 25.9.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93409.pdf>
10. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 24.10.13. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/sydan_ja_verisuonitaudit
11. Mäkijärvi, M.; Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.
12. Heiskanen, T.; Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2005. Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
13. Lappalainen-Lehto R.; Romu M-L. & Taskinen M. 2007. Haasteena päihhteet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY
14. Päihdelinkki. 2007. Tupakka ja seksuaalisuus. Viitattu 5.2.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/potilas-ja-asiakasohjeet/seksuaalisuus-ja-tupakka>
15. Päihdelinkki. 2007. Alkoholi ja seksuaalisuus. Viitattu 5.2.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/potilas-ja-asiakasohjeet/seksuaalisuus-ja-alkoholi>
16. Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
17. World Health Organization | WHO. 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.
18. Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin – Lapsen ja nuoren seksuaalisuuden kehittyminen. Helsinki: WSOY.
19. Ryttyläinen, K. & Valkama, S. Seksuaalisuus hoitotyössä. 2010. Helsinki: Edita.
20. Steinke, E.; Jaarsma, T., Barnason, S., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C., Fridlund, B., Kautz, D., Mårtensson, J., Mosack, V & Moser, D. 2013. Sexual Counseling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners. European Heart Journal vol. 10.
21. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa – perusteet. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Viitattu 4.9.2013. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf

