

Henna Aaltonen

FYSIOTERAPEUTTI SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ
NEUROLOGISISSA VAMMOISSA

Fysioterapian koulutusohjelma
2016

FYSIOTERAPEUTTI SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ
NEUROLOGISISSA VAMMOISSA

Aaltonen, Henna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Marraskuu 2016
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 48
Liitteitä:

Asiasanat: fysioterapia, seksuaalisuus, aivovamma, selkäydinvamma

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas ”Miten puhua seksuaalisuudesta asiakkaan kanssa.” Sen kohderyhmänä ovat Satakunnan Ammattikorkeakoulun loppuvaiheen fysioterapian opiskelijat. Seksuaalisuus kuuluu oleellisena osana ihmisen elämään ja sen ilmentymiseen vaikuttavat erilaiset muutokset sekä tapahtumat elinkaaremmme aikana. Erityistä huomioita seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin kiinnitetään sairastumisen tai vammautumisen yhteydessä. Seksuaalisuus on aina ajankohtainen ja erityistä huomioita kaipaava aihe. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman uusiin tutkimuksiin sekä alan kirjallisuuteen nojaava opas loppuvaiheen fysioterapian opiskelijoille. Tärkein arvioinnin kriteeri on se, että oppaan käyttäjät ymmärtäisivät seksuaalisuuden merkityksen ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta sekä pystyisivät työssään huomioimaan sen paremmin.

Opinnäytetyössä mainittiin, että kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla valmiudet keskustella seksuaalisuudesta asiakkaan kanssa. Tarkemmin ammattiryhmänä tarkasteltiin fysioterapeutin valmiuksia seksuaaliterveyden edistäjänä. Oppaan sisältö valikoitui erilaisten tutkimusten sekä aiheesta kertovan kirjallisuuden myötä, joissa todettiin terveydenhuollon ammattilaisilla olevan vaikeuksia kohdata asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat. Lähteiden mukaan ammattilaisten vaikeudet johtuivat puutteellisista tietotaidoista.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi A4 kokoinen, 25 sivuinen opas, joka on saatavana vapaehtoisena opiskelun lisämateriaalina Satakunnan Ammattikorkeakoulun neurologisen opintojakson Moodle pohjassa PDF- tiedostona. Opas sisältää teoriaosuuden, joka auttaa lukijaansa ymmärtämään asiakkaan tilannetta paremmin sekä ohjaa lukijaa määrätietoisempaan työskentelyyn. Teoria osuuden jälkeen on käytännön ohjeita valmiisiin lauseisiin asti. Kuvitus tekee oppaasta luettavamman, sekä erottelee, että kokaa asiakokonaisuuksia yhteen. Tavoitteena on, että seksuaalisuus nostetaan enemmän esiin fysioterapian koulutuksessa ja sitä kautta pystyttäisiin kohtaamaan asiakkaat paremmin.

PHYSIOTHERAPIST AS A PROMOTER OF SEXUAL HEALTH IN NEUROLOGICAL DISORDERS

Aaltonen, Henna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in physiotherapy

November 2016

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 46

Appendices:

Keywords: physiotherapy, sexuality, traumatic brain injury, traumatic spinal cord injury

The purpose of this practice-based thesis was to prepare a guide “How to Talk about Sexuality with a Client”. Its target group is Satakunta University of Applied Sciences' final stage physiotherapy students. Sexuality is an essential part of life and its manifestations are affected by different changes and events during the life cycle. Special attention is paid to sexuality and sexual functions when clients are faced with illness or injury. Sexuality is a subject that is always current and needs special attention.

The aim of the thesis was to produce a guide based on most recent studies and literature to final stage physiotherapy students. The most important criterion of evaluation is that the users of the guide would understand the meaning of sexuality in one's overall well-being and be able to take it better into consideration in their work. It was mentioned in the thesis that all social and health care professionals should be prepared to discuss sexuality with a client. More exactly, a professional group of physiotherapists were examined about their abilities to promote sexual health. The contents of the guide were chosen through different research material and literature, where it was said that health care professionals face difficulties to encounter client's sexuality-related problems. According to several sources, the professionals' difficulties are due to a lack of knowhow.

As a result of the thesis, a guide of size A4 and 25 pages was produced. It is available as additional study material to the Neurology course in Satakunta University on Applied Sciences' Moodle platform in PDF file. The guide contains a theory part helping its reader to understand better the client's situation and guides the reader to work in a more determined way. After theory part, there is practical advice available, and even complete phrases to use. Pictures make the guide more legible, and separate and unify issues. The aim is to get more attention for sexuality as a part of the physiotherapy training. With this addition in the education plan there will be better encounters with clients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	6
3	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	6
4	SEKSUAALISUUS.....	7
4.1	Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä.....	8
4.2	Työntekijän valmiudet	10
5	PLISSIT -MALLI.....	12
5.1	Luvan antaminen.....	14
5.2	Tiedon antaminen.....	14
6	AMMATTIETIIKKA.....	15
7	VAMMAISUUDEN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN.....	16
7.1	Keskustelu seksuaalisuudesta vammautuneen kanssa	17
7.2	Selviytymisen tukeminen	18
7.3	Seksuaalinen haluttomuus.....	19
8	AIVOVAMMA	20
8.1	Aivovamman määritelmä ja diagnosointi	20
8.2	Aivovammojen esiintyvyys	21
8.3	Aivovammojen luokittelu	21
8.4	Aivovammasta aiheutuvat oireet.....	23
8.5	Aivovammasta johtuvat neuropsykologiset oireet.....	24
8.5.1	Aivovamman vaikutukset seksuaalisuuteen	25
8.5.2	Hypotalamuksen vaikutus seksuaalisuuteen.....	28
9	SELKÄYDINVAMMA	29
9.1	Selkäydinvammojen esiintyvyys	29
9.2	Diagnosointi	29
9.3	Paraplegisestä selkäydinvammasta aiheutuvat oireet	30
9.4	Selkäydinvamman psyykinen oirekuva	31
9.5	Selkäydinvamman vaikutus sukupuolitoimintoihin.....	31
9.5.1	Selkäydinvamman vaikutukset miehen seksuaalitoimintoihin.....	34
9.5.2	Selkäydinvamman vaikutukset naisen seksuaalitoimintoihin	36
10	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	37
10.1	Fysioterapian koulutuksen hyödyntäminen	37
10.2	Oppaan toteutus	37
11	POHDINTA.....	39
	LÄHTEET.....	45

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoitus on auttaa valmistuvia fysioterapeutteja huomioimaan seksuaalisuus osana ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kokonaisvaltainen kohtaaminen on vuorovaikutusta ja siinä nähdään ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 22). Fysioterapia kehittyy alana jatkuvasti, mikä vaatii yksittäiseltä fysioterapeutilta kouluttautumista sekä tiedon ja kliinisen päättelykyvyn merkityksen ymmärrystä. Fysioterapeutin ammatissa tieteellinen tieto yhdistyy holistiseen näkemykseen hyvän terveyden saavuttamisesta ja säilyttämisestä. Fysioterapeutin työ keskittyy sekä yksilön, että yhteisön fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantamiseen. Fysioterapian holistisesta päämäärästä huolimatta tietyt osa-alueet, kuten seksuaaliterveys, eivät saa tarpeeksi huomiota fysioterapeuttien keskuudessa. On kuitenkin monia syitä siihen, miksi seksuaaliterveys on tärkeä osa fysioterapiaa. (Areskoug- Josefsson & Gard 2015, 390.)

Opinnäytetyössä aihepiiriä käsitellään traumaattisesti syntyneiden aivovamman ja selkäydinvamma kautta. Näillä vammoilla oirekuvaan kuuluu vahvasti muutokset seksuaalisuudessa sekä seksuaalitoiminnoissa. Muutokset voivat ilmetä mm. vartalon osien tunnottomuutena, hyperseksuaalisuutena tai hyposeksuaalisuutena. (Turku 2011, 15.) Suomessa aivovamman saa vuosittain 15 000–20 000 henkilöä, heistä noin 2,3%:lla esiintyy pysyvä oireileva aivovamman jälkitila. Näiden vammojen merkitys erityisesti nuorten aikuisten pysyvän invaliditeetin aiheuttajana on kansantaloudellisestikin erittäin huomattava. (Aivovammat: Käypä hoito–suositus, 2008.) Selkäydinvamman saa noin 100 henkilöä vuodessa, se aiheuttaa elimistön toiminnan ja liikkumisen kannalta merkittävää muutosta vammaa edeltäneeseen tilaan verrattuna. Selkäydinvamman riskiryhmään kuuluvat nuoret 16–30- vuotiaat miehet. (Selkäydinvammat: Käypä hoito–suositus, 2012.) Opinnäytetyössä selkäydinvamma on jaettu alaraajahalvaukseen, paraplegiaan.

Fysioterapeutin kannalta ei seksuaaliterveyteen liittyvää materiaalia ole saatavilla. Aiheesta löytyy muutamia mainintoja fysioterapeuttien tekemissä opinnäytetöissä, mutta pääasiassa erilaisissa lähteissä puhutaan hoitotyössä tai seksuaalineuvonnassa esiintyvien kysymysten asettelusta ja esille ottamisesta. Fysioterapian koulutusohjelmassa ei

myöskään käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita, vaikka aihe on hyvin arkipäiväinen ja sen kohtaa jo fysioterapian harjoittelussa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite on ohjeistaa opiskelijoita kohtaamaan asiakas kokonaisvaltaisesti huomioiden seksuaalisuuden. Jotta kokonaisvaltainen kohtaaminen toteutuu asiakkaan kanssa, täytyy myös seksuaalisuutta käsitellä osana vammaa tai sairautta. Opas on tehty Satakunnan Ammattikorkeakoulun loppuvaiheen fysioterapian opiskelijoille ja se julkaistaan PDF- tiedostona neurologisen opintojakson Moodle pohjassa.

3 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyy opas ”Miten puhua seksuaalisuudesta asiakkaan kanssa.” Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitetä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa. Siinä on kuitenkin tietoperustaa ja teoreettisia viitekehyksiä. Toiminnallisissa opinnäytetyössä pyritään luomaan ehjä kokonaisilme viestinnällä ja visuaalisuudella, josta tunnistaa tavoitellut päämäärät. Oppaan kriteereitä ovat tuotteen uusi muoto, käyttökelpoisuus kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiallinen sopivuus kohderyhmälle, houkuttelevuus, informatiivisuus sekä selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30-53.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään vähemmän vaikka tiedon keräämisen keinot ovat samat kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Toiminnallinen opinnäytetyö nojautuu usein hyvin vähän tai ei ollenkaan teoriaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57.) Aineiston keruu on suoritettu kirjallisuutta sekä alan tutkimuk-

sia ja artikkeleita hyödyntäen. Materiaalia olen hakenut Satakunnan Ammattikorkeakoulun kirjaston Finnan sivuja apuna käyttäen sekä Käypä hoito- suosituksen www-sivuja. Parhaimmat alkuperäiset lähteet ovat löytyneet, myös englannin kielisiin materiaaleihin aiheesta kertovien kirjojen sekä oppaiden lähdeluetteloista.

Ennen oppaan julkaisua toteutettiin pilotointi sähköpostitse Satakunnan Ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijoille. Mahdollisimman suuren vastausmäärän saamiseksi sähköposti lähetettiin myös ensimmäisen vuoden opiskelijoille. Pilotoinnin tarkoituksena oli testata oppaan käyttökelpoisuutta. Opas lähetettiin sähköpostin liitetiedostona, jonka yhteyteen oli kirjoitettu viesti vastaanottajille. Viestissä kerrottiin opinnäytetyön taustatiedot ja kehoitettiin vastaanottajia tarkastelemaan tekstin sisältöä sekä yleisilmettä. Parannusehdotukset pyydettiin lähettämään sähköpostitse. Pilotoinnin tapa valittiin sen helppokäyttöisyyden sekä lukijaystävällisyyden vuoksi. Sähköpostitse vastauksia tuli vain viisi kappaletta, joka voi kertoa oppilaiden kiireisestä syksystä. Oppaan aihe saattaa, myös tuntua alkuvaiheen opiskelijoista liian etäältä. Pilotoinnin ulkopuolella olen luetuttanut opasta perheenjäsenillä, sekä ystävilläni. Pilotoinnissa ilmeni, että opas oli käyttökelpoinen sekä sen teoriaosuutta pidettiin hyödyllisenä. Ristiriitaa kuitenkin ilmeni muutamissa vastauksissa lähdemerkintöjen kanssa. Ohjaavan opettajan kommenttien perusteella työtä korjattiin paremmaksi. Korjaukset liittyivät sanojen selitykseen ja kappaleiden jäsentelyyn sekä lauseiden muokkaukseen.

4 SEKSUAALISUUS

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee seksuaalisuuden seuraavasti:

"Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, seksuaaliset suhteet ja lisääntymisen. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasia, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Vaikka seksuaalisuus voi pitää sisällään kaikki nämä ulottuvuudet, ihminen ei aina koe tai il-

mennä niitä kaikkia. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen." (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2016.)

Meille tulee tarve saada tukea ja tietoa seksuaalisuudesta silloin kun elämään tulee yllätyksellisiä muutoksia kuten terveyteen, kehittymiseen ja kasvuun liittyvissä asioissa. Seksuaalisuus on elämässämme kehittyvä ominaisuus, joka muovautuu koko eliniän ajan. Oman seksuaalisuuden selkeytyminen vahvistaa identiteettiä ja minäkuvaava. Ne eivät kuitenkaan tule koskaan valmiiksi, vaan kehittyvät koko elämän ajan. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2016.)

Seksuaaliterveys on tärkeä osa yleistä terveyttä, ja yleinen terveys taas liittyy läheisesti seksuaaliterveyteen, tämän vuoksi yleisen terveyden huonontuminen vaikuttaa usein myös seksuaaliseen terveyteen ja päinvastoin (Areskoug- Josefsson & Gard 2015, 390). Jokainen ihminen toteuttaa ja ilmentää seksuaalisuuttaan omalla tavallaan. Seksuaalisuuteen voi vaikuttaa jokin erityispiirre, esimerkiksi aivovamman tai selkäydinvamman tuomat muutokset vartalossa ja sen hallinnassa, mutta ne eivät ole seksuaalisuuden määrittelevin osa. Ihannetilanteessa seksuaalisesta mielihyvää tulisi nauttia mielen ja kehon kautta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2016.)

4.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä

Terveydenhuollossa ja sosiaalityössä puhutaan ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta. Tästä kokonaisuudesta jää kuitenkin usein pois seksuaalisuuden osa-alue. Siitä ei välttämättä puhuta, eikä ihmissuhteisiin tai seksuaalisuuteen liittyviä asioita kartoiteta samalla tavalla kuin terveyteen ja elämänlaatuun liittyviä asioita. (Ilmonen 2006, 43.) Seksuaalisuuden osa-alueen pois jääminen voi selittyä sillä, että terveydenhuollon ammattilaiset pitävät biolääketieteellisiä syitä todennäköisempinä seksuaaliterveyden ongelmille sen sijaan, että he pyrkisivät tarkastelemaan ongelmia biopsykososiaalisen seksuaaliterveyden mallin kautta. Tämä saattaa olla fysioterapeuttien haasteena, sillä

suurin osa fysioterapiasta pohjautuu biolääketieteelliseen ja biomekaaniseen tutkimukseen. Tämän vuoksi fysioterapian psykososiaaliseen osa-alueeseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Areskoug- Josefsson & Gard 2015, 391.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tulee olla valmius ottaa seksuaalisuus puheeksi asiakkaan kanssa ja toimia luvan antamisen tasolla (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2016). Tavanomaisempaa kuitenkin on, että työntekijät olettavat asiakkaan ottavan seksuaalisuuden ongelmat itse puheeksi, mikäli heillä esiintyy seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia tai kysymyksiä. Jättämällä vastuun asiakkaalle, työntekijät saattavat paeta itselle hankalaa osa-aluetta. Ammatillisuus edellyttää kuitenkin sitä, että työntekijä uskaltaa olla aloitteen tekijä ja toimia näin luvan antajana myös seksuaalisuudesta puhumiselle. Vuorovaikutustilanteessa työntekijän ja asiakkaan välillä vaikuttaa myös yleiset työskentelyedellytykset sekä työntekijän oma ammatillisuus. (Ilmonen 2006, 43.)

Muuttuva yhteiskunta ohjaa fysioterapeutteja ottamaan vastuuta oman tietonsa hyödyntämisestä asiakkaan seksuaaliterveyden parantamisessa. Useat oireet, krooniset sairaudet ja fyysiset vammat ovat esimerkkejä tilanteista, joissa fysioterapeutit voivat auttaa asiakkaita. Ammattilaisten tulee olla tietoisia tiedon jakamisen tärkeydestä asiakkaan kanssa. Sairauksien ja vammojen aiheuttama negatiivinen vaikutus seksuaaliterveyteen osoittaa sen, että fysioterapeuttien olisi tärkeää sisällyttää seksuaaliterveysasiat työskentelyynsä asiakkaiden kanssa. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 393.)

”Physiotherapy theory and practice”- lehdessä käsiteltiin aihetta, jossa fysioterapeutin tulisi toimia seksuaaliterveyden edistäjänä. Artikkelissa todettiin, että kroonista sairautta sairastava tai vammautunut henkilö kokee usein seksuaalisen terveytensä huonontuneen ja, että heidän hoitohenkilökuntansa laiminlyövät näitä oireita. Asiakkaat haluavat tietoa ja tukea seksuaaliterveytensä parantamiseen, mutta fysioterapeutit jättävät tämän asian valitettavan usein huomiotta. Fyysiset toiminnot ennakoivat merkittävästi seksuaalista tyydytystä. Fysioterapeutit voivat parantaa seksuaaliterveyttä suoraan vain tietyillä alueilla. Yksi esimerkki tästä on lantionpohjan kuntouttamisen opettaminen potilaille, joilla on gynekologisia tai urologisia ongelmia. Lantionpohjalihasten kuntouttamisen on huomattu mahdollisesti parantavan naisten seksuaaliterveyttä,

mutta tämän hoidon tarkoituksena on useimmiten parantaa virtsan- tai ulosteenkarkailua ennemmin kuin seksuaaliongelmia. Monilla fysioterapian kuntoutuksen osa-alueilla saatetaankin epäsuorasti hoitaa samalla seksuaaliterveyden ongelmia. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 390-391.)

”Wolters Kluwer Health”- artikkelin mukaan eräässä tutkimuksessa haastateltiin lääkäreitä ja terapeutteja siitä, millaisena he kokevat tilanteen keskustellessaan seksuaalisuudesta ja sen ongelmista aivovammapotilaiden kanssa. Valtaosa ammattilaisista koki, että kyseisten seksuaaliongelmien käsittely tuntui epämukavalta ja että he tarvitsivat lisää erikoisasiantuntijan ohjausta. He pelkäsivät loukkaavansa liian suorilla kysymyksillä ja valitsivat siksi passiivisemmän lähestymistavan. He odottivat potilaan tekemän aloitteen seksuaaliongelmista puhumiseen. Tutkimuksessa kritisoiitiin myös kuntoutusolosuhteiden rakenteellisia rajoitteita, kuten erikoisasiantuntiapalveluiden, ajan ja resurssien puutetta sekä sitä, että ongelmista alettiin puhumaan vasta sitten, kun sopimatonta seksuaalista käyttäytymistä oli jo tapahtunut. (Turner, Schöttle, Krueger & Briken 2015, 181.) Teoksessa ”Puhutaan seksuaalisuudesta” mainitaan, siitä miten terveydenhuollon työpaikoissa tulisi olla kirjallinen suunnitelma siitä miten seksuaalisuuteen liittyvät asiat otetaan puheeksi asiakkaan kanssa. Työryhmässä olisi hyvä miettiä miten tai kuinka asiakkaiden seksuaalisuus näyttäytyy omassa työssä esimerkiksi sairauden tai vamman kohdalla ja mikä niiden vaikutus on seksuaalisuuteen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 68.)

4.2 Työntekijän valmiudet

Jokaisella työntekijällä on tiedolliset, taidolliset sekä sosiaaliset perusvalmiudet asiakkaansa kohtaamiseen. Asiakkaan kohtaamisessa tarvittavien taitojen esiintyminen voi olla joko tiedostettua tai tiedostamatonta. Ne ovat joko ympäristön ja kulttuurin muokkaavia valmiuksia tai ne on tehty tietoisiksi ja niitä on kehitetty. (Ketola 2006, 62.) Seksuaalisuuden käsitteleminen omassa ammattityössä voidaan asettaa kehikkoon, jossa peruslähtökohtana ovat työntekijän subjektiiviset edellytykset työskentelyyn. Työntekijän tulisi miettiä omia seksuaalisuuteen liittyviä tunteita, arvoja, normeja sekä uskomuksiaan. Tärkeää olisi pysähtyä miettimään myös niitä asioita, jotka tuntuvat

vaikeilta ja vierailta tai jopa ahdistavilta. (Ilmonen 2006, 43.) Pystyt kohtaamaan asiakkaan juuri niin läheltä, kuin pystyt kohtaamaan itsesi (Ryttyläinen & Valkama 2010, 133).

Sosiaali- ja terveysalan ammateissa heijastuu voimakkaasti oma seksuaalisuus, sen tuomiin asenteisiin ja käsityksiin on hyvä tutustua. Itseensä tutustumalla saa myös hyvän pohjan ammatillisen tiedon omaksumiselle. Seksuaalisuusongelmat ovat ja tulevat olemaankin vielä pitkään niin alihoidettu alue, että pienilläkin tietotaidon lisäyksellä monien on mahdollista parantaa ammatillista osaamistaan merkittävästi. ”Vaikka ei tekisi mitään muuta, voi opetella kuuntelemaan rauhallisesti, kiirehtimättä loppuun saakka, mitä asiakkaalla on sanottavana ja sitten ohjata hänet eteenpäin.” (Ketola 2006, 61.) Kunnioittava kohtelu ja asiakkaan sekä omien rajojen tunteminen on merkittävä osa ammattiosaamista. Yksityisyyteen liittyvät rajat ovat erilaisia eri yksilöillä. Asiakastyöskentelyssä tulee kunnioittaa intymiteetin rajoja. Maahanmuuttajien ja maamme Romaniväestön kanssa työskennellessä nämä asiat tulee huomioida erityisen tarkasti. (Ketola 2006, 61.)

Terveydenhuollon ammateissa työskentelevien on tärkeää tiedostaa omat valmiutensa ja vahvuutensa sekä heikkoutensa jaksakseen työskennellä laadukkaammin ja pidempään. Terapeutista työtä tekevältä edellytetään ammatillisuutta, aitoutta, empatiakykyä sensitiivisyyttä, joustavuutta, arvostavaa asennetta, rohkeutta ja suoruutta, kärsivällisyyttä ja pettymysten sietokykyä sekä objektiivisuuden säilyttämistä. Omasta hyvinvoinnista sekä jaksamisesta on myös pystyttävä huolehtimaan. Nämä ominaisuudet helpottavat asiakkaan kohtaamisessa, erityisesti silloin kun puhutaan seksuaalisuudesta. Reflektoidessaan omia työskentely tapojaan ja valmiuksiaan asiakkaan kohtaamisessa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota näihin asioihin. (Ketola 2006, 62.)

Kaikkien fysioterapeuttien ei tarvitse olla kiinnostuneita omasta tai asiakkaan seksuaalisuudesta. Jokaisen työntekijän tulisi kuitenkin tietää, mitä ajattelee seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista ja missä menevät oman toiminnan rajat. Helpottavaa on tietää se, ettei kaikkien tarvitse olla asiantuntijoita kaikessa eteen tulevassa ja sitä tärkeämpää onkin osata verkostoitua erilaisiin asiantuntijoihin. Mikäli et ole valmis käsittelemään asiakkaan kanssa seksuaalisia asioita, kannattaa ohjata asiakas kohteli-aasti toiselle kollegalle tai kokonaan toiselle ammatin harjoittajalle. (Ketola 2006, 60.)

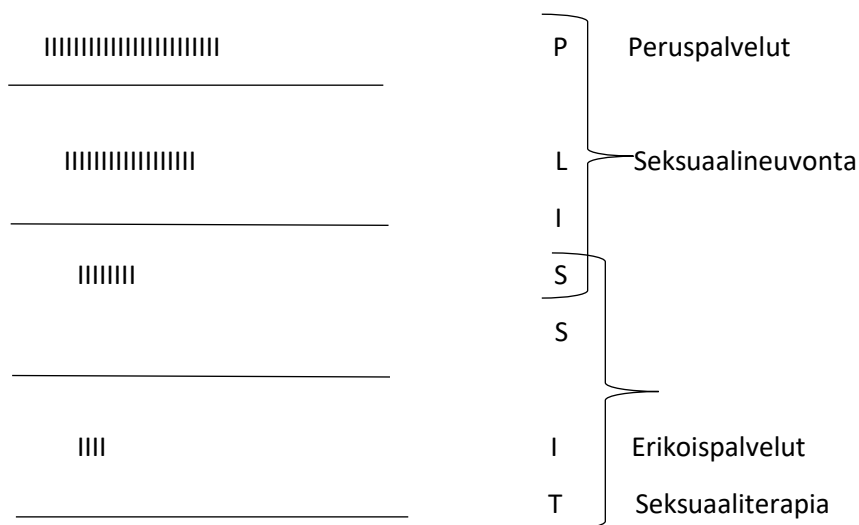
Esimerkiksi pitkäaikaisessa kuntoutuksessa käyvä vammautunut saattaa rohkaistua kysyäkseen fysioterapeutilta konkreettista apua yhdyntäasentoihin, joita voi toteuttaa kumppaninsa kanssa, huolehtimatta vammastaan ja sen tuomista rajoitteista. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 391). Toiselle kollegalle ohjatessa pitää kuitenkin varmistaa, että hänellä on valmiudet hoitaa kyseinen asia. Monta epäonnistunutta yritystä voivat hankaloittaa asian selvittämistä ja aiheuttaa asiakkaalle epämukavuuden tunnetta. (Ketola 2006, 60.)

Kuntoutustilanne on vuorovaikutustapahtuma, jossa vaikuttavat niin asiakkaan kuin työntekijän käyttämä kieli, eleet sekä käyttäytyminen, tunteet, arvot ja uskomukset. Sanattoman viestin merkitys korostuu erityisesti silloin kun, asiakkaalla on kommunikaatio- ongelmia ja vaikeuksia sanallisessa vuorovaikutuksessa kuten esimerkiksi aivovamma asiakkailla saattaa usein olla. Erityisesti seksistä ja seksuaalisuudesta puhuttaessa nämä asiat korostuvat. (Ilmonen 2008,81.) Ilman yhteistä kieltä on vaikeaa ymmärtää mistä puhutaan ja mitä milläkin käsitteellä tarkoitetaan. Ilmaisuja kuten: ”Tämä on niin vaikea ongelma, että tarvitaan erityisosaamista” tai ”Tämä on niin harvinainen kysymys, että en osaa hoitaa sitä” tulee ehdottomasti välttää. Lausahdukset antavat asiakkaalle sen käsityksen, että hänen ongelmansa on hankalampi, harvinaisempi, vaarallisempi tai muuten vaikeampi kuin se todellisuudessa onkaan. Myös asiakkaan keskeyttäminen voi antaa asiakkaalle sellaisen viestin, että asia on liian vaikea tai hankala. Positiivisella ja asiakaslähtoisellä vastauksella osoitetaan kiinnostus hänen ongelmiinsa. Tässä yksi esimerkki; tiedän kollegan, joka on perehtynyt juuri tähän asiaan. Minä suosittelisin häntä, jotta saatte parhaan avun. (Ketola 2006, 60-62.)

5 PLISSIT -MALLI

Plissit- malli on Jack Annonin vuonna 1976 luoma malli, joka jäsentää ammatillista työskentelyä seksuaalikysymysten parissa seksuaaliterapian näkökulmasta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94). Plissit- malli kuvaa työntekijän yksilöllisiä valmiuksia

seksuaalisuuden käsittelyyn, esimerkiksi seksuaalineuvontaa voidaan kuvata seuraavan Plissit-kaavion avulla (kuvio 1). Kaavion neljä eri tasoa kuvaavat erilaisia lähestymistapoja silloin, kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia. Tasot edellyttävät työntekijältä ylhäältä alaspäin mentäessä yhä enemmän tietoa ja taitoa seksuaalisuuden osa-alueilla. Kaaviossa kukin pylväs kuvaa yhtä ihmistä tai tapausta. Malli on tässä sovellettu terveydenhuollon kenttään. (Ilmonen 2008, 79.)



Kuvio 1. Plissit model (Mercer 2008, 349).

P (permission) = Luvan antaminen tai salliminen, kannustaa terveydenhuollon ammattilaisia nostamaan asioita esille.

LI (limited information) = Rajatun tiedon antaminen, tarkoittaa tiedon antamista kohdennetusti juuri siitä asiasta, josta tietoa puuttuu.

SS (specific suggestions) = Erityisohjeiden antaminen, voivat liittyä vuorovaikutukseen tai elämäntapaan tai ne voivat olla erilaisia tehtäviä.

IT (intensive therapy) = Intensiivinen terapia.

Luvan, tiedon antamisen ja jossakin määrin erityisohjeiden antamisen tasot muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan sanoa seksuaalineuvonnaksi. Ihannetilanteessa neuvonnan tulisi toteutua niin terveydenhuollossa kuin sosiaalitoimen peruspalveluissa. Pidemmälle mentäessä erityisohjeiden antamisessa tarvitaan erikoispalveluja kuten seksuaaliterapiaa. Plissit- mallin eri tasot kulkevat limittäin toistensa kanssa, esimerkiksi luvan antaminen sisältyy kaavion kaikkiin tasoihin; tiedon, ohjeiden ja tehtävien

antamiseen tai terapian tekoon. (Ilmonen 2008, 79-80.) Plissit- tasolla 3 ja 4 vaaditaan seksologian koulutusta ja siitä syystä ei aihetta tässä työssä enempää käsitellä.

5.1 Luvan antaminen

Luvan antaminen tarkoittaa myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja sen erilaisiin ilmenemismuotoihin. Luvan antamisen myötä asiakas voi saada sanallisen tai sanattoman viestin siitä, että hän on ”normaali”, ja että hänen seksuaalisuuteen liittyvät ajatukset, tarpeet, tunteet ja toimintansa ovat sallittuja ja tavallisia. Yleensä asiakasta helpottaa tieto siitä, ettei hänessä ole mitään vikaa ja ettei hän ei ole yksin huolenaiheensa kanssa, vaan muillakin on samanlaisia ajatuksia, käyttäytymistä ja fantasioita. (Ilmonen 2008, 80.) Seksuaalisuuteen liittyvissä kohtaamisissa riittää, että asiasta on lupa puhua ja asiakkaan kysymyksiä ja ajatuksia pystyy kuuntelemaan. Luvan antamisessa heijastuu myös se, että seksuaalisuus kuuluu arkeen yhdessä muiden elämänalueiden esimerkiksi liikunnan kanssa. Ammatillaisen olisi tärkeä tietää mistä löytyvät vastaukset asiakkaan kysymyksiin ja mihin voidaan ohjata saamaan lisätukea. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 96.)

Kysymyksen muodosta voi yleensä päätellä, että asiakas on hakemassa lupaa johonkin, esimerkiksi aloittamalla lauseen ”Onko normaalia...?” tai ”Onko tavallista...?” Oikeutta ei kuitenkaan voi antaa mihin tahansa, sillä työntekijää ohjaa lainsäädäntö, joka on yksi tärkeä mittapuu sosiaali- ja terveysalan toiminnassa. Oman arvomaailmansa siirtäminen suoraan asiakkaalle ei ole myöskään ammatillista toimintaa, oman mielipiteensä voi kuitenkin puolueettomasti kertoa. Parhaimmillaan luvan antaminen voi auttaa asiakasta löytämään yksilöllisen sekä omaan elämäntilanteeseen sopivan tavan toimia seksuaalisesti sekä hyväksyä oma seksuaalisuutensa. (Ilmonen 2008, 81.)

5.2 Tiedon antaminen

Rajatun tiedon antamisessa korostuu terveydenhuoltohenkilöstön tärkeä rooli tiedon jakajana ja neuvonantajana. Informaatiota annettaessa on muistettava asiakkaan henkilökohtainen maailma ja sen vaikutus tiedon saannin tarpeisiin. Asiakkaalle kannattaa kertoa, mistä asiallista ja nykyhetkeen sopivaa tietoa voi saada, kuten kirjavinkkejä,

internetsivuja yms. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 99-100.) Tämä taso edellyttää niin hoito- ja hoivahenkilöstöä kuin fysioterapeuttejakin kertomaan asiakkaalle konkreettisen sairauden, vamman ja terveydentilan vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä parisuhteeseen. (Areskoug- Josefsson & Gard 2015, 391.)

Plissit- mallin tasolta kaksi ei voi edetä, jollei asiakas ole ensin saanut kokemusta siitä, että työntekijä antaa luvan keskustella seksuaalisuudesta. Keskustelun jälkeen työntekijän olisi hyvä reflektoida omaa työskentelyään, omia sanojaan ja omia tunteitaan kriittisesti. Ainoastaan näin voi kehittyä työssään paremmaksi. Asiakkaan kanssa kannattaa keskustella useammin kuin kerran, mikäli asiakas niin haluaa. Omien rajojen ja taitojen tunteminen on tärkeää ja tarvittaessa tulee ohjata asiakasta eteenpäin esimerkiksi seksuaalineuvojalle tai seksuaaliterapeutille. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 99-100.)

6 AMMATTIETIIKKA

Ammattietiikan tarkoituksena on pohtia työtä ja ammatillisuutta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 122). Ammattietiikassa määritellään se millaisia ovat hyvät menettelytavat erilaisissa asiakastyötilanteissa. Koska mikään ohjeisto ei voi kattaa kaikkia mahdollisia tilanteita, vaatii eettisyyden ylläpitäminen aktiivista pohdintaa ja ohjeiden soveltamista. Ammattietiikan periaatteet ovat samankaltaisia terveys- ja sosiaalialalla. Ohjeistuksien tavoitteena on asiakkaan oikeuksien turvaaminen ja työn korkean laadun varmistaminen. Itsemääräämisoikeus on asiakkaan oikeuksista tärkein ja se edellyttää muiden oikeuksien toteutumisen. Ohjeistamisen lisäksi ammattietiikka antaa turvaa työntekijälle, sillä eettisten ohjeiden mukaisesti toiminut on paremmassa asemassa valitus- ja riitatilanteissa kuin ohjeita laiminlyönyt. (Paalanen 2011, 21.)

Ammatillinen työskentelytapa tarkoittaa ammatillaisen roolin omaksumista ja rooliin liittyvien vaatimusten täyttämistä. Eettisessä arvioinnissa tarvitaan sekä konkreettisia menetelmiä, että eettisten kysymysten tunnistamista saumattomana osana arjen työskentelyä. (Paalanen 2011, 20- 21.) Korkeatasoisen ammattietiikan ylläpitäminen vaatii

herkkyyttä. Eettiseen työskentelyn kannalta olennaista on kiinnittää huomio neuvojana omien työskentelytapojen, asenteiden ja käytäntöjen kriittiseen arviointiin. Ammatillaisen tulisi olla neutraali suhteessa asiakkaan arvomaailmaan, perustaa neuvontansa tieteelliseen tietoon ja parhaaseen mahdolliseen näyttöön, toimia asiakaslähtöisesti, ja toimia kunnioittavassa ja rakentavassa dialogissa asiakkaan kanssa yhteisymmärryksen varmistamiseksi. (Paalanen 2011, 23.)

7 VAMMAISUUDEN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN

Vakava vammautuminen käynnistää yksilöllisen kriisireaktion. Sokkivaiheessa tunteet vaihtelevat raivosta, surusta, hädästä ja hämmennyksestä täydelliseen tunteettomuuteen, järjeistämisen yritykseen tai tapahtuneen kieltämiseen. Sokin jälkeen, reaktiovaiheessa henkilö yleensä pyrkii mieltämään tapahtunutta, käsittelemään tunteitaan ja kohtaamaan todellisen tilanteen. Tilanteesta riippuen käsittelyvaiheessa käynnistyvät yleensä omat selviytymiskeinot ja niiden aktiivinen etsiminen. Viimeisenä kriisin vaiheena tulee uudelleen suuntautuminen, joka johtaa vamman jonkinasteiseen hyväksymiseen, elämiseen sen kanssa, elämästä luopumiseen tai siirtymiseen takaisin terveen ihmisen rooliin. Yksilöllisyytemme vuoksi kriisin vaiheet ovat kestoaltaan hyvin erilaisia ja ne saattavat ilmetä myös aivan eri järjestyksessä. Kriisin eli sokki- ja reaktiovaiheiden aikana koko elämä ja tulevaisuus ovat myllerryksessä, eivätkä seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvät kysymykset tule edes asiakkaan mieleen tai ne eivät ole ainakaan kovin jäsenneiltyjä. Mikäli seksuaaliset kysymykset tulevat mieleen, ne liittyvät käytännön asioihin. (Rosenberg 2006, 281.)

Vammautunut voi pelätä kumppanin menettämistä, tai sitä, estääkö vamma ihmissuhteiden solmimisen. Tilanteeseen voi kuulua se, että henkilö tuntee itsensä rumaksi ja luotaantyöntäväksi. Pelkoa tuottavat lähinnä käytännön asiat, esimerkiksi seksuaalisuuden nauttimisen kyvyn menettäminen, erektiokyvyn menettäminen, hedelmättömyys sekä orgasmikyvyn menettäminen. Selkäydin- ja aivovammapauksissa seksuaalisuus tulisi huomioida jo heti lähtötilanteessa, vaikka sairastunut ei niitä puheeksi

ottaisikaan. Laajemmat naiseuteen, mieheyteen tai muunlaiseen sukupuolen ilmentymiseen liittyvät kysymykset tehdään vasta myöhemmin (Rosenberg 2006, 282.)

7.1 Keskustelu seksuaalisuudesta vammautuneen kanssa

”Sokki- ja reaktiovaiheessa keskustelun tulee olla selkeää ja valmiita kysymyksiä antavaa.” (Rosenberg 2006, 282.) Keskustelussa tulee keskittyä käytännön asioihin, eikä niinkään käsitteisiin. Asiakkaan jännitystä voi helpottaa se, jos työntekijä aloittaa kertomalla peloista, joita voi esiintyä asiakkaan tilanteessa. Työntekijän aloitteen myötä asiakas kokee, että asioista on luvallista ja tärkeää puhua. Näin voi myöhemmin uskaltautua kertomaan omia kokemuksiaan ja pelkojaan. Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä ja se liittyy kaikkiin elämäntilanteisiin ja siitä syystä seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tulisi liittää myös kirjallisiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin. (Rosenberg 2006, 282.)

Käsittelyn ja uudelleen suuntautumisen vaiheessa henkilö kykenee miettimään minäkuvaansa jo laajemminkin. Tavoitteena on seksuaalisuuden ja minäkuvan kokeminen kokonaisuutena ja se miten kukin pääsee tavoitteeseen, on yksilöllinen. Joillekin ihmisistä riittää puhuminen ja tunteiden purkaminen. Joskus palautuminen käynnistyy jonkun positiivisen, palkitsevan kokemuksen kautta. Osa haluaa käyttää eheytyksen apuna luovuutta, kuten taideterapiaa, musiikkiterapiaa tai vastaavaa. Toisinaan taas tarvitaan seksuaali-, psyko- tai hahmoterapian keinoja. (Rosenberg 2006, 282.)

Arkeen paluu nostaa uusia kysymyksiä ja kokemuksia. Seurantakäyntien ja kuntoutuksen yhteydessä voikin kysyä ilmenneistä käytännön ongelmista, seksuaalisuuden ilmentymisestä, parisuhteesta, peloista sekä suhteesta omaan itseensä. (Rosenberg 2006, 282.) Lisäksi saattaa olla lihasten ja nivelten toimintaan liittyviä kysymyksiä, joihin fysioterapeutin olisi hyvä kyetä vastaamaan, koska nivelet ja lihakset altistuvat eritasoiselle rasitukselle erilaisissa rakasteluasunnoissa. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 391.)

7.2 Selviytymisen tukeminen

”Mahdollisuuksien mukaan on tärkeää normalisoida kysymyksiä ja asioita, joista asiakas on huolissaan” (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016). Mitä tärkeämpiä asioita seksuaalisuus ja yhdyntä ovat vammautuneelle ja hänen mahdolliselle kumppanilleen, sitä suurempi asia on uhattuna. Kun seksuaalisuus on tärkeä osa elämää, sen eheytymiseen panostetaan enemmän ja saadaan nopeammin ja paremmin tuloksia. (Rosenberg 2006, 284.)

Tukemisen muoto tulee aina suhteuttaa vammautuneen henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen ja vamman vakavuuteen. Riittävän tukemisen onnistumiseksi tulee huomioida vammautuneen oma suhde seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään. Lyhyelläkin keskustelulla voidaan selvittää seksuaalisuuden peruskysymykset, kuten elämäntilanne, parisuhteen laatu, seksuaalinen aktiivisuus, suhde kehoon sekä pelot ja toiveet. Tärkeää olisi antaa vammautuneelle mahdollisuus ilmaista niitä tunteita, joita vammautuminen on aiheuttanut. Ammattilaisen tulisi normalisoida esimerkiksi surun, vihan ja masennuksen tunteita. Eheytyksen edellytyksenä vammautuneen kanssa tulisi puhua peloista sekä jo toteutuneista ja kuvitelluista seksuaalisuuden muutoksista. ”On mahdotonta käsitellä pelkkää vammaa tai pelkkää seksuaalisuutta ilman toista, sillä ne vaikuttavat kiinteästi toisiinsa.” (Rosenberg 2006, 285.)

Asiakkaan kanssa keskusteltaessa ei voi valmiiksi olettaa hänen olevan heteroseksuaalinen, jos hän elää parisuhteessa. Ei tule myöskään olettaa, että hänellä on seksielämää tai ei ole sitä. Ei saa olettaa henkilön olevan liian vanha tai liian nuori seksiin. Ei tule myöskään olettaa, että hän pitää seksistä. Yhteenvetona voidaan todeta, että kaikenlainen moralisointi on ehdottomasti kiellettyä. Kunkin yksilöllistä naiseutta, mieheyttä tai muuta seksuaalisuuden ilmentymistä tulee kaikissa tilanteissa kunnioittaa ja tukea. (Rosenberg 2006, 285.)

Oman kehon ja elämän myönteisten asioiden esiintuominen saattaa nopeuttaa prosessista selviytymistä. Niitä voisivat olla selkäydinvammaisella esimerkiksi hyvä parisuhde ja lapset, ystävät, vartalon kauniit kohdat, treenatut käsivarret, kauniit kasvot ja mikä tärkeintä, kyky kokea erilaisia tunteita. (Rosenberg 2006, 285.) Vammautuneen

seksuaalista minäkuvaa ja itsensä hyväksymistä voidaan tukea psykofyysisen fysioterapian keinoin esimerkiksi erilaisten kehonkuvaharjoitusten myötä. Kehonkuvaharjoitusten avulla voidaan ohjata henkilöä korvaamaan mahdollisesti menetettyä osuutta sukupuolielinten seksuaalisuudessa, muistaen kuitenkin kiireettömyys, sillä mielikuvat muuttuvat yleensä hitaasti. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 391.) Tukemisen tavoitteena tulisi olla itseluottamuksen paraneminen ja turhautumien ehkäiseminen. Tavoite on saavutettu, mikäli vammautunut jollain tasolla kokee olevansa oikeutettu täysipainoiseen seksuaaliseen elämään vammastaan huolimatta. (Rosenberg 2006, 285.)

7.3 Seksuaalinen haluttomuus

Vakavaan vammautumiseen liittyy yleisesti seksuaalinen haluttomuus ainakin alkuvaiheessa. Se on normaalia ja antaa tilaa henkisten voimavarojen käytölle, jotta tilanteesta selviydytään. On erittäin tärkeää, että haluttomuudesta muistettaisiin ja ennen kaikkea osattaisiin puhua, huomioiden myös vammautuneen kumppani. Kertomalla haluttomuudesta, asia asetetaan oikeisiin mittasuhteisiin tavallisena sivuvaikutuksena. Parilla lauseella parisuhde voi säästyä vaikeiltakin pohdinnoilta ja arvailulta. ”Erityisesti tulee painottaa sitä, että haluttomuus on yleensä ohimenevä ilmiö, eikä pitäisi kiirehtiä ennen kuin henkilö on siihen valmis.” (Rosenberg 2006, 283- 284.)

Hellyyden ja kosketuksen avulla säilytetään fyysinen yhteys koko prosessin aikana. Sen katkeaminen hankaloittaa yhdyntöjen aloittamista uudelleen ja lisää painetta siitä kumpi uskaltaa tehdä aloitteen. Fyysisen kontaktin poisjääminen voi vaarantaa koko suhteen tulevaisuutta. Kumppanusten olisi hyvä sopia, että toisen lähelle voi tulla tarvitsematta kieltäytyä yhdynnästä. Silloin kumpikin osapuoli voi huoletta tulla lähelle ilman, että hänen pitää joka kerta kieltäytyä yhdynnästä. Ajan antaminen molemmille osapuolille sekä itsetyydytys mahdollistaa rauhan ensin tutustua uuteen tilanteeseen ja muuttuneeseen kehonkuvaan sekä sukupuolitoimintoihin. Pitää muistaa, että terveelläänkin osapuolella voi olla ongelmia haluttomuuden kanssa. Hän saattaa pelätä erilaisia asioita, kuten sitä, että vamma voi pahentua yhdynnästä. Nämä asiat kannattaa selvittää hyvin nopeasti seksuaalisuuden asiantuntijan kanssa. (Rosenberg 2006, 283- 284.)

Itsetyydytys voi olla ihmiselle usein vaikea asia. Sitä vaikeuttaa erityisesti sen harrastamisen myöntäminen ja siitä puhuminen. Kasvatuksella voi olla valtava merkitys siihen millaisena itsetyydytyksen näkee tai kokee. Itsetyydytys saatetaan kokea kumppanin pettämisenä tai likaisena. Siksi siitä tulisi puhua jo heti alku tilanteessa luontevasti ja positiiviseen sävyyn, ennen kuin kumppanusten välit ehtivät tulehtua. (Rosenberg 2006, 284.)

8 AIVOVAMMA

8.1 Aivovamman määritelmä ja diagnosointi

Tapaturman seurauksena syntynyt aivokudoksen vaurio diagnosoidaan aivovammaksi kun päähän on kohdistunut liike-energiasta tai aivoihin tunkeutuneesta esineestä johdettu isku (Aivovammaliitto ry www-sivut 2016). Aivovammoihin johtavia tapaturmia ovat liikenneonnettomuudet, joissa kaikissa ikäryhmissä pyöräilykypärän käyttö vähentää aivovamman riskiä noin 63-88%. Kaatumis- ja putoamistapaturmilla sekä väkivaltatapaturmilla on yhdessä alkoholin ja muiden persoonallisuustekijöiden kanssa tilastollisesti suuri merkitys aivovamman syntyyn. Lisäksi erinäisissä urheilulajeissa kuten esimerkiksi jääkiekossa on korkea riski aivovamman syntyyn. (Aivovammat: Käypä hoito- suositus, 2008.) Taulukossa 1 on esitetty viisi kohtaa, jotka ovat aivovamman todentamisen vähimmäiskriteerit.

Taulukko 1. Aivovamman todentamiseksi esiintyvät vähimmäiskriteerit (Aivovammat: Käypähoito- suositus, 2008).

1. Minkä tahansa pituinen tajunnan menetys.
2. Millainen tahansa muistin menetys, joka voi koskea vammaa välittömästi edeltäviä tai seuraavia tapahtumia.
3. Toimintakyvyn muutos kuten ajan ja paikan tajun hämärtyminen tai sekavuus vammautumisen yhteydessä.
4. Paikallista aivovauriosta osoittava neurologinen oire tai löydös, joka voi olla ohimenevä tai pysyvä.

5. Aivojen kuvantamistutkimuksessa todettu vammaisuus.
--

Pään iskusta seuraa häiriö aivorungon tajuntaa säätelevissä keskuksissa. Henkilön tajunnantaso määritetään tapaturmapaikalla sekä toistuvasti matkalla hoitopaikkaan. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 431.) Pysyviä oireita ei aina välttämättä jää, vaikka vähimmäiskriteerit täyttyisivätkin. Trauman jälkeen esiintyvät oireet eivät aina välttämättä johdu kyseisestä vammasta, joten oireiden ja vamma välillä pitäisi olla kliinisesti looginen ja todennäköinen yhteys huomioiden erotusdiagnostiset tekijät. Aivovammadiagnoosia ei voi myöskään asettaa myöhemmin esiintyvien neurologisten ja neuropsykiatristen oireiden tai neuropsykologisen tutkimuksen poikkeavuuden perusteella. (Aivovammat: Käypä hoito–suositus, 2008.)

8.2 Aivovammojen esiintyvyys

Sairaalassa ensi kertaa aivovammadiagnoosilla hoidettujen potilaiden ilmaantuvuus oli maassamme vuosina 1991- 2000 noin 100/ 100 000. Tilastojen mukaan sairaalassa hoidettiin kuitenkin vain noin 25% kaikista vamma saaneista henkilöistä ja kymmeniä prosentteja jäi merkitsemättä diagnoosirekistereihin. Kaksi kolmasosaa aivovammatapauksista sattuu miehille, sukupuoliero tasoittuu kuitenkin 45 ikävuodesta lähtien. (Aivovammat: Käypä hoito- suositus, 2008.) Vuoden 2008 Käypä hoito suosituksen mukaan Suomessa oli 100 000 henkilöä, joilla oli pysyvä oireileva jälkitila. Jälkitilalla tarkoitetaan tapaturmasta suorien vaikutusten paranemisen jälkeen esiintyviä pitkäaikaisia tai pysyviä muutoksia. (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008.) Vammautuneen omaiset mukaan laskien aivovamma koskettaa noin puolta miljoonaa Suomalaista (Aivovammaliito ry www-sivut 2016).

8.3 Aivovammojen luokittelu

Aivovamman luokittelu tehdään tajunnan tason (taulukko 2) sekä vammamekanismin ja kudosaaurion mukaan (taulukko 3). Aivovamman luokittelu vaikeusasteen mukaan on kliinisesti erittäin tärkeää ja se toimii pohjana useille myöhemmille arvioille. Jopa noin kolmasosa vammoista luokitellaan väärän tasoiseksi niin, että joko mittaria on käytetty virheellisesti tai käytetty arviointimenetelmä on yksinään liian epäluotettava

kertomaan vamman vaikeusastetta. Kaikki luokitteluperusteet ovat keinotekoisia, eikä aivovammojen vaikeusasteessa ole selviä rajakohtia. Vaikeusastetta määriteltäessä käytetään sekä tajunnan tasoa (GCS) että muistiaukkoa (PTA) arvioivaa tai niitä yhdistävää mittaria. (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008.)

Taulukko 2. Aivovamman vaikeusasteen luokittelut tajunnan tason (Glasgow'n kooma-asteikko, GCS) ja muistiaukon keston (PTA) mukaan (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008).

Luokittelu	Vaikeusaste	Taso
GSC	13-15 9-12 =8	Lievä Keskivaikea Vaikea
PTA	<24h (tai <1h) 1-7vrk (tai 1-24 h) >7vrk (tai 1-7 vrk) >4vk (tai > 1vk)	Lievä Keskivaikea Vaikea Erittäin vaikea

Aivovamman ennuste riippuu vamman vakavuudesta ja kokoluokasta, potilaan iästä sekä neurologisesta tilasta. Tajunnan tasoon perustuvassa luokituksessa vammaa kutsutaan lieväksi, jos potilas saa 30 minuutin kuluttua vamman syntymästä GCS-asteikolla 13- 15 pistettä ja keskivaikeaksi, kun pistemäärä on 9-12 (taulukko 2). Vaikeassa aivovammassa itsenäiseen elämään kykenee noin 50% ihmisistä. Kuusi tuntia kestäneen tajuttomuudenkin jälkeen vain joka toinen potilas selviää hengissä, usein nuori henkilö voikin toipua pitkäaikaisesta tajuttomuudesta huolimatta kohtuullisen sosiaaliseen kuntoon. Iällä on siis suuri merkitys aivovammoista selviämisen kannalta. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 435.)

Vammasta seuranneella muistikatkoksella on huomattava merkitys siihen kuinka pitkälle kokonaisvaltaisella kuntoutuksella päästään. Anterogradisella amnesialla (PTA) tarkoitetaan vammahetkestä alkavaa muistikatkosta, joka korjaantuu lievissä vammoissa 24 tunnissa. Seitsemän vuorokautta tai yli neljä viikkoa kestänyt PTA kertoo usein keskivaikeasta ja vaikeasta aivovammasta. Lievällä aivovammadiagnoosilla oireettomaksi toipuu noin 60-85%, keskivaikeissa vammoissa 50% ja vaikeissa vam-

moissa 10-25% ihmisistä. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 435.) Yhteen vammaan voi kuulua kaikki taulukossa 3 mainitut vamman vauriotyypit, mutta avoin ja sulkeinen vamma sulkevat toisensa pois (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008).

Taulukko 3. Aivovammojen luokittelu vammamekanismin ja kudosisvaurion mukaan (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008).

Primääri- Sekundaarivammat	suoranaisesti vammaenergian vaikutuksesta syntyvät kudosisvauriot. primaarivammasta toissijaisesti aiheutuvat patofysiologiset ilmiöt.
Avoimet Sulkeiset vammat	vammat, joihin liittyy kallonmurtuma ja kovakalvon rikkoutuminen. vammat ilman kallon avointa vauriota.
Suorat Epäsuorat vammat	vammat, jotka syntyvät kalloon ja aivokudokseen suoran kontaktin kautta (esimerkiksi pään iskeytyminen alustaan kaatuessa). vammat, jotka syntyvät aivokudoksen hidastuvuuden tai kiihtyvyyden vaikutuksesta (yleensä osamekanismi esimerkiksi liikenneturmissa).
Paikalliset Diffuusit vammat	vammat, joissa aivokudos on vaurioitunut määritettävissä olevalta alueelta. vammat, joissa aivokudoksen vaurioituminen on laaja-alaista eikä ole tarkasti rajattavissa.

8.4 Aivovammasta aiheutuvat oireet

Aivovamman saaneet henkilöt ovat heterogeeninen eli epäyhtenäinen potilasryhmä. Oirekuvaan vaikuttaa vamman vaikeusaste, se ovatko vammat rajoittuneet paikalliseksi ruhjeiksi vai hematoomiksi ja onko ollut diffuusioaksonivauriota, joka kertoo aivojen eripuolilla esiintyvistä hermovaurioista. Vaikka vammautunut olisi fyysisesti oireeton, voi kognitiiviset haitat, muutokset käyttäytymisessä sekä tunne-elämän ongelmat vaikuttaa hyvinkin suuresti henkilön elämään. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 436.)

Aineistojen mukaan huimauksesta ja päänsärystä kärsii 15-80% aivovamman saaneista. Lievemmissä vaurioissa voi esiintyä ylä- ja alaraajojen ekstensiotonus tai yläraajojen fleksiotonusta. Hemipareesia esiintyy paikallisen ruhjeen tai kallonsisäisen verenvuodon seurauksena. Aivovammoissa saattaa myös esiintyä alussa afasiaa, joka korjaantuu aivohermo- oireiden ohella myöhemmin. Anosmia eli hajuaistin puute, näkökenttäpuutos ja ataksia jäävät usein pysyviksi oireiksi. Lisäksi joka kymmenellä aivovamman saaneista henkilöistä esiintyy vapinaa, dystoniaa, pakkoliikkeitä sekä posttraumaattista parkinsonismia, näitä kutsutaan ekstapyramidaalijärjestelmän vaurioiksi. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 436.) ”On hyvä muistaa, että aivovamman

aiheuttamana voi esiintyä lähes mitä oireita tahansa, sillä kaikkia ruumiin toimintamme säädellään aivoissa” (Tenovuo 2005, 13).

8.5 Aivovammasta johtuvat neuropsykologiset oireet

Aivovamma vaikuttaa merkittävästi ihmisten väliseen vuorovaikutukseen sekä sosiaalisten suhteiden luontiin. Aivovammoissa ongelmat esiintyvät yleensä ns. subliinisina kielellisinä häiriöinä, kuten nimeämisvaikeutena, sananlöytämisen vaikeutena, sanansujuvuuden heikkenemisenä sekä kielellisen prosessoinnin hitautena. Vuorovaikutustilanteita hankaloittaa muun muassa se jos vammautuneen tarvitsee seurata useamman henkilön puhetta yhtä aikaa, silloin ryhmässä puheenvuoron ottaminen ilmenee toisen henkilön keskeyttämisenä. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä hankaloittavat myös epäasianmukaiset huomautukset sekä huumorin ja sanattoman viestinnän ymmärtämättömyys. Vuorovaikutusongelmien seurauksena riski syrjäytymiselle kasvaa. Keskeisin psykososiaalinen ongelma aivovammoissa onkin ystävyys-suhteiden väheneminen. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 438- 439.)

Neuropsykiatrisia jälkioireita on raportoitu lievissä tapauksissa 17 %:lla vammautuneista. Taulukossa 4 esitetään tavallisimmat aivovammaan liittyvät neuropsykologiset ja neuropsykiatriset oireet. Vakavampien vammojen kohdalla neuropsykiatriset jälkioireet ovat aina oleellinen osa oirekuvaa. Aivovamman jälkeisten neuropsykiatristen häiriöiden riskitekijöistä tarvitaan vielä lisää näyttöön perustuvaa tietoa. (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008.)

Taulukko 4. Tavallisimmat aivovammojen jälkitiloihin liittyvät neuropsykologiset ja neuropsykiatriset oireet ja löydökset (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2008).

Neuropsykologiset	Neuropsykiatriset
-------------------	-------------------

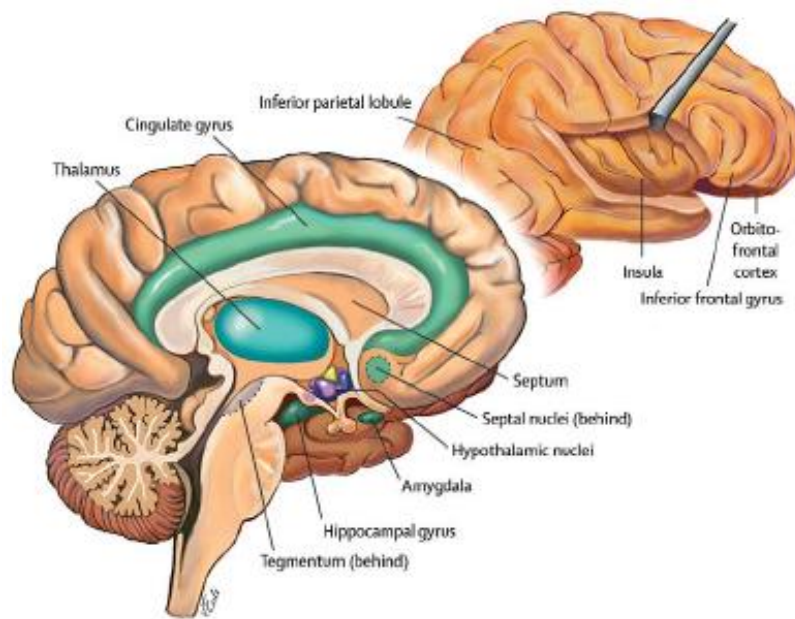
Tarkkaavuuden säätelyn häiriöt, keskittymisvaikeus, häiriytymisalttius Muistin ja oppimisen heikkeneminen Aloite- ja suunnittelukyvyyn heikentyminen Toiminnan ja ajattelun hidastuminen ja juuttuminen Sanallisen ja sanattoman viestinnän vaikeus Oireiden tiedostamattomuus Ärsykeherkkyys Ajattelun konkretisoituminen tai lapsenomaisuus Arvostelukyvttömyys Vireyden säätelyn häiriöt: väsymys ja uniongelmat Rasituksensiedon heikentyminen	Masennus ja ahdistuneisuus Impulsiivisuus, äkkipikaisuus Luonteenpiirteiden latistuminen tai korostuminen Apaattisuus tai yliaktiivisuus Mielialan vaihtelu Hypomania tai mania Psykoottiset oireet; harhaluulot, aistiharhat
---	---

Neuropsykiatri suorittaa huolellisen haastattelun sekä omaisille, että muille läheisille oireiden selvittämiseksi. Haastattelussa käydään läpi vammautuneen persoonallisuuden piirteet ennen vammautumista sekä vammautumisen jälkeen, koska muutokset kognitiivisessa toimintakyvyssä ja vireystilassa vaikuttavat olennaisesti myös käyttäytymiseen ja tunne-elämän muutoksiin. Käyttäytymisen tavallisimpia muutoksia ovat aivovammallisella ärtyneisyys sekä äkkipikaisuuden lisääntyminen. Äkkipikaisuuteen liittyy myös usein aggressiivisuus, joka ei onneksi kuitenkaan johda väkivaltatekoihin. On myös mahdollista, että vammautuneesta tulee entistä tasaisempi ja rauhallisempi. Tunneherkkyuden lisääntyminen sekä tunteiden voimakas ailahtelu on hyvin yleistä, vammautuneen tunnetila voi vaihtua surusta iloon hyvinkin nopeasti ilman selkeää syytä (Tenovuo 2005, 12). Aivovammasta seuranneet neuropsykologiset oireet tulkitaan usein väärän kaltaisiksi toiminnallisiksi psykiatrisiksi häiriöiksi. Oireet tulisi kuitenkin aina ensin diagnosoida neuropsykiatrisiksi elimellisiksi aivo- oireyhtymiksi. (Palomäki, Öhman & Koskinen 2010, 438-439.)

8.5.1 Aivovamman vaikutukset seksuaalisuuteen

Aivot säätelevät kaikkia toimintojamme: seksuaalisuus, halut ja seksi syntyvät aivoissa. Kuviossa 1 on eri aivoalueiden sijainti. Positronisäteilytomografialla ja magneettisella resonanssilla on vahvistunut käsitys siitä, että aivojen muut alueet aktivoituvat seksuaalisen reaktion aikana (kuvio 2). Eroottiset kuvat aktivoivat seksuaalisesti terveillä ihmisillä limbiset ja paralimbiset alueet, joita pidetään tärkeinä seksuaaliselle motivaatiolle, sekä parietaaliset alueet, jotka moduloivat emotionaalisia ja motorisia

reaktioita. (Rees, Fowler & Maas 2007, 512- 513.) Vuoden 2008 ”Käypä hoito- suosituksen” mukaan seksuaalitoimintojen häiriöitä esiintyy eri tutkimuksissa 4–71 %:lla aivovamman saaneista. Taustalla voi olla joko limbisen järjestelmän häiriö, hormonaalinen häiriö, autonomisen hermoston häiriö tai psykogeeninen tekijä. (Aivovammat: Käypä hoito- suositus, 2008.)



Kuvio 1. Aivojen alueet jotka reagoivat seksuaalisen aktivaation aikana (Rees, Fowler & Maas 2007, 512).



Kuvio 2. MRI kuva jossa eri aivoalueet aktivoituvat seksuaalisen reaktion aikana (Rees, Fowler & Maas 2007, 513).

”The Brain injury Questionnaire of Sexuality”- kyselyssä selvisi, että merkittäväällä määrällä traumaattisen aivovamman saaneista havaitaan sopimatonta seksuaalista käyttäytymistä ja seksuaalisia toimintahäiriöitä. Sopimaton seksuaalinen käyttäytyminen liittyy usein nuorempaan ikään, vähäisempään sosiaalisuuteen ja vakavampiin vammoihin, kuten taas seksuaaliset toimintahäiriöt liittyvät usein voimakkaampaan

väsymykseen, masennukseen ja alhaisempaan itsetuntoon, ja ovat ominaisempia naisilla. Vaikka tähän mennessä tehdyt tutkimukset jo osoittavat, että aivovamman saaneet henkilöt kärsivät seksuaalitoimintojen ongelmista, on kuitenkin tarpeellista tehdä lisää tieteellisiä tutkimuksia. Tarkempien tutkimusten pohjalta pystytäisiin tekemään tuloksellisempia kuntoutussuunnitelmia sekä huomioimaan vammautunut kokonaisvaltaisemmin, koska seksuaalisen toimintakyvyn palautuminen on rajallista. (Tuner, Schöttle, Krueger & Briken 2015, 180- 185.)

”Lancet”-artikkelissa kuitenkin todetaan, että päävammoja koskevan materiaalin hankkiminen on hankalaa, sillä hermovammojen aiheuttamat seksuaalisia toimintoja koskevat biologiset vaikutukset saatetaan sekoittaa tilapäisiin mielialan vaihteluihin sekä tuki- ja liikuntaelimestön vammasta seuranneeseen oheiskipuun. Mahdolliset seksuaalisuuden ongelmat määräytyvät sekä tuhoutuneen aivokudoksen kokonaismäärän, että vammojen sijainnin perusteella. Esimerkiksi aivojen etulohkon alueilla oleva vamma aiheuttaa, joko apatiaa ja hyposeksuaalisuutta tai harvinaisemmin estojen vähentymistä ja hyperseksuaalisuutta. (Rees, Fowler & Maas 2007, 514.)

Amerikkalaisen tutkijaryhmän osoittamana 26% miehistä sekä naisista jatkoivat seksin harrastamista kumppaniensa kanssa vakavan päävamman jälkeen. Vakaissa parisuhteissa olevat tutkimukseen osallistujat pidättäytyivät seksistä kaikkein epätodennäköisemmin. Näin ollen seksuaalisen lopputuloksen riippumattomiin määrääviin tekijöihin kuuluvat korkea sairastumisalttius, matala itsetunto, ahdistuneisuus sekä masennus, joka on myös kaikkein vahvin ennakoija. Ihmisten välinen kanssakäyminen on tärkeää naisten seksuaaliselle toiminnalle. Aivovammoista kärsivien miesten kumppanit raportoivat enemmän seksuaalista tyytymättömyyttä 1-7 vuotta vammautumisen jälkeen, kuin aivovamman saaneet miehet. Sukupuolten välinen vertailu paljastaa, että yhdyntäkipu ja vähentynyt kostuminen ovat tyypillisimpiä ongelmia naispuolisilla vammautuneilla. Vastaavasti erektiohäiriöt ja/tai ejakulaatiohäiriöt häiritsevät vammautuneiden miesten seksuaalista toimintakykyä, jopa neljännes ejakulaatiohäiriötäpauksista johtuvat lääkityksestä, erityisesti kohtausten hoidossa käytettävästä tai mielialaa tasapainottavasta lääkityksestä. (Rees, Fowler & Maas 2007, 514.)

8.5.2 Hypotalamuksen vaikutus seksuaalisuuteen

Lääketieteessä viimeisen kymmenen vuoden aikana on kasvanut kiinnostus kaiken tasoisiin traumaattisten aivovammojen aiheuttamiin hypotalamuksen ja aivolisäkkeen vammoihin (Rees, Fowler & Maas 2007, 514). Hypotalamus on kolmannen aivokammion ympärillä, talamuksen alapuolella oleva heterogeeninen joukko tumakkeita. Ne säätelevät elimistön homeostaasia ylläpitäviä toimintoja sekä tahdosta riippumattomia toimintoja. Hypotalamus on endokriinijärjestelmän ja hermoston korkein autonomisen hermoston ohjauskeskus. sen tehtävänä on välittää limbisestä järjestelmästä tulevat tunnetilaa ja motivaatiota säätelevät impulssit fysiologisiksi vasteiksi. Hypotalamus säätelee myös seksuaalitoimintoja monella mekanismilla. Esimerkiksi gonadotropiinin peruserityksestä vastaa tuberaalinen alue ja kuukautiskierron vaihtelusta preoptinen alue. (Soinila 2010, 23.)

Hypotalamuksen taaimmaisen aivolisäkkeen polussa olevia vammoja ei ole arvioitu suhteessa oksitosiinin vajeen rooliin seksuaalitoiminnoissa, oksitosiinilla saattaa olla yhdistävä tai sitova rooli. Oksitosiinia vapautuu seksuaalisen kiihottumisen aikana, jota seuraa piikki, joka saattaa olla joko seurausilmiö tai suuntautua munanjohtimen lihakseen orgasmissa. Tällainen kiihdyttävä toiminta on vähemmän selkeä miehillä. Oksitosiinilla on myös estäviä ominaisuuksia, mikä mahdollisesti helpottaa yhdynnän jälkeistä tyytyväisyyttä ja orgasmin jälkistä ajanjaksoa miehillä. Hormonin merkitystä seksuaalisuudessa ei ole tarkkaan pystytty määrittämään/ selvittämään, mutta joissakin satunnaisissa vaikeissa aivovammatapauksissa saattaa olla hormonituotannon ongelmia, jotka heijastuvat seksuaalitoimintojen ongelmoina. Esimerkiksi kasvuhormonivaje saattaa selkeästi vaikuttaa seksuaalisuuteen vähentämällä sekä energiatasoa, että yleistä hyvinvointia. Uneliaisuushäiriöillä on käytännön merkitystä sekä keskivaikeista ja vaikeista aivovammoista kärsivien mies- ja naispotilaiden seksuaalisten toimintojen kannalta. (Rees, Fowler & Maas 2007, 514- 516.)

9 SELKÄYDINVAMMA

Mekaanisen voiman aiheuttamana syntyy nikamamurtuma, nikaman siirtymä tai väli-levytyrä jota nimitetään selkäydinvammaksi. Selkäydinvammassa hermosolut ovat joutuneet hapettomaan tilaan ja sen seurauksena vaurioituneet tai kuolleet. Selkäydinvaurioita aiheuttavat liikennetapaturmat, putoamiset sekä kaatumiset. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

9.1 Selkäydinvammojen esiintyvyys

Käpylän kuntoutuskeskuksessa tehdyn tutkimuksen perusteella tapaturmaisten selkäydinvaurioiden ilmaantuvuus 30 vuoden ajalta oli keskimäärin 14 tapausta miljoonaa asukasta kohti vuodessa. Tuloksen todettiin olevan jo silloin jonkin verran suurempi. Viitisen vuotta sitten Suomessa arviottiin olevan noin 3 000 ihmistä, jotka olivat saaneet tapaturmaisen selkäydinvamman. Riskiryhmään kuuluu selkärangareumaa sairastavat henkilöt sekä 16–30-vuotiaat miehet, joille vamma syntyy useimmiten liikenneonnettomuudessa. Vammautuneiden elinajan ennuste on lyhempi kuin muulla väestöllä, vaikka viimeisten vuosikymmenien aikana se onkin pidentynyt. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

9.2 Diagnosointi

Traumaattisen selkäydinvamman ensisijaisessa diagnosoinnissa käytetään tietokone-tomografiaa ja AIS- luokitusta, joka kertoo vamman neurologisesta vauriotasosta ja sen täydellisyydestä. Magneettitutkimuksella voidaan tarkastella selkäranganytimen tilaa. Samanaikaisesti vaurion kanssa voi esiintyä hermojuurten ja hermopunosten vaurioita, joita tosin on vaikea erottaa selkäydinvauriosta. Hermojuurivauriota epäillä, jos motorinen heikkous esiintyy yhtä aikaa refleksien puutteen kanssa. Hyvän ennusteen kannalta on tärkeää, että sakraalijuurten toiminta säilyy. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

AIS- lukitus tehdään sairaalaan tullessa sekä leikkauksen jälkeen. Vaurion tason selvittämiseksi käytetään AIS-luokitusta. Mittari määrittelee tunnon ja lihasvoimien osalta vamman suuruuden kansainvälisten standardien (International Standards for the Neurological Classification of Spinal Cord Injury, ISNCSCI) mukaisesti. American Spinal Injury Associationin (ASIA) Impairment Scale (AIS)– luokitus sisältää A-, B-, C-, D- ja E-tasot. Kirjain A tarkoittaa tunnon ja lihasvoimien osalta täydellistä selkäydinvaurioita, B kertoo lihasvoimien täydellisestä ja tunnon osittaisesta selkäydinvauriosta. Kirjaimet C ja D kertovat tunnon sekä lihasvoimien osittaisesta vauriosta. Vammautumisen ensimmäisen kolmen vuorokauden aikana tehdään päivittäin vaurion tason ja tyyppin arvio. Luokitus tehdään vain tajuissaan olevalle henkilölle. Seuranta toteutetaan 3, 6 ja 12 kuukauden välein. Päihtyneelle henkilölle tehdään AIS-tutkimus kun hän pystyy kommunikoimaan. Tajuttomilla tulee epäillä selkäydinvaurion mahdollisuutta sekä matalissa selkäydinvauriotapauksissa huomioidaan aivovamman mahdollisuus. (Selkäydinvamma: Käypä hoito– suositus, 2012.)

9.3 Paraplegisestä selkäydinvammasta aiheutuvat oireet

Tyypillisimpiä selkäydinvauriosta aiheutuvia rajoitteita ovat lihasvoiman sekä tunnon heikentyminen tai puuttuminen. Nämä yhdessä johtavat toiminta- ja liikuntakyvyn menetykseen sekä autonomisen hermoston toiminnan häiriöihin. Autonomisen hermoston toiminnan häiriö vaikuttaa kehon, rakon, suolen sekä sukupuolielinten toimintaan. Paraplegisessä T1-T10 tai T11-L1 tason vaurioissa henkilö liikkuu vaikeammissakin maastoissa itsenäisesti, siirtyy sujuvasti autoon tai wc- pöntölle sekä tarvittaessa lattialta pyörätuoliin. Ruokailu ja omasta hygieniasta huolehtiminen onnistuvat itsenäisesti apuvälineitä hyödyntäen. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Spastisuus kertoo ylemmän motoneuronin vauriosta ja se kohdistuu vartalolle ja tai raajoihin. Spastisuus tarkoittaa lihaksen tonuksen eli lihaskireyden lisääntymistä. Tutkimusten mukaan vuoden kuluttua vamman synnystä kahdella kolmasosasta on haittaavaa spastisuutta. Vammautuneista 41 %:lla on todettu spastisuutta, joka vaikuttaa yleiseen terveydentilanteeseen, päivittäisiin toimintoihin sekä kodin ulkopuoliseen elämään. Spastisuutta on kolmea erilaista, klonusta, ei tahdonalaista rytmikästä supistelua. Koukkusuuntaista spastisuutta, jonka aktivoi kapseli-, iho-, ihonalais-, kosketus-

ja painereseptori. Kolmas, ojennusspasticuus aktivoituu lonkan ojennuksessa. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Spastisuudesta syntyvät ongelmat näkyvät aktiivisen sekä passiivisen liikkeen, raajojen jäykkyyden, kiihtyneiden heijasteiden ja raajojen nykimisen oireina. Vartalolla spasticuus näkyy tuntorajalla, aiheuttaen lihaskramppeja sekä vyömäistä kiristystä. Spasticuutta lisäävät kudonsvauriot, infektiot, ummetus, stressi, erilaiset pelkotilat, väsymys, nivelten liikkumattomuus sekä selkäytimen tai aivorungon ontelotauti eli syringomyelia. Haitallista spasticuutta pyritään lieventämään erilaisin lääketieteellisin keinoin, mutta joskus alaraajojen spasticuudesta voi olla hyötyä esimerkiksi siirtymistilanteissa. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Selkäydinvaurion akuuttivaiheessa lähes kaikilla vammautuneista esiintyy kudonsvauriokipua vamma-alueella ja vamma-alueelta säteilevänä. Kroonista kipua esiintyy 18-96%:lla vammautuneista ja pitkäaikaista kipua 40%:lla sekä päivittäisestä kivusta kärsii noin 25%. Päivittäisiä toimintoja haittaavasta kivusta kärsii kolmasosa vammautuneista. Kivusta on merkittävää haittaa toipumiselle sekä kuntoutukselle. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

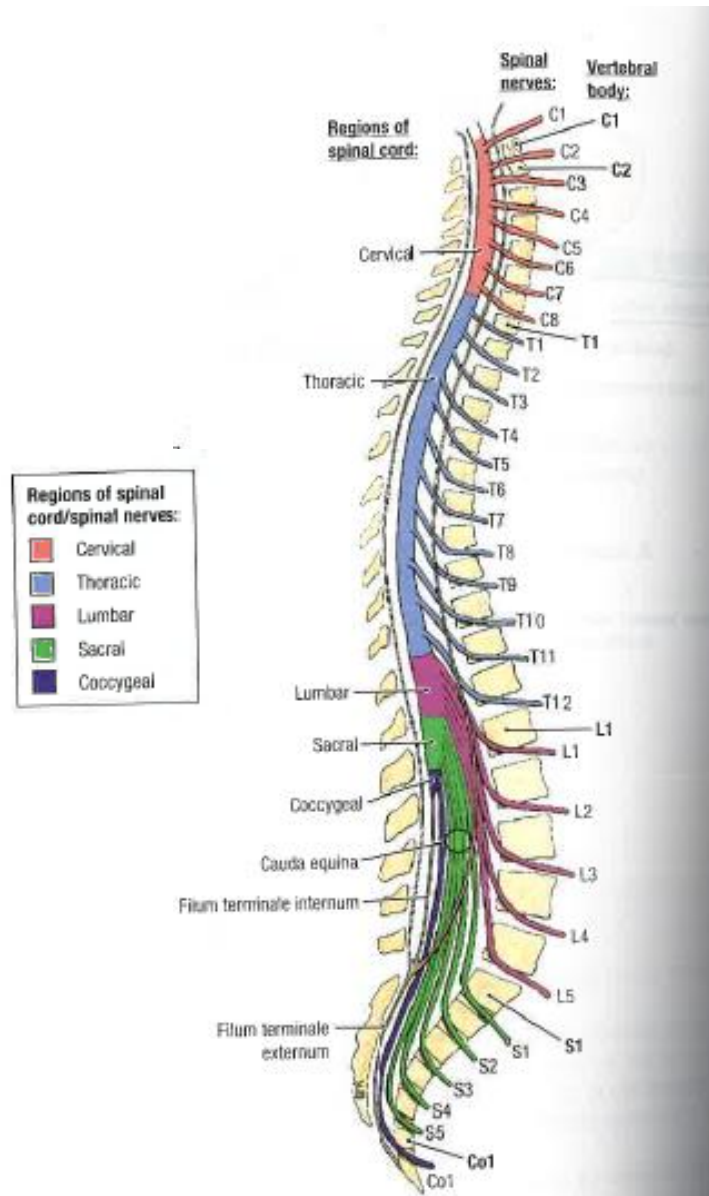
9.4 Selkäydinvamman psyykkinen oirekuva

Alkuvaiheessa esiintyy normaalia mielialan laskua ja vakavaa depressiota eri lähteiden mukaan 20–30 %:lla vammautuneista. Depression hoitoon käytetään masennuslääkkeitä. Jo viikon sisällä vammautumisesta syvän masennuksen oireet lievittyvät puolella. Masennusta ja ahdistuneisuutta voi myös esiintyä ajoittaisena. Selkäydinvammaisista 10-40% kärsii akuuttivaiheessa traumaattisesta stressireaktiosta. Vammautuneen omaisten kanssa työskentely tiiminä on tärkeää ja se edesauttaa psyykkisessä kuntoutumisessa. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

9.5 Selkäydinvamman vaikutus sukupuolitoimintoihin

Selkäydinvaurion seurauksena sukupuolielinten toiminnassa esiintyy lähes aina jonkinlaisia toiminnan ongelmia. Seksuaalisuus olisi tärkeää huomioida heti jo alussa ja

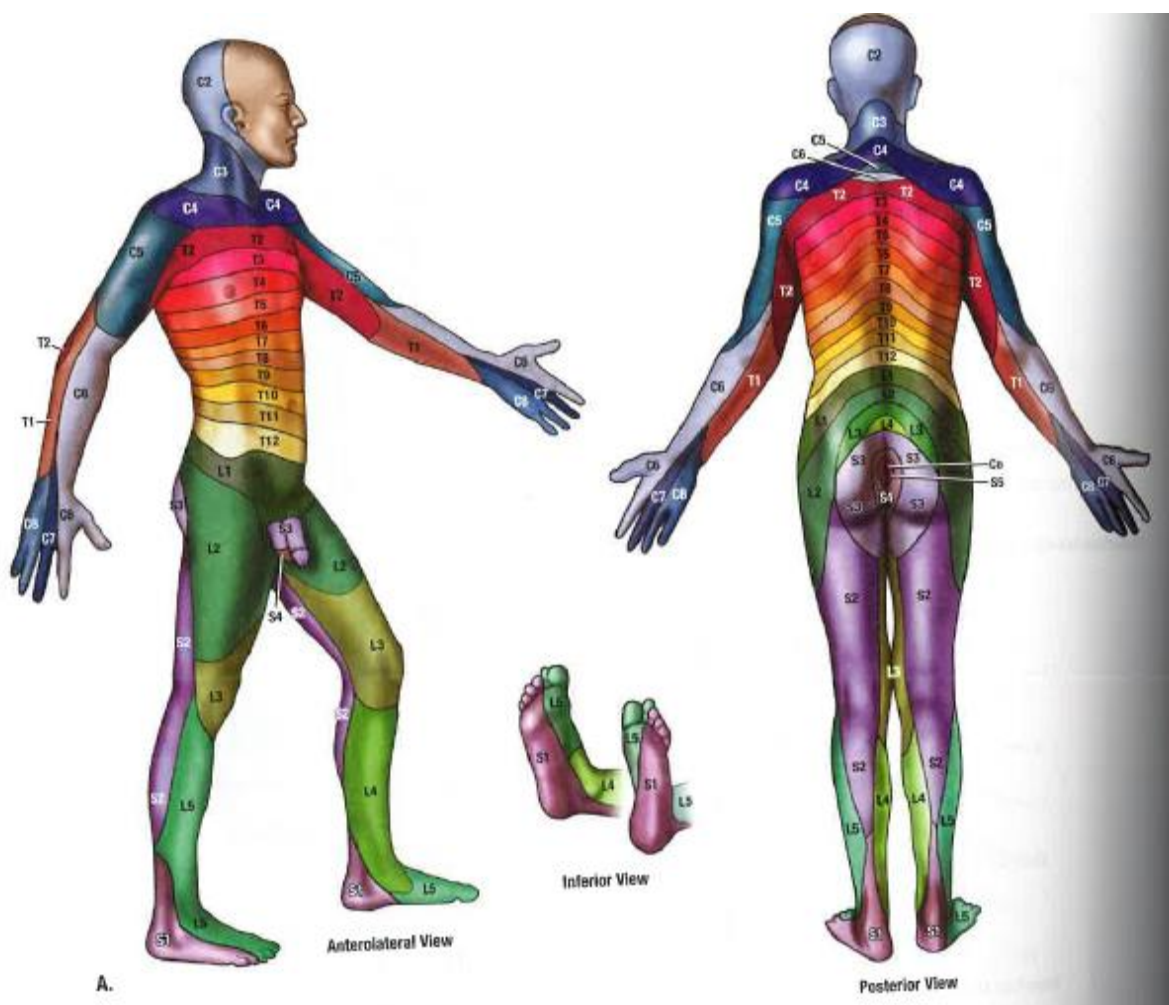
liittää seksuaalineuvonta osaksi kuntoutusta. Tutkimusten mukaan vammautuneiden seksuaalinen aktiivisuus on vähäisempää sekä tyydytyksen saaminen epätäydellisempää kuin ns. terveillä henkilöillä. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012.) Erilaiset tuntoon liittyvät ongelmat muodostuvat erityisen ongelmallisiksi sukupuolielämän kannalta. Paralegissä selkäydinvammassa tunto voi puuttua vammakohdan alapuolelta kokonaan. Kosketustunto voi olla säilynyt, mutta terävän ja tylpän sekä kylmän ja kuuman erottaminen toisistaan saattaa olla hankalaa. Tunnon ongelmat vaikuttavat olennaisesti haluun sekä seksuaaliseen mielihyvän tuntemiseen. Kuviossa 3 selkäydinhermot on merkattu eri värein osoittamaan taulukon 4 ihoalueita, joita selkäydinhermot hermottavat. (Invalidiliitto 2004, 11.)



Kuvio 3. Selkäranka ja selkäydinhermot (Agur & Dalley 2013, 346).

Ihoalueita, jotka aistivat seksuaalista mielihyvää kutsutaan erogeenisiksi alueiksi ja ne vaihtelevat henkilöittäin. Suurimmalla osalla ihmisistä erogeenisia alueita ovat suu, nännit, pakarat, korvalehdet, yläraajojen ja alaraajojen sisäpinnat sekä niska. Usein orgasmin saamisen vaikeus johtuukin heikosta tuntoaistimuksesta tai sen puuttumisesta kokonaan. Parablegisessä selkäytimenvauriossa on myös mahdollista kokea orgasmi lähes samanlaisena kuin ennen. Orgasmin voi myös kokea mielikuvituksen avulla (fatom- orgasmi) ja sen voi tuntea silti yhtä tyydyttävältä kuin ennenkin. Positiivista on, että selkäytimen vauriokohdasta ylöspäin olevat alueet voivat muodostua

hyvinkin erogeenisiksi alueiksi ja niiden hyväily tuottaa seksuaalista nautintoa ja mielihyvää. Läheisyys, rakastelu ja jopa mahdollisesti orgasmiin asti yltävä loppuhuipennus voivat lievittää spastisuutta sekä lihasjännitystä. Toisilla rakastelu voi taas aiheuttaa lisää spastisuutta ja joitakin epämiellyttäviä fyysisiä tuntemuksia kehossa. (Invalidiitto 2004, 11-18.)



Kuvio 4. Ihokartta. Sukupuolitoiminnoille tärkeät tunto- ja liikehermokeskukset sijaitsevat selkäytimessä tasoilla T11-L2 ja S2-4. (Agur & Dalley 2013, 348.)

9.5.1 Selkäydinvamman vaikutukset miehen seksuaalitoimintoihin

Sukupuolitoimintoja ohjaavan tunto- ja liikehermokeskuksen vaurioituminen aiheuttaa miehellä häiriöitä siittimen jäykistymisessä sekä siemensyöksyssä. Mikäli vaurio

sijaitsee ylempänä kuin T11-L2, hermokudokset menettävät yhteyden aivojen säätelyyn, joka näkyy sukupuolitoimintojen häiriönä. Erilaiset ongelmat sukupuolitoimintoissa eivät kuitenkaan ole, eivätkä saa olla esteenä seksuaaliselle kanssakäynnille. (Invalidiliitto 2004, 14-16.)

Suomessa toteutettiin vuosina 1999-2001 poikkileikkaustutkimus, jonka tavoitteena oli arvioida selkäydinvammasta kärsivien miesten seksuaalista aktiivisuutta ja seksuaalista tyydytystä. Koehenkilöt koostuivat aikuisikäisistä helsinkiläismiehistä, joiden osallistumisprosentti oli 79. Vammojen laajuus koostui nelirajajahalvauksesta ja alaraajahalvauksesta. Tutkimukseen kuului strukturoitu kyselylomake ja kliininen tutkimuskäynti, joka perustui American Spinal Injury Association manuaaliin. Tutkijajaparinä työskenteli lääkäri sekä fysioterapeutti. Tutkimus vahvisti jo aiempia tutkimuksia siitä, että selkäydinvammaisella miehellä on vaikeuksia saada orgasmi eikä vamman laajuudella ole vaikutuksia. Tarkemmat tulokset kertoivat, että 86% miehistä koki seksuaalista halua ja, että 68% oli ollut seksuaalisesti aktiivinen viimeisen vuoden aikana. Loukkaantumisen jälkeen 65% oli kokenut orgasmin, mutta arvioivat sen olleen helpompi kuin ennen vammautumista. Miehet joilla oli alaraajahalvaus, kokivat seksielämänsä olevan tyydyttävämpää kuin nelirajahalvauksen saaneet. (Dahlberg, Alaranta, Kautiainen & Kotila 2007, 152-154.)

Matalatasoiset vammat erityisesti selkäytimen hännässä vähentävät merkittävästi erektiokapasiteettia. Eroottiset tunteukset kulkevat selkärangan hermoradoissa lähellä selkäydin-talamusratoja. ”Lancet” -artikkeli esittää, että noin 38 % laajan vamman saaneista miehistä kykenevät saamaan orgasmin. Laajan selkärankavaurion jälkeen vain 4 % korkeamman tason vammoja saaneista miehistä ja 19 % matalamman tason vamman saaneista miehistä kykenivät ejakuloimaan, ja se on suurin huolenaihe miehille, jotka toivovat saavansa lapsia. Siemennesteen laatua heikentää jatkuva istuminen ja sen seurauksena kivesten lämpötilan nousu, siemensyöksyn pois jääminen, sekä jatkuvat virtsatietulehdukset. Selkärankavaurion jälkeinen huono sperman laatu on myös huomioon otettava tekijä. Eturauhasen hermopunoksen transrektaalisen stimulaation aiheuttama vibrostimulaatio tai elektroejakulaatio mahdollistaa sperman saamisen avustettua lisääntymistekniikoita varten. (Rees, Fowler & Maas 2007, 518.)

Vaikka erektio syntyisikin luonnollisin keinon, se ei aina välttämättä riitä yhdyntään. Erektion ongelmana voi olla sen oikean aikainen ilmentyminen sekä lyhyt kesto. Manuaalisten seksiapuvälineiden avulla voidaan saada hyvä erektio aikaiseksi, esimerkiksi vakuumpumpulla tai kiristysrengalla. Lääkehoidolla voidaan useimmissa tapauksissa hoitaa erektiohäiriötä turvallisesti, esimerkiksi suun kautta annosteltava fosfodiesteriäsiestäjä. Lisäksi voidaan käyttää erilaisia injektiomahdollisuuksia, mutta siittimen ihon alle annosteltavat hoidot eivät kuitenkaan ole osoittautuneet niin tehokkaita. (Selkäydinvamma: Käypä hoito–suositus, 2012.)

9.5.2 Selkäydinvamman vaikutukset naisen seksuaalitoimintoihin

Selkärankavaurion on osoitettu vaikuttavan naisilla genitaalineurologian kaikkiin aspekteihin, mukaan lukien genitaalitutemuksiin, emättimen kostumiseen ja orgasmiin. Selkärankavaurion taso ja laajuus määrittävät psykogeenisen ja refleksisen kostumisen säilymisen. Psykogeeniseen kostumiseen vaaditaan T11-L2:n ehyttä tuntoaistimusta. Kyvyn refleksiseen kostumiseen tulisi säilyä, mikäli sakraaliset segmentit ovat ehjät. Laboratoriotutkimukset osoittavat, että naiset, joilla on laajaa S2-S5:n alemman motoneuronin häiriö, eivät todennäköisesti koe orgasmia klitorisen stimulaation tuloksena. Kaikilla muilla vamman tasoilla säilyy mahdollisuus neurologiselle orgasmille vamman laajuudesta riippumatta. Naiset joilla on laajoja vammoja vamman tasosta riippumatta, voivat silti kokea orgasmin kohdunkaulan vibrostimulaation avulla: Tämä reaktiokyky saattaa välittyä kohdunkaulan eheän vaginaalisen hermokudoksen ansiosta. (Rees, Fowler & Maas 2007, 519-520.)

Kuukautiset saattavat jäädä pois korkeintaan vuodeksi selkäydinvaurion jälkeen ja kun ne palaavat saattaa esiintyä vuotojen epäsäännöllisyyttä. Kuukautisten poisjääminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö nainen voisi tulla raskaaksi tänä aikana. Munasolun kehittymisen ja irtoamisen mahdollisuus on syytä pitää mielessä. Jos kuukautiset eivät palaudu noin vuoden jälkeen, on syytä hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle. (Invalidiliitto 2004, 18-19.) Mahdollista raskautta on seurattava huolellisesti ja synnytystapa on valittava tarkoin perustein (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus, 2012).

10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutin opinnäytetyöni toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisältää raportti osuuden sekä oppaan. Opa on koottu opinnäytetyön teoria osuutta hyödyntäen.

10.1 Fysioterapian koulutuksen hyödyntäminen

Fysioterapian opiskelu koostuu erilaisista moduuleista, joihin sisältyy erilaisia kursseja. Jokaisessa moduulissa on oma osaamisen kompetenssi tavoite. Opinnäytetyöni sisällön kannalta tärkeimpiä asiakokonaisuuksia ja tavoitteita käsitellään ammatillisen kasvun sekä viestinnän- ja vuorovaikutusvalmiudet moduulissa. Vuorovaikutustaitoja voi ja tulee kehittää koko elämän ajan. Fysioterapeutin koulutuksessa pyritään antamaan mahdollisimman hyvät valmiudet sekä taidot oman vuorovaikutuksen kehittämiseksi. Toisena opiskeluvuotena on terveyden edistämisen moduuli, jossa mielestäni korostuu fysioterapeutin rooli terveyden edistäjänä ja se kuuluu osaltaan opinnäytetyöni aiheeseen. Terveyden edistäminen näkyy käytännössä asiakkaan kokonaisvaltaisessa ohjeistamisessa, esimerkiksi ruokavalion ja liikunnan vaikutus hyvinvointiin. Fysioterapian terapiataidot moduuliin kuuluu psykofyysinen fysioterapia sekä neurologian molemmat kurssit. Psykofyysisen fysioterapian kurssi auttaa opiskelijoita ymmärtämään ihmisen psykofyysiseksi kokonaisuudeksi, käytännössä se tarkoittaa sitä, että huomioidaan ihmisen mielen vaikutus kehon toimintaan. Neurologian kurssit vaikuttavat oleellisesti siihen kuinka hyvin tämän työn aivo- ja selkäydinvamma kappaleet avautuvat lukijalle, sillä molemmat aiheet ovat laajoja ja opinnäytetyöhön niistä tuli kertoa vain oleellinen. (Satakunnan ammattikorkeakoulun [www-sivut](http://www.satakunta.fi) 2016.)

10.2 Oppaan toteutus

Sosiaali- ja terveystieteiden tuotteet ovat tarkoitettu tiedon välitykseen. Informatiivinen tuote on käyttökelpoinen, kun tietoa on sopiva määrä, tuotteessa on tarvittavat tiedot ja sen muoto on tarkoituksenmukainen sekä vastaa käyttäjien tarpeita. Epäselvyyksien välttämiseksi oppimateriaalin asiat kannattaa selvittää lyhyesti ja ytimekkäästi. (Jämsä & Manninen 2000, 54-57.)

Opas on 25 sivuinen ja se on koottu opinnäytetyön teorian pohjalta. Opas on kirjoitettu Satakunnan Ammattikorkeakoulun Word- asetelumallin mukaisesti ja se julkaistaan käyttäjilleen PDF- tiedostona neurologisen opintojakson Moodle pohjassa. Teoria sisältyy oppaan alkuun ja se johdattelee lukijaa sujuvasti lopussa olevaan toiminnalliseen ohjeistukseen sekä helpottaa käytännön työn toteutusta ja asiakkaan tukemista. Oppaan esimerkeissä on mainittu aivo- ja selkäydinvammoista, jotta opinnäytetyön teoria ja opas sointuisivat yhteen. Oppaan loppuun on koottu teosluettelo, josta löytää tietoa kulttuurin vaikutuksesta sekä muista seksuaalisuuteen oleellisesti liittyvistä asioita, joita ei voitu oppaassa käsitellä.

Kuvituksen tarkoituksena on tehdä oppaasta luettavampi sekä koota eri asiakokonaisuuksia yhteen. Kuvien tekijä on kuvataidekasvatuksen maisterivaiheen opiskelija Minna Soittila. Kuvittajalla oli käytännössä katsoen vapaat kädet kuvien toteuttamiseen ja hän saikin oppaasta ensimmäisen version luettavaksi, jotta aihealueet olisivat avautuneet paremmin. Kuvitus on tehty lilan sävyillä, värin sensuaalisuuden vuoksi. Jos mies sukupuoli kuvattaisiin sinisellä ja nainen punaisella värillä, lila voitaisiin ajatella sukupuolet yhdistävänä värinä. Lisäksi lilan sävy on väri, jota ei esiinny luonnossa. Oppaan kansikuva yhdistää oppaan ja opinnäytetyön teorian, sillä selkäydin- ja aivovammat ovat keskeisessä roolissa teoriassa. Aivot muodostavat sydämen, joka kertoo seksuaalisuudesta ja selkäytimet kietoutuvat läheisyydestä yhteen. Kuvien piirtämiseen kului noin kaksi kuukautta jonka jälkeen skannasin kuvat ja liitin ne oppaaseen. Valmis opas on opinnäytetyön lopussa liitteenä (LIITE 1).

Tekijänoikeuslain 1§ mukaan se joka on luonut teoksen, on oikeutettu omaan teokseensa. 5§ mukaan henkilöllä on oikeus teokseen, jonka hän on saanut aikaan yhdistämällä teoksia tai osia teoksista. Kuitenkaan hänen oikeutensa eivät rajoita oikeutta alkuperäisiin teoksiin. (Tekijänoikeuslaki 404/1961, 1§ ja 5§.) Oppaan sisällysluettelo edeltävässä sivussa on työn tekijän sekä kuvittajan nimi ja vain oppaan tekijällä on mahdollisuus muokata ja päivittää opasta. Kolmannen momentin mukaan kukaan ulkopuolinen ei saa muuttaa teoksen arvoa tai omalaatuisuutta loukkaavalla tavalla. (TekL 3§). Tekijänoikeudet voidaan luovuttaa joko kokonaan tai osittain kolmannen momentin mukaisin rajoituksin. (TekL 27§). (Tekijänoikeuslaki 404/1961, 3§ ja 27§.)

Yhteistyösopimuksen mukaisesti oppaan tilaaja on hyvinvointiosaamisalueen fysioterapian koulutusohjelma.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valinta ei ollut minulle helppoa. Tavoitteena oli löytää aihe, josta olisi hyötyä itselleni sekä muille ja että jaksaisin olla aiheesta kiinnostunut koko prosessin ajan. Valitsin toiminnallisen opinnäytetyön, koska se sopi mielestäni paremmin tavoitteisiini, jota hain opinnäytetyölläni. Lisäksi koen toiminnallisen opinnäytetyön olevan minulle sopivampi toteutustapana. Keväällä 2016 harjoittelussa kohtasin selkäydin- ja aivovamma asiakkaita sekä tilanteita, jolloin seksuaaliset kysymykset olivat terapeuttien mielessä keskusteltaessa asiakkaan elämästä. Valitettavasti seksuaalisuusasioita ei kuitenkaan otettu esille asiakkaan kanssa syy siihen oli se, ettei terapeuteilla ollut omasta mielestään työkaluja asiasta keskustelemiseen ja ettei asia heidän työnkuvaansa kuulunut.

Harjoittelussa käytyjen keskustelujen kautta lähdin miettimään, miksei fysioterapeuteilla ole työkaluja asiasta keskusteluun ja ylipäätään sitä, kenellä niitä sitten on? Lähes kaikissa lukemissani englanninkielisissä artikkeleissa kritisoitiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutusta seksuaalisuuden osa-alueilla. Artikkeleiden johtopäätökset syntyivät hyvin pitkälti terveydenhuollon ammattilaisten omien kokemusten myötä. Myös fysioterapeuttien koulutuksen suhteen todettiin sama ongelma, ”Physiotherapy theory and practice”- lehdessä. Tämä on valitettavaa, sillä peruskoulutuksen puutteet voivat heijastua työskentelyyn ainakin alkuvaiheessa. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 393.) Seksuaaliterveyden edistämisen osa-alueen lisääminen peruskoulutukseen ei tarvitsisi suuria toimia koulun puolesta. Seksuaaliterveyden edistäminen voitaisiin liittää esimerkiksi psykofyysisen fysioterapian kurssin yhteyteen sähköisenä materiaalina, kuten tekemäni opas. (Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut 2016.) Peruskoulutuksessa olevien lisämateriaalien saaminen on kuitenkin koulun käytänteistä ja opettajasta riippuvaista. Selvää on, ettei peruskoulutuksessa voida

käsitellä kaikkea ja, että opiskelijoiden oletetaan perehtyvän johonkin aiheisiin itseenäisesti oman mielenkiinnon mukaan. Tärkeämpänä kokisin sen, että koulutuksessa osattaisiin kertoa seksuaalisuuden olevan tärkeä osa ihmisen hyvinvointia ja, että myös fysioterapeutilla voi olla valmiuksia asiasta keskusteluun mikäli kokee siihen pystyvänsä. Tällä tavoin häilytettäisiin rajoja eri asiakokonaisuuksien välillä ja muutettaisiin ajatuksia siitä, että jokin asia kuuluu vain tietyille ammattiryhmälle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Areskoug-Josefsson & Gard 2015, 393.)

En tiedä miksi seksuaalisuus on niin myytti kansamme keskuudessa. Luulisin, että osa syy siihen on historiassamme, jolloin seksuaalisuudesta ja seksistä piti vaieta. Aihe on myös hyvin henkilökohtainen ja koskettaa meitä hyvin läheltä. Läheltä sanasta kumpuaa ajatus siitä miten meidät suomalaiset tunnetaan ihmisinä jotka eivät päästä kovinkaan lähelle toista ihmistä. Jos vertaamme omaa kulttuuriamme Eurooppalaiseen on ihmisten lähelle päästämässä jo eroja tervehdyksestä lähtien. Siellä ihmiset tervehtivät toisiaan jatkuvasti poskisuudelmin. Suomessa on paljon yksinäisiä ihmisiä jotka ovat pitkiä aikoja ilman toisen ihmisen kosketusta. Jo vauvojen on todettu kehittävänsä eritavalla, jos he eivät saa tarpeeksi toisen henkilön fyysistä kosketusta ja hellyyttä. Päädyin taannoin tilanteeseen, jossa vaihto-opiskelija Keksi-Euroopasta kysyi minulta lupaa hyvästellä halauksin ja selitti, että kun teillä suomalaisilla on niin tiukat rajat. Tapauksen jälkeen olen miettinyt asiaa paljon, oliko vaihto-opiskelijoille kerrottu Suomeen tullessaan, että suurin osa meistä pitää etäisyydestä. Vai kulkeeko Euroopassa viesti siitä, että suomalaiset eivät tervehdi halauksin toisiaan. Mielestäni en itse ainakaan ollut antanut vaihto-opiskelijalle kuvaa, että lähelleni ei voi tulla. Luultavasti kuitenkin hän otti varman päälle ja kysyi kohteliaisuudesta. Suomessa saatetaan siis tulla seksuaalisuudesta puhumisen kanssa perässä ja siksi se vielä saattaa heijastua ongelmana sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyssä.

Kokemukseni ja lukemani materiaalien pohjalta syntyi ajatus tehdä seksuaalisuuteen liittyvä opas. Aiheen kypsyttely sekä yhteistyökumppanin löytäminen veivät kuitenkin jonkin aikaa. Olin yhteydessä oppaan tiimoilta vanhaan sekä tulevaan harjoittelupaikkaani, mutta heiltä ei valitettavasti löytynyt aikaa yhteistyön onnistumiseksi. Yhteistyösopimus kirjoitettiin keväällä 2016 Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Oppaan tilaajana toimi fysioterapian koulutusohjelma.

Materiaalin hankkiessani huomasin, ettei seksuaalisuuteen liittyviä suomenkielisiä 2010- luvulla tehtyjä asiakirjoja juurikaan ollut. Aluksi tuntui erittäin vaikealta löytää edes jotain seksuaalisuudesta kertovaa materiaalia. Myöhemmin kuitenkin taitojeni karttuessa tiedon hankinnassa aloin löytää seksuaalisuudesta paljon erilaisia lähteitä. Tietynlaisten lähteiden runsaus sai minut joskus hämmentymään siitä, miten rajaisin työni. Myös loppua kohden työn rajaaminen on osoittanut välillä hankalaksi, kun oma mielenkiinto on vain kasvanut aiheesta. Opinnäytetyön raportti osuuden tekemisessä vaikeaksi osoittautui selkäydin- ja aivovamman rajaaminen. Selkäydinvamman rajaaminen on diagnostisesti helpompaa, mutta välillä työtä lukiessani en ollut varma olinko pystynyt rajaamaan asian selkeästi. Selkäydinvammaisten seksioppaissa ei myöskään vammaa rajattu tarkemmin, joka osaltaan hankaloitti työn tekoa. Aivovamman rajaaminen oli tässä työssä vielä hankalampaa. Molemmista löytyi kuitenkin oleellinen ja ajankohtainen tieto, vaikkakin aivovamma Käypä hoito- suositus oli päivitys tilassa.

Minua kiinnostaa neurologinen fysioterapia ja siinä erityisesti aivo- ja selkäysin vammat, siksi valitsin opinnäytetyön raportointiosuuteen aivovamman ja sen vertailukohdaksi selkäydinvamman. Aivovamma on myös lääketieteellisesti vaikeampi ja vielä vähemmän tutkittu kun taas selkäydinvammassa on aina lähes varmaa, että seksuaalitoimintoihin tulee muutoksia verraten vammaa edeltäneeseen tilanteeseen. Selkäydinvammassa seksuaalisuus on myös huomioitu heti kuntoutuksen alkuvaiheessa. Aivoihin kohdistuneissa vammoissa on pystytty selvittämään, että jotakin ongelmaa syntyy seksuaalisuuteen liittyen, joko sukupuolielinten toiminnassa tai käyttäytymisen puolella, joka voi johtaa vammautuneen henkisiin seksuaalisuusongelmiin. Aivovammaa tulee kuitenkin vielä tutkia tarkemmin, jotta kuntoutuksessa pystyttäisiin kohtaamaan vammautunut kokonaisvaltaisesti seksuaalisesta hyvinvoinnista lähtien. Valitsin Plissit- mallin opinnäytetyöhöni, koska sen alkukohdissa ei tarvita niinkään seksuaalialan erityistä koulutusta ja mallia voi toteuttaa ketä tahansa terveydenhuollon ammattilainen. Plissi- mallia käytetään myös Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen [www-sivulla](http://www.sivulla) ohjeistuksissa, joissa puhutaan kaikkien sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevien henkilöiden ammatillisuudesta kohdata seksuaalisuusasiat (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2016).

Oppaan suunnittelun alkuvaiheessa olin päättänyt jo, että sen alkuun sisältyy teoriaa sillä se lisää mielestäni käytettävyyttä ja auttaa ymmärtämään käytännöllisempää loppuosiota, joka on opinnäytetyöstäni käytännönläheisin kohta. Oppaan kuvittamisesta sain ajatuksen muita oppaita lukiessani, lisäksi koen itse kaikenlaisen tekstin mukavammaksi lukea, jos siinä on jotain visuaalisia osioita mukana. Seksuaalisuudessa on paljon aiheita mitä olisi vielä voinut liittää oppaaseen ja siksi oppaan käyttäjä voi hakea lisää tietoa oppaassa käytettyjen lähteiden ja lisää aiheesta osuuden kautta. Lisäksi tavoitteeni oli tehdä opas, joka on mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs. Ihmiset elävät nopeatempoista elämää ja halusinkin oppaan palvelevan sitä ajattelumallia. Niin kuin edellä jo mainitsin, mielestäni oppaan tärkein viesti on, että fysioterapeutinkin voi toimia seksuaaliterveyden edistäjänä. Moodle mahdollistaa sen, että opas voi olla vapaaehtoisena opiskelun lisämateriaalina fysioterapian koulutusohjelmassa. Se miten paljon opasta luetaan, riippuu neurologisen opintojakson opettajan ohjauksesta sekä oppilaiden omasta kiinnostuksesta aiheeseen. Oppaan olisi voinut toteuttaa myös tekemällä ensin fysioterapian opiskelijoille kysymyslomakkeen, jossa käsiteltäisiin heidän valmiuksiaan puhua seksuaalisuudesta sekä yleistä tietotaidon tasoa asian tiimoilta. Vastauksien perusteella olisi sitten voinut rakentaa oppaan. Luultavammin oppaan sisältö olisi pysynyt lähes samankaltaisena mitä se nyt on. Kyselyn kautta oppilaita olisi valmisteltu paremmin ja se voisi vaikuttaa myös positiivisesti oppaan lukijamäärään. Kaiken kaikkiaan olen kuitenkin tyytyväinen oppaaseen sekä opinnäytetyön teoriaosuuteen sekä niiden toteutustapaan. Tällä hetkellä en osaa sanoa mitä olisin tehnyt eritavalla, mutta kun pääsen käyttämään opasta huomaan varmasti asioita, joita olisin ehkä voinut käsitellä toisin. Vaikeinta oppaan tekemisessä on ollut hyväksyä se, ettei opas tule koskaan täysin valmiiksi.

En osaa tarkkaan määritellä miksi seksuaalisuus ja seksi ovat itselleni aiheena mielenkiintoisia. Olen aina ollut kiinnostunut ihmisistä ja tarkastellut heidän käytöstään erilaisissa tilanteissa. Taannoin omaa minäkuvaa tutkiessani huomasin olevani hyvin seksuaalinen ihminen ja sen näkyvän myös vahvasti toiminnassani. Aiheen teoriaan tutustuessani olen kiinnittänyt huomiota eri tavoin ihmisten seksuaalisuuteen ja siihen miten sen tasot vaihtelevat jatkuvasti erilaisten tunnetilojen mukaan. Opinnäytetyössä sekä oppaassa mainitaan moneen otteeseen asiakkaan kohtaamisesta. Ihmisten välinen kohtaaminen on myös aihe jota olisin voinut käsitellä opinnäytetyössä yhtenä asiakokonaisuutena.

Koen oppineeni erittäin paljon omasta sekä ylipäättään ihmisten seksuaalisuudesta, vamman tai sairauden tuomista erityispiirteistä seksuaalisuuteen sekä miten ottaa seksuaalisuuden huomioon, miten puhua siitä ja tärkeimpänä miten osata tukea ja kuunnella asiakasta. Ajatukseni tehdä työtä seksuaalisuuden parissa, joko fysioterapeuttina tai seksuaaliterapeuttina ovat vain vahvistuneet opinnäytetyön myötä. Olen huomannut opinnäytetyön aiheen olevan mukaansa tempaava ja siksi työn teko on ollut erittäin mielekästä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut minulle melkein vuoden mittainen projekti, jonka aikana olen oppinut pitkäjänteisyyttä. Lisäksi ATK- taitoni ovat parantuneet ja asiatekstin kirjoittaminen on tullut tutummaksi. Jälkikäteen jäi kylläkin harmitamaan se, etten saanut työlleni alkuperäisen suunnitelman mukaisesti ammattilaisen tukea yrityksistä huolimatta. Ajankäytöllisesti olisin voinut työskennellä ahkerammin jo alkukeväällä/ kesällä, sillä nyt työn viimeistely jäi aivan loppuviikoille. Toisaalta huomasin tarvitsevani paljon aikaa asioiden miettimiseen ja pohdiskeluun. Käytin paljon aikaa seksuaalisuudesta kertovien kirjojen lukemiseen ja erilaisiin oppaisiin tutustuen. Työn kirjoitusvaiheessa en ole joutunut vaihtamaan suunnitelmiani ja työskentelyni on ollut alusta asti hyvin määrätietoista, joka on osaltaan helpottanut työskentelyä.

Tulevaisuudessa toivon, että eri terveydenhuollon perusopintoihin lisätään seksuaaliterveyden ohjeistusta, ja että niin fysioterapeuttien kuin muidenkin terveydenhuoltoalalla toimivien ihmisten olisi helpompi kohdata seksuaalisuus. Lisäksi toivon, että aivovammojen ja muiden sairauksien tuomia ongelmia seksuaaliterveyteen tutkittaisiin lisää. Haluaisin myös selvittää tarkemmin ihmisen psykofyysistä hyvinvointia seksuaalisuuden kannalta. Aiheen laajuuden ja nyt jo työn runsaan koon vuoksi en voinut aihetta käsitellä. Toivon, oppaasta olevan apua myös omalle työurallani. Fysioterapeuttina työn löytäminen/saaminen ei ole tällä hetkellä itsestään selvyys ja toivonkin voivani pystyä hyödyntämään opasta jonkinlaisena vahvuutena työtä hakiesani. Hienoa olisi, jos oppaalle olisi käyttö ja pystyisin jatkamaan sen muokkaamista ja ehkä tekemään siihen lisäosia tulevaisuuden työpaikassani. Jatko- opiskelun mahdollisuus on käynyt monesti mielessäni opinnäytetyötä tehdessä. Seksuaaliterapeutin opinnoissa voisin jatkaa nyt tehtyä opasta tai hyödyntää sitä muulla tavalla. Seksuaaliterapeutin koulutus yhdistettynä fysioterapeutin ammattiin antaa minulle myös sy-

vemmän ja paremman tietotaidon auttaa ihmisiä. Seksuaaliterapeutin ammatissa pysyisin myös ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiteissa työskenteleviä henkilöitä seksuaalisuuden kohtaamisessa.

LÄHTEET

Agur, A. M. R. & Dalley, A. F. 2013. Grant`s, Atlas of Anatomy. 13th ed. Wolters Kluwer Lippincott. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Aivovammat. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologisen yhdistys ry:n Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n, Suomen Neurokirurgisen yhdistyksen, Suomen Neuropsykologisen yhdistyksen ja Suomen Vakuutuslääkärien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008 (viitattu 11.9.2016). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Aivovammaliitto ry [www-sivut](http://www.aivovammaliitto.fi). Viitattu 16.5.2016. <http://www.aivovammaliitto.fi>

Areskou- Josefsson, K. & Gard, G. 2015. Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy theory and practice* 6, 390-395.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta, Ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.

Dahlberg, A. Alaranta, H. Kautiainen, H. & Kotila, M. 2007. Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *Journal of rehabilitation medicine* 39, 152-155. Viitattu 7.11.2016. <https://www.medicaljournals.se>

Herrala, H. Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter. L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Oy Duodecim.

Ilmonen, T. 2008. Plissit- malli. Teoksessa M. Ritamo (toim.) *Seksuaalisuus ammatihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa*. Helsinki: Stakes, 79-81.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen, Sosiaali- ja terveystalalla. Helsinki: Tammi.

Kannisto, M. & Alaranta, H. 2010. Selkäydinvammat. Teoksessa S. Soinila. M. Kaste & H. Somer (toim.) *Neurologia*. 2.-4. uud. p. Helsinki: Oy Duodecim.

Ketola, T. 2006. Työntekijän valmiudet. Teoksessa D. Apter. L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Oy Duodecim.

Mercer, B. 2008. Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaptation of the PLISSIT model. *Journal of Clinical Nursing* 17, 341-349. Viitattu 9.9.2016. <http://www.web-a-ebshost-com.lillukka.samk.fi>

Paalanen, T. 2011. Etiikka seksuaalineuvonnassa. Teoksessa M. Ritamo. K. Ryttyläinen-Korhonen. S. Saarinen (toim.) *Seksuaalineuvonnan tueksi*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Palomäki, H. Öhman, J. & Koskinen, S. 2010. Aivovammat. Teoksessa S. Soinila., M. Kaste & H. Somer (toim.) Neurologia. 2.-4. uud. p. Helsinki: Oy Duodecim.
- Rees, Peter M. Fowler, Clare J. & Maas, Cornelis P. 2007. Sexual function in men and women with neurological disorders 369 :512-516, 518-520.
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D. Apter. L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Oy Duodecim.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut. Viitattu 14.11.2016.
<https://www.samk.solenovo.fi>
- Selkäydinvamma Mies ja Seksuaalisuus 2004. Helsinki: Invalidiliitto. Invalidiliiton julkaisu 0,25, 2004. Viitattu 10.2016. http://inport2.invalidiliitto.fi/pdf/selkaydin-vamma_miesjaseksuaalisuus.pdf
- Selkäydinvamma Nainen ja Seksuaalisuus 2004. Helsinki: Invalidiliitto. Invalidiliiton julkaisu 0,25, 2004. Viitattu 10.2016. http://inport2.invalidiliitto.fi/pdf/selkaydin-vamma_nainenjaseksuaalisuus.pdf
- Selkäydinvamma. Käypä hoito- suositus. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinæ Pyhysicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2012 (viitattu 11.9.2016). Saatavilla Internetistä: www.käypähoito.fi
- Soinila, S. 2010. Kliininen neuroanatomia. Teoksessa S. Soinila. M. Kaste & H. Somer (toim.) Neurologia. 2.-4. uud. p. Helsinki: Oy Duodecim.
- Tekijänoikeuslaki. 1961. L 8.7.1961/404 muutoksineen.
- Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 8.4.2016.
<https://www.thl.fi>
- Turku, A. 2011. Seksuaalineuvonta neurologisten sairauksien yhteydessä. Teoksessa M. Ritamo. K. Ryttyläinen-Korhonen. S. Saarinen (toim.) Seksuaalineuvonnan tuki. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Turner, D. Schöttle, D. Krueger, R. & Briken, P. 2015. Sexual behavior and its correlates after traumatic brain injury. Current opinion in psychiatry 28,(2) 180-185. Viitattu 9.8.2016. <http://journals.lww.com/co-psychiatry>
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

