



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Naistentauteja sairastavan naisen seksuaaliterveys - opas naiselle

Bertin, Cecilia  
Järvinen, Henna

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu



## Naistentauteja sairastavan naisen seksuaaliterveys -opas naiselle

Bertin, Cecilia  
Järvinen, Henna  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Cecilia Bertin ja Henna Järvinen

### Naistentauteja sairastavan naisen seksuaaliterveys -opas naiselle

Vuosi	2017	Sivumäärä	77 + 9 liitesivua
-------	------	-----------	-------------------

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli vastata Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikan seksuaalivonnan kehittämisen tarpeeseen. Opinnäytetyön tilaajana oli HUS Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikka. Hyvinkään sairaalalla ei opinnäytetyön tilauksen aikana ole järjestetty omaa seksuaalivonnan vastaanottoa, jonka vuoksi seksuaalivonnan tarvitsevat potilaat on jouduttu ohjaamaan vastaanotolle Helsinkiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda seksuaaliterveyden opas naistentautien poliklinikan asiakkaille. Opas toimii yhtenä työvälineenä työntekijöille seksuaaliterveyden puheeksi otossa naisille. Oppaan lisäksi tarkoituksena oli tehdä ohjeistus henkilökunnalle siitä, kuinka opasta tulisi käyttää seksuaaliterveyden puheeksi oton välineenä. Oppaan käyttö esiteltiin henkilökunnalle osastotunnilla 3.11.2017.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyönä, jonka tuotoksena oli seksuaaliterveyden opas sekä osastotunnin pitäminen seksuaalisuuden puheeksi otosta. Oppaan luomisessa otettiin huomioon tilaajan toiveet ja kehitysehdotukset sekä hyvän potilasohjeen laatu-kriteerit. Työntekijöiden ohjeet kehitettiin potilasohjeen käyttöönoton tueksi poliklinikalla asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden kehittämiseksi.

Oppaan tavoitteena oli lisätä naistentautipotilaiden tietoisuutta sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen, ja antaa potilaille välineitä huolehtia omasta seksuaaliterveydestään. Tavoitteena oli tehdä potilaille yksinkertainen tietopaketti, josta voi helposti löytää tutkittua tietoa naisen seksuaaliterveydestä. Oppaassa käsitellään naisen seksuaaliterveyttä sairastumisen aikana, ja siinä otetaan lisäksi lähempään tarkasteluun eräitä naistentautien erityisryhmiä. Näitä ovat vulvodynia, vestibuliitti, vaginismi, lantionpohjanlihasten kiputila sekä valkojäkäle ja punajäkälä ulkosynnyttimissä.

Asiasanat: Seksuaalisuus, Seksuaaliterveys, Terveiden edistäminen, Naistentaudit, Seksuaaliohjaus

Cecilia Bertin and Henna Järvinen

**The sexual health of a woman suffering from gynecological diseases - a guide for women**

Year	2017	Pages	86
------	------	-------	----

The purpose of our thesis was to respond to the development need for sexual health advice in the Gynaecological Outpatient Clinic of Hyvinkää hospital. This thesis was commissioned by the Gynaecological Outpatient Clinic of HUS Hyvinkää hospital. At the time of commissioning this thesis, there had been no sexual health advice in Hyvinkää hospital and patients had been referred to a clinic in Helsinki.

The purpose of our thesis was to create a guide for sexual health for the clients of the Gynaecological Outpatient Clinic. The guide functions as one tool for the staff in bringing up sexual health in conversations with women. In addition to the guide, we created guidelines for the staff on how to use the guide as a tool to bring up the topic with patients. The guide and its use was presented to the staff during a ward session on 11.3.2017.

This thesis was carried out as a functional development process, the product of which is a sexual health guide and presentation at a ward session. Quality criteria of good patient guidelines, wishes of the commissioner and feedback during the process were taken into consideration in the process. Guidelines for the staff were created to support the patient guide in order to develop the outpatient clinics client-oriented approach to services.

The guide's purpose is to increase gynecological patient's knowledge of the effects these diseases can have on sexuality and to give patients tools to care for their sexual health. The purpose is to create information in simple form in which a patient can easily find researched information on women's sexual health. In the guide, we talk about women's sexual health during illness, and we also take a closer look at some groups of gynecological diseases, such as ; vulvodynia, vulvar vestibulitis, vaginismus, pain in pelvic floor muscles and lichen sclerosus and lichen planus of the vulva.

Key words: Sexuality, Promotion of health, Gynecological diseases, Sexual health advising

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Naisen seksuaalisuus ja seksuaaliterveys .....	6
3	Seksuaalisuus naisen eri elämänvaiheissa .....	11
	3.1 Seksuaalisuus lapsuudessa .....	12
	3.2 Seksuaalisuus nuoruudessa .....	15
	3.3 Seksuaalisuus aikuisuudessa .....	18
	3.4 Seksuaalisuus ikääntyessä .....	20
4	Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavia sairauksia .....	22
	4.1 Yhdyntäkivut .....	24
	4.2 Lantionpohjanlihasten kiputila .....	26
	4.3 Vulvodynia, vestibuliitti ja vaginismi .....	27
	4.4 Valkojäkälä ja punajäkälä ulkosynnyttimissä .....	34
5	Seksuaalisuus sairastuneena .....	37
6	Seksuaalisuuden tukeminen hoitotyössä .....	43
	6.1 Mitä on seksuaaliohjaus ja -neuvonta? .....	43
	6.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen .....	47
	6.3 Potilaan seksuaalisuuden kohtaaminen naistentautien poliklinikalla .....	50
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	52
8	Opinnäytetyöprosessi .....	52
	8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	52
	8.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	53
9	Opinnäytetyön toteutus .....	56
	9.1 Oppaan suunnittelu .....	59
	9.2 Oppaan arviointi .....	63
10	Pohdinta .....	64
	10.1 Luotettavuus ja eettisyys .....	64
	10.2 Oman toiminnan arviointi .....	65
	10.3 Jatkotutkimusehdotukset .....	70
	Lähteet .....	71
	Liitteet .....	78

## 1 Johdanto

Seksuaalisuus on normaali osa ihmistä. Se on jokaisessa jo syntymän hetkellä ja säilyy kuolemaan asti. Jokainen ihminen kokee ja ilmentää seksuaalisuuttaan omalla ainutlaatuisella tavallaan. Parhaimmillaan seksuaalisuus antaa nautintoa ja iloa sekä toimii voimavarana kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Seksuaaliterveys on kokonaisuus, johon kuuluu ihmisen koko seksuaalinen kehitys sekä sukupuolielimiin ja sukupuolielämään liittyvät asiat. Terve seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliterveydestä huolehtiminen ovat pohjana itsensä huolenpidolle. Hyvää seksuaaliterveyttä on mahdollista ylläpitää vammoista, häiriöistä tai sairauksista huolimatta.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään naistentauteja sairastavan naisen seksuaaliterveyttä. Työssä perehdytään ensin siihen, mitä seksuaalisuus tarkoittaa ja kuinka naisen seksuaalisuus eri elämänvaiheissa kehittyy. Tässä opinnäytetyössä käsitellään naistentaudeista vulvodyniaa, vestibuliittia, vaginismia, lantionpohjanlihasten kiputilaa sekä valkojäkälää ja punajäkälää ulkosynnyttimissä. Aiheen rajaus on tehty työelämän tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Haluamme kuvata kyseisiä naistentauteja tarkasti, jotta on mahdollista ymmärtää niitä erityispiirteitä, joita seksuaaliterveydestä huolehtiminen kyseisten potilaiden kohdalla vaatii.

Naistentautien kuvauksen jälkeen työssä kerrotaan, kuinka sairastuminen vaikuttaa seksuaalisuuteen ja kuinka seksuaalisuutta voidaan tukea hoitotyössä. Työmme tarkoituksena on lisätä naistentautipotilaiden tietoisuutta sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen, ja antaa potilaille välineitä huolehtia omasta seksuaaliterveydestään. Perehdymme seksuaalineuvonnan ja seksuaaliohjauksen teoriaan, jotka ovat sisällöltään erilaiset. Työssä rakennettava seksuaaliterveyden opas on tarkoitettu tukemaan työntekijöitä sekä seksuaalineuvonnan että -ohjauksen antamisessa. Seksuaalisuuden puheeksi oton välineenä esittelemme PLISSIT-mallin.

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotos on seksuaaliterveyden potilasopas sekä oppaan käyttöön liittyvä ohjeistus työntekijälle. Opinnäytetyön tilaajana on HUS Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikka. Opinnäytetyön tuotos suunnitellaan yhteistyössä toimeksiantajan kanssa, ja oppaan käyttöönotosta ja seksuaaliterveyden puheeksi otosta pidetään osastotunti työntekijöille.

## 2 Naisen seksuaalisuus ja seksuaaliterveys

Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmisyyttä ja yhtenä perustarpeena olennainen osa naisen elämänlaatua, hyvinvointia, terveyttä ja mielenterveyttä. Seksuaalisuudelle ei ole mitään yleisesti hyväksyttävää tai yksiselitteistä määritelmää, koska seksuaalisuus on aina sidoksissa ihmisen elämän muutoksiin ja kulttuuriin, jossa hän elää. Eheän seksuaalisuuden elementtejä

ovat ihmisen kyky olla yhteydessä omaan itseensä sekä toiseen omana ainutlaatuisena itsenä. Seksuaalisuuden tulisi tarjota kokemus riittävän hyvästä minuudesta ja positiivisesta seksuaalisuudesta, jota ei varjosta syyllisyys tai häpeä. Oman kehon arvostaminen vaikuttaa tapaan ilmentää ja kokea seksuaalisuutta, sekä kykyyn ottaa vastaan toisen kosketus ja nauttia siitä. (Cacciatore 2007, 24; Kallio & Jussila 2016, 17, 97, 79; Porras 2009, 30.)

Seksuaalisuus on kokonaisuus, jota tarkastellaan eettisten, biologisten, psyykkisten, ja kulttuurillisten ulottuvuuksien avulla. Näiden ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa yksilön tapaan kokea seksuaalisuus. Seksuaalisuus on hyvin intiimi ja herkästi ihmistä haavoittava osa-alue. Sen loukkaaminen vaikuttaa voimakkaasti ihmisen terveyteen ja johtaa tunteisiin, joita voi olla hyvin vaikea kestää ja käsitellä. Seksuaalisuutta ei tule nähdä ainoastaan suhteessa kumppaniin tai parisuhteeseen, vaan se kuuluu kaikille, myös yksinään eläville. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13, 43; Kallio & Jussila 2016, 17; Ryttyläinen & Valkama 2010, 14; Sironen & Kalilainen 2006, 357.)

Seksuaalisuutta ilmentävät niin sukupuoli-identiteetti, biologinen sukupuoli kuin seksuaali-identiteettikin. Ihmiset ilmaisevat sukupuoltaan maskuliinisesti, feminiinisesti tai erilaisin vaihtelevin yhdistelmin (Lehtonen 2015, 105). Ihmisen seksuaalisuus sisältää monia erilaisia käyttäytymisen ja ilmaisun muotoja. Tämän seksuaalisuuden monimuotoisuuden tunnistaminen edistää ihmisten yleistä hyvinvointia ja terveyttä. Hyvän seksuaaliterveyden ylläpitäminen on mahdollista huolimatta ihmisen vammoista, häiriöistä tai sairauksista. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 22, 32; Mental health aspects of women's reproductive health 2009, 5; Sexual health, human right and the law 2015, 1.)

Terve seksuaalikäyttäytyminen on pohjana itsestä huolenpidolle, hyvälle itsetunnolle, itsensä arvostamiselle ja terveyden edistämiseksi. Seksuaalisuuteen kuuluu useita eri tunteita, joita ovat mm. aistillisuuden, hellyyden, yhteenkuuluvuuden, kontaktin, lämmön, läheisyyden, fyysisen tyydytyksen, turvallisuuden ja avoimuuden tunteet. Osmo Kontula sisällyttää (2008) seksuaalisuuden käsitteisiin muun muassa ihmisen yksilöllisen halun ja kapasiteetin, seksuaaliset toiminnot, seksuaalisuuden halun sekä tyylin. (Cacciatore 2007, 18, 24, 66, 178-179; Kontula 2015, 116; Nuoret ja seksuaalisuus 2014; Working definitions 2002, 5.)

Fysiologialla, biologialla, anatomialla ja kehollisella ulottuvuudella on tärkeä merkitys naisen seksuaalisuudessa. Ihmisen kokemus ja toiminta voidaan tulkita sähköisinä tai kemiallisina reaktioina, jolloin ihminen kokee tunteet kehossaan. Ihmisen keho toimii monen hormonin avulla, joista toiset osallistuvat katalysaattoreina seksuaalisen mielihyvän ja toiset halun synnyttämiseen. Hormonaalisella toiminnalla on iso merkitys parisuhteiden muodostumiselle, riidoille, yhdessä pysymiselle, kaipaukselle sekä seksille. Merkittäviä hormoneja ovat esimer-

kiksi adrenaliini, oksitosiini ja testosteroni. (Bildjuschin & Ruuhilahti 2010, 36.) Näiden hormonien erityis on korkeimmillaan noin 25 vuotiaana, ja laskee iän myötä (Brusila 2011, 161; Virtanen 2002, 25.)

Jokainen ruumiintoiminto vaikuttaa ihmiseen ja hänen psyykkissosiaaliseen ja henkiseen ulottuvuuteensa. Kehollisuuden kokemukset ovat merkittäviä, sillä aktiivinen mielemme saattaa unohtaa seksuaalisen kokemuksemme, mutta keho ei unohda. Ihmisen keho oireilee ja reagoi tilanteisiin ja muistoihin joskus yllättävälläkin tavalla. Keho ja fysiologiset toiminnot eivät kuitenkaan yksinään pysty selittämään rakkautta, seksuaalisuutta, halua ja himoa. (Bildjuschin & Ruuhilahti 2010, 36.) Kaikki ihmiset eivät tunne seksuaalista vetovoimaa lainkaan ketään kohtaan, tai seksuaalisuudella koetaan olevan vain vähäinen merkitys elämässä. Tällöin on kyse aseksuaalisuudesta, josta on olemassa monia eri muotoja. (Asexuality: A Brief Introduction 2012, 6; Ryttyläinen & Valkama, 99.)

Seksuaalisuus on hyvin intiimi ja herkkä osa-alue, jota tulisi lähestyä silkkihansikkain tavoin. Nainen ei toimi ainoastaan viettien ja vaistojen varassa, vaan kommunikoi tunteidensa pohjalta. Ajatukset ja tunteet rakentuvat tiiviissä vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Seksuaalisia kokemuksia kertyy, kun nainen kohtaa erilaisia ihmisiä ja havainnoi ympäristöä, johon reagoi oppimiensa toimintojen ja tunteiden kautta. Jokainen ratkaisee viime kädessä itse, millaisen suhteen seksuaalisuuteen rakentaa ja miten merkityksellinen omasta seksuaalisuudesta muodostuu. Seksuaalisuuden välttäminen tai kieltäminen saavat aikaan helposti noidankehän, jossa seksuaalisuus onkin läsnä koko ajan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 42-43, 46.) Seksuaalisuus on niin intiimi ja herkkä osa-alue, että tavallisesti sitä pyritään suojelemaan tarkoin muiden arvostelulta, torjumiselta ja hyväksymättömyydeltä (Kallio & Jussila 2016, 52).

Seksuaalinen itsetunto on ihmisen sisäinen kokemus, johon liittyy niin kokemus omasta riittävyydestä persoonana, kuin suhde omaan sukupuoleen ja kehoon. Seksuaalinen itsetuntemus vaikuttaa naisen seksuaaliseen itsetuntoon, joka lisää varmuutta itsestään kokonaisuutena. Nainen kokee olevansa kokonaisuudessaan rakastettava, arvostettava, suojeluksen arvoinen ja riittävän hyvä silloin, kun itsetunto liittyy vahvasti uskottuun ja opittuun positiiviseen minäkuvaan. Hyvällä itsetunnolla varustettu nainen kestää yleensä paremmin pettymyksiä ja selviää niistä vähemmällä. Hyvä seksuaalinen itsetuntemus ja itsetunto auttavat naista pitämään paremmin rajoja suhteessa toisiin ihmisiin, kun omat tarpeet ja halut ovat selkeitä itselle ja niiden puolustaminen tuntuu oikealta. Oman vähäisyyden tai arvottomuuden kokemus heikentää kykyä suojata itseään ja puolustaa rajojaan intiimeissä ja läheisissä ihmissuhteissa. Oman kehon arvostaminen mahdollistaa myönteisen suhtautumisen omaan seksuaalisuuteensa. (Kallio & Jussila 2016, 66-68.)



Kaikkiin seksuaaliohjelmiin ja -toimintoihin tulee ottaa mukaan mielenterveyden edistäminen. Ongelmat pari- ja seksuaalisuhteissa voivat horjuttaa mielen hyvinvointia. Mielenterveyden näkökulma tulee sisällyttää myös asiakkaille ja potilaille jaettavaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaan materiaaliin. Mielenterveyden ja seksuaaliterveyden välisiä risteyskohtia ovat WHO:n mukaan mm. raskauksiin, synnytyksiin, väkivaltaan, keskenmenoihin, gynekologisiin sairauksiin, hiv-tartuntaan, epätoivottuihin raskauksiin, hedelmättömyyteen ja vaihdevuosiin liittyvät ongelmat (Mental health aspects of women's reproductive health 2009, 2). Kaikkiin näihin voi liittyä masennusta, ahdistuneisuutta, surua, mielialan vaihtelua sekä elämänlaadun muutoksia. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 146, 148.)

Seksi on osa ihmisen seksuaalisuutta. Se on toimintaa ihmisen teoissa, sanoissa ja ajatuksissa sekä tähän liittyviä tunteita, ajatuksia, mielikuvia, tarpeita ja haluja. Seksuaalinen halu tarkoittaa kaipausta seksuaalista tyydytystä tuottavaan toimintaan. Se, minkälaista seksiä ihmisellä on, ei välttämättä juuri kerro ihmisen seksuaalisuudesta henkilökohtaisena ominaisuutena (Kallio & Jussila 2016, 69). Seksi voi olla oman seksuaalisuuden monipuolista ilmaisua, seksuaalisuuden nautinnon tavoittelemista ja kokemista kumppanin kanssa tai yksin. Seksin avulla nainen voi myös antaa ja saada rakkautta ja viestittää rakastamisesta. Tunteet syventävät usein seksuaalisia kokemuksia, mikä tekee tunteista usein merkittävän osan seksin laadusta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 134-135; Ryttyläinen & Valkama 2010, 11, 14.)

Naisen seksuaalisella haluttomuudella tarkoitetaan seksuaalisten ajatusten, fantasioiden tai seksuaalisen kanssakäymisen tilapäistä tai pysyvää puuttumista. Ihminen, jolla seksuaalinen halu on vähentynyt tai se puuttuu kokonaan, ei tavallisesti itse tee seksuaalisia aloitteita, eikä hän myöskään itse tästä kärsi. Naisen seksuaalinen halu on hyvin monimutkainen kudelma, joka muodostuu psyykkisistä, kulttuurisista, sosiaalisista, hormonaalisista ja emotionaalisista tekijöistä. Ajoittainen haluttomuus on kuitenkin hyvin tavallista eikä siten luonteeltaan millään tapaa häiriö. Seksuaalinen haluttomuus voi olla luonteeltaan sekundaarista, primaarista, tilannetyyppistä tai yleistynyttä. Haluttomuus voi liittyä kipuihin, psyykkisiin oireisiin, seksuaaliseen taustaan, kasvatukseen, sairastumisen aiheuttamaan minäkuvan muutokseen tai parisuhdeongelmiin. Joskus haluttomuutta esiintyy vain tietyissä tilanteissa, kuten ennen kuukautisia tai niiden aikana tai silloin, kun sairaus aiheuttaa oireita. (Huttunen 2016b; Räsänen 2003; Väisälä 2011.)

Saman persoonan kohdalla seksuaalinen halukkuus voi vaihdella suurestikin naisen erilaisissa elämänvaiheissa. Tähän vaikuttavat useat seikat, erityisesti oma psyykkinen ja fyysinen terveys ja myös kumppanin elämäntilanne. Aikaisemman parisuhteen ongelmat voivat heijastua myös nykysuhteeseen, tai uudessa suhteessa saattaa olla aivan uudenlaisia seksuaaliongelmia. (Venhola & Brusila 2006.) Seksuaalisen halun puute aiheuttaa ongelmia parisuhteessa silloin, kun puolisoiden välillä on halukkuuseroja. Halukkuuserot aiheuttavat stressiä, ristiriitoja sekä

parisuhde-eroja. Seksuaalineuvonnalla voidaan auttaa pareja haluttomuus- ja orgasmiongelmissa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 32.)

Seksuaaliterveys tarkoittaa kokonaisuutta, johon kuuluu ihmisen koko seksuaalinen kehitys sekä sukupuoliemiin ja sukupuolielämään liittyvät asiat (Cacciatore 2007, 31). Seksuaaliterveys ei ole vain sairauden tai vaivojen poissaoloa, vaan kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuutta, seksuaalisia suhteita ja kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia kohtaan. Seksuaaliterveyden toteutuminen edellyttää seksuaalioikeuksien kunnioittamista. Seksuaalioikeuksiin kuuluu yksilön mahdollisuus nauttia seksuaalisuudesta ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 22, 32; Mental health aspects of women's reproductive health 2009, 5; Sexual health, human right and the law 2015, 1; Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, 286-287.) Kaikilla tulee olla oikeus tietoihin ja taitoihin, jotta hän pystyy tekemään vastuullisia päätöksiä omasta seksuaalisuudestaan. Seksuaalikasvatuksen avulla on tarkoitus edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. (Lottes 2000, Nurmi 2000, kts. Alaluhtala 2008, 28; Sexual health, human rights and the law 2015; Sinisaari- Eskelinen ym. 2016, 286-287; WHO 2006, kts. Petäjä 2010, 9.)

Psykoanalyysin kehittäjän Sigmund Freudin mukaan seksuaalisten tarpeiden tyydyttäminen on elämän keskeisimpiä pyrkimyksiä. Freudin teoriassa seksuaalisuus käsitetään laajasti omasta kehosta lähtöisin olevaksi psyykkiseksi mielihyväksi. Ihmisen eri ikävaiheissa kehon eri osien ajatellaan korostuvan tyydytyksen tuottajana ja olevan näin keskeisessä asemassa yksilön psyykkisessä kehityksessä. (Eronen, Kanninen, Katainen ym. 2001, 120.)

Seksuaalista älyä, itsetuntoa ja tietoisuutta voi lisätä monin eri tavoin. Tärkeää on olla läsnä tarpeilleen ja itselleen (Kallio & Jussila 2016, 69). Parasta mitä, aikuinen nainen voi itselleen tehdä seksuaalisen itsetunnon vahvistamiseksi, on kunnioittaa omia tunteitaan riippumatta siitä, kuinka epäloogisilta ne saattavat vaikuttaa, sekä välttää samalla tunteiden torjuntaa ja vähättelyä. (Kontula 2012, 31.) Opittujen ajatusten, mallien ja tunnesisältöjen purkaminen voi vaatia hyvinkin perusteellista työskentelyä. Tämän kautta omaa seksuaalisuuttaan voi ottaa yhä enemmän haltuun ja ilmentää sitä omannäköisesti. On hyvä pohtia, kuinka paljon oma seksuaalisuus on tähän asti todella ollut omaa ja kuinka paljon se on ollut vastauksia muiden sääntöihin, odotuksiin ja hyväksyntään. (Kallio & Jussila 2016, 22.) Kun ottaa vastuun omasta seksuaalisesta tyytyväisyydestään, voi näin paremmin ohjailla siihen liittyviä toimintatapoja ja tunteita. (Kallio & Jussila 2016, 23.)

Naisen tämänhetkinen seksuaalisuus on hänen oman historiansa tuote, ja kyky nauttia vapaasti omanlaisesta seksuaalisuudesta mahdollistuu elämän perusedellytysten ollessa kunnossa. (Kallio & Jussila 2016, 16, 47.) Oman seksuaalisuutensa tunteminen vähentää häpeää ja syyllisyyttä. Tällöin myös armollisuus ja ymmärrys itseään kohtaan kasvavat. Asenteet, luulot

ja syyllisyyden tai häpeän tunteet eivät ohjaa aikuista naista niin voimallisesti silloin, kun niiden olemassaolosta on tietoinen, ja näitä tunteita on pystynyt työstämään. Seksi ja seksuaalisuus tuodaan mediassa usein ilona, hauskanpitoa ja nautintoa tuottavana asiana. Myös tätä seksuaalisuuteen kuuluu, mutta seksuaalisuuden syvälinen olemus pitää sisällään eri tunteiden kirjoa ja koko elämän myös tummine väreineen (Cacciatore 2007, 24; Kallio & Jussila 2016, 23.)

Seksuaalisuus näkyy ajatuksissa, teoissa, sanoissa, toiveissa ja kehonkielessä, ja se muodostuu elämäkokemusten vaikutuksessa. Naisen seksuaalisuus on voimanlähde ja voimavara, joka parantaa itsetuntoa lisäten itsekunnioitusta. (Cacciatore 2007, 178-179; Ihme & Rainto 2014, 9, 98; Kallio & Jussila 2016, 17.) Seksuaalisuus vaikuttaa ihmisten kykyyn välittää tunteita, rakastaa ja luoda ihmissuhteita, ja se voi toimia luovuuden ja elämän rikastuttamisen lähteenä (Virtanen 2002, 14).

### 3 Seksuaalisuus naisen eri elämänvaiheissa

Ihmisen seksuaalisuus ilmenee elämän kaikissa kehitysvaiheissa ja sammuu vasta, kun ihminen kuolee (Ryttyläinen & Valkama 2010, 72). Vanhuksen, aikuisen, nuoren ja lapsen seksuaalisuus on heistä kullakin oman näköisensä, sillä seksuaalisuus kehittyy koko elämän ajan. Seksuaalisuuden kokemiseen vaikuttavat niin psyykinen kuin fyysinenkin terveys. Lisäksi siihen vaikuttavat omalta osaltaan kulttuuri, ympäröivä yhteisö sekä aika. (Kallio & Jussila 2016, 17.) Seksuaalisten tunteiden perusta muodostuu varhaislapsuudessa, ja seksuaalikasvatus tukee seksuaalisuuden kehitystä (Kontula 2015, 116). Ihminen asettuu lapsena, nuorena ja aikuisena osaksi seksuaalisuuden ja sukupuolen laajaa kirjoa, jossa määritellään oma seksuaalisuus monin tavoin ja ollaan erilaisissa seksi- ja seurustelusuhteissa (Lehtonen 2015, 105).

Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan seksuaalisuuden kognitiivisten, emotionaalisten, fyysisten, sosiaalisten ja vuorovaikutteisten näkökohtien oppimista. Seksuaalikasvatus tapahtuu ohjaamalla, neuvomalla, opettamalla tai valistamalla kohdattavia ihmisiä sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 135). Palvelujärjestelmässä tämä toteutuu, kun seksuaalisuutta koskevat asiat otetaan puheeksi suunnitelmallisesti kaikissa potilaiden elämänvaiheissa (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 286-287). Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on tukea ja suojella seksuaalista kehitystä. (Kallio & Jussila 2016, 17; WHO:n Euroopan aluetoimisto/BZgA 2010, kts. Mitä seksuaalikasvatus on? 2014, 7.)

Esittelemme Kätilö Erja Korteniemi-Poikelan sekä lastenpsykiatri Raisa Cacciatoren kehittämän lasten ja nuorten seksuaalisuuden kehittymiseen liittyvät seksuaalisuuden portaavat, jotka ovat esimerkki terveeseen seksuaalisuuden kehityksen aikakausista. Portaisiin kuuluu yksitoista sisäistä kypsyyttä kuvaavaa kehitysporrasta, jotka käsittelevät ihastumista ja rakastumiseen

liittyviä tunteita kolmen eri kerroksen kautta. Nämä kerrokset ovat järki, tunteet sekä biologia. Kaikki kolme kerrosta ovat yhtä tärkeitä, ja ihmisen pitäisi pystyä tasapainottelemaan kaikkien välillä. Jos kehitys kulkee vapaasti ja normaalilla tavalla, niin seksuaalisuuden portaiden viimeisen portaan jälkeen henkilöstä on kasvanut hyvän itsetunnon omaava nuori aikuinen. Tavoitteena on, että ihminen arvostaa sekä itseään että kumppaniaan ja pystyy nauttimaan omasta yksilöllisyydestään ja omasta seksuaalisuudestaan ilman, että vahingoittaa itseään tai toista. (Cacciatore 2006, 209; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 15-19, 136.)

Seksuaalisuuden portaiden lisäksi esittelemme Ryttyläisen ja Valkaman (2010) esittelemän ihmisen seksuaalisuuden kehittymisen. He ovat pohjanneet teoriansa aikaisemmin julkaistuun tietoon, sekä konsultoineet eri alojen ammattilaisia, kuten sairaanhoitajaa, seksuaaliterapeuttia, kliinistä seksologia, erikoislääkäreitä sekä ylihoitajaa.

Matka naisen seksuaalisuuteen on elämänmittainen polku. Aikuinen nainen voikin katsoa taaksepäin pohtien, millaisia eväitä hän on saanut lapsuudessaan seksuaalisuutensa tueksi. On tärkeää tarkastella kaikkia elämän aikana kertyneitä seksuaalisia kokemuksia, ajatuksia, asenteita ja tunteita, jotta tulee tietoisemmaksi omasta seksuaalisuudestaan. Tämän kautta on mahdollista päästä entistä paremmin sinuiksi itsensä kanssa. (Kallio & Jussila 2016, 20.) Oma seksuaalisuuttaan voi helliä, hoitaa ja vaalia, jolloin se antaa kantajalleen enemmän. Hyvinvoiva seksuaalisuus ei näin ole sattumaa, vaan se on yhdistelmä toimintaa, valintoja, ilmaisua sekä arvoja. (Kallio & Jussila 2016, 17.)

### 3.1 Seksuaalisuus lapsuudessa

Psyko-seksuaalinen kehitys tarkoittaa ihmisen sisäistä, näkymätöntä seksuaalisuuden ominaisuutta, ja se kulkee erottamattomana kokonaisuutena lapsen fyysisen ja psyykkisen kehityksen rinnalla. Lapsen seksuaalisuus eroaa merkittävällä tavalla aikuisen tai nuoren seksuaalisuudesta. Sen tarkoituksena on vastata kysymyksiin siitä, onko yksilö hyvä, onko hänestä kumppaniksi kenellekään, ja saako hän nauttia ja kokea mielihyvää. (Riihonen, Laru & Cacciatore 2015, 47.) Lapsen seksuaalinen kehitys on yksilöllinen ja vaiheittain etenevä. Kehitykseen liittyy niin lapsen kehitysaikataulut, temperamentti että ympäristö ja kokemukset. (Riihonen ym. 2015, 50.)

Lapsuuden monivaiheisen kehitysprosessin tavoitteena on saavuttaa aikuisen fyysinen, toiminnallinen ja psyykinen kypsyys. Psyko-seksuaalisen kehitysprosessin omatahtinen eteneminen mahdollistaa kypsän aikuisen seksuaalisuuden kehittymisen. Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää saada kokemuksia siitä, että on arvokas ja rakastettu omana itsenään. Psyko-seksuaalinen kehitys on oleellinen ihmisyyteen liittyvä asia, jonka kautta ystävyys,

kumppanuus, rakkaussuhteet ja tyydyttävä seksuaalielämä mahdollistuvat. Vanhemman ehdoton rakkaus saa lapsen rakastamaan itseään, mutta kokemukset vanhemman hylkäämisestä voivat johtaa hankaluuksiin lähisuhteissa aikuisuudessa. Tämän vuoksi seksuaalikasvatuksen tulisi alkaa nimenomaan pikkulapsiaikana, jolloin lapsi oppii arvostamaan itseään, kehoaan ja omia kykyjään. (Riihonen ym. 2015, 54.)

Seksuaalisuudella ihminen hakee ihmisten lähentymistä, hellyyttä ja turvallista syliä. Lapsuuden seksuaalisuus on ihmettelyä, uteliaisuutta, tietojen kokoamista, omaan kehoon tutustumista, läheisyyden opettelua, turvan ja huolenpidon sekä lohdun ja mielihyvän kokemista. Pieni lapsi on estoton ja utelias seksuaalisuutensa suhteen, ja aikuisten tulisi ehkäistä lapsen altistuminen tiedolle ja materiaalille, joka ei kuulu hänen kehitystasoonsa. Nykymaailmassa lapsia ei ole mahdollista suojata tiedolta täysin, sillä aikuisten tietomaailma ja lasten tietomaailma eivät ole enää erillisiä. (Cacciatore 2006, 54, 205-206, 222; Spisak 2015, 141.) Lapsi myös huomaa, että vanhemmilla on jotakin sellaista, mihin hän ei pääse osalliseksi. Lapsi ei käsitä aikuisten seksuaalista halua, mutta lapselle sallitaan hänen omaan seksuaalisuuteen liittyvät lorut, leikit ja piirustukset. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 77.)

Lapsen kokema läheisyys, turva sekä hellyys kiintymyssuhteessa on olennaista alle neljään vuotiin lapsen kehityksessä. Kiintymyssuhde on lapsen ensimmäinen emotionaalinen ihmissuhde, jossa lapsi kiintyy turvalliseen aikuiseen. Lapsen ja perheenjäsenten kiintymyssuhteiden piirteet ja laatu vaikuttavat perususkomusten syntymiseen siitä, kuinka hänen tulee toimia, jotta hän saa aikuiselta riittävästi hoivaa ja turvallisuuden kokemuksia. Näin ollen varhaiset kiintymyssuhteet ovat perusta myöhemmille ystävyyden- ja parisuhteille. Tutkijat ovat jakaneet kiintymyssuhteiden laadullisesti turvalliseen, välttelevään, ristiriitaiseen ja kaottiseen. (Eronen ym. 2001, 119; Riihonen ym. 2015, 49-50.)

Hellän kosketuksen määrä vaikuttaa suuresti lapsen kehoitsetunnon kehittymiseen. Varhaisessa vuorovaikutuksessa on tärkeää läheinen ihmissuhde, jossa rauhoittavan kosketuksen ja katsekontaktin avulla haetaan vauva läsnäolevaksi tähän hetkeen ja yhteyteen toisen ihmisen kanssa. Vauva on luonnostaan ylpeä kehostaan, pitää jokaista kehonsa osaa hyvänä ja tuntee mielihyvää koko kehollaan. Lapsen uteliaisuus saa hänet tutkimaan omaa kehoaan ja sen toimintoja. Sukupuolielinten koskettelu tuoman mielihyvän ja turvan lapsi löytää usein jo varhain. Sukupuolielinten koskettelu on hyvää harjoitusta lapsen tuntoaistimusten kehittymiselle. (Fonagy ym. 2002, kts. Riihonen ym. 2015, 48; Jussila & Kallio 2016, 103; Ryttyläinen & Valkama 2010, 74, 76.)

Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 74-76) mukaan ensimmäisen kuudentoista kuukauden aikana lapsen tyydytys ja nautinto tapahtuvat suun kautta imemisenä. Suuhun liittyvät hyvänolon

tunteet säilyvät läpi aikuisuuden myös seksuaalisuuteen liittyen (Eronen ym. 2001, 119). Maidon imemisen lisäksi vauvan mielikuvissa ovat äidin tuoksu, sekä pehmeä syli, ääni ja äidin hellä katse. Lapsi ymmärtää noin 18 kuukauden ikäisenä, että on olemassa tyttöjä ja poikia, joilla on erilaiset kehot. Tytölle on tärkeää kertoa lapsen ymmärryksen mukaisesti piilossa olevista sukupuolielimistä. Oraalikauden jälkeen on vuorossa anaalivaihe, joka on 1,5-3 vuoden iässä. Lapsi tiedostaa anaalivaiheessa oman sukupuolensa ja tietoisuus omasta kehosta lisääntyy samoin kuin erillisyys äidistä. Lapselle on tärkeää oppia vihan ja rakkauden tunteita samaa henkilöä kohtaan. Kahdenvuoden iässä tyttölapsi ymmärtää olevansa tyttö. Hänen sukupuolielimensä muistuttavan äidin sukupuolielimiä ja lapsi samaistuu samaan sukupuoleen.

Lapsi oppii yksityisyyden ja rajojen merkitystä 2-8 vuotiaana. Lapsi kaipaa hellyyttä ja osoittaa sitä myös muille. Rakkaus, tykkääminen, ystävyys ja empatia ovat terveellisiä ja hyväntahtoisia tunteita, jotka saavat lapsen viihtymään toisten seurassa. Tässä vaiheessa tykkäystoverin sukupuolella ei usein ole lapselle mitään merkitystä. Siihen, miten lapsi osoittaa hellyyttään, vaikuttavat erot perheissä, kulttuureissa sekä yksilöissä. (Riihonen, ym. 2015, 51.)

Lapsi kokee tärkeäksi, että hänelle kerrotaan, miten kehosta puhutaan ja miten sitä kohdellaan. Lapselle on tärkeää opettaa oikeat nimet kaikille kehon osille, sekä seksuaalisuuteen liittyvien termien, kuten intimitietin, merkityksen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 76.) Lapsen tulee saada tietää, että kaikki ei ole sopivaa muiden seurassa, mutta jokainen saa kosketella omaa kehoaan vapaasti omassa rauhassa. Lapsen itsetydytystä kutsutaan unnutukseksi, ja se voi olla lapselle rauhoittumisen ja itsesäätelyn tukikeino. Unnutus ei ole vahingollista, eikä siihen tulisi suhtautua kielteisesti. Sen sijaan lasta kannatta ohjata unnuttamaan omassa rauhassa. (Riihonen ym. 2015, 51-52.)

Lapsi kokee suunnattomasti rakkautta 3-9 vuotiaana, jota hän jakaa ympärillään oleville ihmisille, eläimille ja asioille. Lapsen rakkauden tunteet ovat hyviä ja vahvistavia, ja aikuisen tulee tukea lapsen tunteita, jotta lapselle syntyy kokemus siitä, että hänen tunteensa ovat oikeanlaisia ja hyväksytyjä. Aikuinen opettaa lapselle järjen käyttöä ja suojaa lasta, sillä lapset ovat usein omistamisen haluisia, eivätkä haluaisi jakaa ihastuksen kohdettaan ja ovat myös vaarassa joutua hyväksikäytetyiksi. Tyttölapsi usein rakastuu omassa lähipiirissään olevaan aikuiseen, jota pitää turvallisena ja ihailtavana. Hän tavoittelee tunteillaan rakkauden tunnetta, ei aikuisten maailman kaltaista rakkaussuhdetta. (Riihonen ym. 2015, 52; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 19.) Jos lapsi rakastuu eri sukupuolta olevaan vanhempaan, on kyseessä positiivinen oidipaalin asetelma, jolloin samaa sukupuolta oleva koetaan tätä rakkautta uhkaavaksi ja häiritseväksi. Tässä vaiheessa lapsi alkaa myös pohtia, mistä lapset tulevat ja mikä on hänen alkuperänsä. (Korteniemi-Poikela ym. 2010, 19; Ryttyläinen & Valkama 2010, 76-77.)

Kuusi-kaksitoista vuotias lapsi harjoittelee rakastumista rakastumalla johonkin arvostettuun, ihailtuun nuoreen tai julkisuuden henkilöön. Tässä vaiheessa ei vielä ajatella seurustelua tai välttämättä ihastuksen kohteen sukupuoltakaan, mutta ihastumisen kohde on ensimmäistä kertaa oman lähipiirin ulkopuolinen. Tämä vaihe kasvattaa lapsen itsetuntoa ja luo uskoa siihen, että hän voi isona saavuttaa hyvän parisuhteen. Lapsen ihailun ja rakkauden kohteeksi joutunut aikuinen osoittaa lapselle arvostavansa hänen tunnetta, mutta ei aio vastata siihen. Myös seksuaalisuuden fantasiatila alkaa mielikuvituksessa kehittyä. (Riihonen ym. 2015, 52-53; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 19.) Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 78) mukaan lapsen ollessa 6-10 vuoden ikäinen on seksuaalisen kehityksen suvantovaihe, jolloin seksuaalisuus voi olla ikään kuin piilossa. Seksuaalitieto voi kiinnostaa lasta, mutta ulkokohtaisella tavalla. Lapsi ei ole epäseksuaalinen tässäkään ikä vaiheessa, vaikka vanhemmista voikin tuntua siltä, että lapsi käsittelee seksuaalisuutteen liittyviä asioita vain vähän.

Vanhempi opettaa lapselle kosketuksin, että hänen kehonsa on arvokas. Lapselle annetaan paljon läheisyyttä, hellyyttä ja koskettamista. Sukupuoli-identiteetti on tärkeä osa lapsen minuuden rakentumista. Oma keho ja sen toiminnat tuovat lapselle tyydytystä ja herättävät tutkimushalua. Seksuaalisten ja sukupuolta korostavien leikkien avulla lapsi työstää omaa sukupuoli-identiteettiään. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 76.)

Sukupuoli ei ole jaettavissa vain kahteen, miehiin ja naisiin, vaan kaikenlaiset välimuodot ovat mahdollisia. Osa lapsista kokee, että haluaisi olla toista sukupuolta mitä on, tai ei koe olevansa pelkästään tyttö tai poika. Lapsen kannalta on hyvin tärkeää, että kasvatuksessa kerrotaan, että ihmisen ominaisuudet ovat paljon tärkeämpiä asioita kuin se, mitä sukupuolta lapsi on. Sukupuoli ja seksuaalisuus pitäisi myös erotella toisistaan, sillä niillä ei ole tekemistä toistensa kanssa. Lapsen ei pitäisi joutua häpeämään omia ominaisuuksiaan. On myös tärkeää, että sukupuoliroolin kyseenalaistaminen ja sillä leikkittely ovat sallittuja asioita. (Cacciatore 2007, 94-96; Riihonen ym. 2015, 52.)

### 3.2 Seksuaalisuus nuoruudessa

Nuoruus on elämän kehitysvaihe, jolloin nuori vähitellen irrottautuu lapsuudestaan siirtyen aikuisuuteen. Siinä missä, pieni lapsi on estoton ja utelias seksuaalisuudestaan, on varhaismurrosikäinen epävarma. Nuoruusvuosina mukaan tulee hitaasti kasvava rohkaistuminen, mutta myös yksityisyyden ja keskeneräisyyden kokeminen. Nuoren seksuaaliterveys on osittain aikuisen vastuulla, sillä koko kehityksen ajan nuori on rajaton, keskeneräinen ja riskialtis. Hormonaaliset, keholliset, sosiaaliset ja psykologiset tapahtuman muodostavat voimakkaan ja yksilöllisen kasvuprosessin työstä nuoreksi naiseksi. Nuori rakentaa jatkuvasti kuvaa omasta itsestään ja pohtii, onko hän riittävän hyvä ja arvokas. (Cacciatore 2006, 205-206; Ryttyläinen

& Valkama 2010, 84.) Nuoret usein pelkäävät seksuaalisuutta, ja kolmasosa nuorista pelkää olevansa seksuaalisesti poikkeava (Aaltonen ym. 2003, 163).

Puberteetti-iässä nuorella käynnistyy psyykkinen, sosiaalinen ja seksuaalinen kehitysprosessi. Nuori totuttelee muuttuvaan kehoonsa samalla, kun hänen seksuaalinen minäkuvansa ja seksuaalinen kiinnostus muihin ihmisiin heräävät. (Nuoret ja seksuaalisuus 2014.) Nuori liittyy tässä vaiheessa seksuaalisuuden omaan kehoonsa ja seksuaalisuus saa eroottisen latauksen. Nuori hakee ymmärrystä sille, mitä seksuaalisuus on käyttäytymisenä, asenteena, tunteena ja toimintana. Nuoruuden yksi kehitysvaiheen tavoitteista on selkiyttää oma seksuaali- ja sukupuoli-identiteetti, ja se tapahtuu yleensä murrosiän loppupuolella. Henkilön seksuaali-identiteetti sisältää seksuaalisuuden kehityksen yksilöllisesti ja kokemuksen siitä kuka on, kokemukset sukupuoli-identiteetistä, sukupuoliroolista sekä seksuaalisesta suuntautumisesta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 84, 88-89.)

Hormonaalisten ja fyysisten muutosten sekä uudenlaisen kehonkaavan myötä nuorelle naiselle lähtee muodostumaan seksuaali-identiteetti. Tämä ilmenee seksuaalisissa fantasioissa, seksuaalisessa käyttäytymisessä ja käsityksestä omasta seksuaalisuudestaan. Nuoren kypsään seksuaali-identiteettiin kuuluu kyky nauttia omasta kehostaan ja ilmaista omia seksuaalisia halujaan ja toiveitaan kumppanilleen ja samalla ottaa huomioon kumppanin toiveet ilman häneen ripustautumista tai suhteesta vetäytymistä. Nuorella seksuaali-identiteetin muodostumiseen vaikuttavat vallitseva nuorisokulttuuri, ikätovereiden suhtautuminen hänen kehoonsa sekä yhteiskunnalliset asenteet ja arvot. Lapsuudessa koetuilla kokemuksilla on myös suuri vaikutus. Lapsuudessa lapsi oppii varhain, onko oman keho kielteisten vai myönteisten tuntemusten lähde ja liittyykö nautinnon hakemiseen löytämisen riemua vai häpeää. (Eronen ym. 2001, 120.)

Lapset ja nuoret saavuttavat eri aikaan seksuaalisen kehityksen vaiheen, jossa romanttisen ihastuksen kohteena on ensimmäistä kertaa lähipiirin ihminen. Toisilla tämä vaihe saavutetaan jo 8, vuotiaana, toiset 13-18 vuotiaana. Samoihin aikoihin voi alkaa itsetyydytys, johon liittyvät mielikuvat ovat niukkoja, eivätkä yleensä liity rakastumiseen. (Riihonen ym. 2015, 53; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 19.) Nuori kokee seksuaalisuuden eroottisena oma-kohtaisena tunteena mielikuvissaan, fantasioissaan ja ajatuksissaan. Fantasioissa ja itsetyydytyksessä nuori luo itseään uudeksi, sellaiseksi mitä hän ei ole ollut koskaan aikaisemmin. Seksuaalisuuteen liittyvä eroottinen lataus on uudella tavoin kiinnostava, hämmentävä ja kiihottava. Toisaalta se voi myös kauhistuttaa ja ahdistaa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 13, 88-89.)

Itsetyydytys ja siihen liittyvät fantasiat toimivat kokemisen lähteitä. Sooloseksiksi voi tuntua nuoresta turvalliselta suojapaikalta. Ympäristön ja lapsuuden kokemuksiin liittyen omaan ke-



hoon tutustuminen voi tuoda häpeän ja syyllisyyden tunteita ja huolta siitä, voiko nuori aiheuttaa itselleen vahinkoa. Ajan myötä seksuaaliset asenteen ovat vapautuneet. Itsetyydytyksen ajateltiin johtavan mielisairauteen 1800-1900 lukujen vaihteessa. Puolet suomalaisista nuorista piti vielä 1960-luvun loppupuolellakin itsetyydytystä vaarallisena. Nykyisin sekä aikuisten että nuorten yleisin seksuaalisuuden toteuttamisen muoto on itsetyydytys. Usein itsetyydytykseen liittyvät fantasiat, joiden avulla eläydytään erilaisiin rooleihin. Tytöillä fantasiat ovat usein sävyllään romanttisempia kuin pojilla. (Eronen ym. 2001, 120.)

Nuori kertoo ihastuksestaan ystäville ja jakaa siihen liittyviä tunteita 9-14 vuotiaana. Samalla pohditaan ystävyyttä ja opetellaan ystäväenä olemista, sekä haaveillaan seurustelusta. Ystäväenä olemisen taitoa tarvitaan myöhemmin, kun ollaan jonkun kumppani. Noin 10-15 vuotias kertoo ihastuksestaan ihastuksen kohteelle, vaikka kertominen jännittääkin. Tässä vaiheessa nuori voi kokea pettymyksen, haavoittuvuuden sekä loukatuksi tulemisen tunteita, jos ihastus ei vastaa tunteisiin toivotulla tavalla. Nuori tarvitsee ohjausta ja tukea opetellessaan käsittelemään surun tunteita. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 20; Riihonen ym. 2015, 53.)

Nuori haluaa näyttää ihastumisensa maailmalle ja kertoo seurustelewansa noin 12-16 vuotiaana. Tässä vaiheessa fyysistä rakkautta osoitetaan kädestä pitämällä. Kädestä pitäminen on nuoren mielestä jännittävää, ja nuorella menee paljon energiaa toisen lähellä oloon ja tunteen jakamiseen, että ei välttämättä haluta edes puhua. Suhteen päätyminen voi tuntua maailman suurimmalta asialta, ja pettymyksen ja hylätyksi tulemisen tunteita opetellaan käsittelemään. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 20; Riihonen ym. 2015, 53.) Nuorille seurustelussa tärkeitä asioita ovat läheisyys, turva, luottamus, hyvä seura sekä seksuaalisuuden opettelu (Aaltonen 2012, 110).

Neljätoista-kahdeksantoista vuotias nuori kokee, että seksuaalisuus on melko suuri osa elämää. Nuori alkaa tuntea seksuaalista kiihottumista sekä eroottisia tunteita, mutta hellyys tapahtuu rajatulla alueella. Suutelu on nuorelle suuri askel seksuaalisessa kehityksessä, ja fyysinen mielihyvä yhdessä rakkauden tunteiden kanssa on asia, jonka opetteluun nuorella menee aikaa. Oman itsen hallinta ja kumppanin kunnioitus ovat tämän portaan tärkeitä kehitystavoitteita. (Korteniemi-Poikela ym. 2010, 20-21, 107-117; Riihonen ym. 2015, 53.) Kokeemus oikeana hetkenä aloitetusta eroottisesta rakkaussuhteesta antaa mahdollisuuden nuorelle luopua lapsuuden toiveistaan (Ryttyläinen & Valkama 2010, 88-89).

Nuori tutustuu jaettuun seksuaalisuuden kokemukseen hyväilyseksin avulla 15-20 vuotiaana. Nuori uskaltaa päästää toisen kehon lähelle omaa, ja tavoitteena on hellyys, läheisyys ja hyväileminen yhdynnän sijaan. Tälle portaalle siirryttäessä kumppanien välillä täytyy olla täydellinen luottamus, ja toisen painostaminen seksiin rikkoo kehon itsemääräämisoikeutta ja

kunnioittamista. Jokainen päättää itse, mihin toinen saa koskea, ja toisen on osattava kunnioittaa päätöstä. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 122-134, 135-136; Riihonen ym. 2015, 53-54.) Sukupuolisuuden kohtaaminen naisena on hämmentävää ja uutta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 84).

Seksuaalisuus kehittyy läpi elämän, mutta viimeisenä seksuaalisuuden kehittymisen portaana voidaan pitää sitä, kun 16-25 vuotias nuori on valmis kohtaamaan ihastuksensa kohteen ja rohkaistuu siirtymään hyväilystä yhdyntään. Jos kaikki on mennyt itsetunnon ja minäkuvan kehityksen kannalta parhaalla tavalla, nuori on tälle portaalle siirtyessään turvallisesti käynyt kaikki edelliset portaat läpi ja on sinut oman kehonsa kanssa. Ihminen nauttii toisen ihmisen rakkaudesta ja läheisyydestä sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 122-134, 135-136; Riihonen ym. 2015, 53-54.) Sosiologi Osmo Kontulan tutkimuksen mukaan nuoret, jotka tunsivat lapsuudessaan saaneensa vanhemmiltaan rakkautta, suhtautuivat seksisuhteisiin järkevästi ja osasivat suojata itseään sukupuolitaudeilta ja ras-kaudelta. Nuoret, jotka kokivat tullessa hylätyiksi kotonaan, altistivat keskimääräistä useammin itsensä seksissä riskeille. Nuoret naiset, joilla oli takana paljon seksisuhteita etsivätkin usein suhteista enemmän hyväksyntää kuin nautinnon tunteita. (Eronen ym. 2001, 120.)

### 3.3 Seksuaalisuus aikuisuudessa

Minäkuva ja seksuaalinen identiteetti kypsyvät hitaasti, aikuisen seksuaalisuuden aika on vasta kahdenkymmenen ikävuoden jälkeen. Elämän aikana ihminen löytää itsestään uusia kerrostumia ja tapoja olla seksuaalinen. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat tietystä elämänvaiheesta eri tavoin tärkeitä. Ihmisen elämässä on vaiheita, jolloin seksuaalisuus painuu takalalle eikä sitä välttämättä ajattele olevan edes olemassa. Ihminen siirtää vuorovaikutussuhteissaan kokemaansa ja löytämänsä seksuaalisuutta seuraaville sukupolville ja vaikuttaa joko tietoisesti tai tiedostamattaan kohtaamiensa ihmisten kokemuksiin ja ajatuksiin seksuaalisuudesta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 35.)

Aikuisen nuoren naisen seksuaalista kehitystä kuvaa jo pitkälle kehittynyt kokonaisuuksien ja harkinnan hallinta. Itsehillintä vahvistuu ja vastuuntunto lisääntyy. Aikuisen naisen seksuaalinen itsetunto koostuu suhteesta hänen omaan kehoonsa, jolloin ihminen hyväksyy ja tuntee kehonsa. Elämänkaaren tuomat muutokset näkyvät kehossa ja nainen on moniulotteinen. Hän voi olla vaimo, äiti, isoäiti ja kaikkia näitä yhtä aikaa. Aikuisen naisen seksuaalisuuteen kuuluu läheisesti myös seksi. Nainen luottaa tunteisiinsa, ajatuksiinsa ja kehoonsa. Nainen antaa seksiä kunnolla usein vasta, kun hän tuntee kunnolla kumppaninsa ja luottaa häneen. (Ihme & Rainto 2014.)

Rakastuessa ja seksuaalisessa kanssakäymisessä korostuvat fyysisen minäkuvan kokemus. Fyysinen minäkuva ja ruumiinkuva tarkoittavat ihmisen käsitystä omasta kehostaan ja sen toiminoista. (Palo & Palo 1999, kts. Ala-Luhtala 2008, 15.) Fyysiseen minäkuvaan vaikuttavat perimä, sosiaalisuus sekä persoonallisuus. Kun fyysinen minäkuva muuttuu, voi samalla muuttua ihmisen käsitys naiseudestaan. Tällöin kokemus omasta seksuaaliterveydestä heikentyy. (McFarlane & Rubenfeld 1993, kts. Ala-Luhtala 2008, 15.) Australialaisessa tutkimuksessa on todettu, että niillä henkilöillä, joilla on tyytymättömyyttä omaan kehonkuvaansa, on enemmän seksuaaliongelmia, masennusta sekä ahdistusta (Davison & McCabe 2005, kts. Ala-Luhtala 2008, 15). Hyvin useat naisista kokevat ainakin silloin tällöin tyytymättömyyttä omaan ulkonäkönsä tai vartaloonsa (Ala-Luhtala 2008, 79).

Myös raskaus ja lapsen syntyminen aiheuttavat muutoksia parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Parin yhteenkuuluvuuden ja läheisyyden tunne voivat vähentyä, ristiriidat lisääntyä ja seksuaalielämä huonontua (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Hakulinen 1998, kts. Ala-Luhtala 2008, 18). Raskauden aikaiset hormonaaliset muutokset vaikuttavat naisen psyykkiseen ja fyysiseen olotilaan. Muutokset voivat vähentää seksuaalista halukkuutta, joka voi hämmentää sekä äidin että isän mieltä. Ennaltaehkäisevä seksuaaliohjaus ja tiedon antaminen ovat tässä vaiheessa tärkeitä asioita. Synnytys on naiselle voimakas tapahtuma, jolla on merkitystä naiseuden kokemiseen ja käsitykseen omasta kehosta (Kallio & Jussila 2016, 95). Synnytys ja raskaus ovat tuoneet mukanaan kehon muuttumisen, johon naisen on sopeuduttava. Nainen voi myös kokea, että löytää synnytyksen jälkeen naiseutensa uudelleen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 114, 116.)

Ihminen tarvitsee suhteen toiseen ihmiseen tullakseen nähdyksi ja ymmärretyksi sekä voidakseen eläytyä toiseen (Tuhkasaari 2007, kts. Ala-Luhtala 2008, 16). Parisuhteessa seksuaalisuus heijastaa elämän jatkuvuutta ja tarkoitusta, merkityksellisiä tunteita ja tarpeita, alastomuutta sekä haavoittuvuutta (Ryttyläinen & Valkama 2010). Tunneyhteys ja läheisyys ylläpitävät parien välistä hyvää seksuaalielämää, ja seksuaalisuus voi olla parisuhteen voimavara. Läheisyys on ihmisten välistä fyysistä ja emotionaalista, intiimiä koskettamista. Se on seksuaalisen hyvinvoinnin kokemisessa välttämätöntä, ja jopa tyydyttävämpää kuin itse sukupuoliyhdyntä. (McFarlane & Rubenfeld 1993, kts. Ala-Luhtala 2008, 21; Porras 2009, 32.) Kun seksuaalinen suhde koetaan tyydyttäväksi, sen vaikutus parisuhdetyytyväisyyteen on 5-20 %. Kun pariskunta on tyytymätön seksuaaliseen suhteeseensa, arvioidaan sen aiheuttavan 65-75 % kaikista parisuhteen ongelmista. (McCarthy & McCarthy 2003, kts. Ala-Luhtala 2008, 81.)

Epidemiologisissa tutkimuksissa on johdonmukaisesti todettu, että seksuaalinen aktiivisuus ylläpitää ja edistää terveyttä. Seksuaalisesti muita aktiivisemmilla naisilla on pienempi kuolleisuusriski. Seksistä nauttiminen vähentää stressiä, kuukautiskipuja ja migreeniä sekä helpottaa

univaikeuksia. (Kontula 2015, 116.) Seksuaalisuus on läsnä ihmisessä riippumatta iästä tai elämäntilanteesta. Seksuaalisuuden toteuttaminen ei ole kaikille tärkeä asia. Jotkut voivat elää koko elämänsä ilman seksiä, kun taas toinen pitää sitä erityisen tärkeänä oman ihmisyyden osa-alueena. (Brusila 2011, 158.)

On luonnollista, että pitkäaikaisessa suhteessa elävät ihmiset eivät ilman erityisiä mielikuvia ja fantasioita aina saavuta riittävän vahvaa seksuaalista kiihottumista. Omien mieltymysten ja fantasioiden avaaminen voi lisätä parin yhteistä seksuaalista hyvinvointia. (Kontula 2015, 118.) Sanallisella ja sanattomalla kommunikaatiolla ilmaistaan seksuaalisuutta ja säädellään seksuaalienergiaa. Tärkein vaikuttava asia seksuaalisen suhteen tyytyväisyyteen on kommunikatio ja kyky puhua seksistä kumppanin kanssa. Viestinnän rajoitukset vaikeuttavat seksuaalisten tarpeiden riittävää ilmaisua. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 32; McFarlane & Rubenfeld 1993, kts. Ala-Luhtala 2008, 22.) Oman kehon, itsen, seksin ja seksuaalisuuden arvostamiselle löytyy kasvutilaa, kun niistä keskustellaan erityisen tärkeänä ja intiiminä vuorovaikutus- ja tunnetapahtumana toisen ihmisen kanssa (Kallio & Jussila 2016, 47).

### 3.4 Seksuaalisuus ikääntyessä

Seksuaalisuus on ominaisuus, joka saa vaikutteita kaikesta siitä, mitä menneisyydessä on tapahtunut. Ympäröivä lähipiiri, kulttuuri sekä ihmissuhteet muokkaavat naisen seksuaalisuutta jatkuvasti. Jotkut elävät koko elämänsä vanhuuteen saakka ilmentämättä omaa seksuaalisuuttaan millään erityisellä tavalla, jolloin seksuaalisuus on ikään kuin piilossa. Toiset puolestaan jatkavat nuorena aloittamaansa aktiivista seksuaalielämää niin pitkälle vanhuuteen kuin olosuhteet sen sallivat. Silti molemmat tavat mahdollistavat yhtä onnellisen ja antoisan elämän. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 230.)

Edelleen ikääntyvien seksuaalisuuteen liittyy runsaasti erilaisia myyttejä ja uskomuksia. Merkittävin myyteistä saattaa olla ajatus epäseksuaalisista ikäihmisistä. Tätä käsitystä pitää yllä ajatus siitä, että romanssit, seksi ja rakkaus kuuluvat ainoastaan nuorille ihmisille, ja ikääntyminen nähdään paremminkin sairautena kuin normaaliin elämään kuuluvana asiana. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 228-229.) Iällä ei kuitenkaan näytä olevan merkitystä siihen, kuinka tyytyväisiä ihmiset ovat sukupuolielämäänsä (Haavio-Mannila & Kontula 2001, kts. Ala-Luhtala 2008, 17). Ikääntyminen voi saada aikaan positiivisia muutoksia seksuaalisuudessa ja vapauttaa estoista, jolloin kiinnostus seksiin kasvaa. Lisääntynyt itsetuntemuksen vahvistuminen ja emotionaalinen kypsyminen rikastuttavat ikääntyneen seksielämää, ja erotiikan ilmaisussa helpottavat iän tuoma itsevarmuus sekä itsensä hyväksyminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 122.)

Sairaudet häiritsevät seksuaalielämää merkittävästi vasta yli 70 vuotiaana. Pitkän parisuhteen aikana saattavat rasittaa eriaikaiset ja erilaiset seksuaalielämään kohdistuvat tarpeet ja odotukset. Puolison aktiviteetti saattaa olla vireää, kun toisen osapuolen halukkuus katoaa tai vähenee ikääntymisen myötä. Seksuaalista vireyttä vanhuudessa tukevat naisilla seksuaalimyönteinen asenne sekä aiemmat hyvät seksuaaliset kokemukset. (Brusila 2011, 158; Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 62; Ryttyläinen & Valkama 2010, 122; Venhola & Brusila 2006.)

Kun nainen vanhenee, hormonaaliset ja fysiologiset muutokset vähentävät seksuaalista toimintaa ja halua. Fysiologiset muutokset alkavat keskimäärin jo noin 30-vuoden iässä. Alussa muutokset ovat hitaita ja niiden ilmaantumiseen vaikuttavat ihmisen fyysinen kunto, perimä sekä itsestä huolehtiminen. Elimistön toiminnot alkavat muuttua nopeammin keskimäärin 50-vuoden iässä hedelmällisen iän päätyttyä. Munasarjojen toiminnassa alkaa ilmaantua muutoksia jopa kymmenen vuotta ennen vaihdevuosien alkamista, jolloin munasolun kypsymistä ei välttämättä tapahdu jokaisen kuukautiskierron aikana. Keltarauhanen ei muodostu, jolloin seurauksena voi olla vuotohäiriöitä, lyhentynyt kuukautiskierto tai vaihdevuosioireiden kaltaisia oireita ennen kuukautisia. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 228-229; Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 63; Ryttyläinen & Valkama 2010, 120.)

Vaihdevuosi-iässä naiselle tapahtuva estrogeenihormonin nopea lasku vaikuttaa seksuaalireaktioita sääteleviin välittäjäaineisiin, kuten typpioksidiin. Muita muutoksia tapahtuu myös hermovälittäjäaineissa, kuten oksitosiinin, dopamiininin, noradrenaliinin, serotoniinin ja prolaktiinin erityksessä. Mieshormonien, andogeenien kokonaistuotanto puolittuu vaihdevuosi-ikään mennessä naisella. Näillä kaikilla hormonaalisilla muutoksilla on vaikutus ja osuutensa naisen seksuaalisuuteen, mutta kokonaisvaikutus on aina kuitenkin hyvin yksilöllinen. Sekä hedelmällisessä iässä että vaihdevuosi-iässä ja myöhemmin naisen seksuaalisuuden reaktiot ja kokemukset ovat äärettömän monimuotoisen kokonaisuuden summa. (Apter ym. 2006, 228-229.)

Estrogeenituotannon väheneminen pienentää häpyhuulia, rintoja ja kohtua. Synnyttelinten limakalvo ohenee ja muuttuu hauraaksi, jolloin limakalvojen kimmoisuus ja kostuminen vähenevät. Myös virtsankarkailua ja yhdyntävaikeuksia voi esiintyä. Lisäksi muut vaihdevuosioireet, kuten hikoilu, kuumat aallot, unettomuus ja mielialanmuutokset voivat aiheuttaa seksuaalisen halun vähenemistä. (Apter ym. 2006, 227, 230; Brusila 2011, 159; Ryttyläinen & Valkama 2010, 120.)

Vaihdevuosi-ikäiset naiset kokevat usein haluttomuutta tai tulkitsevat haluttomuudeksi sen, että innostuminen vaatii enemmän aikaa ja vaivannäköä. Fysiologisista muutoksista huolimatta kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, ettei näillä muutoksilla ole merkitystä seksuaalisuudelle ja hyvinvoinnille. Sen sijaan seksuaalisuuden muutoksiin vaikuttavat usein vah-

vasti ulkoiset sosiaaliset tekijät, kuten yksinäisyys, parisuhdeongelmat, puolison tai kumppanin lääkitykset ja sairaudet sekä leskeksi jääminen. Parisuhteessa hellyys ja läheisyys voivat korvata rakastelun ja orgasmin tavoittelun, ja parit voivat siirtyä yhteisestä sopimuksesta seksuaalielämässään seesteisesti vähemmän aktiiviseen vaiheeseen. Laatu voi korvata määrän seksuaalisen aktiivisuuden vähentyessä. (Apter ym. 2006, 230; Brusila 2011, 159-160; Ryttyläinen & Valkama 2010, 122.)

Ikäihmisillä seksuaaliseksi kontaktiksi määritellään yhdyntä, itsetyydytys ja muu fyysinen kosketus, kuten hyväily, suutelu ja halaaminen (Brusila 2011, 158). Puolison tai oma sairastuminen fyysisesti tai psyykinen terveys vaikuttavat ikääntyneen ihmisen seksuaalisuuteen. Psykkiset traumat tai äkilliset terveysongelmat muuttavat tilapäisesti seksuaalista aktiivisuutta ja saattavat vaikuttaa seksuaalielämän loppumiseen. Ikääntymiseen liittyvä sairastavuus voi aiheuttaa toiminnallisia rajoitteita, kipua ja lääkityksestä johtuvia haittoja. Läheisyys on tällöin erityisen tärkeää, toveruus, kosketus, hellyys ja toisen arvostaminen tuottavat edelleen mielihyvää. (Brusila 2011, 159; Ryttyläinen & Valkama 2010, 122.)

Seksuaalisen nautinnon ja kiihottumisen saavuttamiseen voi ikääntyneellä mennä kuitenkin enemmän aikaa kuin nuorempana. Lapsuudessa mahdollisesti koettu seksuaalikielteinen ilmapiiiri saattaa heijastua läpi elämän. Ikä ja elämäkokemus voivat kuitenkin myös vapauttaa ahdistuksista ja estoista, jolloin myös esimerkiksi orgasmin saavuttaminen helpottuu. (Apter ym. 2006, 227-229.)

lääkkäiden seksuaaliterveyden edistämässä tulisi kiinnittää huomiota yksinäisyyden, kumppanin puutteen sekä toiminnallisten häiriöiden vaikutukseen ja kannustaa lämpimiin ihmissuhteisiin. Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus on läsnä iäkkäiden henkilöiden kanssa tehtävässä työssä samoin kuin aikuistyössäkin. Seksuaalista itsetuntoa ja parisuhdetta voidaan vahvistaa ammattihenkilön antamalla tuella ja tiedolla. Limakalvoja voidaan hoitaa estrogeenipitoisilla paikallishoidoilla, joita on saatavilla reseptillä emäntintabletti- tai rengashoitoina ja reseptivapaana emätinpuikko- ja -voidehoitona. Samalla ne ehkäisevät myös virtsatieinfektioita. Lisäksi liukasteita voidaan käyttää apuna intiimeissä hetkissä. Silloin, kun yhdynnät eivät onnistu, kannustetaan läheisyyteen, hellyyteen ja leikkimielisyyteen, jotka tukevat iäkkään itsetuntoa ja seksuaalista hyvinvointia. (Brusila 2011, 160; Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 62-64.)

#### 4 Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavia sairauksia

Sairastaminen ja sairastuminen vaikuttavat aina jollain tavoin naisen seksuaalisuuteen ja usein myös seksitoimintoihin. Sisäiset ja ulkoiset muutokset vaikuttavat erityisesti naisen mieluiseen ja seksuaali-identiteettiin. Nainen saattaa kadottaa väliaikaisesti suhteen omaan

kehoonsa tai jopa sukupuoleensa. Parisuhteessa ilmenevät ongelmat ovat myös erittäin yleisiä. Ongelmien määrä ja laatu riippuvat parisuhteen osapuolten kommunikointitaidoista ja seksuaaliongelmien ratkaisutaidoista (Törnävä ym. 2013, 251). Sairastuneen parisuhde ja seksuaalisuus joutuvat sitä kovemmalta koetukselle, mitä lähemmäksi naisen sukupuolisuuteen vaikuttavia elimiä tai toimintoja sairaus tai vamma paikantuu. (Rosenberg 2003, 267.)

Lantionpohjan häiriöihin naisilla kuuluvat yhdyntäkivut, lantionpohjan alueen kiputilat, gynekologisten elinten laskeumat sekä virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvät vaikeudet. Lantionpohjan alueen ongelmista kärsivät naiset saattavat kärsiä seksuaalisista toimintahäiriöistä. Seksuaalihäiriöt luokitellaan kiihottumishäiriöön, orgasmihäiriöön, seksuaaliseen yhdyntäkipuun kuten vaginismiin tai muuhun seksuaaliseen kipuun, heikentyneeseen seksuaaliseen haluun tai seksuaaliseen aversioon (seksuaalinen vastenmielisyys). Myös elimellisillä syillä voi olla osuutta seksuaalihäiriöiden esiintymisessä. Tutkimusten mukaan erityyppisiä seksuaalihäiriöitä esiintyy 30-50 %:lla naisista. Häiriöt voivat johtua elimellisistä sairauksista, mutta niiden aiheuttajat ovat usein moniulotteisia. Tyypillistä on, että psyykkiset, fyysiset ja ihmissuhdeongelmat ovat yhteydessä ja kietoutuvat toisiinsa. Seksuaalitoiminnan häiriöt voivat ilmaantua tietyssä elämäntilanteessa, tai ne voivat esiintyä koko naisen elinajan. (Huttunen 2016b; Kairaluoma, Aukee & Elomaa 2009, 189-190; Räsänen 2003.)

Seksuaalitoiminnan häiriöt voivat vaikuttaa naisen kehonkuvaan ja yleiseen hyvinvointiin. Lantionpohjan ongelmat aiheuttavat seksuaalisen halun puutetta, vähentynyttä seksuaalista kiihottumista, yhdyntäkipuja ja orgasmin saannin vaikeutta. Nämä yleistyvät kasvavan iän, alhaisen koulutustason, vaihdevuosien, ”intohimoisen rakkauden” puutteen sekä masennuksen myötä. Toisaalta, lantionpohjan häiriöillä ei välttämättä ole merkittävää vaikutusta naisen seksuaalitoimintoihin, ja vaikutusten määrä on vahvasti sidoksissa lantionpohjan häiriön laatuun. (Handla, Cundiff, Chang & Helzlsouer 2008, 1, 5-7; Kairaluoma & Aukee 2005, 4859-4860.) Kaikki eivät koe, että seksuaaliset toimintahäiriöt heikentäisivät seksuaalista hyvinvointia (Štulhofer, Kuljanic, Štulhofer & Daska 2011, kts. Kinnunen 2016, 26). Hoidossa tulee kuitenkin aina ottaa puheeksi myös seksuaalinen hyvinvointi (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 148).

Joidenkin naistentautien, kuten vulvodynian (naisen sukuelinten kiputila), on todettu vaikuttavan heikentävästi naisen elämänlaatuun. Sairaudet aiheuttavat herkästi masennusta ja vihan tunteita sairautta kohtaan. Sairaus voi vaikuttaa rajoittavasti myös naisen sosiaaliseen elämään. Kun sairauteen liittyy kipua, se rajoittaa naisen seksuaalista aktiivisuutta, jolloin intiimi kanssakäyminen voi loppua kokonaan. (Törnävä ym. 2013, 245-246.) Kipu jo itsessään vähentää seksuaalista halua ja aiheuttaa kiihottumisongelmia (Porras 2009, 30). Avoin keskustelu sairaudesta, oireista ja rajoitteista auttaa naista hyväksymään sairauden aiheuttamat muutokset, ja ottamaan sairauden osaksi omaa seksuaalisuutta (Törnävä ym. 2013, 150).

Seuraavaksi käsittelemme yleisiä naistentautien poliklinikalla asioivien henkilöiden sairauksia, joita ovat; yhdyntäkipu, lantionpohjan kiputila, vulvodynia, vestibuliitti, vaginismi, sekä valkojäkäli ja punajäkäli ulkosynnyttimissä. Kunkin sairauden kohdalla kerromme, mistä sairaudesta on kyse ja mitkä ovat käytössä olevat hoitomuodot. Lisäksi käymme läpi sairauden mahdollisia vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen, ja pohdimme, kuinka seksuaalisuus voidaan ottaa huomioon potilaan hoidossa. Sairauksien jälkeen kerromme vielä yleisesti siitä, kuinka sairaudet voivat vaikuttaa naisen seksuaali-identiteettiin, seksuaaliseen itsetuntoon ja minäkuvaan sekä seksitoimintoihin.

#### 4.1 Yhdyntäkiput

Yhdyntäkiput kuuluvat lantionpohjan toimintahäiriöihin. Toimintahäiriö tarkoittaa fysiologisesta tai psyykkisestä syystä johtuvaa seksuaalisten reaktioiden ja toimintojen pysyvää tai ohimenevää muuttumista. Se on yleinen, mutta alidiagnosoitu ongelma (Vegunta, Kling & Faubion 2016, 952). Toimintahäiriöihin luetaan ulostamiseen, virtsaamiseen ja seksuaalitoimintoihin liittyvät rakenteelliset tai toiminnalliset häiriöt, kuten tyhjenemis- ja varastoitusvaikeudet, yhdyntäkiput, gynekologisten elinten ja lantionpohjan alueen kiputilat sekä peräsuolen laskeumat. Lantionpohjassa olevat toimintahäiriöt ovat hyvänlaatuisia ja voivat liittyä rakenteelliseen muutokseen tai oirepohjaiseen häiriöön. Syystä riippumatta niillä on huomattava vaikutus naisen elämänlaatuun ja toimintakykyyn. (Bildjuschkin 2010, 136; Kairaluoma, Aukee & Elomaa 2009, 189-190; Kairaluoma & Aukee 2005, 4859.)

Dyspareunia eli kivulias yhdyntä on hyvin tavallinen seksiongelma, jolla tarkoitetaan tilapäistä tai toistuvaa yhdyntään liittyvää kipua. Seksuaalisten kipuhäiriöiden taustalla voi olla erilaisia biologisia, psykologisia ja sosiokulttuurisia syitä, ja neljäosassa tapauksia kipujen syytä ei löydetä (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, ks. Siimes 2014, 13, 15). Yhdyntäkiput voivat olla itsenäinen oire tai liittyä psyykkisiin tai gynekologisiin sairauksiin. Kipua voi tuntua heti yhdyntän alussa, kun penis työnnetään emättimeen, tai kirvelyä, pistelyä, arkuutta ja kipua voi esiintyä vasta yhdyntän jälkeen. Kipua voi tuntua lantion pohjassa, syvällä emättimessä tai ulkosynnyttimissä pinnallisesti. Joskus kipu on niin voimakasta, että se estää yhdyntän kokonaan. Yhdyntäkipuissa tulee hakeutua lääkärin vastaanotolle, jos kipuun liittyy selkeistä tulehdusoireita, yhdyntän jälkeen ilmenee veristä vuotoa emättimestä, tai jos kipu estää yhdyntän kokonaan (Tiitinen 2016c). Synnyttimelmissä voi esiintyä kipua myös muun seksuaalisen kiihotuksen kuin yhdyntän yhteydessä. (Räsänen 2003; When sex gives more pain than pleasure 2012, 1.)

Usein limakalvoärsytykseen liittyvän kivuliaan yhdyntän aiheuttajaksi löytyy hormonaalinen muutos, emättimen tai ulkosynnyntinten tulehdus tai vulvan ja vaginan atrofia eli kuivuminen



ja surkastuminen. Jos yhdyntäkivuksi epäillään tulehdusta, otetaan tulehdusnäytteet, papakoe, hiivaviljely sekä klamydia näytteet, ja löytynyt infektio voidaan hoitaa mikrobilääkkeillä. Joskus yhdyntäkivun syyksi paljastuu kondomin aiheuttama limakalvon ärtyminen, jolloin merkin vaihtaminen voi auttaa. Jos kyse on lateksiallergiasta, on ehkäisymenetelmää syytä vaihtaa. Lateksiallergia ilmenee yhdynnän aikana kondomin käytön yhteydessä turvotuksena, punoituksena ja kirvelyn tunteena. (Hovatta 2011a; Räsänen 2003; When sex gives more pain than pleasure 2012, 1.)

Muita yleisiä kivun syitä ovat emätinkouristus, endometrioosi sekä kohdun adenomyoosi, jolloin kohtulihaksen sisällä kasvaa kohdun limakalvon stooma- ja rauhasoluja. Yhdyntäkipujen syyksi voi paljastua arvet emättimessä esimerkiksi leikkauksen tai synnytyksen jälkeen. Tällöin emättimen venyttäminen sormin tai täytetyn kondomin avulla voi auttaa. Kipua voivat aiheuttaa kireät lihakset, jolloin lantionpohjan lihasten rentouttamisen harjoittelu voi auttaa. Ulkosynnyttimien itsepintaisen kivun syynä on harvinaisempi paikallinen vulviitti (vestibulitis vulvae). (Hovatta 2011a; Mean ym. 1997, kts. Ala-Luhtala 2008, 13; Räsänen 2003; When sex gives more pain than pleasure 2012, 1.)

Postmenopausaalisilla naisilla yhdyntäkivut ovat yleinen ongelma. Estrogeenin puute emättimen ja alempien virtsateiden alueella (urogenitaaliatrofia) ohentaa emättimen limakalvoja ja vähentää lantion kudosten verenkiertoa, mikä altistaa laskeumille ja lantionpohjan toimintahäiriöille. Naisen tulehdusherät ja ohentuneet limakalvot aiheuttavat kipua. Hoitona on paikallisesti käytettävä estrogeenivoide tai estrogeenikorvaushoito. Estrogeenihoito auttaakin lähes aina. (Hovatta 2011a; Mäkinen & Nieminen 2011; Räsänen 2003; When sex gives more pain than pleasure 2012, 1.) Estrogeenihoito ja liukasteet eivät välttämättä kuitenkaan tuo riittävästi apua. Pitkäjänteinen lantionpohjan lihasten harjoittelu, jossa tarkoituksena on opetella tekniikka, jolla rentoutetaan ja vahvistetaan lihaksia, yhdessä estrogeenihoidon ja liukuvoiteiden kanssa voivat auttaa. Vaihdevuosi-ikä ylittäneillä naisilla yhdyntäkivut voivat herättää huolta ikääntymisestä ja kehonkuvasta. (When sex gives more pain than pleasure 2012, 1.)

Yhdyntäkipujen hoitona käytetään liukasteita, asennon vaihtamista, riittävästi esileikkiä ennen yhdyntää sekä sukupuolielinten limakalvojen pitkäjänteistä hoitamista. Genitaalialueen turhaa pesemistä tulee välttää, mutta jos kipu lisääntyy virtsaamisen jälkeen, alue on hyvä huuhdella viileällä vedellä, ja käyttää voiteita ja öljyjä säännöllisesti. Säännöllinen yhdyntä voi auttaa venyttämään lihaksia sekä parantamaan vaginan alueen verenkiertoa ja kostumista. (When sex gives more pain than pleasure 2012, 2.) Limakalvojen kostumisongelmaan voidaan käyttää liukastusgeeliä tai esimerkiksi ceridal-öljyä yhdynnän aikana (Hovatta 2011a; Räsänen 2003).

Kipukohtauksia voi oppia ennakoimaan ja tehdä suunnitelmia siitä, kuinka toimia ennen, kuin sellainen tulee. Lääkehoito tulisi aloittaa vain, jos ei-lääkkeelliset hoitokeinot eivät riitä. Opioidipohjaisia kipulääkkeitä tulee välttää, sillä ne toimivat huonosti krooniseen kipuun ja voivat lisäksi aiheuttaa suolisto-ongelmia. (Coady 2015, 28.) Jos yhdyntä sattuu, sitä ei tule harjoittaa, vaan silloin tulee keskittyä muihin seksuaalisuuden muotoihin ja läheisyyteen (When sex gives more pain than pleasure 2012, 2).

Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että lantionpohjan lihasten harjoittelu ja kognitiivis-behavioristinen terapia johtavat merkittäviin parannuksiin naisen seksuaalitoiminnoissa (Bergeron ym. 2010, 289). Kognitiivis-behavioristinen terapia (CBT) yhdistää kognitiivisen ja behavioraalisen terapian parhaimmat puolet. Kognitiivisessä terapiassa keskitytään kognitioihin eli tietoihin ajatusmalleihin ja esimerkiksi mielikuvaharjoituksiin. Behavioraaliset menetelmät puolestaan keskittyvät toimintatapoihin ja toiminnallisiin harjoituksiin, kuten altistamis- ja rentoutusharjoituksiin. (Heinonen, Melartin & Paunio 2016; Karila 2017; Torskala 2009.) Lantionpohjan alueen toimintahäiriöitä sairastavan potilaan kanssa tulee asettaa realistisia tavoitteita seksuaalitoimintojen hoitoon. Kumppanin ottaminen mukaan hoitoon edistää seksuaaliterveyttä. Lantionpohjan alueen häiriöissä potilas voi hyötyä moniammatillisuudesta, jolloin hänen hoitoonsa osallistuvat lääkäri, seksuaaliterapeutti sekä fysioterapeutti. (Vegunta, Kling & Faubion 2016, 952.)

#### 4.2 Lantionpohjanlihasten kiputila

Lantionpohjan alueen kiputilat kuuluvat lantionpohjan toimintahäiriöihin. Kipu lantionpohjassa (syndroma pelvis spastica) tarkoittaa oiretta, jossa vaikeasti hallittavaa kipua tuntuu lantionpohjan alueella ja syvällä peräsuolella. Kipu voi olla niin voimakasta, että se herättää jopa öisin. Syndroma pelvis spastican arvellaan johtuvan levatorlihaksen spasmista, jolloin oire paikantuu spastisen lihasalueen mukaisesti. Kipukohtauksen kesto vaihtelee muutamasta minuutista jopa pariin tuntiin. (Kairaluoma & Aukee 2005, 4859; Kairaluoma 2009; Scott 2014; Saarela 2016.)

Lantionpohjanlihakset voivat olla jännittyneinä koko ajan tai jännitystä voi olla tietyissä tilanteissa, kuten istuessa, ennen yhdyntää, tai yritettäessä ulostaa. Kipu lantionpohjassa aiheuttaa lantionpohjan lihasten kouristelua. Kouristelun syy jää useimmiten epäselväksi. Kipu voi liittyä lantionpohjan alueen tulehdukseen tai leikkauksiin, endometriooseen tai peräsuolen tuppeutumiseen pikkulantiossa. Usein myös psyykkisillä tekijöillä on vaikutusta. Krooninen lantionpohjan alueen kivusta kärsivällä voi olla taustalla seksuaalista hyväksikäyttöä tai mielen-terveyshäiriöitä. Kohtauksittaisessa kivussa kipu tuntuu kovana ja puristavana, ja kipualue vaihtelee jonkin verran sen mukaan, mikä lihas kouristaa. Yleisimmin kipu tuntuu peräsuolen alueella, ei kuitenkaan peräaukossa. (Kairaluoma 2009; Scott 2014; Saarela 2016.)

Lantionpohjan alueen kipu on jaoteltu kolmeen eri kiputyyppiin. Kohtausittain esiintyvistä kivusta käytetään nimitystä proctalgia fugax. Toinen kiputyyppi, kokkygodynia, on enemmän tai vähemmän jatkuvasti tuntuva, ja kipu provosoituu yleensä pitkään istuessa. Kolmannen ryhmän, idiopaattinen proktalgia, muodostaa neuralgistyypinen jatkuva peräaukon alueella tuntuva kipu. Sitä esiintyy tyypillisesti iäkkäillä naispotilailla ilman minkäänlaisia patologisia löydöksiä. (Kairaluoma 2009.)

Arviolta ainakin kolmasosa aikuisikäisistä naisista kärsii jonkinasteisesta lantionpohjan ongelmasta (Bump & Norton 1998, kts. Mäkinen & Nieminen 2011). Synnytys, raskaus ja ikääntyminen ovat niiden suurimmat riskitekijät. Noin 5 % kaikista laskeumista aiheutuu synnynnäisestä lantionpohjan, erityisesti sidekudosrakenteiden (ligamentit ja faskiat) heikkoudesta. Raskauden aikana lantionpohjan tukirakenteet yleensä venyvät ja löystyvät, mutta muutamassa kuukaudessa synnytyksen jälkeen tukirakenteet yleensä palautuvat sekä toiminnallisesti, että rakenteellisesti kutakuinkin entiselleen (involuutiovaihe). (Mäkinen & Nieminen 2011.)

Lantionpohjan kipu tulee selvittää lääkärissä, jotta hoitoa vaativat syyt, kuten kasvaimet, paikalliset tulehdukset tai endometriosisi voidaan sulkea pois. Lantionpohjan toimintahäiriöt pitäisi hoitaa ja tutkia kokonaisvaltaisesti huomioiden kaikki lantionpohjan rakenteet, osat alueet ja toiminnat. Potilaalle tehdään tarkka kliininen tutkimus, jossa selvitetään mm. kipupisteet, kivun sijainti ja häntäluun aristus. Kolonoskopian avulla nähdään paksusuolen kasvaimet tai mahdolliset tulehdukset. Fysioterapeutin tekemällä lantionpohjan EMG:llä voidaan kartoittaa mahdollinen lantionpohjan ylijännitystilä tai anismus (ulostamisvaikeusoireyhtymä). (Kairaluoma, Aukee & Elomaa 2009, 189-190; Kairaluoma 2009; Scott 2014; Saarela 2016.)

Lantionpohjan kivusta kärsivistä suuri osa kertoo kärsivänsä seksuaalisen aktiivisuuden puuttumisesta tai seksuaalisen nautinnon puuttumisesta, minkä vuoksi heidän elämänlaatunsa on huonontunut. (Coady 2015, 18.) Jos kivun selittäjäksi ei löydetä sairautta, voi potilas lievittää oireita kotihoito-ohjeilla. Lämpöpussi tai vesipullo ovat yksinkertaisia keinoja, jotka usein riittävät poistamaan kivun ja laukaisemaan lihaskouristuksen. Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievittämään kipua. Myös kalsiumsalpaajalääkitystä tai paikallisesti laitettavaa nitraattivoitetta voidaan kokeilla. (Scott 2014; Saarela 2016.) Erittäin hankalissa ja vaikeissa tilanteissa voidaan kokeilla sakraalihermostimulaatiota (Kairaluoma 2009).

#### 4.3 Vulvodynia, vestibuliitti ja vaginismi

Vulvodynia, vestibuliitti ja vaginismi ovat naisen seksuaalisia kipuhäiriöitä. Vulvodynia luokitellaan gynekologiseksi sairaudeksi, ja vulvan vestibuliittioireyhtymä on yksi vulvodynian muodoista. Psykkiset sairaudet lisäävät riskiä sairastua vulvodyniaan, mutta myös vulvodynia lisää todennäköisyyttä sairastua psyykkisesti (Tuomaala 2017). Nykyään vulvodyniaa pidetään sekä psyykkisten että fyysisten syiden aiheuttamana sairautena (Hallam-Jones, Wylie, Osborne-Cribb, Harrington & Walters 2001, 113). Vaginismi luokitellaan psyykkisten syiden aiheuttamaksi emättimen kiputilaksi, mutta luokittelusta ollaan myös kiistelty. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, ks. Siimes 2014, 13, 15.)

Vulvodynian esiintyvyys on noin 10 % naisväestöstä ja taudin etiologia (syy-seuraus) on epäselvä ja tutkimustietoa sen hoidosta ja syistä on vähän. Taudin syntyyn vaikuttavat tekijät ovat todennäköisesti moniulotteisia. Tutkimuksissa on osoitettu, että nuorella iällä aloitettu yhdistelmäehkäisytablettien käyttö aiheuttaa jopa kuusinkertaisen riskin sairastua vulvodyniaan verrattuna ehkäisytabletteja käyttämättömiin naisiin. Asiaa voidaan perustella muun muassa sillä, että yhdistelmäehkäisytablettien käyttö aiheuttaa estrogeenipitoisuuden vähentymistä ja muutoksia naisen ulkosynnyttimien ja emättimen limakalvoissa. Muita altistavia tekijöitä vulvodynialle voivat olla ärsyttävät kemikaalit, ulkosynnyttimien laserhoito, infektiot kuten hiiwasieni, virtsatietulehdus, geneettiset, hormonaaliset sekä immunologiset tekijät, vulvan alueelle tehdyt toimenpiteet, lisääntynyt virtsan oksalaatin erityys sekä hermosolujen ja vapaiden hermopäätteiden lisääntyminen vulvan limakalvolla. (Hallam-Jones 2001, 113; Hanhirova 2012; Paavonen 2009; Paavonen 1995; Reed, Harlow, Plegue & Sen 2016, 276-277; Tiitinen 2016b; Tuomaala 2017.)

Vulvodyniassa esiintyy kroonista ulkosynnyttimien eli vulvan kipua. Oireina voivat olla vulvan alueen polttelu, kirvely, kosketusarkuus, kuivuus sekä pistävä tai polttava kipu. Vulvodyniassa kipu voi olla jatkuvaa neuropaattista kipua tai emättimen eteisen kosketukseen liittyvää kipua, jolloin on kyse vestibuliitista (VVS) eli vestibulodynian. Essentiaalisessa vulvodyniassa neuropaattinen kipu on jatkuvaa, hermokiputyylistä kipua ja se on yleisempi vanhemmilla naisilla. Kipu lievittyy liikkussa ja on vaikeammin paikannettavissa kuin vestibulodynian liittyvä kosketusarkuus, jota puolestaan esiintyy yleensä nuorilla, synnyttämättömillä naisilla. Kipua voi esiintyä vulvan alueen lisäksi välilihan, peräaukon, sekä virtsaputken seudulla. Näiltä alueilta kipu voi säteillä myös pakaroihin, alavatsaan sekä reisiin. (Hallam-Jones ym. 2001, 113-114; Hanhirova 2012; Paavonen 2009; Paavonen 1995; Tiitinen 2016b; Tuomaala 2017.)

Vulvodynia jaetaan vielä alaryhmiin riippuen siitä, onko kipu ärsykkeestä jatkuvaa, laukeavaa, vai näiden kahden yhdistelmä. Ärsykkeellä voidaan tarkoittaa esimerkiksi vaatteiden aiheuttamaa painetta, tamponin asetusta tai yhdyntää. Yhdyntäkipu saattaa ilmaantua vasta yhdynnän jälkeen tai olla pahimmillaan seuraavana päivänä. Vulvodynian määritelmään kuuluu,

että kiputila on kestänyt vähintään kolme kuukautta. Kipu voi alkuun hävitä, mutta se kroonistuu vähitellen ja voi jatkua kuukausia tai vuosia eteenpäin. Myös vaivan uusiutuminen on mahdollista. (Hanhirova 2012; Paavonen 2009; Paavonen 1995; Tiitinen 2016b.)

Vestibuliittin eli vestibulodynian oireita ovat emättimen eteisen tulehdus, eteisrauhasten kosketusherkkyyks ja aristus. Vestibuliittiin liittyy usein lantionpohjan lihaksiston tahdosta riippumaton lihasspasmi eli vaginismi, joka saattaa estää yhdynnät kokonaan. Tyypillisesti vaivaa esiintyy nuorilla seksuaalisesti aktiivisilla naisilla. (Paavonen 2009; Bouchard ym. 2002, kts. Räsänen 2003; Hanhirona 2012.) Naisen hakeutuessa tutkimuksiin gynekologinen tutkimus voi tuntua kivuliaalta, ja tällöin sisätutkimusta ei ole välttämätöntä tehdä. Lääkäri voi paikantaa kipua vanutikulla, jossa kostealla vanutikulla kosketaan emättimen suuaukon ympäristölle. Emättimen suulla voi näkyä kipupisteiden alueella punoitusta, jotka vastaavat naisen eturauhasten sijaintia. (Hanhirona 2012; Tiitinen 2016b.)

Sairauden diagnosoinnin jälkeen hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa potilaalle tietoa sairaudesta sekä eri hoitovaihtoehtoista. Potilaita kehoitetaan tauottamaan tai lopettamaan mahdollinen käytössä oleva hormonaalinen ehkäisy. Limakalvojen kuivuutta sekä hiivatulehduksia tulee ehkäistä. Mekaanista ärsytystä pyritään vähentämään välttämällä turhia alape-suja, pikkuhousunsuojien käyttöä, kiristäviä alushousuja ja ilmakylpyjä suositellaan. Naisen häpykarvoitus toimii suojaavana tekijänä ja sen toistuvaa ajamista suositellaan välttämään. Kotihoitona kipeisiin kohtiin laitetaan ihoöljyä, ja puudutusgeelejä ja liukasteita voidaan käyttää helpottamaan yhdyntää. Mahdollinen ummetus pyritään hoitamaan, jotta ulostami-seen liittyvä ponnistelu vähenee. Kemiallista ärsytystä vältetään siten, että pyykinpesuaineet valitaan mahdollisimman hellävaraisiksi, eikä genitaalialeilla käytetä saippuaa. Vettä riittävästi juomalla (vähintään 1,5 litraa/vrk) saadaan virtsa laimeammaksi. Kipu ilua voidaan lievittää hermokipulääkkeillä, lämpö- ja kylmähauteilla sekä siedätys hoidolla (kipupistepainannat ja venyttelyt) sekä puudutevoiteilla ja geeleillä. (Hanhirona 2012; Tiitinen 2016b; Tuomaala 2017.)

Vulvodynian hoito riippuu sen muodosta. Yleensä käytetään neuropaattisen kivun lääkehoitoa, esimerkiksi trisyklisiä masennuslääkkeitä, pregabaliinia sekä duloksetiinia, jotka ovat suun kautta otettavia lääkkeitä. Ulkosynnyttimen alueelle käytetään paikallishoitona myös pens-laushoitoja, jolloin kipupisteet käsitellään 2-4 viikon välein vaikuttavalla lääkeaineella, podofyllotoksiinilla. Pistoshoidossa puolestaan vulvan kipupisteisiin pistetään kortisonin ja paikallisuudutteen sekoitusta. Botuliinitoksiinia voidaan myös pistää vulvan kipupisteisiin salpaamaan kohdekudoksen hermotusta. (Tuomaala 2017.) Vestibuliitin hoitaminen on ongelmal-lista. Hoitona joudutaan joskus käyttämään kirurgista toimenpidettä vestibulektomiaa, jolloin emättimen eteisen limakalvoa poistetaan hevosenenkämäiseltä alueelta, jonka jälkeen syn-tynyt kudospuutos suljetaan mobilisoimalla ja kiinnittämällä emättimen limakalvoa tilalle.

(Paavonen 2009; Tuomaala 2017.) Sairauden aiheuttama yliherkkyys ja pelko voivat olla haasteena jopa onnistuneen leikkaustoimenpiteen jälkeen (McKay 1991, kts. Hallam-Jones ym. 2001, 114).

Koska vulvodyniassa on kyseessä krooninen kiputila, se voi aiheuttaa naiselle huomattavia psyykkisiä ja fyysisiä haittoja sekä parisuhde- ja seksuaaliongelmia. Yhdyntäkivun ja yhdyntäkipu voivat aiheuttaa naiselle masennusta ja ahdistusta sekä vaikuttavat naiseuteen. Jatkuva kipu aiheuttaa usein myös seksuaalista haluttomuutta, vaikuttaa perhesuunnitteluun ja voi aiheuttaa yhdyntöjen puutteen vuoksi lapsettomuutta. Vulvodyniaa sairastavilla naisilla on usein kireät lantionpohjan lihakset, koska keho yrittää suojata itseään kivulta jännittämällä lihaksia. Pidemmällä tähtäimellä tämä voi aiheuttaa vaginismien oireita, kun yhdyntää yritetään. (Hanhirova 2012; Lindström ym. 2015, 3.)

Vulvodyniaa sairastavat naiset kärsivät usein myös huonosta elämänlaadusta. Naiset voivat kokea itsensä voimattomiksi, koska eivät ymmärrä oireitaan eivätkä voi vaikuttaa niihin itse. He voivat kuvitella olevansa syyllisiä sairauteensa, joka heikentää sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia entisestään. Tutkimuksissa onkin havaittu vulvodynian esiintyvän yhdessä ahdistuksen ja masennuksen kanssa. On myös tyypillistä, että ongelmia esiintyy myös seksuaalielämässä ja parisuhteessa. Yhdyntäkivun kokeminen voi merkitä naiselle esimerkiksi häpeää, epäonnistumista, syyllisyyttä, kyvyttömyyttä tuottaa kumppanille seksuaalista tyydytystä ja myös vähentynyttä seksuaalista halukkuutta. Parin hakeutuessa seksuaalineuvontaan näistä kuormittavista tunteista keskustellaan sekä niille pyritään etsimään ratkaisukeinoja. On toivottua, että kumppani osallistuu seksuaalineuvontaan. (Tuomaala 2017.)

Vulvodyniaa sairastavat kärsivät usein myös seksuaalitoimintojen häiriöistä. Sairaus aiheuttaa yhdyntäkivun, vähentää seksuaalista kiihottumista ja kostumista sekä aiheuttaa kielteisiä tunteita yhdynnän aikana. (Hallam-Jones ym. 2001, 114.) Mieli muistaa kipukokemukset, ja kipumuistin aiheuttamia kehon reaktioita pyritään hoidolla tietoisesti vähentämään. Nainen voi kokeilla omien sormiensa avulla lantionpohjan ja vaginan lihasten jännittymistä ja rentoutumista. Sen sijaan, että nainen välttäisi kipukohdan koskettamista, häntä neuvotaan tekemään päivittäisiä harjoituksia käsipeilin avulla ja hieromaan kipukohtaa öljyllä. Myös tamponin käyttäminen kuukautisten aikana on suositeltavaa. Kumppanin ottaminen mukaan harjoituksiin on tärkeää. Kumppani otetaan asteittain mukaan harjoituksiin silloin, kun nainen kokee hallitsevansa harjoitukset itsenäisesti. (Lindström ym. 2015, 3-4.)

Vulvodynia sijaitsee sellaisella kehon alueella, johon liittyy erityisiä emotionaalisia latauksia. Vaatii herkkyyttä ja taitoa kohdata sairaus yhdessä seksuaalisuuden ja parisuhteen kanssa. Vulvan kivuista kärsivät kokevat usein parisuhteensa tyydyttävämmäksi yleisellä, kuin seksuaalisella tasolla. Yhdyntäkivuista huolimatta yhdyntä yleensä onnistuu niillä potilailla, jotka

valitsevat olla seksuaalisesti aktiivisia. Henkilön tulisi kuitenkin huomioida, harrastaako yhdyntää sen vuoksi, että itse todella haluaa, vai onko syynä mahdollisesti kumppanin painostus, miellyttämisen halu vai tarve olla ”normaali”. (Hallam-Jones ym. 2001, 115-117, 121; Lindström ym. 2015, 2; Rosenbaum 2013, 21-22.)

Vaginismi tarkoittaa lantionpohjan ja emättimen lihasten tahattomia kouristuksia. Vaginismissa nainen reagoi emättimen ja häpyhuulten ulkosuun kosketukseen supistamalla voimakkaasti lantionpohjan lihaksia. Nainen reagoi usein myös puristamalla reisiä yhteen tai pakenevilla kontaktista. Peniksen vieminen emättimeen on lähes mahdotonta naisen pako- ja jännitysreaktion takia. Vaginismia sairastava voi kokea yhdynnän yrittämisen samanlaisena kokemuksena, kuin jos yrittäisi tökätä itseään silmään (Ward & Ogden 2010, 431). Ominaista emätinkouristukselle on emättimen alaosaa ympäröivien lantionpohjan lihasten tahaton kouristelu, kun emättimeen työnnetään penis, sormi, tamponi tai tähystin, jota käytetään gynekologisessa tutkimuksessa. (Hovatta 2011b; Huttunen 2016a; Huttunen 2015.)

Seksuaalisten toimintahäiriöiden tapaan emätinkouristus voi olla luonteeltaan itsenäistä tai se voi johtua muista sairauksista, se voi olla tilannekohtaista tai yleistynyttä. Emättimen tahaton kouristelu voi johtua myös emättimen infektiosta tai endometrioosista. Pahimmillaan emätinkouristus voi estää yhdynnät kokonaan ja vaikeuttaa parisuhdetta ylläpitävää seksuaalielämää tai estää kokonaan parisuhteen syntymisen. Naisen emätintä ympäröivien lihasten supistelun asete vaihtelee lievästä kivusta hyvin voimakkaaseen kramppimaiseen kouristelu kipuun. Yksi yhdyntäkivun syistä voi olla emätinkouristus, mutta emätinkouristuksen syy jää usein epäselväksi. (Huttunen 2015.)

Naisen vaginismien taustalla saattaa olla vaikeita lapsuuden- tai nuoruudenaikaisia traumaattisia kokemuksia. Taustalla voi olla seksikielteen kasvuympäristö, raiskauksia, tapaturmia, seksuaalista hyväksikäyttöä, sairauksia tai esimerkiksi vaikeaksi koettu gynekologinen tutkimus. Erityisesti lapsuudessa ja nuoruusiässä tapahtuneet traumaattiset kokemukset voivat olla liian ahdistavia kokemuksia tietoisuudessa täysin torjuttuja, jolloin emätinkouristus voi olla ainut muisto lapsuuden aikaisesta inestisestä tai pedofiilisestä kokemuksesta. Tällaisissa tilanteissa psykoterapia on potilaalle hyödyksi. Hyviä hoitotuloksia saavutetaan totuttautumisen avulla myös silloin, kun nainen ei muista mitään erityistä tapahtuneen. (Hovatta 2011b; Huttunen 2015.)

Sairautta tutkittaessa gynekologista tutkimusta ei ehkä ole mahdollista tehdä, mutta alueen paljastaminen potilaan suostumuksella voi kuitenkin osoittautua hyödylliseksi. Naista tulee pyrkiä auttamaan tunnistamaan ja käsittelemään kasvavaa ahdistustaan, ennemmin kuin tais-telemaan sitä vastaan. Tarkoituksena on pysyä läsnä olevana tutkimustilanteissa sen sijaan,

että keskittäisi huomionsa johonkin muuhun tai pakenisi tilanteesta. Epämiellyttävään tilanteeseen mukaan lähteminen voi auttaa potilasta löytämään vaikeat ja kivuliaat tunteet, joiden paljastaminen voi auttaa laukaisemaan sekä emotionaaliset että fysiologiset lukot. (Rosenbaum 2013, 24; Ward & Ogden 2010, 432.)

Vaginismia sairastavan naisen suositellaan aina keskustelemaan avoimesti ongelmastaan kumppanin kanssa. Kumppanin ymmärtävä ja myötäelävä suhtautuminen ongelmaan on edellytys, jotta ongelma vapautuu. Nainen voidaan ohjata sekä gynekologin että seksuaalisten toimintahäiriöiden hoitoon erikoistuneiden seksologien tai psykoterapeuttien puoleen. Keskusteluterapia naisen vaginismien hoidossa ilman käytännön harjoituksia jää lähes aina tuloksettomaksi. (Hovatta 2011b; Huttunen 2015.)

Vaginismia ja vulvodyniaa sairastavien hoidossa käytettävät terapia-istunnot voivat kestää muutamasta tapaamisesta kymmeneen tapaamiseen. Hoidon aluksi tulisi keskustelun kautta käydä potilaan kanssa läpi, minkälainen hänen seksuaalinen historiansa on, ja mitkä ovat potilaan omat odotukset ja tarpeet. Potilaalle annetaan tietoa siitä, kuinka seksitoimintojen aikainen kipu voi vaikuttaa parisuhteeseen. Potilaalle kerrotaan kehon anatomiasta ja toimintoista, jotta hän oppii tietoisesti vaikuttamaan seksuaalisiin toimintoihinsa ja tuntemaan seksuaalista nautintoa tasavertaisesti kumppaninsa kanssa tai yksin. Yhdyntää suositellaan välttämään siihen saakka, kunnes potilas on edistynyt kivun kokemisen vähenemisessä. Hoidossa tulisi keskittyä tiedon antamiseen, ohjaukseen ja käyttäytymisharjoituksiin. (Lindström & Kvisti 2015, 3; Ward & Ogden 2010, 431.) On tärkeää, että sairastuneella on tavoitteita hoidon suhteen. Tavoitteena voi olla esimerkiksi se, että kykenee suoriutumaan sisätutkimuksesta tai yhdynnästä vähentyneellä kivulla tai ilman kipua. (Lindström ym. 2015, 3.)

Vaginismia sairastavan potilaan gynekologisen tutkimuksen yhteydessä ja potilaan kanssa yhteisymmärryksessä voidaan suorittaa pientä venyttelyä emättimeen, sekä opetella kosketuksen sietoa intiimialueella. Potilas tekee kotona varovasti edeten emättimen venytysharjoituksia. On myös tärkeää ottaa kumppani mahdollisimman pian säännöllisiin harjoituksiin mukaan. Yhdyntää voidaan ryhtyä vähitellen harjoittelemaan, kun emättimen venyttely kahdella sormella on onnistunut jo jonkin aikaa hyvin. (Hovatta 2011b.) Vaginan venytysharjoittelut eivät ole välttämättömiä siksi, että valmistuttaisiin vaginan kykyyn vastaanottaa penis, vaan enemmän siksi, että nainen kokee yhdynnän positiivisena, haluttuna ja hallittuna asiana. (Rosenbaum 2013, 25.)

Vaginismien hoidossa seksiasennoista voi olla hyvä sellainen, jossa nainen on miehen päällä istuvassa asennossa. Tässä asennossa voidaan välttää pakokauhun tunnetta, ja tilanne on koko ajan naisen itsensä hallinnassa. Nainen voi itse riittävän kiihottumisen ja esileikkien jälkeen



ohjata peniksen emättimeensä. Yhdyntäliikkeisiin ei ole tarkoitukseen heti pyrkiä. Usein pariskunta oppii yksinkertaisten harjoitusten avulla saamaan yhdynnästä täyden seksuaalisen mielihyvän jo parin kuukauden kuluessa. (Hovatta 2011b.)

Vaginismin hoito on moniulotteista ja joskus ongelmallista. Vaginaharjoitukset voivat edesauttaa yhdynnän onnistumisessa, mutta vaginismien kaikkien puolien huomioiminen ja parhaan tuloksen saaminen hoidosta on haasteellista. (Ward & Ogden 2010, 431.) Vaginan herkkyyden vähentämisharjoitukset ja kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdessä ovat vaginismien hoitoon käytettyjä menetelmiä. Vaginan koskettaminen voi tulla helpommaksi niillä potilailla, jotka aktiivisesti hoitavat vaginaansa voiteilla. Harjoituksia tekemällä vaginan koskettaminen ei enää aiheuta niin suurta epämiellyttävyyden tunnetta. Herkkyyden vähentämisharjoitusten ja terapian yhdistelmällä voidaan kasvattaa seksuaalista aktiivisuutta ja tyytyväisyyttä. Potilaan seksuaalinen nautinto, jännitys ja vaginan kostuminen ja tätä kautta masturbaatio- ja yhdyntäkerrat voivat lisääntyä. Myös taideterapia, hypnoosi, mindfulness, akupunktio ja jooga voivat olla avuksi. (Hallam-Jones ym. 2001, 121; Lindström & Kvist 2015, 1, 8.)

Kivulias yhdyntä, vulvodynia ja vaginismi ovat hyvin yleisiä, mutta vielä väärinymmärrettyjä naisten seksuaaliterveyden ongelmia (Bergeron, Morin & Lord 2010, 289). Hoitohenkilökunnan on tärkeää ymmärtää, kuinka kokonaisvaltaisesti nämä sairaudet voivat vaikuttaa potilaan elämään. Sairaudet vaikuttavat potilaan harrastuksiin, sosiaalisiin suhteisiin sekä työuraan. Kyvyttömyys istua tai seisoa pitkiä aikoja sekä jatkuva wc:ssä käynnin tarve voivat pakottaa ottamaan sairauslomaa tai vaihtamaan työpaikkaa. Nainen ei välttämättä kykene kivun vuoksi käymään elokuvateattereissa, tai polkea polkupyörällä. On tärkeää kysyä potilaalta, miten sairaus koskaan vaikuttanut hänen elämäänsä tai ihmissuhteisiinsa. (Major ym. 2016, 42-43.)

Seksuaalinen kanssakäyminen voi olla oireiden vuoksi mahdotonta tai nainen voi olla häpeissään tilanteestaan, eikä sen vuoksi tahdo seksiä. Nainen voi kokea, että sairaus on vaikuttanut hänen kykynsä muodostaa tai ylläpitää romanttisia tai seksuaalisia suhteita. (Major ym. 2016, 43.) On tärkeää, että nainen sallii itselleen seksuaaliset tunteet, toiveet ja fantasiat (Lindström ym. 2015, 3). Sairastuneen tulee huomioida, että orgasmin saaminen ja seksuaalinen nautinto ovat mahdollista saavuttaa myös muilla kuin yhdynnän keinoin (Hallam-Jones ym. 2001, 121).

Mieltä voidaan opettaa rikkomaan kivun kierre silloin, kun jännittyneisyys ja kipu ovat reaktio ja muisto aikaisemmin koetusta kivusta. Tällöin potilasta voidaan rohkaista koskemaan vaginaansa säännöllisesti, vailla aikaisempien kokemusten perusteella luotuja ennako-odotuksia tai käsityksiä siitä, miltä se tulee tuntumaan. (Rosenbaum 2013, 24.) On hyvin haitallista, jos nainen kokee, että hänen täytyy suorittaa kosketusharjoituksista, vaikka ei oikeastaan haluaisi. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus, ilman tuomittavuutta tai pettymyksen tuottamista,

olla tekemättä harjoituksia. Naiselle annetaan valta omaan kehoonsa ilman pelkoa pettymyksen tuottamisesta kenellekään. Nainen voi kokea suurta pettymystä itseensä silloin, jos harjoitukset eivät onnistu. Tällöin häntä neuvotaan hyväksymään tunteensa, ja olemaan käyttämättä tuomitsevia sanoja, kuten ”epäonnistuminen”. Jos nainen harjoitusten aikana keskittää ajatuksensa muualle, katsoo televisiota tai käyttää puuduttavia aineita, on riski siihen, että henkilön käsitys oman kehon hallinnasta ja yhteydestä siihen vähenee. (Rosenbaum 2013, 24-25.)

Kivun pelkääminen lisää kipua, ja seksuaalisen kivun hoidossa on tärkeää pyrkiä olemaan tilanteessa läsnä olevana tietoisuuteen (mindfulness) perustuvien harjoitusten kautta. Seksuaalitoiminnot voivat heiketä, kun henkilö alkaa välttää kipua tuottavaa tekijää (Bergeron, Morin & Lord 2010, 292). Potilaan on hyvä huomata, että kivun kokemisen pelkääminen ja kivun seurauksien ajattelemisen itse asiassa voimistaa kipua. On tärkeää oppia tunnistamaan omia ajatuksia, asenteita ja tunteita tilanteessa, jossa tehdään hoitotoimenpiteitä, keskustellaan henkilökunnan kanssa tai potilas tekee itsehoitoharjoituksia. Negatiivisten tunteiden hyväksyminen välttämätöntä, jotta kivun ja pelon tuntemisen kierteestä päästään eroon. (Rosenbaum 2013, 23.)

#### 4.4 Valkojäkälä ja punajäkälä ulkosynnyttimissä

Valkojäkälä (lichen sclerosus et atrophicus, LSA) on limakalvonsidekudoksen ja ihon sairaus, jossa kimmo- ja kollageenisäikeet rappeutuvat ja verisuonisto sekä kimmoisuus ihossa vähenevät ja iho arpeutuu. Valkojäkälän syytä ei tiedetä, ja sen aiheuttajaksi on esitetty geneettisiä, autoimmuunisia ja paikallisia tekijöitä. Todennäköisesti syyt ovat monitekijäisiä. Tautia tavataan enemmän naisilla kuin miehillä. Yleisin sairastumisikä on 40-60 vuotta, mutta sairautta tavataan kuitenkin myös hyvinkin nuorilla tytöillä. Nämä muutokset aiheuttavat usein samankaltaisia oireita kuin ulkosynnytynsyövän esiastemuutokset: infektoita, haavaumia, kutinaa, kirvelyä ja kipua. (Hannuksela-Savh 2014; Heafner, Aldrich, Dalton, Gagne, Marcus, Patel & Berger 2014, 768; Mäenpää & Pakarinen 2011; Tiitinen 2016a.) Ulkosynnyttimien syöpä kehittyy valkojäkälää sairastaville noin 5 %:lle. Näitä muutoksia on seurattava tarkoin myös histologisin näyttein, koska samoille alueille voi kehittyä myös syövän esiasteita. (Mäenpää & Pakarinen 2011.)

Valkojäkälä alkaa usein noin 5 millimetrin kokoisina vaaleina läiskinä, joita voi olla ryhminä tai yksittäin. Läiskien koko voi kasvaa kuukausien kuluessa jopa 10-15 cm:n mittaisiksi. Läiskät muuttuvat samalla helmenvaikkeiksi ja sormilla tunnustellen kiinteiksi, lähes koviksi. Naisilla on läiskiä etenkin rintojen alla, niskassa, kainaloissa, yläraajojen koukistajapuolilla, ulkosynnyttimissä sekä perävaossa. Perävaon ja sukuelinten valkojäkälä kirvelee ja kutiaa usein voimakkaastikin, ja alueella voi olla ihottumaa. Ihottuman hankaus ja raapiminen pahentavat

oireita entisestään, ja iho saattaa raapimisesta johtuen paksuuntua. Ihossa voi esiintyä myös pieniä haavoja ja verenpurkauksia ja jopa verisiä rakkuloita. (Hannuksela-Svahn 2014; Hieta & Kero 2016, 131; Launis 2014, 16; Reunala & Hasan 2011; Tiitinen 2016a.)

Taudin edetessä valkojäkälä saattaa kuroa ihoa ja limakalvoja yhteen. Pitkään jatkunut tulehdus vulvan alueella voi johtaa pienten häpyhuulten ja klitoriksen surkastumiseen, emättimen suunaukon ahtautumiseen (kraurosis vulvae) sekä vitsaputken suunaukon ahtautumiseen. Näiden seurauksena voi syntyä virtsaamisongelmia ja yhdyntäkipuja. (Hannuksela-Svahn 2014; Launis 2014, 16 Mäenpää & Pakarinen 2011; Reunala & Hasan 2011; Tiitinen 2016a.) Limakalvon ja ihon ulkonäkö vaihtelee punertavasta ja ohuesta paksuntuneeseen ja vaaleaan (leukoplakia) (Bützow & Stenbäck 2012).

Punajäkälä (lichen planus) on limakalvojen ja ihon pitkäaikainen tulehduksellinen sairaus, jonka syytä ei tiedetä. Se on todennäköisesti autoimmuunisairaus, jonka laukaiseviksi syiksi on epäilty useita tekijöitä, kuten stressi, kemikaalit (mm. amalgaami), virusinfektiot sekä tietyt lääkkeet (mm. kulta, klorokiini, tulehduskipulääkkeet ja tiatsididiureetit). Punajäkälä on valkojäkälää harvinaisempi vulvan tulehdusmuutos (Bützow & Stenbäck 2012). Punajäkälää esiintyy kaiken ikäisillä, ja taudin kesto vaihtelee muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin. (Hannuksela-Svahn 2014; Hieta & Kero 2016, 131; Kallioinen & Stenbäck 2012; Launis 2014, 16; Lawton 2016, 19; Tiitinen 2016a.) Punajäkälän pahanlaatuistumisen riski on eri tutkimustuloksien perusteella 0-2,5 % (Hieta & Kero 2016, 131).

Punajäkälälle tyypillisimpiä oireita ovat kipu, poltto, arkuus, yhdyntäkipu, kutina sekä vuotoherkät limakalvot. Sinipunertavia papularykelmiä esiintyy sukuelimissä, limakalvoilla, nilkoissa, ranteissa ja suussa. Pienten häpyhuulien rakenteet voivat kadota arpeutumisen myötä. Emättimen suunaukolla voi tapahtua kaventumista, seinämä ahtautua ja jäykistyä ja seinämien välille voi muodostua limakalvokiinnikkeitä. Myös vitsaputken suunaukko voi kaventua aiheuttaen virtsaamisvaikeutta. Samanaikaisesti voi ilmaantua oireilua myös suun limakalvoilla. (Hannuksela-Svahn 2014; Launis 2014, 16; Tiitinen 2016a.) Limakalvoja rikkova punajäkälä on potilasta invalidisoiva sairaus, sillä se on usein hoitoresistentti (Hieta & Kero 2016, 131).

Valkojäkälän ja punajäkälän diagnoosi tehdään gynekologisessa tutkimuksessa limakalvon alueen muutosten perusteella. Valkojäkälä voi olla erityisen vaikea erottaa punajäkälästä niin kliinisesti kuin mikroskooppisestikin (Reunala & Hasan 2011). Koepalaa, kolonoskopiaa, voidaan käyttää taudinmäärityksen tukena silloin, jos oireet ovat hankalia tai potilaalla on huonosti parantuva haavauma. Hoidon tavoitteena on taudin oireiden lievittyminen ja etenemisen estäminen tai parantuminen. Hoidossa voidaan käyttää paikallisesti vahvoja kortisonivoiteita tai takrolimuusivoidetta (protopic). Lääkevoiteita käytetään vuorotellen perusvoiteiden

kanssa ihon haurastumisen ehkäisemiseksi. Hoito kestää tavallisesti jaksoittain vuosia, seuranta useita vuosia. (Hannuksela-Svahn 2014; Hannuksela-Svahn 2015; Launis 2014, 17; Mäenpää & Pakarinen 2011; Tiitinen 2016a; Vester 2012.)

Vaikeaa tautia voidaan lääkittää myös sisäisesti. Joskus paikallista muutosta voidaan hoitaa laserilla. Sedatoivia antihistamiineja käytetään ehkäisemään yöaikaista raapimista. Trisykliset masennuslääkkeet sekä paikalliset puudutevoiteet voivat myös helpottaa epämukavaa oloa. Ulkosynnyttimien ja emättimen limakalvosairauksien hoito ja taudinmääritys kuuluvat aina gynekologille tai ihotautilääkärille, jotka voivat tarvittaessa määrätä lääkehoitoa. (Hannuksela-Svahn 2015; Machin, McConnell & Adams 2010; Vester 2012.)

Jos emätin on ahtautumassa valko- tai punajäkälän vuoksi, voidaan hoitona käyttää emättimen venytyshoitoa eli vaginadilataatiota emätinpuikkojen, hieromasauvan tai yhdyntöjen avulla. Vaginadilataatio tulee aloittaa jo ahtautumisen varhaisessa vaiheessa. Säännölliset yhdyntät ovat paras laajennushoito. Yhdyntöissä on hyvä käyttää liukuvoidetta, ja postmenopausaalisilla naisilla myös paikallista estrogeenihoitoa, joka vahvistaa limakalvoja (Hieta & Kero 2016, 131). Potilas voi itse seurata genitaalialueensa ihon ja limakalvojen muutoksia peilin avulla. (Launis 2014, 17.)

Ihosairauksien hoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota pesutottumuksiin ja vaatevalintoihin. Tärkeää on käyttää pesuaineita ja materiaaleja, jotka eivät ärsytä herkkää ihoa. Hajusteettomien ja ihon omaa pH-arvoa lähellä olevien tuotteiden käyttäminen on tärkeää. Pikkuhoususuojien ja alushousujen materiaalit sekä kireys voivat ärsyttää genitaalialuetta. Intiimialueen ihokarvoituksen poistamista kokonaan ei suositella, sillä karvoitus auttaa ihoa hengittämään. (Launis 2014, 17.) Yhdyntöissä genitaalialueen limakalvot altistuvat mekaaniselle rasitukselle. Liukasteiden käyttö on suositeltavaa, sillä vaikka yhdyntä onnistuisikin, on sitä seuraava kirvely ja kipu usein seksuaalista halua laskeva tekijä. Ulkoisesti käytettävät voiteet sotkevat, ja sidokset voivat olla rajoittavana tekijänä. On hyvä varata esimerkiksi lakana lähettyville, ja kangasta voi käyttää myös suojaamaan osaa iho-alueesta. Tärkeintä on lähestyä toista kunnioittaen ja välttää turhaa häpeän tunnetta omaa kehoa kohtaan. (Sandberg 2011, 19.)

Valkojäkälän ja yhdyntäkipujen yhteyttä toisiinsa ei vielä kunnolla tunneta. Tiedetään kuitenkin, että hyvin monet valkojäkälää sairastavat kärsivät yhdyntäkivuista ja genitaalialueen kivusta, jotka heikentävät merkittävästi naisen elämänlaatua. Valkojäkälää sairastavat ovat seksuaalisesti vähemmän aktiivisia ja harrastavat vähemmän yhdyntöjä kuin terveet, vaikka sairastuneet pitävätkin yhdyntää tärkeänä elämänlaatua parantavana tekijänä. (Heafner, Aldrich, Dalton, Gagne, Marcus, Patel & Berger 2014, 765, 767-768.) Hoitavalta taholta vaaditaan huolellista ja sensitiivistä otetta, kun on kyseessä genitaalialueen ihosairaudesta kärsivä.

Potilas tarvitsee asiallista tietoa ja asiallisia vastauksia seksiin liittyvissä asioissa. (Sandberg 2011, 18.)

Ihminen kokee ja tuntee seksin aikana paljon juuri ihon kautta. Ihosairauden ei kuitenkaan tarvitse viedä pois seksin nautittavuutta eikä kaataa seksuaalista itsetuntoa. Tähän vaikuttaa paljon se, millä asenteella henkilö lähestyy sairauttaan ja seksielämäänsä. Sairastunut voi kuitenkin kokea, että oma seksuaalinen haluttavuus vähenee tai häviää, kun oma keho on jatkuvasti sairauden vuoksi hoidon, toimenpiteiden ja arvioinnin kohteena. (Sandberg 2011, 17-19.) Myös sairauden hoitaminen voi tuntua hyvinkin raskaalta ja työläältä. Hoitoväsymykseen voi auttaa vertaistuen saaminen, jolloin vahvistuu käsitys siitä, että ei ole sairauden kanssa yksin. Muilta voi saada hyödyllistä kokemustietoa, ja voimavaroja oman sairauden hoitoon. (Launis 2014, 16-17.)

Vulvan ihosairaudet voivat vaikuttaa naisen fyysiseen toimintakykyyn, rajoittaa fyysistä toimintakykyä ja vaikuttaa sosiaaliseen, psykoseksuaaliseen ja psykologiseen hyvinvointiin. (Lawton 2016, 18.) Nykyiset hoitomuodot vaikuttavat potilaan kivunhallintaan positiivisesti. Kuitenkin, nämä hoitomuodot kirurgia mukaan lukien, eivät välttämättä vaikuta naisen seksuaalitoimintoihin. Hoidoista huolimatta useat naiset kärsivät jatkuvasta ja merkittävästä yhdyntäkivusta. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että hoidossa otetaan huomioon naisen seksuaaliterveys. (Heafner ym. 2014, 768-769.)

## 5 Seksuaalisuus sairastuneena

Naisen genitaalialueen sairaudet, kuten punajäkälä, valkojäkälä, vulvodynia ja vaginismi, ovat usein pitkäaikaisia, kroonisia ja elämänlaatua heikentäviä sairauksia. Sairastumisen myötä henkilö voi kokea useita tunteita, kuten yksinäisyyttä, avuttomuutta, pelkoa, epätoivoa, ahdistusta, syllisyyttä, katkeruutta, vihaa, häpeää sekä tunnetta siitä, että on vähemmän naisellinen tai epätavallinen. Tunteet voivat lisätä masennuksen, itsetuhoisuuden ja jopa itsemurhan riskiä. Sairaanhoidajien on tärkeää ymmärtää sairauksien vaikutukset potilaan mielen-terveyteen, fyysiseen terveyteen ja elämänlaatuun. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13, 130; Major, Brackenbury, Gibbon & Tomson 2016, 40, 42; Rosenberg 2007; Ryttyläinen & Virolainen 2009; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23.)

Ihminen on aina seksuaalinen yksilö, eikä sairaus tai diagnoosi, jolla on seksuaalisuus. Seksuaalisuus ei häviä minnekään ihmisen sairastuessa, mutta sairastaminen ja sairastuminen vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen, parisuhteen laatuun, seksin harrastamiseen sekä identiteettiin ja mielikuvaan itsestä. Nainen joutuu sairastuttuaan arvioimaan minuutensa uudestaan ja saattaa jopa kadottaa väliaikaisesti suhteen omaan kehoonsa tai seksuaali-identiteettiinsä. Nainen voi kokea olevansa ruma ja luotaantyöntävä sekä tuntea suuria riittämättömyyden

tunteita. Häntä voi pelottaa myös seksuaalisuudesta nauttimisen kyvyn menettäminen, orgasmikyvyn menettäminen tai hedelmättömyys. Samaan aikaan hänen on usein kohdattava myös läheistensä tunteet. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13, 130; Rosenberg 2007; Ryttyläinen & Virolainen 2009; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23.)

Sairastuminen voi aiheuttaa niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin muutoksia ihmisessä. Tunnetasolla tapahtuvat muutokset voivat olla hyvin moniulotteisia, varsinkin kun sairaus sijaitsee genitaalialueella, joka on kehon herkin alue. On tyypillistä, että genitaalialueella sijaitseva sairaus aiheuttaa niin suurta häpeää, että se estää henkilöä puhumasta sairaudestaan. Pahimmassa tapauksessa hoitoon hakeutuminen viivästyy häpeän vuoksi. Häpeää aiheuttaa usein pelko esimerkiksi sukupuolitaudin mahdollisuutta tai siitä, kuinka muut ihmiset suhtautuvat sairauteen ja oireisiin. Sairastunut voi myös pohtia, johtuvatko oireet mahdollisesti kumppanin uskottomuudesta. (Launis 2014, 16-17; Porras 2009, 31-32; Rosenberg 2003, 267, 269; Sandberg 2011, 18.)

Itsetunto on yksi tärkeimmistä hyvän seksuaalisuuden rakenteista. Sen puuttuessa minäkuvan korjaantuminen ja seksuaalinen eheytyminen tapahtuvat hitaasti, tai ei välttämättä ollenkaan. Itsetunnon ollessa jo ennen sairastumista heikko, muutostilanne voi johtaa jopa sen romahtamiseen. Oman kehon muuttuminen aiheuttaa tunne-elämään eniten haasteita. Hyvin tyypillistä on, että syntyy ongelmia parisuhteessa, ilmaantuu seksuaalitoimintojen häiriöitä tai tapahtuu seksuaalisuuden psyykkisiä vaihteluita. (Porras 2009, 31-32; Rosenberg 2003, 269; Rosenberg 2006.)

Sukupuolielinten sairaudet lisäävät seksuaalisia toimintahäiriöitä, jotka puolestaan vaikuttavat haitallisesti parien kokemaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Feldman ym. 1994, Lauman ym. 1999, kts. Ala-Luhtala 2008, 17). Sairastumisen aikaiset parisuhteen ongelmat ilmenevät usein kyvyttömyytenä keskustella tai ymmärtää toisen kokemaa muutosta omassa naiseudessaan (Kairaluoma & Aukee 2005, 4859-4860). Seksuaalisten toimintahäiriöiden hoito tulisi aloittaa tarkastelemalla kattavasti potilaan lääketieteellisten, psykologisten ja emotionaalisten tekijöiden osuutta sairauteen. Silloin kun seksitoiminnot ovat uhattuna, on tärkeää, että seksuaalisuus huomioidaan jo sairauden toteamisen aikana, vaikka sairastunut ei itse tätä ottaisikaan puheeksi. Seksuaalisuus ja minäkuva saattavat nousta potilaalla heti sairauden tai vamman tapahtumahetkellä suureenkin merkitykseen, tai naiseuteen liittyvät suuremmat kysymykset työstetään vasta myöhemmin. (Rosenberg 2006; Ryttyläinen & Virolainen 2009; Vengunta, Kling & Faubion 2016, 952.)

Krooniset kivut aiheuttavat seksuaalista haluttomuutta, ja yhdyntäkivut haluttomuutta seksuaaliseen kanssakäymiseen (Laurson ym. 2006, kts. Ala-Luhtala 2008). Kipu voi aiheuttaa pari-

suhteessa läheisyyden vähenemistä, kommunikaatio-ongelmia sekä yhdyntäkertojen vähenemistä ja yhdyntäasentojen löytämisen vaikeutta (Porras 2009, 32). Voi myös olla, että sairastuneen kumppanilla on haluttomuutta, sillä hän pelkää tuottavansa kipua seksin aikana. Seksuaalisen haluttomuuden kohdalla hoito tulee ensisijaisesti kohdistua sen syihin. Herkemmin sairastumiseen reagoivat todennäköisesti he, joilla on ollut ennestään vaikea suhde omaan seksuaalisuuteen ja kehoon tai joilla on taustalla parisuhde- tai seksiongelmiä. Positiivinen suhde omaan seksuaalisuuteen auttaa sairauden kanssa elämisessä ja toipumisessa. Jos seksuaalisuus ja seksi on ollut naiselle entuudestaan positiivinen osa elämää, voi pelko sen menetyksestä kuitenkin sysätä kriisiin. Tärkeää on silloinkin ylläpitää fyysistä yhteyttä kumppaniin mm. hyväilemällä, suuseksillä ja apuvälineitä käyttämällä. Naisia ja pariskuntia tulee kannustaa kyseenalaistamaan perinteiset ajatuksensa ja käsityksensä yhdynnästä, ja sen sijaan pyrkiä saavuttamaan seksuaalinen ilo ja yhteys. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 104; Brusila 2011, 162; Halttunen & Perheentupa 2011; Launis 2014, 17; Rosenbaum 2013, 23.)

Sairastumisen aiheuttama kriisi, kriisin kesto sekä ilmeneminen ovat yksilöllisiä, määräytyen yksilön persoonan ja tilanteen vakavuuden mukaan. Ensimmäisessä vaiheessa, sokkivaiheessa, tunteet voivat vaihdella surusta, raivosta, hämmennyksestä ja häädystä täydelliseen tunteettomuuteen, järjeistämisen yritykseen tai tapahtuneen kokonaan kieltämiseen. Sokkia seuraavassa reaktiovaiheessa nainen yleensä pyrkii käsittelemään tunteitaan ja mieltämään tapahtunutta, kohdaten todellisen tilanteen. Potilaan ollessa sokki- ja reaktiovaiheessa, hoitohenkilökunnan on tärkeä keskustella sairastuneen kanssa selkeästi antaen valmiita kysymyksiä. (Rosenberg 2006.) Aiheen käsittely tulisi kohdistaa käytännön asioista puhumiseen maanläheisesti sen sijaan, että puhuttaisiin käsitteistä (Launis 2014, 17; Porras 2009, 30).

Kriisin reaktio- ja sokkivaiheiden aikana koko elämä ja tulevaisuus ovat usein suuressa mylerryksessä, eivätkä tällöin seksuaalisuuteen tai seksiin liittyvät kysymykset tule edes potilaan mieleen. Seksuaalisuus saattaa lamaantua ja joutua pitkäksikin aikaa taka-alalle, jolloin parisuhteessa oleva saattaa pelätä kumppaninsa menettämistä. Jos nainen ei ole parisuhteessa, hänellä voi olla pelkoa siitä, estääkö vamma tai sairaus ihmissuhteiden solmimisen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 103; Rosenberg 2007.) Käsittelyvaiheessa käynnistyvät yleensä yksilön omat selviytymiskeinot ja niiden aktiivinen etsiminen. Kun potilas saapuu seurantakäynnille, on arki todennäköisesti nostanut esille uusia kokemuksia ja kysymyksiä. Kuntoutuksen yhteydessä on tärkeää kysyä potilaalta mahdollisista käytännön ongelmista, parisuhteesta, seksuaalisuuden sujumisesta sekä suhteestaan omaan naiseuteensa ja tarpeen mukaan ohjata hänet jatkohoitoon. (Rosenberg 2006.)

Viimeisenä vaiheena seuraa uudelleen suuntautumisen vaihe, joka johtaa vamman tai sairauden jonkinasteiseen hyväksymiseen, elämiseen sen kanssa, elämästä luopumiseen tai siirtymi-

seen takaisin terveen ihmisen rooliin. Käsittelyn ja uudelleen suuntautumisen vaiheissa nainen kykenee yleensä jo paremmin miettimään omaa minäkuvaansa laajemmin. Käytännön kysymysten rinnalle nousee pikkuhiljaa tarve eheytymiseen kokonaisuutena, jolloin seksuaalisuus on usein tiiviisti mukana tämän vaiheen tunnetiloissa. Sairastuneen kyky selkeyttää tilanne on yksilöllinen kokemus. Osa naisista haluaa puhua ja purkaa näin tunteitaan. Joskus eheytymiseen tarvitaan jokin palkitseva ja positiivinen kokemus. Osa ottaa taas eheytyksen avuksi luovuuden, kuten tanssiterapian, musiikkiterapian tai esimerkiksi maalaamisen. Potilaalle on annettava mahdollisuus keskustella seksuaaliterapeutin tai lääkärin kanssa, mikäli tarvetta ilmenee. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 108; Ihme & Rainto 2014, 26-29; Rosenberg 2006.)

Naiset usein kokevat, että eivät saa apua seksuaalisiin ongelmiinsa ja asian puheeksi ottaminen hoitotyöntekijän kanssa on vaikeaa, koska aihe on niin herkkä ja monimutkainen (Lindström ym. 2015, 8). Potilaan kanssa käyty avoin keskustelu sairauden oireista ja rajoitteista auttaa naista hyväksymään sairauden aiheuttamat muutokset omaan seksuaalisuuteen. Potilaan itsetunnon tukeminen sekä työntekijöiden luoma aito usko siihen, että parantuminen on mahdollista, auttaa naista luomaan selviytymiskeinoja vaikeankin sairastumisen tilanteessa. On hyvä viedä potilaan huomio siihen, mitä kaunista on jäljellä, eikä siihen, mitä nainen on menettänyt. (Coady 2015, 28; Porras 2009, 31-32; Rosenberg 2003, 269; Rosenberg 2006; Törnävä ym. 2013, 248, 150.) Hoitohenkilökunnan tehtävänä on löytää tapa auttaa, kohdata ja kuulla asiakasta ja tunnistaa ne tilanteet, joissa hän voi parhaiten auttaa ja tukea häntä (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 108).

Hoidon aikana potilaalla on lupa puhua ja kysyä seksuaalisuudesta, sekä oikeus saada tietoa hoitojen, sairauden tai toimenpiteiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Diagnoosin ja tulevaisuuden epävarmuus helposti lisää ahdistuneisuutta, ja epätietoisuus parannuskeinoista voi lisätä masennusta (Bullard 1988, kts. Hallam-Jones ym. 2001, 120). Itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja kehon koskemattomuutta tulee kunnioittaa kaikissa keskustelu- ja hoitotilanteissa. On myös tärkeää, että työntekijä ymmärtää potilaiden erilaisia tapoja reagoida tilanteisiin. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 108; Ihme & Rainto 2014, 26-29; Rosenberg 2006; Ryttyläinen & Virolainen 2009.) Kun työntekijä kohtaa sairastuneen, on hyvä ottaa huomioon naisen elämäntilanne ja sairauden vakavuus. Potilaalle annetaan aikaa kertoa omin sanoin oma tarinansa ja hänen kanssaan selvitetään hänen seksuaalinen historiansa, asennot, kuukautiskierto, sairaudet, lääkahoito sekä muut tekijät, jotka voivat olla vaikuttamassa hänen kipunsa kokemiseen. Myös kivun laatu tulee selvittää. Onko kipu polttavaa, kutiavaa, karkeaa, kouristelevaa, terävää vai pistävää kuin veitsi? Entä missä kipu sijaitsee? Potilaalta kysytään hänen lyhyen ja pitkän tähtäimen tavoitteistaan. (Coady 2015, 19; Rosenberg 2006, 285.)



Sosiaalinen konteksti täytyisi ottaa huomioon potilasta hoidettaessa, sillä sosiokulttuuriset syyt ovat osaltaan vaikuttamassa siihen, että naiset joskus haluavat tai kokevat välttämättömiksi kyetä yhdyntään miehen kanssa. Naiset voivat haluta miellyttää kumppania, täyttää kumppanin seksuaaliset tarpeet tai olla ”normaaleja”. Naisten tarve pyrkiä yhdyntään voi sivuuttaa kokonaan heidän autonomiansa ja tarpeensa rajoille. (Rosenbaum 2013, 21-22.)

Omien rajojen asettaminen onnistuu silloin, kun henkilö kehittää omaa seksuaalista itsetuntemustaan ja itsetuntoaan. Silloin omat tarpeet ja halut ovat itselle selkeitä, ja itsen suojaaminen ja puolustaminen onnistuvat. (Kallio & Jussila 2016, 66-68.) Vaikeimmissa tapauksissa voidaan tarvittaessa käyttää psykoterapian, seksuaaliterapian tai hahmoterapian keinoja. Kognitiivis-behavioristinen terapia auttaa sairastumisen aiheuttamaan masennukseen, ahdistukseen ja toivottomuuden tunteisiin. (Coady 2015, 28.)

Sairaus ei ole koko identiteetti, eikä oma persoona saa jäädä sairauden oireiden taakse. Tärkeää on oppia nauttimaan seksuaalisuudesta sellaisena kuin se kussakin elämänvaiheessa pystyy toteutumaan, sairauden aiheuttamien erityishuomioiden tarve huomioon ottaen. Sairauden myötä seksuaalisuudelle voi löytyä uusia ilmaisumuotoja ja se voi motivoida etsimään uusia toimintoja perinteisen yhdyntäkeskeisen seksin tilalle. Yhdyntäkeskeisyys ohjaa ihmistä suorittamaan, ei nauttimaan. On kuitenkin lukemattomia erilaisia syitä haluta seksiä. Syynä voi olla tarve emotionaaliseen läheisyyteen, valloittamiseen, nautintoon, kumppanin miellyttämiseen, paineen purkuun tai lisääntymiseen liittyvät asiat, jotta seksiin ryhdytään. Toisen iholle voi kuitenkin päästä kokonaisvaltaisesti, ja heittäytyä nautintoon yhdessä kumppanin kanssa. Henkilö voi nauttia myös siitä, että kumppani nauttii. Seksille voi myös sopia etukäteen sopivan ajankohdan, jonka odottaminen ja suunnittelu voivat myös lisätä kiihottusta. (Rosenberg 2003, 267; Sandberg 2011, 18-19; Tuomaala 2017.)

Seksuaalisuuteen vaikuttaa sairautta ja hoitoja enemmän asenne, jonka henkilö vie seksuaalisuuteensa ja seksielämäänsä, kuin elämän eteen tuomat asiat. Siihen kuinka sairastuminen vaikuttaa yksilön seksuaalisuuteen vaikuttaa hyvin paljon se tapa, jolla yksilön mieli näkee tapahtuneen. (Launis 2014, 17.) Vastuun ottaminen omasta kivusta on tärkeää. Kun nainen kokee ongelmat positiivisena haasteena, johon lähdetään etsimään ratkaisua, voi seurauksena olla entistä parempi seksuaalinen nautinto. Tämän toteutuminen parisuhteessa edellyttää sitä, että nainen on avoin kumppanilleen seksuaalisuudestaan, jolloin asian käsittely onnistuu yhdessä toista tukien. (Törnävä ym. 2013, 248, 150.) Yksi keino hoitaa omaa ja pariskunnan seksuaalisuutta sairastumisen aikana on fantasiat. Ne ovat seksuaalisuuden yksi varjelluimmista osa-alueista, ollen erittäin tärkeitä kiihottumisen ja rentoutumisen kannalta. Fantasioita ja mielikuvia on hyvä käyttää seksissä vapaasti, sillä ne saattavat helpottaa kivun tunnetta sekä seksin aikana, että sen jälkeen. Kipua helpottaa myös hengitykseen keskittyminen yhdynnän aikana, jolloin hengitetään syvään sisään, ja rentouttavasti pitkään ulos. (Sandberg 2011, 19.)

Naistentauteja sairastava henkilö voi hyötyä vertaistuesta varsinkin silloin, kun sairaudesta on vaiettu pitkään. Ulkopuolisten henkilöiden antama tuki on erittäin tärkeää ja sairauden kanssa elämistä voi helpottaa, kun saa jakaa kokemuksiaan ja kuulla muiden kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta. Vertaistuen tarkoituksena on antaa lupa puhua vaikeista aiheista, kuten seksuaalisuudesta. Muilta voi saada neuvoja mm. siihen, mistä voi saada apua sairauden aiheuttamiin kipuihin. Tärkeintä vertaistuessa on sen ymmärtäminen, ettei ole sairauden kanssa yksin. Toisilta voi saada voimavaroja hoitaa sairauttaan mahdollisesta hoitoväsymyksestä huolimatta. (Launis 2014, 17.)

Sairastuessaan nainen voi kokea saavansa kumppanilta runsaasti tukea sairauden käsittelyyn, jolloin sairaus voidaan kokea parisuhdetta voimaannuttavana tekijänä. Joskus kumppaneiden on vaikea ymmärtää ja uskoa naisen oireita, jolloin sairaudesta tulee parisuhdetta heikentävä asia. Parisuhteessa saatetaan myös välttää sellaista läheisyyttä, mikä voisi johtaa yhdyntään. Kun kumppani diagnoosin selvittyä ymmärtää naisen kivun ja ongelmien taustalla olevat syyt, on hänen helpompi tukea naista tämän sairaudessa. (Stone-Godena 2006, Buchan ym. 2007., kts. Törnävä, Koivula & Suominen 2013, 242, 248-250.)

Tietoisuuteen (mindfulness) perustuva lähestymistapa on tehokas työväline naisen seksuaalista kipua ja ahdistusta vastaan. Neuropsykologisen mekanismin mukaan mindfulness-harjoitukset voivat vähentää kivun kokemista. Sen sijaan, että mindfulness-menetelmällä tarkoitettiin tässä yhteydessä vain meditaatiota ja hengitysharjoituksia, sitä käytetään lähestymistapana, jolla tutkitaan henkilön kipuun liittyviä käsityksiä, tunteita, asenteita ja ajatuksia. (Rosenbaum 2013, 23.) Naisia autetaan huomaamaan, kuinka heidän negatiiviset ajatukset sairauttaan kohtaan itse asiassa pahentavat heidän oireitaan (Bishop ym. 2004, kts. Rosenbaum 2013, 23).

Kun henkilö on tarkkaavainen tunteistaan ja ajatuksistaan, hänestä tulee kykenevä selviytymään tilanteesta, sen sijaan, että taistelisi tunteita vastaan. Hän oppii tunnistamaan haitalliset tai katastrofaaliset ajatukset ("Jos en korjaa tätä, en koskaan pääse naimisiin tai saa perhettä"), samoin kuin näitä ajatuksia vahvistavat tunteet, kuten pelon, ahdistuksen ja vihan. Kun nainen antaa tunteilleen luvan, hän voi paremmin havaita, milloin ne ovat seurausta omien rajojen rikkoutumisesta, ja milloin on kyse haitallisista, sairautta pahentavista tunteista ja toimintamalleista. Kun henkilö asettaa omat rajansa, hän voi helpommin sanoa "ei", tuntematta asiasta syyllisyyttä. Tämä edesauttaa henkilön kykyä hallita omaa kehoaan kokonaisvaltaisesti. Kipu ja ahdistus eivät silloin enää ole vihollisia, joita tulee jatkuvasti välttää, vaan niistä tulee havaitsemisen ja hyväksymisen kautta hyödyllisiä työvälineitä oman sairauden hoitoon.

Tässä lähestymistavassa ymmärretään se, että seksuaalista kipua aiheuttavat häiriöt ovat monitekijäisiä. Perinteiset psykososiaaliset hoitomallit hyödyntävät eri ammattikuntien osaajia lääkäreistä, psykoterapeuteista, mielenterveyshoitajista ja seksuaaliterapeuteista. Näin pyritään huomioimaan ihmisen fyysinen, lääketieteellinen sekä mielenterveydellinen hoito tavoitteessa päästä kivuttomaan yhdyntään. Hoitohenkilökunnan tulisi osata käsitellä potilaan kognitioita, ahdistusta ja kivun aiheuttamia reaktioita silloin, kun potilas pelkää kipua. Tietoiseen läsnäoloon perustuva lähestymistapa edistää potilaan turvallisuuden tunnetta ja rohkaisee potilasta pysymään hoidon aikana läsnä olevana. Nämä tekijät edistävät yksilön autonomiaa ja tunnetta siitä, että itse hallitsee tilannetta ja omaa kehoaan. (Rosenbaum 2013, 20.)

## 6 Seksuaalisuuden tukeminen hoitotyössä

Seksuaalisuuden kohtaaminen on osa kaikkien hoitotyöntekijöiden normaaleja kasvatus- ja hoitotehtäviä. Työntekijän tärkein tehtävä on kohdata ja hyväksyä potilaan seksuaalisuus ja antaa toivoa paremmasta silloin, kun seksuaaliterveys on järkkynyt. Aiheen kunnioittavalla ja herkällä puheeksi otolla työntekijä antaa luvan seksuaalisuudesta puhumiselle sekä neuvoo seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Ohjaus ja neuvonta ovat osa potilaan kokonaishoitoa ja auttavat vähentämään sairauteen liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Usein jo se, että työntekijä ottaa seksuaalisuuden puheeksi, riittää poistamaan mahdollista häpeää ja ahdistusta seksuaalisuuteen liittyviä asioita kohtaan. (Ryttläinen-Korhonen 2011, 16; Ryttläinen & Virolainen 2009, 2-3; Suomen Seksologinen Seura ry 2017.)

Asiakkaan tulee tuntea, että hänestä välitetään ja häntä kuullaan. Työntekijä on onnistunut potilaan seksuaalisuuden kohtaamisessa silloin, kun asiakas tuntee tulleen tapaamisen aikana nähdyksi. Potilasta on tärkeä kuunnella ja arvostaa häntä omana ainutlaatuisena itsenään. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010 71-72; Brusila 2011, 167; Ihme & Rainto 2014, 26-29; Susi 2011, 83-84; Väisälä 2011.)

### 6.1 Mitä on seksuaaliohjaus ja -neuvonta?

Seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja sukupuolisuuteen liittyvät asiat ovat osa ammattihenkilöstön normaaleja hoito-, kasvatus- ja huolenpitotehtäviä, ja kaikkien hoitotyössä toimivien tulisi tarjota seksuaaliohjausta kaikille ikäryhmille. Seksuaaliohjaus ja -neuvonta ovat osa seksuaaliterveyden edistämistä, jonka tarkoituksena on elämänlaadun ja ihmissuhteiden parantaminen (Lottes 2000, kts. Ala-Luhtala 2008, 26). Seksuaaliohjausta annetaan kaikissa hoitoympäristöissä tilannekohtaisesti ja sille on asetettu tavoitteet. Seksuaaliohjauksen keskeisiä piirteitä ovat tiedon antaminen sekä asiakkaan ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Seksuaalineuvonta on puolestaan seksuaalineuvontakoulutuksen suorittaneen ammatti-

henkilön ja asiakkaan välinen prosessiluontoinen vuorovaikutustilanne, jossa 2-5 tapaamiskertaan sisältyy aloitus-, työskentely- ja lopetusvaiheet. (Ryttyläinen-Korhonen 2011, 16; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2-3; Suomen Seksologinen seura ry 2017.)

Työntekijän tehtävänä on tukea potilaan etuja ja tuoda hänen ajatuksensa kuuluviin (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 123). Potilaalle annetaan valmiuksia osallistua itsensä hoitamiin antamalla hänelle ja hänen läheisilleen riittävästi tietoa sairaudesta. Ohjauksella pyritään ehkäisemään ongelmien syntymistä, vaikeutumista sekä kroonistumista ja vähentämään erityispalveluiden käytön tarvetta. Kun asiakas saa mahdollisuuden työstää seksuaaliterveyteen liittyviä asioita, seksuaalielämä voidaan kokea tyydyttäväksi ja voimavaroja antavaksi. Tavoitteena on, että asiakas osaa hoitaa itseään mahdollisimman hyvin, selviytyy sairautensa kanssa ja löytää oman seksuaalisuutensa. Tähän päästään usein jo sillä, että potilas saa ohjeen siitä, kuinka toimia tietynlaisessa tilanteessa. Eri lääkitysten ja sairauksien kohdalla tilanteen mahdollisista vaikutuksista potilaan seksuaalisuuteen on aina kerrottava (Väisälä 2011). Usein tiedon antamiseen riittää ohjeen antaminen, mutta joskus ohjeen lisäksi tarvitaan henkilökohtaista ohjausta. (Bruess & Greenberg 1994, Kaimola 1998, kts. Ala-Luhtala 2008, 28; Porras 2009, 32; Susi 2011, 83-84; Torkkola ym. 2002, 22-24.)

Ohjausta miettiessä on huomioitava tilannetta useasta eri näkökulmasta ja arvioitava potilaan todellinen kokemus tilanteesta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 123). On tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua tietoa. Potilaalta on hyvä kysyä, minkälaisia terveysongelmia hänellä on, mitä syitä ja vaikutuksia sillä on, sekä mitä hän odottaa ohjaukselta. Näin ollen seksuaalineuvonta on tavoitteellista sekä prosessiluontoista seksuaaliterveyteen ja seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien ja asioiden käsittelyä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 40; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 9-11; Ryttyläinen & Valkama 2010, 142; Torkkola ym. 2002, 26.)

Seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan tarpeen voi saada aikaan hyvin monenlaisista syistä johtuva puute ihmisen seksuaaliterveydessä. Tyypillisiä ohjaustilanteita ovat mm. itsetuntoon ja kehonkuvaan liittyvät ongelmat, haluttomuus, tunteiden ilmaisun, vuorovaikutuksen ja läheisyyden ongelmat, sairauksien, toimenpiteiden, vammautumisen ja lääkityksen vaikutukset seksuaalielämään ja seksuaalisuuteen. Lisäksi seksuaaliohjausta ja -neuvontaa tarvitaan eri elämäntilanteisiin liittyvissä seksuaalielämän haasteissa, kuten murrosiässä, lasten saannissa, perhe-elämässä, parisuhteen päättyessä sekä ikääntyessä. Iäkkäiden seksuaaliterveyden edistämässä tulisi kiinnittää huomiota yksinäisyyden, kumppanin puutteen sekä toiminnallisten häiriöiden vaikutukseen ja kannustaa lämpimiin ihmissuhteisiin (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 62).

Tehokkaimmin seksuaalista hyvinvointia edistetään auttamalla pareja luomaan ja ylläpitämään toimiva ja nautinnollinen vuorovaikutus keskenään tukemalla seksuaalista vuorovaikutusta. Suomalaisen seksuaaliterveyden yleisin ongelma on erilaiset seksuaaliset halut parisuhhteissa. (Kontula 2015, 119.) Seksuaaliohjausta tarvitsevia seksuaaliterveydellisiä ongelmia voivat olla myös heikot resurssit suhteen solmintaan, psyykkiset tai fyysiset vaikeudet seksuaalisessa kanssakäymisessä, tai kumppanin tai suhteen vuorovaikutuksen epätydyttävyys. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 41; Kontula 2000, 63.)

Oikea-aikainen seksuaaliohjauksen tavoitteena on parantaa elämänlaatua ehkäisemällä seksuaaliongelmien vaikeutumista ja pitkittymistä. Keskeisiä elementtejä seksuaaliohjauksessa ovat ihmisen seksuaalisuuden hyväksyminen eli luvan antaminen, sekä tiedon jakaminen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 41; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 9.) Eri elämäntilanteissa seksuaaliohjauksen tukena voidaan käyttää seksuaalioikeuksia, jotka ovat kansainvälisesti määritellyjä ihmisoikeuksia (Ihme & Rainto 2014, 26-29).

Ohjauksen sisältö on asiakaslähtöistä, ja sen tulisi sisältyä automaattisesti osaksi hoitosuunnitelmaa (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 32). Hoitajalla on kokonaisvastuu potilaalle annettavan ohjauksen ja neuvonnan koordinoimisessa ja toteuttamisessa, ja hoitajalla tulee olla hyvä tuntemus ohjattavasta asiasta. Ohjauksen olisi hyvä herättää potilaassa kiinnostusta oman sairauden hoitamista kohtaan. Ohjaustilanteessa hoitaja ja potilas keskustelevat tasavertaisesti, ja hoitaja vaikuttaa omalla käyttäytymisellään ja sanattomalla viestinnällä siihen, kuinka ohjaustilanne onnistuu. Hoitajan tulee kyetä kuuntelemaan sekä havainnoimaan potilasta sekä huomaamaan tilanteet, jotka voivat olla esteenä ohjeiden omaksumiselle. Jos hoitaja havaitsee, että potilas kokee sairauteensa liittyvän ohjauksen vaikeaksi, voi tilanne helpottua kuuntelulla, rauhallisella keskustelulla tai pelkällä hoitajan läsnäololla. (Ilmonen 2006, 14; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 9; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26-29.)

Sopiva ympäristö ja ajankohta ohjaukselle on tärkeää huomioida ohjausta annettaessa. Tilanteen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön ja taata potilaan yksityisyys. Arkaluontoisten asioiden käsittelemisessä ei ole sopivaa, jos ohjaus tapahtuu paikassa, jossa toisen potilaan on mahdollista kuulla toisen intiimeistä asioista. Potilaalla on aina myös oikeus kieltäytyä ohjauksesta. Koska ohjaukseen käytettävissä oleva aika on usein lyhyt, on tärkeää suunnitella ohjaustilanne siten, että tässä ajassa pystytään käsittelemään potilaalle tärkeät asiat. Lisäksi on hyvä rohkaista potilasta kysymään, jos hänelle on jäänyt jokin asia epäselväksi. Kun potilas saa tietoa sairaudestaan ja hoidosta, auttaa se häntä ennakoimaan tulevia tilanteita ja toimimaan niissä seksuaaliterveyttä edistävällä tavalla. (Torkkola ym. 2002, 25, 30-31.)

Ohjaustilanteen lopuksi tulee arvioida ohjauksen onnistuminen, eli se, päästiinkö tavoitteisiin. Jos potilas sekä mahdollinen kumppani saivat vastaukset itselleen tärkeisiin kysymyksiin sekä tietoja ja taitoja seksuaalisuuden hoitamiseen, on ohjaus onnistunut. Yksi suurimmista esteistä ohjauksen onnistumiselle on liian suuri tietotulva, jolloin potilas unohtaa tärkeimmän osan ohjauksesta. Unohtamista voidaan ehkäistä lisäämällä suullisen ohjauksen tueksi kirjallisen ohjeen, jolloin potilas sekä mahdollinen kumppani voivat palata ohjeisiin itselleen sopivana ajankohtana. Kirjallisen materiaalin pohjalta potilas voi lisäksi miettiä valmiiksi mieleen tulevia kysymyksiä, joiden pohjalta keskustelua rakennetaan. Suullisen ohjeen ei tule olla riskitilassa kirjallisen ohjeen kanssa, ja eri asiantuntijoiden antaman ohjeistuksen tulee olla samansuuntaista. Ohjaus on epäonnistunut silloin, jos hoitaja käy ohjeet läpi kaavamaisesti välittämättä lainkaan siitä, ymmärtääkö potilas ohjeet. (Torkkola ym. 2002, 27-29; Törnävä ym. 2013, 250.)

Mitä suurempi ja erityisempi ongelma ihmisellä on, sitä ammattitaitoisempaa palvelua sen käsitteleminen edellyttää. Sekä yksityisiltä että julkisilta palveluilta on mahdollista saada apua erilaisiin seksuaaliterveydellisiin ongelmiin. Kolmannella sektorilla mm. Väestöliitto, Seta, Sexpo-säätiö, Suomen Punainen Risti sekä Hiv-tukikeskus tarjoavat seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 41; Kontula 2000, 63.)

Kun potilas saa seksuaaliohjausta ja -neuvontaa, sillä on kaksi tärkeää vaikutusta; se ehkäisee ongelmien syntymistä, kroonistumista ja vaikeutumista sekä samalla vähentää erityispalvelujen tarvetta. Jotta tämä toteutuisi, se edellyttää, että tarvittavia palveluita on saatavilla. Toistaiseksi seksuaaliterveyden palveluita ei kuitenkaan ole riittävästi tarjolla eikä terveydenhuollon henkilöstöllä ei ole riittävästi valmiuksia seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan antamiseen. Potilaalle on tärkeää, että ohjausta antavalla henkilöllä on tarpeeksi tietoa ohjattavasta asiasta, hän on helposti lähestyttävä, empaattinen, ystävällinen, hienotunteinen sekä kiinnostunut potilaan ongelmista. Seksuaaliohjaustilanne on onnistunut, kun asiakas kokee olevansa turvallisessa ympäristössä, saa kokemuksen nähdyksi ja kuulluksi tulemisesta sekä tuntee olevansa arvostettu omana itsenään. (Ilmonen 2006, 45-46; Torkkola ym. 2002, 32.)

Ennen seksuaaliohjauksen antamista työntekijän tulee olla tietoinen, mitkä asiat parantavat potilaan seksuaaliterveyttä. Potilaalle on tärkeää saada tietoa, joka on käytännönläheistä ja tilannekohtaista sekä auttaa selviytymään sairauden kanssa kotona. Yksi tärkeimmistä asioista on ohjata potilas käyttämään yhdynnöissä liukuvoiteita. Myös paikallisestrogeenia voidaan käyttää genitaalialueen limakalvojen kuivuuteen lääkärin määräyksellä. Lisäksi itsetyydytykseen liittyvät asiat on hyvä ottaa esille seksuaaliohjauksessa varsinkin silloin, kun potilaalla tai kumppanilla on seksuaalista haluttomuutta. Jotkut voivat kokea itsetyydytyksen pettämi-

senä, ja sen vuoksi ohjaustilanteessa olisi hyvä puhua asiasta. On tärkeää, että yhdyntään liittyvistä asioista puhutaan myös niille asiakkaille, jotka eivät ole parisuhteessa. Pariskunnille puolestaan on hyvä antaa ohjausta yhteisesti. (Ilmonen 2006, 45-46; Susi 2011, 83-84; Torkkola ym. 2002, 32.)

## 6.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu luontevana osana kaikkien terveydenhuollon henkilöstön työnkuvaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteena on tukea naista mahdollisimman hyvään seksuaaliseen itsetuntoon sekä positiiviseen käsitykseen itsestään. Tavoitteena on myös tukea naista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä päätöksentekotaidoissa ja antaa riittävästi tietoa seksuaaliterveydestä. Seksuaaliterveyden puheeksi ottaminen on erityisen tärkeää silloin, kun lääkityksen tai sairauden hoidon arvioidaan aiheuttavan häiriöitä naisen minäkuvan tai seksuaaliterveyden alueelle. On tärkeää normalisoida potilaan kokemat seksuaaliterveyden ongelmat kertomalla, että esimerkiksi haluttomuus on hyvin tyypillinen ongelma. (Ihme & Rainto 2014, 26-29.)

On hoitajasta kiinni, millaisin tavoin hän lähestyy potilasta ja hänen seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Hoitoalan ammattilaiselta vaaditaan erityistä herkkyyttä aistia eri tilanteita ja tunteita sekä havaita, kuinka paljon ja millä tavoin nainen on valmis keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen tapahtuu osana normaalia keskustelua luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen jälkeen. Aiheen käsittelyn helpottamiseksi on tärkeää kertoa potilaalle, minkä vuoksi asia otetaan juuri sillä hetkellä puheeksi. Harvoin on vain yhtä oikeaa tapaa toimia puheeksi ottamisessa, vaan onnistuneeseen lopputulokseen päästään monin eri tavoin ja keinoin. Ilmapiirin tulisi olla keskustelutilanteessa mahdollisimman luottamuksellinen ja turvallinen. Useat ovat tottumattomia puhumaan seksuaalisuudesta ja intiimeistä asioista luontevasti, ja seksuaalisuudesta puhuminen voi aiheuttaa hämmennystä varsinkin iäkkäiden ihmisten kohdalla. Hoitajan tulee olla hienotunteinen ja kunnioittaa myös potilaassa mahdollisesti heräviä hämmennyksen tunteita. (Brusila 2011, 167; Porras 2009, 30.)

Aito kohtaaminen on aina tärkeämpää kuin siihen käytetty aika. Työntekijän tärkeimpänä tehtävänä on kuunnella aktiivisesti ja varsinkin ylläpitää toivoa paremmasta. Potilaan kanssa käytävä avoin keskustelu yleensä laukaisee tilannetta ja antaa eväitä aiheen selvittelyyn ja jatkosuunnitteluun (Väisälä 2011). Kun asiakas tuntee, että hänestä välitetään aidosti, hänestä huolehditaan ja hänet kuullaan, saattaa motivaatio toipumiseen voimistua. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 71-72; Ihme & Rainto 2014, 26-29.)

On tärkeää, että työntekijä pyrkii ymmärtämään seksuaalisuutta omassa elämässään pystyäkseen kohtaamaan potilaan seksuaalisuuden (Porras 2009, 30). Ammatilainen ei saa antaa oman arvomaailmansa tai asenteidensa olla esteenä puheeksi otolle, vaan omia ennakkoluuloja ja asenteitaan tulee aktiivisesti työstää. Yksi potilaan seksuaalisuuden kohtaamista haittaava tekijä voi olla työntekijän asenne heteronormatiivisuudesta ja sukupuolnormatiivisuudesta. Heteronormatiivisuus ja sukupuolnormatiivisuus tarkoittavat sitä, että odotetaan ja oletetaan ihmiseltä tietynlaista sukupuolisuutta ja seksuaalisuutta. Työntekijän tulee välttää asennetta jonka mukaan he, jotka eivät toteuta tätä mallia, eivät ole normaalin rajoissa. (Ihme & Rainto 2014, 26-29; Lehtonen 2015, 106; Seksuaalisuus puheeksi 2015; Tukiainen & Lindroos 2009a.) Yksilön naiseutta ja seksuaalisuutta tulee kunnioittaa ja tukea kaikissa tilanteissa, ja samaa sukupuolta olevien pariskuntien seksuaalineuvonnassa käsitellään samoja asioita kuin heterosuhteessa olevien kanssa (Susi 2011, 84).

Seksuaalisuuden puheeksi otossa voidaan käyttää PLISSIT-mallia, joka on kehitetty niille, jotka työssään kohtaavat seksuaaliterveyteen liittyviä asioita. PLISSIT-malliin kuuluu neljä eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on luvan antaminen ja salliminen (Permission), toinen vaihe rajatun tiedon antaminen (Limited Information), kolmas vaihe erityisohjeiden antaminen (Specific Suggestions) ja neljäs vaihe intensiivinen terapia (Intensive Therapy). Perusterveydenhuollossa työskentelevien odotetaan hallitsevan luvan antamisen, rajatun tiedon antamisen sekä osittain erityisohjeiden antamisen. Suurin osa ihmisistä saavat tarvitsevansa avun näiden tasojen kautta. Erityistiedon antaminen ja intensiivinen terapia kuuluvat erikoispalveluihin, joita tarjoavat mm. erikoislääkärit, seksuaaliterapeutit ja pariterapeutit. (Ala-Luhtala 2008, 28, 88; Palmisano 2016; Porras 2009, 31; Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 33; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 3; Tukiainen & Lindroos 2009b.; Vuola 2003, 261.)

Luvan antaminen tarkoittaa sitä, että hoitohenkilö luo luottamuksellisen hoitosuhteen potilaan kanssa, suostuu auktoriteetiksi ja suhtautuu myönteisesti ja sallivasti seksuaalisuuteen ja sen eri ilmenemismuotoihin. Kaikki asiakkaat ja potilaat hyötyvät luvan antamisesta, ja luvan voi antaa sellaisille käyttäytymistavoille, joista ei ole haittaa itselle tai muille. Työntekijä kuuntelee asiakasta ja antaa sekä sanallisesti että sanattomasti viestin siitä, että asiakkaan ajatukset ja tunteet ovat luvallisia ja tavallisia. Työntekijä antaa asiakkaalle luvan puhua asiasta kysymällä esimerkiksi: ”Kuinka sairautenne on vaikuttanut elämääne ja parisuhteeseen?” tai ”Osaisitko kuvaila, miten vulvodynia on vaikuttanut seksuaalisuuteesi?” (Ihme & Rainto 2014, 26-29). Asiakkaan kerrottua huolensa hänelle voi sanoa, että hänen huolensa on aika tavallinen. Luottamuksellinen ja salliva sävy luodaan, kun hoitohenkilö esittää suoria, sukupuolineutraaleja ja asiallisia kysymyksiä. Luvananto voi olla myös rajatun tiedon antamista silloin, kun esitetään tosiasia sallivaan sävyyn. Hoitohenkilö voi esimerkiksi sanoa, että suurin



osa parisuhteessa elävistä harrastaa myös itsetyydytystä. (Palmisano 2016; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 10; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4; Tukiainen & Lindroos 2009b; Vuola 2003, 261-262.)

Rajatun tiedon antaminen tarkoittaa sitä, että työntekijä antaa tietoa juuri siitä, mistä asiakas tai potilas tietoa tarvitsee. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4.) Hyvin monet hyötyvät rajatun tiedon antamisesta. Ihmisillä on monenlaisia vääriä käsityksiä tai ennakkoluuloja liittyen seksuaalisuuteen, erityisesti itsetyydytykseen, ja useat pohtivat, ovatko he normaaleja tai ovatko heidän kokemuksensa tavallisia. Seksuaalisuutta värittävät uskomukset, pelot, tietämättömyys sekä väärinkäsitykset, joita voidaan vähentää asiallisen tiedon antamisella (Porras 2009, 30). Myös esimerkiksi seksitaudit, seksuaalihäiriöt, seksuaalinen suuntautuminen, sukupuolielinten poikkeava anatomia sekä sairauden aiheuttamat muutokset ovat tilanteita, joissa tarvitaan rajatun tiedon antamista. Tiedon antamisella voikin olla huomattava merkitys asiakkaan tai potilaan seksuaaliterveyteen, ja asiallisen tiedon antaminen on tärkeä terveydenhuollon työntekijöiden tehtävä. Tietoa tarvitaan mm. siinä, miten seksielämä muuttuu sairastumisen myötä ja miten ja milloin seksiä voi jatkaa. (Ala-Luhtala 2008, 85; Palmisano 2016; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 11; Vuola 2003, 262.)

Erityisohjeet voivat olla esimerkiksi tiedon antamista uusista rakasteluasunnoista, ohjeita seksin apuvälineiden käyttöön tai ohjeita elämäntapoihin ja itsetuntemukseen. Erityisohjeet ovat yksinkertaisia neuvoja, ja niiden antamista säätelevät oma koulutustausta, ammatillinen kokemus sekä terve järki. Harvemmat asiakkaat tarvitsevat erityisohjeita, ja vain hyvin harva varsinaista intensiivistä terapiaa. Asiakas tulee ohjata seksuaaliterapeutille, lääkärille, fysioterapeutille tai psykologille tai konsultoida heitä, mikäli erityisohjeista ei ole apua. (Palmisano 2016; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 11; Vuola 2003, 262.)

Naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoitotyöhön kuuluu vahvasti naisen kehon intiimi-alueiden koskettaminen. Siihen, kuinka henkilö kokee koskettamisen, vaikuttaa monet henkilökohtaiset asiat. Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen tila, jonka sisäpuolelle voi olla vaikea päästää ketään ilman häpeän kokemista. (Ihme & Rainto 2014, 26-29.) Kulttuurisamme seksuaalisuudesta puhumista pidetään edelleen hyvin henkilökohtaisena ja intiiminä asiana. Hoitohenkilökunnan onkin huomioitava, ettei nainen välttämättä uskalla ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia tai huolenaiheita. Asiakkaat usein kokevat seksuaaliterveyteen liittyvien kysymysten esille ottamisen vaikeana, ja odottavat, että työntekijä ottaa asian esille. Työntekijät puolestaan usein odottavat asiakkaan kysyvän asiasta ensimmäisenä. (Waterhouse 1996, Gröhn 1999, Magnan ym. 2006, Taylor & Davis 2006, kts. Ala-Luhtala 2008, 33.)

Ihmiset kuitenkin ymmärtävät seksuaalisen aktiivisuuden ja hyvinvoinnin välisen yhteyden ja pitävät aihetta tärkeänä. Näin ollen he ovat todennäköisesti myös valmiita keskustelemaan aiheesta työntekijän kanssa. (Ala-Luhtala 2008, 85.) Tiedon antamisen tilanne aiheuttaa usein hermostuneisuutta sekä työntekijässä että tiedon vastaanottajassa. Hermostuneisuuden helpottamiseksi tiedonantaja voi ottaa opettajan roolin, ja käyttää kuvia, kaavioita ja muuta materiaalia vuorovaikutuksen helpottamiseen. (Tukiainen & Lindroos 2009b.)

Tutkimusten mukaan naistentautien osastojen hoitohenkilökunnasta valtaosa pitää seksuaalisuuden puheeksi ottamista helppona, melko helppona, normaalina tai luonnollisena. Neljäsosa työntekijöistä pitää puheeksi ottamista vaikeana tai melko vaikeana. Hoitajien näkökulmasta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen helppouteen vaikuttaa eniten se, jos potilas itse ottaa asian puheeksi ensin. Muita helpottavia tekijöitä ovat potilaan nuori ikä, hoitajan tiedot, koulutus, kokemus sekä asenne. Puheeksi ottoa helpottavat myös rauhallinen ympäristö, hoitosuhteen laatu sekä kirjallinen materiaali puheeksi oton tukena. (Petäjä 2010, 41, 44.)

Työntekijöiden näkökulmasta seksuaalisuuden puheeksi ottamista estää puolestaan potilaan haluttomuus keskustella asiasta, sekä potilaan ikä ja vointi. Muita vaikuttavia tekijöitä voivat olla potilaan vieras kulttuuri tai uskonto, mielenrveyden tila tai seksuaalielämän ja parisuhteen tila. Hoitajasta lähtöisin oleva seksuaalisuuden puheeksi ottoa estäviä tekijöitä puolestaan ovat hoitajan tiedon puute sekä hoitajan vaivaantuneisuus. Tilanteesta voi myös puuttua yksityisyys tai tilanne voi olla liian kiireinen. (Petäjä 2010, 44.)

Työyksikössä kannattaa keskustella siitä, miten seksuaalisuus otetaan puheeksi potilaiden kanssa. Kun hoitokulttuuri on avoin seksuaalisuudelle, on seksuaalisuuden puheeksi ottaminen osana hoitotyötä mahdollista. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat luonteva ottaa esille esimerkiksi kotihoito-ohjeiden antamisen yhteydessä. (Susi 2011, 84.) Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi näkyä potilaiden hoitosuunnitelmissa ja systemaattisessa kirjaamisessa. Haasteena on luoda yhteiset toimintamallit, joissa seksuaalineuvontaa tarjotaan systemaattisesti määrätyille potilasryhmille. Esimerkiksi vulvodyniapotilaat hyötyvät moniammatillisista tiimeistä, joihin kuuluu fysioterapeutti, gynekologi sekä seksuaalineuvoja/terapeutti (Petäjä 2010, 62). Intiimialueen ihosairauksia sairastavien on puolestaan todettu hyötävän vertaistukiryhmistä (Launis 2014, 16). Luvan antamisen viestittäminen potilaille seksuaalisuudesta keskustelemiseen voi olla haasteellista. Lupa seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen tuleekin näkyä naistentautipotilaiden potilasohjeissa. (Petäjä 2010, 63-64.)

### 6.3 Potilaan seksuaalisuuden kohtaaminen naistentautien poliklinikalla

Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalla ei tällä hetkellä järjestetä seksuaaliohjausta tai -neuvontaa. Seksuaalineuvontaa tarvitseva potilas ohjataan seksuaaliterapeutin vastaanotolle Helsinkiin. Osastolla on kaksi kättilöä, jotka tällä hetkellä opiskelevat seksuaaliterapeuteiksi. Opinnäytetyönä syntyvä seksuaaliterveyden opas on osa naistentautien poliklinikan seksuaaliohjauksen kehittämistä. Tarkoituksena on, että seksuaaliohjauksesta ja -neuvonnasta tulisi opinnäytetyöhön valikoituneiden potilasryhmien kohdalla normaali käytäntö. Jokaisen työntekijän toivotaan hallitsevan PLISSIT-malli. Jonkin verran tulee osata myös erityisohjeiden antamista. Seksuaaliterapeuttien vastuualueeseen kuuluvat sellaiset potilaat, jotka tarvitsevat erityisohjeita seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa tai tavoitteellisempaa seksuaalineuvontaa.

Tavallisimpia luvanantotilanteita naistentautien poliklinikalla on seksuaalisuuden puheeksi ottaminen potilaan kanssa osana normaalia hoitotyötä. Työntekijä antaa luvan keskustella sairauden vaikutuksista potilaan seksuaalisuuteen. Potilaan kanssa voidaan keskustella esimerkiksi siitä, millä tavalla sairaus vaikuttaa potilaan kehon kuvaan ja minäkäsitykseen, sekä milloin seksiä voi jatkaa. Masturbaatiosta, apuvälineiden käytöstä, liukastusvoiteiden käytöstä, oraaliseksistä sekä eri seksiasennoista keskusteleminen kuuluu työntekijöiden osaamisalueeseen rajatun tiedon antamisessa. (Tukiainen & Lindroos 2009b.) Erilaisista mielihyvää tuottavista toiminnoista on tärkeää keskustella silloin, kun yhdyntä ei onnistu. Näitä ovat mm. hyväily, koskettaminen ja seksiapuvälineiden käyttö sekä se, että nauttii läheisyydestä ja siitä, että kumppani nauttii. (Porras 2009, 32.)

Työntekijät voivat keskustella parisuhteessa ilmenevistä ongelmista potilaiden kanssa. Keskusteluhytteen puute ja puhumattomuus ovat yleisiä parisuhteen tyytyväisyyttä heikentäviä asioita. Potilaille voi kertoa, että tutkimusten mukaan tyytyväisyys omaan terveyteen ja fyysiseen kuntoon lisäävät tyytyväisyyttä parisuhteeseen ja seksuaaliseen suhteeseen. Seksuaalista hyvinvointia voidaan edistää ylläpitämällä fyysistä kuntoa. Parisuhteen ja seksuaalisen suhteen tyytyväisyyttä lisää myös keskusteleminen ja taloustöiden tasapuolinen jakaminen. (Ala-Luhtala 2008, 81-83.)

Seksuaaliterveyden opas on Hyvinkään naistentautien poliklinikan työntekijöiden käytössä seksuaaliterveyden puheeksi otossa. Työntekijä voi ottaa aiheen puheeksi potilaan kanssa, ja antaa keskustelun päätteeksi oppaan, josta potilas voi löytää lisätietoja aiheeseen liittyen. Potilaalle voidaan myös antaa opas kotiin luettavaksi, ja palatessaan seuraavalle vastaanotolle potilaan kanssa voidaan keskustella hänellä heränneisiin ajatuksiin ja kysymyksiin. Seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten tulisi kuulua kiinteästi potilaan hoitoon ja ne tulisi liittää myös kirjallisiin kuntoutus- ja hoitosuunnitelmiin. Naisen seksuaalisen eheytyksen tukeminen voi edistää hänen kokonaisvaltaista toipumista ratkaisevalla tavalla. (Rosenberg 2006.)

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen seksuaaliterveyden opas Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Opas on osana Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikan seksuaaliterveyden ohjauksen kehittämistä. Tarkoituksena on luoda opas, joka toimii yhtenä työvälineenä naistentautien poliklinikan työntekijöille seksuaaliterveyden puheeksi otossa naisille. Oppaan lisäksi teemme Power Point -esityksen muodossa ohjeistuksen henkilökunnalle siitä, kuinka opasta tulisi käyttää seksuaaliterveyden puheeksi oton välineenä, ja mitä seksuaalisuuden puheeksi otto tarkoittaa hoitotyössä. Esittelemme oppaan ja seksuaalisuuden puheeksi oton henkilökunnalle osastotunnilla.

Oppaan tavoitteena on lisätä naistentautipotilaiden tietoisuutta sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen, ja antaa potilaille eväitä huolehtia omasta seksuaaliterveydestään. Tavoitteena on tehdä potilaille yksinkertaisen tietopaketti, josta voi helposti löytää tutkittua tietoa naisen seksuaaliterveydestä. Oppaassa käsitellään naisen seksuaaliterveyttä yleisellä tasolla, ja siinä otetaan lähempään tarkasteluun niiden yleisimpien potilasryhmien seksuaaliterveys, joita käy runsaasti Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalla. Potilasryhmiksi ovat rajauksen jälkeen valikoituneet ne naiset, jotka sairastavat vulvodyniaa, vestibuliittia, vaginismia, lantionpohjanlihasten kiputilaa sekä valkojäkälää ja punajäkälää ulkosynnyttimissä.

## 8 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyömme toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena tehdään seksuaaliterveyden opas naiselle Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle. Opinnäytetyön aihetta toivottiin poliklinikalta, koska siellä ei tällä hetkellä ole varsinaista seksuaaliohjausta. Oppaaseen valikoituneet naistentaudit ovat poliklinikan työntekijöiden toivomusten ja näkemysten mukaisia tukien potilaiden tarpeita.

### 8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on tutkimuksellisella asenteella tehtävä tuotoksen sisältävä opinnäytetyö. Tietoperusta nousee oman alan kirjallisuudesta. Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöistä, ammatillisessa kentässä tehtävää käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Se sisältää aina jonkin konkreettisen tuotoksen, kuten ohjeistuksen, tietopaketin, portfolion, tapahtuman tai kirjan. Toteutustavasta riippumatta toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda viestinnällisin ja visuaalisin keinoin kokonaisilme, josta tavoitellut päämäärät ovat tunnistettavissa. Tuotoksen sisältäessä tekstejä, niiden tulee palvella kohderyhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-57, 63, 154.)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei välttämättä tehdä tutkimuksellisin menetelmin, eikä aineistoa analysoida yhtä tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Tiedon hakemisessa voidaan käyttää laadullista tutkimusmenetelmää, kun halutaan ymmärtää aihetta kokonaisvaltaisesti. Laadullisella tutkimusmenetelmällä on mahdollista mm. ymmärtää, millaisia asioita on ihmisen käytöksen takana. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-57, 63, 154.)

## 8.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka luo perustan uusille tutkimustuloksille kokoomalla yhteen tutkimusten tuloksia. Muilla tutkimusmenetelmillä ei ole mahdollista ymmärtää tutkittavaa aihetta yhtä kokonaisvaltaisesti (Booth ym. 2012, kts. Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 23). Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä, käsitteistöä sekä arvioida olemassa olevaa teoriaa. Hoitotieteissä ja terveystieteissä kirjallisuuskatsausten käyttö on perusteltua tieteellisen tiedon kohteen ja käytön moninaisuuden vuoksi (Kangasniemi ym. 2013, 299). Kirjallisuuskatsaus on laajempi käsite, joka jaetaan pääsääntöisesti kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen meta-analyysiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan narratiiviseen katsaukseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivinen katsaus jaetaan vielä useisiin eri alamuotoihin. (Rhoades 2011, kts. Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293; Salminen 2011, 1, 3, 6; Stolt ym. 2016, 7-8, 24-30.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyyppi, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Toisin kuin systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, kuvaileva kirjallisuuskatsaus tekee yleiskatsausta aiheesta ilman tarkkoja sääntöjä aineiston valitsemisesta tai tutkimuskysymyksen asettamisesta. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ilmiö voidaan kuvata laaja-alaisesti, sillä käytettyjen lähteiden ei tarvitse olla tietyllä tekniikalla valittuja ja yhtenäisiä keskenään. Menetelmällä voidaan pyrkiä tunnistamaan, vahvistamaan tai kyseenalaistamaan aikaisemman tutkimuksen esiin nostamia kysymyksiä sekä aikaisemman tiedon ristiriitoja, jolloin uuden näkökulman löytäminen tutkittavaan ilmiöön on mahdollista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013, 291-294; Salminen 2011, 6.)

Narratiivinen katsaus, jota tässä opinnäytetyössä käytetään, on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muoto. Sitä käytetään, kun halutaan kuvailla tietystä aihealueesta aikaisemmin tehtyä tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Narratiivisella katsauksella voidaan saada laaja kuva ilmiöstä, kuvata ilmiön historiaa ja kehityskulkua tai menettelytapoja. Narratiivisia kirjallisuuskatsauksia on monenlaisia, kuten perinteinen narratiivinen katsaus, kriittinen katsaus,

kartoittava katsaus, nopea katsaus sekä yleiskatsaus. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi olla myös lyhyehkö, suppeasti lähteitä sisältävä kuvaus halutusta teemasta kirjoitettuna puolueellisenakin synteessinä herättämään keskustelua. (Alajoki 2017, 5-6; Salminen 2011, 7-8; Stolt ym. 2017, 9.)

Narratiivisen katsauksen prosessiin liittyy materiaalin hankinta, tekstinaineiston synteesi sekä analyysi. Kysymyksenasettelu on usein laaja. Heikkoutena voi olla se, ettei tämän tyyppisissä katsauksissa välttämättä oteta kantaa valikoidun aineiston luotettavuuteen. Narratiivinen yleiskatsaus puolestaan on prosessi, jossa tiivistetään ja ajantasaistetaan aikaisemmin julkaistuja tutkimuksia. Tutkimuksia ei kuitenkaan ole valittu systemaattisesti eikä yleiskatsauksella haeta kaikista analyttisintä lopputulosta. Tällä menetelmällä voidaan luoda ytimekäs ja johdonmukaisen kuvaileva synteesi, mutta sen luotettavuus ei ole kovinkaan suuri. (Alajoki 2017, 5-6; Salminen 2011, 7-8; Stolt ym. 2017, 9, 12.)

Kirjallisuuskatsausta tehdessä tärkeintä on määrittää katsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Tutkimuskysymysten tarkoituksena on olla rajattuja, mutta tarpeeksi väljiä. Tärkeää on myös, että työn tekijöiltä löytyy aitoa kiinnostusta aihetta kohtaa. Tutkimuskysymys ohjaa valitsemaan mahdollisimman relevantti aineisto siihen vastaamiseksi. Tiedonhaku ja aineiston valinta voidaan tehdä sähköisten tietokantojen kautta hakusanoja tai hakulausekkeita käyttämällä. Katsauksen tekijä määrittää keskeiset käsitteet aiheestaan, joita käyttää hakusanoina. Toisin kuin systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa, kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hauissa voidaan poiketa rajatuista hakusanoista, jos se on merkityksellistä tutkimuskysymyksen vastaamisen kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 295-298; Stolt ym. 2016, 24-26.)

Opinnäytetyössämme narratiivinen kirjallisuuskatsaus on työväline, jonka avulla keräämme teoretiedon opinnäytetyömme toteuttamista varten. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksella päästään parhaiten haluttuun lopputulokseen, sillä tarkoituksena on tehdä analyysia aiheesta, joka on hyvin laaja, ja jota voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Tarkoituksenamme onkin yhtä menetelmää käyttämällä saada vastauksia moniin eri kysymyksiin. (Alajoki 2017, 5-6; Salminen 2011, 7.) Kysymyksiämme ovat, mitä on seksuaalisuus, miten seksuaalisuus ilmenee, kuinka seksuaalisuus kehittyy, mitkä asiat vaikuttavat seksuaalisuuden kehitykseen, mitä tarkoittaa seksuaalinen itsetunto ja seksuaalinen minäkäsitys, kuinka vahvistaa seksuaalista itsetuntoa ja minäkäsitystä, mitä naistentaudit ovat, miten naistentauteja hoidetaan, miten naistentautiin sairastuminen vaikuttaa seksuaalisuuteen, kuinka ylläpitää hyvää seksuaaliterveyttä sairastumisen jälkeen, mitä asioita sairastuneen ja kumppanin tulee ottaa huomioon, kuinka seksuaalisuus otetaan puheeksi potilaan kanssa sekä minkälainen on hyvä opas.

Keräämäämme tietoa sovelletaan seksuaaliterveyden oppaan kokoamisessa sekä ohjeiden luomisessa oppaan käyttöön. Teemme kirjallisuuskatsausta terveystieteiden, kuten hoitotieteen,

lääketieteen ja terveystieteiden kirjallisuuden näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen näkökulma voisi olla myös poikkitieteellinen, jolloin ilmiötä kuvataan eri tieteenalojen kautta (Stolt ym. 2016, 7). Olemme käyttäneet myös poikkitieteellistä lähdeaineistoa silloin, kun ne ovat auttaneet aiheen kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä.

Olemme käyttäneet tiedonhakuun CINAHL-, Medic-, Cochrane- sekä Google Scholar- tietokantoja. Lisäksi olemme etsineet tietoa Terveystieteen ja Laurean ammattikorkeakoulun kirjaston Finna-hakukoneella. Lisäksi voidaan käyttää kirjaston informaattikkojen asiantuntemusta (Stolt ym. 2016, 26), jota olemme opinnäytetyössämme myös hyödyntäneet. Hakusanoina olemme käyttäneet seksi, seksuaalisuus, seksuaaliterveys, terveys, sairaus, sairastuminen, sairastaminen, seksuaalineuvonta, seksuaaliohjaus, terveydenhuolto, sairaanhoito, hoitotyö, minäkuva, naistentaudit, vulvodynia, vestibuliitti, vaginismi, ikääntyminen, seksuaalisuuden kehitys, seksuaalinen hyvinvointi, pelvis spastica, lantionpohjan kipu, yhdyntäkivu, yhdyntäkivut, lantionpohja, valkojäkälä, punajäkälä, pelvic floor pain, pelvic floor muscles, dyspareunia, lichen sclerosus, lichen planus, intercourse, sexual health, disease. Olemme käyttäneet myös manuaalisena hakuna kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden artikkeleiden lähde luettelon selaamista, jolloin olemme voineet tunnistaa työhöme soveltuvat julkaisut, jotka eivät ole tulleet esille sähköisistä tietokannoista (Stolt ym. 2016, 27).

Hakusanat ovat löytyneet useiden kokeiluiden kautta. Tietokannoista löytyneistä julkaisuista olemme katsooneet, minkälaisia termejä niissä on käytetty aiheestamme, ja kokeilleet uusia hakusanoja niiden perusteella. (Stolt ym. 2016, 37.) Hakulausekkeet olemme muodostaneet käyttämällä sanoja eri yhdistelmillä sähköisen tietokannan perustyökaluja käyttämällä. Hakulausekkeet ovat olleet esimerkiksi ”naisen seksuaalinen hyvinvointi”, ”sairaus ja seksuaalisuus” sekä ”seksuaaliterveyden edistäminen”. Yksi perustyökalu on Boolean operaattorit, joita ovat AND, OR ja NOT -operaattorit. Näillä olemme yhdistäneet hakusanoja löytääksemme aineistoja, jotka vastaavat parhaiten tarveitamme. (Stolt ym. 2016, 38.) Opinnäytetyöhöme valikoituneet aineistot ovat olleet tutkimuksia, tutkimusraportteja, artikkeleita sekä ammattikirjallisuutta. Aineiston valintakriteerinä on ollut aineiston luotettavuus ja tiedon ajantasaisuus.

Aineiston analyysin ja synteessin vaiheessa kerätystä aineistosta tehdään yhteenvetoa sellaisella menetelmällä, joka sopii käytettyyn kirjallisuuskatsauksen tyyppiin (Whittemore 2005, kts. Stolt ym. 2016, 30). Olemme tehneet synteisiä yhdistämällä eri lähteistä keräämääme tietoa yhdeksi asiakokonaisuudeksi. Olemme etsineet lisää tietoa aiheesta silloin, kun olemme huomanneet ristiriitaisuuksia eri lähteiden välillä. Olemme myös etsineet saman tiedon useammasta kuin yhdestä lähteestä varmistuaksemme tiedon oikeellisuudesta.

## 9 Opinnäytetyön toteutus

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin prosessina, jota voimme tarkastella seitsemän vaiheen kautta. Nämä vaiheet ovat kartoitusvaihe, prosessointivaihe, sitoutumisvaihe, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe, arviointivaihe sekä hyväksymisvaihe. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 115-117.) Kolme ensimmäistä vaihetta kuuluvat aiheanalyysin tekemiseen sekä teoritiedon keräämiseen, ja toteuttamisvaihe oppaan ja työntekijöiden ohjeiden tekemiseen.

Kartoitusvaiheessa tässä opinnäytetyössä selvitettiin opinnäytetyön aihe ja tilaaja. Tämän opinnäytetyön aihe lähti opiskelijoiden omasta kiinnostuksesta tehdä opinnäytetyö liittyen naistentauteihin. Olimme kiinnostuneita tekemään toiminnallisen opinnäytetyön, jossa voidaan tehdä yhteistyötä työelämän kanssa. Kysyimme naistentautien poliklinikalta, olisiko heillä tarvetta jonkinlaiselle opinnäytetyönä tehtävälle kehittämistyölle. Aiheiden kartoitusta käytiin läpi sähköpostitse. Alustavaksi aiheeksi muodostui seksuaaliohjauksen edistäminen poliklinikalla. Työelämästä saamamme aihe-ehdotuksen jälkeen innostuimme opiskelijoina tutki- maan tätä aihetta enemmän, ja siitä tuli alustava tavoite opinnäytetyöllemme. Ensin ratkaisimme sen, koskeeko opinnäytetyömme potilasohjeen tai työntekijäohjeen tekemistä, vai tarvitseeko työelämä esimerkiksi kirjallisuuskatsausta aiheesta. Lopulta sovimme, että teemme potilasoppaan seksuaaliterveydestä poliklinikan potilaille. Opinnäytetyön aihe sovittiin sähköpostitse 19.2.2017.

Prosessointivaiheen aikana pohdittiin erilaisia esille tulevia ongelmia sekä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden näkökulmasta, että yhdessä työelämän kanssa. Ongelmana oli mm. se, kuinka aihe tulisi rajata, sillä käytännössä kaikki eri potilasryhmät tarvitsisivat seksuaaliohjausta. Rajasimme ensin aiheen opiskelijoiden näkökulmasta itse. Meidän opiskelijoiden tekemässä aiheanalyysissä olimme pohtineet käsittelevämme rintasyövän, kohdunkaulan syövän, vulvodynian sekä yhdyntäkipujen vaikutusta naisen seksuaaliterveyteen. Aiheanalyysin lähettimme työelämälle 1.3.2017.

Opinnäytetyön prosessin aikana tapasimme ensimmäisen kerran yhdessä työelämän yhteistyöhenkilöiden kanssa 17.3.2017. Tapaamisessa olivat mukana kaksi kättilöä, joista toinen opiskelee seksuaaliterapeutiksi, ja toinen on opinnäytetyömme työelämän yhteistyöhenkilö. Lisäksi tapaamisessa olivat mukana osastonhoitaja sekä osastoryhmän päällikkö. Tapaamisessa keskustelimme siitä, kuinka opinnäytetyömme kytkeytyy osaston seksuaaliohjauksen kehittämiseen yhdessä seksuaaliterapiakoulutuksen käyvien työntekijöiden ammattitaidon kehittämisen kanssa. Tässä vaiheessa työelämä vielä pohti sitä, minkälainen rooli meidän opinnäytetyöllemme on työyhteisössä. Keskustelun kautta pystyttiin arvioimaan, minkälaiselle seksuaaliter-



veyden oppaalle heillä on tarvetta. Tapaamisen aikana tarkensimme potilasrajausta sekä keskustelimme siitä, minkälaista materiaalia kyseisille potilasryhmille on tällä hetkellä osastolla käytössä. Tapaamisen perusteella tarkensimme aiheanalyysiämme, jonka lähetimme työelämälle 21.3.

Työelämän puolelta tuli ilmi tarve potilasoppaalle, joka kattaisi yleisen seksuaaliohjauksen lisäksi vulvodynia-, vestibuliitti-, vaginismi-, valko/punajäkälä-, endometrioosi/adenomyoosi-, kohdunpoisto-, kohdun laskeuma- sekä lantionpohjanlihasten kiputilapotilaat. Kyseisillä potilasryhmillä on Hyvinkään naistentautien poliklinikalla ollut eniten kysymyksiä yhdynnän onnistumisen, aloituksen, sekä itsehoidon suhteen. Myöhemmin kävimme sähköpostikeskusteluita aiheen rajaamisen välineenä työntekijöiden sekä opiskelijoiden kanssa. Päädyimme jättämään aihehajausten ulkopuolelle endometrioosin, kohdunpoiston sekä kohdun laskeuman, sillä aihehajausta täytyi rajata suppeammaksi.

Sitoutumisvaiheen aikana toiminta uudelleen suunnattiin rajauksen ja oman henkilökohtaisen pohdintamme jälkeen. Samalla asetimme uudet tavoitteet opinnäytetyöllemme. Tavoitteemme laajenivat alustavasta tavoitteesta sisältämään sekä naistentautipotilaiden seksuaaliterveydellisten tietojen lisäämisen, että seksuaalisuuden puheeksi oton välineet työntekijälle. Sitoutumisvaiheessa kävimme keskustelua työelämän yhteistyöhenkilön kanssa sähköpostitse siitä, mitkä sairaudet meidän olisi hyvä ottaa huomioon opasta tehdessämme. Kerroimme työelämälle lyhyesti myös, kuinka opinnäytetyömme on lähtenyt edistymään.

Suunnitteluvaiheessa keräsimme ensin tietoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sekä toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä. Sen jälkeen keräsimme teorian tietoa naisen seksuaalisuudesta, seksuaalisuuden kehittymisestä ja sairastumisen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Etsimme tietoa suunnitelman mukaisten potilasryhmien sairauksista, niiden syistä ja hoidosta sekä seksuaaliterveyden edistämisen keinoista kunkin potilasryhmän kohdalla. Lisäksi etsimme tietoa seksuaalisuuden puheeksi otosta ja seksuaalisuuden kohtaamisesta hoitotyössä. Etsimme tietoa siitä, miksi seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on tärkeää ja kuinka työntekijä voi ottaa seksuaalisuuden luontevasti puheeksi potilaan kanssa. Teorian tietoa etsiessämme näkökulmanamme oli luoda kattava näkemys siitä, kuinka seksuaaliterveyden tulisi näkyä naistentautien poliklinikan työntekijöiden ja potilaiden arjessa.

Opinnäytetyön toteuttamisvaiheessa toteutimme oppaan tekemisen In Desig -ohjelmalla teoriatietoomme pohjautuen. Alustava tuotos lähetettiin työelämälle arvioitavaksi 25.9., kun tekstiä oltiin kirjoitettu ja opasta lähdetty hahmottelemaan. Yhteinen tapaaminen toteutui 28.9. Tapaamisessa oli mukana kaksi osaston kättilöä, joista toinen oli pyydetty työelämän yhteistyöhenkilöksi ja toinen opiskelee seksuaaliterapeutiksi. Näiltä henkilöiltä pyysimme palautetta ja kehittämissuhteita oppaan muotoiluun, ulkonäköön sekä tekstin sisältöön.

Meillä oli kolme vaihtoehtoa oppaan kannen muotoilusta ja työntekijät valitsivat niistä mielestään sopivimman. Oppaan sisällöllisistä asioista he pitivät paljon, mutta sanoivat tekstin olevan melko pitkä ja kaipaavan hieman tiivistämistä. Tapaamisen jälkeen työntekijät esittelivät oppaamme osastonhoitajalle sekä osastoryhmän päällikölle. Osastoryhmän päällikkö kutsui meidät uuteen tapaamiseen, joka järjestettiin 6.10.

Tapaamisessa, jossa oli mukana osastoryhmän päällikkö sekä työelämän yhteistyöhenkilönä oleva kättilö, oli tarkoituksena arvioida tuottamaamme opasta sekä pohtia kehityskohtia yhdessä. Tapaamisesta saimme palautetta sekä suullisesti että kirjallisesti kirjoitettuna paperille tulostettuun oppaan tekstiin. Palaute oli sekä hyvää että kriittistä. Kirjoittamaamme opasta keuhuttiin hyväksi ja kattavaksi. Palautteessa käsiteltiin kuitenkin sitä, onko opas liian pitkä, jotta lukija jaksaa sen lukea, ja sisältääkö se liian paljon yksityiskohtaista tietoa. Olimme esitelleet kunkin sairauden kohdalla, kuinka sairaus vaikuttaa seksuaalisuuteen, ja mitä potilas voi tehdä asialle. Tämä aiheutti tekstiin kuitenkin toistoa, sillä sairaudet ovat keskenään samankaltaisia ja niiden hoito on osin samanlaista. Osastoryhmän päällikkö ehdotti, että oppaan rakennetta muutetaan lisäämällä enemmän kaikille lukijoille yhteisiä ohjeita ja lyhentämällä kunkin sairauden omaa kappaletta. Tapaamisen perusteella jatkoimme oppaan tekemistä ja lähetimme uuden muokatun version työelämälle 9.10.

Tästä oppaan versiosta saimme palautetta kahdelta kättilöltä, jotka olivat olleet kanssamme aikaisemmassa tapaamisessa. He lähettivät palautetta sähköpostitse. Keskustelimme sähköpostin välityksellä kättilöiden kanssa myös siitä, minkälaisia kysymyksiä laitamme oppaaseen pariskunnille yhdessä pohdittavaksi. Kävimme myös poliklinikalla hakemassa heidän tekemänsä kirjallisena esitetyt korjausehdotukset. Korjausehdotukset käsitelivät tekstin sisällöllisiä ja kieliopillisia asioita. Niissä ehdotettiin ja pyydettiin yksityiskohtaisempia tarkennuksia hoito-ohjeisiin sekä ehdotuksia tekstistä poistettavista ja tekstiin lisättävistä asioista. Korjasimme myös asettelua ja sanavalintoja ohjeiden mukaisesti. Lähetimme uudistuneen oppaan työelämälle 17.10. ja jäimme odottamaan palautetta. Tässä vaiheessa oppaassa oli muutama kirjoitusvirhe, jotka korjasimme 4.12 mennessä.

Opinnäytetyön toteuttamisvaiheessa kirjoitimme ohjeet työntekijöille seksuaalisuuden puheeksi otosta. Teimme ohjeet Power Point -ohjelmalla (Liite 1), jolloin ne ovat helppoa esitysmuodossa työntekijöille osastotunnilla. Suunnittelimme esityksemme rakenteen ja esitystavan. Päätimme kertoa ensin lyhyesti, mitä on seksuaalisuus, miksi siitä on tärkeää puhua potilaiden kanssa ja missä tilanteissa potilas tarvitsee seksuaaliohjausta ja -neuvontaa. Tämän jälkeen kerroimme, mitä työntekijän tulee huomioda ennen seksuaaliohjauksen antamista ja kuinka seksuaalisuuden voi ottaa puheeksi potilaan kanssa. Kävimme läpi, minkälaisia asioita naistentauteja sairastavalle on hyvä kertoa seksuaalisuudesta ja missä tilanteissa työntekijän tulee ohjata potilas eteenpäin erityispalveluihin. Lopuksi kerroimme, että työyhteisössä on

hyvä jatkaa avointa keskustelua seksuaalisuudesta. Viimeiseksi kertosimme, mitä asioita työntekijän tulee huomioida ottaessaan seksuaalisuuden puheeksi potilaan kanssa.

Arviointivaiheessa arvioimme, kuinka hyvin opas sekä osastotunnilla esitellyt käyttöohjeet oppaalle tukevat muutosprosessia. Arvioimme toimintaamme sekä työntekijöiltä saamamme palautteen, että oman pohdinnan kautta. Arviointivaihe kulki kuitenkin mukana myös oppaan toteutusvaiheessa, jolloin tehtyä työtä arvioitiin ja muokattiin jatkuvasti prosessin edetessä. Hyväksymisvaiheessa oppaan käyttö vakiinnutetaan osaksi työelämän toimintamalleja pitämämme osastotunnin jälkeen. Työelämä on hyväksynyt tuotoksemme ja työntekijät ovat ottaneet sen hyvin vastaan. Työelämä on kertonut painavansa oppaan tulostamisen sijaan, ja opas on lähetetty työelämään sellaisena tiedostona, että se voidaan lähettää painoon. Seksuaaliterveys jää toivottavasti poliklinikalle yleiseksi toimintamalliksi ja poliklinikalla keskustellaan aiheesta avoimesti.

## 9.1 Oppaan suunnittelu

Potilasohjeen tarkoituksena on olla osa terveystiedotusta. Potilasohje tai opas voi olla kohdeviestintää, jolloin se on kirjoitettu jollekin ennalta määrätylle ryhmälle. Hyvä ohje puhuttelee potilasta, ja lukijan tulee heti ymmärtää, että ohje on tarkoitettu hänelle. Liian laajalle kohderyhmälle suunniteltu materiaali ei lopulta tavoita ketään. Puhuttelussa valitaan joko teitittely tai sinuttelu, joista teitittelyä suositellaan käytettäväksi silloin, jos on epävarmaa, kuinka lukija suhtautuu sinutteluun. Tärkeintä on kirjoittaa ohje juuri potilaan tai läheisten näkökulmasta ja antaa tietoa siitä, kuinka toimia, jotta oireet vähenevät tai tauti ei ainakaan pahene. Lukijan tulee hahmottaa helposti, mihin asiaan aineisto liittyy, mihin sillä pyritään ja mikä on sen terveystavoite. (Hyvärinen 2005; Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 11; Torkkola ym. 2002, 36-37.) Mietimme kohderyhmän tarkkaan ja kirjoitimme oppaan heille. Päätimme puhutella lukijaa sinuttelemalla, sillä se tuntui meistä luontevimmalta.

Potilasohjeet kertovat aina sen tekijästä, eikä potilasohjeen tekemiselle ole yksinkertaisia ohjeita. Hyvä ohje on sellainen, joka palvelee sekä sen käyttäjiä eli naistentautien poliklinikan potilaita, että työntekijöitä organisaatiossa. Potilasohjeiden tekemistä auttaa, jos organisaatiossa on käytössä valmiit ohjepohjat. Oppaan suunnittelussa tulee kiinnittää huomiota mm. sisältöön, kieleen, taittoon ja ulkoasuun. (Torkkola ym. 2002, 34-35.) Huomiota herättävä, muista poikkeava terveystiedotus herättää lukijan mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan siihen tarkemmin (Parkkunen ym. 2001, 20; Vilkkä & Airaksinen 2003, 53). Emme saaneet tulla laajalta valmisteltua asettelumallia oppaan taittamiseen, vaan tahdoimme tehdä sen alusta saakka itse In Design -taitto-ohjelmalla. Pyrimme siihen, että meillä on materiaali, joka herättää lukijan mielenkiinnon ulkoasullaan.

Ohjeen sisältämän tiedon tulee olla virheetöntä ja perustua tutkittuun tietoon. Sisällössä tulee kiinnittää huomiota sekä laitoksen näkökulmasta katsottuihin tarpeisiin ohjata potilaita, että potilaiden tarpeisiin saada tietoa. Tilanteen mukaan ratkaistaan, halutaanko ohjeesta mahdollisimman kattava, vai riittävätkö perusasioiden ytimekäs esittäminen. Liian laaja ja kattava aineisto voi jäädä käyttäjälle vieraaksi. Vastaanottajan tiedonomaaksumiskyky on rajallinen, ja tekstin luettavuuden tulisi olla helppoa. Luettavuutta parannetaan selkeällä ja yksinkertaisella kieliasulla, jossa käsitteet ovat lukijalle ymmärrettäviä. (Parkkunen ym. 2001, 12-14; Torkkola ym. 2002, 36-37.) Olemme huolehtineet siitä, että oppaaseen kirjoittamamme tiedot ovat opinnäytetyöstämme saatuja tietoja, jotka puolestaan perustuvat luotettavaan lähdemateriaaliin. Aloittaessamme oppaan tekemisen, pohdimme, kuinka kattavan tietopaketin haluamme potilaille tehdä. Huomioimme lukijan rajalliset kyvyt käsitellä tietoa yhdestä materiaalista.

Ulkoasun tulee olla sellainen, jossa sisältö on selkeästi esillä. Ulkoasu pitää sisällään tekstityypin, tekstin asettelun, kontrastin, värin sekä kuvituksen. Tekstin ja taustan kontrastin tulee olla suuri, jotta teksti erottuu hyvin taustasta. Suuri kirjasinkoko helpottaa iäkkäiden sekä näkövammaisten henkilöiden lukemista, mutta joskus suuri teksti voi myös luoda epäuskottavan vaikutelman. Näkövammaisten keskusliitto suosittelee kirjasinkokoa 14, jolloin myös erityisryhmien tarpeet on otettu terveysaineistossa huomioon. Kirjasintyyppin valinnassa puolestaan vaikuttavat tekstin selkeys ja yksinkertaisuus. (Parkkunen ym. 2001, 15-16.) Oppaamme kirjasinkoko on 12, sillä kirjasinkoolla 14 emme olisi saaneet opasta mahtumaan kahteentoista sivuun. Kirjasinkoko 12 on riittävän suurta tekstiä, jotta suurin osa potilaista näkee lukea sen. Kirjasintyyppi on helppolukuinen ja visuaalisesti hyvän näköinen. Valitsimme tehdä oppaan mustalla tekstillä valkoisella pohjalla, jotta se on mahdollisimman luettava. Ainoastaan otsikot olemme korostaneet punaisella sävyllä, jotta oppaan jaottelu selkiytyy ja lukija löytää tekstistä helposti olennaiset kohdat. Otsikoksi valitsimme yksinkertaisen ”Seksuaaliterveyden opas naiselle”. Se on selkeä ja tarpeeksi lyhyt sekä kertoo heti, mitä aineisto käsittelee.

Potilasohjeissa kuvat ovat herättämässä lukijan mielenkiintoa, sekä auttamassa ymmärtämään luettua. Hyvin valittujen kuvien tarkoituksena on lisätä tekstin luotettavuutta, ymmärrettävyyttä sekä kiinnostavuutta, ja kuvilla voidaan vaikuttaa jopa lukijan asenteisiin ja tunteisiin. Seksuaalisuutta käsittelevissä materiaaleissa on hyvä ottaa huomioon aiheen arkaluontoisuus. Henkilön voi olla helpompi lähestyä sellaista materiaalia, joka ei esittele sisältöään liian avoimesti. Esimerkiksi ihmisen anatomiaan liittyvät kuvat ja piirrookset voivat olla auttamassa lukijaa ymmärtämään ohjeita. Kuvatekstin tarkoituksena on kertoa kuvasta jotakin sellaista, mitä siitä ei voi suoraan nähdä. Kuvien käyttäminen pelkästään tyhjän tilan täytteenä voi kuitenkin olla ongelmallista, sillä ihmiset tulkitsevat kuvia eri tavalla. Seksuaalikasvatusmateriaaleissa olevat hauska tai tilan täytteenä tarkoitetut kuvat koetaan usein typerinä. Tyhjää tilaa

tekstin lopussa ei tarvitse myöskään pelätä, sillä se korostaa ohjeen rauhallista ilmettä ja voi antaa tilaa lukijan omille ajatuksille. (Parkkunen 2001, 17, 21; Torkkola ym. 2002, 40-41.)

Olemme valinneet kansikuvaksi tuntemamme valokuvaajan ottaman kuvan, joka on huomiota herättävä mutta asiallinen. Tekstin sekaan emme ole lisänneet kuvia, sillä se olisi tehnyt kokonaisuudesta ahtaan. Käsittelemämme ohjeet ovat myös sellaisia, että ne eivät kaipaavia kuvaa ollakseen ymmärrettäviä. Emme pelänneet jättää tyhjää tilaa oppaan sivuille, vaan korostimme oppaan rauhallista ilmettä myös tyhjällä tilalla. Kuvien sijaan olemme käyttäneet tehosteena lainauksia tekstistä piristämään kokonaisuutta sekä nostamaan tärkeitä asioita lukijalle esille.

Asioiden esittämisjärjestystä tulee miettiä opasta tehdessä. Kun tärkein tieto kerrotaan ennen vähemmän tärkeää, varmistetaan, että lukijat todennäköisemmin saavat tietoonsa kaikkien olennaisimmat asiat. Pääotsikolla kerrotaan mitä potilasohje käsittelee, ja väliotsikoilla jaetaan tekstiä sopiviin kappaleisiin. Väliotsikot auttavat lukijaa löytämään tekstistä eri asiakokonaisuudet. Aiheiden järjestystä voidaan miettiä sen mukaan, mikä houkuttelee lukijaa eniten tutustumaan tekstiin, ja mikä on lukijan kannalta kaikista tärkeintä tietoa. Asiat voidaan esittää myös esimerkiksi aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 39-40.) Olemme valinneet järjestää tekstin tärkeysjärjestyksessä aihepiireittäin. Johdannon jälkeen käsittelemme, mitä on seksuaalisuus, kuinka sairastuminen vaikuttaa seksuaalisuuteen ja mitä asialle voi tehdä. Tämän jälkeen kerrotaan, mitkä sairaudet aiheuttavat yhdyntäkipuja. Seuraavaksi syvennytään kunkin sairauden erityispiirteisiin omassa kappaleessaan. Kumppanille suunnattu kappale esiintyy viimeisenä, ennen lopetuskappaletta ja lisätietoja.

Ohjeen leipäteksti sijoitetaan otsikoiden ja kuvien alle, ja kielen tulee olla havainnollista yleiskieltä. Selkeä kappalejako, jossa yksi asiakokonaisuus esitetään yhdessä kappaleessa, tekee ohjeesta ymmärrettävämmän. Kappaleiden sientämistä ei suositella, jotta teksti pysyy helposti luettavana. Joitakin pääkohtia on hyvä korostaa esimerkiksi lihavoinnilla tai suurentamalla kirjasinkokoa. Teksti kannattaa asetella väljästi, jolloin pääkohtien erottaminen tekstistä on helppoa. Tyhjää tilaa ei tarvitse pelätä myöskään tekstin lopussa, sillä se korostaa ohjeen rauhallista ilmettä ja antaa samalla tilaa lukijan omille ajatuksille. (Parkkunen 2001, 16-17; Torkkola ym. 2002, 41-43.)

Kaikkea ei voida kertoa yhdessä ohjeessa, sillä liian yksityiskohtaiset tiedot voivat ahdistaa lukijaa. Varsinainen tekstin rakenne riippuu käsiteltävästä aiheesta. Kun kerrotaan tautien syistä ja hoidoista, voidaan rakenteena käyttää kysymysrunkoa: mitä, miten, missä, milloin, millä seurauksella ja kuka. Kun tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta, vastataan kysymyksiin: Mistä taudista on kyse? Miten ja missä sitä hoidetaan? Millaisia seurauksia hoidolla on?

Kuka hoitoa antaa? (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 42-43, 53.) Jokaisessa kappaleessa olemme myös pyrkineet vastaamaan edellä mainittuihin kysymyksiin oppaan jokaisessa kappaleessa. Kaikissa kappaleissa tämä runko ei kuitenkaan nykyisellään toteudu, sillä tekstiä ollaan tiivistetty ja toistoa vältetty. Olemme jättäneet tietoa myös tarkoituksella pois, jotta emme kerro lukijalle kerralla liikaa asioita.

Ohjeen ulkoasussa tärkein tekijä on taitto, eli tekstin ja kuvien asettelu paperille. Kun ohje on taitettu hyvin, se houkuttelee lukemaan ja parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 53.) Ulkoasultaan huolellisesti suunniteltu materiaali antaa lukijalle kuvan sisällöltäänkin luotettavasta materiaalista. Potilasohjeen koolla on merkitystä sen kannalta, miten lukija ottaa sen vastaan; kookas lehtinen voi olla yhteydessä mielikuvaan aineiston kiinnostavuudesta, jolloin pientä kokoa pidetään mitättömänä. On tavallista, että potilasohjeet tehdään pysty- tai vaaka-asennossa olevalle A4-arkille. (Parkkunen ym. 2001, 20-21; Torkkola ym. 2002, 53-55.) Päätimme tehdä oppaan vaakatasossa olevalle A4-arkille, joka taitetaan keskeltä kahtia. Näin valmiin oppaan sivut ovat A5-kokoisia. Tätä pienempi opas ei olisi yhtä uskottava, kun taas suurempi opas olisi liian kookas, jotta se on helppo ottaa mukaan vastaanotolta.

Taiton suunnittelu alkaa asettelumallista, johon kuuluvat kirjasintyyppin, kirjasinkoon, rivivälin, rivien suljennan, palstamäärän, marginaalien sekä tekstin korostusten valinta. Asettelumalli voidaan tehdä joko taitto-ohjelmalla tai tekstinkäsittelyohjelmalla. Valmiin asettelumallin käyttö voi helpottaa ohjeiden käyttöä, ja ohje on aina osaltaan rakentamassa laitoksen imagoa. Asettelussa esimerkiksi marginaaleilla voidaan vaikuttaa siihen, kuinka ilmalta tai raskaalta kokonaisuus vaikuttaa. (Torkkola ym. 2002, 53-54, 58.) Määritimme asetukset oppaan tekemisvaiheessa sen mukaan, mikä on lukijalle helppo lukea, minkä saa helposti painettua ja tulostettua, mikä näyttää visuaalisesti hyvältä ja vie vähän tilaa.

Täydentäviä tietoja ovat yhteystiedot, ohjeen tekijät, päivitystiedot sekä viitteet lisätietoihin, ja ne esitetään viimeisenä. Yhteystiedot ovat tärkeimpiä lisätietoja, ja niissä kerrotaan, minne lukija voi ottaa yhteyttä, jos hänellä on kysyttävää. Yhteystietoja ei välttämättä kuitenkaan tarvita silloin, kun kerrotaan yleisesti jostakin sairaudesta ja sen hoidosta. Koska yhdessä ohjeessa ei voida antaa kaikkea informaatiota, isätietoihin on hyvä laittaa vinkkejä siitä, mistä löytää lisää tietoa aiheesta. Hyviä vinkkejä ovat maallikoille kirjoitettu kirjat sekä hoito- ja lääketieteelliset artikkelit ja kirjat sekä internet-sivustot. Luotettavista terveystietoja sisältävistä lähteistä kertoo kansainvälinen arvostettu Health On the Net -järjestön HON-koodi. Koodia voivat käyttää ne sivustot, jotka ovat sitoutuneet antamaan lääketieteen tai terveydenhuollon ammattilaisten antamaa terveysneuvontaa. (Periaatteet 2017; Torkkola ym. 2002, 44-45.) Lopussa esitettävänä lisätietoina olemme käyttäneet kirjallisuusviitteitä luki-

jalle. Kirjallisuusviitteet ovat sellaisia, joita olemme itse käyttäneet opinnäytetyömme lähde-  
materiaalina tai jotka olemme etsineet potilaille. Takakanteen laitoimme oppaan tekijöiden  
nimet, Hyvinkään sairaalan yhteystiedot sekä HUS -logon ja Laurea-ammattikorkeakoulun lo-  
gon.

## 9.2 Oppaan arviointi

Hyvä terveystieteiden täyttää kokonaisuutena sisällöltään, kieliasultaan sekä ulkoasultaan tie-  
tyt laatukriteerit. Sisällön laatukriteerit sisältävät konkreettisen terveystavoitteen, oikean ja  
virheettömän tiedon sekä sopivan määrän tietoa. Kieliasun laatuvaatimuksena on aineiston  
helppolukuisuus. Ulkoasun puolesta sisällön tulee olla selkeästi esillä, aineiston tulee olla hel-  
posti hahmoteltavissa ja kuvituksen tulee tukea tekstiä. Kokonaisuutena aineistolla tulee olla  
selkeästi määritelty kohderyhmä ja kohderyhmän kulttuuria tulee kunnioittaa. Lisäksi aineis-  
ton tulee olla huomiota herättävä ja luoda hyvä tunnelma. (Parkkunen ym. 2001, 10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksesta voidaan pyytää palautteena arviota sen käytettä-  
vyydestä, visuaalisesta ilmeestä, luotettavuudesta ja toimivuudesta. Arvioinnissa voidaan  
pohtia sitä, kuinka innovatiivinen, oivaltava ja ammatillinen tuotos on. Myös oppaan toteutus-  
tapa ja aineiston kerääminen ovat arvioinnin kohteena. (Vilka & Airaksinen 2003, 157.)

Palautekyselyn (Liite 2) lähetimme sähköpostilla niille halukkaille henkilöille, jotka olivat  
osallistuneet osastotunnillemme. Näitä oli neljä henkilöä. Kaikki heistä antoivat palautetta,  
mikä riittää arvioinnin tekemiseen, sillä kukin henkilö on antanut monipuolisen palautteen.  
Kyselyssämme oli avoimia kysymyksiä oppaan ja osastotunnin onnistumisesta ja kehitysehdo-  
tuksista. Palautetta pyydettiin sekä sisällöstä että visuaalisesta ilmeestä ja esitystavasta.  
Suullista palautetta olemme kysyneet työelämältä kahdelta kättilöltä, osastonhoitajalta sekä  
osastoryhmän päälliköltä. Kättilöt ovat välittäneet meille suullista palautetta myös polikli-  
nikalla työskentelevältä naistentautien erikoislääkäriltä. Suullinen palaute on koskenut oppaan  
toteutustapaa, luotettavuutta sekä ammatillisuutta. Kirjallisia palautteita sekä työntekijöiltä  
saamaamme suullista palautetta käytämme opinnäytetyömme tuotoksen arviointiin.

Tilaaajalta saamastamme palautteesta ilmenee, että oppaan sisältö on tilaaajan toiveiden mu-  
kaista ja luotettavaa. Poliklinikalla toimivat henkilöt, jotka ovat katsoneet tekemämme op-  
paan, ovat pitäneet huolen siitä, että opas sopii poliklinikan käyttöön osana potilaiden koko-  
naishoitoa. Tekemämme opas toimii yhtenä työvälineenä muiden potilasohjeiden rinnalla.  
Opas sisältää monipuolista, selkeällä ja lempeällä tavalla kirjoitettua tärkeää tietoa. Op-  
paassa esitellään hyvin sairauksien hoito-ohjeita. Palautteen mukaan käyttämämme kieliasu  
on selkeää ja hyvää. Työntekijät kokevat, että oppaan avulla on helppo ottaa vaikeat asiat  
puheeksi. Ulkoasua kommentoitiin siistiksi, johdonmukaiseksi, rauhalliseksi ja kauniiksi.

Kumppanille oman osion kirjoittamista pidettiin hyvänä ja oppaan teksti on saatu tiivistettyä selkeään pakettiin. Opasta keuhuttiin aivan ihanaksi, eivätkä työntekijät löytäneet kehittämissuhteita oppaaseen.

## 10 Pohdinta

Tässä osiossa pohdimme ensin opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä. Tämän jälkeen pohdimme omaa ammatillista kehittymistämme prosessin aikana. Viimeiseksi käymme läpi jatkotutkimusehdotuksia, joita naistentautien poliklinikalla voidaan tehdä seksuaaliterveyden edistämisen puolesta.

### 10.1 Luotettavuus ja eettisyys

Jotta opinnäytetyö on luotettavasti toteutettavissa, tulee huolehtia ensisijaisesti tiedonhaun luotettavuudesta. Lähteenä voidaan käyttää primäärilähteitä (mm. tutkimukset, raportit), sekundaarilähteitä (mm. indeksit, tiivistelmät) tai tertiäärilähteitä (mm. kustantajien luettelot, kirjallisuus-haun oppaat). Erilaisia hakupalveluja on myös monia erilaisia, eikä niillä kaikilla pysty hakemaan tieteellisiä julkaisuja. Lähdekritiikki on erittäin tärkeää. Kirjoittajan tulee olla asiantuntija, lähde ei saa olla vanhentunut ja julkaisijan tulee olla arvovaltainen ja vastuullinen. Opiskelijoina meidän tulee huomioida, että haemme tutkittua tietoa laajasti eri hakusanoja ja tietokantoja käyttämällä. (Alexander & Tate 1999, ks. Tervakari 2005, 4; Vilkkä & Airaksinen 2003, 72.)

Oppaan tekemisessä ongelmana voi olla arkitiedon käyttäminen tai tekijän omien asenteiden jakaminen. Opiskelijoiden omalla vastuulla on havaita mahdollisen arkitiedon tai liian asenteellisten tietojen käyttäminen. Arkitieto voi olla tiedostamattoman päättelyn kautta syntyneitä totutun ja uskomuksiin perustuvan ajattelun tulosta. Arkitieto ei perustu tutkittuun tietoon, eikä se ole käynyt läpi kriittistä ajattelua. Arkitiedon sijaan opiskelijoiden tulee huolehtia, että opas tehdään kokonaisuudessaan tutkimustietoon perustuen. Tutkimustieto on objektiivista, autonomista, kriittisesti perusteltua, toistettavaa ja lähdeaineiston osalta näkyvää. Kun kirjallisuuskatsaus pohjataan luotettavaan tutkittuun tietoon, on siitä helppo koostaa luotettava seksuaaliterveyden opas rajaamallemme kohderyhmälle. (Hirsjärvi ym. 2001, ks. Tervakari 2005, 2.)

Eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muotoiluun ja tutkimuseetiikan noudattamiseen (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Käytetyn tiedon luotettavuus on yksi eettinen ongelma. Jos opinnäytetyössä käytetään materiaalia, jossa on virheellistä tietoa, voidaan joutua tilanteeseen, jossa tuotoksessa on virheellistä tai jopa haitallista tietoa. Opinnäytetyön eettiset ongelmat voivat liittyä myös sosiaalieettiseen vastuuseen. (Hirsjärvi ym. 2001, ks. Tervakari



2005, 1.) Olemme käyttäneet rajattua määrää sähköisiä hakukoneita, jotka ovat olleet pääsääntöisesti suomenkielisiä. Suomenkielisten julkaisujen lisäksi olemme käyttäneet englanninkielisiä julkaisuja.

Lisäksi eettisenä ongelmana voi olla aiheen valinta ja rajaaminen. Koska kaikkea ei voida havainnoida, on aihetta rajattava paljonkin (Hirsjärvi ym. 2001, ks. Tervakari 2005, 1). Tämän opinnäytetyön aihe lähti työelämässä havaitusta tarpeesta kehittää seksuaaliohjausta poliklinikalla. Aihe syntyi, kun opiskelijat kysyivät naistentautien poliklinikalta, olisiko heillä tarvetta jonkinlaiselle opinnäytetyölle, joka koskee naistentautipotilaita. Aiheiden kartoitusta käytiin läpi sähköpostitse. Työelämästä saimme ehdotuksena seksuaaliohjaukseen keskittyvän aiheen, ja innostuimme opiskelijoina tutkimaan tätä aihetta enemmän. Lisäksi haimme erillistä tutkimuslupaa HUSilta opinnäytetyön toteutusta varten. Tutkimuslupahakemuksen lähettimme 15.9.

Yhtenä eettisenä ongelmana on rajata, millä perusteella jotkut potilasryhmät tarvitsevat seksuaaliterveyden opasta enemmän kuin toiset. Prosessointivaiheen aikana pohdittiin erilaisia esille tulevia ongelmia sekä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden, että yhdessä työelämän kanssa. Käytännössä kaikki eri potilasryhmät tarvitsisivat ja hyötyisivät seksuaaliohjauksesta, ja ongelmana olikin rajata, mitkä potilasryhmät otetaan tässä opinnäytetyössä tarkempaan käsittelyyn seksuaaliohjauksen näkökulmasta. Rajasimme ensin aiheen opiskelijoina itse, ja täydensimme aiherajasta työelämän kanssa.

Lisäksi ongelmaksi voi muodostua se, kuinka opas otetaan työelämässä käyttöön. On tärkeää, että potilaille tarjotaan seksuaaliohjausta hoitopolussa oikeaan aikaan, eikä ohjaus jää pelkästään ohjelehtisen ojentamiseen. Tavoitellut hyödyt potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi saavutetaan, jos työntekijöiden perehdyttäminen seksuaaliterveyden oppaan käyttöön onnistuu hyvin. Jos työntekijät poliklinikalla eivät tiedosta, minkä takia seksuaaliterveyden tukeminen on tärkeää kaikille potilasryhmille, ei oppaan käyttöön ottaminen onnistu luontevasti. Tämän ongelman poissulkemiseksi opiskelijat esittelevät oppaan ja seksuaalisuuden puheeksioton osastotunnilla.

Lisäksi haasteena on tehdä oppaasta ulkoasultaan sellainen, että se houkuttelee sekä työntekijöitä että potilaita suuntaamaan huomionsa seksuaaliterveyteen. Seksuaalisuus on aiheena intiimi ja henkilökohtainen, joten oppaan ulkomuotoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta lukijoiden on helppo lähestyä opasta.

## 10.2 Oman toiminnan arviointi

Opinnäytetyömme idea oli mielestämme erittäin hyvä ja mielenkiintoinen. Työn idea pitää sisällään aihepiirin rajauksen sekä työn kuvauksen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154). Rajasimme aiheen itse yhdessä työelämän kanssa johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi, jota oli helppo lähteä työstämään. Opinnäytetyön aihe oli sellainen, jolla on merkitystä potilaiden hyvinvoinnille. Tavoitteemme olivat laajat mutta realistiset ja pääsimme niihin. Meillä on myös jonkin verran henkilökohtaista kokemusta naistentaudeista, mikä on antanut näkökulmaa aiheen käsittelyyn.

Opinnäytetyömme aiheen valmistuttua tiesimme, että työelämällä on tarve tuotoksellemme. Prosessin alkuvaiheessa pohdimme kuitenkin sitä, kuinka opas saadaan työelämän käyttöön luonnollisena osana hoitotyötä, kun tähän saakka seksuaaliterveys on jätetty lähes huomiotta. Ajattelimme, että jos potilasryhmille tarjottu seksuaaliohjaus on liian suppeaa, ei sillä tulla saavuttamaan haluttuja hyötyjä potilaiden hyvinvoinnissa. Pidimme mahdollisena ongelmana sitä, että jos työntekijät poliklinikalla eivät tiedosta minkä takia seksuaaliterveyden tukeminen on tärkeää, ei oppaan käyttöön ottaminen onnistu luontevasti. Vasta prosessin loppuvaiheilla työntekijöiltä saamamme palautteen perusteella ymmärsimme, kuinka paljon työntekijät todellisuudessa ovat kaivanneet seksuaalisuuden puheeksi oton välinettä. Tuotoksemme tulee todelliseen käyttöön, sillä työntekijät ovat valmiita mahdollisuuksien mukaan kiinnittämään huomiota myös potilaiden seksuaaliterveyteen.

Työmme toteutustapa pitää sisällään aineiston keräämisen sekä tuotoksen tekemisen keinot ja käyttämämme kieliasun (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157-159). Kokonaisuudessaan saimme toteuttaa opinnäytetyömme, kuten olimme suunnitelleet. Saimme käyttää omaa näkemystämme teoria-aineiston keräämisessä sekä oppaan toteuttamisessa. Otimme työssä huomioon sekä tilaajan toiveet, että hyvän potilasohjeen kriteerit. Mielestämme valmis tuotoksemme on ammatillinen ja olemme ottaneet monipuolisesti huomioon lukijan tarpeet.

Aineiston keräsimme tutkimussuunnitelman mukaisesti. Käytimme riittävästi aikaa ja monipuolisia välineitä aineiston löytämiseksi. Lähteitä työssämme on käytetty paljon. Seksuaalisuuden vaikutuksesta joihinkin sairauksiin oli haastavaa löytää soveltuvaa lähdemateriaalia. Olemme kuitenkin löytäneet riittävät tiedot ja käyttäneet löytämäämme materiaalia luovasti oppaan rakentamisessa.

Prosessin aluksi teimme suunnitelmallisen aikataulutuksen. Jotkin työn vaiheet vaativat enemmän aikaa kuin olimme ajatelleet, jolloin pohdimme kriittisesti tekemäämme aikataulusta. Lopulta saimme työmme aikataulun mukaisesti valmiiksi. Tämän kaltaisen työn tekemiseen olisi voinut myös olla hyvä käyttää enemmän aikaa, jolloin olisimme voineet ottaa hie- man etäisyyttä työskentelyyn jossakin prosessin vaiheessa. Aiheemme oli laaja, sillä se piti sisällään seksuaalisuuden, seksuaaliterveyden, naistentaudit sekä seksuaalisuuden puheeksi

oton. Tuotoksia oli kaksi, opas sekä osastotunti. Tiesimme aiherajausta tehdessämme sen olevan laaja, mutta olisimme voineet vieläkin rajata teoriaosuutta lyhyemmäksi jättämällä esimerkiksi jonkun sairauden käsittelemättä. Loppuun saakka meillä kuitenkin riitti mielenkiintoa aihetta kohtaan ja olemme erittäin tyytyväisiä lopputulokseen.

Lähdimme ensin kirjoittamaan oppaasta kattavaa ja laajaa materiaalia lukijalle. Valmiista oppaasta tuli kuitenkin tiivis tietopaketti. Kaikki oppaassa kerrottu on huolella valittua, tärkeää lukijan näkökulmasta kirjoitettua tietoa siitä, kuinka sairautta ja seksuaalisuutta voi hoitaa. Sen vuoksi opas voi tuntua lukijasta ajoittain jopa raskaslukuiselta. Luettavuutta paransimme jaotteleamalla tekstin selkeisiin kappaleisiin, joista lukija voi valita itseään koskevat kohdat. Opas on suunniteltu palvelemaan sekä lukijaa että organisaation henkilökuntaa. Olemme tehneet parhaamme mukaan työelämältä saamamme korjausehdotukset oppaaseen. Joitakin muutoksia jätimme oman harkintamme mukaan tekemättä. Emme esimerkiksi laittaneet oppaaseen kuvausta seksuaalineuvontapoliklinikan toiminnasta, sillä arvioimme potilaan kysyvän asiasta lisää työntekijöiltä, kun kokee sen tarpeelliseksi.

Tärkeimpänä tavoitteenamme oli luoda selkeä seksuaaliterveyden opas, jonka työelämä voi helposti ottaa käyttöön poliklinikalla. Tavoitteenamme onnistui meidän mielestämme hienosti. Kun opas oli vielä ajatuksen tasolla, pidimme haasteena saada oppaasta ulkoasultaan sellainen, että se houkuttelee sekä työntekijöitä että potilaita suuntaamaan huomionsa seksuaaliterveyteen. Tahdoimme tuotoksen olevan itse tehty ja omannäköisemme, ja meillä oli useita eri ajatuksia mahdollisesta kuvituksesta. Lopulta sopiva kuva löytyi kuin itsestään ja sen myötä myös oppaan ulkoasu muodostui helposti. In Design -ohjelman käytöstä meillä oli vain hieman kokemusta etukäteen, mutta tahdoimme tehdä oppaan, joka on ammattimaisen näköinen ja painokelpoinen. Sen vuoksi tuotoksen tekeminen oli mielenkiintoista ja ennen kaikkea itsellemme opettavaista.

Osastotunnin tavoitteena oli saavuttaa työntekijöiden huomio aihetta kohtaan sekä antaa oppaalle käyttöohjeet. Onnistuimme saamaan työntekijöiden huomion, sillä osastotunnille osallistuivat lähes kaikki poliklinikan sairaanhoitajat ja kättilöt. Vakituksia työntekijöitä poliklinikalla on viisi. Heidän lisäksi osastotunnille osallistui osastonhoitaja, varahenkilöitä sekä äitiyspoliklinikan työntekijöitä. Yhteensä osastotunnilla oli yksitoista osallistujaa. Yleistä keskustelua syntyi osallistujien kesken seksuaaliterveyden puheeksi otosta esityksemme jälkeen, kuten olimme toivoneetkin. Samalla saimme suullista palautetta oppaasta. Esityksessämme onnistuimme kuvailemaan seksuaalisuutta sairastuneena, seksuaalisuuden puheeksi ottoon käytettävää PLISSIT-mallia sekä antamaan esimerkkejä siitä, kuinka seksuaalisuus voidaan ottaa potilaiden kanssa puheeksi.

Osastotunnista saamamme palautteen mukaan osastotunnilla meillä oli rauhallinen ja selkeä esitystapa. Materiaalia pidettiin hyvin valmisteltuna ja informatiivisena ja esityksestä huomasimme, että olimme perehtyneet aiheeseen. Olimme myös jättäneet hyvin aikaa yleiselle keskustelulle esityksen jälkeen. Palautteesta ilmeni, että työntekijöiltä olisi voinut tulla enemmän suullista palautetta oppaasta heti osastotunnilla, jos opas olisi ollut työntekijöiden luettavissa paperiversiona jo etukäteen. Palautteessa kerrottiin, että ulosantimme oli hyvää ja luontevaa. Olisimme kuitenkin voineet enemmän käyttää esimerkkejä puheessamme ja välttää suoraan dioista lukemista.

Opinnäytetyön tekovaiheessa pohdimme myös opettajaltamme saamamme palautteen mukaisesti kokoavamme oman osuuden käsittelemään kumppania ja parisuhdetta sairastumisen aikana. Tarkasteltuamme työtämme totesimme kuitenkin, että meidän opinnäytetyössämme kumppani kulkee luontevasti mukana läpi tekstin. Tähän päädyimme, sillä seksuaalisuuteen liittyvät asiat koskettavat vahvasti myös sairastuneen kumppania ja emme halua erotella parisuhdetta ja seksuaalisuutta toisistaan. Tulevissa töissä voisi kuitenkin keskittyä nimenomaan siihen, kuinka kumppani voi kohdata sairastuneen seksuaalisuuden parisuhteessa.

Ainoat pulmat opinnäytetyöprosessiimme liittyivät tuotoksen, seksuaaliterveyden oppaan tekemiseen. Olimme kirjoittaneet tekstiä paljon, mutta työelämältä saimme sivumäärärajoituksen silloin, kun opas oli jo lähes valmis. Tiivistämisvaiheessa pohdimme, saammeko tekstimme mahtumaan annettuun sivumäärään, vai täytyykö meidän jättää jokin sairaus lopullisesta oppaasta pois. Samalla meiltä toivottiin uutena osuutena tekstiä kumppanille. Meitä pyydettiin myös lisäämään oppaaseen yksityiskohtaisia ja osittain myös lääketieteellisiä hoito-ohjeita sairauksiin. Oppaamme tulee sairaalan poliklinikan käyttöön, mutta koimme, että varsinaiset sairauksien hoito-ohjeet olisivat eri linjassa oman ajatuksemme kanssa siitä, että olimme tekemässä nimenomaan seksuaaliterveyden opasta. Tasapainottelimme sen välillä, mikä on seksuaaliterveyden oppaaseen kuuluvaa asiaa, ja mikä taas muuta terveystietoa, joka potilas voi saada muista lähteistä.

Kun olimme saaneet oppaan valmiiksi, työelämä toivoi lähdeluettelon liittämistä siihen. Tämä asia meidän olisi pitänyt selvittää etukäteen, sillä olimme tehneet oppaan ilman lähteiden merkitsemistä. Opas on kirjoitettu soveltaen opinnäytetyöstämme löytyvää tietoa. Koimme lähteiden merkitseminen jo kirjoitettuun tekstiin haastavana, ja menettely olisi myös lisännyt oppaan pituutta. Neuvottelimmekin työelämän kanssa ja sovimme, että lähetämme heille erillisen lähdeluettelon, joka on kerätty niistä opinnäytetyömme lähteistä, joita on mahdollisesti käytetty oppaassa.

Edellä mainitut muutokset lisäsivät yllättäen työmääräämme ja meille tuli yllätyksenä, kuinka paljon työtä ja aikaa oppaan tekeminen lopulta teetti. Olemme kuitenkin nyt hyvin tyytyväisiä lopputulokseen, joka on tiivistettynä huomattavasti aikaisemmin kirjoittamaamme selkeämpi. Hoito-ohjeiden osalta ratkaisimme tilanteen lukemalla kaikkien oppaassa käsiteltävien sairauksien potilasohjeet, jotka ovat käytössä poliklinikalla. Emme laittaneet omaan oppaaseemme niitä tietoja, jotka esiintyivät kyseisissä hoito-ohjeissa. Näin menettelemällä pääsimme pois siitä ajatuksesta, että olimme tekemässä eräänlaista koostetta potilaille sairauksien hoidosta, mutta jätimme tärkeimmät hoito-ohjeet oppaaseemme.

Prosessiamme olisimme voineet kehittää pitämällä enemmän yhteyttä työelämän kanssa kaikissa vaiheissa. Teimme pitkän aikaa pelkästään opinnäytetyön teoriaosuutta ja aloimme kirjoittaa opasta vasta sen ollessa valmis. Näin ollen lähetimme työelämään lähes valmiin työn emmekä osanneet etukäteen arvioida, kuinka paljon aikaa työelämä tarvitsee tuotoksen arviointiin ja palautteen antoon ennen tuotoksen hyväksymistä. Työelämässä he olisivat toivoneet voivansa vaikuttaa oppaan sisältöön aikaisemmassa vaiheessa. Onneksi työelämä pystyi vastaamaan meille nopeasti ja rakentavasti, jotta saimme korjaukset tehtyä aikarajoituksen puitteissa. Korjasimme työtä kolmeen kertaan työelämän palautteen mukaisesti, kunnes kaikki olivat tyytyväisiä lopputulokseen eikä korjaamiselle enää tässä vaiheessa ollut tarvetta.

Kokonaisuudessaan onnistuimme hyvin vastaamaan työelämän tarpeeseen ja siihen, mitä meiltä tilattiin. Oma tavoitteenamme oli luoda työelämälle kokonaisuus seksuaalisuuden puheeksi ottoon. Onnistuimme tavoitteessa hyvin, sillä teimme oppaan, joka on heti valmis painettavaksi ja annoimme työntekijöille tietoa ja esimerkkejä seksuaalisuudesta ja sen puheeksi otosta osastotunnin esityksessä. Työntekijät tietävät seksuaaliterveyden oppaan olemassa olosta ja käyttötarkoituksesta tiettyjen potilasryhmien hoidossa.

Pohdimme vielä omaa ammatillista kehittymistämme, sillä arvio omasta ammatillisesta kehityksestä on hyvä sisällyttää osaksi opinnäytetyön arviointia (Vilkkä & Airaksinen 2003, 160). Opiskelijoina koemme, että ammatillinen ymmärryksemme erilaisista naistentaudeista ja niiden hoidosta ja potilaan hoitopolusta on syventynyt. Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut taitojamme tutkimuksellisen työn tekemiseen ja tutkimuksellisen tiedon lukemiseen sekä työelämän tarpeisiin vastaamiseen. Tiedämme, minkälainen on hyvä potilasopas, ja kuinka sellainen tehdään.

Opinnäytetyömme aihe syntyi alun perin työelämän toiveesta. Koemme kuitenkin, että aihe sopi meille täydellisesti, emmekä olisi muuta aihetta huolineetkaan. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut myös oman seksuaalisuuden työstämistä ja ymmärtämistä, mikä näkyy tekstissämme herkkyytenä ja oivalluksina. Olemme pitäneet seksuaalisuutta aiheena tärkeänä, ja olemme tyytyväisiä siihen, että olemme opiskeluidemme aikana saaneet syventyä siihen näin

intensiivisesti. Olemme tutustuneet aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen myös laajemmin kuin mitä lähdeluettelossa näkyy. Oma paneutumisemme aiheeseen ja työskentelyn ilo yllätti meidät itsemmekin matkan varrella. Aiheeseen syventyminen näkyi sekä tiiviinä tekemisenä, että ajoittain myös uupumisena.

Valmistuttuamme sairaanhoitajaksi seksuaaliterveyden tukeminen tulee varmasti olemaan yksi vahvuusistamme työelämässä. Koemme, että meillä on valmiudet kohdata potilaan seksuaalisuus ja seksuaalisuus kaikissa eri ilmenemismuodoissaan. Osaamme ottaa seksuaalisuuden puheeksi potilaan kanssa hoitotyön eri vaiheissa ja kaikissa eri työympäristöissä.

### 10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on osa laajempaa kokonaisuutta (Vilka & Airaksinen 2003, 160). Tuotettu opas jää poliklinikan käyttöön, ja sitä on jatkossa mahdollista kehittää eteenpäin sekä käyttäjäkokemuksen että naistentauteja sairastavien seksuaaliterveyteen liittyvien tutkimusten avulla. Myös Power Point -esityksessämme olleita ohjeita seksuaalisuuden puheeksi ottoon voidaan käyttää sellaisenaan tai eteenpäin kehitettyinä esimerkiksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämismateriaalina.

Seksuaaliterveyden opas on tehty työelämän ja opiskelijoiden ammattitaidon mukaisesti, eikä kohderyhmää olla otettu prosessiin mukaan. Jatkossa kohderyhmän omat toiveet on hyvä ottaa huomioon materiaalia tuotettaessa ja muokatessa. Terveysaineistoa voidaan testata käyttäjillä, jolloin kohderyhmä pääsee vaikuttamaan aineiston esitystapaan ja selviää, kuinka hyvin tuotettu aineisto sopii kohderyhmälle. Esitetausta suoritetaan mielellään siinä ympäristössä missä aineistoa käytetään, ja palautetta antavat sen kohderyhmä. (Parkkunen ym. 2001, 19; Vilka & Airaksinen 2003, 129.)

Seksuaaliterveyden oppaasta on hyvä pyytää palautetta sekä käyttäjiltä että työntekijöiltä ja muokata opasta palautteen perusteella asiakaslähtöisempään suuntaan. Potilasryhmille, jotka jätimme aiheajauksen ulkopuolelle, olisi hyvä tehdä oma seksuaaliterveyden opas tai kirjoittaa lisämateriaalia annettavaksi yhdessä seksuaaliterveyden oppaan kanssa. Näitä ovat mm. kohdunpoisto-, endometrioo- sekä kohdun laskeumapotilaat. Jatkossa olisi hyvä tehdä oma opas naistentauteja sairastavan kumppanille siitä, kuinka tukea kumppania sairastumisen aikana ja kuinka parisuhteen seksuaalisuutta voi ylläpitää ja hoitaa.

## Lähteet

### Kirjalliset lähteet

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

Cacciatore, R. 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Cacciatore, R. 2007. Eväitä tyttönä ja poikana kasvamisen haasteisiin syntymästä murrosikään. Huomenna pannaan pussauskoppiin. Porvoo: WSOY.

Eronen, S., Kalakoski, V., Kanninen, K., Katainen, S., Kauppinen, L., Laarni, J.L., Lähdesmäki, M., Oksala, E., Paavilainen, P. & Penttilä, M. 2001. Persoona kehityspsykologia. Helsinki: Edita.

Hieta, N. & Kero, K. 2016. Sukupuolielinten ihottumat. Lääkärilehti 3/2016 vsk 71, 131.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

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

Kairaluoma, M. & Aukee, P. 2005. Lantionpohjan toiminnallisten häiriöiden diagnostiikan ja hoidon kehitysnäkömät. Suomen lääkärilehti 47/2005 VSK 60. 4859-4860.

Kallio, M. & Jussila, T. 2016. Syvyyttä seksiin. Kohti elävämpää seksuaalisuutta. Helsinki: Minerva.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.M., Pietilä, A.M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-299.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta - seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 3. tarkennettu painos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

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

Kontula, O. 2012. Mielen seksuaalisuus. Matka kiihottumisen alkulähteille. Helsinki: Duodecim.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin. Lapsen ja nuoren seksuaalinen kehittyminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY

Porras, K. 2009. Kivun vaikutus seksuaalisuuteen. Kipuviesti. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. No 1. maaliskuu 2009, 31.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. (s. 281 - 304.)

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

Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. 2016. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2016: 53; 286-287.

Sironen, M. & Kalilainen, P. 2006. Terapeuttinen työskentely seksuaalikysymyksissä. Seksuaalisuus. Toim. Apter D., Väisälä L. & Kaimola K. Jyväskylä: Duodecim.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A75. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Törnävä, M., Koivula, M. & Suominen, T. 2013. Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. Hoitotiede 2013, 25 (4), 241-252.

Venhola, M. & Brusila, P. 2006. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Suomen Lääkärilehti 45/2006 vsk 61, 1-2.

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

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

Väisälä, L. 2011. Haluttomuuden monet kasvot. Suomen Lääkärilehti 35/2011 vsk 66, 2-7.

#### Sähköiset lähteet

Aaltonen, J. 2012. Turvataitoja nuorille. Opas sukupuolisen häirinnän ja seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn. Opas 21. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90817/Opas\\_21%20\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90817/Opas_21%20_verkko.pdf?sequence=1)

Alajoki, E. 2017. Yleisten kirjastojen taloudellinen vaikuttavuus - tutkimuskirjallisuuden analyysi. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 26.4.2017. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100786/GRADU-1490004062.pdf?sequence=1>

Ala-Luhtala, R. 2008. Kyselytutkimus neuvola - asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 18.6.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19251/AlaLuhtala.pdf?s>

Reed, B., Harlow, S., Plegue, M. & Sen, A. 2016. Remission, Relapse, and Persistence of Vulvodynia: A Longitudinal Population-Based Study. Journal of women's health. Volume 25, number 3, 2016. Viitattu 7.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2bfea05e-d4a8-4a36-af27-db50e29af718%40sessionmgr4010>

Bergeron, S., Morin, M., & Lord, M.J. 2010. Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: what have we learned and where do we go from here? Sexual and Relationship Therapy Vol. 25, No. 3, August 2010, 289-298. Viitattu 6.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ddcaedb4-16b0-4290-bbd5-0b046a9c7474%40sessionmgr4008>



- Brusila, P. 2011. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Viitattu 17.6.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>
- Bützow, R. & Stenbäck F. 2012. Ulkosynnyttinten krooniset ihosairaudet. Patologia. Duodecim. Viitattu 29.7.2017. [http://www.oppiportti.fi/op/pat00554/do?p\\_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.oppiportti.fi/op/pat00554/do?p_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Coady, D. 2015. Chronic sexual pain. A layered guide to evaluation. Contemporary OB/GYN, Sep2015; 60(9): 18-28. Viitattu 6.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=960aad76-372a-4b18-8be4-a113c149db4b%40sessionmgr4008>
- Hanhirova, R. 2012. Vulvodynia. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 30.3.2017 [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=vulvodynia](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vulvodynia)
- Hannuksela-Svahn, A. 2015. Limakalvojen punajakälä. Duodecim. Viitattu 2.4.2017 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00640](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00640)
- Hallam-Jones, R., Wylie, K., Osborne-Cribb, J., Harrington, C. & Walters, S. 2001. Sexual difficulties within a group of patients with vulvodynia. Sexual and Relationship Therapy, Vol. 16, No. 2, 2001, 113-124. Viitattu 6.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=72b0c463-8318-4e89-84e3-42cd65a35776%40sessionmgr4008>
- Halttunen, M. & Perheentupa, A. 2011. Seksuaalisen haluttomuuden hoito. Duodecim 2011;127:2237-8, 2. Viitattu 30.8.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo99859>
- Hannuksela-Svahn, A. 2014. Tietoa Potilaalle: Valkojäkälä. Duodecim. Viitattu 30.3.2017 [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Heafner, H., Aldrich, N., Dalton, V., Gagne, H., Marcus, S., Patel D. & Berger, B. 2014. The Impact of Vulvar Lichen Sclerosus on Sexual Dysfunction. Journal of women's health. Volume 23, Number 9, 2014. 765-769. Viitattu 7.9.2017. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=73003888-2488-4225-9c92-ae09a680e1e%40sessionmgr103>
- Heinonen, E., Melartin, T. & Paunio, T. 2016. Kognitiivinen psykoterapia. Kuntoutuminen. Duodecim oppiportti. Viitattu 1.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00156/do>
- Hovatta, O. 2011a. Kivulias yhdyntä. Teoksesta Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naisten-taudit ja synnytykset. Duodecim oppiportti. Viitattu 12.7.2017. [http://www.oppiportti.fi/op/njs01202/do?p\\_haku=seksuaalisuus#s4](http://www.oppiportti.fi/op/njs01202/do?p_haku=seksuaalisuus#s4)
- Hovatta, O. 2011b. Vaginismi. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppiportti. Viitattu 24.7.2017 [http://www.oppiportti.fi/op/njs01202/do?p\\_haku=vaginismi#s4](http://www.oppiportti.fi/op/njs01202/do?p_haku=vaginismi#s4)
- Huttunen, M. 2016a. Emätinkouristus (vaginismus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.3.2017. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00368&p\\_hakusana=vaginismi](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00368&p_hakusana=vaginismi)
- Huttunen, M. 2016b. Seksuaalinen haluttomuus. Duodecim. Viitattu 23.5.2017. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00493](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00493)

- Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Emätinkouristus (vaginismus). Duodecim. Viitattu 30.3.2017. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=vaginismi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vaginismi)
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim; 121: 1769-1773. Viitattu 8.6.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- Kairaluoma, M., Aukee, P. & Elomaa, E. 2009. Lantionpohjan sairaudet. Lantionpohjan toimintaan liittyvät häiriöt ja niiden diagnostiikka. Duodecim. Viitattu 14.7.2017 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97784.pdf>
- Kallioinen, M. & Stenbäck, F. 2012. Punajäkälä. Patologia. Duodecim oppiportti. Viitattu 29.7.2017 [http://www.oppiportti.fi/op/pat00651/do?p\\_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.oppiportti.fi/op/pat00651/do?p_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Karila, I. 2017. Kognitiiviset psykoterapiat. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 1.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/pkr02904/do>
- Kinnunen, E. 2016. Näkökulmia seksuaaliseen hyvinvointiin -kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 11.6.2017. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111095/Kinnunen\\_Essi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111095/Kinnunen_Essi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kontula, O. 2015. Seksuaalisuus ja seksuaalinen hyvinvointi. Teoksessa Bildjuschkin, K. (toim) Seksuaalikasvatuksen tueksi. Työpaperi 35/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.6.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TYc3%962016\\_35\\_web\\_korjattu.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TYc3%962016_35_web_korjattu.pdf?sequence=5)
- Launis, T. 2014. Ihosairauksien vaietet alueet. Häveliäisyys häiritsee genitaalialueen ihosairauksien hoitoa. Ihonaika 5/2014. Viitattu 4.9.2017. [https://www.allergia.fi/site/assets/files/19014/ia\\_514\\_vaietet.pdf](https://www.allergia.fi/site/assets/files/19014/ia_514_vaietet.pdf)
- Lawton, S. 2016. Vulval skin conditions: assessment and advice. Dermtological Nursing 2016, 15(3): 18-23. Viitattu 7.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=eb1ac89e-2a20-4c85-b9cf-254bc3d624be%40sessionmgr4006>
- Lehtonen, M. 2015. Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus osana laaja-alaista seksuaalikasvatusta ja heteronormatiivisuuden purkamista. Teoksessa Bildjuschkin, K. (toim) Seksuaalikasvatuksen tueksi. Työpaperi 35/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.6.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TYc3%962016\\_35\\_web\\_korjattu.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TYc3%962016_35_web_korjattu.pdf?sequence=5)
- Lindström, S. & Kvist, L. 2015. Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. BMC Women's Health 2015 15:108. Viitattu 6.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=013751c8-d640-4ee6-b03c-af8ba3772f4c%40sessionmgr4010>
- Machin, S., McConnell, D. & Adams, J. 2010. Vaginal lichen planus: preservation of sexual function in severe disease. BMJ Case Reports. Viitattu 6.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3029967/>
- Major, J., Brackenbury, F., Gibbon, K. & Tomson, N. 2016. The impact of vulval disease on patients' quality of life. Skin care. JCN 2016, Vol 30, No 2, 40-44. Viitattu 1.9.2017. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bf37085a-bebe-46f7-b312-64ddd1f8b239%40sessionmgr103>
- Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. 2009. World Health Organization. Viitattu 16.6.2017. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf)

- Mitä seksuaalikasvatus on? 2014. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Toteuttamisohjeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.6.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116767/URN\\_NBN\\_fi-fe2014092644952.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116767/URN_NBN_fi-fe2014092644952.pdf?sequence=1)
- Mäenpää, J. & Pakarinen P. 2011. Syövän esiasteet. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppi-portti. Viitattu 29.7.2017. [http://www.oppoportti.fi/op/njs01902/do?p\\_haku=lichen%20sclerosus#q=lichen%20sclerosus](http://www.oppoportti.fi/op/njs01902/do?p_haku=lichen%20sclerosus#q=lichen%20sclerosus)
- Mäkinen, J. & Nieminen K. 2011. Etiologia. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppi-portti. Viitattu 14.7.2017. [http://www.oppoportti.fi/op/njs01701/do?p\\_haku=lantionpohja#q=lantionpohja](http://www.oppoportti.fi/op/njs01701/do?p_haku=lantionpohja#q=lantionpohja)
- Nuoret ja seksuaalisuus 2014. Terveiden edistäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.6.2017. <https://www.thl.fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/seksuaaliterveys/nuoret-ja-seksuaalisuus>
- Paavonen, J. 2009. Vulvodynia. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Duodecim oppiportti. Viitattu 10.6.2017. [http://www.oppoportti.fi/op/kip03406/do?p\\_haku=vulvodynia#q=vulvodynia](http://www.oppoportti.fi/op/kip03406/do?p_haku=vulvodynia#q=vulvodynia)
- Paavonen, J. 1995. Vulvodynia- vulvan kosketusarkuus. Duodecim. Viitattu 30.3.2017 <http://www.helsinki.fi/~jpaavone/artik2.html>
- Palmisano, B. 2016. Using The PLISSIT Model For Sexual Health Counseling. Viitattu 18.6.2017. <http://www.rxeconsult.com/healthcare-articles/Using-The-PLISSIT-Model-For-Sexual-Health-Counseling-1097/>
- Periaatteet 2017. Health On the Net Foundation. Viitattu 3.6.2017. <http://www.hon.ch/HON-code/Finnish/>
- Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 19.6.2017. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22571/Petaja\\_Hanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22571/Petaja_Hanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Reunala, T. & Hasan, T. 2011. Punajäkälä. Ihotaudit. Duodecim oppiportti. Viitattu 29.7.2017 [http://www.oppoportti.fi/op/iht00059/do?p\\_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.oppoportti.fi/op/iht00059/do?p_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4#q=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Riihonen, R. Laru, S. & Cacciatore, R. 2015. Teoksessa Bildjuschkin, K. (toim) Seksuaalikasvatuksen tueksi. Työpäpaperi 35/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.6.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TY%c3%962016\\_35\\_web\\_korjattu.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129742/TY%c3%962016_35_web_korjattu.pdf?sequence=5)
- Rosenbaum, T. 2013. An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. Sexual and Relationship Therapy 2013, Vol. 28, No. 1-2. Viitattu 7.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b183c588-262a-45c5-bbbc-278cdababf9f%40sessionmgr4009>
- Rosenberg L. 2003. Seksin apuvälineet osana sairauden hoitoa. Seksuaalilääketiede. Viitattu 20.4.2017 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93414.pdf>
- Ryttläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.6.2017. <http://www.seksologinenseura.fi/tiedostot/LupaPuhua.pdf>

- Ryttyläinen-Korhonen, K. 2011. Mitä on seksuaalineuvonta? Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Viitattu 17.6.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>
- Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. 2003;119(3):219-227. Duodecim. Viitattu 23.5.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/3/duo93408>
- Saarela, O. 2016. Lantionpohjan kipu. Terveyskirjasto. Viitattu 4.4.2017 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01170](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01170)
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hal-  
lintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 26.4.2017.  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Sandberg, T. 2017. Ihosairaus genitaalialueella. Läheisyys voi olla kipua ja kirvelyä. Ihonaika 5/2011, 18-19. Viitattu 4.9.2017. [https://www.allergia.fi/site/assets/files/19028/ihonaika\\_52011\\_seksuaalisuus\\_ihosairaus\\_genitaalialueella.pdf](https://www.allergia.fi/site/assets/files/19028/ihonaika_52011_seksuaalisuus_ihosairaus_genitaalialueella.pdf)
- Scott, K-M. 2014. Pelvic Pain - Evaluation and Treatment. UT Southwestern Medical Center. Viitattu 12.6.2017. <http://www.texaspain.org/assets/11%20sat%20145pm%20pelvic%20pain%20-%20evaluation%20and%20treatment%20tps%202014.pdf>
- Seksuaalisuus puheeksi 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi>
- Sexual health, human rights and the law 2015. World Health Organization. Viitattu 8.6.2017. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf)
- Siimes, E. 2014. Vaiettu kipu. Seksuaalineuvonnan merkitys naisen yhdyntäkipujen hoidossa. Opas ammattilaisille. Sexpo-säätiö lopputyö. Viitattu 10.4.2017. [http://frantic.s3.amazonaws.com/sexpo/2014/06/Eine\\_Siimes-\\_Sexpo\\_2014\\_Yhdynt%C3%A4kivut.pdf](http://frantic.s3.amazonaws.com/sexpo/2014/06/Eine_Siimes-_Sexpo_2014_Yhdynt%C3%A4kivut.pdf)
- Spisak, S. 2015. Seksiä mediassa! Lasten ja nuorten mediakokemukset osaksi seksuaalikasvatusta. Teoksessa Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Viitattu 17.6.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>
- Suomen Seksologinen Seura ry 2017. Kiinnostaako seksologian asiantuntijuus? Viitattu 19.6.2017. <http://seksologinenseura.fi/kiinnostaako-seksologian-asiantuntijuus/>
- Susi, J. 2011. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalineuvonta. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Viitattu 17.6.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>
- Tervakari, A. 2005. Hypermedian jatko-opintoseminaari. TTY/DMI/Hypermedialaboratorio. Viitattu 10.5.2017. [http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS\\_hypermedia\\_Tervakari140105.pdf](http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Tervakari140105.pdf)
- Tiitinen, A. 2016a. Tietoa potilaalle: Valkojäkälä ja muut ihottumat ulkosynnyttimissä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.3.2017 [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=valkoj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Tiitinen, A. 2016b. Vulvodynia (naisen sukuelinten kipu). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 30.3.2017. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00650](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00650)

- Tiitinen, A. 2016c. Yhdyntäkipu. Duodecim. Viitattu 4.4.2017  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=yhdynt%C3%A4kipu](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=yhdynt%C3%A4kipu)
- Torskala, A. 2009. Kognitiiviset psykoterapiat. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 1.11.2017.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00101](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00101)
- Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009a. Seksuaalisuuden kohtaamisen edellytykset. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim oppiportti. Viitattu 10.6.2017. [http://www.oppiportti.fi/op/ppp00084/do?p\\_haku=seksuaalisuus#q=seksuaalisuus](http://www.oppiportti.fi/op/ppp00084/do?p_haku=seksuaalisuus#q=seksuaalisuus)
- Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009b. Seksuaalineuvonnan eri tasot. Teoksessa P. Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim oppiportti. Viitattu 10.6.2017. [http://www.oppiportti.fi/op/ppp00085/do?p\\_haku=seksuaalisuus#q=seksuaalisuus](http://www.oppiportti.fi/op/ppp00085/do?p_haku=seksuaalisuus#q=seksuaalisuus)
- Tuomaala, H. 2017. Kartoitus vulvodynian taustatekijöistä ja hoidosta sairaskertomustietojen perusteella. Tampereen yliopisto. Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. Viitattu 25.7.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100669/SYVENTAVA-1487839995.pdf?sequence=1>
- Vegunta, S., Kling, J. & Faubion, S. 2016. Sexual Health Matters: Management of Female Sexual Dysfunction. Journal of women-s health. Volume 25, Number 9, 2016. Viitattu 6.9.2017. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0cb92ad1-e4c4-4dac-97f2-4c0747023409%40sessionmgr104>
- Vester, A. 2012. Punajäkälä. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Viitattu 2.4.2017  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=punaj%C3%A4k%C3%A4l%C3%A4)
- Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 2003;119:261-6. Viitattu 9.6.2017.  
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo93413.pdf>
- Ward, E. & Ogden, J. 2010. Commentary on experiencing vaginismus: sufferers' beliefs about causes and effects. Sexual and Relationship Therapy Vol. 25, No. 4, November 2010, 429-433. Viitattu 6.9.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=60103771-961e-45f8-85ef-d6af16603202%40sessionmgr4008>
- Working definitions 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization. Viitattu 12.6.2017.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)
- When sex gives more pain than pleasure 2012. Harvard Women's Health Watch Volume 19, number 9. May 2012. Viitattu 6.9.2017. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=eb0c4168-dce4-44e4-b5a0-8e233f9d4424%40sessionmgr104>

## Liitteet

Liite 1: Power Point -esitys seksuaalisuuden puheeksi otosta .....	79
Liite 2: Palautekysely .....	86

## Liite 1: Power Point -esitys seksuaalisuuden puheeksi otosta työntekijöille



## Seksuaalisuus

- *Seksuaalisuus* on hyvin herkkä ja intiimi osa-alue, jota tulisi lähestyä silkkihansikkain tavoin.
- *Seksuaaliterveys* tarkoittaa kokonaisuutta, johon kuuluu ihmisen koko seksuaalinen kehitys sekä sukupuoliemiin ja sukupuolielämään liittyvät asiat.
- *Terve seksuaalikäyttäytyminen* on pohjana itsestä huolenpidolle, hyvälle itsetunnolle, itsensä arvostamiselle ja terveyden edistämiseksi.
- *Seksuaalisuuden tulisi tarjota* naiselle kokemus riittävän hyvästä minuudesta ja positiivisesta seksuaalisuudesta, jota ei varjosta syyllisyys tai häpeä.
- *Oman kehon arvostaminen* vaikuttaa tapaan ilmentää ja kokea seksuaalisuutta, sekä kykyyn ottaa vastaan toisen kosketus ja nauttia siitä.

## Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä

- *Seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja sukupuolisuuteen* liittyvät asiat ovat osa ammattihenkilöstön normaaleja hoito-, kasvatusta- ja huolenpitotehtäviä.
- *Seksuaaliohjaus ja -neuvonta* ovat kaikille ikäryhmille annettavaa seksuaaliterveyden edistämistä, jonka tarkoituksena on elämänlaadun ja ihmissuhteiden parantaminen.
- Työntekijän tärkein tehtävä on *kohdata ja hyväksyä potilaan seksuaalisuus* sekä antaa toivoa paremmasta silloin, kun seksuaaliterveys on järkkynyt.
- Tehokkaimmin seksuaalista hyvinvointia edistetään *tukemalla kumppanien seksuaalista vuorovaikutusta*.

## Ennen potilaan kohtaamista

- *Pyri ymmärtämään* seksuaalisuutta omassa elämässäsi pystyäksesi kohtaamaan potilaan seksuaalisuuden.
- *Tunnista arvomaailmasi* sekä asenteesi ja työstä aktiivisesti omia ennakkoluulojasi.
- *Älä anna* oman arvomaailmasi tai asenteidesi olla esteenä seksuaalisuuden puheeksi otolle.
- *Huomioi*, että yksilön naiseutta ja seksuaalisuutta tulee kunnioittaa ja tukea kaikissa tilanteissa.
- Esimerkki: käsitys heteronormatiivisuudesta ja sukupuolinormatiivisuudesta haittaavat potilaan seksuaalisuuden kohtaamista ja seksuaaliohjausta.

## Mitä hyötyä on seksuaaliohjauksesta ja –neuvonnasta?

- *Vähentää* sairauteen liittyvää pelkoa, ahdistusta ja häpeää.
- *Ehkäisee* ongelmien syntymistä, vaikeutumista sekä kroonistumista.
- *Vähentää* erityispalveluiden käytön tarvetta.
- Seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden työstäminen *parantaa* seksuaalielämää ja antaa voimavaroja.
- Kun asiakas tuntee, että hänestä välitetään aidosti, hänestä huolehditaan ja hänet kuullaan, voi *motivaatio toipumiseen voimistua*.
- Tavoite: asiakkaalla herää *kiinnostus* hoitaa omaa sairauttaan, hän *osaa hoitaa* itseään mahdollisimman hyvin, *selviytyy* sairautensa kanssa ja löytää oman seksuaalisuutensa. Tuetaan näistä mahdollisimman hyvään seksuaaliseen itsetuntoon sekä positiiviseen käsitykseen itsestään.

## Milloin seksuaaliohjausta ja –neuvontaa annetaan?

- Itsetuntoon ja kehonkuvaan liittyvät ongelmat.
- Haluttomuus ja erilaiset seksuaaliset halut parisuhteessa.
- Tunteiden ilmaisun, vuorovaikutuksen ja läheisyyden ongelmat.
- Eri elämäntilanteisiin liittyvät seksuaalielämän haasteet, kuten ikääntyminen.
- Psykkiset tai fyysiset vaikeudet seksuaalisessa kanssakäymisessä.
- Suhteen vuorovaikutuksen epätyytyväisyys.
- Sairauksien, toimenpiteiden, vammautumisen ja lääkityksen vaikutukset seksuaalielämään ja seksuaalisuuteen.



## Seksuaaliohjausta antaessasi, tunnista:

- Mitä asiakas jo tietää?
- Mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää?
- Kuinka paljon ja millä tavoin potilas on valmis keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista?
- Onko tilanteessa tekijöitä, jotka voivat olla esteenä ohjeiden omaksumiselle?
  - Rauhaton ympäristö
  - Potilaan yksityisyyden vaarantuminen
  - Potilaan tunteet
  - Kriisin vaiheet

## Seksuaaliohjausta antaessasi, luo:

- *Luottamuksellinen hoitosuhde*, jonka jälkeen seksuaalisuuden puheeksi otto tapahtuu osana normaalia keskustelua.
- *Tasavertainen keskustelutilanne*, jossa kohdataan hienotunteisesti ja kunnioittavasti seksuaalisuudesta puhumisen mahdollisesti potilaassa herättävä hämmennys.
- Käyttäytymisellä ja sanattomalla viestinnällä *rauhallinen ja salliva ilmapiiri*.
- Jos havaitset, että potilas kokee sairauteensa liittyvän ohjauksen vaikeaksi, voi tilanne helpottua kuuntelulla, rauhallisella keskustelulla tai pelkällä läsnäololla.

## PLISSIT-malli

### Peruspalvelut

- 1. vaihe: *luvan antaminen ja salliminen* (Permission)
- 2. vaihe: *rajatun tiedon antaminen* (Limited Information)
- 3. vaihe: *erityisohjeiden antaminen* (Specific Suggestions)

### Erytistason palvelut

- 3. vaihe: *erityisohjeiden antaminen* (Specific Suggestions)
- 4. vaihe: *intensiivinen terapia* (Intensive Therapy)

## 1. Luvan anto (Permission)

- Kaikki asiakkaat ja potilaat hyötyvät luvan antamisesta.
- Asiakasta kuunnellaan ja annetaan sekä sanallisesti että sanattomasti viesti siitä, että asiakkaan ajatukset ja tunteet ovat luvallisia ja tavallisia.
- Hyväksytään ihmisen seksuaalisuus ja suhtaudutaan myönteisesti ja sallivasti seksuaalisuuden eri ilmenemismuotoihin.
- Esitetään suoria, sukupuolineutraaleja ja asiallisia kysymyksiä.
- Luvan voi antaa sellaisille käyttäytymistavoille, joista ei ole haittaa itselle tai muille.
- Ihmiset ymmärtävät seksuaalisen aktiivisuuden ja hyvinvoinnin välisen yhteyden ja pitävät aihetta tärkeänä.

## 1. Luvan anto. Voit kysyä:

- "Minkälaisia terveysongelmia sinulla on, ja oletko huomannut niillä vaikutuksia seksuaalisuuteesi?"
- "Kuinka sairautenne on vaikuttanut elämäänne ja parisuhteeseenne?"
- "Osaisitko kuvailla, miten vulvodynia on vaikuttanut seksuaalisuuteesi?"
- "Onko sinulla jotakin ajatuksia tai kysymyksiä liittyen seksuaalisuuteen?"
- Asiakkaan kerrottua huolensa sano, että hänen huolensa on aika tavallinen.

## 1. Luvan anto.

- On sinusta kiinni, millä tavoin otat seksuaalisuuden puheeksi. Harvoin on vain yhtä oikeaa tapaa toimia.
- Aito kohtaaminen on aina tärkeämpää, kuin siihen käytetty aika.
- Tärkeimpänä tehtävänäsi on kuunnella aktiivisesti ja varsinkin ylläpitää toivoa paremmasta, jos seksuaaliterveys on heikentynyt.
- Kerro käytännön asioista maanläheisesti, vältä käsitteitä.
- Seksuaaliterveyden asiat on luonteva ottaa puheeksi esimerkiksi kotihoito-ohjeiden antamisen yhteydessä.
- Hermostuneisuutta voi helpottaa, jos otat opettajan roolin ja käytät kuvia, kaavioita ja muuta materiaalia vuorovaikutuksen helpottamiseen.

## 2. Rajatun tiedon antaminen (Limited Information)

- Hyvin monet hyötyvät rajatun tiedon antamisesta.
- Ihmisillä on monenlaisia vääriä käsityksiä, uskomuksia, pelkoja, tietämättömyyttä ja ennakkoluuloja liittyen seksuaalisuuteen, ja niitä voidaan vähentää antamalla asiallista tietoa.
- Annetaan tietoa juuri siitä, mistä potilas tietoa tarvitsee.
- Erityisesti itsetyydytykseen liittyy monia ennakkoluuloja, ja useat pohtivat, ovatko he normaaleja tai ovatko heidän kokemuksensa tavallisia.

## 2. Rajatun tiedon antaminen. Anna tietoa:

- *Miten seksielämä muuttuu* sairastumisen myötä, millaista lääkehoitoa sairauteen käytetään ja miten ja milloin seksiä voi jatkaa.
- *Yhdyntämisestä*, kuten hyväilystä, läheisyydestä, koskettamisesta sekä siitä, että nauttii kumppanin nautinnosta.
- *Sairauden aiheuttamista muutoksista kehoon.*
- *Itsetuntemuksen kasvattamisesta* ja siitä, että sairaus voi vaikuttaa potilaan kehon kuvaan ja minäkäsitykseen.
- Seksitaudeista, seksuaalihäiriöistä, seksuaalisesta suuntautumisesta ja sukupuolielinten poikkeavasta anatomiasta.
- **Anna kirjallinen ohjeistus suullisen ohjeen lisäksi.**

## 3. Erityisohjeiden antaminen (Specific Information)

- Erityisohjeet ovat yksinkertaisia neuvoja, ja niiden antamista säätelevät oma koulutustausta, ammatillinen kokemus sekä terve järki.
- Ohjeet uusista yhdyntäsennoista ja seksin apuvälineiden ja liukuvoiteen käytöstä.
- Ohjeita elämäntapoihin. Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon lisää tyytyväisyyttä seksuaalitoimintoihin.
- Ohjeet itsetuntemukseen ja siihen, kuinka voi tutustua omaan seksuaalisuuteen muutenkin kuin sairauden aiheuttamien rajoitusten kautta.
- Ohjeita siitä, kuinka toimia tietyssä tilanteessa. Esimerkiksi kipukohtauksissa, emättimen kuivuudessa ja limakalvo-ongelmissa.

### Lopuksi arvioi:

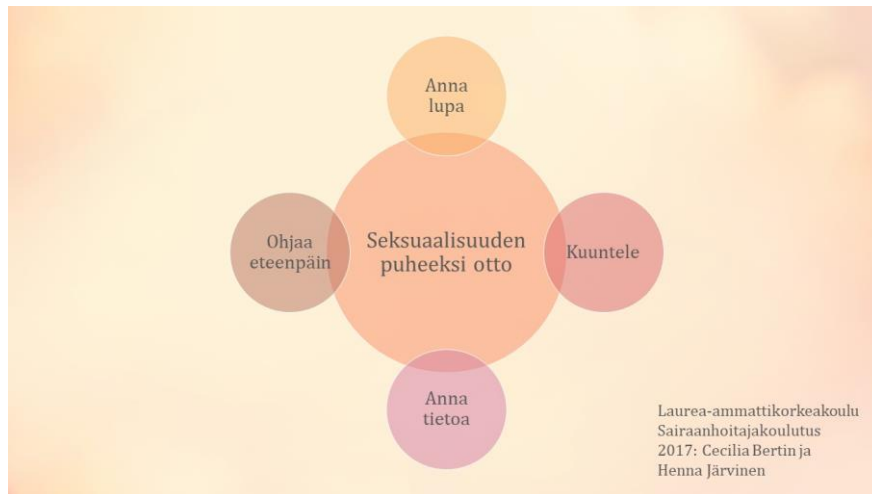
- Ymmärsikö potilas ohjeet?
- Muistaako potilas keskustelussa läpi käydyt asiat?
- Saiko potilas suullisen ohjauksen tueksi kirjallisen ohjeen, jolloin potilas sekä kumppani voivat palata ohjeisiin itselleen sopivana ajankohtana?
- Tietääkö potilas, mistä saa lisää tietoa ja apua seksuaaliterveyden ongelmiin?
- Onnistuiko seksuaaliohjaus?
  - Yksi suurimmista esteistä ohjauksen onnistumiselle on liian suuri tietotulva.
  - Jos potilas sekä mahdollinen kumppani saivat vastaukset itselleen tärkeisiin kysymyksiin sekä tietoja ja taitoja seksuaalisuuden hoitamiseen, on ohjaus onnistunut.

### Ohjaa eteenpäin

- Ohjaa erityispalveluihin, kun perustason ohjaus ei riitä.
- Yksityisissä ja julkisissa palveluissa erikoislääkärit, seksuaaliterapeutit, seksologit, fysioterapeutit ja pariterapeutit antavat erityistason palveluita.
- Kolmannella sektorilla mm. Väestöliitto, Seta, Sexpo-säätiö, Suomen Punainen Risti sekä Hiv-tukikeskus tarjoavat seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa.

### Keskustelkaa työyhteisössä avoimesti!

- Miten seksuaalisuus otetaan puheeksi potilaiden kanssa työyksikössämme? Näkyykö lupa seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen naistentautipotilaiden potilasohjeissa?
- Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen osana hoitotyötä mahdollistuu, kun hoitokulttuuri on avoin seksuaalisuudelle.
- Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi näkyä potilaiden hoitosuunnitelmissa ja systemaattisessa kirjaamisessa.
- Haasteena on luoda yhteiset toimintamallit, joissa seksuaalineuvontaa systemaattisesti tarjotaan määrätuille potilasryhmille.
- Naistentauteja sairastavat potilaat voivat hyötyä moniammatillisista tiimeistä, joihin kuuluu fysioterapeutti, gynekologi sekä seksuaalineuvoja/terapeutti.



Liite 2: Palautekysely

Hei,

Kiitos osallistumisestasi osastotunnillemme. Toivomme palautetta osastotuntimme sekä seksuaaliterveyden oppaan onnistumisesta. Opas sekä osastotunnilla esitetty Power Point -esitys ovat liitteenä.

Käytämme palautettasi ammatillisuutemme kehittämiseen sekä opinnäytetyömme arviointiin.

Kysymyksiä on neljä, voit vastata niihin vapaamuotoisesti.

Opas on mielestäni onnistunut seuraavissa asioissa:

---

---

---

Opasta voisi mielestäni kehittää seuraavissa asioissa:

---

---

---

Osastotunti oli mielestäni onnistunut seuraavissa asioissa:

---

---

---

Osastotuntia olisi voinut kehittää seuraavissa asioissa:

---

---

---

Kiitos palautteestasi!