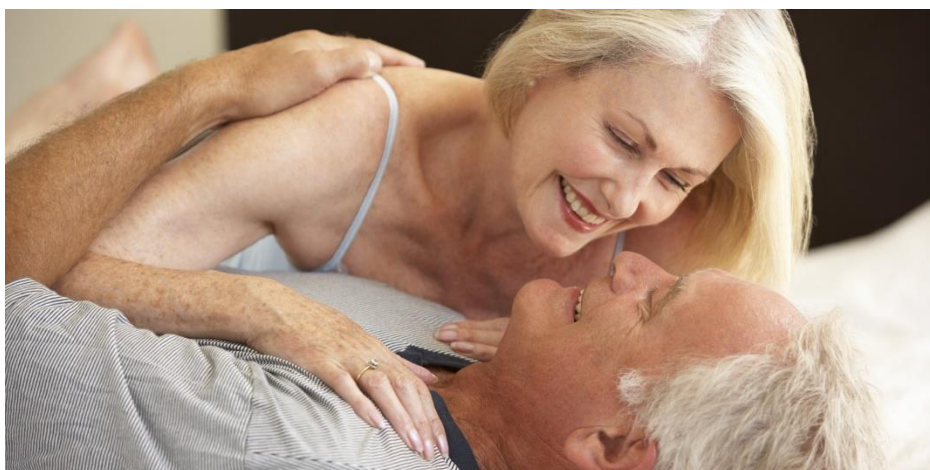


Heidi Manner SHT15S

Ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta terveydenhuollossa



Kuva: Pixabay

Terveydenhoitaja (AMK)

Terveydenhoitotyö

Opinnäytetyö

Kevät 2018



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Manner, Heidi

Työn nimi: Ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta terveydenhuollossa

Tutkintonimike: Terveydenhoitaja (AMK)

Asiasanat: ikääntyminen, puheeksi ottaminen, seksuaalisuus, seksuaaliterveys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tuoretta ja paikallista tietoa myös Kajaanin ammattikorkeakoulun käyttöön. Tutkimusta ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset: Millaista tietoa ja tukea asiakas tarvitsee seksuaaliterveytensä ylläpitoon? Miten puheeksi ottaminen toteutuu hoitotyössä? Opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus oli kvalitatiivinen ja se perustuu teemahaastatteluihin.

Haastateltavat tavoitettiin Facebookin avulla ja aineisto on analysoitu induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Aineiston hankinta suoritettiin haastattelemalla neljää 60-65-vuotiasta naista, joilla kullakin on jatkuvaa seurantaa tai hoitoa vaativa sairaus. Haastattelut suoritettiin Kajaanissa haastateltavien kotona ja koulullamme. Ne äänitettiin ja tallennettiin myöhempää litterointia varten. Haastatteluihin liittyvät teemat käsittelivät kokemuksia terveystalvuluista yleisesti sekä seksuaaliterveyden puheeksi ottamista hoidollisissa kohtaamisissa.

Haastateltavat olivat melko tyytyväisiä saamiinsa terveystalvuluihin. Moni oli kuitenkin kokenut vähättelevää suhtautumista tai kiusaantunutta välttelyä terveystalvuluista käyttäessään ja toivoi lisää koulutusta terveystalvan henkilökunnalle. Tulosten perusteella seksuaaliterveyden puheeksi ottaminen toteutuu parhaiten gynekologiaan ja psykiatriaan liittyvissä asiakassuhteissa. Parantamista koettiin olevan kroonisia tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien kohtaamisessa, ohjaamisessa ja tukemisessa.

Opinnäytetyöhön liittyneen tutkimuksen pienen osallistujamäärän vuoksi tuloksista ei voi tehdä yleistyksiä otanta edustavien toiveista tai saamasta palvelusta.

Abstract**Author(s):** Manner, Heidi**Title of the Publication:** Older Women's Experiences of Broaching Sexual Health in Health Care**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Public Health Nursing**Keywords:** ageing, broaching, sexuality, sexual health

The purpose of this thesis was to explore older women's experiences from broaching sexual health. The aim was to produce up-to-date and local information for Kajaani University of Applied Sciences. The study was guided by the following research questions: What kind of information and support would client need to maintain their sexual health and how was broaching implemented in nursing? This thesis is qualitative and based on thematic interviews.

The interviewees were contacted via Facebook, and the material was analyzed by means of inductive content analysis. The data was collected by interviewing four 60-65-year-old women, each with a medical condition requiring constant monitoring or treatment. The interviews were conducted at the interviewees' homes and at the university campus in Kajaani. They were recorded and later transcribed. The themes focused on experiences of health services in general and broaching sexual health in nursing encounters.

The interviewees were quite satisfied with the health services they had received. Many had, however, experienced a dismissive attitude or an embarrassed avoidance and hoped for more training for health care professionals. Based on the results, sexual health is best broached in client relationships related to gynecology and psychiatry. Encountering, guiding and supporting patients with musculoskeletal disorders needed further improvement.

Due to the small number of participants in the thesis, the results are not valid for making generalizations about the expectations or received services.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Seksuaalisuus	3
	2.1 Seksuaaliterveys	3
	2.2 Seksuaalioikeudet	3
	2.3 Seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus	4
	2.4 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	5
3	Ikääntyvä nainen	7
	3.1 Toimintakyky	7
	3.2 Anatomian ja fysiologian muuttuminen	8
	3.3 Hormonaaliset muutokset	9
	3.4 Ikääntymissairauksien vaikutus seksuaalisuuteen	10
4	Aiemmat tutkimukset aiheesta 2010-luvulla	12
5	Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät	14
6	Opinnäytetyön toteutus	15
	6.1 Kvalitatiivinen tutkimus	15
	6.2 Aineistonkeruu	15
	6.3 Teemahaastattelu	16
	6.4 Analyysivaihe	17
7	Tulokset	19
	7.1 Henkinen tuki	19
	7.2 Sosiaalinen tuki	21
	7.3 Tiedollinen tuki	21
8	Johtopäätökset	23
9	Pohdinta	24
	9.1 Onnistumisen arviointi	25
	9.2 Luotettavuus	25
	9.3 Eettisyys	26
	9.4 Ammatillinen kehittyminen	27

9.5	Jatkotutkimusaiheet	27
-----	---------------------------	----

Lähteet

Liitteet

1 Johdanto

Seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden huomioon ottaminen kuuluvat kokonaisvaltaiseen ja inhimilliseen hoitotyöhön. Seksuaalisuus on ihmisen perusoikeus ja myönteinen voimavara sekä osa ihmisen kokonaisterveyttä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

Ikääntyvien seksuaalisuudesta on alettu puhua yhä enemmän, mutta se on edelleen terveydenhuollossa melko näkymätön ilmiö. Ikääntyneiden seksuaalisuuden näkymättömyys saattaa tulla esille monin eri tavoin niin yhteiskunnan kuin itse ikääntyneen, sosiaalisen yhteisön tai terveydenhuollon toiminnassa. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 61.)

Vaikka ikääntyvien seksuaalisuudesta on tehty useita tutkimuksia 2010-luvulla, myös Suomessa, on haastattelut lähes poikkeuksetta kohdistettu hoitoalan ammattilaisiin. (Mm. Lindström 2013, Eskelinen & Joutsen 2014, Torkkel 2018.) Poikkeuksen tähän linjaan tekevät Mirja Laitisen ja Kaisa Poskiparran (2012) opinnäytetyö, jossa palvelutalon asukkaita haastateltiin lomakkein sekä Henrik Heiskasen (2015) tutkimus, jossa on kartoitettu ikääntyvien homomiesten palvelutarpeita. Vaikka näistä tutkimuksista käy ilmi, että ikääntyneiden seksuaalisuuden tunnistaminen ja huomioiminen on tärkeää, ikääntyneille tarjottava seksuaalineuvonta on silti vähäistä. Seksuaalisuus ei myöskään tule vahvasti esille hoitotyön konkretiassa, esimerkiksi hoito- tai palvelusuunnitelmissa. Seksuaalisuuden tutkimiseen ikääntyneiden hoitotyössä ei kiinnitetä erityistä huomiota, vaikka ongelma tunnistetaan ammattilaisten keskuudessa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 62.)

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää hoitotyön asiakaslähtöisyyttä keräämällä tietoa ikääntyvien tarpeista ja kokemuksista liittyen seksuaaliterveyden huomioimiseen hoitotyössä. Muun muassa *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020* -hankkeessa (2010, 11.) palveluja halutaan uudistaa kokonaisuuksina siten, että asiakkaat ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä. Näin toimimalla myös asiakkaiden kyky kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan kasvaa.

Opinnäytetyön aiheena ikääntyvien seksuaaliterveyden edistäminen yhdistää kaksi pitkäaikaista mielenkiinnonkohdettani: seksuaaliterveyden sekä ikääntyvien hoitotyön. Aihetta on tutkittu aivan liian vähän asiakasryhmän omasta näkökulmasta, vaikka 60-65-vuotiaita naisia asuu Suomessa tällä hetkellä yli 185 000 (Tilastokeskus, 2019).

Tilaaajana työlleni toimii Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöni taustalla on toimeksiantajan toive tuoreen ja paikallisen tiedon kartuttamiseksi. Tuloksia voidaan myöhemmin hyödyntää terveydenhoitotyön opetuksessa.

Tutkimus on rajattu koskemaan 60-65-vuotiaita kainuulaisia, koska he ovat yleensä elämässään ja terveydenhuollon kentällä nivelvaiheessa: useimmat heistä ovat siirtymässä työterveyshuollon asiakkuudesta julkiseen terveydenhuoltoon. Lisäksi varsinkin naisilla postmenopausaalinen vaihe voi herättää seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä ja monet krooniset sairaudet saattavat alkaa oireilemaan arkirutiineiden muuttuessa. Ammatti-
laisten taholta myös puheeksi ottaminen saattaa vähentyä entisestään.

Toimeksiantajana tässä opinnäytetyössä toimii Kajaanin ammattikorkeakoulu. Työelämä-ohjaajana toimii terveydenhoidon yliopettaja Arja Oikarinen. Kajaanin ammattikorkeakoulussa seksuaaliterveyttä käsitellään pintapuolisesti useissa opintomoduuleissa, mutta teemaan voi perehtyä syvemmin *Seksuaaliterveyden edistäminen*-valinnaiskurssilla.

2 Seksuaalisuus

Maailman terveysjärjestön määritelmä seksuaalisuudelle (2006) sisältää sukupuolen, sukupuoliominaisuudet sekä roolit, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisuuden, mielihyvän, läheisyyden ja lisääntymisen. Seksuaalisuutta voidaan ilmaista ja kokea ajatuksina, fantasioina, haluina, uskoina, asenteina, arvoina, tekoina, tapoina ja suhteina.

Seksuaalisuudella ei tarkoiteta pelkästään fyysistä seksuaalisuutta. Siihen kuuluvat myös kaipuu ja halu läheisiin ihmissuhteisiin, tunteisiin, mielihyvään, rakkauteen ja hellyyteen sekä toive tulla hyväksytyksi. Kun seksuaalisuus käsitteenä avataan näin, liittyy se vahvasti seksuaaliterveyteen, joka sisältää sekä fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen että sosiaalisen hyvinvoinnin. (Kelo ym. 2015, 60.)

Seksuaalisuus on siis olennainen osa jokaista ihmistä. Se on osa ihmisen persoonallisuutta ja ilmenee käyttäytymisessä sekä toimintatavoissa. Kaikilla on oikeus nauttia omasta seksuaalisuudestaan läpi elämän ja sillä on suuri merkitys yksilön elämänlatuun. (Kelo ym. 2015, 59-60.)

2.1 Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Seksuaaliterveys käsittää kaikkea seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvää. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa näkökulmaa seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin ja halutesaan mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin vapaana pakkotamisesta, riistosta ja väkivallasta. (Väestöliitto 2006, 9.)

2.2 Seksuaalioikeudet

Jotta hyvä seksuaaliterveys voidaan saavuttaa ja ylläpitää, kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa, suojella sekä saattaa ne voimaan (Väestöliitto 2006, 9). Seksuaalioikeudet liittyvät ihmisoikeuksiin ja niillä tarkoitetaan yksilöiden oikeuksia päättää tietoisesti ja vastuullisesti omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä asioista. Jokaisella on oikeus määrätä itse omasta kehostaan ja päättää, haluaako olla seksuaalisesti aktiivinen

vai ei. Seksuaalioikeudet takaavat myös oikeuden ilmaista ja toteuttaa oman seksuaalisen suuntautumisen mukaista seksuaalisuutta kunnioittaen samalla muiden oikeuksia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14-17.)

Seksuaalioikeuksia ovat määritelleet useat kansainväliset järjestöt. Väestöliiton (2006) ohjelmassa seksuaalioikeudet määritellään WHO:n vuonna 2002 sopimien periaatteiden mukaisesti. WHO:n mukaan seksuaalioikeuksiin sisältyvät ne ihmisoikeudet, jotka on tunnustettu ja vahvistettu kansainvälisessä lainsäädännössä, ihmisoikeussopimuksissa ja muissa yhteisesti hyväksytyissä asiakirjoissa. Nämä pitävät sisällään kaikkien ihmisten oikeuden parhaaseen saavutettavissa olevaan terveydentilaan suhteessa seksuaalisuuteen, mukaan luettuna seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuus, oikeuden hakea, vastaanottaa ja levittää seksuaalisuuteen liittyviä tietoja, oikeuden seksuaaliopetukseen ja -valistukseen, oikeuden kehon koskemattomuuden kunnioitukseen, oikeuden kumppanin valintaan, oikeuden päätöksentekoon, oikeuden seksuaaliseen aktiivisuuteen, oikeuden yhteiseen tahtoon perustuviin seksuaalisiin suhteisiin, oikeuden yhteiseen tahtoon perustuviin avioliittoihin, oikeuden päätökseen, oikeuden päättää milloin haluaa hankkia lapsia tai haluaako hankkia ollenkaan sekä oikeuden tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksuaalielämää.

2.3 Seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus

Seksuaalinen suuntautuminen on ominaisuus, joka kertoo siitä, kehen ihminen ihastuu, rakastuu ja tuntee emotionaalista tai eroottista vetovoimaa. Seksuaalinen suuntautuminen määritellään tunteiden kohteen ja oman sukupuolen pohjalta, mikä ei tee siitä aina yksiselitteistä asiaa. Seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus on käsite, jolla viitataan koko siihen suuntautumisten kirjoon, mitä ihmisillä on. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 98-99.)

Jokainen meistä kohtaa elämänsä aikana seksuaaliselta suuntautumiseltaan, sukupuoleltaan ja sukupuolen ilmaisultaan moninaisia henkilöitä. Moninaisuuteen mahtuu lukuisia tapoja toteuttaa sukupuoltaan ja ilmaista kiinnostusta muita ihmisiä kohtaan. Myös ikääntyvät ovat heterogeeninen joukko moninaisia ihmisiä. Yhteiskuntamme on kuitenkin rakentunut hyvin heteronormatiiviseksi ja mm. sukupuoli sekä seksuaalinen suuntautuminen oletetaan usein toisen ihmisen puolesta. Tätä tapahtuu paljon sosiaali- ja tervey-

denhuollossa esim. valmiiksi sukupuolittavan henkilötunnuksen takia. Valtonen ja Hakola (2016) kuvaavat julkaisussaan sateenkaarisenioreiden huolta ja pelkoja sosiaali- ja terveyspalveluita kohtaan. Osa heistä on vältellyt palveluita pelätessään syrjintää. 2010-luvulla ikääntyvät ja tulevat vanhuspalveluiden käyttäjät ovat todistaneet homoseksuaalisten tekojen kriminalisoinnin poistumisen rikoslaita vuonna 1971 ja homoseksuaalisuuden poistumisen tautiluokituksesta kymmenen vuotta myöhemmin. Myös transvestisuus poistui tautiluokituksesta vasta vuonna 2011. Sateenkaariseniorit ovat eläneet aikaa jolloin omaa identiteettiä on ollut pakko peitellä. Ei siis ole ihme, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt ovat jääneet näkymättömiksi myös vanhuspalveluissa.

2.4 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Joutsen ja Eskelinen (2014) tuovat tutkimuksessaan ilmi seksuaalisuuden puheeksi ottamisen vaikeuden. Potilaat usein toivovat aloitetta hoitajalta, mutta hoitohenkilökunta saattaa kokea aiheen liian intiimiksi. On kuitenkin ammattilaisen velvollisuus tehdä aloite, vaikka hän ei kokisikaan aihetta olennaiseksi tai miellyttäväksi. Puheen ottamisen avuksi on onneksi olemassa monenlaisia malleja.

Jack Annonin vuonna 1976 luoma PLISSIT-malli on edelleen kansainvälisesti käytössä. Malli on alun perin tarkoitettu työskentelyyn kehitysvammaisten parissa. Se jäsentää ammatillista työskentelyä seksuaalikysymysten parissa. Mallissa työskentely on jaettu neljälle eri tasolle. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94-100.)

Permission (P) eli luvan antamisen taso. Ikääntyvät henkilöt voivat tarvita joko sanallisen tai sanattoman luvan olla ja toteuttaa itseään seksuaalisina ihmisinä. Limited information (LI) eli kohdennettu tieto. Jos ikääntyvällä ihmisellä ilmenee esimerkiksi ongelmia itsetyydytyksen kanssa, saattaa hän tarvita kohdennettua tietoa. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi masturbaatio-opetusvideoita. Specific suggestions (SS) eli erityisohjeiden taso. Joskus voidaan tarvita ns. seksuaalineuvoja, joiden tehtävänä on auttaa vaikeimmissa tai toistuvissa seksuaalisuuteen liittyvissä haastavissa tilanteissa. Intensive therapy (IT) eli intensiivinen terapia. Ihminen saattaa tarvita terapiaan, jos häntä on esim. käytetty seksuaalisesti hyväksi. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94-100.)

JoAnn Mickin, Mary Hughesin ja Marlene Cohenin kehittämä Better-malli on suunniteltu konkretisoimaan puheeksi ottamisen kulkua ja vaiheita jäsentämällä sen vaiheet yksityiskohtaisesti. Malli on alun perin tarkoitettu syöpäsairaana tueksi. Better-malli muodostuu kuudesta vaiheesta, jotka seuraavat toisiaan prosessinomaisesti. Ensimmäinen vaihe on

asian puheeksi ottaminen (Bring up the topic), jossa luodaan turvallinen ilmapiiri seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen. Toisessa vaiheessa, Huolen ilmaisussa (Explain), asiakkaalle kerrotaan, miksi asian esille ottoa pidetään tärkeänä sekä tarjotaan hänelle mahdollisuus kertoa eri huolenaiheistaan. Asiasta kertomisen vaiheessa (Tell) käsitellään asiakkaan esille tuomia huolenaiheita sekä niiden ratkaisutapoja. Tässä vaiheessa ammattilainen kuvaa oman osaamisensa rajoja ja myös sen, että asiakkaan tarvitsemaa tietoa on aina mahdollista selvittää lisää. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100-101.)

Oikea-aikaisuuden vaiheessa (Timing) puheeksi ottamista tarkastellaan asioiden käsittelyn ajoituksen näkökulmasta. Asiakkaan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että hän tietää voitavansa ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä asioita silloin, kun se hänelle parhaiten sopii. Tämä edellyttää hoitotyön ammattilaiselta herkkyyttä tunnistaa puheeksi ottamisen oikea-aikaisuus. Seksuaalisuutta tulee käsitellä hoidon eri vaiheissa ja annettua tietoa syventää potilaan yksilöllisessä tilanteessa. Ohjauksen vaiheessa (Educate) asiakkaalle kerrotaan muun muassa sairauden ja hoitojen vaikutuksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista, ohjataan esimerkiksi erilaisten apuvälineiden ja liukasteiden käyttöä. Kirjaamisen vaihe (Record) sisältää käydyn ohjauskeskustelun ja käsiteltyjen teemojen kirjaamisen ja ohjaustilanteen arvioimisen potilasasiakirjoihin. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100-101.)

Better-mallin on todettu vahvistavan asiakaslähtöisyyttä ja helpottavan seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Se tarjoaa hyvän jäsenyyksen ohjaustilanteelle. Lisäksi malli on yksinkertainen ja helposti omaksuttava, minkä vuoksi sen käyttöönotto ei vaadi pitkäkestoisista kouluttautumisista. Better-mallin vahvuus on myös ohjauksen kirjaaminen, jolla asiakkaan hoidon jatkuvuus ja yksilöllisyys turvataan. Laadukas kirjaaminen antaa kuvan asiakkaan ongelmista, hoidon tavoitteista ja tuloksista, jolloin tehtyjen interventioiden vaikutuksia voidaan seurata. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100-101.)

3 Ikääntyvä nainen

Yhdistyneiden Kansakuntien määritelmän mukaan ikääntyneitä ovat yli 60-vuotiaat. Vanhuuden alkamisikää ei kuitenkaan voi määritellä ja ikääntyminen on yksilöllistä. Ikäraajat muuttuvat ja joustavat ja yksilön elinikä on reilusti pidentynyt. Vuonna 1980 Suomessa oli noin viisikymmentä yli satavuotiaista, mutta nyt heitä on yli 700. Suurin osa heistä on naisia. Vanhuus on muuttunut: On monia tapoja ikääntyä ja monia tapoja olla vanha. Käsitksemme, oletuksemme ja uskomuksemme vanhuudesta ja ikäihmisistä ovatkin monelta osin vanhentuneita. (Jämsén 2013, 13.)

Ikääntymiseen liittyvä vanhenemisprosessi yhdessä sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen kanssa on olennaisimpia elämänlaatua heikentäviä ja itsenäistä arkea uhkaavia tekijöitä. Kun tutkimustyötä tehdään, opimme kuitenkin yhä paremmin ymmärtämään vanhenemisprosessia. Tieto mahdollisuuksista ja keinoista ylläpitää ikääntyvien toimintakykyä ja terveyttä lisääntyy ja näin kasvava osa ikääntyvistä ja ikääntyneistä voi toteuttaa itseään ja elää toivomaansa elämää viimeisiin elinvuosiinsa asti. (Heikkinen & Marin 2002, 13.)

3.1 Toimintakyky

Toimintakyky kuvaa ikääntyvän kykyä selvitä arjestaan ja se liittyy olennaisesti elämänlaatuun. Elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat mm. fyysinen terveys, psykologiset tekijät sekä sosiaaliset suhteet. Fyysisen toimintakyvyn eli liikkumiskyvyn ja aistitoimintojen heikkenemisen taustalla ovat muutokset nivelten liikkuvuudessa, vähentynyt lihasvoima sekä tasapaino-ongelmat sekä usein jokin sairaus tai oireyhtymä. Erityisesti kipu, unettomuus ja liikkumisvaikeudet heikentävät elämänlaatua. Psykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä kognitiivisiin suorituksiin sekä tunteiden ja ajatusten hallintaa. Psykinen oireilu vaikuttaa elämänlaatuun ja voi johtaa syrjäytymiseen. Ikääntyvän terve minäkuva, onnistunut elämänhallinta ja hedelmällinen tapa käsitellä muutoksia parantavat elämänlaatua. Sosiaalinen toimintakyky perustuu sosiaalisiin taitoihin ja toimintoihin. Ikääntyvän sosiaaliset suhteet, roolit ja elämäkatsomus tai vakaumus auttavat hallitsemaan omaa elämää. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 35.)

3.2 Anatomian ja fysiologian muuttuminen

Merkittävimmät iän kartuttua esiintyvät muutokset tapahtuvat hengitys- ja verenkiertoelimistössä, lihasmassassa, tuki- ja liikuntaelimistössä, näkö-, kuulo- ja makuaisteissa sekä ruuansulatuksessa. (Kelo ym. 2015, 12-27.)

Elimistön vanhetessa sydämen läpät kalkkeutuvat, valtimoverisuonet kovettuvat ja niiden elastisuus heikkenee sekä verenpainetasossa systolinen paine nousee ja diastolinen paine laskee. Verisuonten seinämien muutosten takia myös virtauksen vastus kasvaa. Nämä ikääntymismuutokset heikentävät sydämen toimintakykyä ja elimistön stressinsietokykyä. Sydämen, verisuoniston ja ääreisverenkierron muutokset yhdessä heikentävät ääreisverenkiertoa, mutta myös verenkiertoa eri elimissä. (Kelo ym. 2015, 12-13.)

Keuhkojen ja rintakehän muutokset heikentävät hengitystoimintoja. Koska myös sydämen ja verisuoniston toimintakyky heikkenee, hapen kulkeutuminen kudoksiin vähenee. Keuhkojen hengityskapasiteetti pienenee iän myötä keuhkojen pinta-alan pienenemisen takia, rintakehän elastisuuden ja kimmoisuuden vähennyttyä, hengityslihasten voiman heikennyttyä sekä yskänheijasteen vaimentumisen ja keuhkojen omien puhdistusmekanismien heikentymisen takia. (Kelo ym. 2015, 13-14.)

Ikääntymisen myötä lihaksistossa tapahtuu paljon rakenteellista muutosta. Lihasmassa vähenee, rasvan ja sidekudoksen määrä kasvaa ja lihassoluihin kasaantuu kuona-aineita. Olennaisin syy lihasvoiman vähenemiseen on lihasatrofia, joka johtuu lihassolujen koon ja lukumäärän vähenemisestä. Solujen toiminta vaikeutuu eri tavoin ja niitä tuhoutuu. Ellei lihasvoimaa harjoiteta säännöllisesti, lihasmassa pienenee vuosittain noin prosentin alkaen siitä, kun henkilö täyttää 50 vuotta. (Kelo ym. 2015, 17.)

Ikääntymiseen liittyvä luun haurastuminen alkaa noin 40-vuotiaana ja jatkuu koko loppuelämän. Osteoporoosi on yleisempää naisilla kuin miehillä ja näyttää liittyvän estrogeenin vähenemiseen. Miehillä luukudosta on enemmän kuin naisilla ja luukato etenee hitaammin. Iän mukana myös nivelten liikelaajuudet rajoittuvat, koska nivelnesteiden määrä vähenee. Nivelten rustokudoksen vanhenemismuutokset lisäävät alttiutta nivelrikolle. Niveliin ja selkärankaan kehittyy iän myötä kulumamuutoksia tai mahdollisesti luun lisämuodostusta, joka aiheuttaa usein kipua. Selkärangan välilevyjen kuivuminen aiheuttaa kipua noin 50-vuotiailla, mutta kuivumisen edetessä hermojuuriperäinen oireilu helpottaa. (Kelo ym. 2015, 14-16.)

Näköaistin vanhenemismuutoksista huomataan ensimmäisenä ns. ikänäkö eli lähietäisyydelle tarkentaminen muuttuu mahdottomaksi. Merkittävää on myös hämäränäön heikkeneminen. Ikääntyvä silmä ei pysty mukautumaan hämärään yhtä nopeasti ja täydellisesti kuin nuori silmä. Yli 70-vuotias tarvitsee kolme kertaa enemmän valoa kuin keski-ikäinen. Noin joka neljäs eläkeikäinen oireilee huonontuneen kuulon takia. Kuulon heikkeneminen johtuu hermoratojen rappeutumisesta ja sillä on yhteys mm. muistisairauksiin. Kuulosolujen tai kuulohieron rappeumasta voi kieliä jatkuva tinnitus. Myös korvan tasapainoelimen toiminta voi heikentyä. Ikääntyminen muokkaa sisäkorvan tasapainoelintä, jolloin tasapainon säätely heikentyy ja ikääntyvä kaatuu helpommin. Makuuain osalta erityisesti karvaan ja happaman tunnistaminen heikkenee. Makunystyröiden kato heikentää myös suolaisen ja makean aistimista. Elimistön kuivuminen heikentää myös hajuaistia. (Kelo ym. 2015, 18-20.)

Ikääntyessä ruuansulatuskanavan toiminta heikkenee, suolen mobiliteetti hidastuu ja ruuansulatukseen tarvittavien entsyymien ja mahahapon erittyminen hidastuvat. Kun mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, kylläisyyden tunne jatkuu pidempään. Myös energiantarve vähenee perusaineenvaihdunnan hidastuessa ja fyysisen aktiivisuuden vähentyessä. Jännontunnetta ja nestetasapainoa säätelevät mekanismit heikentyvät ikääntyessä ja altistavat häiriöille. Suolen toiminta hidastuu ja altistaa ummetukselle. (Kelo ym. 2015, 20.)

3.3 Hormonaaliset muutokset

Menopaussissa naisten estrogeenituotanto loppuu aiheuttaen vaihdevuosisoireita. Niitä ovat kuumat aallot, hikoilu, mielialavaihtelut ja unen häiriöt. Oireilun aiheuttama uupumus voi osaltaan vaikuttaa myös seksuaaliseen halukkuuteen. Vaihdevuosisoireiden vaikeusasteella on merkittävä rooli vaihdevuosi-ikäisten naisten halun vähenemisessä. Estrogeenin vähenemisen myötä myös limakalvot kuivuvat ja haurastuvat, mikä voi jopa estää yhdynnän. (Brusila 2011, 24.)

Estrogeeni sinänsä ei ole halua lisäävä hormoni, mutta se edistää limakalvojen kimmoisuutta ja kostumiskykyä. Mikäli menopaussioireet vaikeuttavat arkea, systeemisestä hormonihoidosta voi olla apua. Ne, jotka pärjäävät ilman systeemistä hoitoa tai matalaannoshoidolla, voivat kuitenkin tarvita paikallishoitoa. Limakalvo-ongelmia hoidetaan näillä valmisteilla riittämättömästi siksi, etteivät naiset aina kehtaa puhua intiimistä ongelmastaan ammattilaiselle. Vaikka hormonivalmisteita käytettäisiinkin, yhdyntää helpottavat liukasteet ovat usein välttämättömiä. (Brusila 2011, 24.)

Munasarjojen toiminnan hiipumisen seurauksena myös seerumin testosteronin ja sen esiasteiden pitoisuudet pienenevät. Tämän on epäilty aiheuttavan vaihdevuosien jälkeen esiintyvää seksuaalista haluttomuutta, mutta väitteelle ei ole vielä luotettavaa näyttöä. Postmenopausaalisten naisten seksuaalisen halun virkistämiseen on etsitty vastausta myös testosteronihoidoista. (Brusila 2011, 24.)

3.4 Ikääntymissairauksien vaikutus seksuaalisuuteen

Ikääntyessä monet sairaudet yleistyvät ja haittaavat tai rajoittavat seksuaalitoimintoja. Vakava tai pitkäaikainen sairaus kuormittaa myös henkisesti, jolloin seksuaalisuuden jääminen taka-alalle on tavallista. Naisilla rintasyöpä ja gynekologiset syövät saattavat vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti. Myöhemmin elämän tasaannuttua seksuaalisuudellekin voi löytyä uusi sija, uusia ilmaisumuotoja ja jopa syvempi merkitys. Yhdyntäkeskeinen seksi saattaa vaikeutua esimerkiksi leikkauksen myötä ja ikääntyvillä korostuukin masturbaation rooli. (Brusila 2011, 25.)

Masennusta esiintyy 12-30 %:lla yli 64-vuotiaista. Masennukseen liittyy usein seksuaalisen mielenkiinnon hiipuminen, mutta myös masennuslääkkeiden tiedetään vähentävän sitä tai estävän orgasmin saamisen. Toisaalta lääkehoito voi myös parantaa mielialaa ja välillisesti lisätä halukkuutta. (Brusila 2011, 25.)

Neurologiset sairaudet vaikuttavat herkästi seksuaalitoimintoihin halukkuuden vähene-
misenä sekä tunto- ja toimintahäiriöinä. Kosketustunnon muutokset, tunnottomuus tai halvaus- ja spastisuusoireet sekä rakon toiminnan häiriöt luovat haasteita. Koska aivojen useat eri alueet osallistuvat seksuaalisuuden säätelyyn, ei yhden alueen vaurio onneksi estä seksuaalisuuden elpymistä toipumisen myötä. (Brusila 2011, 25.)

Monet neurologiset sairaudet ovat ikääntymissairauksia. Parkinsonin tautiin sairastutaan yleensä 60-70-vuotiaana. Parkinsonin taudissa halukkuus yleensä vähenee. Toisaalta taudin lääkehoito saattaa aiheuttaa myös satunnaista hyperseksuaalisuutta. Muistihäiriöitä esiintyy yli 65-vuotiaista joka kolmannella, vaikei kyse olisikaan puhjenneesta dementiaasta. Aivoinfarkteista kolme neljäsosaa tapahtuu eläkeikäisille. Aivohalvauksen jälkeen seksuaalinen kiinnostus vähenee ja orgasmin saavuttaminen vaikeutuu. Puheen tuottamisen ja itsensä ilmaisemisen vaikeuksista syntyy ymmärrettävästi kommunikatio-ongelmia myös intiimiin vuorovaikutukseen. (Brusila 2011, 25.)

Nivelrikkoo havaitaan yli 65-vuotiaista jo joka toisella. Pelkkä. Nämä potilaat voivatkin sopivan kipulääkityksen rinnalla hyötyä asentokokeiluista ja viime kädessä yhdynnän korvaavista muista läheisyyden muodoista. (Brusila 2011, 25.)

4 Aiemmat tutkimukset aiheesta 2010-luvulla

Ikääntymistä ja seksuaalisuutta on Suomessa sekä kansainvälisesti tutkittu, mutta monet laajatin tutkimukset ovat olleet yhdyntäkeskeisiä tai muuten kliinisiä (Väestöliitto 2015). Usein on myös painotettu vain hoitajien näkökulmaa. Oman selvitykseni pohjalta väitän, että Suomessa aiheen käsittelyä on tutkittu selvästi enemmän ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä kuin yliopistotasolla.

Hain aiempia tutkimuksia ikääntyvien seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä Finnan, Theseuksen, Medicin sekä Google Scholarin kautta. Käytin hakusanoina ikääntyvä, ikääntyvän, seksuaali*, seksuaalisuus*, sexuality, sexual health, elderly ja aging sekä näiden yhdistelmiä. Tutkimuksia ikääntyvistä, seksuaalisuudesta sekä hoitotyöstä löytyi tuhansia. Rajaamalla materiaalia 2010-luvulla teytyihin suomenkielisiin opinnäytetöihin, löysin kymmeniä seksuaalisuuteen ja ikääntymiseen liittyviä tutkimuksia, mutta lähes kaikki ikääntyvien seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä käsittelevät tutkimukset ovat hoitajalähtöisiä. Ikääntyvien ja vanhusten omaa ääntä ei juurikaan ole saatettu kuuluville. Myös englanninkielisiä, asiakaslähtöisiä tutkimuksia jäin kaipaamaan.

Kirjallisuuslähteitä olen käyttänyt runsaasti teorian pohjana ja niissä on ollut enemmän ajallista hajontaa. Vanhin lähdekirja on 90-luvulta, mutta sisältönsä on ajatonta. Olen pyrkinyt käyttämään hoitoalan asiantuntijoiden teoksia monipuolisesti ja valitsemaan mahdollisimman laadukasta ja neutraalia tutkimustietoa.

Vaikka ikääntyvän seksuaalisuus on yhteiskunnassamme vaiettu asia vielä 2010-luvullakin, olisi yksinkertaistavaa todeta, että ikääntyvien seksuaalisuuteen suhtauduttaisiin hoitotyön taholta kielteisesti: Yleisempää on, ettei aiheeseen suhtauduta lainkaan, eikä sitä edes tunnusteta. Kun fertiili-ikä on ohitettu, myös monet ikääntyvät saattavat itsekkin hävetä omaa seksuaalisuuttaan ja vältellä nautinnonhakuisuutta. Suuri osa ikääntyvien seksuaaliongelmista jääkin hoitojärjestelmän ulkopuolelle. (Aejmelaesus ym. 2007, 177.)

Torkkel (2018) on tutkinut ikääntyneiden seksuaalisuutta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa ikääntyneiden seksuaalisuudesta sekä keskustelua aiheesta ja vähentää aiheeseen liittyviä ennakkoluuloja. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, millainen asenneilmapiiri ikääntyneiden kanssa työskentelevien hoitajien keskuudessa vallitsee, sekä millaisia asenteita ja näkemyksiä hoitohenkilökunnalla on ikääntyneiden seksuaalisuuteen liittyen. Aineisto kerättiin puolijäsennetyllä kyselylomakkeella, jossa oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Tuloksista kävi ilmi, etteivät kaikki

vastanneet hoitajat pitäneen ikääntyneitä lainkaan seksuaalisina toimijoina, mutta suurin osa tunnusti ikääntyneille samat seksuaalioikeudet kuin muullekin väestölle ja useimmat työyhteisöt koettiin suvaitsevaisiksi.

Laitinen ja Poskiparta (2012) selvittivät opinnäytetyössään palvelutalossa asuvien ikääntyneiden tarvetta seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle hoito- ja palvelutilanteissa sekä käytännön neuvoille. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisesti strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli mahdollistettu myös avoimet vastaukset. Vastausprosentti oli 8,1. Vastaukset osoittivat, että puheeksi ottamiselle on tarve, mutta palvelutalot eivät vastanneet ikääntyneiden tarpeisiin. Suurin osa vastaajista koki, ettei seksuaalisuudesta puhuta tarpeeksi, jos lainkaan. Tutkimus on tarpeellinen ja onkin valitettavaa, että tutkimuksen vastausprosentti jäi heikoksi.

Irnin ja Wickmanin (2011) tutkimuskatsaus sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen vanhenemisesta ja palveluntarpeita koskevasta tutkimuksesta on tehty Seta ry:n, Mummo-laakso ry:n ja Suomen Karhut ry:n aloitteesta tiedotustoiminnan tueksi, yhteiskunnallisen keskustelun virittämiseksi ja lopulta sukupuolivähemmistöihin kuuluvien iäkkäiden ihmisten palvelutilanteen parantamiseksi. Se oli julkaisuhetkellään ensimmäinen suomenkielinen kooste seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen erityistarpeista ja kokemuksista. Yhdysvalloissa alan tutkimusta on julkaistu 1960-luvulta ja aiheeseen perehtyneiden tutkijoiden verkostoja on ollut olemassa jo 1970-luvulta lähtien. Se on ollut innoittajana monille muille tutkimuksille ja poikinut mm. johdannossa mainitsemani Henrik Heiskasen (2015) opinnäytetyön. Molemmissa yhteistyökumppanina on ollut Seta ry ja *Yhdenvertainen vanhuus* -projekti. Projektin ansiosta Seta ry:llä on tällä hetkellä myös vakiintunutta seniorityötä.

5 Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta. Tavoitteena on tuottaa tuoretta ja paikallista tietoa Kajaanin ammattikorkeakoulun käyttöön.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

Millaista tietoa ja tukea asiakas tarvitsee seksuaaliterveytensä ylläpitoon?

Miten puheeksi ottaminen toteutuu hoitotyössä?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi perusidea on tutkimusaiheena olevaan ilmiöön kohdistuvan ymmärryksen lisääminen. (Hirsjärvi & Hurme, 2001) Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Tähän liittyy ajatus, että todellisuus on moninainen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on usein induktiivisuus. Induktiivisessa päättelyssä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

6.2 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen alueella on käytössä runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Yksi monista on teemahaastattelu ja tätä menetelmää hyödynsin itsekin tutkimuksessani. Koska aiheena on seksuaalisuus, esim. lomake- tai puhelinhaastattelu ei tuntunut tarpeeksi intiimiltä. Haastateltava oli tavattava kasvokkain ja aiheelle oli annettava aikaa sekä tilaa polveilla. Haastateltava sai itse valita paikan haastattelulle ja näin tilanteesta luotiin turvallinen ja luottamuksellinen. Yksilöhaastattelut sopivat aineistonkeruumenetelmäksi erityisesti silloin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen eikä tutkimukseen osallistuva kenties halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 36.) Aiheen takia esim. 6-3-5-tekniikkaa ei voitu soveltaa.

Aineisto tutkimukseen kerättiin yksityishenkilöiltä, jotka täyttivät tietyt tutkimuksen rajamiseen liittyvät kriteerit. Ohjaavan opettajan ehdotuksesta päädyin tyytymään neljään haastateltavaan, vaikka oma toiveeni oli haastatella huomattavasti suurempaa joukkoa. Haastattelun teemat (Liite 1) testattiin ensin pilottihenkilöllä. Testin perusteella teemoittelu oli toimiva, joten en muokannut sitä lainkaan. Tutkimukseen osallistuvien tuli olla kognitiivisesti toimintakykyisiä, koska mm. muistisairaudet olisivat saattaneet vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Pois rajattiin myös vakavat psykiatriset sairaudet, kuten skitsofrenia. Haastateltavien tuli myös asua muualla kuin laitoksessa ja käyttää säännöllisesti terveydenhuollon palveluita, jotta omista kokemuksistaan pystyi kertomaan haastatteluissa. Ikähaa-

rukaksi asetin 60-65-vuotiaat, koska menopaussin jälkeen kiinnostus naisen seksuaaliterveyttä kohtaan usein vähenee ammatillisesti, muuttuu ongelmakeskeisemmäksi ja myös puheeksi ottaminen vaikeutuu sekä ammattilaisen että asiakkaan aloitteesta.

Vapaaehtoisia yksityishenkilöitä etsin ensisijaisesti kainuulaisista potilasyhdistyksistä ja muista naisvaltaisista yhdistyksistä. Toiveena oli päästä markkinoimaan tutkimusta suoraan yhdistysten edustajille ja saada sitoutettua heidät. Luettuani aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, olin vakuuttunut markkinoinnin tärkeydestä kasvotusten. Suunnitelmani ei kuitenkaan toteutunut, koska en saanut lainkaan yhteydenottoja. Aikatauluni petti ja aloin olla jo huolissani opintojeni etenemisestä. Lopulta laitoin avoimen ilmoituksen (Liite 2) erääseen Facebookin paikallisryhmään ja tavoitin toivomani neljä haastateltavaa. Lisäksi haastattelin haastattelurunkoa testatakseni pilottihenkilöä, joka ei kuitenkaan ikänsä takia sopinut viralliseen otantaan.

Haastattelut toteutettiin tammikuussa 2019 haastateltavien kodeissa sekä koulullamme. Tilat ja tilanteet oli rauhoitettu muilta ihmisiltä. Haastattelut äänitettiin puhelimella ja tallennettiin omalle tietokoneelleni. Alun perin tarkoituksena oli tallentaa kaikki materiaali IDA-palveluun, mutta luovuin suunnitelmastani vain yhden haastateltavan annettua tallentamiseen luvan.

6.3 Teemahaastattelu

Teemahaastattelulla tarkoitetaan usein puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, johon tässäkin opinnäytetyössä on päädytty (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Menetelmän juuret ovat 50-luvulla ja sen ominaispiirteiksi kuvataan haastateltavien yhteistä kokemusta tietyistä tilanteista sekä tutkijan tekemän esityön tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36).

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Kysymyksillä ei ole tarkkaa järjestystä tai muotoa. Ennalta on päätetty vain teemat ja tämä tekee teemahaastattelusta vapaamuotoisemman. Tämä myös vapauttaa haastattelun tutkijan näkökulmasta, joten tutkittavan ääni tulee paremmin kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.)

Koska haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, niihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Tämän ansiosta haastateltava itse määrää keskustelun suunnan. Etuna teema-

haastattelussa on se, että haastattelija voi samalla havainnoida sen luotettavuutta haastateltavan ilmeistä ja eleistä. (Routio 2006, 64.) Ihmisten tulkinnat tutkittavasta asiasta ja heidän antamansa merkitys niihin ovat keskeisiä teemahaastattelussa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48).

6.4 Analyysivaihe

Haastatteluaineiston analysoinnin ensimmäinen vaihe on tekstiksi muuttaminen eli litterointi. Litterointi on aikaa vievää, mutta ajattelin sen olevan toimiva ratkaisu, koska näin aineistoa ei tarvitse hahmottaa pelkällä äänitallenteella. Analyysivaiheessa on tietenkin hyvä kuunnella myös alkuperäisiä äänitallenteita, jotta välttyttäisiin olettamuksilta.

Haastattelun litteroinnin tein Word-ohjelmalla. Huomasin toisen haastateltavan kohdalla, että litterointi oli järkevintä tehdä pian haastattelun jälkeen, jotta omaa muistiakin pystyi hyödyntämään parhaiten ja jotta oma mielenkiinto säilyi. Huomasin myös, että 334 minuuttia äänitettyä materiaalia tulee olemaan valtava urakka kirjoittaa sanasta sanaan. Tein litteroinnin yksin ja jouduin käymään samoja kohtia useita kertoja läpi. Litteroinnissa kirjoitin kaiken mitä haastateltava ja minä itse puhuimme, mutta jätin pois naurahdukset ja muut ylimääräiset äänet. Litteroitua aineistoa kertyi 96 sivua.

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin ja se on kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa usein erittäin haasteellista (Hirsjärvi ym. 2009, 219). Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä. Sisällönanalyysi on perinteinen menetelmä, jonka avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sitä on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa. Sisällönanalyysilla voidaan esittää tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet sekä tiivistää aineistoa. Sisällönanalyysin tavoitteena on siis ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. Sisällönanalyysilla on monia vahvuuksia, kuten sisällöllinen sensitiivisyys sekä tutkimusasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. Induktiivisessa sisällönanalyysissa sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivinen lähtökohta sopii myös omaan tutkimukseeni, koska aikaisempi tieto on vähäistä ja hajanaista. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan oma kokonaisuutensa ja analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana tai lause. Analyysiyksikkö määritetään yleensä tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Aineiston analyysi etenee pelkistämällä ja ryhmittelemällä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Aineisto luetaan läpi useita kertoja, jonka

jälkeen sitä aletaan pelkistämään. Pelkistämässä aineistosta poimitaan tutkimuskysymyksiin tai haastattelurunkoa vastaavia ilmaisuja ja ne kirjataan sanatarkasti ylös. Pelkistetyistä ilmaisuista koostetaan lista, josta niitä seuraavaksi aletaan ryhmittelemään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123.)

Työssäni koodaus toteutui alleviivaamalla aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset, jonka jälkeen ne kirjoitettiin koneelle. Kirjoitetut ilmaukset pelkistettiin lyhyempään muotoon listoiksi. Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ilmaisut jaoteltiin kategorioihin siten, että samaa tarkoittavat yhdistettiin omaan kategoriaansa ja annettiin tälle kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelyssä käytin apuna erilaisia korostusvärejä, jolloin samantyyppiset ilmaukset yhdistyivät samaan kategoriaan. Analyysi eteni abstrahoidulla eli yhdistämällä saman sisältöisiä kategorioita toisiinsa alakategorioiksi ja muodostamalla niistä yläkategorioita. Tätä jatkettiin niin kauan kuin se oli mielekästä ja mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-127.) Analysoinnin jälkeen tuloksia pohdittiin ja niistä tehtiin johtopäätöksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 220). Esimerkit analyysin vaiheista liitteinä (Liitteet 3-5).

7 Tulokset

Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymysten kautta. Kursivoitu teksti on suoraa sitaattia litteroidusta materiaalista.

Kaikki neljä haastateltavaa saavutettiin Facebookin kautta. Heitä yhdistäviä tekijöitä olivat Kajaani asuinkuntana sekä jokin säännöllisen hoitosuhteen vaativa perussairaus tai vamma. Iältään he olivat tutkimushetkellä 60-65-vuotiaita.

Pääluokkina toimivat tutkimuskysymyksen mukaiset teemat eli puheeksi ottaminen, henkinen tuki, tiedollinen tuki ja sosiaalinen tuki. Yläluokiksi muodostuivat mukana eläminen, läsnäolo, rohkaiseminen, vuorovaikutus, voimavarojen tukeminen, ammattilaiselta saatu tuki sekä ammattilaiselta saadun tuen puute.

7.1 Henkinen tuki

Haastatteluissa haastateltavat kuvailivat mitä henkinen tukeminen ylipäänsä heille tarkoittaa. Haastateltavat määrittelivät henkisen tuen liittyvän fyysiseen läsnäoloon, kohtaamiseen, voimavarojen tunnistamiseen ja tukemiseen sekä kannustamiseen. Kohtaaminen sisältää haastateltavien käsityksiä ja kokemuksia kuulluksi tulemisesta ja keskustelun tärkeydestä henkisen tuen muotoina. Kuulluksi tulemistä kuvailtiin mahdollisuutena puhua ja purkaa tunteita. Tunteiden purkamisen kuulijana saattoi olla hoitotyön ammattilainen, omainen tai läheinen ystävä. Vuorovaikutuksessa koettiin merkitykselliseksi näkökulman saaminen toiselta ihmiseltä ja kokemusten jakaminen erityisesti vertaistuetuna.

Haastatteluvastauksissa yhtenä erittäin olennaisena vuorovaikutustilanteen osana pidettiin itsensä tuntemista oman elämänsä pääroolina. Joskus pelkkä läsnäolo saattoi riittää ilmaisemaan henkistä tukea. Läsnäolossa pidettiin tärkeänä, että tukea oli saatavilla läheltä ja tarvittaessa hyvinkin lyhyellä varoitusaajalla. Yksin jääminen tuoreen diagnoosin tai muiden takaiskujen kanssa koettiin raskaana ylipäänsä.

Voimavarojen tukeminen ilmeni haastatteluissa tukena, joka auttoi jaksamaan henkisesti raskaassa arjessa tai muutoksessa. Henkistä tukea kuvailtiin tueksi, joka auttaa oman

tilanteen käsittelemistä ja ymmärtämistä. Voimavaroja voitiin tukea muun muassa saamalla tietoa tulevaisuuden näkymistä tai esimerkiksi apuvälineistä ja terapeuttisista mahdollisuuksista.

”Silloin ku se syöpä todettiin, mä olin vailla lukuja. Mun piti saada tietää, että kuinka moni selviää vuosittain. Aikani niitä tutkin, kunnes mun terapeutti ehdotti vertaistukiryhmää. Sen kautta sitten vasta tajusin, että ei tää peli ehkä vielä oo pelattu.”

”Se Kelan antama tieto siitä kuntoutuksesta oli tosi tarpeellinen. Eniten mä kaipasin kyllä säännöllistä keskusteluapua. Ja sain sitäkin lopulta. Ku aluksi tuntu siltä, että pää ei kestä sitä avuttomuuden tunnetta. Että voinko mä esimerkiksi enää lähteä itekseni reisuun ulkomaille.”

Ammattihenkilöstöltä saatu tuki ja tuen puute tuli haastatteluissa ilmi useita kertoja. Ammattilaisilta saatu henkinen tuki oli jaksamisen ja voinnin tiedustelua, keskustelutarpeen tiedustelua sekä toivon vahvistamista. Haastatteluissa tuotiin kuitenkin esille kokemus, että hoitohenkilöt kiinnittivät liian harvoin huomiota kokonaisuuteen. Myönteiseksi koettiin se, kun hoitohenkilökunnan kanssa pystyi vapaasti keskustelemaan ja hoitoyhteisöstä välittyi positiivinen ilmapiiri. Haastatteluissa kävi ilmi, että pariskunnille yhteistä henkistä tukea oli harvoin tarjolla.

Lähes jokaisella haastateltavista oli negatiivisia kokemuksia hoitohenkilökunnan asiantuntijuudesta ja vuorovaikutustaidoista. Vastauksista nousi esiin, että hoitosuhteen aikana kohdattiin toisinaan hoitajia, joilla tiedot ja taidot seksuaaliterveyden huomioimisesta olivat puutteellisia. Eräs haastateltavista oli kohdannut ammattilaisia, jotka olivat kommentoineet esimerkiksi potilaan ulkoista olemusta tai seksuaalista toimintaa epäasiallisesti. Asiattoman käytöksen arvioitiin johtuvan resurssipulasta, mutta myös asennevammoista.

”Kyllä mä olisin silloin kaivannut semmosta säännöllisempää keskusteluapua. Kun kroppa ei tuntunu omalta ja... puoliso oli silloin jotenki niin sokissa, että ei sen kanssa voinu puhua näistä jutuista.”

”Aivan ihana oli se nuori tyttö, siellä osastolla. Hän oli jotenki semmonen vanha sielu. Tosi hyvin otti kaiken haltuun ja varmisteli aina, että onko mulla mitään kysyttävää.”

7.2 Sosiaalinen tuki

Lähes kaikki haastateltavat korostivat oman kumppanin antaman tuen merkitystä. Puolisot ja kumppanit olivat läsnä sekä kotona että vastaanotoilla ja osastoilla. Tuki oli merkittävää niissä parisuhteissa, joissa puolison koettiin suhtautuvan sairauteen tai vammaan toivotulla tavalla. Haastatteluista ilmeni myös ystävien suuri rooli henkisen tuen antajina. Ystävät auttoivat kuuntelemalla, läsnäololla ja osallistumalla muun muassa lääkärikäynneille. Seksuaaliterveydestä keskusteleminen ystävien kanssa oli merkitykseltään lähes yhtä suurta kuin puolison kanssa.

”Vaikka koin saaneeni silloin apua sieltä turvatalolta, nii kyllä mun sisko oli vähintään yhtä suuri tukipilari. Se sai mut pitämään pääni, enkä enää palannu kotiin.”

”Kun on kuitenkin jo 30 vuotta toisen kanssa ollut, niin tuntuisi jotenkin tosi väärältä salailta asioita. Kaikki ollaan jaettu, sekä somaattiset että psykiatriset haasteet.”

7.3 Tiedollinen tuki

Haastateltavat kokivat tiedollisen tuen sisältyvän usein henkiseen tukemiseen. Haastatteluissa kävi ilmi, että tiedonjano varsinkin uuden diagnoosin tultua on valtava. Haastateltavat kaipasivat ammattilaisilta luotettavaa tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Sähköiset tietolähteet koettiin luotettaviksi, mutta moni kaipasi inhimillisyyttä tiedonantoon. Haastateltavat olisivat halunneet konkreettista tietoa muun muassa lääkitysten haittoista. Toivottiin tietoa muun muassa siitä, miten lääkitysten haittoja pystyi minimoimaan ja millaisia oikeuksia ja mahdollisuuksia erilaisiin hoitoihin on. Kaivattiin tietoa, joka auttaisi sopeutumaan henkisesti vaativassa tilanteessa.

”Lääkehoidon alussa mulla ei ollut mitään erityisiä tunteja. Mutta sitten yhtäkkiä alkoi se turvotus. Yritä siinä sitte olla jotenki viehättävä ja seksuaalinen, ku näytät ilmalaivalta.”

Tietoa kaivattiin myös henkisen tuen muodoista ja saantimahdollisuuksista.

”Niinku tossa aiemmin vähän sivusinki asiaa, niin kyllä sitä psykiatrista jutteluapua olisi tarvinnut. Mutta en osannu pyytää ajoissa.”

Haastateltavat toivoivat ammattilaisilta ohjausta avun hakemiseen, koska itsellä siihen ei välttämättä ollut voimavaroja. Hoitohenkilöiltä kaivattiin myös herkkyyttä nähdä vastaanotolla tai osastolla vierailevan omaisen avun tarve.

”Nooh, emmä oikeastaan ite tarvinnut silloin apua, mutta puolisolle olisin halunnut. Se kävi päivittäin mua kattomassa, mutta kukaan muu ei kai huomannut sen riutunutta ja itkuista olemusta. Tai ei halunnu puuttua.”

8 Johtopäätökset

Tutkimustulokset tulee suhteuttaa tutkimuksen taustatietoihin ja lähtökohtiin. Samalla verrataan saatuja tuloksia tutkimuskysymyksiin sekä mahdollisesti tehtyihin olettamuksiin ja hypoteeseihin. Näillä keinoin tutkija pohtii saamiensa tulosten merkittävyyttä, niistä heränneitä näkökulmia ja arvioi tulosten käytettävyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 263 - 265.) Päädyin esittämään johtopäätökset tutkimuskysymysten kautta kahdessa osassa.

Tutkimuksen otanta on hyvin pieni ja paikallinen, mutta johtopäätöksenä voitaneen sanoa, että seksuaaliterveyden puheeksi ottaminen toteutuu ammattilaisen aloitteesta liian harvoin. Tiettyjen teemojen toistuminen aineistossa kertoo siitä, että useat vastaajista kokivat ammattilaisten olevan liian vaitonaisia ja jopa välttelevän aihetta. Koska aiempia tämän kaltaisia tutkimuksia ei ole, kattavaa vertailupohjaakaan on mahdotonta löytää. Mirja Laitisen ja Kaisa Poskiparran (2012) sekä Henrik Heiskasen (2015) opinnäytetyöt käsittelevät ikääntyvien seksuaalisuutta ja palvelutarpeita, mutta eivät ole rinnastettavissa omiin tutkimustuloksiini.

Asiakkaan tiedon ja tuen tarve seksuaaliterveytensä ylläpitoon oli moninaista ja sitä haluttiin sekä tarvittiin sairauden tai vammautumisen kaikissa vaiheissa. Tuen tarve oli sekä tiedollista, sosiaalista, että henkistä. Yleisimmät ja haastatteluissa toistuvat haasteet oman seksuaaliterveyden ylläpidossa tai parantamisessa liittyivät puolison tai seksikumppanin kanssa koettuihin kommunikaatio-ongelmiin, oman kehon toimintakyvyn heikentymiseen sekä lääkehoidon sivuvaikutuksiin.

Lähes kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitotyön ammattilaisia tulisi kouluttaa kohtaamaan ja puheeksi ottamaan seksuaaliterveyteen liittyvät teemat nykyistä paremmin.

9 Pohdinta

Terveystenhoitotyö ja ihmisen toimintakyvyn ylläpito on kiinnostanut minua jo kauan ennen opintojani. Erityisesti seksuaaliterveys on ollut kiehtova osa-alue ja siihen liittyviin pulmiin olen törmännyt jo entisissä työtehtävissäni kehitysvammahuollossa sekä vammaispalveluissa. Monet asiakkaani tuolloin olivat ikääntyviä ja vanhuksia ja huomasin esim. asiakas- ja palvelusuunnitelmia käsitellessäni, ettei heidän seksuaalisuuttaan huomioitu edes muodollisesti. Seksuaalisuutta ei otettu puheeksi edes lääkärikäynneillä, sairauden tai vamman luonteesta riippumatta.

Henkilökohtaiset avustajat ovat usein kouluttamattomia ja hyvin nuoria ja heidän vaihtuvuutensa on suurta. Avustettavan saattaa olla vaikeaa pyytää apua esim. intiimihygieniassa, jos avustaja on tuntematon ummikko. Kun aloitin avustajana vuonna 2010, olin itsekin täysin kokematon. Tiedonjano oli kuitenkin kova ja pyrin kehittämään ammattitaitoani jatkuvasti. Opiskelin omalla ajallani sosiaalityötä ja alan lainsäädäntöä.

Näistä huomioista ja pohdinnoista johtuen hain neljä vuotta sitten opiskelemaan Kajaanin ammattikorkeakouluun ja tiedonjano on vain kasvanut. Olen saanut lisää vahvistusta sille, että hyvinvoinnin edistäminen on kutsumukseni. Ohjattujen harjoitteluiden myötä olen saanut valitettavasti myös tukea sille päätelmälleni, että ikääntyminen ja seksuaalisuus eivät ole edes hoitotyössä vakavasti otettava teema. Ikääntyvien seksuaalisuutta ei oteta puheeksi kuin pakon edessä ja tilannetta värittää kiusallisuus.

Vaikka ikääntyvien toimintakyky yhteiskunnassamme on parantunut, on se valitettavasti edelleen sosioekonomiseen asemaan sidoksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15). Tulevana terveydenhoitajana myös minulla on velvollisuus edistää tasa-arvoa ja hoidon saatavuutta kaikissa väestöryhmissä ja taata mm. pienituloiselle ikääntyvälle asiakaslähäinen ja kokonaisvaltainen hoitosuhde. Toivon tämän opinnäytetyön madaltavan kynnystä ottaa seksuaalisuus puheeksi ikääntyvien ja vanhusten kanssa sekä parantavan seksuaaliterveyden huomioimista myös laitoshoidossa. Näen mahdollisuutena, että tulevat hoitotyön opiskelijat tarttuvat samaan aiheeseen ja laajentavat haastatteluita muihin maakuntiin. Aihe on ajaton, mutta myös erittäin ajankohtainen suurten ikäluokkien vanhe-
tessa.

9.1 Onnistumisen arviointi

Onnistumisen olennaisimpana edellytyksenä oli saada haastatteluun motivoituneita vapaaehtoisia, jotka täyttivät etukäteen määritellyt otannan kriteerit. Oli tärkeää, että haastateltavat ymmärsivät tutkimuksen luonteen ja halusivat edistää opinnäytetyöprosessiani. Omalta osaltani panostin markkinointiin ja loin tutkimuksestani ja itsestäni helposti lähestyttävän.

Tutkimukseni voidaan luokitella onnistuneeksi, koska sain jokaisesta haastattelustani vastauksia tutkimuskysymyksiini. Olin kuitenkin liian kunnianhimoinen ajanhallintasuunnitelmani suhteen. Kaikki tarvittavat haastattelut halusin tehdä joulukuuhun mennessä, mutta en onnistunut pitämään kiinni aikaresursseistani. Myös litterointi oli odotettua suurempi haaste. Litteroidusta tekstistä suurin osa oli tutkimuskysymysten kannalta ylimääräistä materiaalia ja se vaikeutti analysointia. Haastatteluiden laajuus oli kuitenkin välttämätöntä asiakkaaseen tutustumisen kannalta.

9.2 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä sekä siirrettävyydellä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla haastateltavien kanssa prosessin eri vaiheissa ja heitä pyydetään arvioimaan tuloksia. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimuspäiväkirjan pitämistä. Kirjaamisen merkitys korostuu laadullisessa tutkimuksessa, koska pohjana on usein tutkimuksen edetessä tarkentuva avoin suunnitelma. Refleksiivisyys edellyttää tutkijan oman aseman ja taustojen hahmottamista. Tutkijan on voitava arvioida vaikutuksensa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset ovat sovellettavissa myös muihin tutkimuskohteisiin. Siirrettävyydellä viitataan siis käytettävyyteen myös muissa tutkimusympäristöissä. Siirrettävyyden takaamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, haastateltavien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen luotettavuutta tukevat edellä mainittujen keinojen käytön lisäksi vapaaehtoisuus, otannan koko, anonymiteetti ja ”matalan kynnyksen” yhteydenpito. Tapasin kaikki potentiaaliset haastateltavat kasvokkain ja sitoutuminen haastatteluun tapahtui vasta allekirjoituksen myötä. Opinnäytetyön uskottavuutta olisi lisännyt, jos haastateltaville olisi annettu mahdollisuus lukea ja kommentoida tuloksia ennen niiden julkaisua. Tähän ei kuitenkaan ajanpuutteen vuoksi ryhdytty.

9.3 Eettisyys

Tutkimuseettiset normit eivät sido tutkijaa laillisesti, mutta ne velvoittavat jopa terveydenhoitajaopiskelijaa ammatillisesti. Normit ohjaavat tutkimusprosessia, mutta myös ilmaisevat niitä arvoja, joihin tutkijoiden toivotaan ja uskotaan sitoutuvan. Ihmistieteiden eettiset normit perustuvat yleensä neljään periaatteeseen: hyötyperiaatteeseen, autonomian kunnioittamiseen, vahingon välttämiseen sekä oikeudenmukaisuuteen. (Kuula 2006, 58-59.)

Sairaanhoitajan ammattietiikka on omassa toiminnassani itsestänselvyys ja mukana jokaisessa hoitotyöhön liittyvässä kohtaamisessa ja toimenpiteessä. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet (Etene) ohjaavat toimintaani myös tässä tutkimuksessa:

”Sairaanhoitajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämistä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta” (Sairaanhoitajat, 1996).

Oman tutkimukseni eettisyyttä konkreettisesti edistivät suostumusasiakirjan (Liite 6) allekirjoittaminen jokaisen haastateltavan kanssa, antamalla haastateltaville tarpeeksi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta, aikataulusta sekä menetelmistä ja noudattamalla huolellisuutta tutkimusaineiston käsittelyssä. Haastateltavien itsemääräämisoikeus meni kaiken edelle ja tutkimukseen osallistumisen on voinut perua missä tahansa vaiheessa. Tämä on kerrottu heille sekä suullisesti että kirjallisesti. Aineistohallintasuunnitelmassa (Liite 7) on kerrottu tarkemmin aineiston säilyttämisestä.

9.4 Ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen (2015) sairaanhoitajan ammatilliseen ammattipätevyysdirektiivin perustuen, tämä opinnäytetyö tukee pätevoitymistäni ja osaamiseni kehittymistä monelta kannalta.

Osaan lukea ja arvioida tieteellisiä julkaisuja kriittisesti. Tämän opinnäytetyön edetessä olen harjaantunut myös tiedonhaussa. Ymmärrän NPT:n käsitteen ja merkityksen alalani. Ymmärrän yhteiskuntapoliittiset yhteydet terveyteen ja toimintakykyyn mm. taloudellisista lähtökohdista. Hahmotan palvelujärjestelmän heikkoudet ja vahvuudet. Pidän itseni ajan tasalla kansallisista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä, jotta oma toimintani olisi mahdollisimman eettistä. Tunnistan sosioekonomisen aseman vaikutukset väestön terveyserojen taustalla. Tutkimukseni edetessä vaitiolovelvollisuus sekä velvollisuus suojella aineistoa korostuivat. Tietoturvariskit huomioitiin ja niihin suhtauduttiin vakavasti.

Eettisyyttä olen käsitellyt omassa kappaleessaan. Johtamisen ja yrittäjyyden kompetenssit tulevat tässä tutkimusprosessissa ilmi oman toiminnan johtamisessa sekä kriittisessä reflektoinnissa. Kliinisten kompetenssien yhdistäminen tutkimukseeni oli ehkä vaativinta. Osaan tukea ikääntyvän ja työikäisen ihmisen terveyttä ja toimintakykyä sekä sen säilyttämistä. Osaan arvioida asiakkaan voimavaroja ja edistää hyvinvointia.

Koko tutkimuksen punaisena lankana on tuoda esille asiakkaiden ja potilaiden omat kokemukset ja niitä tulkitsemalla kehittää terveydenhoitotyötä. Palvelujärjestelmän kehittäminen vaatii käyttäjiensä osallisuutta (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 62). Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tutkimukseni edistää haastateltavan oman elämän asiantuntijuutta. Asiakkaan kokemuksilleen antamat merkitykset huomioidaan erityisellä pietteillä. Asiakkaan henkilökohtaiset, tilannesidonnaiset ja terveydelliset tekijät ovat haastattelun keskiössä. (Eriksson ym. 2015, 36.)

9.5 Jatkotutkimusaiheet

Jo aiheanalyysivaiheessa oli tutkimuksen tilaajan kanssa pohdintaa siitä, miten valmista opinnäytetyötäni voisi lopulta hyödyntää uuden tiedon hankinnassa. Tulevaisuudessa samalla haastattelurungolla voidaan esimerkiksi tehdä haastatteluita eri ikäryhmille tai

miehille. Runkoa hieman muokkaamalla, seksuaaliterveyden sijaan voitaisiin selvittää esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyvää puheeksi ottamista. Laitoksessa asuvan muistisairaana asiakkaan seksuaaliterveyden puheeksi ottamista voisi tutkia myös omaisten näkökulmasta lisää. Myös haastatteluiden otantaa olisi hyvä saada jatkotutkimuksessa kasvatettua, mutta toisaalta litteroitavaa materiaalia ei soisi olevan niin paljon kuin tässä tutkimuksessa, ellei työryhmässä ole useampia tutkijoita.

Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto K. & Pohjola, L. (2007). Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. (2010). Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Brusila, P. (2011). Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. Lääkäri-lehti 35, 24-25.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. (2015) Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Saatavilla 29.5.2018. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Eskelinen, S. & Joutsen, H. (2014). Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen hoitotyössä. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014112817323>
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) (2002) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.
- Heiskanen, H. (2015) Kvalitatiivinen tutkimus ikääntyneiden homomiesten terveystalveiden tarpeista. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201504285338>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009) Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2002) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1995) Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

- Irni, S. & Wickman, J. (2011). Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet. Seta-julkaisuja 20. Keuruu: Otava.
- Jämsén, A. (toim.) (2013). Ikäosaava yritys. Ikäosaamista pohjoiskarjalaiseen asiakaspalveluun. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B10. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-275-081-5>
- Kankkunen, P. & Julkunen-Vehviläinen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. (2015) Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, R. (2016) Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>
- Kuula, A. (2007). Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007) Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laitinen, M. & Poskiparta, K. (2012) Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Ikääntyneiden näkemyksiä. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu: Vanhustyön koulutusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012120317813>
- Lindström, J. (2013) Seksuaalisuus ja ikääntyminen – kyselytutkimus ikääntyneiden seksuaalisuuden huomioimisesta tehostetun palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu: Sosiaalialan koulutusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302172374>
- Maailman terveysjärjestö (2006) Määritelmä seksuaalisuudesta. Saatavilla 9.5.2018 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Routio, P. (2006) Tuotetiede - tuotteiden kehittämistä avustava tutkimus. Saatavilla 12.5.2018 <http://www.uiah.fi/projekti/metodi/kirja.pdf>

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

Sairaanhoitajat (1996) Ammatillinen kehittyminen. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 28.5.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. <http://urn.fi/URN:ISBN:fi-fe201504223250.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Suomalaisen kirjallisuuden seura (2018) Äänitysohjeita haastattelua varten. Saatavilla 29.5.2018 <https://www.finlit.fi/fi/arkisto-ja-kirjastopalvelut/hankinta-ja-kokoelmapolitiikka/luovutukset/arkistoaineiston-luovutus-j-0#.Ww0nv94zZPY>

Tilastokeskus (2019) Väestön ikärakenne. Saatavilla 11.5.2019 tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#väestönikärakenne31.12.

Torkkel, R. (2018) Ikääntyneiden seksuaalisuus hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Oppinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu: Sosiaalialan koulutusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805158354>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtonen, S. & Hakola, S. (2014) Haluaisin pystyä kertomaan: sateenkaariseniorit ikääntyneille suunnattujen palveluiden asiakkaina. Seta-julkaisuja 26. Helsinki: Otava.

Väestöliitto (2006) Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Saatavilla 20.5.2018 <http://docplayer.fi/115276-Vaestoliiton-seksuaaliterveyspoliittinen-ohjelma-isbn-951-9450-30-0-nid-isbn-951-9450-33-5-pdf.html>

Väestöliitto (2015) FINSEX. Yhdyntätrendit. Saatavilla 25.3.2019 http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-yhdyntatrendit/

Liite 1 Haastattelun teemat

Kokemukset ylipäänsä. Millaisia kokemuksia Sinulla on kunnallisesta tai yksityisestä terveydenhuollosta?

Puheeksi ottaminen. Oletko koskaan puhunut seksuaaliterveydestäsi ammattilaisen kanssa? Millaisissa yhteyksissä keskustelua on käyty?

Tilanteiden luontevuus. Miten koit tilanteet? Olivatko ne luontevia tai kiusallisia? Mikäli et ole koskaan keskustellut aiheesta, onko tähän jokin syy?

Toiveet ja odotukset. Mitä olisit toivonut kohtaamisilta?

Liite 2 Julkinen hakuilmoitus Facebook-palvelussa

**Heidi Manner** ▶ Kainuun ilmoitustaulu

30. joulukuuta 2018 · 🌐

Hei!

Olen 4. vuoden terveydenhoitajaopiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Etsin haastateltavia opinnäytetyötäni varten, jonka tilaajana toimii oma oppilaitoksemme.

Haastateltavien tulee olla 60-65-vuotiaita naisia, joilla on jokin perussairaus ja säännöllisiä käyntejä joko yksityisen tai kunnallisen terveydenhuollon vastaanotoilla. Esteenä tutkimukseen osallistumiselle ovat etenevät muistisairaudet sekä vakavat mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat.

Haastatteluissa ja niiden tallentamisessa noudatetaan ehdotonta vaitiolo- ja salassapitovelvollisuutta sekä eettistä tutkimustapaa. Haastateltavalla on oikeus perua osallistumisensa kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Haastattelut toteutetaan Kajaanissa tammikuun aikana.

Mikäli haluat kehittää terveydenhoitotyön opetusta ja voisit antaa aikaasi noin kaksi tuntia henkilökohtaiseen teemahaastatteluun, ota toki yhteyttä sähköpostitse tai FB-Messengerin kautta. Annan myös mielelläni lisätietoa yksityiskohdista.

Ystävällisin terveisin,

Heidi Manner

s-posti: heidimanner1@kamk.fi

Maarit Väyrynen ja 10 muuta

8 kommenttia 11 jakoa

Tykkää

Kommentti

Jaa

Liite 3 Esimerkkikaavio aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä

<p><i>"Ehkä semmonen tilannetaju on ollut joskus hukassa. Että kun oon ite alalla, niin tiedän muka automaattisesti kaiken syövästä. Kyllä mulle tuli yllätyksenä se kaikki pahoinvointi ja iho- ja limakalvo-muutokset sitten kuitenkin."</i></p>	<p>Tilannetajuttomuus Vastuun siirtäminen potilaalle Olettaminen</p>
<p><i>"Parasta apua oon saanu turvakodissa, kun olin sinne sen eksäni takia joutunut. Todella perusteellista, todella empaattista. Mulle oli tehty tosi hirveitä asioita, mutta sen hoitajan edessä mua ei hävetänyt olla heikko. Kaikesta pysty puhumaan."</i></p>	<p>Kokonaisvaltainen hoitotyö Mukana eläminen Heikkouden tunnustaminen Puhumisen helppous</p>
<p><i>"Oli hirveän huonosti järjestetty Oulussa kuntoutus. Mun mielestä kuntoutuksen periaate ei oo se paperitieto. Kaikki se paperitieto, mä olin jo käynyt ne läpi. Olin halunnu vaikka käydä uimassa."</i></p>	<p>Kuntoutukseen pettyminen Omat toiveet</p>

Liite 4 Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä

Tilannetajuttomuus Vastuun siirtäminen potilaalle Olettaminen	Epäonnistunut kohtaaminen
Kokonaisvaltainen hoitotyö Mukana eläminen Puhumisen helppous	Empatia

Liite 5 Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Empatia Avoimuus Luottamus	Mukana eläminen	Henkinen tukeminen
Koskettaminen Kuunteleminen Puhuminen	Läsnäolo	
Tunteiden salliminen Kannustaminen	Rohkaiseminen	

Liite 6 Tutkittavan suostumusasiakirja

TUTKITTAVAN SUOSTUMUSASIAKIRJA

Minua on pyydetty osallistumaan *Ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta* -tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa ikääntyvien naisten kokemuksia seksuaaliterveyden puheeksi ottamisesta ja hyödyntää tätä tietoa Kajaanin ammattikorkeakoulun opetuksessa. Tutkimus on terveydenhoitajaopiskelija Heidi Mannerin opinnäytetyö. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä tutkimukseen osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimus tai peruuttaa suostumukseni. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeyty jostain muusta syystä, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa. Tiedän, että minusta kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua tai arkistoidaan suostumukseni mukaan.

Tietoni saa arkistoida IDA-säilytyspalveluun	Kyllä	Ei
Suostun osallistumaan tutkimukseen	Kyllä	Ei

Paikka _____ Aika _____

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkimuksesta vastaavan henkilön/suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2) kappaletta, joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 7 Aineistonhallintasuunnitelma

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Tutkimusaineisto koostuu nauhoitetuista yksilöhaastatteluista. Menetelmänä on avoin teemahaastattelu.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Jokaisesta äänitiedostosta ja sillä olevasta haastattelusta kirjataan perustiedot tutkijan puhelimeen ja tietokoneelle. Perustietoja ovat haastateltavan ikä ja etunimi. Näin äänite voidaan identifioida ja arkistoida sekä saadaan tutkimuksen kannalta olennaiset taustatiedot. Tutkimuksen luonne ei vaadi tarkempia henkilötietoja. Aineiston dokumentoinnin laatu varmistetaan irtomikrofonilla ja perusteellisilla esivalmisteluilla kuten rauhallisen paikan takaamisella. (Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2018.)

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Aineiston äänitteet ja kirjalliset muistiinpanot tallennetaan puhelimeen ja myöhemmin tutkijan omalle tietokoneelle. Puhelimen ja tietokoneen tietoturva päivitetään säännöllisesti. Puhelinta ei voi käyttää kukaan ulkopuolinen, koska siinä on sormenjälkitunnistus. Myös tietokone vaatii salasanan ja konetta käyttää vain tutkimuksen tekijä. Mikäli materiaalia kertyy erityisen paljon, harkitaan myös Opetus- ja kulttuuriministeriön tarjoamaa IDA-säilytyspalvelua.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset

Eettiset kysymykset, kuten haastateltavan identiteetin salaaminen on ensisijaisen tärkeää ottaa huomioon. Tästä syystä nauhoitteissa ei koskaan puhutella haastateltavia koko nimellä, eikä tiedostoja tallenneta nimillä tai syntymäajalla. Haastateltavien yhteystiedot tallennetaan erilliseen tekstitiedostoon tutkijan omalle tietokoneelle. Tutkijalla on salassapitosäädöksiensä ja henkilötietolain sanelemana vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Tutkimuksessa käsitellään yksityishenkilöiden seksuaalisuutta, hoitotoimenpiteitä ja tervey-

dentilaa, jolloin materiaali luokitellaan arkaluonteiseksi. Kuten edellä kerrotaan, ulkopuolisten henkilöiden pääsy käsiksi tutkimusaineistoon on tehty niin hankalaksi kuin omakustanteisen tutkimuksen budjetilla on mahdollista. (Kuula 2006, 90-92.)

Aineiston omistus- ja käyttöoikeudet ovat tutkimuksen tekijällä, ellei toisin ole kirjallisesti sovittu.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Opinnäytetyön tilaaja on ilmaissut kiinnostuksensa äänitiedostojen jatkokäyttöön, mikäli haastateltavat antavat tähän luvan. Jos aineisto täytyy tuhota, tutkija poistaa kaikki tiedostot opinnäytetyöprosessin päätyttyä.