

**VAIHDEVUOSI-IKÄISTEN NAISTEN
SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA –
45 – 55-vuotiaiden naisten ja terveydenhoitajien näkökulma**

Riitta Rasila

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi RASILA Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.11.2010
	Sivumäärä 66+5	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VAIHDEUOSI-IKÄISTEN NAISTEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA- 45-55-vuotiaiden naisten ja terveydenhoitajien näkökulma		
Koulutusohjelma Terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) RYTTYLÄINEN-KORHONEN, Katri VALKAMA, Sirpa		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa perusterveydenhuollon mahdollisuuksista vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämiseksi ja lisätä terveyskeskuksen henkilökunnan myönteistä asennetta seksuaaliterveyttä kohtaan. Tavoitteena oli kuvata naisten toiveita, terveydenhoitajien ammatillista osaamista ja koulutustarpeita naisen seksuaaliterveyttä tukevista palveluista. Pitkän tähtäimen tavoitteena oli perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelujen kehittäminen. Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen. Aineisto kerättiin ryhmäkeskusteluilla. Kohderyhmänä oli kaksi kuuden hengen ryhmää. Toisessa ryhmässä oli 45-55-vuotiaita naisia ja toisessa terveydenhoitajia. Terveydenhoitajien keskustelu pidettiin marraskuussa 2009 ja naisten helmikuussa 2010. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan neuvolan tulisi tiedottaa paremmin palveluistaan. Koko terveyskeskuksen henkilökunnan olisi varattava riittävästi aikaa asiakasta kohti, perehdyttävä etukäteen asiakkaan tietoihin sekä hankkimalla lisää tietoja ja taitoja parantaa aktiivisuutta seksuaaliterveyteen vaikuttavien asioiden puheeksi ottamisessa. Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden ammatillinen osaaminen pohjautui pääasiassa työkokemukseen ja iän mukanaan tuomaan elämäkokemukseen. Täydennyskoulutusta terveydenhoitajat toivoivat saavansa asiantuntijan ohjauksella pienryhmissä, yhdessä lääkäreiden kanssa. Johtopäätöksinä voidaan sanoa, että vaihdevuosi-ikäiset naiset toivoivat tietoa neuvolan palveluista ja riittävästi aikaa asioiden käsittelyyn. Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi kuulua terveyskeskustyöhön ja hoitohenkilökunnan olisi otettava asia aktiivisesti esille asiakkaidensa kanssa. Terveydenhoitajilla oli perustietoa seksuaaliterveydestä, mutta syvällisempää osaamista tarvittiin lisää. Tuloksia voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon asiakastyön laadun parantamisessa.		
Avainsanat (asiasanat) Vaihdevuodet, seksuaaliterveys, seksuaaliterveyden edistäminen, ammatillinen osaaminen, perusterveydenhuolto, ryhmäkeskustelu		
Muut tiedot		



Author(s) LAST, First	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 10.11.2010
	Pages 66+5	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title MENOPAUSE AGED WOMEN'S SEXUAL HEALTH PROMOTION IN PRIMARY HEALTH CARE - the aspect of women aged 45 to 55 and public health nurses		
Degree Programme Health Promotion		
Tutor(s) RYTTYLÄINEN-KORHONEN, Katri VALKAMA, Sirpa		
Assigned by		
Abstract The purpose of this thesis was obtain information on primary health care opportunities for menopause-aged women's sexual health promotion and increase a positive attitude towards sexual health among health center staff. The aim was to describe women's expectations, public health nurse's professional knowledge and training for the support of women's sexual health services. A long-term goal was to develop sexual health services of primary care. The research approach in thesis was qualitative. The material was collected by using a focus group discussion. The target population consisted of two six-person groups. The first group consisted of women aged 45 to 55 years, and the second group included public health nurses. The public health nurses discussion was held in November 200, and the women's group was held in February 2010. The data were analyzed by using inductive content analysis. The results suggest that clinics should be better informed about services. The entire health center staff should be given sufficient time per customer, they should also have time to read the client's data in advance as well as be able to acquire more knowledge and skills so as to improve their activities related to sexual health matters. The sexual health related professional competence of public health nurses is mainly based on work experience as well as on life experience brought by age. The nurses wished for continuing education with expert guidance with small groups in collaboration with physicians. As a conclusion it can be stated that menopause-aged women wanted information about the clinic services and sufficient time for discussions. Sexual health promotion should be part of health care work and nursing staff should be able to bring up the matter actively with their clients. The public health nurses had basic knowledge about sexual health, but needed more in-depth knowledge. The results can be used in primary health care in improving the quality of client work.		
Keywords Menopause, sexual health, sexual health promotion, professional competence, primary health care, focus group		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	4
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Naisen vaihdevuodet	7
2.2 Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveys	8
2.2.1 Seksuaaliterveyteen vaikuttavat fyysiset oireet	9
2.2.2 Seksuaaliterveyteen vaikuttavat psyykkiset oireet	10
2.3 Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyden edistäminen	11
2.4 Perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut	13
2.5 Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden edistämisen	
ammattillinen osaaminen perusterveydenhuollossa	16
2.5.1 PLISSIT-malli terveydenhoitajan osaamisen jäsentäjänä	19
2.5.2 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen osana ammatillista kasvua	21
2.5.3 Ammatillisuus	22
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET	
JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
4.1 Opinnäytetyön kohderyhmät	26
4.2 Ryhmäkeskustelu tiedonkeruumenetelmänä.....	29
4.3 Ryhmäkeskustelujen järjestäminen.....	32
4.3.1 Ryhmäkeskustelujen valmistelu	32
4.3.2 Ryhmäkeskustelujen eteneminen	35
4.4 Aineiston analyysi	36

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	39
5.1 Tietous vaihdevuosista	41
5.2 Tietous seksuaaliterveydestä	43
5.3 Naisten kokemukset perusterveydenhuollon palveluista	45
5.4 Naisten toiveet perusterveydenhuollon palveluista	47
5.5 Terveydenhoitajien näkemys ammatillisesta osaamisestaan	48
5.6 Terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarve	51
6 POHDINTA	53
6.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta	53
6.2 Tulosten tarkastelu	54
6.3 Eettisyys ja luotettavuus	57
6.4 Tulosten hyödyntäminen	59
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	60
7.1 Johtopäätökset	60
7.2 Jatkotutkimushaasteet	61
LÄHTEET.....	62
LIITTEET	67
Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus	67
Liite 2. Suostumuslomake ryhmäkeskusteluun osallistujille	68
Liite 3. Ryhmäkeskustelun runko	69
Liite 4. Taustatietolomake terveydenhoitajille	70
Liite 5. Yhteistyösopimus	71

KUVIOT

Kuvio 1. PLISSIT-malli	19
Kuvio 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä	38
Kuvio 3. Esimerkki alakategorian muodostamisesta	39
Kuvio 4. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioiksi	39
Kuvio 5. Opinnäytetyön ala- ja yläkategoriat	40-41
Kuvio 6. Vaihdevuosietoutta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	42
Kuvio 7. Seksuaaliterveystietoutta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	44
Kuvio 8. Perusterveydenhuollon palveluita kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	46
Kuvio 9. Palvelutoiveita kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	47
Kuvio 10. Ammatillista osaamista kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	49
Kuvio 11. Lisäkoulutustarvetta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut	51

1 JOHDANTO

Vaihdevuosista puhutaan nykyään paljon. Naistenlehdissä on jatkuvasti vaihdevuosiin liittyviä artikkeleita. Televisiossa ja radiossa on mm. limakalvojen kuivumiseen liittyviä tietoiskuja ja internetin keskustelupalstoilla naiset keskustelevat aiheesta keskenään toimien samalla toisilleen vertaistukena. Seksuaaliterveystiedon tarvetta ja tiedon hankintakanavia aikuisväestöllä on tutkittu hyvin vähän. Kuitenkin tiedetään, että terveystiedon tärkeimmät lähteet ovat terveydenhuollon ammattilaiset, viranomaiset, televisio, lähipiiriin kuuluvat ihmiset ja terveystieteen järjestöt. Ikä ja koulutustausta vaikuttavat suuresti tiedonlähteiden valintaan. Korkeasti koulutetut käyttävät internetiä. Vähemmän koulutetut saavat seksuaaliterveystietoa viranomaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kautta. Radio ja televisio tavoittavat parhaiten iäkkäämmät ihmiset. (STM 2007, 40.) Internetin verkkosivustoilta vaihdevuosiin liittyvä tieto on Väestöliiton ja lääketeollisuuden ylläpitämällä sivuilla asiallista, mutta yksittäisten ihmisten ja toimijoiden sivuilla voi olla epäyhtenäistä, harhaanjohtavaa ja laadultaan arveluttavaa tietoa. Tämä asettaa haasteita hoitohenkilökunnalle, kuinka ohjata vaihdevuosi-ikäisiä naisia kysymyksineen ja tuen tarpeineen asiallisen tiedon lähteille. (Venhola 2006, 73; Erämies 2006, 18.)

Työssäni terveydenhoitajana kohtaan vastaanotollani naisia, jotka keskustelevat yleisellä tasolla vaihdevuosistaan melko avoimesti. Kuitenkin vaihdevuosien vaikutuksesta parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen puhutaan usein kierrellen. Monesti vasta hoitajan aloitteesta asiasta keskustellaan enemmän. Terveydenhoitajan mahdollisuudet käsitellä vastaanottokäyntien yhteydessä myös naisen seksuaaliterveyttä ovat hyvät, jos vain terveydenhoitajalla on siihen liittyvät valmiudet. Hoitotyössä seksuaaliterveys jää helposti muiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien asioiden varjoon. Jos hoitotyöntekijä on hyväksynyt oman seksuaalisuutensa ja hänen asenteensa seksuaalisuuteen on avoin, seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelyyn on hyvät edellytykset. (Ratia 2005, 7, 11 - 12.)

Väestöliiton (2006) mukaan seksuaalitetous ja ammatillinen suhtautuminen seksuaaliterveyteen ovat puutteellisia ammattihenkilöstölläkin ja niiden osaaminen on hajanaista. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat jäävät tunnistamatta eikä niihin osata puuttua sen paremmin perus- kuin erikoissairaanhoidossakaan. Ongelmat korostuvat väestön ikääntymisen myötä. Seksuaaliterveyden edistämisen opetusta on lisättävä

terveydenhuoltohenkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen, niissä täytyy huomioida myös vuorovaikutustaitojen kehittäminen. (Midenfjord 2005, 14; Väestöliitto 2006, 16.)

Seksuaalisuuteen liittyvä neuvontatarve on erilaisten neuvontapalveluita tarjoavien organisaatioiden mukaan kasvussa. Erilaiset seksuaalihäiriöt ovat yleisiä ja aikaisempaa avoimemman seksuaalisuuteen suhtautumisen ja lääketieteellisen teknologisen kehittymisen myötä apua haetaan herkemmin. Varsinkin iän lisääntyessä koetaan mm. seksuaalisen halun puutetta ja ongelmia emättimen kostumisessa. Kysymyksiä ja neuvontatarvetta herättävät myös kulttuurin seksualisoituminen ja kaupallinen markkinointi. (STM 2007, 28; Väestöliitto 2006, 12.)

Opinnäytetyöni aiheena on vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa 45 - 55-vuotiaiden naisten ja terveydenhoitajien näkökulmasta. Työn tarkoituksena on saada tietoa perusterveydenhuollon mahdollisuuksista vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämiseksi ja lisätä henkilökunnan myönteistä asennetta seksuaaliterveyttä kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kuvata naisten toiveita, terveydenhoitajien ammatillista osaamista ja koulutustarpeita seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Tuloksia voidaan käyttää apuna perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelujen kehittämisessä.

Valitsin 45 - 55-vuotiaan naisen vaihdevuodet ja seksuaaliterveyden opinnäytetyöni aiheeksi sen vuoksi, että olemme työpaikallani, terveyskeskuksen terveysneuvonnassa, huomanneet, että lisätieto vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämisestä on tarpeen. Olen itse samaa ikäluokkaa opinnäytetyöni kohderyhmään kuuluvien naisten kanssa ja ammatiltani terveydenhoitaja, joten aihe kiinnostaa minua myös henkilökohtaisista syistä. Erämiehen (2006) tutkimuksessaan esittämä jatkotutkimusaihe siitä, millaista apua vaihdevuosi-ikäiset naiset kaipaavat terveydenhuollolta, tuki opinnäytetyöni aiheen valintaa (Erämies 2006, 47). Vaikka tietoa vaihdevuosista ja seksuaaliterveydestä on helposti saatavilla, silti osa naisista jää jostakin syystä sen ulkopuolelle. Naiset kärsivät esimerkiksi limakalvojen kuivuudesta johtuvista vaivoista liian pitkään. Millä keinoilla pienelläkin paikkakunnalla saataisiin vaihdevuositetoutta jaettua niin, että apua osattaisiin hakea ajoissa? Miten tieto saataisiin kaikkien ulottuville ja niin helposti saataville, että mahdollisimman moni saisi uutta, asianmukaista ja tarpeeksi monipuolista tietoa

vaihdevuosista ja seksuaaliterveydestä? Samanikäiset ystäväni kyselevät minulta usein vaihdevuosiin liittyvistä asioista. Koen, että perehdyttyäni opinnäytetyössäni seksuaaliterveyden edistämiseen, voisin olla jatkossa heille aikaisempaa enemmän avuksi myös ystäväniä.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksia ja kirjallisuutta vaihdevuosien seksuaaliterveydestä löytyy paljon. Asiaa ovat käsitelleet mm. Tuija Erämies (2006) pro-gradu-tutkielmassaan Vaihdevuosi-ikäiset naiset internetin keskusteluryhmässä – Vaihdevuosien oireista ja ongelmista selviytyminen ja sosiaalinen tuki ja Reijo Punnonen (2004) kirjassaan Estrogeeniä koko elämä. Sen sijaan siitä, miten vaihdevuosi-ikäiset naiset käyttävät seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa perusterveydenhuollon palveluita, tieto on hyvin vähäistä. Kunnissa palvelut tuotetaan usealla eri tavalla ja useiden palvelujen tuottajien toimesta eikä kirjaaminen ja sen myötä tilastointi ole yhdenmukaista. Tästä syystä eri palveluiden käytön selvittäminen on vaikeaa (Saaristo, Alho, Ståhl & Rimpelä 2010, 44.)

Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa on esimerkkejä niistä aiheista, joista tutkimustieto on puutteellista. Opinnäytetyössäni näistä aiheista keskitytään seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän palvelutarpeen ja palveluiden saatavuuden tarkasteluun, palvelujärjestelmään ja siihen, mistä aikuisväestö ja erityisesti vaihdevuosi-ikäiset naiset saavat seksuaaliterveyteensä liittyvää tietoa (ks. STM 2007, 159.) Tämän opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset on laadittu siten, että tutkimuksella saataisiin vastauksia em. aiheisiin. Päämäärän saavuttamiseksi oli tärkeää saada sekä asiakkaiden että terveydenhoitajien näkökulma tutkittavasta ilmiöstä.

Kerttulan, Nokelan ja Pehkonen-Ollilan (2004) mukaan vaihdevuosi-ikäiset naiset muodostavat suuren ryhmän terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä (Kerttula ym. 2004, 16). Yksi syy edelliseen voi olla medikalisaatio, jolla tarkoitetaan arkielämän ilmiöiden ja vähäpätöistenkin oireiden näkemistä vakavina ja riskinä sairauksille. Naisia medikalisaatio on koskettanut erityisesti, koska terveydenhuollossa tapahtuneista laajennuksista monet ovat olleet yksin naisten terveyttä koskettavilla

alueilla. Vaihdevuodet ovat yksi esimerkki naisen kehon toiminnoista ja niihin liittyvistä ilmiöistä, jotka tunnustetaan ja nimetään lääketieteellisin termein. (Tervo 2007, 535.)

Terveydenhoitajat pitävät tarpeellisena seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden laajalaisemman ja nykyistä monipuolisemman ohjauksen kehittämistä. Sosiaalisia ja emotionaalisia näkökulmia tulisi seksuaalisuudessa käsitellä enemmän. Myös työmenetelmien, työjärjestelyjen ja yhteistyön kehittämistä toivotaan terveydenhoitajien keskuudessa. Monet terveydenhoitajista kokevat hallitsevansa seksuaaliterveyden perusasiat, mutta tarvitsevat syvällisempää osaamista useilta sisältöalueilta, koska terveydenhoitajan työ edellyttää seksuaaliterveyden asiantuntemusta. (Liinamo, Meripihka & Nikula, 2010, 28-29.)

2.1 Naisen vaihdevuodet

Vaihdevuotia voidaan kuvata aikuisen naisen murrosiäksi. Ne ovat tärkeä ja useille tuntematon vaihe naisen elämässä. Ne eivät ole 45 – 55-vuotiaille naisille tapahtuva dramaattinen kohtalon isku eivätkä ne ole tuon ikäisten naisten kollektiivinen sairaus. Kyse on pitkästä ja monivaiheisesta, luonnollisesta prosessista, jonka aikana elimistö muokkautuu ja muuttuu. Vaihdevuodet voivat olla naisen elämän parasta aikaa. Ajanjakso on luonnollinen osa elämää eikä johda suoraan vanhuuteen. (Hausbrandt & Tavi 2007,17; Javanainen 2007.)

Viimeiset, naisen omalla hormonitoiminnalla aikaan saadut kuukautiset (menopausi) ovat suomalaisilla naisilla keskimäärin 51-vuotiaana, mutta yksilölliset vaihtelut voivat olla suuria (40 – 58 vuotta). Muutoksia hormonitoiminnassa ja vaihdevuotioireita voi esiintyä jo usean vuoden ajan ennen kuukautisten päättymistä. Edellä mainittuja voivat olla esimerkiksi vuotohäiriöt. Kuukautiskiertojen lyheneminen on usein munasarjojen hormonaalisten muutosten ensimmäisiä merkkejä, kun ovulaatiota ei enää tapahdu normaalisti, keltarauhashormonin vaikutus on vähäistä tai puuttuu kokonaan ja muodostuvan estrogeenin määrä vaihtelee. Ajanjaksoa, joka alkaa ennen menopaussia ja jatkuu sen jälkeen, kunnes munasarjojen toiminta heikkenee vähitellen ja lopulta sammuu kokonaan, kutsutaan vaihdevuotiksi (klimakterium). Naisen sukukypsyä ikä päättyy vaihdevuosissa. Munasarjojen

estrogeenin tuotannon loppuminen saa aikaan muutoksia elimistön toimintaan. (Punnonen 2004, 26-27; Rautiainen 2006, 231; Rutanen & Ylikorkala 2004, 12.)

Rautiaisen (2006) mukaan viidesosa naisista selviää vaihdevuosistaan ilman oireita, jotka haittaavat elämää. Erittäin hankalat ja elämänlaatua huonontavat oireet ovat toisella viidesosalla. Lopuilla naisilla on eriasteisia vaihdevuosioireita. Oireista tavallisimpia ovat kuumat aallot, hikoilu, unihäiriöt, niveloireet, sydämen rytmihäiriöt, mielialaoireet, saamattomuus, muistihäiriöt ja väsymys. (Rautiainen 2006, 231.) Vaihdevuosioireet menevät ohi yleensä 2-5 vuodessa, mutta ne saattavat kestää jopa 15 vuotta. Eri elämänvaiheissa olevat naiset kokevat vaihdevuosiin liittyvät oireet eri tavalla. Hankala elämäntilanne lisää yleensä oireiden voimakkuutta. Kaikissa tilanteissa vaihdevuodet ovat uusi ja ennen kokematon vaihe naisen elämässä. (Javanainen 2007; Punnonen 2004, 28.)

2.2 Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveys

WHO:n (2002) mukaan seksuaaliterveys on tila, jota määrittää fyysinen, emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi suhteessa seksuaalisuuteen. Sairaudet, vammautuminen tai häiriöt eivät ole este seksuaaliterveyden saavuttamiselle. (WHO 2002, 5.) Jokaisen tulee suojella ja kunnioittaa seksuaalioikeuksia, joihin seksuaaliterveys perustuu (WAS 1999, liite 1). STM (2007) viittaa WHO:n määritelmään, jossa seksuaaliterveys on kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, joka tarvitsee toteutuakseen positiivisen ja kunnioittavan asenteen seksuaalisuutta kohtaan sekä mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. (STM 2007, 20-21; WHO 2002, 5.) Seksuaaliterveys ei liity vain hedelmälliseen lisääntymisikään, vaan koko elämänkaaren aikaan (Pietiläinen 2007, 540).

Pan American Health Organizationin (2000) listassa on mainittu 30 asiaa, jotka liittyvät aikuisen ihmisen seksuaaliterveyteen ja sen edistämiseen. Poimin niistä muutamia erityisesti vaihdevuosi-ikäisiä naisia koskettavia asioita. Yksi tärkeimmistä on oman kehon arvostaminen ja mahdollisuus saada nauttia kehostaan ja omasta seksuaalisuudestaan läpi elämän. Oman kehon hyväksyminen on naisille usein vaikeaa. Omien arvojen tunnistaminen ja mahdollisuus elää niiden mukaan on myös

tärkeää. Yhteydenpitoa perheenjäseniin, ystäviin ja ikätovereihinsa ei saisi unohtaa. Myös aikuisilla on oikeus saada uutta tietoa ja opastusta seksuaaliterveytensä ja ihmissuhteidensa parantamiseksi. Ihmisen pitää harjoitella tekemään elämäänsä vaikuttavia päätöksiä ja ottamaan vastuuta niistä. Vastuuseen omasta elämästään kuuluvat myös säännölliset terveystarkastukset ja joukkotarkastukset, joita ovat gynekologiset irtosolu- ja mammografiatutkimukset. (ks. Ryttyläinen & Valkama 2010, 23; Pan American Health Organization 2000, 12.)

Punnosen (2004) mukaan seksuaalisuuden määrittely on vaikeaa, koska se on persoonallisuuden alue, johon hormonaalisten ja psykologisten tekijöiden lisäksi vaikuttavat myös ympäristö- ja kulttuuritekijät. Se on ihmisen ominta, intiimeintä aluetta. Seksuaalisuutta ei voi erottaa ihmisen persoonallisuudesta. Naisen seksuaalisuuden voitaisiin ajatella olevan miehen seksuaalisuutta monimuotoisempi, koska se saa erilaisia muotoja mm. kuukautiskierron, raskauden ja vaihdevuosien aikana. (Punnonen 2004, 51-52.)

2.2.1 Seksuaaliterveyteen vaikuttavat fyysiset oireet

Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyteen vaikuttavat estrogeenin puutteen jatkuessa ilmenevät fyysiset oireet, kuten limakalvojen oheneminen sukupuolielimissä, emättimen kostumisen heikentyminen ja sen seinämien poimuisuuden väheneminen, rintojen arkuus ja lantionpohjalihasten heikkeneminen. Sukupuolielinten ulkoisia muutoksia ovat häpyhuulten ja klitoriksen pienentyminen. Limakalvojen ohentuminen lisää emättimen, ulkosynnyttimien ja virtsateiden tulehdusriskiä. Nämä muutokset aiheuttavat ongelmia myös sukupuolielämään. Virtsankarkailun esiintymistä lisää joko limakalvomutokset yksin tai yhdessä lantionpohjalihasten muutosten kanssa. Vaikeudet emättimen kostumisessa voivat aiheuttaa yhdyntäkipuja, verenvuotoa yhdynnän jälkeen ja jopa emätinkouristelua eli vaginismia. Lihasten veltostuminen lantiossa saattaa vaikuttaa yhdynnän tuntoherkkyyteen ja se voi olla hyvin merkityksellinen asia myös kumppanin kannalta, etenkin, jos erektio ei ole enää paras mahdollinen. (Hausbrandt & Tavi 2007, 23; Javanainen 2007; Kiviluoto 2000, 307; Punnonen 2004, 28; Rautiainen 2006, 232; Ryttyläinen & Valkama 2010, 120.)

Yksi yleisin syy naisten seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista tulla lääkärin tai hoitajan vastaanotolle oli seksuaalinen haluttomuus. Toinen yleinen syy oli ikääntymiseen liittyvät ongelmat. Muita tutkimuksessa mainittuja syitä hoitoon hakeutumiseen, jotka myös sopivat vaihdevuosi-ikäisten naisten ongelmiksi ovat seksuaalinen tyytymättömyys, yhdyntäkivut ja asiakkaiden tiedon puute seksuaalisuudesta. (Eskola & Hytönen 2005, 66; Ihme & Rainto 2008, 50; Valkama 2006, 80.)

2.2.2 Seksuaaliterveyteen vaikuttavat psyykkiset oireet

Vaihdevuosi-ikä on naisen elämässä muutosten aikaa ja psyykkiset oireet ovat tavallisia. Asiallinen tieto yksilöllisistä muutoksista, joita naisen elimistössä tapahtuu ja niiden vaikutuksesta hyvinvointiin, helpottaa tilanteeseen sopeutumista. Myös naisen oma mielikuva vaihdevuosista vaikuttaa siihen, miten ne koetaan. Kuukautisten loppumisen osa naisista kokee positiivisena, ehkäisystäkään ei tarvitse enää huolehtia, osalle naisista se on vaikea asia hyväksyä ja koettelee itsetuntoa. Ulkonäköön liittyvät ikääntymisen merkit alkavat tulla esiin vaihdevuosi-ikässä. Iho rypistyy, hiukset harmaantuvat ja harvenevat sekä vartalon malli muuttuu. Naisen käsitys seksuaalisesta viehättävyydestään voi laskea. Itsetunnon laskuun vaikuttavat usein myös aineenvaihdunnan hidastuminen ja kamppailu painonnousua vastaan, mikä voi tuloksettomana aiheuttaa masennusta. (Eskola & Hytönen 2005, 359 – 360, 363; Javanainen 2007; Kiviluoto 2000, 305; Rautiainen 2006, 232.)

Eskolan ja Hytösen (2005) mukaan kriisinaiheita vaihdevuosi-ikää lähestyvän naisen elämässä on monia. Lapset ovat jo lähteneet tai ovat lähdössä pois kotoa ja vanhempien merkitys heidän elämässään vähenee. Se vaikuttaa vanhempien keskinäiseen suhteeseen joko lisäämällä läheisyyttä tai etäännyttämällä heitä toisistaan, pitkästä ajasta eletään taas kahdestaan ja parisuhdetta joudutaan miettimään uudelleen. Edellinen sukupolvi on ikääntynyt, huoli heidän jaksamisestaan kasvaa tai heistä joudutaan luopumaan. Työelämä asettaa usein yli 50-vuotiaalle omat paineensa, kilpailu nuorempien kanssa paikasta työelämässä, on raskasta itsetunnolle. Jaksamiseen vaikuttavat myös väsymys, energian vähäisyys, keskittymisvaikeudet ja yleinen kiinnostuksen puute. (Eskola & Hytönen 2005, 360, 363; ks. myös Rautiainen 2006, 232.)

Sekä Punnonen (2004) että Rautiainen (2006) toteavat, että vaihdevuosilla on negatiivisia vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen. Seksuaalisessa halussa, kiihottumisessa, orgasmissa, yhdyntätiheydessä ja kiputuntemuksissa on todettu merkittäviä muutoksia. Tutkimuksissa ei ole löydetty selvää yhteyttä estrogeenitasojen ja ongelmien lisääntymisen välillä vaan suurempi merkitys näyttää olevan henkilökohtaisilla, terveyteen ja kumppaniin liittyvillä tekijöillä. Kuitenkin sillä nopeudella, millä estrogeenitaso muuttuu saattaa olla merkitystä. Elämä ei lopu vaihdevuosiin. Tilastollisesti naisella on vielä kolmasosa elämästään jäljellä. Naisen kannattaa arvioida suhteensa perheeseen, työhön ja harrastuksiin ja nauttia elämästään. Henkinen, fyysinen ja seksuaalinen elämä voi olla yhtä vireää tai vireämpää kuin ennen vaihdevuosia. Se, miten nainen suhtautuu ikääntymiseensä, merkitsee paljon tulevaisuuden kannalta. Fertiili-ikä päättyminen ja lisääntyvä vapaa-aika, voivat antaa mahdollisuuden toteuttaa pitkäaikaisia haaveita. (Eskola & Hytönen 2005, 360; Kiviluoto 2000, 305-306; Punnonen 2004, 56 – 57; Rautiainen 2006, 232; Paananen 2007, 531.)

2.3 Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyden edistäminen

Tiedotusvälineissä ja julkisessa keskustelussa seksuaalisuudesta välittyy usein yksipuolisen fyysinen ja suorituskeskeinen kuva. Sitä pidetään seksin synonyymina ja sen ymmärretään liittyvän vain yhdyntään ja niiden tilastointiin. Myös terveydenhuollon ammattilaisissa on saman yksioikoisen seksuaalisuuskuvan uhreja. (Kosunen 2003, 207; Punnonen 2004, 51.) Rautasalonen (2008) tutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaiset pitivät hoidettaviensa seksuaalisuuden kohtaamista, ilman moralisointia ja ennakoasenteista vapaana, tärkeänä, mutta esille tuli myös näkökulma, ettei hoitotyön tekijöiltä voi edellyttää erehtymättömyyttä tai täysin moitteetonta ammattitaitoa (Rautasalo 2008, 2).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä toteutetaan kansanterveystyöllä ja sen tavoitteena on mahdollisuus oman seksuaalisuuden turvalliseen toteuttamiseen. Kansanterveystyön (Kansanterveystyö) mukainen kansanterveystyö tarkoittaa terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja sairaanhoitoa. Toiminnan tavoitteet terveyden edistämiseksi jaetaan preventiivisiin eli ehkäiseviin ja promotiivisiin eli edistäviin toimintamuotoihin. Preventiivisiä toimintamuotoja vaihdevuosi-ikäisellä

naisella ovat mm. terveysneuvonta, irtosolu- eli Papa-seulonnan kohdunkaulan syövän esiasteen löytämiseksi, mammografiat varhaisen rintasyövän toteamiseksi ja lantionpohjan lihasten voimisteluohjaus. Yhteisöterveydenhoito, organisaatioiden kehittäminen ja kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat ovat promotiivisia toimintamuotoja, joista esimerkkinä sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2007-2011 laatima seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä toimintaohjelma (STM 2007). Tavoitteena toimintaohjelmalla on koko väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen palvelurakennetta, johtamista, toimintatapoja ja osaamista kehittämällä. (Ihme & Rainto 2008, 10-12; Ryttyläinen, Valkama, Ritamo & Blek 2008, 7; STM 2007.)

Hoitotyön ammattilaisten, jotka työssään kohtaavat naisia, tulee tietää naisten kehityskaareen kuuluvista seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiöistä, normaalit fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä niihin liittyvät muutokset. Seksuaalisuuden huomiointi on luonnollinen osa kokonaishoitoa – ei erityiskysymys. Asiakastyössä seksuaaliterveys jää usein muiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden varjoon; siitä ei puhuta eikä seksuaalisuuteen ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita pidetä samanvertaisina, kartoitettaessa muita elämänlaatuun ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Asiakkaat odottavat hoitohenkilökunnan tekemän aloitteen keskusteluun ja henkilökunta odottaa samaa asiakkaalta. Henkilökunta voi ajatella, ettei heillä ole riittävästi tietoa seksuaaliterveydestä. (Eskola & Hytönen 2005, 65; Ihme & Rainto 2009, 22; Ilmonen 2006,43; Pelkonen 2008, 14.) Midenfjord (2005) toteaa, että tiedon puutteen lisäksi hoitohenkilökunta voi arkailla tietojen kirjaamista eikä sen vuoksi keskustele aiheesta. Hoitohenkilökunnan vahvalla perustiedolla ja - taidolla naisia pystytään tukemaan, ohjaamaan ja neuvomaan oikein kohdennettuihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä hoitamaan heitä hyvän hoidon periaatteita noudattaen. Naisen terveysongelmien ja elimistön poikkeavien muutosten mahdollisimman aikainen tunnistaminen ja hoitaminen auttavat elämänlaadun heikkenemisen estämisessä. Terveydenhoitajat ja kättilöt, jotka hoitavat naisia eri elämänvaiheissa ovat avainasemassa. Pystyäkseen edistämään asiakkaidensa seksuaaliterveyttä täysipainoisesti, terveydenhoitaja tarvitsee riittävästi koulutusta ja tarvittaessa työnohjausta. (Eskola & Hytönen 2005, 368; Ihme & Rainto 2009, 22; Midenfjord 2005, 15.)

Häveliäisyys estää vielä tänäkin päivänä naisia jakamasta toisten kanssa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmatilanteita ja hakemasta niihin apua, jolloin saatetaan kuvitella olevansa ainoita, joilla ongelmia on. Toteaminen, että joissakin elämäntilanteissa kaikilla ihmisillä on varmasti seksuaalisuuteen liittyviä pulmia, voi helpottaa. Asiakkaiden kannalta asioiden ja ilmiöiden määrittelemine tavalliseksi on tärkeää. Tieto auttaa myös seksuaalisuuteen liittyvien odotuksien realisoinnissa, joita esimerkiksi median kautta on muodostunut. Terveysthuollon ammattilaiset asettavat usein vaihdevuosi-ikäisen naisen hoitamisessa pääpainon vaihdevuosiin kuuluvien oireiden ja hankaluuksien aktiiviselle poistamiselle eivätkä ota huomioon sitä, ettei nainen käsittele ikääntymisessään vain lääketieteellisiä vaivoja. Jotta työntekijä voi antaa tukeaan ja rohkaista naista kasvamaan fyysisesti ja psyykkisesti täyteen mittansa, hänen on kuunneltava naisten kertomuksia kokemuksistaan, elämän asenteestaan, identiteetin muutoksistaan ja tekemistään valinnoistaan. Siihen tulkitseeko asiakas keskustelun kannustavaksi vai aiheuttaako se tyytymättömyyttä omaan kehoon, on vuorovaikutuksen laadulla eli miten puhutaan ja toimitaan suuri merkitys. (Ilmonen 2008b, 82; Kiviluoto 2000, 307; Paananen 2007, 530-531.)

Julkisen yhteiskunnan avoin ja suvaitsevainen suhtautuminen seksuaaliasiioihin on seksuaaliterveyden ja seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta eniten edistävä yksittäinen tekijä. Niissä maissa ja kulttuureissa, joissa seksuaalisuudesta ja seksistä keskustellaan julkisuudessa avoimesti ja hyväksyvästi, on vähemmän seksuaalisuuteen liittyviä tabuaiheita ja ahdistuksen tunteita. Lisäksi seksuaaliterveyshankkeet on tehokkaammin toteutettu. (Väestöliitto 2006, 11.) Suomessakin on vielä myyttejä ja uskomuksia, joiden mukaan romanssit, rakkaus ja seksi kuuluvat vain nuorille, terveille, kauniille ja vammattomille ihmisille. Nämä saattavat vaikuttaa nuorten, lähiomaisten, hoitohenkilökunnan ja yhteiskunnan päättäjien suhtautumiseen vanhempien ihmisten seksuaalisuudesta. (Rautiainen 2006, 228.)

2.4 Perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut

Osa seksuaaliterveyteen liittyvistä palveluista on kunnissa lakisääteisiä kuten ehkäisyneuvonta ja tartuntatautiin ehkäisy. Kunnissa seksuaaliterveyden edistämisen kokonaisuutta voidaan tarkastella esimerkiksi palvelujärjestelmän toimintojen osana, tiedotus- ja neuvontakysymyksinä sekä ammatillisen osaamisen näkökulmasta.

(Ritamo & Kosunen, 2006; STM 2007, 53 - 54.) Julkisella sektorilla tarjottavia seksuaaliterveyspalveluita ovat Väestöliiton (2006, 14) mukaan muun muassa sukupuolikasvatukseen, ehkäisyyn, keskenmenoihin, raskauksien hoitoon, vaihdevuosiin ja gynekologisiin seuluntoihin liittyvät palvelut.

Perusterveydenhuollossa aikuisten naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tuetaan perhesuunnittelu- ja äitiysneuvoloissa, työterveyshuollossa ja yksityisillä vastaanotoilla. Gynekologisia palveluita saa myös terveyskeskuslääkäriin vastaanotolta. Tietoa ja tukea seksuaaliterveyden edistämiseen voi hakea myös ikääntyvien neuvoloista, joita on jo monissa kunnissa. (Ihme & Rainto 2008, 14; Pietiläinen 2007, 552 - 553.)

Jo vuonna 1980 Lääkintöhallitus esitti, että osana normaaleja terveyspalveluja olisi myös seksuaalineuvonta. Se sopii edelleenkin palvelujen järjestämisen lähtökohdaksi. Perusterveydenhuollossa seksuaalisuutta sivutaan lähes kaikissa työtehtävissä ja aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista potilasta kunnioittavalla tavalla pitää lisätä. (STM 2007, 29.) Julkisella sektorilla pitää pystyä tarjoamaan peruspalveluihin kuuluvia seksuaaliterveyspalveluita, joita tällä hetkellä saadaan sattumanvaraisesti ja hajanaisesti. Seksuaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan lisää resursseja seksuaaliterveyspalveluihin sekä lisäkoulutusta alalla työskentelevien ammattitaidon kehittämiseksi. Terveystenhoitajien osalta erikoistumis- ja täydennyskoulutus on käynnistynyt lupaavasti viime vuosien aikana, mutta seksuaaliasioiden käsittely peruskoulutuksessa on vielä niukkaa hoito-, opetus- ja sosiaaalialalla. (Väestöliitto 2006, 12.) Järvisen ja Mällisen (2009) mukaan osa seksuaaliterveyttä opettavista ja kouluttavista henkilöistä haluaisi opettaa enemmän tärkeänä pitämäänsä asiaa ja kehittää osaamistaan, mutta he ovat työpaikoillaan yksin. Syynä tähän on se, että seksuaaliasioita pidetään eriarvoisina verrattuna muihin opetettaviin asioihin (Järvinen & Mällinen 2009, 46, 50).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintayksiköiden määrä vähenee ja suurenee koko ajan kuntien alueellisen yhteistyön tai kuntaliitosten kautta. Perusterveydenhuollossa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköiden koot tulevat suurenemaan ja toiminta keskittymään. Kunnat ja kuntayhtymät ratkaisevat maantieteellisten ja muiden olosuhteiden pohjalta palveluiden järjestämisen. Uudistuksella on tarkoitus muuttaa perusterveydenhuollon järjestämistä ja luoda uusia rakenteita. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä on todettu puutteita nykyisen palvelurakenteen

aikana ja nyt ajankohta olisi otollinen sen kehittämiseksi osana palvelukokonaisuutta. (STM 2007, 21, 54.) Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään liittyvässä lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Uusi terveydenhuoltolaki (STM 2008) on valmisteilla. Sen tarkoituksena on mm. vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä parantaa terveystalouden saatavuutta. Uuden lain mukaan asiakas voi valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Laki säätelee myös terveydenhuollon tehtävistä ja toiminnoista sekä terveystalouden sisällöistä. (STM 2008.)

Väestöliiton (2006) mukaan perusterveydenhuollossa oleva kriisi ei voi olla vaikuttamatta seksuaaliterveystalouden tilanteeseen ja kehittämismahdollisuuksiin. Kunnat päättävät palveluistaan niukkojen resurssien mukaan, joka aiheuttaa eriarvoisuutta kuntien palveluiden suhteen. Esimerkiksi Pohjois-Suomessa pienet terveyskeskukset eivät pysty tarjoamaan erikoisalueiden tutkimuksia ja hoitoja. Gynekologisiin lääkäripalveluihin voi olla kuukausien jonot tai naisen hoitotyön asiantuntijoita ei ole terveyskeskuksessa lainkaan. Terveydenhuollon kustannusten nousua on hillitty nipistämällä ennaltaehkäisevää työtä. Lääkäreiden työnkuvassa voi olla jäykkiä sääntöjä esimerkiksi väestövastuujärjestelmästä johtuvia, jolloin erityisosaamista ei pystytä hyödyntämään tarpeeksi. Kehittymässä olevat moniammatilliset työtavat eivät vielä ole vakiintuneet ja työn voi tehdä joku muu, jolla tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista on vähemmän. (Ihme & Rainto 2009,22; Väestöliitto 2006, 14 – 15.)

Kaiskon (2006) mukaan eri-ikäisten asiakkaiden seksuaaliterveyden edistäminen on kannattava sijoitus tulevaisuuteen. Pieninkin toimin voidaan asiakkaan hyvinvointia tukea. Seksuaaliterveyden edistämisen tulee olla tavoitteellista ja siihen on turvattava resurssit. Käytännön työssä terveyskeskuksessa seksuaaliterveyden edistäminen jää helposti isompien projektien jalkoihin. Henkilökunnan pitäisi ehtiä toimia seksuaaliterveyden edistämisen lisäksi mm. diabeteksen ehkäisyprojektissa ja painonhallintaryhmissä. (Kaisko 2006.) Omat kokemukseni työssäni terveyskeskuksen terveysneuvonnassa ovat samankaltaisia. Työajallani olen saanut osallistua ja minua on kehoitettu osallistumaan mm. diabetesprojektiin kuuluviin koulutuksiin, mutta seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiseen liittyvät asiat ja koulutukset ovat olleet suurimmaksi osaksi oman kiinnostukseni varassa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt vuonna 2010 väliarviointia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman toteutumisesta terveyskeskuksissa ja sen mukaan keskeinen haaste on saada ohjelma tunnetuksi päätöksentekijöille ja terveyskeskuksen johdolle. Lautakunnassa tai luottamushenkilöstön tasolla toimintaohjelmaa oli käsitellyt vain vajaa viidennes terveyskeskuksista. Myös terveyskeskusten johtoryhmissä ohjelman huomiointi oli ollut vähäistä. Hoitohenkilöstö oli käsitellyt toimintaohjelmaa eniten, siitä oli keskusteltu ja tehty päätöksiä 15 %: ssa terveyskeskuksista. (Kosunen 2009, 232; Ritamo, Pelkonen & Nikula 2010, 15.)

2.5 Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden edistämisen ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollossa

Ratian (2005) mukaan seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen tärkeimmät osatekijät ovat hoitotyöntekijöiden ammatillinen kasvu, asiantuntijuuden vahvistuminen ja oman seksuaalisuuden kohtaaminen (Ratia 2005, 27). Ilmonen (2006) pitää peruslähtökohtina seksuaalisuuden käsittelemiseen ammattityössä oman seksuaalisuuden kohtaamista, omia asenteita ja empatiakykyä sekä seksologisen alueen tietoja ja taitoja. Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutukseen vaikuttavat myös yleiset työskentelyedellytykset ja työntekijän ammatillisuus. Työskentelyedellytyksiin vaikuttaa mm. työyhteisön ilmapiiri seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Puhutaanko asioista asiallisesti, vitsaillen, arkaillen vai vaietaanko kokonaan ja onko työntekijällä mahdollisuus varata riittävästi aikaa ja rauhallisia tiloja näiden asioiden käsittelemiselle. Myös työyhteisön yhteinen kieli näistä asioista on olennaista, onko sitä ja käytetäänkö sitä asiakkaan yksilöllisyyttä arvostavasti vai normitetaanko asiakkaan käyttäytyminen. Työskentelyedellytyksin kuuluu myös joko yksilöllisesti tai ryhmässä annettava työnohjaus. (Ilmonen 2006, 43 - 44.)

Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyden edistämässä tarvitaan perustietoa seksologiasta ja vaihdevuosista. Ryttyläisen ja Valkaman (2010) mukaan seksologian perustietoihin sisältyy tutkittu tieto seksuaalisuudesta ja sen ilmenemisestä, ihmisen seksuaalikehityksestä, seksuaalisuuteen vaikuttavista sairauksista ja lääkityksistä, sekä seksuaalisuuden toimintahäiriöistä ja niiden hoitomuodoista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 43.) Vaihdevuosietoutteen kuuluu hormonitoiminnan muuttuminen ja sen

vaikutukset naisen kehoon. Tavallisimmat, vaihdevuosina ilmenevät fyysiset ja psyykkiset oireet ja niiden hoitokeinot. Kehittyvät hoitomuodot kiinnostavat naisia ja valintansa perusteeksi he tarvitsevat riittävästi rehellistä tietoa. Etenkin hormonihoitoihin liittyvät riskit huolestuttavat naisia. Myös vaihdevuosi-ikäen seutuun liittyvät merkittävät tapahtumat naisen elämässä ja elämäntapojen merkitys elämänlaatuun tulisi huomioida. (Eskola & Hytönen 2005, 368; Rautiainen 2006, 231-232.)

Terveydenhoitotyö seksuaaliterveyden edistämässä vaatii onnistuakseen hyviä vuorovaikutustaitoja. Ei riitä, että työntekijä hallitsee teoreettiset tiedot, vaan sen lisäksi on oltava valmiudet tuoda tiedot ja taidot julki. Yksi tärkeimmistä ammatillisen osaamisen alueista on kyky tulla toimeen ihmisen kanssa, osata kuunnella, keskustella ja arvostaa myös erilaisia mielipiteitä. Rauhallinen ja läsnä oleva asiakkaan kuuntelu on tärkeää, jotta varmistutaan siitä, että toimitaan todella asiakkaan halun tai tarpeen mukaan. Terveydenhoitajan työ seksuaaliterveyden edistämässä perustuu asiakaslähtöisyyteen, jolloin asiakkaan mielipiteitä ja hänelle tärkeitä asioita kunnioitetaan. Keskittyessään asiakkaan esille tuomiin asioihin, työntekijä siirtää omat mielipiteensä ja ajatuksensa syrjään. (Ketola 2006, 66; ks. Kyrönlahti 2005, 65-66.)

Ketolan (2006) mielestä työntekijällä on vastuu asiakkaalleen antamasta tiedosta. Työntekijän kannattaa varmistaa mielessään ennen tulkinnan tekemistä tai väittämien esittämistä, ettei toimi omien uskomustensa vaan tietoperustan mukaan. Nopeiden päätelmien tekemistä on varottava, koska ne liittyvät usein työntekijän omiin tarpeisiin tai tilanteisiin ja aiheuttavat helposti ongelmia hoitosuhteeseen. Vuorovaikutuksen keskeinen asema asiakkaan ja hoitotyöntekijän välisessä hoitosuhteessa korostuu, koska entistä tiedostavammalle asiakkaalle ei enää riitä pelkästään tekninen hyvä hoito, vaan arvostelut ja odotukset kohdistuvat tapaan miten hänen tarpeensa otetaan huomioon ja miten hoito annetaan. (Eskola & Hytönen 2005, 29; Ketola 2006, 66.)

Terveydenhoitoalan työntekijöillä on asiakkaan kohtaamiseen tiedolliset, taidolliset ja sosiaaliset perusvalmiudet. Omien valmiuksiensa, vahvuuksiensa ja heikkouksiensa tiedostaminen on tärkeää oman jaksamisen kannalta. Työasu ja vahva ammatillinen identiteetti eivät välttämättä tuo objektiivista ja asiallista käyttäytymistä. Esimerkiksi omien tunteiden näyttämistä voi olla vaikea estää, koska ajatuksemme välittyy toiselle

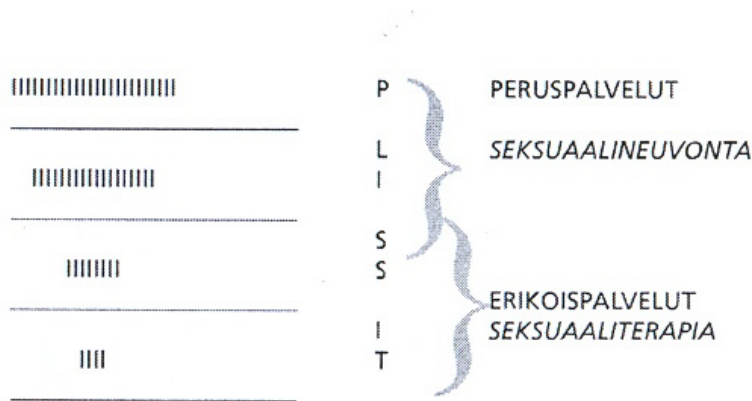
ihmiselle myös ilman sanoja asentojen, ilmeiden, äänensävyjen ja eleiden kautta. Ammatillisuutta on, ettei asiakkaiden tunteen purkauksiin mennä mukaan ja omat vastatunteet tunnustetaan ja tunnustetaan. Työntekijän pitää miettiä omaa toimintaansa, ettei ”kävele” asiakkaan ihmisyyden ja seksuaalisuuden yli, osoittamalla kommentteillaan arvostavansa asiakkaan kehoa omista eikä asiakkaan arvoista lähtien. (Ketola 2006, 63,66.)

Ketola (2006) toteaa, että terveydenhuoltoalan työntekijöiden tulee tietää mitä ajattelee omasta tai asiakkaiden seksuaalisuudesta ja rajat omaan toimintaansa, mutta kaikkien ei tarvitse olla kiinnostuneita seksuaalisuudesta. Tärkeämpää on tunnistaa omat rajansa ja kysyä tarvittaessa apua toisilta. Jos seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tuntuvat työntekijästä niin vaikeilta, ettei pysty käsittelemään niitä lainkaan, on järkevää opetella muutamia tahdikkaita ja asiakasta kunnioittavia tapoja, joilla ohjaa asiakkaan seksuaalisuuteen perehtyneelle työntekijälle. Toisaalta pienelläkin tietotaidon lisäyksellä voi omaa osaamistaan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa parantaa merkittävästi, koska seksuaaliongelmien ovat usein alihoidettuja. Jo parin päivän koulutuksella, joka hyvin toteutettu, työntekijä voi saada rohkeutta ja varmuutta seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen, kysymysten esittämiseen, kuunteluun ja ongelmaksi koettujen asioiden normalisointiin. (Ketola 2006, 60 – 61, 64.)

Ilmosen (2008b) mukaan työntekijän tieto seksuaalisen käyttäytymisen variaatioista, omassa ja muissa kulttuureissa, auttaa luontevamman suhtautumisen luomisessa seksuaalisuuden eri ilmenemismuotoja kohtaan. Työntekijän luonteva suhtautuminen voi auttaa asiakasta luopumaan huonosta omasta tunnosta, seksuaalisuuteen liittyvistä syyllisyyden ja häpeän tunteista sekä sukupuolirooleihin liittyvistä uskomuksista, myyteistä ja oikein/väärin-asetelmista. (Ilmonen 2008b, 81 - 82.) Tukemalla ihmisen mahdollisuuksia nauttia seksuaalisuudestaan, esimerkiksi auttamalla heitä hyväksymään seksuaalinen erityisyytensä, edistetään seksuaaliterveyttä. Seksuaalinen hyvinvointi on yleensä mahdollista vasta sitten, kun elämän perusasiat ovat kunnossa. (Ratia 2005, 16.)

2.5.1 PLISSIT-malli terveydenhoitajan osaamisen jäsentäjänä

Asiakkaiden seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat, joita terveydenhoitajat kohtaavat asiakastyössään, ovat useimmiten yleisiä ja hoitotyössä usein kohdattuja, esimerkiksi seksuaalinen haluttomuus imetysaikana ja yhdyntävaikeudet, kuivien limakalvojen vuoksi, vaihdevuosi-iässä. Joten Annonin (1976) kehittämä käsitteellinen PLISSIT-malli, jota käytetään seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien lähestymisessä ja käsittelyssä ja perustuu seksuaaliongelmien yleisyyteen, sopii hyvin terveydenhoitajan seksuaalineuvontaan liittyvän työn jäsentäjäksi. Kaaviossa on neljä tasoa, jotka kuvaavat lähestymistapoja seksuaalisuudesta puhumiseen ja seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien käsittelyyn. (Annon 1976, 3-4, Ilmonen 2006, 45-46; Ilmonen 2008a, 79; Pietiläinen 2007, 554.)



Kuvio 1. PLISSIT-malli (Annon 1976, 4; Ilmonen 2006, 46; Ilmonen 2008a, 79).

Terveydenhuollon peruspalveluissa tulisi toteutua kaksi ensimmäistä tasoa, jotka ovat luvan (Permission) ja tiedon (Limited information) antaminen. Lisäksi jossakin määrin voidaan käyttää myös kolmatta tasoa, erityisohjeiden (Specific Suggestions) antamista. Edellisistä muodostuu seksuaalineuvonnan kokonaisuus. Antamalla lupa, tietoa ja joitakin erityisohjeita suuri osa asiakkaista saa avun. Seksuaalineuvontaa voidaan antaa yksilöllisenä tai pienryhmässä. Neljäs taso eli intensiivinen terapia (Intensive Therapy), kuuluu erityispalvelujen piiriin ja sitä tarvitaan vasta siinä vaiheessa, kun perustason ohjeilla annetuista ehdotuksista ja tehtävistä ei ole ollut apua. (Annon 1976, 3-4; Ilmonen 2006, 45; Ilmonen 2008a, 79; Pietiläinen 2007, 554.)

Kun vaihdevuosi-ikäinen nainen on asiakkaana, terveydenhoitajan ensimmäinen tehtävä on auttaa asiakasta tunnistamaan hänen voimavaransa ja tukea niiden käyttöä sekä elämässä selviytymistä. Tämä ei aina toteudu, koska asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen jää usein terveydenhuollossa resurssipulan vuoksi vähäiseksi. Tärkein tekijä asiakkaan ja terveydenhoitajan onnistuneelle ohjaus- tai neuvontatilaisuudelle on toimiva vuorovaikutus. Työntekijän oma ammatillisuus ja vuorovaikutusosaaminen vaikuttavat tasa-arvoisen ja avoimen ilmapiirin luomiseen. Vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaalineuvonta edellyttää terveydenhoitajalta tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa osaamista ja rohkeutta puuttua ja eläytyä tarvittaessa elämänkulun vaiheisiin. Jos tapaamiskerralla ei ehditä käydä asioista loppuun, voidaan varata uusi aika tai palata käytyyn keskusteluun puhelimitse tai sähköpostitse. (Juvonen 2009, 28; STHL 2008a, 6.)

PLISSIT-mallin mukainen luvan antaminen tarkoittaa sitä, että työntekijän myönteisellä ja sallivalla suhtautumisella seksuaalisuuteen, asiakas saa rohkeutta puhua aiheeseen liittyvistä asioista. Luvan saaminen voi myös auttaa luopumaan seksuaalisuuteen liittyvistä myyteistä, uskomuksista, syyllisyyden - ja häpeän tunteista. Luvan antamisessa on tärkeää asiakkaan ja terveydenhoitajan yhteinen käyttösanoisto ja kysymysten muotoilu niin, että ne ovat avoimia eivätkä sisällä päätelmiä tai normittamista. Käytettyjen käsitteiden ymmärtäminen on hyvä varmistaa. Vaihdevuosi-ikäiset naiset kärsivät usein pitkään limakalvojen kuivuudesta ja kohdun- ja virtsarakon laskeumista johtuvista ongelmista ja tuntevat suurta helpotusta, kun kuulevat ongelmien yleisyydestä ja hoitomahdollisuuksista. Työntekijä ei voi antaa lupaa mihin tahansa, vaan esimerkiksi parisuhteessa molempien osapuolien huomioiminen on tärkeää. (Ilmonen 2006, 47-51; Ilmonen 2008a, 80-81.) Myös kuumista aalloista, hikoilukohtauksista ja univaikeuksista keskustellaan paljon terveydenhoitajien kanssa. Näissä tilanteissa terveydenhoitaja voi antaa asiakkaille kirjallista ohjausmateriaalia vaihdevuosista, kertoa niiden vaikutuksesta seksuaaliterveyteen ja kysyä hienovaraisesti, ovatko vaihdevuosi-oireet vaikuttaneet parisuhteeseen tai onko asiakkaalla seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 6).

Terveydenhoitaja voi antaa asiakkaalle tietoa (rajattu tieto) ja erityisohjeita asioissa, jotka huolestuttavat asiakasta. Turhia pelkoja ja ahdistusta voidaan välttää asianmukaisella tiedolla. Myös niistä asioista on tärkeää antaa tietoa, joista työntekijä

huomaa, ettei asiakkaalla ole tietoa tai se on vähäistä. Näitä tietoja ovat vaihdevuosi-ikäisillä usein mm. vaihdevuosien itsehoitokeinot, estrogeenihoito limakalvojen vahvistamiseksi, liukuvoiteet yhdyntävaikeuksissa ja hormonihoito. Psykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista kysymyksistä yleisiä ovat vaihdevuosi-ikässä alkavat ulkonäköön liittyvät muutokset, kuten painonnousu ja vartalon mallin muuttuminen, jotka vaikuttavat naisen itsetuntoon ja käsitykseen naiseudestaan ja saattavat johtaa jopa masennukseen. Mielialaoireita lisäävät myös unihäiriöt ja väsymys. Terveystietä voi antaa tietoa ja ohjausta itsehoitokeinoista ja hormonihoitoistakin, mutta hormonihoitojen aloittamista varten asiakas ohjataan lääkärille. Myös tilanteissa, joissa terveydenhoitaja tuntee tietämättömyyttä ja epävarmuutta tai annetuista ohjeista ei ole ollut apua, kannattaa konsultoida asiakkaan luvalla asiantuntijaa tai ohjata asiakas tarpeen mukaan esimerkiksi lääkärille, seksuaaliterapeutille/ -terapeutille tai psykologille. (Ilmonen 2006, 45, 47-55; Rautiainen 2006, 231-232.) Lääkärille kuuluvia asioita vaihdevuosi-ikäisillä naisilla ovat esimerkiksi gynekologiset tulehdukset, laskeumat, joissa lantionpohjan lihasten harjoittamisesta ei ole enää apua tai muut asiat, joissa vakavampi sairaus halutaan pois sulkea.

2.5.2 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen osana ammatillista kasvua

Sekä asiakkaissa että työntekijöissä seksuaalisuuteen liittyvät ilmiöt herättävät monenlaisia tunteita. Tunteiden kohtaaminen on haasteellista, mutta se on myös mahdollisuus (Ilmonen 2006, 50.) Työntekijöiden on päivitettävä tietojansa, tarkistettava seksuaalisuuteen liittyviä asenteitaan ja pohdittava omaa seksuaalisuuttaan, jotta siitä puhuminen olisi asiakkaiden kanssa helpompaa. (Aho 2006.) Oman seksuaalisuuden tarkastelu ja hyväksyminen sekä itselle mielihyvää tuottavien asioiden tunnistaminen lisäävät itsetuntemusta ja vaikuttavat myönteisesti ammatilliseen kasvuun. (Ratia 2005, 26.)

Auttamistilanteessa työntekijä toimii ihmiskuvansa, elämäkokemuksensa, koulutuksensa ja omaksumansa ammatillisen viitekehänsä pohjalta. Seksologian alueella erityisen tärkeää on oman seksuaalisuuden kohtaaminen eli työskentely omien seksuaalisuuteen liittyvien tunteiden, arvojen, normien, asenteiden ja uskomusten kanssa. Lapsuudessa saadut kokemukset vaikuttavat seksuaalisuuteen ja

sukupuolisuuteen suhtautumiseen. Mitkä asiat ovat olleet luvallisia, miellyttäviä ja nautinnollisia ja mitkä ahdistavia, hävettäviä, kiellettyjä tai pelottaviakin. Myös se vaikuttaa, miten näistä asioista on kerrottu ja eri tavoin annettu ymmärtää.

Seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja uskomukset opitaan usein ilman kielellistä viestintää kodin ja ympäristön ilmapiiristä. Nykyäänkin seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat ovat monille arkaluontoisia aiheita. (Ilmonen 2006, 43.)

Oman seksuaalisuuden kohtaaminen mahdollistuu Ratian (2005) mukaan oikean ajoituksen ja motivaation sekä vapautuneen ja luottamuksellisen ilmapiirin kautta. Laajentunut, tietoisempi käsitys ja tieto seksuaalisuuden monimuotoisuudesta, myyttien, omien asenteiden ja estojen merkityksestä edesauttaa oman seksuaalisuuden kohtaamisessa. Motivaation oman seksuaalisuuden käsittelyyn ja siinä kehittymiseen täytyy lähteä omasta itsestä. Itsetuntemusta lisää myös omien vahvuuksien, heikkouksien ja rajojen tunnistaminen. (Ratia 2005, 24.) Omien seksuaalisuuteen liittyvien tunteiden, tarpeiden, arvojen, asenteiden ja normien syvällinen käsitteleminen eli reflektointi on edellytys sille, että voi kohdata asiakkaan seksuaalisuuden. Asiakas ei voi olla huomaamatta, jos aihe aiheuttaa työntekijälle vaivautuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Työntekijä voi ohjatessaan ja neuvoessaan jopa estää seksuaalisuudesta keskustelemisen, jos hän ei ole kohdannut omaa seksuaalisuuttaan. (Ilmonen 2008b, 81-82; Ryttyläinen & Valkama 2010, 134, 136.) Uusien asioiden edessä työntekijällä on lupa olla ahdistunut ja kokea voimattomuutta. Halutessaan kehittyä ammatissaan hänellä tulee olla mahdollisuus koulutukseen tai työnohjaukseen. Vaikeilta tuntuissa, asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvissä tilanteissa, keskustelusta kollegan tai esimiehen kanssa voi myös olla apua. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137, 141, 221.)

2.5.3 Ammatillisuus

Neuvola koetaan luontevaksi paikaksi keskusteluun sekä neuvonnan ja tuen hakemiseen seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa (Ala-Luhtala 2008, 71). Terveystieteiden ammattitaitoon luotetaan, sen vuoksi oman ammattitaidon pohtiminen on tärkeää (Aho 2006). Oman ammatillisuuden perusta on teoretieto ja kokemus. Ammatillisuus edellyttää perustietojen hankintaa ja tietojen päivittämistä ainakin muutaman vuoden välein sekä teoretiedon hyödyntämistä muilta

ammattialoilta. Terveystyön tulee perustua viimeisimpään tutkittuun tietoon. Kaiken uuden tiedon omaksuminen ei ole tärkeää, vaan tieto, mistä ja miten tietoa voi saada. Omia näkemyksiään voi laajentaa ja tietoa saada lisää myös konsultoimalla eri alojen ammatti-ihmisiä sekä työnohjauksessa. Työssä joutuu pohtimaan aiemmin opitun riittävyyttä ja koulutuksen tarvetta aina uusien haasteiden ja tilanteiden eteen tultessa. (Ilmonen 2006, 45; Ketola 2006, 61; Kyrölahti 2005, 65.)

Terveystyöajankoulutuksessa saadaan laaja-alaiset valmiudet terveyden edistämistyöhön, asiakkaiden kokonaisvaltaiseen ja ammatilliseen kohtaamiseen, kansanterveystyöhön ja itsenäiseen päätöksentekoon (STHL 2008b, 4). Seksuaaliterveyden opinnot kuuluvat lähes aina terveydenhoitajaopintoihin. Kuitenkin seksuaaliterveyden edistämisen opetuksen määrässä ja laadussa on suuria eroja eri oppilaitosten kesken. Osassa oppilaitoksista tieto- ja taitotaso voidaan saavuttaa, mutta osassa seksuaalinen kohtaaminen asiakkaan kanssa voi jäädä harjoittelematta eikä osa sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoista saa lainkaan opetusta seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista (Järvinen & Mällinen 2009, 36, 45; Ryttyläinen ym. 2008, 14). Järvisen ja Mällisen (2009) opinnäytetyössä tulee esille, että ammattikorkeakouluissa, seksuaaliterveyden ja seksologian sisältöalueista, vastuupettajat pitivät terveydenhoitajien opinnoissa tärkeimpinä mm. eri-ikäisten seksuaalisuuden kohtaamisen pääpiirteitä ja elämäntapaan liittyvää seksuaalista kehitystä (Järvinen & Mällinen 2009, 36).

Perus- ja täydennyskoulutukseen tarvitaan seksologian opintoja, jotta seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalisuuden tukeminen osana terveydenhoitajan työtä olisi mahdollista (Ryttyläinen ym. 2008, 12). Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen myös täydennyskoulutuksen avulla on terveydenhoitajan ammattieettinen velvollisuus. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on mm. antaa valmiuksia terveydenhoitajan toiminnan kehittämiseen ja arviointiin, vastata työelämän muuttuviin tarpeisiin, lisätä työhyvinvointia ja terveydenhoitajan luovuutta ja rohkeutta. (STHL 2008b, 4-5.)

Ihmisarvon kunnioittaminen ja asiakkaan yksilöllisten ja yhteisöllisten tarpeiden huomioiminen on terveydenhuollon keskeinen eettinen perusta (Ilmonen 2006, 45). Terveystyöajankoulutuksen ammattihenkilöiden työtä ohjaavat eettiset periaatteet, joiden tarkoituksena on tukea eettistä päätöksentekoa heidän työssään.

Seksuaaliterveydenedistämässä terveydenhoitajat tarvitsevat oman ammattiryhmänsä eettisten ohjeiden lisäksi myös tietoa myös seksologian ammattietiikan periaatteista. (NACS 2000; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Pohjoismaisen seksologiyhdistyksen eli NACS: in, Suomen Seksologinen Seura ry:n ja sairaanhoidajan eettisissä periaatteissa on paljon yhteistä, kuten luottamuksellisuus (vaitiolovelvollisuus), tasa-arvoisuus, oikeudenmukaisuus, asiakkaan ja potilaan arvokkuus, itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus. Samoin ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen sekä oman raajallisuuden myöntäminen koetaan tärkeiksi. Nykyään tiedonsiirtoihin vaadittava kirjallinen lupa kuuluu myös molempien eettisiin ohjeisiin. Asiakasta täytyy kohdella kunnioittavasti ja yksilöllisyys huomioiden. Seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa yksityisyys ja hienotunteisuus korostuvat. Seksologian ammattietiikan ohjeissa (2009) korostuu asiakkaan ruumiillinen koskemattomuus ja arvoneutraalius. Kosketusta vaativiin toimenpiteisiin on saatava asiakkaan lupa ja ne on selitettävä etukäteen. Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyssä työntekijän on oltava asiakkaan elämäntapaan, seksuaalisuuteen ja ihmissuhteita koskevan arvomaailman suhteen neutraali. (NACS 2000; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996; Suomen Seksologinen Seura ry 2009.)

Terveydenhuollossa korostetaan ensisijaisesti asiakkaiden tarpeiden huomioimista verrattuna työntekijän tarpeisiin sekä selvän rajan tekemistä hoito- ja henkilökohtaisten suhteiden välille. Asiakkailta on itsemääräämisoikeus eli oikeus osallistua päätöksentekoon itseään koskevissa asioissa ja saada tietoa asiakirjoista, hoitosuunnitelmista, tavoitteista ja keinoista, jotka liittyvät häneen. (Ilmonen 2006, 45; Ketola 2006, 61.) Terveydenhuollon työntekijöiden eettisyyteen kuuluu myös asiakkaan ja potilaan omaisten ja läheisten kanssa tehtävä yhteistyö. Ammattikuntien jäsenten pitää tukea toisiaan, kunnioittaa oman ja toisten ammattikuntien työtä ja vastata yhdessä työhyvinvoinnista. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa perusterveydenhuollon mahdollisuuksista vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Tarkoituksena on myös lisätä terveyskeskuksen henkilökunnan myönteistä asennetta seksuaaliterveyttä kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata naisten toiveita, terveydenhoitajien ammatillista osaamista ja koulutustarpeita vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyttä tukevista palveluista. Pitkällä tähtäimellä tavoitteena on myös seksuaaliterveyspalvelujen kehittäminen perusterveydenhuollossa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista palvelua vaihdevuosi-ikäiset naiset ovat saaneet perusterveydenhuollosta seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa?
2. Mitä toiveita vaihdevuosi-ikäisillä naisilla on seksuaaliterveyteen liittyvistä perusterveydenhuollon palveluista?
3. Millaiseksi terveydenhoitajat kokevat ammatillisen osaamisensa vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen, koska haluan tietää, millainen yksilön käsitys on vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämisestä perusterveydenhuollossa ja miten sitä kuvataan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa. Aineiston määrä on tutkimuskohtainen. Tärkeää on, että tutkimukseen osallistujilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai he tietävät siitä mahdollisimman paljon. Tiedonantajien valinta ei ole satunnaista vaan harkittua ja sopivaa tarkoitukseen. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004, 19, 87 – 88.)

Kvalitatiivinen tutkimusote sopii tutkimuksiin, joissa ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista ja tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla (Metsämuuronen 2008, 14). Kvalitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin miksi ja miten ja sen tavoitteena ymmärtää syvällisemmin käyttäytymisen ja mielipiteiden takana olevia syitä. Lisäksi se tarjoaa mahdollisuuden jatkokysymyksiin. (Solatie 2001, 16.) Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi ominaisuus on aineiston ilmaisullinen rikkaus ja monitasoisuus, se voi olla moniulotteista kuten elämä (Alasuutari 1995, 76). Opinnäytetyössäni aineiston tuottamistilanne oli suunniteltu ja järjestetty tätä opinnäytetyötä varten, mutta etukäteen ei voinut tietää miten paljon keskusteluiden rikkaudesta tuli analysoitavaksi ja mitä siitä jäi tarkemman analyysin ulkopuolelle. Vaikka litteroinnin suorittaisi hyvinkin yksityiskohtaisesti, se on silti vajavaista siihen informaatioon, minkä saa kuuntelemalla nauhoitettua keskustelua. (ks. Alasuutari 1995, 75-76.)

Vilkan (2005) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tärkeä tehtävä on olla myös emansipatorinen. Se on tutkittavien ymmärryksen ja myönteisen ajattelun ja toimintatapojen lisääntymistä tutkittavaa asiaa kohtaan. (Vilka 2005, 103.) Se onnistuu hyvin ryhmäkeskustelun avulla, joka on opinnäytetyöni aineiston keruumenetelmänä. Ryhmäkeskusteluun osallistujat eivät ole vain tiedon hankkimisvälineitä, vaan tavoitteena on, että he kokevat keskustelun myönteisenä ja että se lisää heidän mielenkiintoaan seksuaaliterveyden edistämistä kohtaan.

4.1 Opinnäytetyön kohderyhmät

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli kaksi kuuden hengen ryhmää. Toisessa ryhmässä oli 45 - 54-vuotiaita naisia ja toisessa terveydenhoitajia. Valitsin ikäryhmäksi 45 - 55-vuotiaat naiset, koska suomalaisilla naisilla vaihdevuodet ajoittuvat keskimäärin 45 - 55 ikävuoden välille, viimeiset kuukautiset ovat keskimäärin 51-vuotiaana (ks. Hausbrandt & Tavi 2007, 18; Punnonen 2004, 23; Rutanen & Ylikorkala 2004,12). Sitä edeltävää ja sen jälkeistä muutaman vuoden pituista ajanjaksoa, jolloin munasarjojen toiminta heikkenee ja lopulta sammuu kokonaan, kutsutaan vaihdevuodeksi (Hausbrandt & Tavi 2007, 17).

Ryhmäkeskusteluun osallistuvien määrä riippuu tutkimuksen aiheesta, osallistujista, tutkimusongelman luonteesta, keskustelurungon pituudesta ja tutkimuspaikasta. Ihanteellinen määrä on 6-8 henkilöä. Pienemmällä osallistujamäärällä saadaan syvällisempiä mielipiteitä, mutta ryhmä voi myös kärsiä ryhmäläisten erilaisista temperamenteista ja yhteen sopimattomista henkilökemioista. Isompi ryhmä pyrkii hiomaan voimakkaimpia luonteita ja hyvinkin erilaiset kannanotot saavat useampia kannattajia. Asiantuntijaryhmien kohdalla voidaan käyttää myös kuutta henkilöä pienempiä ryhmiä. (Solatie 2001, 21 - 22; Valtonen 2005, 223.)

Tutkimuskysymyksestä riippuu, keitä ja millaisin perustein heidät kutsutaan osallistumaan tutkimukseen. Se, ovatko osallistujat keskenään tuntemattomia, puolittuja vai esimerkiksi tuttuja työkavereita, vaikuttaa vuorovaikutuksen luonteeseen ja siten koko keskustelun lähtökohtatilanteeseen. Siihen vaikuttaa myös osallistujien status. Yleisesti ajatellaan, että keskustelu ryhmässä olisi helpompaa, jos jäsenet edustaisivat jotakin ”samaa”, silloin heillä olisi yhteinen pohja ja mielenkiinto keskusteltavaan aiheeseen. Yhteinen tehtävä ja tavoite ovat edellytys ryhmän toiminnalle. (Valtonen 2005, 228-229.) Opinnäytetyöni ryhmäkeskustelutilaisuuksissa naisten ryhmässä osa osallistujista oli toisilleen vieraita, mutta olin etukäteen huomionnut sen, että jokaisella osallistujalla oli ryhmässä myös tuttuja henkilöitä. Yhteinen tekijä naisilla oli ikä. Terveystenhoitajia yhdisti ammatti ja osalla oli myös pitkä yhteinen työhistoria.

Onnistumisen kannalta ryhmäkeskusteluun osallistuvien rekrytointi on avainasemassa. Ihanteellisten osallistujien löytämiseksi rekrytoijan tulee tietää tutkimuksesta ja sen toteutuksesta mahdollisimman paljon. Se antaa tutkimuksesta turvallisen ja asiallisen kuvan. Rekrytoijan tehtäviin kuuluu esittää asia niin kiinnostavasti ja innostavasti, että rekrytoitavat haluavat osallistua tutkimukseen ja tulevat paikalle keskustelutilaisuuteen. (Ahola-Hyppönen & Rautio 2007, 19 - 20; Valtonen 2005, 229.)

Naisten ryhmän jäsenten rekrytoimiseen vaikutti myös esitetaus. Esitetaatessani kysymyksiä ystävälläni, hän huomasi, ettei terveyskeskuksen työntekijänä tiennyt kotikaupunkinsa käytäntöä vaihdevuosi-ikäisten naisten perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudesta, koska oli aina tarvitessaan saanut apua terveyskeskuksen tutulta terveydenhoitajalta. Terveyskeskuksen henkilökunta saa siis helpommin ja

nopeammin tietoa ja apua, koska hän tietää keneltä voi kysyä eikä vastaanottoaikaa välttämättä tarvita. Tämä huomio vaikutti ryhmän kokoamiseen siten, ettei hoitohenkilökuntaa kaupunkimme terveyskeskuksesta kutsuttu mukaan ryhmäkeskusteluun.

Terveydenhoitajaryhmä koostui laaja-alaista terveydenhoitotyötä tekevistä terveydenhoitajista sekä työterveyshoitajista. Ryhmään kuuluvien terveydenhoitajien työkokemus oli muutamasta kuukaudesta useisiin kymmeneen vuosiin. Yksi osallistujista oli työssä toisella paikkakunnalla. Lisäksi heidän ammatillinen koulutuksensa terveydenhoitajaksi vaihteli suuresti. Osa oli valmistunut terveydenhoitajiksi erikoistumiskoulutuksen kautta, osalla oli 3,5- vuotinen opistotason tutkinto, yksi oli suorittanut 3,5-vuotisen ammattikorkeakoulututkinnon ja yksi oli valmistunut terveydenhoitajaksi nykyisen käytännön mukaan eli neljä vuotta kestävien ammattikorkeakouluopintojen kautta.

Henkilöiltä voidaan kysyä kiinnostuksesta osallistua tutkimukseen joko henkilökohtaisesti tai puhelimitse. Suostuneiden yhteystiedot otetaan ylös ja heille annetaan kutsu tilaisuuteen, josta muistutetaan soittamalla tai tekstiviestillä viimeistään päivää ennen, samalla varmistetaan osallistuminen. (Liite 2) (Ahola-Hyppönen & Rautio 2007, 18 – 19; Solatie 2001, 26.) Syyskuussa 2009 kerroin terveydenhoitajien kokouksessa lyhyesti opinnäytetyöstäni, siihen liittyvästä tietojenkeruumenetelmästä ja että tarkoitukseni on järjestää ryhmäkeskustelutilaisuus. Samalla esitin toivomuksen, että mahdollisimman moni heistä osallistuisi siihen. Kaikille ryhmäkeskustelusta kiinnostuneille annoin lomakkeen, johon olin kirjoittanut tietoja tutkimuksesta, ryhmäkeskustelusta, nauhoituksesta ja luottamuksellisuudesta. Lomake toimi allekirjoitettuna myös osallistujien suostumuslomakkeena. (Liite 2) Opinnäytetyöni toisen kohderyhmän, joka koostui 45 – 55-vuotiaista naisista, kiinnostusta keskustelutilaisuuteen kysyin henkilökohtaisesti tilanteen mukaan joko vastaanotolla, vastaanoton jälkeen tai puhelimitse. Kirjallisen suostumuslomakkeen annoin osalle etukäteen heti rekrytoimisen yhteydessä ja loput saivat sen täytettäväksi ryhmäkeskustelutilaisuuden alussa.

4.2 Ryhmäkeskustelu tiedonkeruumenetelmänä

Aineiston keruumenetelmänä oli focusryhmätutkimuksiin kuuluva ryhmäkeskustelu, koska se soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa pyritään selvittämään osallistujien asenteita ja mielipiteitä keskusteltavasta aiheesta. Ryhmäkeskustelu sopii myös silloin, kun halutaan ymmärtää ihmisten motivaatioita, arvoja ja käyttäytymistä. Se on järjestetty keskustelutilaisuus, jossa mukaan kutsutut ja siihen vapaaehtoisesti suostuneet henkilöt keskustelevat fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti tietystä aiheesta, noin parin tunnin ajan. (Solatie 2001, 105; Valtonen 2005, 223 - 232.) Focusryhmien dokumentoinnissa käytetään nauhoitusta tai videointia, koska ne mahdollistavat yksityiskohtaisen ja huolellisen perehtymisen keskustelun kulkuun analysointivaiheessa. Ryhmäkeskustelussa voi nousta esille kymmeniä tärkeitä asioita muutaman minuutin aikana. (Solatie 2001, 52.) Ryhmäkeskustelussa pyritään osallistujien väliseen vuorovaikutukseen. Kysymysten lisäksi voi käyttää erilaisia virikemateriaaleja kuten lehtileikkeitä tai kuvia. Ryhmäkeskustelun avulla voi osallistujien me-henki vahvistua, kun omia kokemuksia voi jakaa vertaisten kanssa. Ryhmäytymisessä voi auttaa myös tarjoilu, ruualla ja nautintoaineilla on kulttuurisesti yhdistävä rooli. (Valtonen 2005, 223 - 232.)

Ryhmäkeskustelun vetäjä joutuu miettimään tarkkaan teemat ja kysymykset, niitä ei saa olla liikaa ja niiden muodon tulee olla sellainen, että osallistujat saadaan kuvailemaan, vertailemaan ja kertomaan kokemuksistaan monipuolisesti. Laadullisen tutkimusmenetelmän aineiston keruussa kappalemäärä ei ole tavoitteena, vaan aineiston sisällöllinen laajuus. (Vilka 2005, 106, 109.) Suunnittelin ryhmäkeskustelun teemarunkoon (Liite 3) tutkimuskysymysten perusteella neljä pääteemaa: vaihdevuodet, seksuaaliterveys, perusterveydenhuollon palvelut ja terveydenhoitajien ammatillinen osaaminen, joista viimeinen oli tarkoitettu vain terveydenhoitajille. Kysymykset eivät vaatineet pitkiä vastauksia ja eikä vastaamiseen tarvittu erityistietoa. Kysymyksillä haettiin vastaajan omakohtaisia kokemuksia, ennakkokäsityksiä, tunteita ja toiveita. Pohdin, että etenkin vaihdevuositeema saisi aikaan paljon keskustelua, jossa osallistujat jatkaisivat ja täydentäisivät toistensa kertomuksia. Jatkokysymyksiin varauduin perehtymällä hyvin pääteemojen mukaisiin aiheisiin.

Valtosen (2005) mukaan ryhmäkeskustelussa verbaalit kysymykset ovat keskeisellä sijalla vuorovaikutuksen luomisessa. Avoimilla kysymyksillä ilmaistaan se, mistä ja miten osallistujien odotetaan keskustelevan. Usein kysymyksillä pyydetään kertomaan aiheeseen liittyvistä tapahtumista ja kokemuksista. Ryhmäkeskustelussa kertomuksissa ei mennä syvälle henkilökohtaisiin kokemuksiin ja tarinat ovat tyypillisesti lyhyitä. Tarkoituksena on, että osallistujien kertomukset jatkavat ja täydentävät toisiaan. Keskustelun ylläpitäjän eli moderoijan on varauduttava myös jatkokysymyksiin. (Valtonen 2005, 235.) Tämän opinnäytetyön ryhmäkeskusteluissa henkilökohtaisia kokemuksia aiheisiin liittyen tuli esille runsaasti, mikä edesauttoi toisia osallistumaan keskusteluun ja kertomaan omia ja tuttavienkin kokemuksia. Monet tapahtumista, jotka tapahtumahetkellä olivat tuntuneet vaikeilta tilanteilta, saivat nyt humoristisen sävyn. Mielestäni vilkkaaseen keskusteluun vaikuttivat myös pitkät työkokemukset, toistensa tunteminen hyvin ja se, että keskustelun aiheet koskettivat monia henkilökohtaisesti.

Solatie (2001) toteaa focusryhmätutkimusten pohjautuvan osallistujien sanomisten lisäksi myös siihen, miten asiat sanotaan. Puhuttujen sanojen lisäksi tärkeitä ovat sanomatta jätetyt sanat, kasvojen ilmeet, liikkeet ja eleet. Osallistujat keskustelevat omaehtoisesti, omalla kielellään, asioista, jotka kokevat heille itselleen tärkeiksi tai asioista, joita eivät pidä tärkeinä. Focusryhmätutkimuksissa ei sanoja aseteta valmiiksi osallistujien suuhun eikä hänen tarvitse vastata valmiin vastausrakenteen mukaan, vaan oman kokemusmaailmansa mukaan. Kysymyksiin pitäisi saada perusteellisia ja syvällisiä vastauksia. (Solatie 2001, 106.) Opinnäytetyötäni varten pidetyissä ryhmäkeskustelutilaisuuksissa keskustelut nauhoitettiin. Tilat eivät olleet kirkkaasti valaistuja, mikä vaikutti siihen, ettei pienten ilmeiden ja eleiden havaitseminen ollut helppoa. Huomioin lähinnä taukoja, odotusta keskustelun vuoron saamiseksi ja valmistautumista keskusteluun esimerkiksi asentoa muuttamalla.

Ahola-Hyppönen, Rautio (2007) sekä Valtonen (2005) pitävät tärkeänä, että ryhmän jäsenten välisessä keskustelussa esille nousseet, heidän tärkeinä pitämänsä aiheet ja teemat keskustelurungon ulkopuolelta, otetaan mukaan keskustelun piiriin. Yksi ryhmäkeskustelun erityinen anti ovat asiat, joita ei ole osattu huomioida suunniteltaessa keskustelunrunkoa. Ideaalissa ryhmäkeskustelussa kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat keskusteluun, mutta ryhmässä saattaa olla joku puhelias henkilö, joka dominoi keskustelua. Moderaattorin tehtävänä on hienovaraisilla eleillä, kuten

asennon vaihtamisella, katseen ja kehon kääntämisellä toisten ryhmäläisten puoleen viestittää puheenvuoron antamisesta muillekin ja rohkaista toisia osallistumaan keskusteluun. Dominoiva henkilö voi olla myös ryhmän vaikenija, koska vaikeneminen ei ole neutraali vaihtoehto. Osallistujien hiljaisuuden ja erilaisten hiljaisuuksien hallitseminen on myös ryhmän vetäjän tehtävä, yksi syy hiljaisuuksiin voi olla vaikeat, kiusalliset, epäsopivat, naiivit ja asiaankuulumattomat kysymykset. (Ahola-Hyppönen 2007, 21; Solatie 2001, 40; Valtonen 2005, 236 – 237.)

Ryhmäkeskustelu onnistumisen kannalta keskusteluympäristön olisi oltava mahdollisimman neutraali, jotta ympäristö ei veisi huomiota käsiteltävistä asioista. Kuitenkin osallistujien rentoutumisen ja luontevan keskustelun kannalta ympäristön tulisi olla viihtyisä. Kaikkien osallistujien olisi hyvä mahtua saman pöydän ääreen yhtä mukavasti, tasaveroisille paikoille. Keskustelun luontevuuteen ja alun epävarmuuden poistamiseen vaikuttavat myös tarjoilut, joilla osoitetaan tilaisuuden luonne. Tarjoilujen kautta osallistujien kontaktin ottaminen toisiinsa helpottuu ja se edistää sosiaalisen sopimuksen luomista. (Ahola-Hyppönen & Rautio 2007, 20; Solatie 2001, 24; Valtonen 2005, 234.)

Opinnäytetyöni ryhmäkeskustelut pidettiin kotonani ja työpaikkani taukahuoneessa, joten lähtökohdat viihtyisyyden lisäämiseksi ja neutraalin ja rauhallisen ympäristön järjestämiseksi olivat hyvin erilaiset. Kaikkien osallistujien istuminen saman pöydän ääreen onnistui molemmissa paikoissa. Tilojen neutraaliutta paransin viemällä ylimääräisiä tavaroita pois ja viihtyvyyttä lisäsin valaistuksella ja kattauksella. Häiriötekijöiden vähentämiseksi perheeni poistui kotoa keskustelun ajaksi ja taukuhuoneen oven ulkopuolelle laitoin lapun tilaisuudesta. Tarjoiluissa otin huomioon erikoisruokavaliot, mikä osoittaa tilaisuuden järjestäjän arvostavan osallistujia.

Virikemateriaalien kuten esitteiden, mainosten, aiheeseen liittyvien tuotteiden ja valokuvien käyttö ryhmäkeskustelussa antaa tilaisuuden ilmaista asioita muulla tavoin kuin tukeutuen perinteiseen verbaaliin kieleen. Samalla ne voivat tuottaa vallitsevaan puhetapaan verrattuna toisenlaista puhetta. Virikemateriaalit voivat olla keino lisätä osallistujien puheentuottoa ja rytmittää keskustelua. Etenkin mainokset toimivat usein arkikeskustelussakin puheen virittäjinä, koska ne sisältävät paljon kulttuurisia merkityksiä. Havaintomateriaalista voi riittää keskustelun vetäjän yksi kappale, mutta

toisinaan on hyvä varata jokaiselle omat kappaleet. (Valtonen 2005, 238.)
Opinnäytetyöhöni liittyvässä ryhmäkeskustelussa virikemateriaaleina olivat humoristiset kuvat ja lauseet keski-ikäisistä ja vanhemmista naisista, artikkeli Hyvä Terveys lehdestä (5, 2009) sekä Tommy Tabermannin (2006) runo Intohimoisten iltarukous.

4.3 Ryhmäkeskustelujen järjestäminen

4.3.1 Ryhmäkeskustelujen valmistelu

Ryhmäkeskustelun ajankohta järjestetään osallistujien toiveiden mukaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että keskusteluja ei järjestetä juhlapyhien läheisyydessä, lomien aikaan eikä esimerkiksi urheilukisojen aikaan, jos tiedetään, että ne kiinnostavat osallistujia. Viikonpäivistä parhaiten sopivat yleensä tiistai-, keskiviikko- ja torstai-illat. Työssä olevien osallistujien tulisi ehtiä rauhassa siirtyä keskustelupaikalle, mutta väliin ei saisi jäädä turhaa odotteluaikaa. (Ahol-Hyppönen & Rautio 2007, 16-17.)
Samalla, kun kerroin terveydenhoitajille opinnäytetyöstäni, tiedustelin heiltä myös toivomuksia ryhmäkeskustelupaikasta ja – ajankohdasta. Yhdistetty ryhmäkeskustelu ja saunailta kotonani, jonakin viikonloppuna, saivat kannatusta. Laitoin neuvolan taukhuoneen pöydälle kopion lokakuun kalenterista ja siihen sai jokainen terveydenhoitaja merkitä itselleen sopivat perjantai- ja lauantai-illat. Soitin myös terveydenhoitajalle, joka oli ollut kesällä sijaisena ja oli jo silloin ollut kiinnostunut osallistumaan opinnäytetyöni ryhmäkeskustelutilaisuuteen. Kysyin myös hänen toiveensa sopivasta viikonlopusta.

Naisten ryhmässä osallistujia oli tulossa usealta eri paikkakunnalta ja yhteisen ajankohdan löytyminen oli haastavaa. Tarkoitukseni oli järjestää molemmat keskustelut loppuvuoden 2009 aikana, mutta 45 - 55-vuotiaiden naisten ryhmäkeskustelutilaisuuden sain järjestettyä vasta alkuvuodesta 2010 eikä silloinkaan yksi keskustelutilaisuuteen lupautunut päässyt mukaan.

Pieni tutkimusjoukko edellyttää sitä, että mukaan valitaan ne henkilöt, joilta oletetaan saatavan tutkittavasta ilmiöstä parhaiten tietoa. Valinnassa huomioidaan mm. itsensä ilmaisemisen taito, puhekyky ja orientaatio maailmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 88.)

Opinnäytetyöhöni kysyin osallistujat ryhmäkeskusteluun henkilökohtaisesti, koska siten pystyin etukäteen ottamaan edellä mainitut asiat huomioon ja vaikuttamaan siihen, että pienestä ryhmästä saatiin mahdollisimman heterogeeninen. Mukana oli eri-ikäisiä, synnyttäneitä sekä gynekologisen leikkauksen läpikäyneitä naisia. Aikaisemmin mukaan jo lupautunut synnyttämätön nainen joutui perumaan osallistumisensa perhesyiden vuoksi. Mukana oli naisia, joilla vaihdevuodet antoivat vasta ensimmäisiä merkkejään ja naisia, joilla ne alkoivat mennä jo ohi. Sain keskusteluryhmääni osallistujan myös isommasta kaupungista, joten opinnäytetyössäni tuli esille näkökulma myös suuremman paikkakunnan perusterveydenhuollon palveluista seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa.

Aineiston keräämisessä teema- tai avoimen haastattelun ongelmana on usein se, että ei varmisteta niitä taustoja, kuten millaista elämää, kokemuksia ja käsityksiä vasten ihminen puhuu asiasta, vaan mennään suoraan tutkittavaan asiaan. Tarvittavat taustatiedot määritellään tutkimuskysymysten mukaan. (Vilka 2005, 110.) Tämä pätee myös ryhmäkeskusteluun. Koska tunsin kaikki osallistujat henkilökohtaisesti, tiesin heistä etukäteen siviilisäädyn, lapset, ammatit ja suurimman osan syntymävuodenkin eikä niillä ollut ikää lukuun ottamatta merkitystä opinnäytetyön kannalta, joten ryhmäkeskusteluun osallistuvilla naisilla en tarvinnut taustatietolomaketta. Terveystietojen taustatietolomakkeessa kysyin koulutusta terveydenhoitajaksi ja työkokemusta terveydenhoitajana sekä heidän mielipidettään siitä, onko koulutuksessa käsitelty seksuaaliterveyttä niukasti vai riittävästi. (Liite 4)

Solatie (2001) sekä Valtonen (2005) toteavat ryhmäkeskustelun aloitusvaiheen sisältävän usein jännitystä ja tarkkailun tunnelmaa molemmin puolin. Osallistujilla voi olla epämääräisiä oletuksia ja odotuksia yleensä tutkimuksista ja ryhmäkeskustelusta. Keskeinen osa on aloituspuheenvuorolla. Siinä kerrotaan tutkimuksen tarkoitus ja ryhmän säännöt: mistä, miksi ja miten ryhmässä on tarkoitus keskustella. Osallistujille esimerkiksi kerrotaan, että heidän ei edellytetä olevan asioista samaa mieltä eikä ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia, kaikkien kommentteja ja mielipiteitä arvostetaan. Aloituksessa kerrataan vielä tutkimuksen luottamuksellisuus ja nauhoittaminen tai videointi ja tallenteiden käyttö ja hävittäminen. (Solatie 2001, 36; Valtonen 2005, 232.)

Ryhmäkeskustelu aloitetaan ns. lämmittelyosuudella riippumatta käsiteltävästä aiheesta. Itsensä esittely keskusteltavan aiheen kautta tai keskustelu aiheeseen liittyvästä, oletettavasti kaikille osallistujille tutusta asiasta, voi purkaa epävarmuutta ja saa aikaan luontevan ilmapiirin. Osallistujat saavat kokemuksen, että heillä on yhteistä keskusteltavaa ja kaikilla on tasaveroinen oikeus puhua ja kuunnella. (Solatie 2001, 37; Valtonen 2005, 232-233.)

Lämmittelyosuuden jälkeen siirrytään varsinaiseen aiheeseen eli pääteemoihin. Pääteemat sisältävät tutkimuksen kannalta keskeiset asiat ja ne käsitellään tarkasti. (Solatie 2001, 37.) Teemat esitetasin 48-vuotiaalla ystävälläni 4.7.2009. Häneltä saamani palaute oli rehellistä ja kannustavaa. Esimerkiksi pohdimme, mitä vaihdevuosista kannattaa kysyä ja onko opinnäytetyön kannalta tärkeämpää kysellä oireita ja mitä apua niihin on saatavissa vai tunteita, ennakkokäsityksiä ja vaikutuksia elämänlaatuun. Päädyimme siihen tulokseen, että oireet tulevat todennäköisesti esille esimerkiksi vaihdevuosien vaikutuksissa elämänlaatuun, mutta oireita kysyttäessä elämänlaadun käsittely on vähäisempää. Seksuaaliterveydestä esitettävien kysymysten kohdalla pohdimme sitä, miten kysymysten muotoilu onnistuisi niin, että mahdollisesti vähemmän tunnetusta aiheesta syntyisi keskustelua. Sen vuoksi ensimmäisenä kysymyksenä seksuaaliterveys-teeman kohdalla oli, mitä sana mielestänne tarkoittaa? Sen jälkeen teeman muihin kysymyksiin vastaaminen olisi helpompaa ja vastaajat ehkä keskustelisivat aiheesta enemmän. Terveystieteiden ammattillisista osaamista kysyttäessä kysymysten asettelu oli vaikeaa, koska myös ystäväni mielestä terveydenhoitajat saattavat mielellään ja tiedostamattaankin vastata toiveideni mukaisesti. Yritin tehdä teeman kysymyksistä mahdollisimman avoimet ja monipuoliset, jolloin vastausvaihtoehtoja on paljon eikä kysyjän mielipide ei tule selvästi esille.

Ryhmänvetäjä pyrkii ohjaamaan keskustelua haluttuun suuntaan verbaalisten ja nonverbaalisten käytäntöjen avulla, mutta ei aktiivisesti osallistu keskusteluun. Moderaattorin tulee näyttää mm. ilmeillään, eleillään ja jatkokysymyksillään, että hän kuuntelee, sillä tavalla rento, puhelias ja arvokasta tutkimustietoa tuottava ilmapiiri säilyy parhaiten. Osallistujat seuraavat ryhmän vetäjän verbaalia ja nonverbaalia minimipalautetta (nyökkäily, katsekontakti jne.) ja he tekevät sen mukaan päätöksiä puhumisestaan. (Solatie 2001, 37; Valtonen 2005, 234 – 235.)

4.3.2 Ryhmäkeskustelujen eteneminen

Aloitin keskustelutilaisuudet toivottamalla osallistujat tervetulleeksi ja kertomalla miten tärkeää oli, että he ovat saapuneet paikalle. Seuraavaksi kerroin vielä lyhyesti opinnäytetyöstäni, sen tarkoituksesta, nauhoituksesta ja tilaisuuden kulusta sekä luottamuksellisuudesta. Kerroin myös, että nauhoituksen jälkeen litteroin heidän puheensa sanatarkasti, mutta en käytä opinnäytetyössäni heidän puheestaan suoria lainauksia, ellei joku osallistujista erityisesti halua sitä. (ks. Alasuutari 1995, 138). Ennen pääteemoihin siirtymistä näytin humoristisia kuvia vaihdevuosi-ikäisistä naisista ja lehtiartikkelin, jonka olin ottanut Hyvä Terveys lehdestä (5, 2009). Terveystieteiden tutkimusryhmän kanssa keskustelimme vain artikkelista. Artikkelin otsikkona oli ” Viisikymppinen nauttii tässä ja nyt.” Kuvien ja artikkelin avulla halusin osoittaa, ettei tilaisuudesta ole tarkoitus tulla vakava, vaan rento ja piristävä tilaisuus.

Haastattelujen nauhoituksen varmistin kahdella sanelukoneella, joista toisesta piti välillä kääntää kasettia, mikä vähän häiritsi tilaisuuksia. Molemmissa ryhmissä syntyi paljon keskustelua, etenkin omat kokemukset tulivat hyvin esille. Myös kaikki ryhmän jäsenet osallistuivat keskusteluun. Mielenkiintoista oli myös se, että osallistujat eivät arkailleet kertoa esimerkiksi ikäänsä, gynekologisia leikkauksiaan tai vaikeuksistaan saada lapsia. Oletin, että toisilleen vieraampien ihmisten kesken keskustelu olisi ollut vähäisempää, mutta eroa keskustelun määrässä ei ollut. Terveystieteiden tutkimusryhmässä, ehkä yhteisten kokemusten kautta, keskustelu eteni ajoittain enemmän aiheesta sivuun, mutta erittäin tärkeitä asioita terveydenhoitajan työn ja lisäkoulutustarpeen kannalta tuli esille myös sitä kautta.

Ennen keskustelun lopettamista asioita kerrataan ja yritetään löytää vielä tekijöitä, jotka mahdollisesti eivät ole nousseet esiin, samalla vähennetään tutkijan väärinymmärtämisen riskiä. Osallistujien ideoita ja terveisiä kysellään, koska terveistenkin myötä voi ilmaantua tutkimuksen kannalta oleellisia asioita. Ryhmäkeskusteluun osallistujille annetaan usein palkkio, jonka suuruuden pitäisi olla suhteessa vaivaan, minkä tutkimukseen osallistuminen henkilölle aiheuttaa. Keskustelun lopuksi kiitetään hyvästä keskustelusta ja arvokkaista kommentteista. Hyvä ryhmäkeskustelu antaa mahdollisuuden kaikkien osapuolten maailman avartumiseen. (Solatie 2001, 46.) Kun olimme ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden

kanssa käyneet läpi teemoittain ne kysymykset, jotka olivat keskustelurungossa, kysyin ryhmän jäseniltä haluaisiko joku heistä sanoa vielä jotakin. Sen jälkeen, kun keskustelua ei enää tullut, kiitin osallistujia ja kerroin haluavani lausua keskustelutilaisuuden päätteeksi heille vielä Tommy Tabermannin (2006) Intohimoisten iltarukouksen. Se sai hyvän vastaanoton ja naisten ryhmässä jokainen halusi runosta itsellensä kopion. Muistoksi illasta annoin kaikille osallistujille pienet lahjat.

Molemmat keskustelutilaisuudet järjestettiin perjantai-iltana, koska se sopi useimmille osallistujille parhaiten. Muutamaa päivää ennen keskustelutilaisuutta lähetin siitä tekstiviestinä muistutuksen henkilöille, joita en todennäköisesti näkisi ennen sovittua iltaa. Ryhmäkeskustelutilaisuudet olivat hyvin vapaamuotoisia ja niissä naurettiin paljon.

Ryhmäkeskusteluihin kului terveydenhoitajien ryhmässä aikaa 1h 30 minuuttia, naisten ryhmän keskustelu kesti 15 minuuttia vähemmän. Tehtävääni moderoijana en kokenut järjestetyissä ryhmäkeskustelutilaisuuksissa vaikeaksi, vaikka se oli minulle uusi asia. Osa keskusteluun osallistuneista antoi tilaisuuden jälkeen minulle hyvää palautetta ryhmäkeskustelun kulusta ja sen hyödyllisyydestä heille itselleen ja heidän työhönsä.

4.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa ja useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat jollakin tavalla sisällönanalyysiin. Sen avulla pyritään saamaan tiivistetyssä ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavana olevista ilmiöistä lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden välisistä suhteista. Analysoitava aineisto voi olla verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa, kuten päiväkirjat, puheet ja artikkelit. Sillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että sen avulla voidaan analysoida dokumentteja, tässä tapauksessa keskusteluja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 22 - 23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 45; Tuomi & Sarajärvi 2004, 93, 105.)

Aineistoja kuvaavat luokat ovat yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Merkityksen perusteella tekstin sanat, fraasit ja muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan eli samaa tarkoittaviin asioihin. Käsitteiden samanlaisuus riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. Sisällönanalyysi ei ole vain aineiston yksinkertaista kuvausta tuottavaa tekniikkaa, vaan siinä on kysymyksessä aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan yksityiskohtaisia sääntöjä analyysin tekemiseksi ei ole. Sisällön analyysissä voidaan edetä joko induktiivisella otteella aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin jotakin aikaisempaa käsitejärjestelmää käytetään hyväksi aineistonluokittelussa. Tässä vaiheessa tutkijan on ratkaistava keskittyykö hän analysoinnissaan vain ilmiselvästi ilmaistuihin vai ottaako hän huomioon myös piilossa olevat viestit. Sekä induktiivisessä että deduktiivisessä lähestymistavassa analyysiyksikön määrittäminen on ensimmäinen askel kohti analysointia. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana, lause tai keskusteluun osallistuneiden määrä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Opinnäytetyössäni analyysiyksikkönä oli lause. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla, mikä tarkoittaa analyysin etenemistä ns. yksityiskohtaisesta yleiseen. Deduktiivista päättelyä käytin kategorioiden nimeämisvaiheessa, koska osa kategorioiden nimistä oli tuttuja käsitteitä ryhmäkeskustelujen teemoista. Analyysin lopputuloksena saadaan kuvaavia kategorioita, malleja, käsitekarttoja, käsitteitä ja käsitejärjestelmiä tutkittavista ilmiöistä. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 45.) Opinnäytetyössäni tuloksia havainnollistetaan kategorioiden avulla.

Kuunneltuani nauhat kaksi kertaa läpi, litteroin eli kirjoitin auki keskusteluun osallistuneiden puheet sanatarkasti. Numeroin keskusteluun osallistujat pöydässä olleen istumajärjestyksen mukaan ja niitä numeroita käytin jokaisen kirjoitetun lauseen edessä, jotta pystyin myöhemmin tarkistamaan kenen lausumista oli kyse. Tästä oli hyötyä mm. selvitettäessä terveydenhoitajan ammatillisen koulutuksen merkitystä seksuaaliterveydestä saatuihin tietoihin. Litterointiin kului aikaa paljon enemmän kuin olin etukäteen suunnitellut. Sen jälkeen perehdyin huolellisesti tutkimusaineistoon, joskus aineiston voi joutua lukemaan läpi useita kertoja ennen kuin se avautuu tutkijalle. Luettavaa oli yli 60 sivua. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004, 95-97.)

Pelkistäminen, ryhmittely ja asbtrahointi kuuluvat aineistolähtöiseen analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94-97, 112-115). Pelkistäminen on tutkimuskysymyksiin liittyvien ilmaisujen koodaamista, joten seuraavaksi merkitsin erivärisillä kynillä lauseet, jotka liittyivät vaihdevuosiin, seksuaaliterveyteen, perusterveydenhuollon palveluihin, ammatilliseen osaamiseen ja terveydenhoitajien koulutuksiin. Koska ryhmäkeskusteluissa tuli esille myös tärkeitä, mutta ei suoranaisesti tutkimusaihetta koskevia asioita, halusin ottaa ne mukaan analysointiin ja merkitsin ne vielä eri värillä. En halunnut etukäteen rajata liian tarkkaan keskusteluissa esiin tulevia asioita, joita otin mukaan analysoitavaksi. Uudet ja kiinnostavat asiat olivat lopputuloksen kannalta merkityksellisiä. Ryhmittelyssä etsin aineistosta yhteneväisiä ja/tai eriäviä ilmauksia. Aluksi muodostin alkuperäisilmaisuista ryhmiä, joissa käsiteltiin esimerkiksi terveydenhoitajien elämäkokemuksen tuomaa osaamisen tunnetta ja naisten kokemuksia perusterveydenhuollon palveluista. Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin aineiston alakategorioihin tutkimuskysymysten mukaan. Seuraavaksi alakategoriat, jotka sisältävät samansisältöisiä asioita, yhdistin toisiinsa muodostamalla yläkategorioita (asbtrahointi) ja nimesin ne sisällön mukaan. Lopuksi yhdistin yläkategoriat kaikkia kategorioita kuvaavaksi isoksi kategoriaksi ja niiden kautta sain vastauksia tutkimuskysymyksiin. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7; Tuomi & Sarajärvi 2004, 94-97, 112-115.) Kuviossa 2 havainnollistetaan aineiston pelkistämistä esimerkin avulla.

Alkuperäinen lause

..lääkäri määräsi estrogeenigeeliä
kuumiin aaltoiin ja unettomuuteen } →

..terveydenhoitaja suositteli estrogeeni-
voidetta kuiville limakalvoille } →

..terveydenhoitaja ohjasi lantionpohja-
lihasten vahvistamista laskeumien
ehkäisyksi } →

Pelkistetty ilmaisu

..kuumien aaltojen ja unettomuuden
hoito estrogeenigeelillä

..kuivien limakalvojen hoito estro-
geenivoiteella

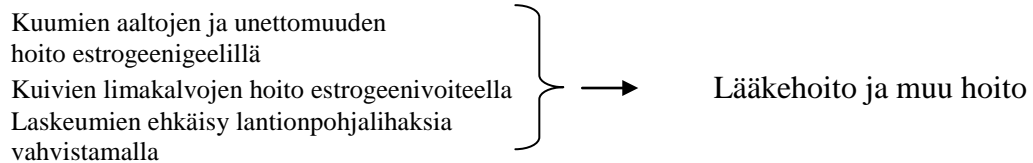
..laskeumien ehkäisy lantion-
pohjalihaksia vahvistamalla

Kuvio 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Pelkistetyt ilmaiset muodostuivat alkuperäislausumien kautta etsimällä yhteneväisiä tai eriäviä ilmaisia. Seuraavana oli alakategorioiden muodostaminen tutkimuskysymysten mukaan (kuvio 3).

Pelkistetty ilmainen

Alakategoria



Kuvio 3. Esimerkki alakategorian muodostamista

Seuraavassa vaiheessa samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi ja nimettiin sisällön mukaan (kuvio 4).

Alakategoria

Yläkategoria



Kuvio 4. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioiksi

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

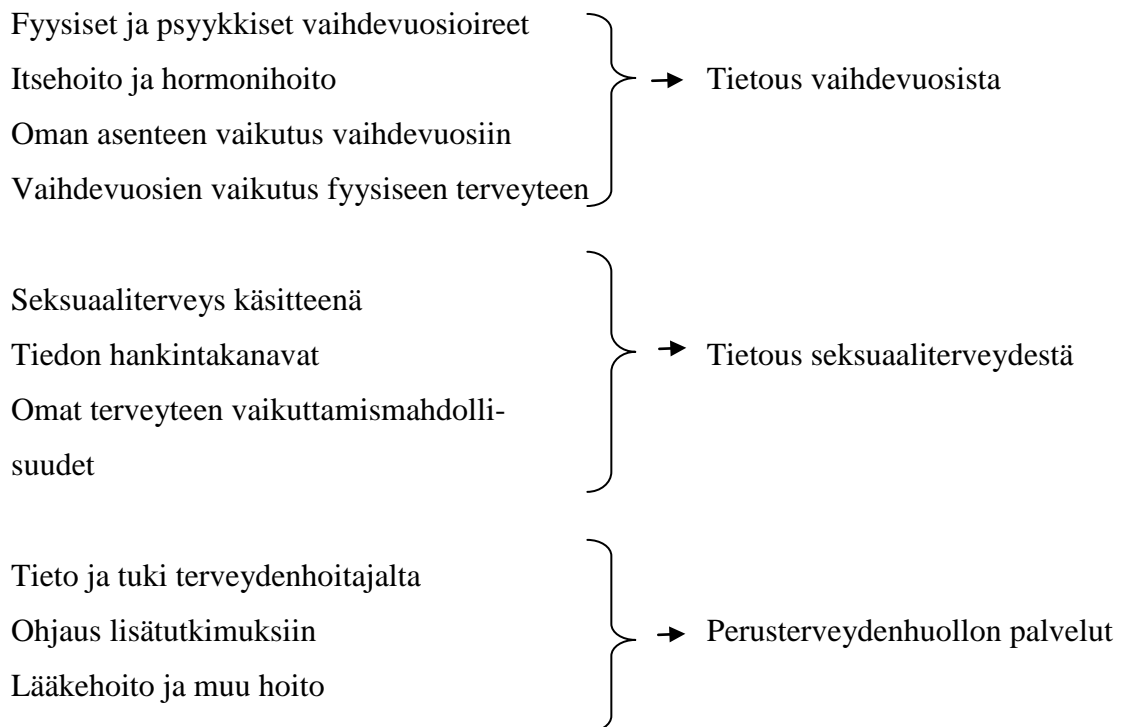
Vaihdevuosiin ja seksuaaliterveyteen vaikuttavat asiat ovat monimuotoisia ja ovat kytkeytyneet merkittävästi toisiinsa. Vaihdevuosien vaikutus naisen elämään ja terveydenhoitajan työhön vaihdevuosi-ikäisten naisten hoitotyössä asettavat omat haasteensa: miten naiset onnistuvat elämään täysipainoista elämää myös vaihdevuosien aikana ja miten terveydenhoitajat osaavat tarvittaessa tukea vaihdevuosi-ikäisiä naisia oikea-aikaisesti ja oikeilla tavoilla?

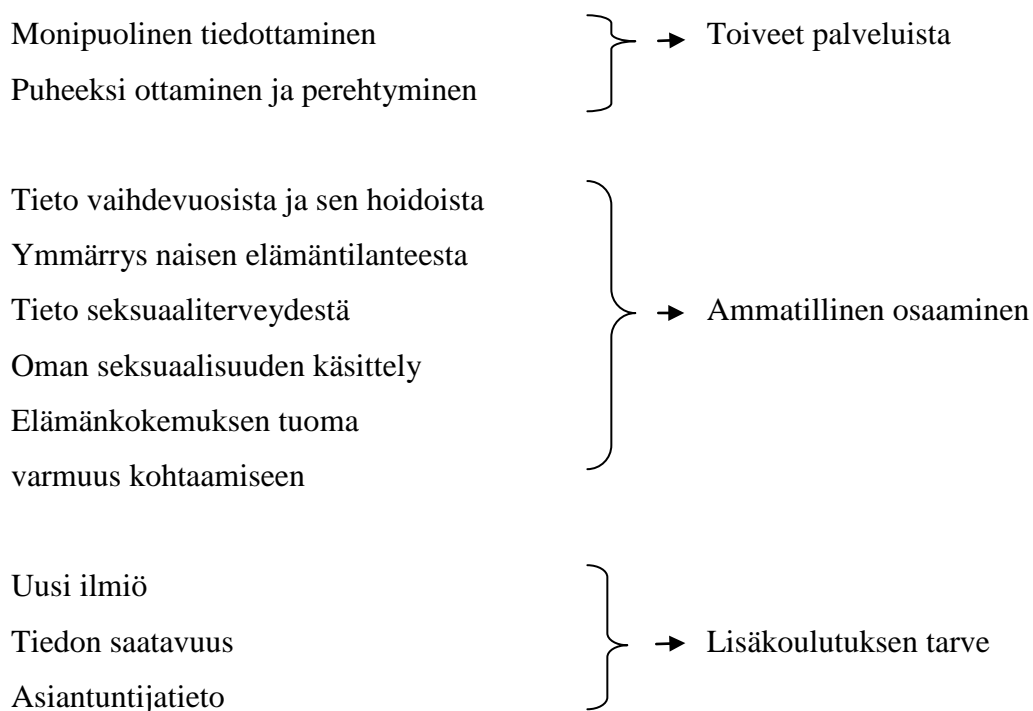
Tulosten esittelyä on pyritty havainnollistamaan ja selkiyttämään kategorioiden avulla. Kokonaiskuviossa 5. esitetään tässä opinnäytetyössä käytetyt kategoriat ja

niiden suhde toisiinsa. Kategorioita syntyi kaikkiaan 26 kappaletta. Yläkategorioita naisten vaihdevuosi- ja seksuaaliterveystietoudesta muodostui kaksi, naisten kokemuksista perusterveydenhuollon palveluista yksi, naisten toiveista perusterveydenhuollon palveluista yksi, terveydenhoitajien näkemyksistä ammatillisesta osaamisestaan ja lisäkoulutuksen tarpeesta molemmista yksi. Alakategorioita syntyi 20 kappaletta, niitä ovat: fyysiset ja psyykkiset vaihdevuosisoireet, itsehoito ja hormonikorvaushoito, oman asenteen vaikutus vaihdevuosiin, vaihdevuosien vaikutus fyysiseen terveyteen, seksuaaliterveys käsitteenä, tiedon saatavuus, omat terveyteen vaikuttamismahdollisuudet, tieto ja tuki terveydenhoitajalta, ohjaus lisätutkimuksiin, lääkehoito ja muu hoito, monipuolinen tiedottaminen, puheeksi ottaminen ja perehtyminen, tieto vaihdevuosista ja sen hoidosta, ymmärrys naisen elämäntilanteesta, tieto seksuaaliterveydestä, oman seksuaalisuuden käsittely, elämän kokemuksen tuoma varmuus kohtaamiseen, uusi ilmiö, tiedon saatavuus ja asiantuntijatieto. (ks. kuvio 5).

Alakategoriat

Yläkategoriat

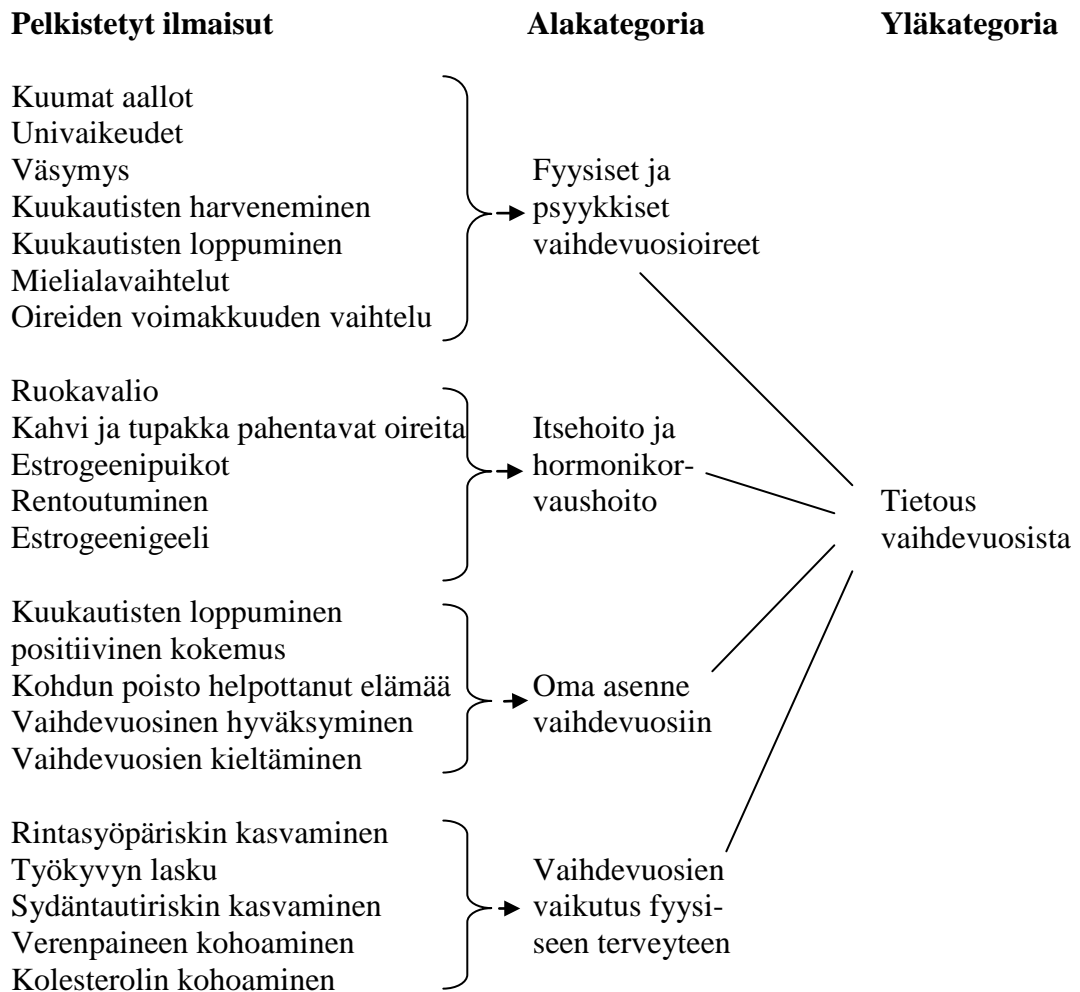




Kuvio 5. Opinnäytetyön ala- ja yläkategoriat

5.1 Tietous vaihdevuosista

Naisten ryhmäkeskustelutilaisuudessa vaihdevuosista tiedettiin ja keskusteltiin paljon. Esille tuli omakohtaisia kokemuksia, joista jotkut lisäsivät pelonsekaista odotusta heille, joilla vaihdevuodet ovat vielä edessään ja jotkut tarjosivat hyviä neuvoja. Päähuomion fyysistä oireista keskustelussa saivat kuumat aallot, hikoilu ja limakalvojen kuivuminen. Hyvin yleisiä muita oireita kuten virtsankarkailua tai rintojen arkuutta ei käsitelty. Niitä ei ehkä osattu yhdistää vaihdevuosiin. Psyykkisistä oireista tulivat esille mielialanvaihtelut, mutta mm. kehon kuvan muuttumisen vaikutus itsetuntoon ei tullut esille. Kuviossa 6 esitetään naisten vaihdevuositetouden alakategoriat ja niihin liittyvät pelkistetyt ilmaisut.



Kuvio 6. Vaihdevuositietoutta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut

Kuumat aallot ja yölliset hikoilut ja sen myötä katkonaiset yöunet koettiin häiritsevimmiksi oireiksi, koska ne vaikuttivat merkittävästi jaksamiseen. Oireiden voimakkuuteen vaikuttivat keskustelijoiden mielestä mm. tupakointi, kahvi ja vuorokauden aika. Päivisin oireet olivat lievempiä, koska ahkerasti töitä tehdessä niihin ei ennättänyt kiinnittää paljon huomiota. Myös loma-aikana oireet olivat voimakkaampia, sen arveltiin johtuvan siitä, että lomalla usein tulee nukuttua enemmän eikä uni ole niin syvää kuin työssä ollessa ja silloin herää helpommin esimerkiksi hikoiluun. Kuukautisten harveneminen ja loppuminen koettiin elämänlaatua parantavana asiana.

Monenlaisista keinoista oireiden helpottamiseksi keskusteltiin paljon. Osa koki vähärasvaisesta ja kahvittomasta ruokavaliosta olevan apua. Myös punaisen lihan syömisen vähentäminen oli helpottanut oireita. Joku kertoi, että hänelle oli määrätty

hormonikorvaushoitoa, mutta hän ei ollut uskaltanut käyttää sitä rintasyöpäriskin kasvamisen vuoksi. Estrogeenipuikoista limakalvojen vahvistamiseksi oli ollut selvästi apua. Luontaislääkkeiden tehoon ei luotettu. Keskustelussa tuli esille myös vaihdevuosisoireiden helpottaminen rentoutumisen avulla. Lisäksi hyvä fyysinen kunto koettiin tärkeäksi.

Omalla asenteella vaihdevuosisia kohtaan todettiin myös olevan merkitystä. Esimerkiksi kohdunpoisto koettiin hyvin myönteisenä asiana eikä sen koettu vähentävän naisellisuutta. Mutta tiedettiin, että joillekin se on vaikea asia. Vaihdevuosisoireita helpotti keskustelijoiden mielestä mm. ikääntymisen hyväksyminen. Pohdittiin myös sitä, että kun illalla, jo nukkumaan mennessä, etukäteen jännittää yöllä mahdollisesti tulevaa hikoilua, tulevatko oireet helpommin ja ovatko ne voimakkaampia?

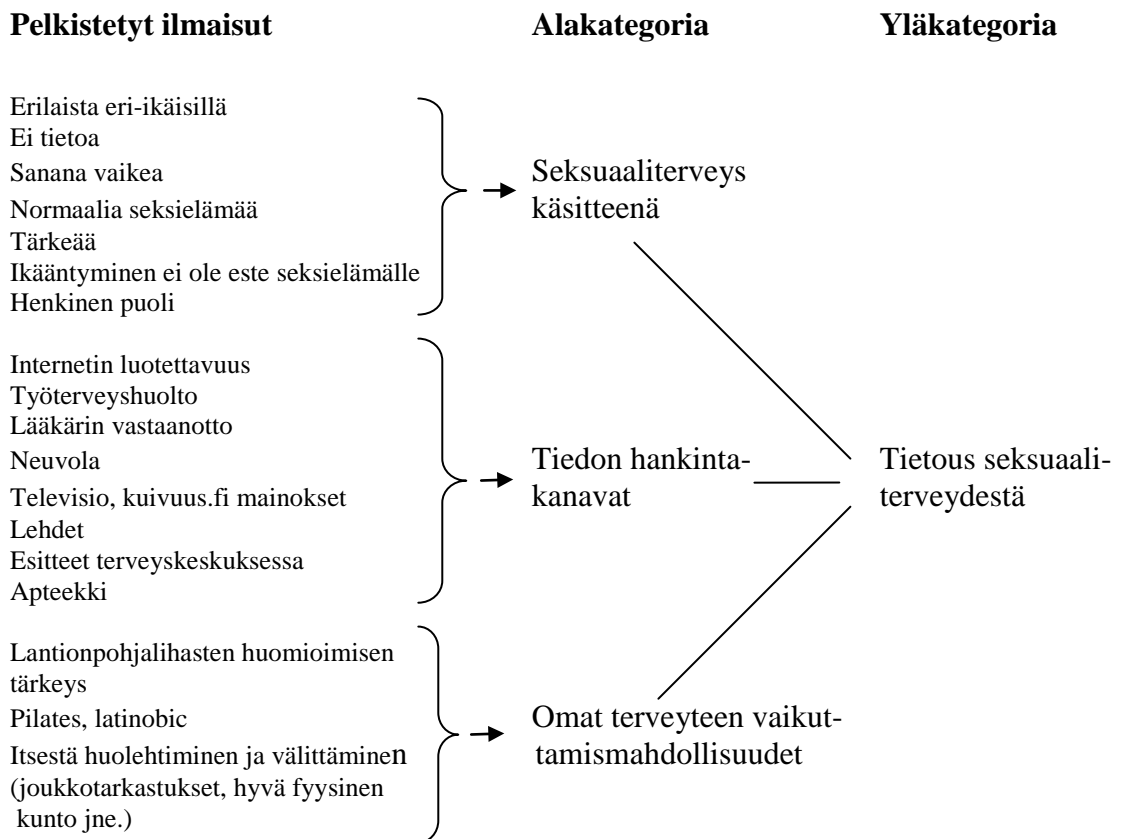
Keskusteluryhmässä tuli esille tutkimus, jonka mukaan voimakkaista kuumista aalloista kärsivillä naisilla on suurentunut riski sydänsairauksiin. Tiedon vakavuutta lisäsi se tosiasia, että sydänoireet saattavat jäädä tutkimatta, kun ajatellaan niiden johtuvan vaihdevuosisista. Ryhmäläisillä oli omakohtaisia kokemuksia verenpaineen ja kolesteroliarvojen noususta vaihdevuosi-iässä. Tässä yhteydessä keskusteltiin myös työssä jaksamisesta ja siitä, että pidetäänkö vaihdevuosi-ikäistä naista samanveroisena työntekijänä miesten ja nuorempien naisten kanssa.

Tulosten mukaan vaihdevuosisoireet usein aluksi kielletään ja niille keksitään selityksiä flunssan ensioireista liian lämpimään peittoon. Myös kuivuus.fi mainokset televisiossa herättivät keskustelua. Osa ihmisistä ei ollut kiinnittänyt niihin mitään huomiota, kun taas joidenkin osallistujien mielestä niitä oli tullut kyllästymiseen asti. Pohdittiin sitä, voiko ihminen olla huomaamatta jatkuvasti esillä olevaa mainosta, jos tiedostamattomasti kieltää aiheen koskettavan itseään.

5.2 Tietous seksuaaliterveydestä

Naisten ryhmässä kysymys seksuaaliterveydestä aiheutti aluksi hiljaisuuden. Minulle sanottiin, että olisi ollut paljon helpompi vastata, jos olisin kysynyt sanat seksuaalisuus ja terveys erikseen. Selvitettyäni lyhyesti, mitä seksuaaliterveys

vaihdevuosi-ikäisellä naisella tarkoittaa, keskusteluun osallistujat alkoivat kertoa innokkaasti aiheeseen liittyviä kokemuksia. Kuviossa 7 havainnollistetaan naisten seksuaaliterveystietouden alakategoriat ja niihin liittyvät pelkistetyt ilmaisut.



Kuvio 7. Seksuaaliterveystietoutta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut

Aluksi seksuaaliterveyden arveltiin olevan tavallista seksiä, mutta vähitellen keskustelu aiheesta lisääntyi ja lopputuloksena oli mielenkiintoinen keskustelu. Seksuaaliterveydestä tiedettiin, että eri-ikäisillä ihmisillä huomio kiinnitetään eri asioihin. Ikääntymisen ei koettu olevan este seksuaaliterveydestä huolehtimiselle, vaan sitä pidettiin tärkeänä kaikille. Myös psyykinen hyvinvointi koettiin tärkeäksi seksuaaliterveyden kannalta.

Tuloksissa tuli esille, että seksuaaliterveys on uusi asia eikä välttämättä tiedetä, että siihen liittyvää tietoa, ohjausta ja apua on saatavilla monin eri tavoin. Keskustelijat olivat yhtä mieltä siitä, että netin kautta löytyy paljon hyödyllistä tietoa, mutta siellä on myös luotettavuudeltaan kyseenalaisia asioita. Apteekista saatavaa tietoa ja

ohjausta pidettiin luotettavana. Myös sekä neuvolan että työterveyshuollon terveydenhoitajilta ja terveyskeskuksen lääkäreiltä oli saatu ohjausta seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Lehdissä on usein artikkeleita aiheeseen liittyen. Osa lukijoista on mielipidepalstoilla kritisoinut seksuaalisuuteen liittyvien artikkeleiden kuuluvan muualle kuin sanoma- ja viikkolehtiin, mutta toisaalta asiaa myös pidettiin hyvänä. Televisio- ja radiomainosten arveltiin tekevän aroistakin aiheista ”tavallisempia” ja sen vuoksi televisiota ja radiota pidettiin hyvinä väylinä seksuaaliterveydestä tiedottamiselle. Esitteitä aiheesta kaivattiin terveyskeskusten käytävillä oleviin esitelokeroihin, josta ne ovat helposti kaikkien saatavilla.

Kysymys, miten osallistujat voivat omasta mielestään vaikuttaa seksuaaliterveyteensä, sai aikaan pohtimista, jonka tuloksena syntyi käsitys siitä, miten yleinen hyvinvointi on sidoksissa seksuaaliterveyteen. Kun välittää itsestään mm. syömällä terveellisesti, harrastamalla liikuntaa ja nukkumalla tarpeeksi, huolehtii samalla myös seksuaaliterveydestään. Papa- ja mammografiaseulonnoissa ja gynekologilla käymistä pidettiin tärkeänä. Lantionpohjalihasten harjoittelua ei saisi unohtaa. Lantion alueen lihaksiston kunnon ylläpitoon suositeltiin myös pilatesta ja latinobicia.

5.3 Naisten kokemukset perusterveydenhuollon palveluista

Naiset olivat saaneet tietoa ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa perusterveydenhuollossa lähinnä muiden vastaanottokäyntien yhteydessä. Ajatus, että varaisi ajan vastaanotolle nimenomaan keskustelemaan seksuaaliterveydestä ja sen edistämisestä oli uusi, mutta se sai kannatusta. Osa ei tiennyt, että sellainen olisi terveyskeskuksessa edes mahdollista. Myös se, kenen puoleen asiassa olisi voinut kääntyä, oli epäselvää, vaikka kaikilla lääkäreillä, sairaan- ja terveydenhoitajilla pitäisi olla perusvalmiudet seksuaaliterveyden edistämiseen kuuluvissa asioissa. Aiheen käsittely ei kuulu tulosten mukaan terveydenhuoltohenkilökunnan rutiineihin. Kuviossa 8 ilmenee perusterveydenhuollon palveluiden alakategoriat ja niihin liittyvät pelkistetyt ilmaisut.



Kuvio 8. Perusterveydenhuollon palveluita kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaiset

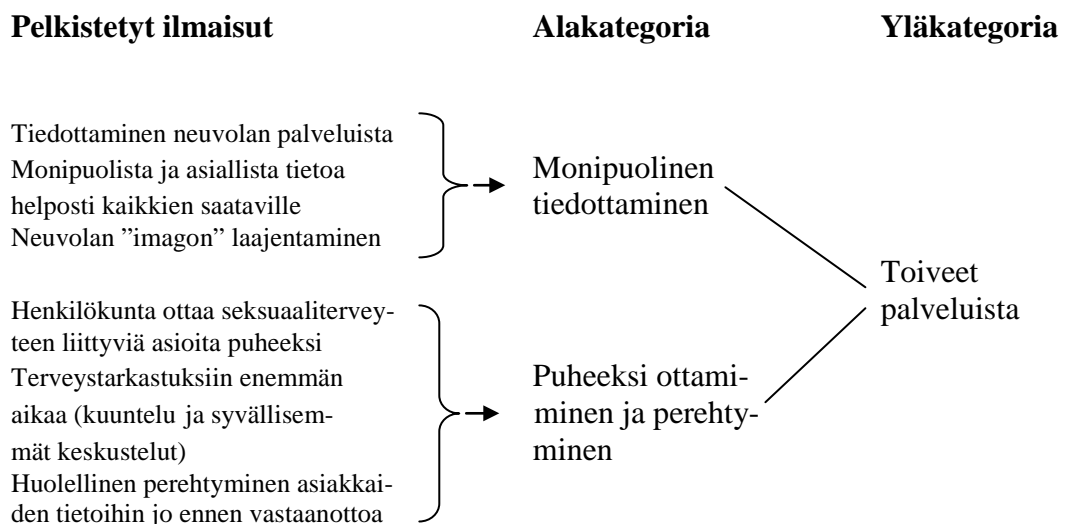
Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että eniten seksuaalisuuteen liittyvistä asioista oli keskusteltu työterveyshuollon terveydenhoitajien kanssa terveystarkastuskäynneillä ja neuvolan terveydenhoitajien kanssa gynekologisten näytteiden ottamisen yhteydessä. Lääkärin vastaanotolla oli käyty hormonikorvaushoidon aloittamisen vuoksi. Käynneillä seksuaaliterveysasioita oli sivuttu tai käsitelty lähinnä oireiden perusteella, mutta ennaltaehkäisy oli jäänyt vähemmälle. Terveydenhoitajilta oli saatu tietoa, tukea ja neuvontaa myös puhelimen välityksellä. Aikaisemmin tutun terveydenhoitajan kanssa asioista oli keskusteltu myös vastaanoton ulkopuolella.

Vastaanottokäyntien ja terveystarkastusten yhteydessä terveydenhoitajat olivat suosittelleet vaihdevuosi-ikäisiä naisia käymään säännöllisesti gynekologin tarkastuksissa. Sekä lääkärit että terveydenhoitajat olivat laittaneet naisille lähetteitä laboratorioon. Laboratoriokokeissa katsottiin perusverikokeet, kolesteroli,

kilpirauhasen ja maksan toiminnasta kertovat kokeet sekä tarvittaessa myös hormonitoimintaan liittyviä kokeita. Tähän käytäntöön naiset olivat tyytyväisiä. Suurimmaksi avuksi olivat olleet limakalvojen vahvistamiseen tarkoitettu voide tai emätinpuikko. Sitä olivat suositelleet sekä lääkärit että terveydenhoitajat poliklinikalla, neuvolassa ja työterveyshuollossa. Hormonikorvaushoitoakin oli osalle kokeiltu, mutta pelko sen aiheuttamista lisäsairauksista oli estänyt hoidon jatkamisen kokeilua pitemmälle. Lantionpohjan lihaksien vahvistamislivikkeistäkin keskusteltiin ja niiden tärkeys tiedettiin, mutta liikkeiden säännöllinen harjoittaminen helposti unohtui.

5.4 Naisten toiveet perusterveydenhuollon palveluista

Naiset eivät tieneet, minkälaisia palveluja heillä on perusterveydenhuollon kautta mahdollista saada. Varsinkin isommilla paikkakunnilla naiset, jotka eivät ole perhesuunnitteluneuvolan asiakkaita, ohjattiin seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa suoraan yksityiselle sektorille. Mielenkiintoisen tästä asiasta tekee se, ettei kondomia ehkäisynä käyttävät ole oikeutettuja perhesuunnitteluneuvolan asiakkaita. Kuviossa 9 esitetään naisten palvelutoiveiden alakategoriat ja niihin liittyvät pelkistetyt ilmaisut.



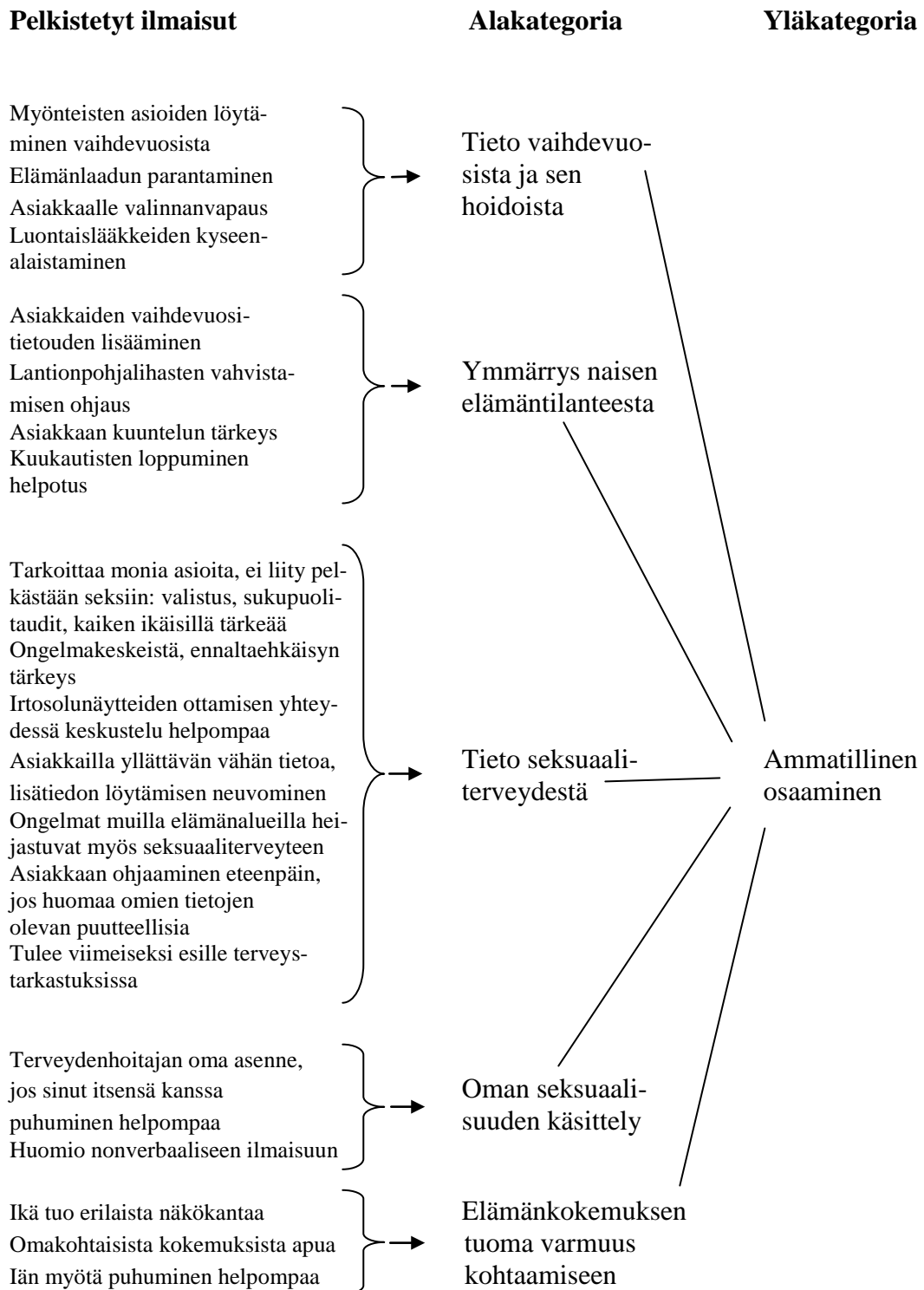
Kuvio 9. Palvelutoiveita kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut

Moni osallistujista ei ollut osannut yhdistää neuvolaa ja vaihdevuosi-ikäisiä naisia, sillä neuvolan palvelut olivat heidän mielestään suunnattu vain äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolan asiakkaita varten. Etenkin yksityislääkärin palveluita käyttämään tottuneet naiset eivät tieneet, että neuvolassa otetaan irtosolukokeita muulloinkin kuin joukkotarkastuksissa. Kaikki naiset toivoivat, että neuvola tiedottaisi paremmin palveluistaan. Lisäksi toiveena olivat samankaltaiset esitteet vaihdevuosiin ja seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista kuin esimerkiksi diabeteksestä ja verenpaineesta, joita terveyskeskuksissa on vapaasti kaikkien asiakkaiden otettavissa.

Terveystarkastuksiin toivottiin enemmän aikaa asiakasta kohden, jotta syvällisemmätkin keskustelut olisivat mahdollisia. Tämä toive esitettiin koko henkilökunnalle. Koska monelle asiakkaalle vaihdevuosiin ja seksuaaliterveyteen liittyvät asiat voivat olla liian arkoja aiheita puheeksi otettavaksi, toivottiin henkilökunnan aktiivisuutta asiassa. Naisten mielestä seksuaalisuudesta voisi kysyä aina, kun asiakkaana on vaihdevuosi-ikäinen nainen. Joillakin naisilla oli kokemus, ettei heitä vastaanotolla kuunneltu tarpeeksi eikä heidän aikaisempien käyntien tietoja huomioitu, vaan samoja asioita oli joutunut kertomaan useaan kertaan. Tämä vie aikaa jo muutenkin lyhyeltä vastaanottokäynniltä.

5.5 Terveydenhoitajien näkemys ammatillisesta osaamisestaan

Terveydenhoitajien ryhmäkeskustelutilaisuudessa sekä vaihdevuosista että seksuaaliterveydestä syntyi paljon keskustelua. Osalla ryhmäläisistä oli niistä jo omakohtaisia kokemuksia, joista toiset osallistujat saivat kuulla monenlaisia kertomuksia. Kertomuksissa tuli esille sekä vaihdevuosien positiivisia että negatiivisia sävyjä. Kaikilla keskusteluun osallistuneilla oli kokemusta vaihdevuosi-ikäisten hoitotyöstä, mikä antoi paremman mahdollisuuden jatkaa muiden kertomuksia ja esittää lisäksi omia näkökulmia, jotka olivat syntyneet työkokemuksen kautta. Kuviossa 10 esitetään terveydenhoitajien ammatillisen osaamisen alakategoriat ja niihin liittyvät pelkistetyt ilmaisu.



Kuvio 10. Ammatillista osaamista kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaiset

Terveystoimittajat pitivät tärkeänä, että asiakasta autetaan löytämään vaihdevuosista myönteisiä asioita. Tilanteissa, joissa itsehoitokeinoista ei ole ollut apua, tietoa annettiin myös lääkehoidoista. Hyvää elämänlaatua haluttiin korostaa ja se nähtiin

usein syynä hormonikorvaushoitojen aloittamiselle. Nykyään asiakkaat kysyvät terveydenhoitajalta paljon hormonikorvaushoidoista ja sen riskeistä. Heille kerrotaan niistä rehellisesti, jotta asiakas voi tehdä päätöksensä ja saa tarvittaessa ajan lääkärinvastaanotolle hoidon aloittamisesta varten. Terveydenhoitajat ohjasivat asiakkaan usein lääkärille tai toiselle terveydenhoitajalle, jolla oli enemmän kokemusta vaihdevuosiin liittyvissä asioissa huomattessaan omat tietonsa puutteelliseksi. Luontaislääkkeisiin suhtauduttiin myös terveydenhoitajien ryhmässä varauksella, koska tiedettiin tapauksia, jossa asiakkaan maksa-arvot olivat kohonneet luontaislääkkeiden käyttämisen myötä.

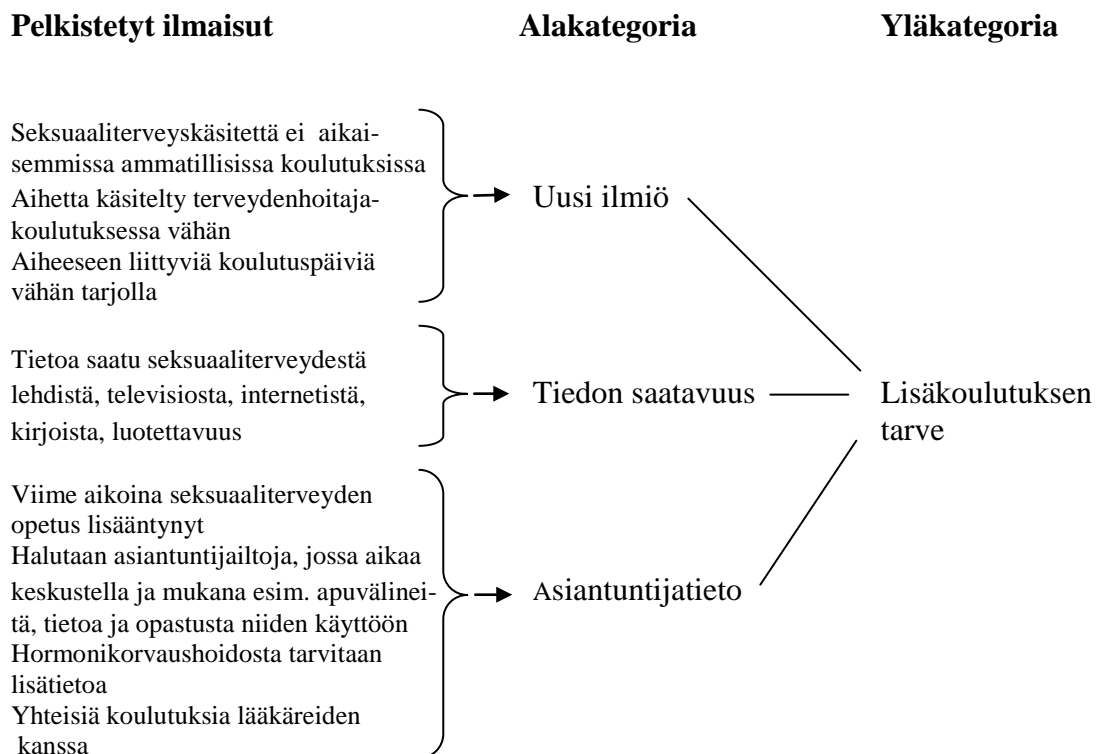
Omakohdaiset kokemukset vaihdevuosista ja työkokemus vaihdevuosi-ikäisten naisten hoitotyöstä, auttoivat terveydenhoitajia ymmärtämään naisia ja heidän elämäntilanteitaan. Elämäntilanteen kartoitusta pidettiin tärkeänä, koska ongelmat muilla elämäalueilla heijastuvat myös seksuaaliterveyteen. Vastaanottokäynneillä naisia kuunneltiin, aiheesta keskusteltiin ja annettiin tarvittaessa lisätietoa ja/tai neuvottiin mistä lisätietoa saa. Keskusteluissa usein esille tulleet aiheet liittyivät kuiviin limakalvoihin, kuukautisiin ja virtsarakon – ja kohdunlaskeumista johtuviin ongelmiin. Kuukautisten loppumisen monet naiset kokevat suurena helpotuksena. Lantionpohjalihasten vahvistamisen ohjaus kuului terveydenhoitajan työhön eri-ikäisten naisten kanssa. Terveydenhoitajien mielestä asiakkailla on seksuaaliterveydestä ja sen edistämisestä vähemmän tietoa kuin nykyisen informaatiotulvan aikana voisi kuvitella. Keskustelun avaamiseksi vaihdevuosista kertovat esitteet koettiin tärkeäksi, mutta esitteitä oli huonosti saatavilla ja ne olivat pääasiassa lääkefirmojen mainoksia, mikä vähensi niiden luotettavuutta.

Seksuaaliterveydestä kysyttäessä terveydenhoitajat sanoivat heti, ettei se liity pelkästään seksiin, vaan se tarkoittaa monia asioita, kuten seksuaalivalistusta ja sukupuolitautilien ehkäisyä. Seksuaaliterveydestä huolehtimista pidettiin tärkeänä kaiken ikäisille. Tuloksissa tuli esille, että asiaa alettiin käsitellä usein vasta sitten, kun asiakkaalla oli jo oireita. Ennaltaehkäisy seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa oli vähäistä. Aiheesta keskustelua ja ennaltaehkäisyä vaikeutti myös se, että monet asiakkaista ottivat asian puheeksi esimerkiksi terveystarkastuksen viimeisenä asiana, kun tarkastukseen varattu aika oli jo mennyt. Terveydenhoitajien mielestä yleisintä ja helpointa keskustelu seksuaaliterveydestä oli gynekologisten näytteiden ottamisen yhteydessä.

Oman seksuaalisuuden kohtaamisen tärkeys seksuaaliterveyden edistämässä jäi keskustelussa vähäiseksi. Osallistujien mielestä terveydenhoitajan myönteisellä asennoitumisella seksuaalisuuteensa oli merkitystä, etenkin aiheesta puhumista helpottavana tekijänä. Osallistajat kiinnittivät huomiota myös nonverbaalisen ilmaisuun, joka paljastaa helposti työntekijän suhtautumisen. Tulosten mukaan terveydenhoitajien omakohtaiset kokemukset ja iän tuoma varmuus koettiin tärkeiksi tekijöiksi, kun edistetään vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyttä.

5.6 Terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarve

Terveydenhoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa seksuaaliterveyden edistämisestä, ei pelkästään vaihdevuosi-ikäisten naisten, vaan kaikkien ikäryhmien kohdalla. Seksuaaliterveydestä on terveydenhoitajilla ns. yleistä tietoa, mutta syvällisempää tietoa, mitä kunkin ikäryhmän ja eri sairauksien kohdalla tulisi seksuaaliterveyden edistämässä huomioida, terveydenhoitajat halusivat saada lisää. Kuviossa 11 esitetään terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarpeen alakategorioita ja niihin liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja.



Kuvio 11. Lisäkoulutustarvetta kuvaavat alakategoriat ja pelkistetyt ilmaisut

Osallistujien mielestä seksuaaliterveyttä ei ole sillä nimellä ollut oppiaineena aikaisemmissa terveydenhoitajakoulutuksissa, vaan sitä oli sivuttu naisen hoitotyöhön liittyvillä luennoilla tai opiskelijan valitsemissa vapaavalintaisilla opintojaksoilla. Ryhmän nuorin, viime keväänä terveydenhoitajaksi valmistunut nainen oli sitä mieltä, että hänen perusopintojensa yhteydessä seksuaaliterveyttä oli käsitelty. Hän koki kuitenkin, ettei hän ollut saanut riittävästi tietoa vaihdevuosiin liittyvissä asioissa. Lisäksi aiheeseen liittyviä täydennyskoulutuksia oli ollut vähän tarjolla tai niihin oli ollut niin vähän etukäteen ilmoittautuneita, että suunnitellut koulutukset oli jouduttu perumaan.

Terveydenhoitajat saivat halutessaan tietoa seksuaaliterveydestä lehdistä, televisiosta, kirjoista ja internetistä, jonka luotettavuudesta syntyi keskustelua. Internetistä koettiin olevan apua etenkin silloin, kun tarvittiin jostakin asiasta nopeasti tietoa, esimerkiksi kesken puhelinkeskustelun.

Tulosten mukaan seksuaaliterveyden lisä- ja täydennyskoulutuksen toteutusta ei haluttu luentotyypisenä, esimerkiksi sairaaloiden tai oppilaitosten auditorioissa pidettynä, vaan pienryhmässä, vaihdevuosisasioissa yhteistyötä tekevien lääkäreiden kanssa. Ajantasainen tieto ja keskustelu lääkäreiden ja terveydenhoitajien kesken helpottaisi yhteistyötä ja työnjakoa mm. hormonihoitojen suhteen. Tiedonantajaksi toivottiin asiantuntijaa, jolla olisi aikaa keskustella ja opastaa esimerkiksi seksin apuvälineiden käytössä.

6 POHDINTA

Tällä opinnäytetyöllä ei ole toimeksiantajaa. Se on antanut minulle mahdollisuuden suunnitella ja toteuttaa opinnäytetyötäni niistä lähtökohdista, joita itse olen pitänyt tarkoituksenmukaisina. Se on antanut vapautta, mutta tuonut mukanaan paljon myös yksinäistä työtä ja tilanteita, jolloin olisin kaivannut työlleni selkeitä rajoja ja vaatimuksia, jotta opinnäytetyöstäni olisi mahdollisimman paljon hyötyä perusterveydenhuollon asiakkaille ja henkilökunnalle. Olen kuitenkin optimistinen opinnäytetyön tulosten hyödyntämisessä, koska yhteistyösopimus kotipaikkakuntani terveyskeskuksen johtavan lääkärin kanssa, ”antaa minulle luvan” kehittää seksuaaliterveyden edistämistä työyhteisössäni.

6.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan osoittautui työläämmäksi kuin olin etukäteen kuvitellut. Ryhmäkeskustelu aineistonkeruumenetelmänä oli kiinnostava ja mielestäni hyvä valinta opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta, mutta monivaiheisuudessaan vaativa. Etenkin analyysivaiheessa aineistosta löytyi koko ajan uusia, mielenkiintoisia ja terveydenhoitajan työn kannalta tärkeitä asioita, jolloin analysoitavaksi otettavan materiaalin rajaaminen tuntui vaikealta. Epävarmojen asioiden kohdalla testasin sitä, että miten ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Materiaalia kahden, mielestäni onnistuneen ryhmäkeskustelutilaisuuden jälkeen, olisi ollut useampaankin opinnäytetyöhön. Kategoriat muodostuivat monen yrityksen ja erehdyksen kautta, mutta koin ne tulosten raportointivaiheessa työtä helpottavana. Kuvaavat kategoriat antavat opinnäytetyölleni myös selkeyttä ja parantavat tekstin luettavuutta. Opinnäytetyön alkuvaiheessa laskin työhön kuluvia tunteja, mutta huomasin prosessin edetessä, että aikaa kului etenemiseen nähden niin paljon, ettei tuntien laskeminen tuntunut enää mielekkäältä. Opinnäytetyön ohjaajista, opponentista ja opinnäytetyön seminaareissa saaduista kommentteista on ollut suuri apu sekä opinnäytetyön etenemisen että tekijän jaksamisen kannalta.

Suuritöisyydestään ja kokopäivätyöstäni huolimatta pysyin suunnitellussa aikataulussa. Aiheen valinta onnistui mielestäni hyvin. Se oli ajankohtainen ja siitä on ollut selvästi hyötyä terveydenhoitajan työssäni. Sain tutkimuskysymyksiini

vastauksia, jotka antoivat huomionarvoista tietoa sekä vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämisestä perusterveydenhuollossa että terveydenhoitajien ammatillisesta osaamisesta. Lisäksi molempien ryhmien keskusteluissa tuli esille kehittämisehdotuksia palvelujen parantamiseksi. Opinnäytetyön tulokset ovat merkityksellisiä sen vuoksi, koska tutkimustieto tästä aiheesta on varsin vähäistä.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tulosten mukaan vaihdevuosiin liittyvät, erityisesti yleisimmät oireet, kuten kuumat aallot, yöhikoilu, mielialan vaihtelut, limakalvojen kuivuminen ja laskeumavaivat tiedettiin hyvin. Oireiden kertomisen yhteydessä tuli esille myös hoitokeinoja niiden helpottamiseksi. Etenkin itsehoitokeinoissa tuli kokeilemisen arvoisia keinoja hyödynnettäväksi vaihdevuosi-ikäisten naisten terveyden edistämisessä. Muista tavallisista vaihdevuosisoireista, joita ovat mm. painonnousu, nivel- ja lihaskivut, muistin huononeminen ja seksuaalisen halukkuuden vähentyminen, ei ryhmissä keskusteltu. Sen sijaan sydän- ja verisuonisairauksien lisääntymisestä vaihdevuosi-iässä ja sen jälkeen keskusteltiin paljon. (ks. myös Erämies 2006, 39.) Se, että vaihdevuosista kirjoitetaan ja puhutaan paljon sekä omakohtaiset kokemukset näkyivät näissä tuloksissa. Ne ovat yhteneväisiä Erämiehen (2006) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan naiset keskustelevat toistensa kanssa paljon vaihdevuosien mukanaan tuomista oireista ja niiden hoitokeinoista.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että vaihdevuosia lähestyvän naisen kiinnostus aiheeseen kasvaa ja siihen liittyvät artikkelit ja ohjelmat televisiossa ja radiossa huomataan aikaisempaa herkemmin. Tulosten mukaan naiset alkoivat kiinnittää huomiota vaihdevuosiin ja seksuaaliterveyteen liittyviin artikkeleihin etenkin siinä vaiheessa, kun nainen oli hyväksynyt esimerkiksi kuukautishäiriöiden ja yöhikoilujen olevan merkkejä alkavista vaihdevuosista eikä etsinyt niille enää muita selityksiä. Sekä naiset että terveydenhoitajat etsivät tietoa myös internetistä ja kiinnostivat huomiota sieltä löytyvän tiedon luotettavuuteen. Tiedon hankintakanavat olivat yhteneväiset aikaisempien tutkimusten kanssa, samoin se, että internetin verkkosivustoilta saatavaan tietoon suhtauduttiin varauksella, koska siellä voi asiallisen tiedon lisäksi olla epäyhtenäistä ja harhaanjohtavaa tietoa.(Erämies 2006, 18; STM 2007, 40; Venhola 2006, 73.)

Suhtautuminen hormonihoidoihin oli yhteneväinen Eskola & Hytösen (2005) ja Erämiehen (2006) kanssa. Naisista suurin osa toivoo, että voisi elää vaihdevuotensa luonnonmukaisesti. Molemmissa keskusteluryhmissä hormonikorvaushoitoja pidettiin tarpeellisina vasta siinä vaiheessa, kun vaihdevuosioireisiin ei mistään muista hoitokeinoista ollut apua ja ne alkoivat vaikuttamaan elämänlaatuun negatiivisesti. Hormonikorvaushoidon käytön toivottiin siinäkin tapauksessa olevan mahdollisimman lyhytaikaista. Rintasyöpäriskin kasvamiseen suhtauduttiin vakavasti. Luontaislääkkeiden teho ja turvallisuus kyseenalaistettiin. (ks. Erämies 2006, 40-41; Eskola & Hytönen 2005, 368.)

Vaihdevuosi-ikäisten naisten ryhmässä oli useita naisia, jotka eivät tienneet neuvolan palveluista ja sen mahdollisuuksista edistää vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyttä. Työterveyshuoltoa pidettiin ensisijaisena paikkana seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelylle ja niiden tulisi kuulua lakisääteisten terveystarkastusten yhteyteen. Neuvolan palvelujen oletettiin kuuluvan pääasiassa äitiys-, perhesuunnittelu- ja lastenneuvolan asiakkaille. Osa naisista ei ollut käynyt neuvolassa edes joukkotarkastusten yhteydessä. Vasta siinä vaiheessa kiinnitin huomiota siihen, että ryhmäkeskusteluun kutsutut ja osallistuneet naiset olivat kaikki työssä käyviä. Nyt niiden naisten äänet, jotka eivät olleet työssä tai eivät kuuluneet työterveyshuollon piiriin, jäivät kuulematta. Ryhmässä oli myös naisia, jotka olivat tottuneet käyttämään neuvolan palveluita ja olivat niihin tyytyväisiä. Naisten ryhmän heterogeenisuuden kannalta olisi ollut tärkeää, että mukana olisi ollut myös niitä naisia, joiden terveystarkastukset olivat täysin heidän omalla vastuullaan.

Opinnäytetyössä tuli esille monia samansuuntaisia tuloksia kuin seksuaaliterveyteen liittyvässä kirjallisuudessa ja aikaisemmissa tutkimuksissa. Näitä ovat mm. naisten oman asenteen vaikutus vaihdevuosioireisiin ja ikääntymiseen ja se, etteivät naiset välttämättä pidä vaihdevuosiin liittyviä asioita niin ongelmallisina ja elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttavana kuin yleisesti ajatellaan. Kuitenkin terveydenhuollon henkilökunta vaihdevuosi-ikäisten naisten hoitotyössä unohtaa usein asiakaslähtöisyyden ja asettaa pääpainon vaihdevuosioireiden poistamiseen eikä keskity asiakkaan esille tuomiin asioihin. (Kyrönlahti 2005, 65; Paananen 2007, 531.) Odotukset henkilökunnan aktiivisuudesta seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelyyn asiakastyössä, tulivat esille myös tässä opinnäytetyössä. Terveystenhoitajan ammatillisuuteen kuuluu olla aloitteentekijä puheeksi ottamisessa

eikä jättää vastuuta asiakkaalle. Seksuaaliterveydestä keskustellaan usein asiakaskäynnin viimeisenä asiana ja vasta sitten, kun asiakkaalla on jo em. aiheeseen liittyviä oireita. Silti ennaltaehkäisyä pidettiin molemmissa ryhmissä tärkeänä. Tulosten mukaan terveyskeskuksissa tulisi olla esillä ja helposti saatavilla seksuaaliterveydestä kertovia esitteitä. (ks. myös Ilmonen 2006, 43; Ketola 2006, 61.)

Terveydenhoitajien mukaan vaihdevuosi-ikäisten naisten hoitotyössä on huomioitava naisen elämäntilanne kokonaisvaltaisesti, koska sillä on vaikutusta myös seksuaaliterveyteen. Iän tuoma varmuus, työkokemus ja myönteinen asenne omaan seksuaalisuuteensa helpottivat terveydenhoitajien mielestä arkojen aiheiden puheeksi ottamista. Keskustelu oman seksuaalisuuden kohtaamisesta oli vähäistä, ehkä sen vuoksi, ettei kukaan terveydenhoitajista ollut saanut siihen koulutusta. Tulokset ovat samansuuntaisia Ilmosen (2006) kanssa. Seksologian alueelta tiedot ja taidot lisääntyvät asiakastyössä kokemuksen kautta. Asiakas voi olla työntekijän paras opettaja, kun kyseessä on työntekijälle uusi asia. (Ilmonen 2006, 43.)

Terveydenhoitajan ammattitaito ei voi perustua vain elämäkokemukseen ja pitkään työuraan, vaan sen tulee rakentua sekä kokemuksen kautta muodostuneista tiedoista ja taidoista että monitieteisestä teoriatiedosta. On myös ammattieettisesti oikein lähteä tietoisesti kehittämään omaa osaamistaan seksologiasta ja seksuaaliterveyden edistämisestä. (Ihme & Rainto 2009, 22; Ryttyläinen & Valkama 2010, 135.) Seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelyssä erityisen tärkeää on oman seksuaalisuuden kohtaaminen eli omien tunteiden, arvojen, normien, asenteiden ja uskomusten pohtiminen. Se on peruslähtökohta näiden asioiden käsittelylle asiakastilanteissa. Oman seksuaalisuuden tarkastelu lisää itsetuntemusta ja vaikuttaa myönteisesti ammatilliseen kasvuun. (Ilmonen 2006, 43; Ratia 2005, 26.) Ohjaus- ja neuvontatyössä työntekijä voi jopa este seksuaalisuudesta keskustelemiseen, jos ei ole kohdannut omaa seksuaalisuuttaan (Ryttyläinen & Valkama 2010, 134).

Terveydenhoitajilla on seksuaaliterveydestä perustietoa, mutta niistä asioista, mitä kunkin ikäryhmän seksuaaliterveyden edistäminen pitää sisällään, mitä eri sairauksien kohdalla tulee huomioida ja miten monimuotoista seksuaalisuus on, tieto oli hajanaista ja puutteellista. Tuloksissa tuli esille, että terveydenhoitajat toivoivat saavansa täydennyskoulutusta seksuaaliterveyden edistämiseen. Mutta ei nykyisin käytössä olevalla tavalla, istumalla suuressa väkijoukossa, kuunnellen luentoja. Vaan pienryhmässä, jossa asiantuntija ohjaa keskustelua ja koko ryhmä on

vuorovaikutuksessa keskenään. Pieni ryhmä antaa rohkeutta keskustella aroistakin aiheista ja mahdollistaa esimerkiksi seksin apuvälineisiin tutustumisen ja henkilökohtaisen ohjauksen niiden käyttöön. Pienissä ryhmissä opitaan toisilta ja saadaan samalla vertaistukea. Liinamon ym. (2010) tutkimus osoitti myös, että terveydenhoitajat hallitsevat seksuaaliterveyden perusasioita, mutta tarvitsevat lisäkoulutusta useilta sisältöalueilta. Lisäksi terveydenhoitajat toivoivat seksuaaliterveyden edistämiseen uusien työmenetelmien, yhteistyön ja työjärjestelyjen kehittämistä. Tähän pienryhmässä toteutettu koulutus antaa myös hyvät mahdollisuudet. (Liinamo ym. 2010, 29.)

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa eettiset kysymykset ovat läsnä ideointivaiheesta tutkimusraportin julkaisuun. Tutkijan on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Näitä ovat mm. tiedon hankkiminen alan tieteellisestä kirjallisuudesta ja ammattikirjallisuudesta ja vilpittömän ja rehellisen toiminta muita tutkijoita kohtaan. Eräänä lähtökohtana hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettaessa voidaan pitää huolellista ja tarkkaa lähdemerkintöjen merkitsemistä ja viittaamista muiden tutkijoiden tutkimuksiin. Tutkimustulosten odotetaan tuovan uutta tietoa tai osoittavan, miten vanhaa tietoa voi yhdistellä tai hyödyntää uudella tavalla. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75, Vilka 2005, 29-30, 32, 39.)

Opinnäytetyössäni en tarvinnut tutkimuslupaa, vaan teimme yhteistyösopimuksen terveyskeskuksemme johtavan lääkärin kanssa. Vastaavan terveydenhoitajan allekirjoitusta yhteistyösopimukseen en pyytänyt sen vuoksi, koska hän oli yksi mahdollinen ryhmäkeskusteluun osallistuja.

Ryhmäkeskustelu tiedonkeruumenetelmänä on avoin ja se tuo siihen haastetta, koska menetelmän avoimuus vaikeuttaa etukäteen tehtävää tutkimusasetelman mahdollisiin eettisiin ongelmiin varautumista. Tutkittavien suojaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Ennen tutkittavien päätöstä osallistumisestaan heille on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit, osallistujien on tiedettävä mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 122, 128; Vilka 2005, 36.) Lisäksi tutkimukseen osallistujille on kerrottava sen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että

sen voi keskeyttää milloin tahansa ja itseään koskevan aineiston käytön voi kieltää myös jälkikäteen. Tutkijan on saatava osallistujien luottamus tutkimuksessa saatujen tietojen käytöstä, niitä ei luovuteta ulkopuolisille ja niitä käytetään vain luvattuun tarkoitukseen. Tutkijan on noudatettava luvattuja sopimuksia koko tutkimusprosessin ajan. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004, 128-129.)

Opinnäytetyössäni ryhmäkeskusteluun osallistujat saivat em. tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti. Kaikki keskusteluun osallistuneet antoivat suostumuksensa kirjallisesti. Naisilta suostumuslomake oli ainoa mitä opinnäytetyötä varten tarvittiin, mutta terveydenhoitajat täyttivät myös taustatietolomakkeen, jossa kysyttiin heidän koulutustaan terveydenhoitajaksi, työkokemuksen pituutta ja sitä, oliko heidän koulutuksessaan käsitelty seksuaaliterveyttä niukasti vai riittävästi.

Tässä tutkimuksessa tunnistettavuus nimettömänäkin oli riski, koska terveyskeskuksemme toisilleen tutut henkilöt pystyvät päättämään esimerkiksi puhetyylistä kenestä henkilöstä on kyse. Tunnistettavuutta vähensin siten, etten opinnäytetyössäni käyttänyt lainkaan suoria lainauksia. Kerroin ryhmäkeskustelun yhteydessä, etten tule raportoinnissa käyttämään suoria lainauksia, ellei joku osallistujista sitä itse halua.

Se, että olin ryhmäkeskusteluun osallistuvien kanssa samasta työyhteisöstä, aiheutti pohdintaa esimerkiksi liittyen taustatietolomakkeen kysymyksiin. Minun ei tarvinnut tietää kollegoistani muuta kuin se, mikä oli opinnäytetyön lopputuloksen kannalta tärkeää. Toinen paljon aikaa vienyt asia oli ryhmäkeskusteluiden kysymykset; osaanko tehdä kysymykset niin, etteivät ne peilaa ennakkokäsityksiäni tutkittavasta asiasta. Vastaajat helposti tunnistavat tämän ja keskustelevat toivomallani tavalla eivätkä omien käsitystensä ja kokemustensa mukaan. (ks. Valtonen 2005, 235; Vilka 2005, 105.)

Ryhmäkeskustelutilaisuuksissa osallistuin itse keskusteluihin mahdollisimman vähän ja varoin oman näkökulmani esille tuomista. Esittämäni lisäkysymykset perustuivat osallistujien keskusteluun. Tutkijan ennakkokäsitysten esiintuloa vähennettiin myös monipuolisilla kysymyksenasetteluilla, joihin oli paljon vastausvaihtoehtoja. Tässä opinnäytetyössä tekijän kuuluminen samaan työyhteisöön tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien kanssa helpotti alkuvaiheessa ryhmän kokoamista ja lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Yhteinen keskustelu tutkimuksen aiheista antoi

sekä osallistujille että minulle lisää tietoa. Kielteisenä asiana koin sen, että keskustelun jälkeen tunsin olevani opinnäytetyöni kanssa ”yksin”.

Ryhmäkeskustelutilaisuuksista tai yleensä opinnäytetyöstäni ei ole voinut keskustella esimerkiksi tauoilla, koska siellä on lähes aina ollut mukana myös heitä, jotka eivät olleet osallistuneet ryhmäkeskusteluun.

Luotettavuuden kannalta sisällönanalyysin ongelmana on pidetty sitä, että tulokseen vaikuttaa tutkijan subjektiivinen näkemys eikä tutkija pysty analyysiprosessin objektiiviseen tarkasteluun. Objektiivisuuteen vaikutin ottamalla kaikkien osallistujien mielipiteet tasapuolisesti ja puolueettomasti huomioon analyysin jokaisessa vaiheessa ja pyrin tietoisesti välttämään henkilökohtaisen näkemykseni vaikutusta.

Sisällönanalyysin haasteena pidetään aineiston pelkistämisen ja kategorioiden luomisen onnistumista siten, että saadaan mahdollisimman luotettava kuvaus.

Teoriassa analyysinlopputulos näyttää onnistuneelta, mutta tulosta ei voi pitää luotettavana, jos yhteyttä aineistoon ei voi osoittaa. Luotettavuutta voi lisätä toisen luokittelijan, face-validiteetin tai asiantuntijapaneelin avulla. Face-validiteetilla tarkoitetaan niiden henkilöiden, joille tutkittava ilmiö on tuttu, arviointia tulosten vastaavuudesta todellisuudessa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Opinnäytetyöni luotettavuutta lisäsin antamalla tutkimuksen luettavaksi 48-vuotiaalle asiakkaalleni. Hänen mielestään aihe oli ajankohtainen, koska kuntien peruspalveluiden yhdistyttyä asiakkaat ovat aikaisempaa enemmän epätietoisia palveluiden saatavuudesta. Asiakas oli huomionnut myös sen, ettei kaikilla ole internetiä käytössä ja sen vuoksi perusterveydenhuollolla on tärkeä tehtävä vaihdevuosiin ja seksuaaliterveyteen liittyvän tiedon antajana. Hän piti neuvolaa sopivana paikkana edellä mainittujen asioiden esille ottamisessa, koska siellä on totuttu käsittelemään asiakkaiden intiimejä asioita. Aiheeseen liittyvien esitteiden ja opaslehtisen helppo saatavuus terveyskeskuksen tiloissa oli hänen mielestään tärkeää, myös infotaulu neuvolan palveluista yhteydenottotietoineen voisi selkiinnyttää käytäntöjä.

6.4 Tulosten hyödyntäminen

Tämän opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään terveyskeskuksemme asiakastyön laadun parantamisessa. Tulosten mukaan etenkin neuvolan tulisi tiedottaa enemmän palveluistaan. Koko terveyskeskuksen henkilökunnan olisi varattava riittävästi aikaa

asiakasta kohti, perehdyttävä etukäteen huolellisesti asiakkaan papereihin ja tilanteeseen ja hankkimalla lisää tietoja ja taitoja parantaa aktiivisuutta seksuaaliterveyteen vaikuttavien asioiden puheeksi ottamisessa.

Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä myös terveydenhoitajien täydennys- ja lisäkoulutuksia suunniteltaessa ja kehitettäessä. Tuloksissa tuli esille terveydenhoitajien toive, että heiltä kysyttäisiin aiheita, joista he tuntevat tarvitsevansa lisää tietoa. Terveydenhoitajien mielestä koulutuksen tulisi toteutua asiantuntijan ohjauksella pienryhmissä, keskustelemalla, jolloin voidaan hyödyntää myös toisilta oppimista. Opinnäytetyön avulla on myös mahdollista lisätä työyhteisön kiinnostusta ja myönteistä ajattelua seksuaaliterveyden edistämistä kohtaan. Kutsun työyhteisöni terveydenhoitajat koolle ja kerron heille opinnäytetyöni tuloksista. Samalla voisimme yhdessä pohtia, miten sovellamme opinnäytetyön tuloksia työssämme. Aion myös hakea apurahaa Pyhäjärvi-säätiöltä terveydenhoitajien koulutustilaisuuden järjestämistä varten. Tarkoitukseni on kutsua seksuaaliterveyden asiantuntija kertomaan terveydenhoitajille ja neuvolalääkärille sekä vaihdevuosi-ikäisten naisten että muiden asiakasryhmien seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista osallistujien kiinnostuksen mukaan.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

7.1 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- 1) Neuvolan tulisi tiedottaa nykyistä paremmin palveluistaan, jotta niiden ei oleteta kuuluvan vain äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolan asiakkaille.
- 2) Koko terveystieteiden hoitohenkilökunnan tulisi varata asiakkaille riittävästi aikaa ja perehtyä jo etukäteen potilastietoihin ja erityisesti tietoihin, jotka liittyvät seksuaaliterveyteen.
- 3) Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi kuulua terveystieteiden koulutukseen samalla tavalla kuin muukin terveyden edistäminen.
- 4) Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat aktiivisesti esille asiakkaan kanssa.

- 5) Vaihdevuosista ja seksuaaliterveydestä kertovia esitteitä tulee olla terveyskeskuksessa esillä ja helposti saatavilla.
- 6) Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden ammatillisen osaamisen ei tule pohjautua pääasiassa työkokemukseen ja iän mukanaan tuomaan elämäkokemukseen, vaan myös teoreettiseen tietoon seksologiasta ja oman seksuaalisuuden kohtaamiseen.
- 7) Seksuaaliterveyden edistämisestä koulutus ja tiedon hankinta on vähäistä, ja terveydenhoitajilla on ns. yleistä tietoa, mutta syvällisempää tietoa seksuaaliterveydestä tarvitaan lisää.
- 8) Seksuaaliterveyden täydennyskoulutusta tulee tarjota pienryhmissä, käytännön asiantuntijan johdolla ja yhdessä lääkäreiden kanssa.

7.2 Jatkotutkimushaasteet

Jatkossa tulisi tutkia minkälaisia näkemyksiä seksuaaliterveydestä ja sen edistämisestä on keski-ikäisillä miehillä. Tulosten mukaan työterveyshuoltoon kohdistui paljon odotuksia seksuaaliterveyden edistämisessä ja siksi olisi tärkeää tutkia niitä vaihdevuosi-ikäisiä naisia, jotka eivät kuulu työterveyshuollon palveluiden piiriin.

Mielenkiintoista olisi myös tarkastella, miten vaihdevuosi-ikäisiä naisia kohdellaan työpaikoilla ja pidetäänkö heitä samanarvoisina nuorempien työntekijöiden kanssa. Tutkimus vaihdevuosi-ikäisistä naisista työntekijöinä työnantajien ja työtovereiden näkökulmasta olisi tarpeellinen. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että vaihdevuosisoireet vähensivät naisten työhyvinvointia vaikuttaen negatiivisesti heidän ammatilliseen itsetuntoonsa työntekijöinä.

LÄHTEET

Aho, T. 2006. Mitä terveydenhoitaja voi tehdä seksitautien ehkäisemiseksi? Väestöliitto.

Ahola-Hyppönen, E. & Rautio, J. 2007. Fokusryhmät tutkimusmenetelmänä Tiehallinnossa. Pilottitutkimus. Tiehallinnon selvityksiä 40/2007. Helsinki.

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

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. uud. p. Jyväskylä: Vastapaino.

Annon, J. 1976. The PLISSIT Model. A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy* 2, 1-15. Spring-Summer 1976.

Erämies, T. 2006. Vaihdevuosi-ikäiset naiset internetin keskusteluryhmässä – Vaihdevuosien oireista ja ongelmista selviytyminen ja sosiaalinen tuki. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 2 p. Helsinki: WSOY.

Hausbrandt, L & Tavi, V. 2007. Nainen parasta vuosikertaa. Hämeenlinna: Karisto Oy Kirjapaino.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Ihme, A. & Rainto, S. 2009. Naisen seksuaali- ja lisääntymisterveys osana kokonaishoitoa. *Terveydenhoitaja* 4-5, 22.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa *Seksuaalisuus*. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 41-59.

Ilmonen, T. 2008a. PLISSIT- malli. Teoksessa *Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa*. Toim. M. Ritamo. Työpapereita 26/2008. Helsinki: Stakes, 79-84.

Ilmonen, T. 2008b. Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaaliterveyspalvelut. Teoksessa *Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa*. Toim. M. Ritamo. Helsinki: Stakes, 40-56.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

Javanainen, M. 2007. Vaihdevuodet.

Viitattu 10.6.2009. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>.

Juvonen, J. 2009. Lukivaikeuden huomioiminen terveysterveystyössä – Terveysterveystajan näkökulma. Erityiskasvatuksen ammatilliset erikoistumisopinnot. Tampereen ammattikorkeakoulu, ammatillinen opettajakorkeakoulu.

Järvinen, S. & Mällinen, A. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian opetus ja koulutus Suomessa 2003 – 2009. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-tutkinto, sosiaali- ja terveysala.

Kaisko, S. 2006. Teoksessa Käytännön työn näkökulma seksuaaliterveyden edistämiseen. IX Terve Kunta-päivät 25.-26.1.2006. Toim. M. Ritamo. Työpapereita 1/2006. Helsinki: Stakes.

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 20.8.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Kerttula, K., Nokela, S. & Pehkonen-Ollila, H. 2004. ”Kaippa ne on huomanneet, että tällanen on menossa”. Naisten kokemuksia vaihdevuosista. Opinnäytetyö. Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulu, diakoninen sosiaali-, terveys ja kasvatustieteiden yksikkö.

Ketola, T. 2006. Työntekijän valmiudet. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 60-68.

Kiviluoto, P. 2000. Teoksessa New views on sexual health. The case of Finland. Edit. I. Lottes & O. Kontula. Publications of the Population Research Institute, Series D 37/2000.

Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuus lääkärin koulutuksessa. Duodecim 119: 2007-8.

Kosunen, E. 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa Terveysterveysten edistäminen terveysterveystyksissä 2008. Toim. Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, Kirsi & Ståhl, T. Raportti 19/2009. Terveysterveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 232-243.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1, 5,10, 45.

Kyrölahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveysterveystajan ammatillinen osaaminen. Itsevalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos.

Liinamo, A., Meripihka, H. & Nikula, A. 2010. Seksuaaliterveyden edistäminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Terveysterveystaja 6, 28-29.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uud.p. Jyväskylä: Gummerus.

Midenfjord, A. 2005. Sexualitet på ålderns höst. Sjuksköterskans förhållningssätt till den geriatriska patientens sexualitet.. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, C-uppsats. Institutionen för Omvårdnad.

NACS. Nordic Association for Clinical Sexology. 2000. Code of ethics for members of organizations of NACS working as sexologists. Viitattu

26.8.2010.<http://amk.fi/opintojaksot/0407012/1092981175338/1092984979809/11079432...>

Paananen, U.K. 2007. Naisen kohtaaminen. Teoksessa Kätilötyö. Toim. Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Helsinki: Edita, 526-531.

Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO) & World Association for Sexology (WAS). 2000. Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action. Viitattu 25.4.2010.

Pelkonen, M. 2008. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma terveydenhoitajan näkökulmasta. *Terveydenhoitaja* 2, 14.

Pietiläinen, S. 2007. Naisen kohtaaminen. Teoksessa Kätilötyö. Toim. Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Helsinki: Edita, 538-555.

Punnonen, R. 2004. Estrogeeniä koko elämä. Miten sukuhormonit vaikuttavat elimistössä ja ympäristössä. Juva: WS Bookwell Oy

Ratia, T. 2005. Täydennyskoulutuksen merkitys seksuaaliterveyden edistämiseksi ja ammatilliselle kasvulle. *Opinnäytetyö*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-tutkinto, sosiaali- ja terveysala.

Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisen näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. *Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja A. Tutkimuksia* 19. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa *Seksuaalisuus*. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 226-235.

Ritamo, M & Kosunen, E. 2006. Teoksessa *Seksuaaliterveyden edistäminen kunnassa*. IX Terve Kunta-päivät 25.-26.1.2006. Toim. M. Ritamo. *Työpapereita* 1/2006. Helsinki: Stakes.

Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007-2011. *Avauksia* 6/2010. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki: Yliopistopaino.

Rutanen, E-M. & Ylikorkala, O. 2004. *Vaihdevuosien hormonihoido*. Lääkelaitos. Kela.

Ryttyläinen, K., Valkama, S., Ritamo, M & Blek, T. 2008. Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen. Teoksessa *Seksuaalisuus ammattihenkilöiden koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa*. Toim. M. Ritamo. *Työpapereita* 26/2008. Helsinki: Stakes, 7-23.

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

Ryttyläinen, K & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Juva: WS Bookwell Oy.

Saaristo, V., Alho, L., Ståhl, T. & Rimpelä, M. 2010. Terveystieteiden edistämistä aktiivisuutta perusterveydenhuollossa kuvaavat tunnusluvut ja niiden raportointi – menetelmäraportti. Avauksia 10/2010. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Solatie, J. 2001. Focusryhmät. Kvalitatiiviset ryhmäkeskustelut strategisen markkinointitutkimuksen apuna. Helsinki: Makeprint.

STHL. 2008a. Terveystietäjän ammatillisen osaamisen tunnistaminen. Helsinki: Art-Print Oy.

STHL. 2008b. Terveystietäjän täydennyskoulutus. Osaamista, virkistystä ja innostusta työhön. Helsinki: Art-Print Oy.

STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki: STM.

STM. 2008. Uusi terveystietolaki. Viitattu 18.10.2010.
http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveys...

Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 26.8.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty...

Suomen Seksologinen Seura ry. 2009. Seksologian ammattietiikan ohjeisto. Viitattu 20.8.2010. <http://www.tyopotor.fi/-sss/index.cfm?sivu=56>.

Tabermann, T. 2006. Suutele minulle siivet. Jyväskylä: Gummerus

Tervo, P. 2007. Naisen hoitamisen erityispiirteitä. Teoksessa Kätilötyö. Toim. Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Helsinki: Edita, 532-538.

Tuomi, J & Sarajärvi, Anneli. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Valkama, S. 2006. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetussuunnitelmien sisällönanalyysin ja asiantuntijakyselyn perusteella. Licensiaattityö. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi. Teoksessa Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. Tampere: Vastapaino.

Venhola, M. 2006. Lääkäri seksologina. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 69-76.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Väestöliitto. 2006. Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki.

WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf.

Viitattu 4.6.2009.

World Association for Sexual Health (WAS). 1999. Seksuaalioikeuksien julistus.

Viitattu 10.9.2010. http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_finland.asp.

LIITTEET

Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus

WAS – World Association for Sexology – Seksologian maailmanjärjestö Hong Kong 1999

1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen

Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden oikeuden ilmaista seksuaalisuuttaan täydesti. Se kuitenkin sulkee pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja seksuaalisen riiston. Tämä oikeus sisältää kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja yhteisön etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös oman kehon hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja mistä hyvänsä väkivallasta.

2. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen

Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, iän, rodun, sosiaaliluokan, uskonnon ja fyysisen tai psyykkisen vamman vuoksi.

3. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään

Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien itse-eroitiikka, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.

4. Oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun

Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan kommunikoidulla, koskettamalla, ilmaisemalla tunteita ja rakastamalla.

5. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen

Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia liittoja.

6. Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja

Tämä sisältää oikeuden päättää siitä hankkiiko lapsia vai ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä täydet oikeudet syntyvyyden säännöstelyyn.

7. Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon

Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla ja tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tahoille.

8. Oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen ja valistukseen

Tämä on elämän pituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.

9. Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin

Seksuaaliterveyspalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa, ongelmassa, niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Liite 2. Suostumuslomake ryhmäkeskusteluun osallistujille

Hei

Tässä tietoa opinnäytetyöstäni ja sen aineiston keruuseen liittyvästä ryhmäkeskustelusta.

Opinnäytetyöni käsittelee vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämistä perusterveydenhuollossa - 45–55-vuotiaiden naisten ja terveydenhoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa perusterveydenhuollon mahdollisuuksista ja resursseista vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Sen avulla selvitetään naisten toiveita ja terveydenhoitajien ammatillista osaamista ja koulutustarpeita vaihdevuosi-ikäisen naisen seksuaaliterveyttä tukevista palveluista.

Aineiston keruumenetelmänä on ryhmäkeskustelu. Se on järjestetty keskustelutilaisuus, jossa mukaan kutsutut henkilöt keskustelevat vapaamuotoisesti ryhmän vetäjän antamista aiheista noin 1-2 tunnin ajan. Kysymyksillä pyydetään lyhyesti kertomaan aiheeseen liittyvistä tapahtumista tai kokemuksista. Oikeita ja vääriä vastauksia ei ole, vaan kaikkien mielipiteet ja kommentit ovat arvokkaita. Keskustelu nauhoitetaan ja nauhoitus tulee vain opinnäytetyön tekijän käyttöön ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Ryhmäkeskustelut järjestetään erikseen 45-55-vuotiaille naisille ja terveydenhoitajille. Osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa ja itseään koskevan aineiston käytön voi kieltää myös jälkikäteen. Opinnäytetyöhöni ei tule osallistujien nimiä.

Tavoitteenani on, että keskustelutilaisuus on mukavaa yhdessäoloa, josta jokainen osallistuja voi saada voimavaroja itselleen kokemusten jakamisen kautta.

Lomakkeen voit palauttaa minulle viimeistään keskustelutilaisuuden alussa.

Kiitos osallistumisestasi

Terveisin Riitta Rasila, terveydenhoitaja, terv. edistämisen opiskelija (Y-AMK)

Annan suostumukseni keskustelutilaisuuden nauhoittamiseen

Liite 3. Ryhmäkeskustelun runko

TEEMA 1 Vaihdevuodet

Millaisia tunteita sana teissä herättää?
 Minkälaisia ennakkokäsityksiä vaihdevuosista teillä on tai oli ollut?
 Millaisia vaikutuksia vaihdevuosilla on mielestänne naisellisuuteen?
 Miten vaihdevuodet vaikuttavat mielestänne seksuaalisuuteen?
 Mitä vaikutuksia vaihdevuosilla voi mielestänne olla elämänlaatuun?

TEEMA 2 Seksuaaliterveys

Mitä seksuaaliterveys mielestänne tarkoittaa?
 Mistä olette saaneet tietoa seksuaaliterveydestä?
 Mistä haluaisitte saada tietoa seksuaaliterveydestä?
 Kuinka tärkeäksi koette seksuaaliterveyden?
 Kuinka voitte mielestänne vaikuttaa seksuaaliterveyteenne?

TEEMA 3 Perusterveydenhuollon palvelut

Oletteko hakeneet tukea/apua vaihdevuosiin liittyvissä asioissa terveyskeskuksesta?
 Oletteko hakeneet tukea/apua seksuaaliterveyteenne liittyvissä asioissa terveyskeskuksesta?
 Keneltä olette tarvittaessa saaneet tukea/apua?
 Minkälaista apua/tukea olette saaneet?
 Oletteko olleet tyytyväisiä perusterveydenhuollon palveluihin?
 Mitä toiveita teillä on palveluiden suhteen?

TEEMA 4 Terveystenhoitajien ammatillinen osaaminen

Miten koette osaamisenne vaihdevuosiin liittyvissä asioissa?
 Miten koette osaamisenne seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa?
 Miten koette seksuaalisuudesta puhumisen?
 Tunnetteko tarvitsevanne aiheesta lisää tietoa/koulutusta?
 Millaista koulutusta toivoisitte tarvittaessa saavanne?
 Minkälaiset vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaaliterveyteen liittyvät asiat koette asiakkaiden kanssa vaikeimmaksi käsitellä?
 Keneltä olette saaneet tarvittaessa saaneet tukea?

Liite 4. Taustatietolomake terveydenhoitajille

Taustatietolomake

Merkitse vastausvaihtoehdotasi X:llä

Koulutus terveydenhoitajaksi

___ sairaanhoitaja + erikoistuminen terveydenhoitajaksi

___ opistoaste 3,5 vuotta

___ amk 3,5 vuotta

___ amk 4 vuotta

Onko seksuaaliterveyttä käsitelty koulutuksessasi mielestäsi

___ niukasti

___ riittävästi

Työkokemus terveydenhoitajana

___ alle 2 vuotta

___ 10-14 vuotta

___ 2-5 vuotta

___ 15-20 vuotta

___ 6-9 vuotta

___ yli 20 vuotta

KIITOS

Liite 5. Yhteistyösopimus



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Ylemmät AMK -tutkinnot

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön (Ammattikorkeakouluasetus, 2005/423). Opinnäytetyön laajuus on 30 opintopistettä.

Opiskelijan tiedot

Nimi	Riitta Rasila
Osoite	Jokiniemi 20 86800 Pyhäjärvi
Puhelin	044 848 3202
Sähköposti	riitta.rasila@pyhajarvi.fi
Koulutusohjelma	terveyden edistäminen
Ryhmä	YST851

Toimeksiantaja

Toimeksiantajaorganisaatio	PYHÄJÄRVEN KAUPUNKI / TERV. KESKUS
Työn ohjaaja/yhteyshenkilö	KIRSI KIUKKANNIEMI, JOHTAVA LÄÄKÄRI
Osoite	POTILASPOLKU 1 86800 PYHÄJÄRVI
Puhelin	044-4457959
Sähköposti	kirsi.kiukaanniemi@pyhajarvi.fi

Työn edustaja/edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä.

Opinnäytetyön aihe ja ohjaavat opettajat

Aihe/työnimi	YHDEKSI-ikäisten naisten seksuaaliterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa
Ohjaavat opettajat	KATRI RYHTYLÄINEN, SIRPA VALKAMA
Puhelin	040 8488 624
Sähköposti	katri.ryhtylainen@jamk.fi

Tarkempi selvitys opinnäytetyön aihe-ehdotuksessa

11.9.09 Jyväskylä
Katri Ryhtyläinen
Katri Ryhtyläinen

Pyhäjärvi 18.9.09
Kirsi Kiukanniemi