



# Muistisairaan seksuaalisuus

Hoitaja, miten edistät ja estät muistisairaan seksuaalisuuden ilmaisemista?

Maija Kirkanen  
Jonna Makkonen

OPINNÄYTETYÖ  
Helmikuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

KIRKANEN, MAIJA & MAKKONEN, JONNA:

Muistisairaana seksuaalisuus

Hoitaja, miten edistät ja estät muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisemista?

Opinnäytetyö 41 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Helmikuu 2020

---

Seksuaalisuus mielletään kulloinkin yhteiskunnassa vallitsevien normien mukaisesti ja sen on koettu olevan lähinnä fyysistä kanssakäymistä, josta ei ole soveliasta puhua. Seksuaalisuus on kuitenkin monipuolisempaa ja jokaista ihmistä koskettava asia. Se kuuluu myös muistisairaille, joiden seksuaalisuus koetaan vielä tabuksi. Suomessa seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteeksi on asetettu tiedon lisääminen ja eriarvoisuuden vähentäminen seksuaalisuutta koskevilla asioilla.

Opinnäytetyö tehtiin Helsingin kaupungin Kinaporin monipuolisen palvelukeskuksen arviointi- ja kuntoutusyksikkö Fenixille ja sen tarkoituksena oli koota luotettavaa tietoa muistisairaana seksuaalisuudesta sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli muistisairasta hoitavan hoitajan tiedon ja osaamisen lisääminen sekä muistisairaana seksuaalisuuden tabun lieventäminen. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata tutkimuskysymykseen: miten hoitaja voi edistää ja estää muistisairaana seksuaalisuuden ilmenemistä? Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin eksplisiittistä aineiston valintaa, ja valitulle aineistolle tehtiin sisällönanalyysi.

Tuloksien mukaan hoitajien riittämätön koulutus ja ammattitaito sekä hoitokotien rajoittavat tekijät estivät muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisua. Yhteiskunta ohjaa normeillaan seksuaalista käyttäytymistä ja sillä oli vaikutus muistisairaana subjektiiviseen kokemukseen seksuaalisuudesta. Muistisairaana myötä heikentynyt toimintakyky vaikutti estävästi seksuaalisuuden ilmaisemiseen. Muistisairaana sisäisiin vaikuttajiin seksuaalisuuden ilmaisun toteutumisessa voitiin vaikuttaa hoitajien oman ammattitaidon vahvistamisella ja kiinnittämällä huomio hoidon vaikeavuuteen sekä perhesuhteiden tukemiseen.

Muistisairaana kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseen kuuluu olennaisesti seksuaalisuuden huomiointi, tällöin hoitohenkilöstön ammattitaito sekä hoitopaikkojen suvaitsevaisuus korostuvat. Kielteisiä asenteita muuttaessa tarvitaan enemmän tietoa ja koulutusta. Suomessa on aiheellista jatkossa tehdä muistisairaana seksuaalisuutta koskevia tutkimuksia. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi on hyvä kehittää materiaalia ja seksuaalikasvatuksessa huomioida paremmin vähemmistöt, joihin muistisairaana kuuluvat.

---

Asiasanat: seksuaalisuus, muistisairaus ja seksuaalisuus, hoitaja, tabu

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

KIRKANEN, MAIJA & MAKKONEN, JONNA:  
Sexuality of Patients with Memory Disorders  
Nurse, how can you Support and Prevent Sexual Express of Patients with  
Memory Disorders?

Bachelor's thesis 41 pages, appendices 6 pages  
February 2020

---

Sexuality is defined by society's current norms and it is often considered to mainly consist of physical intercourse, which is treated as an inappropriate topic for discussion. Sexuality is far more complex than that and it affects and belongs to every person. Patients with memory disorders should not be an exception.

The aim of the thesis was to gather dependable, high quality information about sexual expression of patients with memory disorders, and the practices that supported and prevented the aforementioned occurrences.

This was a qualitative research and it was conducted by means of a descriptive literature review. The literature was reviewed as a content analysis to explicitly selected material.

The results suggest that insufficient education and craftsmanship of nurses along with the restrictive factors of nursing homes prevent the sexual expression of patients with memory disorders. Society's norms dictate the appropriate sexual behavior and it has an effect on a subjective experience of sexuality for patients with memory disorders.

Taking sexuality into account is an essential part of comprehensive care for patients with memory disorders, and craftsmanship of nursing staff and unrestrictive care homes lay a vital role in achieving this goal. In order to influence the negative views on the issue, more knowledge and education are needed.

---

Key words: sexuality, memory disorder and sexuality, nurse, taboo

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
	2.1 Seksuaalisuus .....	6
	2.2 Muistisairaus ja seksuaalisuus .....	7
	2.3 Hoitaja .....	8
	2.4 Tabu .....	9
	2.5 Käsitteiden soveltaminen käytäntöön.....	10
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	11
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	12
	4.1 Tiedonhankinta.....	12
	4.2 Aineiston kuvaus ja laadun arviointi .....	16
	4.3 Sisällönanalyysi.....	17
5	TULOKSET .....	19
	5.1 Seksuaalista ilmaisua estävät tekijät.....	19
	5.2 Seksuaalista ilmaisua edistävät tekijät.....	23
6	POHDINTA .....	27
	6.1 Eettisyys.....	27
	6.2 Luotettavuus.....	27
	6.3 Tulosten tarkastelu .....	28
	6.4 Johtopäätökset.....	32
	LÄHTEET .....	33
	LIITTEET .....	36
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit .....	36

## 1 JOHDANTO

Seksuaalisuus yhdistetään usein pelkästään sukupuoliseen kanssakäymiseen, mutta se on paljon muutakin. Seksuaalisuus tarkoittaa monipuolista fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista osaa ihmisestä, johon vaikuttavat muun muassa kulttuurilliset ja uskonnolliset tekijät (WHO 2015, 5). Suomessa seksuaaliseen hyvinvointiin ja sen edistämiseen on kiinnitetty erityistä huomiota 2000-luvulla kansallisilla toimintaohjelmilla (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 3). Uskonto, lääketiede ja psykologia ovat olleet merkittäviä vaikuttajia määritellesä sitä, mikä on normaalia seksuaalista kanssakäymistä ja yhteiskunnassa soveliaista. Nykyaikainen asianmukainen tieto vapauttaa tabuksikin muodostuneista uskomuksista ja asenteista lisäten ihmisen seksuaalista hyvinvointia sekä sen ilmaisun vapautta. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 24–25.) Suomessa seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteeksi on asetettu kansalaisten tiedon lisääminen seksuaaliterveyttä heikentävistä ja edistävästä tekijöistä. Tärkeäksi on katsottu eriarvoisuuden vähentäminen taustoista huolimatta ja seksuaalisuuden moninaisuuden huomiointi. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 28–33.)

Koska seksuaalisuutta voidaan ajatella ihmisen henkilökohtaisena ja pyhänä asiana, voi sairastuneen seksuaalisuudesta tulla entistä vaikeampi asia kohdata (Apter ym. 2006, 24–25). Seksuaalisuudesta puhuminen osana sairauden hoitoa vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta avointa ja rohkeaa vuorovaikutusta (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 147). Hoitopaikassa olo ei saa olla este tai rajoitus muistisairaana oikeuksien toteutumiselle. Hoitohenkilöstön ammatillisuuteen kuuluu olennaisesti kohdata ihminen seksuaalisena yksilönä ja mahdollistaa laitoshoidossakin ihmiselle intiimi seksuaalielämä (Apter ym. 2006, 237). Helsingin kaupungin Kinaporin monipuolinen palvelukeskus kaipaa tietoa muistisairaana seksuaalisuudesta ja siitä, miten hoitaja voi toiminnallaan edistää seksuaalisuuden ilmaisemista. Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena ja toteutettiin yhteistyössä monipuolisen palvelukeskuksen ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan arviointi- ja kuntoutusyksikkö Fenixin kanssa. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota luotettavaa tietoa muistisairaana seksuaalisuudesta hoitajille, tavoitteena lieventää muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisemiseen liittyvää tabua.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kangasniemen ym. (2013, 294) mukaan Burns ja Grove (2005) sekä Fitzgerald ja Rumrill (2005) toteavat, että kirjallisuuskatsauksen kirjoittaminen alkaa määrittelemällä keskeiset käsitteet ilmiön ympärillä. Tämän kirjallisuuskatsauksen teeman, muistisairaana seksuaalisuuden, ympäriltä valittiin keskeisiksi käsitteiksi seksuaalisuus, muistisairaus ja seksuaalisuus, hoitaja sekä tabu. Käsitteiden avulla rakennetaan kirjallisuuskatsauksen teoreettista kehystä (Kangasniemi ym. 2013, 294, Coughan ym. 2007 mukaan).

### 2.1 Seksuaalisuus

WHO:n (2015, 5) mukaan seksuaalisuus koskettaa ihmistä psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Tätä seksuaalisuuden käsitettä voidaan ajatella biologian ja yhteiskunnallisten asioiden kautta erilaisin uskomuksin, asentein sekä arvoin. Seksuaalinen kehitys on monipuolinen, elämänmittainen ja jokaista ihmistä koskettava asia, johon liittyy sukupuoli-identiteetti sekä seksuaalinen suuntautuminen.

Koska seksuaalisuus on osa ihmistä elämän jokaisessa vaiheessa, ei se katoa ihmisen sairastuessa. Suomi on sitoutunut noudattamaan kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joilla turvataan ihmisten perusoikeuksia (Ilmonen & Korhonen 2015, 5). Perusoikeuksiin kuuluvat olennaisesti seksuaalioikeuksien toteutuminen, joita tässä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin täysi-ikäisten kohdalla. Tässä kirjallisuuskatsauksessa seksuaalioikeuksista tärkeimmiksi nousivat oikeus olla osa omaa seksuaalisuutta koskevaa päätöksentekoa sekä oikeudet tasa-arvoiseen kohteluun ihmistä syrjimättä (Ilmonen & Korhonen 2015, 10).

## 2.2 Muistisairaus ja seksuaalisuus

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellään yleisimpiin muistisairauksiin kuuluvia sairauksia, kuten Alzheimerin tauti, suurten ja pienten aivoverisuonten muistisairaus sekä niistä johtuvat infarktit, Parkinsonin taudista johtuva muistisairaus, aivolohkojen rappeuma, Lewyn kappale tauti ja semanttinen dementia (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015).

Muistisairaus käsitetään sairautena, jolla on etenevä ja heikentävä vaikutus muistiin, koska ajan kuluessa se muuttaa fyysisesti aivojen rakennetta, jonka vuoksi kielellisiin toimintoihin, hahmottamiseen sekä toiminnanohjaukseen voi tulla muutoksia. Dementia käsitteenä tarkoittaa samaa kuin muistisairaus, mutta ymmärretään pidemmälle edenneenä, vaikeana sairauden vaiheena. (Erkinjuntti ym. 2015). Dementiaan sairastuneella voi olla läheisyyden, seksuaalisuuden ja suhteiden tarpeita. Nämä tarpeet jäävät usein huomiotta tai voidaan ymmärtää väärin. On tärkeää muistaa, että kognitiivisen vajaatoiminnan alkaminen ei poista kiintymyksen ja läheisyyden tarvetta, vaikka tämä näkökohta usein sivuutetaan. (Bamford 2011, 436.)

Muistisairauksien vaikutusta seksuaalisuuteen on tutkittu vähän. Kuitenkin tiedetään, ettei läheisyyden ja kosketuksen tarve vähene sairastumisen myötä. Alzheimerin taudin tiedetään aiheuttavan suurimmalle osaa sairastavista miehistä erektiohäiriöitä. (Färkkilä & Ruutiainen 2003, 247–253.) Suurten aivoverisuonten muistisairaudessa voi aiheutua toispuolihalvausta, joka voi vaikeuttaa fyysistä kanssakäymistä. Pienten aivoverisuonten taudissa voi oireina ilmetä virtsaamisen häiriöitä tai TIA-kohtauksia. Suurten aivoverisuonten taudissa aivoinfarktit ovat yleisiä ja riippuen infarktin sijainnista, oireina voi olla toispuolihalvausta tai neglect-oireita eli toispuoleista huomiotta jäämistä. (Ohje potilaille ja läheisille: Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus: Käypä hoito -suositus 2019.)

Parkinsonin taudin oireena on dopamiinin erittymisen väheneminen ja sen johdosta seksuaalisen kiinnostuksen sekä toiminnan väheneminen. Parkinsonin taudissa seksuaalisuuteen vaikuttavia ongelmia ovat kiihottumis- ja orgasmivaikeudet. Parkinsonin taudin lääkehoito voi aiheuttaa yliaktiivista seksuaalisuuden ilmaisemista tai pakonomaista seksuaalikäyttäytymistä. (Liippola & Martikainen 2014, 9.)

Aivolohkojen rappeumataudissa oireet voivat vaikuttaa niin, että seksuaalisuuden ilmaisemisen normit muuttuvat sekä käyttäytyminen voi muuttua impulsiivisemmaksi (Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia): Käypä hoito -suositus 2019). Lewyn kappale -taudin vaikutus seksuaalisuuteen näkyy mustasukkaisuusharhoina, jotka voivat vaikeuttaa ihmissuhteita (Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale tauti: Käypä hoito -suositus 2019). Jokaisen aiemmin mainitun muistisairauden oireisiin kuuluvat myös tuttujen kasvojen tai ihmisten unohtaminen, joka voi vaikeuttaa ihmissuhteita ja seksuaalista ilmaisua (Muisti pätkii – mistä kyse, mikä avuksi?: Käypä hoito -suositus 2017).

### **2.3 Hoitaja**

Tässä kirjallisuuskatsauksessa hoitajaksi määritellään sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Näiden terveysalan koulutuksien sisältöihin vaikuttavat valtiovallan tasolla eri ministeriöt, kuten sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriö. Ammatilliset oppilaitokset ja korkeakoulut ovat olennainen osa hoitajien ammatillisuuden kasvussa. Terveysalan ammattiin valmistuminen ei automaattisesti oikeuta toimimaan ammatissa, vaan hoitaja tarvitsee oikeuksia, joita Sosiaali- ja terveysalan lupavirasto myöntää. Työelämässä hoitajien toimintaa ohjaavat muun muassa Terveystieteiden tutkimuskeskus ja oikeuksia edistävät ammattiliitot sekä etujärjestöt. (Laiho & Ruoholinna 2011, 20–21.)



Eri tahojen vaikuttaminen sairaanhoitajan ja lähihoitajan koulutukseen sekä käytännön työntekoon kuvastaa jo itsessään hoitotyön vaativuutta. Sairaanhoitajan vaativassa ammatissa toimimisen edellytyksenä on osata soveltaa teoriaa hoitotyön käytäntöön, jossa vuorovaikutuksessa sairaiden ihmisten kanssa ammatillinen identiteetti korostuu (Laiho & Ruoholinna 2011, 153–154). Sairaanhoitajan ammatillinen identiteetti on kokenut muodonmuutoksen kohti potilaslähtöisempää lähestymistapaa. Sairaanhoitajan työnkuva on muuttunut 1900-luvun alun tehtävä- ja lääkärikeskeisyydestä nykypäivän kokonaisvaltaiseksi hoitotyöksi (Laiho & Ruoholinna 2011, 73).

Käytännön hoitotyössä tarvitaan sairaanhoitajien lisäksi lähihoitajia, joiden tiedollinen ja taidollinen osaaminen on koulutuksen näkökulmasta ajatellen vähäisempää kuin sairaanhoitajilla. Lähihoitajan on ajateltu pitkälti olevan sairaanhoitajaa avustava ammattihenkilö, mutta terveysalan kehittämisen myötä lähihoitajan työnkuva on monipuolistunut käytännön osaamisessa (Laiho & Ruoholinna 2011, 108–111). Yhtä lailla käytännön osaajina lähihoitajien vuorovaikutus sairaiden kanssa ja potilaslähtöisyys korostuvat kokonaisvaltaisessa hoitotyössä.

## 2.4 Tabu

Käyttämällä sanaa tabu, jokin toiminta saa tuomitsevan merkityksen. Sen sijaan, että ilmiötä voisi järkiperaistaa ja käsitellä, on helpompi vaieta ja kieltää vaikeaksi koettu asia. Tämän kieltämisen taustalla vallitsee ajatukset yhteiskunnan normeista, joista poikkeaminen voi saada aikaan vaikenemisen kulttuuria. (Apter ym. 2006, 24.) Seksuaalisuus koetaan intiimiksi ja hyvin henkilökohtaiseksi asiaksi, jota on vaikea kohdata, saati ääneen puhua (Brusila 2008, 15–16).

Koska seksuaalisuus itsessään on ihmistä vaiettava asia, sairastuneen ihmisen seksuaalisuus kasvaa ilmiönä tabuksi. Se mikä koetaan normaaliksi osaksi seksuaalisuutta tai sen ilmaisua, on yhteisön vallan alaista ja käsitykset kulkevat kulttuurissa sekä sukupolvissa. Tabuksi leimatulla ilmiölläkin on valtaa, josta yhteiskunnan normeja noudattava ei puhu vaan kauhistelee tai kokee jopa pyhäksi. (Apter ym. 2006, 23–24.)

Nykypäivänä seksuaalisuuden normit poikkeavat menneistä aikakausista, ja seksuaalisuuden tabu on avautumassa. Etenkin muistisairaahan seksuaalisuutta koskevaa tabua avattaessa, olisi hyvä suunnata katsetta menneisiin aikakausiin ja ymmärtää kulloinkin vallitsevia käsityksiä pidättyneisyydestä, moraalista sekä kulttuurista. Siinä missä nykypäivän nuorille itsensä tyydytys on sallittua ja suotavaa, ikäihmisille heidän nuoruudessaan se on ollut syntiä. (Korhonen 2014, 55.)

## **2.5 Käsitteiden soveltaminen käytäntöön**

Helsingissä toimiva 13 -paikkainen arviointi- ja kuntoutusyksikkö Fenix muistisairaita varten on osa Kinaporin monipuolista palvelukeskusta, jonka toiminta painottuu pääosin ikääntyneille. Fenix-yksikön tavoitteena on kuntouttaa asiakas tuetusti kotiin. Kinaporin monipuolisen palvelukeskuksen arvoihin kuuluvat muun muassa suvaitsevaisuus ja sosiaalinen esteettömyys kotina sekä kohtaamispaikkana. Muuta toimintaa Kinaporissa on asumispalvelujen ja päivätoiminnan muodossa. (Helsingin kaupunki 2018.)

Yksikön asiakaskunnan ollessa muistisairaita, hoitohenkilöstön tiedollisen osaamisen soveltaminen käytäntöön korostuu. Jokaisen terveystieteen tutkinnon suorittajan osaamisen tavoitteeksi on asetettu myös valtiohallan toimesta seksuaalisuuden tuntemus perustasolla, taitoa ohjata ja neuvoa asiakkaita seksuaalisuutta koskevissa asioissa sekä oman ammattitaidon kehittäminen seksuaalisen hyvinvoinnin edistäjänä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 189–192). Kirjallisuuskatsaus muistisairaahan seksuaalisuuden ilmaisemiseen liittyvistä haasteista voikin tuoda Fenix- yksikön lisäksi muualle Kinaporin monipuoliseen palvelukeskukseen uutta näkökulmaa muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaamisessa.

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota laadukasta ja luotettavaa tietoa muistisairaana seksuaalisuudesta hoitajille sekä siitä, miten hoitaja voi edistää ja estää toiminnallaan muistisairaana seksuaalisuuden ilmenemistä ja ilmaisu.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli muistisairasta hoitavan hoitajan tiedon ja osaamisen lisääminen aiheesta sekä lieventää muistisairaana seksuaalisuuden ympärillä olevaa tabua.

Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä oli vastata tutkimuskysymykseen: miten hoitaja voi edistää ja estää muistisairaana seksuaalisuuden ilmenemistä?

## 4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Kirjallisuuskatsaus tehtiin narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää on usein käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa, ja metodin luotettavuuden puolesta puhuu perusteltu eteneminen prosessin eri vaiheissa. Kirjallisuuskatsauksen tuottamiseen käytettiin neljää eri vaihetta, jotka ovat kuvattuna Kangasniemen ym. (2013) katsauksessa selkeästi: ensimmäisenä muodostettiin tutkimuskysymys, toisena valittiin tutkimusaineisto käyttäen myöhemmin mainittuja tietokantoja, kolmantena koottiin aineistosta muodostettu kuvailu ja neljäntenä kuvailua tarkasteltiin. (Kangasniemi ym. 2013, 292.)

### 4.1 Tiedonhankinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen keskeisten käsitteiden avaamisen avulla lukija ymmärtää kirjallisuuskatsauksen teoreettisen lähtökohdan ja käsitteiden yhteyden toisiinsa. Kirjallisuuskatsauksessa käsitteiden avaamisen ja muun tukitiedon lähteinä käytettiin hoitoalan kirjallisuutta sekä tutkittuun tietoon perustuvia lähteitä. Aineiston hakua ja artikkelivalintaa määrittivät hakusanat sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joilla tietokantahakua tehtiin.

Ensimmäinen edellytys tiedonhaun aloittamiselle oli valita tiedonhaun soveltuvat tietokannat. Tietokantoihin päästiin Tampereen ammattikorkeakoulun hankkimilla ja opiskelijoille myöntämällä käyttöoikeuksilla. Tiedonhakua suoritettiin seuraavissa tietokannoissa: Medic, Medline (Ebsco), Cinahl Complete, TuniLib ja Elektra. Medic viitetietokannasta voi hakea viitetietoja Suomalaisista terveydenhuoltoalan julkaisuista, joista osa on saatavilla kokoteksteinä. Medline viitetietokannasta haetaan kansainvälisiä lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen kirjallisuusviitteitä. Cinahl Complete tietokannasta etsitään hoitotieteen, hoitoalojen sekä lähialojen kansainvälisiä artikkeleita kokoteksteinä. (Tampereen yliopiston kirjasto n.d.)

TuniLib käsittää Tampereen yliopiston ja Tampereen ammattikorkeakoulun sähköiset tietokannat sekä kirjat ja lehtikokoelmat, joita on saatavilla painettuna sekä sähköisessä muodossa. Kotimaisesta Elektra tietokannasta voi hakea tieteellisiä julkaisuja, jotka ovat sähköisesti saatavilla. (Tampereen yliopiston kirjasto n.d.)

Tietokannoista tiedonhakuja tehtiin käsitteitä kuvaavilla hakusanoilla hyödyntäen katkaistua hakua tähtimerkillä (\*). Hakujen laajentamisessa käytettiin lisäksi Boolean operaattoreita (OR ja AND). Näiden lisäksi tehtiin vapaasanahaku yhdellä sanalla, sillä harjoitushaut useammalla sanalla eivät tuottaneet hakutuloksia. Tietokannat ja hakusanat ovat kuvattuna taulukossa (taulukko 1). Seksuaalisuus sanan käyttö tiedonhaussa osoittautui paremmaksi vaihtoehdoksi muistisairas sanan sijaan, sillä hakutuloksia tuli vähemmän ja näin ollen artikkelien poissulku oli helpompaa. Tiedonhakuja tehtäessä ilmeni, ettei sisäänottokriteerit täyttävää kotimaista aineistoa aiheesta ole saatavilla, ja Suomessa muistisairaana seksuaalisuutta on tutkittu varsin vähän. Ulkomaista aineistoa aiheesta löytyi runsaasti.

TAULUKKO 1. Tietokannat ja hakusanat

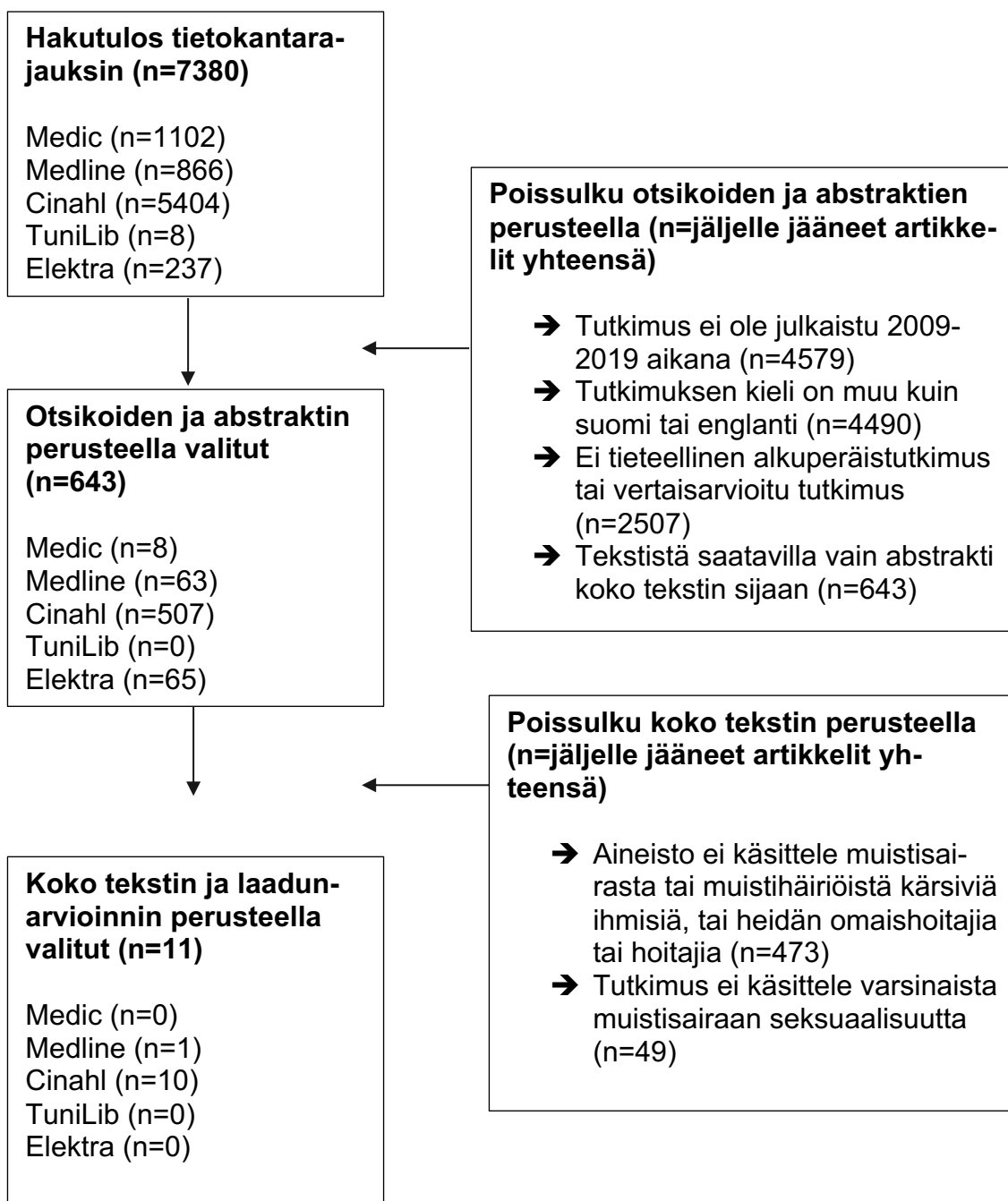
Tietokanta	Hakusanat
<b>Medic</b>	dement* OR muistihäiriö* muistisaira* AND seksuaalisuus
<b>Medline (Ebsco)</b>	( alzheimer's disease or dementia ) AND ( sexuality or sex or intimacy or sexual behavior ) AND ( nursing or nurse or nursing care or nursing practice )
<b>Cinah Complete</b>	dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss AND sexuality or sex or intimacy or sexual behavior
<b>TuniLib</b>	muistisairas OR dementia AND seksuaalisuus
<b>Elektra</b>	vapaasanahaku: seksuaalisuus

Sisäänottokriteereitä artikkelin valinnalle asetettiin saatavuuden lisäksi kuusi, ja sisäänottokriteerien täytyessä myös poissulkukriteerit täyttyivät (taulukko 2). Valitussa aineistossa artikkelien tuli olla kymmenen vuoden sisällä julkaistuja, suomen- tai englanninkielellä kirjoitettuja, tieteellisiä alkuperäistutkimuksia tai vertaisarvioituja tutkimuksia sekä kokotekstinä saatavilla olevia artikkeleita. Näillä sisäänottokriteereillä suoritettiin ensimmäinen tiedonhaun poissulku, joka tapahtui otsikko- ja abstraktitasolla. Hakutulos väheni tuhansista satoihin.

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto on saatavilla sähköisistä tietokannoista Tampereen ammattikorkeakoulun myöntämällä käyttöoikeuksilla	Aineisto ei ole saatavilla sähköisistä tietokannoista Tampereen ammattikorkeakoulun myöntämällä käyttöoikeuksilla
Tutkimus on julkaistu 2009-2019 aikana	Tutkimus ei ole julkaistu 2009-2019 aikana
Tutkimuksen kieli on suomi tai englanti	Tutkimuksen kieli on muu kuin suomi tai englanti
Tieteellinen alkuperäistutkimus tai vertaisarvioitu tutkimus	Ei tieteellinen alkuperäistutkimus tai ei vertaisarvioitu tutkimus
Koko teksti on saatavilla	Tekstistä saatavilla vain abstrakti koko tekstin sijaan
Aineisto käsittelee muistisairasta tai muistihäiriöitä sairastavia ihmisiä, tai heidän omaishoitajiaan tai hoitajia	Aineisto ei käsittele muistisairasta tai muistihäiriöitä sairastavia ihmisiä, tai heidän omaishoitajiaan tai hoitajia

Jäljelle jäänyttä aineistoa poissuljettiin edelleen sisäänottokriteerien avulla. Artikkelien tuli käsitellä muistisairaita tai muistin häiriöitä sairastavia tai heidän hoitajiaan. Tämän jälkeen hakutulosta rajattiin käsittelemään muistisairaaseksuaalisuutta. Jäljelle jääneestä aineistosta kirjallisuuskatsaukseen valittiin yksitoista artikkelia kokotekstin ja laadunarvioinnin perusteella. Tämä määrä tutkimuksia katsottiin riittäväksi vastaamaan tutkimuskysymykseen. Kaikkia jäljelle jääneitä artikkeleita rajauksien jälkeen ei luettu, sillä valinta tehtiin ensimmäisistä kriteerit täyttävistä artikkeleista. Lisäksi huomioitiin, että kirjallisuuskatsaukseen valittiin länsimaalaisen kulttuurin omaavissa maissa tehtyjä tutkimuksia. Relevanttien tulosten määrä väheni tietokannoissa jokaisen sisäänottokriteerin lisäyksen jälkeen ja nämä tulokset laskettiin yhteen. Tietokannoista löydettyjä artikkeleita ja aineiston valintaa on kuvattu kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Tietokannoista löydettyt artikkelit ja aineiston valinta (Hakala 2015, 14, muokattu)

## 4.2 Aineiston kuvaus ja laadun arviointi

Aineiston valintaa ohjasi kirjallisuuskatsauksessa eksplisiittinen aineiston valinta. Eksplisiittisessä menetelmässä tuodaan esille aineiston valintaan vaikuttavia tekijöitä kokonaisuudessaan, kuten esimerkiksi käytetyt tietokannat sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Kangasniemi ym. 2013, 295, Rother 2007 mukaan). Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto, joista sisällönanalyysi tehtiin, koottiin liitteeksi (liite 1).

Aineistoon valittiin yksitoista tutkimusjulkaisua, joista viisi artikkelia olivat Australiasta, kolme Yhdysvalloista, kaksi Brasiliasta ja yksi Espanjasta. Kaikki tutkimusjulkaisut olivat saatavilla englannin kielellä. Artikkeleista kymmenen oli tehty kvantitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä ja yksi kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimusmenetelmänä. Osaan tutkimuksista osallistui muistisairauksia sairastavia ihmisiä. Yhteen tutkimukseen osallistui seksuaalivähemmistöihin kuuluvia muistisairaita HLBT-ihmisiä, eli homoja, lesboja, biseksuaaleja ja transihmisiä. Lisäksi muistisairaiden puolisoita haastateltiin. Osa tutkimuksista suunnattiin vanhusen- ja dementiayksiköissä työskenteleville hoitajille. Yksi tutkimus käsiteli julkista mielipidettä muistisairaudesta ja seksuaalisuudesta hoitoyksikössä. Osallistujamäärät vaihtelivat haastateltavien ryhmien mukaan. Muistisairaita ja heidän omaisiaan osallistui eri tutkimuksista yhteen laskettuna 238, hoitajia osallistui yhteensä 159, ja julkista mielipidettä koskevaan tutkimukseen osallistui 1194 ihmistä. Aineistot analysoitiin erilaisilla menetelmillä, kuten esimerkiksi varianssianalyysillä, SPSS-menetelmällä, systemaattisella ja temaattisella sisällönanalyysillä sekä meta-analyysillä.

Tutkimusaineistoksi valittuja artikkeleita pidettiin laadukkaina, mikäli ne täyttivät sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Laadunarviointia tehtiin koko tekstiä luettaessa huomioimalla, että artikkeleiden tutkimusasetelmat, menetelmät ja tulokset kuvattiin selkeästi ja luotettavasti. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen valituissa artikkeleissa pohdittiin luotettavuutta ja eettisyyttä sekä tehtiin johtopäätökset tuloksista.



### 4.3 Sisällönanalyysi

Laadullista aineistoa analysoitaessa, yleisesti käytössä oleva menetelmä on sisällönanalyysi. Menetelmä voi toimia yksittäisesti tutkimusta tehdessä tai kokonaisuuden kehikkona, jolloin viitekehysten rajat ovat joustavia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Mile ja Hubberman (1994) Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–110) mukaan sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja käsitteiden muodostaminen. Ensimmäisessä vaiheessa aineiston pelkistämässä aineistosta irrotetaan epäolennaiset osuudet ja jätetään olennainen osuus, joka pelkistetään yksinkertaisimpaan muotoonsa. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään alaluokkiin, joita voidaan etsiä, esimerkiksi tutkimuskysymyksen ilmaisuilla. Yläluokat muodostetaan alaluokista, jotka ovat samankaltaisia toistensa kanssa. Pääluokka kuvaa ennen analyysin aloittamista päätettyä sanaa tai ilmaisua, joka kuvaa analyysiyksikköä. Ryhmitelyssä on tarkoitus etsiä aineistosta samankaltaisuuksia ja asettaa ne saman alaluokan alle. Kolmannessa vaiheessa eli teoreettisen käsitteen luomisessa, luodaan käsitteet, joiden avulla voidaan vastata tutkimuskysymykseen.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysi seksuaalisuuden ilmaisemiseen vaikuttavista tekijöistä (taulukko 3) kuvaa kirjallisuuskatsauksen tiedon jäsentämistä, jolla saatiin vastaus tutkimuskysymykseen. Valitusta tutkimusaineistosta pelkistettiin kaksikymmentäviisi olennaista ilmaisua. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhdeksäksi alaluokaksi, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Käsitteet muodostettiin alaluokista, joita pelkistämällä saatiin yläluokiksi tutkimuskysymyksen osat, seksuaalisuuden ilmaisemista estävät ja edistävät tekijät. Pääluokka yhdistää yläluokat toisiinsa ja kuvastaa kirjallisuuskatsauksen teemaa.

TAULUKKO 3. Seksuaalisuuden ilmaisemiseen vaikuttavat tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Hoitajien tietämättömyys	Riittämätön koulutus ja ammattitaito	Seksuaalista ilmaisua estävät tekijät	
Hoitajien negatiiviset asenteet			
Hoitajien kokemuksen puute			
Hoitokotien esteet ja rajoitukset	Hoitokotien rajoittavat tekijät seksuaalisen ilmaisun mahdollistamisessa		
Asukkaiden kielteiset kokemukset hoitokodista			
Uskonto estävänä tekijänä	Yhteiskunnan vaikutus seksuaalisuuteen		
Kulttuurin vaikutus seksuaalisuuteen			
Moraalinen käsitys seksuaalisuudesta			
Muistisairaana kognition aleneminen	Toimintakyvyn muutokset		
Seksuaalisen ilmaisun muutokset			
Häpeän tunteet seksuaalisuudesta	Subjektiiivinen kokemus seksuaalisuudesta		
Seksuaalisuus käsitteenä ymmärretään eri tavoin			
Hoitajien koulutus	Hoitajien ammattitaidon vahvistaminen	Seksuaalista ilmaisua edistävät tekijät	Seksuaalisuuden ilmaisemiseen vaikuttavat tekijät
Muistisairaudesta aiheuttamien muutosten ymmärtäminen			
Seksuaalitietämysten lisääminen			
Henkilökunnan myönteinen asenne			
Parisuhteen huomioiminen	Perhesuhteiden tukeminen		
Keskustelun lisääminen omaisten ja organisaation välillä			
Kyky tunnistaa hoidon toteuttamisen ongelmat	Hoidon vaikutus seksuaalisuuden ilmaisemiseen		
Dementian oireiden seulominen			
Yksityisyyden mahdollistaminen			
Myönteinen suhtautuminen seksuaalisuuteen ennen sairastumista	Sisäiset vaikuttajat seksuaalisen ilmaisun toteutumisessa		
Suostumus, tarve ja oikeus seksuaaliseen kanssakäymiseen			
Itsenäisyyden tukeminen			
Selviytymisstrategioiden käyttäminen			

## 5 TULOKSET

Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Carnwell ja Daly (2001) sekä Grant ja Booth (2009) toteavat, että tutkimusjulkaisuista valitaan kirjallisuuskatsaukseen oleellisia asioita, joista kootaan ryhmitellen tutkimuskysymykseen vastaava synteesi. Aikaisemmin kuvatun sisällönanalyysin mukaisesti tässä osiossa kuvataan tutkimusjulkaisujen tuloksia. Pääluokka muodostui muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisemiseen vaikuttavista tekijöistä, joka supistettiin kahdesta yläluokasta, seksuaalista ilmaisua estävät ja edistävät tekijät. Estäviä tekijöitä ovat *riittämätön koulutus ja ammattitaito, hoitokotien rajoittavat tekijät seksuaalisen ilmaisun mahdollistamisessa, yhteiskunnan vaikutus seksuaalisuuteen, toimintakyvyn muutokset ja subjektiivinen kokemus seksuaalisuudesta*. Muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisemiseen vaikuttavia edistäviä tekijöitä kuvaa *hoitajien ammattitaidon vahvistaminen, perhesuhteiden tukeminen, hoidon vaikutus seksuaalisuuden ilmaisemiseen ja sisäiset vaikuttajat seksuaalisen ilmaisun toteutumisessa*.

### 5.1 Seksuaalista ilmaisua estävät tekijät

*Riittämätön koulutus ja ammattitaito* pelkistettiin ilmauksista hoitajien tietämättömyys, hoitajien negatiiviset asenteet ja hoitajien kokemuksen puute. Hoitokotien esteet ja rajoitukset sekä asukkaiden kielteiset kokemukset hoitokodista supistettiin muotoon *Hoitokotien rajoittavat tekijät seksuaalisen ilmaisun mahdollistamisessa*. *Yhteiskunnan vaikutus seksuaalisuuteen* alaluokka muodostui ilmauksista uskonto estävänä tekijänä, kulttuurin vaikutus seksuaalisuuteen ja moraalinen käsitys seksuaalisuudesta. *Toimintakyvyn muutokset* alaluokan alle soveltui ilmaukset muistisairaana kognition aleneminen ja seksuaalisen ilmaisun muutokset. Häpeän tunteet seksuaalisuudesta ja seksuaalisuus käsitteenä ymmärretään eri tavoin, supistui alaluokaksi *subjektiivinen kokemus seksuaalisuudesta*. Alaluokkien tuloksia kuvataan seuraavasti:

Hoitajien tietämys myöhemmän iän seksuaalisuudesta dementiayksiköissä todettiin vähäiseksi Chenin, Jonesin ja Osbornen (2017, 3) tutkimuksessa. Tietämättömyys johti väärin oletuksiin seksuaalisuudesta ja sen muutoksista. Esimerkiksi yli 50% tutkimukseen vastanneista hoitajista (n=52) vastasivat väärin väittämään: välillinen, ei fysiologisista syistä johtuva impotenssi lisääntyy yli 60-vuotiailla verrattuna nuorempiin miehiin. Tietämättömyys tuli esille myös Bauerin, McAuliffen, Nayn ja Chencon (2013b, 88) artikkelissa, jonka mukaan ikäihmisten parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan seksuaalitietämys ennen osallistumista lisäkoulutukseen oli vähäisempää kuin koulutuksen jälkeen. Dementiaa sairastavista ajateltiin, että he eivät kykene tekemään järkeviä päätöksiä seksuaalisuhteisiin osallistumisesta. Ennen koulutukseen osallistumista ajatusmaailma oli enemmänkin sitä, että ihmisen vanhetessa kiinnostus seksuaalisuutta kohtaan väistämättä häviää, eikä osa pitänyt itsetyydytystäkään hyväksyttävänä. Hoitajat myös valittaisivat herkemmin johdolle, jos hoitokodissa asuvalla sukulaisella olisi seksisuhde toisen asukkaan kanssa.

Hoitajien asenteilla oli vaikutusta muistisairaana seksuaalisuuteen. Barrettin ja Cramerin (2015, 37) tutkimuksen vastaajat kertoivat laitosten hoitohenkilökunnan asenteiden olevan osittain homofobisia muistisairaiden asukkaiden seksuaalisuutta kohtaan. Yleisesti muistisairaita pidetään haavoittuvina ihmisinä, joita tulee suojella seksuaaliselta hyväksikäytöltä, selviää Symen ym. (2016, 709–710) julkaisussa. Osa tutkimukseen vastaajista oli sitä mieltä, että muistisairauden myötä ilmenevät kognitiiviset rajoitukset ovat selkeä todiste kyvyttömyydestä seksuaaliseen päätöksentekokykyyn. Hoitajien päätäntävalta muistisairaana seksuaalisen ilmaisun suhteen oli osasta vastaajista kyseenalaista.

Myös Villar, Celdrán, Fabà ja Serrat (2014, 406–408) tutkivat hoitajien asenteita muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan. Hoitajat mielsivät, että dementiaa sairastavilta asiakkailta puuttuu tarvittavat kyvyt punnita etuja ja haittoja seksuaalisissa suhteissa. Muistisairaista tulee hoitajien mielestä lapsellisia ja avuttomia sekä heidän ajateltiin olevan vaarassa tulla satutetuksi.

Tutkimuksessa toisen katsantokannan mukaan seksuaalisen väärinkäytösten riski kasvaa dementian edetessä, mutta seksuaalisuuden toteuttaminen oli sallitavampaa kognition sallimissa rajoissa. Hoitajat vastasivat kysyvänsä kokeneemmilta ammattilaisilta neuvoja, koska arvioivat heidän olevan pätevämpiä arvioimaan dementiaa sairastavan seksuaalisen kanssakäymisen sallimista. (Villar ym. 2014, 406–408.)

Symen ym. (2016, 710–711) selvittivät, että hoitokotien käytänteet ja yleinen mielipide muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisun toteuttamisesta eivät kohtaa. Hoitokotien käytännöistä vastaavilla ja politiikan suunnittelijoilla on paternalistinen, eli holhoava lähestymistapa seksuaalisuuden ilmaisua kohtaan, jolloin käytännöt hoitokodeissa ovat seksuaalisuutta kieltäviä. Hoitokodissa asuvien ihmisten määrä tulee kasvamaan, jolloin seksuaalinen ilmaisun salliminen pitäisi huomioida paremmin terveydenhuollon ja hoitokotien politiikassa. Hoitokotien rajoitukset tulivat esille myös Barrettin ja Cramerin (2015, 37) artikkelissa, jossa heteronormatiivisuus ja syrjintä olivat huolen aiheita, jotka vaikuttivat halukkuuteen päästä asukkaaksi hoitokotiin. Tämä suhtautumistapa johti kyselyyn vastanneiden huonompaan terveydentilaan ja hyvinvointiin.

Bauerin ym. (2013a, 302–304) tutkimuksessa avattiin asukkaiden kokemuksia hoitokodissa elämisestä seksuaalisena olentona. Vastaajat kokivat seksuaalisuuden ja seksuaalisen kanssakäymisen intiimiksi asiaksi, joka ei kuulu henkilökunnalle tai perheelle. Jos henkilökunta tapaisi parin harrastamassa intiimiä kanssakäymistä, heidän tulisi pysyä erossa siitä, eikä puuttua asiaan. Osallistujat kokivat, ettei hoitokoti ole ihmisen seksuaalisuutta edistävä paikka. Seksuaalisuuden ilmaiseminen ja seksuaalinen kanssakäyminen hoitokodissa koettiin rajoitetuksi. Vähäinen yksityisyys nostettiin esille, esimerkiksi osa hoitohenkilökunnasta ei koputtanut tullessaan asukkaan kotiin. Kahden hengen vuoteiden puute vaikeutti lähellä olemista ja oli osa seksuaalisuuden ilmaisun estämistä. Eräässä hoitokodissa henkilökunta järjesti huoneen avioliitossa eläviä pareja varten. Eräs vastaaja koki tämän ahdistavaksi, sillä huoneen oven ollessa kiinni, jokainen tiesi mitä siellä tapahtuu. Hoitohenkilökunnan ”juoruilu” asiasta koettiin myös ahdistavaksi. Osallistujat halusivat hoitohenkilökunnan kunnioittavan osallistujien seksuaalisuutta ja odottivat hoitohenkilökunnalta ymmärrystä asian suhteen.

Lisäksi Bauerin ym. (2013a, 302–304) kyselyssä ilmeni, että keskusteleminen hoitohenkilökunnan kanssa seksuaalisuudesta koettiin vaikeaksi. Yleensä hoitohenkilökunta ei tehnyt aloitetta keskustelusta, ja osallistujat kokivat puheenaiheeksi ottamisen vaikeana. Vastaajat kokivat, että oli vaikeaa tutustua toisiinsa hoitokodissa, koska asukkailla oli vain vähän mahdollisuuksia tutustua ja muodostaa läheisempiä suhteita. Monien osallistujien esiin nostama huomiotta jättäminen asukkaiden henkilökohtaiseen ilmeeseen, pukeutumiseen ja hoitamiseen vaikutti seksuaaliseen ilmaisuun. Mahdollisuudet vastakkaisen sukupuolen kanssa kanssakäymiseen väheni hoitokodissa, sillä suurin osa asukkaista oli naisia, ja dementian aiheuttama kognition aleneminen vaikeutti johdonmukaista keskustelua. Kuitenkin Daviesin ym. (2011, 95) mukaan monet pariskunnat jatkoivat intiimiä elämää puolison Alzheimerin tautiin sairastumisesta huolimatta. Pariskunnan seksuaalinen intiimiys edellyttää sopeutumista muistisairaahan kognitiivisiin toimintahäiriöihin.

Barrettin ja Cramerin (2015, 36) julkaisussa osoitettiin, että dementiadiagnoosin saatuaan, potilaan seksuaalista suuntautumista koskeva salassa pidettävien asioiden hallinta vaikeutui. Kognitiivisen toimintakyvyn aleneminen aiheutti seksuaalisen suuntautumisen paljastumisen vahingossa ulkopuoliselle henkilölle, mikä aiheutti stressiä tutkimukseen vastanneelle potilaalle ja hänen läheisilleen. Lisäksi hoitokotia ei yleisesti pidetä sopivana paikkana seksuaaliselle ilmaisulle ja tätä perusteltiin Symen ym. (2016, 710) mukaan moraalisilla sekä uskonnollisilla näkökohdilla. Seksuaalista ilmaisua hoitokodissa pidettiin sopimattomana varsinkin yksityisten tilojen puutteen vuoksi.

Lima ym. (2017, 676–677) kertoivat tutkimukseen vastaajien kertoneen seksuaalisuuden syntyvän avioliitossa rakkaudesta ja seksistä. Muutokset seksuaalisuuteen tulevat, kun dementia alkaa vaikuttamaan päivittäisiin toimintoihin ja parisuhteen dynamiikka muuttuu sekä parisuhteen toinen osapuoli alkaa tarvita apua aiemmin itsenäisesti tapahtuneissa toiminnoissa. Seksuaalisuuden muutokset dementian myötä vaikuttivat myös hoitavan puolison seksuaalisuuteen. Häpeä muuttuneesta tilanteesta oli yksi tekijöistä, joka vaikutti negatiivisesti seksuaalisuuden ilmaisuun etenkin naisilla.

Omaishoitajana toimivat naiset saattoivat hävetä omaa seksuaalisuuttaan, piilotella sitä tai hyväksyä kaverillisen suhteen kumppaninsa kanssa. Häpeän tunteeseen vaikuttivat myös uskonnollisuus ja kulttuuri. Selvisi, että omaishoitajapuoliset hyväksyivät tilanteensa ja jäivät hoitaviksi osapuoliksi. Seksuaalisuuden ilmaiseminen häpeän kautta estyi, mutta toisaalta estyminen oli hyväksyttävää ja toissijaista parisuhteen menettämisen kannalta. (Lima ym. 2017, 676–677.)

Häpeän tunteet tulivat ilmi myös Salesin ja Menezesin (2017, 206–207) artikkelissa, jossa haastateltiin Alzheimerin tautia sairastavien puolisoita. Yhteiskunnassa on vallinnut tyypillinen ajatusmaailma vanhuudesta, jossa ei ole seksuaalisuutta ja se on johtanut vaikenemiseen seksuaalisuuden kokemuksista. Seksuaalisuuden ilmaisu aiheuttaa häpeän ja pelon tunteita sekä saa miettimään omaa säädylisyyttään. Ihmiset eivät yleensä puhu kokemuksistaan seksuaalisuudesta vaan pikemminkin ovat varautuneita aihetta kohtaan. Tutkimuksessa tuli esille myös, ettei seksuaalisuus käsitteenä ole täysin selvä, eikä tarkoita samaa asiaa kaikille. Seksuaalisuus voi olla muun muassa rakkautta ja huolenpitoa, nautintoa ja hauskanpitoa. Osa kuitenkin mieltää seksuaalisuuden ja seksin synonyymeiksi. Muistisairaana seksuaalisuutta on myös vaikea käsittää sen ollessa subjektiivinen kokemus.

## 5.2 Seksuaalista ilmaisua edistävät tekijät

*Hoitajien ammattitaidon vahvistaminen* alaluokka muodostettiin ilmauksista hoitajien koulutus, muistisairauden aiheuttamien muutosten ymmärtäminen, seksuaalitietämyksen lisääminen ja henkilökunnan myönteinen asenne. *Perhesuhteiden tukeminen* koostui pelkistyksistä parisuhteen huomioiminen ja keskustelun lisääminen omaisten ja organisaation välillä. Kyky tunnistaa hoidon toteuttamisen ongelmat, dementian oireiden seulominen ja yksityisyyden mahdollistaminen supistuivat muotoon *Hoidon vaikutus seksuaalisuuden ilmaisemiseen*. *Sisäiset vaikuttajat seksuaalisen ilmaisun toteutumisessa* kuvastaa ilmauksia myönteinen suhtautuminen seksuaalisuuteen ennen sairastumista, suostumus, tarve ja oikeus seksuaaliseen kanssakäymiseen, itsenäisyyden tukeminen ja selviytymisstrategioiden käyttäminen. Alaluokkien tuloksia kuvataan seuraavasti:

Bauer ym. (2013b, 87–89) selvittivät, että koulutusinterventiolla on merkittävä vaikutus hoitohenkilöstön suhtautumiseen ikääntyvien hoitokodissa asuvien aikuisten, myös dementiaa sairastavien seksuaalisuuteen. Vastausten perusteella hoitokotien kaltaisissa laitoksissa seksuaalisiin toimiin kannustaminen ja tukeminen koettiin sallittavammaksi tiedon lisäämisen jälkeen. Koulutusinterventio lisää seksuaalioikeuksien toteutumista, ja esimerkiksi suhtautumisesta homoseksuaalisia suhteita kohtaan tulee sallivampaa. Lisäksi hoitajat tukivat enemmän koulutuksen jälkeen sitä, että hoitokotien asukkaille tarjottaisiin seksuaalikasvatusta. Seksuaalitietämyksen lisääntyessä osa hoitajista koki, etteivät tietäneetkään aivan kaikkea ikäihmisten seksuaalisuudesta kuin olivat ensin ajatelleet, mutta päinvastastakin ajatusta ilmeni. Osa hoitajista ei koulutuksen jälkeen halunnut lisätietoja seksuaalista muutoksista vanhuudessa. Myös Jonesin ja Moylen (2016, 569) tutkimus osoittaa kuinka tärkeä on tarjota aihetta vastaavaa koulutusta sekä parantaa asenteita ja tietämystä iäkkäiden dementiaa sairastavien seksuaalisuutta kohtaan.

Salesin ja Menezesin (2017, 207) julkaisussa tuli esille muistisairauden vaikutus päivittäiseen elämään. Muistisairaus ei ole este seksuaalisen ilmaisun toteutumiselle, vaan seksuaalisuutta ilmaistaan eri tavoin kuin ennen sairastumista. Tutkimuksessa muistisairauteen sairastuneen puoliso kertoi käyvänsä suihkussa yhdessä puolisonsa kanssa, ja heille toistensa saippuointi oli seksuaalinen tapahtuma. Yhteisen suihkuhetken myötä he myös ymmärsivät paremmin vanhuuden tuomia muutoksia kehossa fyysisine rajoituksineen ulkonäön muuttuessa.

Salesin ja Menezesin (2017, 207–208) selvittivät, ettei ennen sairastumista ilmaistu seksuaalikäyttäytyminen välttämättä muutu, vaikka muistisairaus muutoin muuttaisi ihmistä. Artikkelissa kerrottiin naisesta, joka ilmaisi seksuaalisuuttaan pukeutumalla, käyttämällä korkokenkiä ja koruja ennen muistisairauden toteamista. Sairastuminen ei estänyt häneltä tätä seksuaalisuuden ilmaisun muotoa, ja hän jatkoi edelleen esteettistä ilmaisua muistisairaudestaan huolimatta.



Salesin ja Menezesin (2017, 207-208) julkaisussa ilmeni myös, että seksuaalinen ilmaisu tunteineen sekä toimintoineen olivat kokonaan loppuneet ja se koettiin negatiivisesti. Puolisot mieluummin luopuivat omasta seksuaalisuudestaan ja huolehtivat sairastuneesta. Tutkimus osoitti, että parisuhteessa olevan muistisairaahan seksuaalisuutta käsitteleviä tutkimuksia oli tehty vähän Brasiliassa.

Liman ym. (2017, 675) mukaan ammatillisesta näkökulmasta korostuivat ammatillisen lähestymistavan käyttäminen ja sen merkityksen ymmärtäminen hoidon toteuttamisen näkökulmasta. Hoitajien on tärkeä kyetä tukemaan perhettä ja perhesuhteita dementiaproessin aikana ja myös antaa tukea seksuaalisuuden ilmaisemiselle. On tärkeä myös kyetä tunnistamaan ongelmat seksuaalisuudessa ja hoidossa.

Muistisairaahan seksuaalisuus koettiin Symen ym. (2016, 707–710) mukaan hyväksyttävämmäksi, mikäli muistisairas oli vakiintuneessa rakastavassa suhteessa. Salesin ja Menezesin (2017, 208–210) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia muistisairaahan seksuaalisuuden hyväksynnästä. Pariskuntien läheisyys ennen puolison sairastumista Alzheimerin tautiin lievitti kielteisyyttä seksuaalista ilmaisua kohtaan sekä oli keskeisessä asemassa hoidon tarjoamiseen kohdistuvien kielteisten vaikutusten lieventämisessä. Alzheimerin tautiin sairastuneen käytöksen muutos seksuaalisuuden suhteen voi puolisoissa aiheuttaa häpeän tunteita ja vaikeutta käsitellä asioita. Tutkimuksessa korostuivat seksuaalisuuden eri merkitykset Alzheimeria sairastavien puolisoille, jotka ovat alttiita monimuotoisille ja ristiriitaisille tilanteille itsensä sekä avioliiton suhteen. Tämä vaatii monialaista tukea hoitohenkilöstöltä perusterveydenhuollossa, sairaalassa tai kotona. Sairaanhoidajan tulisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä tunteista ja kysymyksistä sairastuneiden puolisoitten kanssa sekä neuvoa niihin liittyvissä asioissa.

Bauerin ym. (2013b, 88) mukaan dementiaa sairastaville tulisi voida tarjota yksityisyyttä seksuaalista toimintaa varten. Kahdella asukkaalla, joista toisella on muistisairaus ja toisella ei, on oikeus olla seksuaalisesti intiimisti heidän niin halutessaan. Tutkimuksessaan Jones ja Moyle (2016, 569) totesivat, että tarvitaan

lisää keskustelua omaisten kanssa ja organisaation tukea asianmukaisten suuntaviivojen antamiseksi, jotta hoitohenkilökunta reagoisi ja toimisi asianmukaisesti dementiaa sairastavien ihmisten seksuaalisuuden ilmaisemisen parissa. Lisäksi Barrett ja Crameri (2015, 36) osoittivat hoitohenkilökunnan korostavan tarvetta seuloa demencian oireita ennen lääketieteellisten toimenpiteiden tarjoamista, sillä toimenpiteen prosessointi vaikeutui, jos potilaalla oli demencian oireita.

Symen ym. (2016, 707–710) tutkimuksessa selvisi, että mikäli seksuaalisuuteen oli suhtauduttu myönteisesti ennen dementoitumista, seksuaalisuus koettiin hyväksyttävämpänä myös muistisairauteen sairastuttua. Esille tuli tärkeys huomioida muistisairaahan suostumus seksuaaliseen kanssakäymiseen, ja tähän suostuvuuteen vaikuttavat monet tekijät kuten kognitiivinen toimintakyky ja vaihteleva henkinen kapasiteetti. Vastaajat ajattelivat, että muistisairaalla on tarve ja oikeus läheisyyteen, kosketuksiin sekä hyväilyihin heidän jatkuvasti kapenevassa maailmassaan. Seksuaalista kanssakäymistä muistisairaahan kanssa ei kuitenkaan vastaajien mukaan hyväksytä itsekkäistä, puolisoa palvelevista syistä, jolloin seksikontaktia muistisairaahan kanssa voidaan pitää jopa raiskauksena. Tutkimuksessa osa vastaajista (n=26) ehdotti omien seksuaalioikeuksien suojelemisen ratkaisuksi toimintaohjetta, jonka voisi laatia ennen muistisairauteen sairastumista. Omaa seksuaalisuutta koskevaa direktiiviä ei kuitenkaan vielä tunnusteta.

Lima ym. (2017, 675) kokosivat omaishoitajapuolisoiden käyttämiä erilaisia strategioita, jotka auttoivat selviytymään dementiaprosessin läpi. Samaa mieltä olivat Harris, Adams, Zubatsky, ja White (2011, 955), jotka totesivat omaishoitajien joutuvan muuttamaan selviytymisstrategiaansa ja asenteita avioliittoa kohtaan selviytyäkseen demencian aiheuttamista muutoksista parisuhteessa. Jotkut selviytymisstrategiat auttoivat sisäistämään käsityksiä kumppanistaan suhteessa sairau-teen, kuten jatkohoidon mahdollisuudet ja kärsivällisyys Alzheimerin taudin liitännäishäiriöiden kanssa, kun taas toiset hyötyivät enemmän ulkopuolisesta tuesta, kuten terapia- tai tukiryhmiin osallistumisesta ja keskustelusta ystävien kanssa. Suurin osa osallistujista huomautti, kuinka omahoitosuunnitelmista oli hyötyä sairauden uuden merkityksen ja näkökulman löytämisessä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen prosessin aikana käytettiin Arenen (2018) eettisiä suosituksia hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Eettinen toiminta aloitettiin sopimalla opinnäytetyösopimus kirjoittajien, ammattikorkeakoulun ja työelämäosapuolen kesken. Kirjallisuuskatsaukseen ei vaadittu tutkimuslupaa sillä, asiakkaita ei haastateltu. Opinnäytetyösopimuksessa (Arene 2018) sovittiin aiheesta ja aikataulusta, salassapidosta, luottamuksellisuudesta, vastuusta ja kustannuksista sekä niiden korvaamisesta.

Kirjallisuuskatsauksen eettisyys osoitettiin valitsemalla tiedonlähteiksi luotettavat tietokannat, joista haettiin vertaisarvioitua tutkimustietoa. Prosessin aikana huomioitiin tietosuojaan toteutuvan. Artikkeleiden tekstejä käsiteltiin niin, etteivät tutkittavat ole tunnistettavissa aineistosta. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä huomioitiin teksti- ja lähdeviitteiden oikeellisuus sekä työn laatu. Lähdeviitteet lähdeluetteloiheen merkittiin asianmukaisesti Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportointiohjeen (Kirjallisen raportoinnin opas 2019) mukaisesti. Prosessin aikana työn edellyttämät resurssit ja työstövaiheet käytiin säännöllisesti läpi ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin työelämätahon edustajalla, ja prosessin etenemisestä raportoitiin.

### 6.2 Luotettavuus

Toimintatavan kirjallisuuskatsaukselle määritteli laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), joka velvoittaa terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön perustuvaan tietoon. Mikäli kirjallisuuskatsauksessa käytetään lähteinä muita kuin tieteellisiä julkaisuja, huomioidaan tiedon perustuvan tieteellisyyteen, ja tiedonhaussa käytetään sisäänotto- ja poissulkukriteereitä (Kangasniemi ym.

2013, 296, Greenin ym. 2006 mukaan). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta arvioitiin mukailleen Kangasniemen ym. (2014, 1748) laadunarviointikriteereitä (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Laadun arviointikriteerit

Laadun arviointikriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteet ja tehtävät selkeästi kuvattu</li> <li>• Tutkimussuunnitelma on kuvattu</li> <li>• Asianmukaiset tutkimusmenetelmät</li> <li>• Selkeä teoreettinen kehys</li> <li>• Sisäänottokriteerit esitetty</li> <li>• Tuloksien tarkasteleminen</li> </ul>

Kirjallisuuskatsauksen aiheeseen perehdyttiin ja aineistoa kerättiin monipuolisella tiedonhaulla eri tieteellisiä tietokantoja sekä muita lähteitä käyttäen. Käytetty aineisto oli pääsääntöisesti enintään kymmenen vuotta vanhaa tietoa. Työssä käytettiin laillisesti saatavilla olevaa tietoa, ja tulokset esitettiin parhaan osaamisen mukaan. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kahden henkilön toimesta, jolloin lisättiin osaltaan työn luotettavuutta. Työstövaiheessa hyödynnettiin informaation tukea ja menetelmäopintoja. Äidinkielen- ja englanninkielenopettajat tarkistivat suomen- ja englanninkielellä kirjoitetut tiivistelmät. Ohjaavan opettajan lisäksi, prosessin aikana työtä arvioi säännöllisesti vertaisarvioijat.

### 6.3 Tulosten tarkastelu

Tuloksina saatiin erilaisia näkemyksiä muistisairaana seksuaalisuuden toteutumisesta ja toteutumattomuudesta kotona sekä hoitokodissa. Tutkimuksissa oman näkökulmansa antoivat muistisairaant, heitä hoitavat hoitajat ja omaishoitajat.

Vastaajaryhmät olivat pieniä, etenkin seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vastaajien ryhmä (Barrett & Cramer 2015). Tämä voi osoittaa aiheen käsittelemisen vaikeuden ja haasteen päästä lähelle tutkittavaa aihetta sekä kohderyhmää. Ovatko, esimerkiksi seksuaalivähemmistöihin kuuluvat muistisairaat pakotettu selviytymään oman tukiverkostonsa turvin vai ovatko he eristäytyneet omasta tahdostaan? Heteropariskunnilla ja heteroilla yleensä voi olla paremmat mahdollisuudet ilmaista seksuaalisuuttaan verraten seksuaalivähemmistöihin, sillä vähemmistö saa enemmän tarpeetonta huomiota näin tehdessään, ja se voi rajoittaa yksilöä itsessään.

Muistisairaana seksuaalisuuden käsittäminen ja käsittely kirjallisuuskatsauksessa oli haasteellista aiheen rajaamisen kannalta. Käsitteiden ymmärtämistä laajemmin helpotti tutkimusjulkaisujen erilaiset näkökulmat. Seksuaalisuus on laaja käsite, josta oli saatavilla runsaasti tietoa, mutta lisää tietoa kaivataan silti. Sairastuneiden ihmisten seksuaalisuus voidaan kokea edelleen vaikeana asiana käsitellä, josta halutaan puhua, mutta ilmiönä se on vasta näkemässä päivänvaloa.

Eri näkökulmat tutkimuksissa auttoivat löytämään mahdollisimman monia syitä seksuaalisuuden ilmaisua estäviin tekijöihin. Useassa tutkimusjulkaisussa hoitajien tietämättömyys, negatiiviset asenteet ja kokemuksen puute osoittautuivat muistisairaana seksuaalisuuden ilmaisemisen esteeksi (Chen ym. 2017, 3; Bauer ym. 2013b, 88). Hoitajien ammattitaidon puutteiden puolesta puhuvat niin potilaat kuin itse hoitajatkin. Hoitajilla on enemmän mahdollisuuksia tehdä päätöksiä hoidettavan seksuaalisuuden suhteen, kun taas muistisairaiden tulee noudattaa muiden päättämiä sääntöjä (Villar ym. 2014, 406–408). Tutkimuksissa oli havaittavissa hoitajien jopa häiritsevän läpinäkyvä hallitsevuus muistisairaiden elämässä. Miksi sairastuminen evää oikeudet omaan seksuaalisuuteen?

Estyneisyys hoitokodissa koetaan selkeäksi rajoittavaksi tekijäksi. Hoitokotiin siirtyminen itsessään rajoittaa muistisairaana elämää, ja yksityisen tilan kaventuessa seksuaalisen ilmaisun keinot vähenevät entisestään (Bauer ym. 2013a, 302–304). Hoitokoteja ei ole suunniteltu vastaamaan seksuaalisuuden ilmaisemisen tarpeisiin yhden hengen vuoteineen, jolloin pariskuntien yhdessä nukkuminen ja seksuaalinen kanssakäyminen voi olla mahdotonta (Bauer ym. 2013a, 302–304;

Syme ym. 2016, 710–711.) Kanssakäymiseen tarkoitettuja apuvälineitä ei ole kehitetty eikä saatavilla, saati hoitajan apua kanssakäymistä varten. Muistisairasta voidaan tukea kuitenkin muutoin erilaisilla apuvälineillä heidän alentuneen kognitiivisen toimintakyvyn vuoksi. Huonetoverin kanssa jaettu huone ei anna tarvittavaa intymiteettisuoja, ja seurauksena voi olla yksilön seksuaalinen kuihtuminen.

Muistisairaudesta johtuvaa seksuaalista oirehtimista ja todellista yksilön seksuaalisista identiteettiä ei välttämättä osata erottaa ja tunnistaa, eikä varsinkaan tutkita tarpeeksi. Tavalliset seksuaaliset tarpeet voidaan herkästi mieltää muistisairauden syyksi, kun ihminen ei enää pysty ilmaisemaan itseään selkeästi. Seksuaalisuus on kuitenkin subjektiivinen kokemus, joka vaikeuttaa hoitotyössä sen määrittelyä ja tarpeisiin vastaamista. Yhdelle se on aviollinen velvollisuus, toiselle seksin harrastamista ja kolmannelle kädestä pitämistä sekä yhdessä oloa. (Sales & Menezes 2017, 206–207.) Seksuaalisuus voidaan mieltää niin eri tavoin, että omista lähtökohdista käsitteellistetty asia voi sammuttaa normaalin seksuaalisuuden hoidettavien elämässä.

Seksuaalisuuden käsite ei liene täysin selvä myöskään muistisairaille itselleen tai heidän puolisoilleen. Estävinä tekijöinä nähdään myös seksuaalisuuden normit, jotka tukevat toisiaan yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna. Mitä korkeampi uskonnollinen vakaumus, moraali ja side kulttuuriin, sitä todennäköisemmin muistisairas tai hänen omaisensa vähentävät seksuaalisuuden ilmaisemista tai muuttavat sitä muistisairauteen sairastuttua. (Lima ym. 2017, 676–677.) Näillä kolmella käsitteellä on voima, joka voi nousta korkeampaan asemaan seksuaalisuuden yläpuolelle. Yhteiskunnan normit voivat saattaa jopa omaishoitajat kokemaan häpeää omasta seksuaalisuudestaan, joihin heillä on oikeus ja tarve oman hyvinvointinsa kannalta.

Tuloksista ilmenee, että potilaan yksilöllinen seksuaalisuus ja sen ilmaiseminen toteutuvat paremmin, kun otetaan huomioon kokonaisvaltainen hoitotyö (Sales & Menezes 2017, 208–210) ja tällöin voidaan havaita myös muistisairaana elämänlaadun kohentuvan. Hoitajien olisi hyvä muistaa, että ihminen ja hänen persoonansa elää edelleen muistisairauden takana ja tähän liittyy vahvasti yksilön seksuaalisuus. Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu olennaisesti muistisairaana perhesuhteiden huomiointi, esimerkiksi tukipalvelujen muodossa.

Suomessa yksityisyyttä pidetään tärkeänä ja sen tärkeys ilmenee myös kansainvälisistä artikkeleista. Pienillä teoilla, kuten oveen koputtamisella ennen huoneeseen sisään astumista, voi olla suuri merkitys yksityisyyden kokemuksessa (Bauer ym. 2013b, 88). Hoitotyö itsessään ei saisi vaikuttaa seksuaalisuuden ilmaisemiseen, mutta dementian oireiden seulomisella voidaan sulkea pois oireinen hyperseksuaalisuus. On tärkeää, että hoitaja pystyy tunnistamaan hoidon toteuttamisen ongelmia (Jones & Moyle 2016, 569; Bauer ym. 2013b, 88). Ongelma voi ilmetä seksuaalisesti aktiivisena pariskuntana, joista toinen tai molemmat tarvitsevat päivittäistä tukea toiminnoissaan. Tunnistamisen lisäksi tarvitaan hoitotyön keinoja. Kellonajoista sopiminen, jolloin hoitaja tulee paikalle tai keskustelu potilaan läheisyyden kaipuusta voivat olla pieniä, mutta merkityksellisiä hoitotyön keinoja. Tietoperusta, ymmärrys ja asenne sairastuneen ihmisen seksuaalisuutta kohtaan voi tukea potilaan seksuaalisuuden toteutumista. Seksuaalisuudesta saadaan lisää tietoa uusien tutkimusten myötä, jolloin hoitajien lisäkouluttautuminen on tarpeellista.

Edistäviin tekijöihin lukeutuu ennaltaehkäisy, jota voidaan tarkastella hoitajan ja muistisairaana näkökulmasta. Potilaan suhtautumisella omaan seksuaalisuuteen ennen sairastumista on vaikutusta siihen suhtautumiseen myös sairastumisen jälkeen (Symen ym. 2016, 707–710). Itsenäisyyden tukeminen kotona tukee myös seksuaalisuutta, jolloin muistisairaalla on mahdollisuus ilmaista itseään paremmin tutussa ympäristössä verrattuna vieraaseen hoitokotiin. Selviytymisstrategioiden käyttäminen ovat ennaltaehkäiseviä omaishoitajien muuttaessa parisuhteensa dynamiikkaa. Dementiaprosessin aikana omaishoitajien tunteiden ja seksuaalisuuden prosessointi sekä hoitajan tuki auttavat selviytymään sairastuneen ihmisen rinnalla.

## 6.4 Johtopäätökset

Kaksiosainen tutkimuskysymys auttoi prosessin etenemisessä, aiheen käsitteilyssä eri näkökulmista ja tutkimuskysymyksen osien vertailussa, jolloin käsitteiden samankaltaisuuksien löytyminen helpottuivat. Seksuaalisuuden eri ulottuvuuksien jaottelua kannattaisikin käyttää jatkossa tutkittaessa aiheita. Seksuaalisuutta ilmaisevien tekijöiden huomioiminen hoitotyössä ei vaadi isoja tekoja, toiselle aiheen huomiointi voi olla helpompaa estävien tekijöiden kautta, kun taas toiselle edistävät tekijät toimivat hyvänä ohjauksena potilaan kohtaamisessa.

Seksuaalisuuden edistämisessä hoitajien työkaluna toimii rohkea, mutta hienotunteinen puheeksi ottaminen. Muistisairautta voidaan sairastaa pitkään ja hoitokodissa tai kotona käyvät hoitajat tulevat tutuiksi, jolloin kynnyks puhua aiheesta madaltuu. Muistisairaana seksuaalista ilmaisua tukevia keinoja varten hoitajien työvälineeksi voisi kehittää esimerkiksi suositukset tai kartoittavan kaavakkeen. Tällöin hoitajan rohkeus tarttua aiheeseen ammattitaidon turvin ja omat kulttuurilliset tai asenteelliset mielipiteet unohtaen, takaa potilaalle mahdollisuuden ilmaista itseään kokonaisvaltaisesti.

Hoitokoti ympäristönä voisi taata paremmat mahdollisuudet yksilön seksuaalisuudelle, jos huonesijoitteluihin, huonekaluihin ja apuvälineisiin panostettaisiin. Hoitokoti hoitajien työympäristönä ja asukkaiden loppuelämän kotina voi olla vaikea yhtälö seksuaalisen yksityisyyden, itsemääräämisoikeuden ja hyvän hoidon toteutumisen näkökulmasta.

Vaikka kansainväliset tutkimukset vastaavat melko hyvin suomalaisen kulttuurin ja yhteiskunnan näkemyksiä, kaivataan myös Suomessa vertaisarvioituja tutkimuksia aiheesta. Suomesta ei löydy myöskään seksuaalivähemmistöihin kuuluvista muistisairaista tutkimuksia. Lisäksi tietoa ja tutkimuksia muistisairaiden ehkäisystä, sukupuolitaudeista ja seksivälineiden käytöstä olisi mielenkiintoista saada. Nämä tarpeelliset ja tulevaisuudessa aiheelliset aiheet ovat toistaiseksi vaikeasti tavoiteltavissa, mikä voi johtua sukupolvien eroista ja seksuaalivähemmistöjen vaikeasti tavoiteltavuudesta.



## LÄHTEET

Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) 2006. Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Luettu 9.5.2019. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinnäytetöiden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Bamford, S-M. 2011. Sexuality and intimacy in people with dementia. *Practise Nursing*. 2012. 23, (9) 436.

Barrett, C. & Cramer P. 2015. Understanding the experiences and needs of lesbian, gay, bisexual and trans Australians living with dementia, and their partners. *Australasian Journal on Ageing*. 34, (2) 34–38.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D. & Beattie, E. 2013a. 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*. 4, (3) 296–309.

Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. 2013b. Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*. 39, (2) 82–91.

Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Chen, Y-H., Jones, C., Osborne, D. 2017. Exploratory study of Australian aged care staff knowledge and attitudes of later life sexuality. *Australian Journal on Ageing*. 36, (2) 35–38.

Davies, H., Sridhar, S., Newkirk, L., Beaudreau, S. & O'Hara, R. 2011. Gender differences in sexual behaviors of AD patients and their relationship to spousal caregiver well-being. *Aging & mental health*. 2012. 16, (1) 89–101.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2015. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 28.3.2019. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/msa00002/do#s15>

Färkkilä, M. & Ruutiainen, J. 2003. Seksuaaliongelmät neurologisissa sairauksissa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 119 (3) 247–253.

Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: kirjallisuuskatsaus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Harris, S., Adams, M., Zubatsky, M. & White, M. 2011. A caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy. *Aging & Mental Health*. 15 (8). 955.

Helsingin kaupunki. 2018. Kinaporin monipuolinen palvelukeskus. Päivitetty 13.4.2018. Luettu 1.4.2019. <https://www.hel.fi/sote/toimipisteet-fi/aakkosittain/kinapori-mpk>

Ilmonen, K. & Korhonen, E. 2015. Seksuaalioikeudet. Väestötietosarjan osa 28. Helsinki: Väestöliitto.

Jones, C. & Moyle, W. 2016. Sexuality & dementia: An eLearning resource to improve knowledge and attitudes of aged-care staff. *Educational gerontology*. 42, (8) 563–571.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2014. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of advanced nursing*. 71 (8), 1748.

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

Kirjallisen raportoinnin opas. Tampereen ammattikorkeakoulu. Päivitetty 1.10.2019. Luettu 25.10.2019. [https://content-webapi.tuni.fi/proxy/public/2019-10/intra\\_kirjallisenraportoinninohje2019.pdf](https://content-webapi.tuni.fi/proxy/public/2019-10/intra_kirjallisenraportoinninohje2019.pdf)

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Korhonen, E. 2014. Näkymätön seksuaalisuus. Muistiliiton julkaisusarja 1/2014. Luettu 9.9.2019. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/6714/8666/4145/Nakymaton\\_seksuaalisuus\\_-kansitettu\\_raportti.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/6714/8666/4145/Nakymaton_seksuaalisuus_-kansitettu_raportti.pdf)

Laiho, A. & Ruoholinna, T. (toim.) 2011. Terveysalan ammatit ja koulutus. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Liippola, P. & Martikainen, K. 2014. Seksuaaliopas. Painotalo Painola: Suomen Parkinsonliitto ry. 9.

Lima, M., Feio C., Caldas P., dos Santos C., Iraci, C., Trottem, L., Amorim, C., da Silva & B., Martins. 2017. Therapeutic nursing care: transition in sexuality of the elderly caregiving spouse. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70, (4) 673–681.

Muisti pätkii – mistä kyse, mikä avuksi?: Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 7.8.2017. Luettu 9.9.2019. <https://www.kaypahoito.fi/khp00094>

Ohje potilaille ja läheisille: Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus: Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 24.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01593>

Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale-tauti: Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Luettu 24.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01604>

Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidemencia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia): Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 24.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01594>

Sales, M. & Menezes, T. 2017. The meaning of sexuality for the spouse caregiver of the elderly person with Alzheimer's disease. *Rev Rene*. 18, (2) 204–211.

Syme, M., Yelland, E., Cornelison, L., Poey, J., Krajicek, R. & Doll, G. 2016. Content analysis of public opinion on sexual expression and dementia: Implications for nursing home policy development. *Health Expectations*. 20, (4) 705–713.

Tampereen yliopiston kirjasto. N.d. Tietokannat A-Z. Luettu 21.11.2019. Vaatii käyttöoikeuden. <https://libguides.tuni.fi/az.php>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. & Serrat, R. 2014. Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate? *International Psychogeriatrics*. 26, (3) 403–412.

WHO. 2015. Sexual health, human rights and the law. Publications of the World Health Organization. Geneva: WHO.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Barrett, C. & Cramer, P. 2015. Australia.	Havainnoida dementiaa sairastavien lesbojen, homojen ja transsukupuolisten australialaisten ja heidän kumppaniensa kokemuksia sekä tarpeita.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Haastattelu tehtiin kolmellekymmenelle HLBT-ihmiselle ja kuudelle hoitopalvelun tarjoajalle.</p> <p>Nauhoitettu haastatteluaineisto purettiin paperille.</p>	Dementiaa sairastavat HLBT-ihmiset ovat suuremmassa vaarassa jäädä palvelujen ulkopuolelle syrjinnän pelon vuoksi. Tästä johtuen he voivat eristäytyä ja ovat enemmän riippuvaisia yhteisön avusta.
Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D. & Beatrice, E. 2013a. Australia.	Tarkoitus kerätä tietoa asukkaiden tarpeista ja seksuaalisuuden ilmaisemisen esteistä pitkäaikais- hoidossa.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 16 asukasta, mukaan lukien 5 dementiaa sairastavaa.</p> <p>Tulokset analysoitiin vertailumenetelmällä.</p>	Tulokset voidaan jakaa neljään luokkaan, jotka kuvaavat asukkaiden näkemyksiä seksuaalisuudesta sekä heidän tarpeistaan ja tarpeiden ilmaisun esteistä. Asukkaat, myös dementiaa sairastavat, näkivät itsensä seksuaalisina olentoina ja heillä oli tarve sekä halu ilmaista seksuaalisuuttaan, jonka ilmaisu vaihteli. Henkilöstön kielteinen asenne, yksityisyyden puute ja rajalliset mahdollisuudet uusissa suhteissa nähtiin negatiivisena.

(jatkuu)

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. 2013b. Australia.	Tutkia miten koulutusinterventio vaikuttaa ikäihmiä ja myös dementiaapotilaita hoitavien hoitajien asenteisiin ja uskomuksiin iäkkäiden seksuaalisuudesta.	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimukseen osallistui koulutustasoltaan erilaisia vanhusten parissa työskenteleviä sairaanhoitajia. Hoitotyöntekijöiden seksuaalitetämys ja asenteet arvioitiin kyselyllä ennen ja jälkeen koulutusintervention, jota pidettiin työpajamuodossa. 112 työpajaan osallistunutta täytti kyselylomakkeen.</p> <p>Kyselyt analysoitiin käyttäen apuna SPSS-tilastointia.</p>	Koulutuksella voi olla merkittävä vaikutus henkilöstön suhtautumiseen ikääntyvien ja dementoituneiden seksuaalisuuteen. Koulutus lisäsi ymmärtämystä seksuaalisia tarpeita kohtaan ja asenteet paranivat.
Chen, Y-H, Jones, C. & Osborne, D. 2017. Australia.	Tutkia vanhuksia hoitavan hoitohenkilöstön tietämystä ja asenteita myöhäiselämän seksuaalisuutta sekä dementiaa sairastavien intiimiä läheisyyttä kohtaan.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimuskohteenä 52 iäkkäiden parissa, kahdessa dementiayksikössä työskentelevää hoitajaa, joille tehtiin kyselytutkimus lomakkeella.</p> <p>Varianssianalyysi.</p>	Henkilökunnan tietämys on riittämätöntä, mutta asenteet olivat suhteellisen sallivia. Henkilökunnan tietämys ikääntyneiden seksuaalisuudesta on tarpeellista. Jatkuva kouluttautuminen ja perehtyminen asiaan tukee ikäihmisen seksuaalisuuden ilmaisemista.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Davies, H., Sridhar, S., Newkirk, L., Beaudreau, S. & O'Hara, R. 2011. Kalifornia.	Tutkimustiedon lisääminen seksuaalikäyttäytymisestä ja sukupuolieroista heteroseksuaalien pariskuntien välillä, joista toisella on Alzheimerin tauti. Tutkimuksessa arvioitiin sukupuolierojen vaikutusta läheisyyteen ja seksuaaliseen tyytyväisyyteen avioliitossa.	Kvalitatiivinen tutkimus.  Tutkimukseen osallistui 162 Alzheimeriin sairastunutta potilasta ja heidän puolisoaan vuosina 2001-2009. Tutkimuksessa tietoa on kerätty kyselylomakkeilla ja toimintakykyä mittaavilla testeillä.  Meta-analyysi.	70% pariskunnista harrasti seksuaalista kanssakäymistä, mutta ei juurikaan yhdyntää. Puolison sukupuolella, tyytyväisyydellä läheisyyteen ja lievää Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoidon määrällä oli merkittävä vaikutus sairastunutta hoitamaan osapuolen masennusoireisiin.
Harris, S., Adams, M., Zubatsky, M. & White, M. 2011. USA.	Ymmärtää avioliitossa eläviä, joiden puoliso kärsii Alzheimerin taudista ja siihen liittyvistä häiriöistä, koska ne ovat uhka ihmissuhteille ja parisuhteille läheisyyden puuttuessa.	Kvalitatiivinen tutkimus.  Tutkimukseen osallistui kymmenen haastateltavaa, joista kuusi rekrytoitiin neurologian klinikalta ja neljä osallistujaa valittiin tukiryhmistä.  Tutkimuksessa tehtiin avoimin kysymyksin jäsenneltyjä haastatteluita, jotka analysoitiin.	Kaikki osallistujat ilmoittivat Alzheimerin taudin ja siihen liittyvien häiriöiden aiheuttavan jonkin verran rasitusta. Läheisyyteen ja parisuhteeseen vaikuttaa sairauden eri näkökohdat. Avioliiton laatu ennen diagnoosia vaikutti jonkin verran jokaiseen osallistujaan, jotka joutuivat sopeutumaan sairauden vuoksi. Ulkopuolisella vaikutuksella, sairaudesta selviytymisellä ja läheisyyden asteella oli myönteisiä ja kielteisiä ominaisuuksia.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Jones, C. & Moyle, W. 2016. Australia.	Lisätä hoitohenkilöstön tietämystä ikäihmisten ja etenkin dementoituneiden seksuaalisuudesta online-oppimisen avulla, joka sisälsi itseohjatun sähköisen oppimisen, online-kyselyn ja sitä seuranneen puolijohdetun haastattelun.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 42 henkilöä, jotka työskentelevät dementoituneiden parissa. Osallistujat olivat henkilökohtaisia avustajia, hoitoalan opiskelijoita, perushoitajia, rekisteröityneitä sairaanhoitajia ja monipuolisia terapeutteja, joille tehtiin kysely- ja haastattelututkimus.</p> <p>Kolmivaiheinen sisällönanalyysi.</p>	Koulutus lisäsi merkittävästi hoitohenkilökunnan tietoa dementoituneiden seksuaalisuudesta ja paransi asenteita ikäihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Dementoituneiden elämälaatu paranee, kun ymmärretään heidän seksuaalisuuttaan.
Lima, M., Feio C., Caldas P., dos Santos C., Iraci, C., Trottem, L., Amorim, C., da Silva & B., Martins. 2017. Brasilia.	Ymmärtää dementiaa sairastavan seksuaalisuuden muutoksia omaishoitajan näkökulmasta. Näiden näkökohtien tunnistaminen ja ymmärtäminen ohjaavat dementiaa sairastavien hoitoa.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimuskohteenä 12 omaishoitajaa, joille tehtiin henkilökohtainen haastattelu.</p> <p>Sovellettu temaattista sisällönanalyysiä käyttämällä siirtymäteorian teoreettista mallia.</p>	Muodostui seitsemän luokkaa, joilla on vaikutusta suhteeseen ja avioliiton seksuaalisuuteen. Näiden vaikutuksia ymmärrettiin peräkkäisten tapahtumien ja vanhuuden aiheuttamien muutosten, dementian, uskottomusten ja sosiaalisten kuvien myötä.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Sales, M. & Mezezes, T. 2017. Brasilia.	Alzheimerin tautia sairastavien vanhusten pääasialliset hoitajat ovat puoliset, joten on tarpeen ymmärtää demencian vaikutukset parin seksuaalisuuteen. Aihetta pidetään yhteiskunnassa tabuna. Tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää seksuaalisuuden merkitys Alzheimerin tautia sairastavan omaishoitajan kannalta.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Haastattelututkimus kahdeksalle Alzheimeria sairastavan puolisolle.</p> <p>Haastattelujen analysoinnissa ja lausuntojen kategorisoinnissa käytettiin systemaattista sisällön analyysiä.</p>	Saatiin kaksi pääluokkaa: seksuaalisuuden ymmärtäminen ja seksuaalisuuden merkitys puolison sairastuttua Alzheimeriin. Tuloksissa ilmeni tietämättömyyttä ja häpeää puhua aiheesta. On tärkeää, että hoitaja keskustelee ja antaa neuvoja seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Seksuaalisuuden erilaiset merkitykset vaativat monitieteistä tukea perushoidossa, sairaalassa tai kotona.
Syme, M., Yelland, E., Cornelison, L., Poey, J., Krajicek, R. & Doll, G. 2016. USA.	Tutkia julkista mielipidettä, näkemyksiä sekä odotuksia seksuaalisen ilmaisun ja demencian suhteen hoitokodeissa.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Julkinen verkkokysely, johon osallistui 1194 vastaajaa. Kysymykset koskivat oikeustapausta, jossa syytetty aviomies oli seksuaalisessa kanssakäymisessä dementoituneen vaimonsa kanssa hoitokodissa.</p> <p>Systemaattinen sisällön analyysi.</p>	Dementiapotilaiden seksuaalinen ilmaisu on kiistanalainen kysymys. Asiasta on vahvat yleiset mielipiteet, miten hoitokodissa tilannetta pitäisi hallita. Pääsääntöisesti muistisairaana seksuaalista ilmaisua pidetään hyväksyttävänä. Hoitokodeissa pitäisi kehittää seksuaalisen ilmaisun vapautta ja terveydenhuollossa tulisi se ottaa huomioon.



Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. & Serrat, R. 2014. Espanja.	Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka henkilökunta tulkitsee ja reagoi seksuaaliseen suhteeseen, jossa on osallisena dementiaa sairastava asukas.	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>53 vanhusten hoitolaitoksessa työskentelevää hoitajaa valittiin tutkimukseen, jossa heille esitettiin kaksi seksuaalista tilannetta kuvaavaa tapahtumaa. Osallistujien piti kertoa heidän tulkinsa tilanteesta ja miten he reagoivat.</p> <p>Tiedot analysoitiin sisällön analyysillä, jonka tarkoituksena oli tunnistaa vastauksissa yleisiä teemoja.</p>	Väärinkäytökset ja suostumukset ovat keskeinen näkökulma henkilöstön näkemyksissä, vaikka niiden merkitys kokonaisuutena riippuu tilanteen luonteesta. Kun seksuaaliseen suhteeseen liittyy asukas, jolla on dementia, henkilökunnalla on taipumus määritellä tilanne väärinkäytökseksi, jossa dementoitunutta käytetään hyväksi.