



Diak

**Niina Raappana
Piia Ojala**

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali – ja terveysalan AMK tutkinto
Terveystenhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2020

SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT JA NIIDEN PUHEEKSI OTTAMINEN

Opas terveysalan ammattilaisille

TIIVISTELMÄ

Niina Raappana

Piia Ojala

Seksuaaliset toimintahäiriöt ja niiden puheeksi ottaminen

47 sivua ja 2 liitettä

Kevät, 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden AMK tutkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Terveydenhoitaja (AMK)

Seksuaalisuus on tärkeä osa kaikkien ihmisten terveyttä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Seksuaalisuus on yksi herkimmistä asioista ihmisen elämässä, se on osa ihmisen persoonaa. Seksuaalisuudessa tapahtuvat häiriöt ovat yleisiä ihmisen elämänlaatua heikentäviä tekijöitä.

Tämä opinnäytetyö kertoo seksuaalisista toimintahäiriöistä sekä niiden puheeksi ottamisesta. Opinnäytetyömme tavoitteena oli terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sillä se lisää tietoisuutta seksuaalisista toimintahäiriöistä ja auttaa terveydenhuollon ammattilaisia niiden puheeksi ottamisessa. Opinnäytetyömme toteutettiin työelämäyhteistyössä Tietoiseksi-hankkeen kanssa.

Toteutimme opinnäytetyömme kehittämispainotteisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyömme prosessi koostui aiheen valitsemisesta, opinnäytetyömme raportin suunnittelusta ja teoriapohjan luomisesta. Teoriapohja opinnäytetyöllemme kehitettiin alan kirjallisuudesta sekä siihen liittyvistä tutkimuksista. Teoriatiedon pohjalta rakensimme oppaan ammattilaisten käyttöön. Opas on monipuolinen teoriaan pohjautuva kirjallinen teos, joka käsittelee seksuaalisia toimintahäiriöitä sekä niiden puheeksi ottamista ammattilaisen näkökulmasta. Opinnäytetyön raportissa esittelemme oppaan pohjana käytettyä teoriatietoa sekä kuvaamme tarkemmin opinnäytetyömme prosessia.

Asiasanat: seksuaaliset toimintahäiriöt, seksuaalikasvatus, seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

ABSTRACT

Niina Raappana
Piia Ojala
Sexual dysfunctions and talking about them
47 pages and 2 appendices
Spring, 2020
Diaconia University of Applied Sciences
Bachelor's Degree in Health Care
Registered Nurse
Public Health Nurse

Sexuality is an important part of the health and overall well-being of all people. Sexuality is one of the most sensitive things in a person's life, it is part of a person's personality. Disorders of sexuality are common factors that impair a person's quality of life.

This thesis tells about sexual dysfunctions and how to talk about them. The aim of the thesis was to promote health and well-being, because it raises awareness of sexual dysfunctions and helps healthcare professionals to talk about them. The thesis was done for the project Tietoiseksi.

The thesis was implemented with a development focus. The process of the thesis began with the choice of topic. After this, a report on the plan and the creation of the theoretical basis were made. In the thesis literature and research in the field were used. Using theoretical knowledge, a guide was compiled which professionals can use in their work. The guide is a versatile written work which is based on theory. It deals with sexual dysfunctions and speaking of them from a professional perspective. In the thesis report, the theoretical information that was used in the guide is presented and the process of the thesis is described.

Keywords: sexual dysfunctions, sex education, talking of sexuality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ	5
3 NAISEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT	9
3.1 Kiihottumishäiriö.....	9
3.2 Orgasmihäiriö.....	11
3.3 Sukupuoliyhteyden kivuliaisuus	12
4 MIEHEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT.....	17
4.1 Erektiohäiriöt	17
4.2 Ejakulaatio- eli siemensyöksyhäiriöt	19
4.3 Testosteronivaje.....	21
5 HALUTTOMUUS.....	23
6 SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSI OTTAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	26
6.1 PLISSIT-malli	28
6.2 BETTER-malli	30
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
7.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	38
7.2 Ammatillinen kasvu	40
8 POHDINTA	42
LÄHTEET.....	44
LIITE 1. Palautelomake.....	48
LIITE 2. Opas.....	49

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö kertoo seksuaalisista toimintahäiriöistä sekä niiden puheeksi ottamisesta. Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä Tietoiseksi-hankkeen kanssa. Opinnäytetyömme tuloksena syntyi opas seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niiden puheeksi ottamisesta, joka on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyömme tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sillä se lisää tietoisuutta seksuaalisista toimintahäiriöistä ja auttaa terveydenhuollon ammattilaisia niiden puheeksi ottamisessa.

Seksuaalisuus on osa kaikkien yksilöiden persoonaa. Se rakentuu vuorovaikutuksessa yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välillä. Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisen hyvinvointia sekä terveyttä. Se on myös yksi herkimmistä alueista ihmisessä. Seksuaalisuudessa tapahtuvat häiriöt ovat merkittävä osa ihmisen hyvinvointia. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat hyvin tavallisia ongelmia, jotka voivat heikentää elämänlaatua sekä muuten toimivaa parisuhdetta. Seksuaalisten toimintahäiriöiden syyt voivat olla psykologisia, ruumiillisia tai sairauksista johtuvia tai niiden hoidossa käytetyistä lääkkeistä johtuvaa. (Ritamo, Ryttyläinen-Korhonen & Saarinen 2011, 39–76; Huttunen 2018.)

Yhteiskunnassamme seksuaaliset toimintahäiriöt ovat olleet tiedossa jo vuosia, mutta niistä puhuminen on ollut pitkään vaiettu aihe, kuten myös kaikki seksiin ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Näistä puhuminen on joskus vaikeaa jopa ammattilaisille. Nykytiedon valossa seksuaalisuutta on kuitenkin alettu ymmärtämään osana ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Jotta näistä asioista puhuminen olisi ammattilaisen ja potilaan välillä luontevaa, on ammattilaisen ensin kohdattava oma seksuaalisuus sekä asenteet ja ajatukset siihen liittyen. Lisäksi näiden asioiden puheeksi ottamiseen on kehitetty erilaisia työkaluja ja malleja, joista kahteen tunnetuimpaan perehdymme tässä opinnäytetyössä. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 42–45.)

2 SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ

Seksuaalisuuden käsitteen määrittelemiseen on olemassa paljon erilaisia näkökulmia. Maailman terveysjärjestö WHO (2002) määrittelee seksuaalisuuden keskeiseksi osaksi ihmisyyttä. Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan useilla eri tavoilla, kuten ihmissuhteina, haluina, ajatuksina sekä asenteina. Monet asiakokonnaisuudet tuovat oman vaikutuksensa ihmisen seksuaalisuuteen. Näitä voivat olla niin biologiset, psyykkiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset, lailliset, eettiset, historialliset kuin uskonnollisetkin asiat. Seksuaalisuus kuuluu osaksi miesten, naisten sekä lasten persoonaa ja ihmisenä olemista eikä sitä voi erottaa elämän muista osa-alueista. Se, kuinka seksuaalisuus näyttäytyy meissä, riippuu kasvatuksesta, elämäntyylistä sekä asioista, joita pidämme tärkeänä yksilön tasolla. (World Health Organization 2002, 5; Gupta 2017, 61.)

Seksuaalisuus on monimuotoisesti ilmenevä osa ihmistä jo syntymästä asti. Ilmenemismuodot vaihtelevat yksilöiden välillä, sekä elämänkaaren aikana. Se kaikki, miten ihminen kokee tai ilmaisee tai miten hän käyttäytyy seksuaalisena olentona, sisältyy seksuaalisuuteen. Alun perin seksuaalisen kanssakäymisen tarkoitus on ollut lisääntyminen. Lisääntyminen on kuitenkin seksuaalisuuden tavoitteena ja motiivina yhteiskunnassamme rajallinen. Syy, miksi ihmiset haluavat seksiä ovat moninaiset, ne vaihtelevat ihmissuhteiden ja tilanteiden mukaan. Emotionaalinen läheisyyden ilmaiseminen ja nautinnonhalu ovat yleisimpiä syitä. Seksuaalisuus sisältää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, intiimisuhteet, erotiikan sekä lisääntymisen. Sillä onkin eri elämänvaiheissa erilainen merkitys ihmiselle. (Mattila & Lönnqvist 2017; Klementti & Raussi-Lehto 2014, 10.)

Koska hoitotyössä on tavoitteena ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi ja hoito, tarvitaan hoitotyössä tutkimustietoa seksuaalisuudesta ja siitä, miten se ilmenee, seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niiden hoidosta, sekä sairauksien ja lääkitysten vaikutuksista seksuaalisuuteen. Jotta kokonaisvaltainen hoito toteutuu, tulee potilaan tai asiakkaan seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä edistää kaikessa hoi-

totyössä, niin ehkäisevässä kuin hoitavassa ja kuntouttavassa työssäkin. Potilaiden seksuaaliterveyttä edistetään seksuaalikasvatuksella, jota tulisi toteuttaa ennaltaehkäisevässä työssä, perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa suunnitelmallisesti ottamalla asiat puheeksi tutkimus-, hoito- ja ohjaustilanteissa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 43—44; Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, 287.)

Käytännössä seksuaalisuutta käsitellään hoitotilanteissa liian harvoin ajan ja koulutuksen puutteen vuoksi, vaikka terveydenhuollon ammattilaiset tietävät sen kuuluvan osaksi hoitotyötä. Seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista käsitellään sosiaali- ja terveystieteiden opinnoissa vain jonkin verran, mutta varsinainen seksologian osaaminen tulee hankkia täydennyskoulutuksena. Nykyisin kuitenkin myös potilaat itse odottavat terveydenhuollon ammattilaisten ottavan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi, koska kokevat tarvitsevänsä enemmän tietoa esimerkiksi siitä, miten heidän sairautensa tai lääkityksensä vaikuttavat seksuaalisuuteen. (Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, 287.)

Toisinaan kuitenkin hoitotyössä potilaan seksuaalisuutta koskevien asioiden esille nostaminen, ja potilaalle esitetyt kysymykset voivat tuntua yksityisyyttä loukkaavilta, joten potilaalle on kerrottava tietojen merkitys hoidon kannalta. Kun kohdataan seksuaalisuutta ja muita intiimejä asioita, korostuukin ammattieettisten periaatteiden mukainen työskentely, kuten ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittaminen asioiden arkaluonteisuuden vuoksi. Nämä korostuvat myös niissä seksuaalisuutta koskevissa hoitotilanteissa, kun hoitotoimenpiteiden vuoksi potilaan tulee paljastaa oma kehonsa ja intiimialueensa. Kun suoritetaan hoitotoimenpiteitä, on tärkeää pyytää potilaalta lupa koskettamiseen ja itse koskettamiseenkin tulee kiinnittää huomiota, ettei se ole tarpeetonta, esineellistä tai aiheuta tarpeettomasti kipua. Myös hoitotoimenpiteen vaiheiden kertominen toimenpiteen aikana voi rauhoittaa potilasta. Arkaluonteisia asioita, kuten potilaan seksuaalista suuntautumista ja käyttäytymistä käsiteltäessä tulee myös kirjaamisessa olla tarkkana. Tällaisia asioita saa merkitä potilasasiakirjoihin vain silloin, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla osaaamista harkita ammatillisesti tällaiset tilanteet. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44–46.)

Seksuaalikasvatusta voidaan toteuttaa lähes kaikessa hoitotyössä. Siihen kuuluu seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta sekä seksuaaliohjaus. Seksuaalikasvatuksen tarkoituksena on oppia seksuaalisuuden eri näkökohtia, joita ovat kognitiiviset, emotionaaliset, sosiaaliset, vuorovaikutteiset ja fyysiset näkökohdat. Seksuaalikasvatuksen tarkoituksena on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Seksuaalikasvatusta tulisi jokaisen ihmisen saada koko elämänsä aikana, se alkaa varhaislapsuudessa ja jatkuu läpi nuoruuden ja aikuisuuden. Seksuaalikasvatusta järjestetään mm. valistamisen keinoilla tehokkaana tiedon jakamisena, ryhmässä tapahtuvana opetuksena, dialogisena keskusteluna joko ihmiselle itselleen tai pariskunnille tai tavoitteellisena ja tilannekohtaisena seksuaaliohjauksen toimintana, jota voidaan antaa kaikissa hoito- ja ohjaustyön kohtaamisissa. Seksuaalikasvatuksen antaja ei missään tapauksessa saa tehdä olettamuksia kasvatustyössään toisen ihmisen sukupuolesta tai seksuaalisuudesta. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 38.)

Seksuaalikasvatuksen merkitys nuorten aikuisten ja aikuisten kohdalla on tärkeää, vaikka siitä ei puhutakaan paljoa tai siitä ei ole saatavilla paljoa tietoa. Tavallisesti nuorten aikuisten elämässä tapahtuu suuria ja merkittäviä muutoksia, jotka vaikuttavat nuorten aikuisten seksuaalisuuteen, ja joiden johdosta seksuaalikasvatuksen merkitys lisääntyy. Muutokset elämässä voivat liittyä henkiseen ja taloudelliseen itsenäistymiseen, muuttoon uudelle paikkakunnalle, ensimmäisiin pitkiin parisuhteisiin tai varusmies- ja siviilipalvelusaikaan. Esimerkiksi varusmiespalveluksen aikana seurustelukumppanin ja perheen jääminen siviilielämään, yhteyden pidon heihin ja oman päätösvallan väheneminen voivat vaikuttaa varusmiehen seksuaaliseen hyvinvointiin heikentävästi. Korkeakouluopiskelijoiden kohdalla taas haasteita tuo esimerkiksi pitkien opintojen ja perheen perustamisen yhteensovittamisen haasteet. Nuorten aikuisten kohdalla siis helppo pääsy seksuaali- ja lisääntymispalveluiden piiriin korostuu. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 55–57.)

Aikuisten seksuaalikasvatuksen tarkoituksena on aikuisen lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistäminen, jossa pääpaino on parisuhteiden ja intiimien ihmis-

suhteiden tukemisessa. Seksuaalikasvatusta aikuisille voidaan järjestää työterveyshuollossa puheeksi ottamisen ja neuvonnan keinoin, mutta myös määrääikaistarkastuksissa, parisuhdekursseilla, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä seulontatutkimuksissa, äitiys- ja lastenneuvoloissa ja sosiaalitoimen vastaanotoilla voidaan ottaa seksuaaliseen hyvinvointiin liittyvät asiat puheeksi. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 59–60.)

Aikuisten seksuaalikasvatuksen tulisi toteutua yhdenvertaisesti, eikä sukupuolella, parisuhdemuodolla tai seksuaalisella suuntautumisella saa olla merkitystä. Aikuisuudessa esimerkiksi miesten seksuaaliterveyteen tulisi panostaa enemmän. Seksuaali- ja lisääntymisterveys tavallisesti liitetään naisiin, eikä aikuisten miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden ja -kasvatuksen hankkiminen ole vielä tänäkään päivänä helppoa. Ehkäisy- ja äitiysneuvolapalveluissa järjestetään seksuaalikasvatusta, mutta niiden palvelujen koetaan kuuluvan vain naisille. Aikuisten miesten kohdalla seksuaalikasvatuksen merkitys voi korostua isyyden vaikutuksesta parisuhteeseen ja seksielämään, erilaisten lisääntymis- ja erektio-ongelmien myötä, seksitautien yleisyydestä, seksuaalikäyttäytymisestä sekä alkoholista ja tupakasta, joiden käyttö on miesten keskuudessa yleisempää kuin naisten ja jotka voivat vaikuttaa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen heikentävästi. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 58–60.)

3 NAISEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT

3.1 Kiihottumishäiriö

Nainen voi kokea vaikeuksia kiihottua, eikä se ole ollenkaan tavatonta, jos kiihottumisen vaikeudet ovat satunnaisia tai tilannekohtaisia. Kiihottumisen vaikeudet muuttuvat häiriöksi silloin, kun ongelmat toistuvat ja vaikeuttavat merkittävästi sukupuolielämää. Häiriöt voivat olla itsenäisesti syntyneitä tai sairauksiin liittyviä ja ne voivat esiintyä seksuaalisessa kanssakäymisessä joko yleistyneesti tai tilannekohtaisesti. Useimmiten kiihottumisen häiriöt liittyvät haluttomuusongelmaan tai myötävaikuttavat orgasmiongelmiin. Psykologiset ongelmat, kuten erilaiset traumat, parisuhdeongelmat tai häpeän ja syyllisyyden tunteet seksuaalisuuteen liittyen voivat myötävaikuttaa kiihottumishäiriöiden syntyyn. Syntyyn voi vaikuttaa myös erilaiset elimelliset ja psyykkiset sairaudet sekä niiden hoitoon käytettävät lääkkeet, kuten diabetes, masennus ja pakko-oireinen häiriö. Myös vaihdevuodet vaikuttavat, jolloin elimistön estrogeenihormonin tuotanto väheneminen aiheuttaa emättimen kuivuutta. Samankaltaista emättimen kuivuutta voi myös joillekin naisille aiheuttaa ehkäisytabletit. (Huttunen 2018; Ryttyläinen & Valkama 2010, 169.)

Kiihottumishäiriöt voidaan jakaa neljään osaan. Ensimmäiseen osaan jaetaan subjektiivisen seksuaalisen kiihottumisen häiriö, jossa seksuaalisen kiihottumisen tuntemukset ovat vähentyneet tai jopa puuttuvat kokonaan. Tällöin kuitenkin fysiologinen vaste emättimessä toteutuu, ja emätin kostuu. Toiseen osaan jaetaan genitaalisen seksuaalisen kiihottumisen häiriö, jossa muut kuin genitaaliset seksuaaliset ärsykkeet aikaansaavat kiihottumista, mutta sukupuolielinten laajeneminen ja/tai emättimen kostuminen seksuaalisesta ärsykkeestä tai sukupuolielinten hyväilystä on vähentynyt. Kolmanteen osaan jaetaan sekä subjektiivinen että genitaalinen kiihottumishäiriö eli combined, joka tarkoittaa molempien edellä kuvailtujen (ensimmäisen ja toisen osan) häiriöiden yhdistelmää. Neljäsosaan taas jaetaan jatkuva epämiellyttävä seksuaalisen kiihottumisen tila, jossa seksuaalisen halukkuuden tai kiinnostuksen puutteesta huolimatta koetaan jatkuvaa, spontaania sukupuolielinten kiihottuneisuutta, joka on hyvin häiritsevää

ja epämiellyttävää. Tila voi kestää useita tunteja tai jopa päiviä, eikä se lieviy useillakaan orgasmeilla. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 163–164.)

Kiihottumisongelmiin voidaan käyttää itsehoidon menetelmiä, kuten avointa keskustelua oman kumppanin kanssa, ja vaihdevuosien tai e-pillereiden aiheuttamaan emättimen kuivuuden hoitoon voi kokeilla erilaisia hormonia sisältäviä emätinvoiteita ja -puikkoja. Myös erilaisten liukasteiden käyttäminen voi auttaa kiihottumisongelmissa, jos nainen kokee itsensä subjektiivisesti kiihottuneeksi. Liuku- ja hyväilyvoiteita voidaan käyttää muussakin seksuaalisessa toiminnassa kuin vain yhdynnässä, ja niitä on kattavasti saatavilla apteekeissa, useimmissa marketeissa, erotiikkaliikkeissä ja internetissä. Tarjontaan on hyvä tutustua etukäteen ja siihen, millainen voide soveltuu mihinkin tilanteeseen. Esimerkiksi öljymäiset liukasteet sopivat silloin, kun ehkäisynä ei käytetä kondomia ja kondomin kanssa käytettäväksi sopivat vesiliukoiset, geelimäiset liukasteet. Kiihottumisongelmien hoidossa voidaan käyttää myös erilaisia hieromasauvoja eli vibraattoreja, jotka antavat sukupuolielimille ja klitorikselle voimakkaan stimulaation. Vibraattoreja onkin kutsuttu jopa naisen viagraksi. Vibraattoria hankkiessa on suositeltavaa aluksi valita käyttöön pienempi, ja myöhemmin kokeilla erilaisia valmisteita, jotta löytää omat mieltymyksensä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 170; Huttunen 2018.)

Jos itsehoidon keinot eivät toimi tai niistä ei ole tietoa, on hyvä kääntyä lääkärin puoleen, jotta voidaan poissulkea tai hoitaa elimellisistä tai psykiatrisista sairauksista tai lääkehoidosta aiheutuneet ongelmat. Kiihottumisen ongelmiin voi saada apua myös seksuaalineuvonnasta ja -terapiasta, jota voivat antaa mm gynekologi, seksuaalisiin toimintahäiriöihin erikoistunut psykoterapeutti tai seksologi. Seksuaalisen stimulaation heikkous voi olla kiihottumisen ongelmien syynä. Seksuaalineuvonnan ja -terapian avulla kartoitetaan stimulaatiotapoja sekä lisätään ja monipuolistetaan niitä. Seksuaalineuvontaan ja -terapiaan voi kuulua myös sukupuolielinten anatomian ja klitoriksen tärkeyden kertausta sekä neuvontaa erilaisten hieromasauvojen ja liuku- ja hierontavoiteiden käyttöön. Liuku- ja hierontavoiteista tulisikin puhua kaikille naisille, jotka haluavat seksuaalineuvontaa

ja niiden suojaava ja leikinomainen puoli on hyvä nostaa esille. Kumppanin ottaminen mukaan seksuaalineuvonnan ja –terapian palveluihin on suotavaa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 170; Huttunen 2018.)

3.2 Orgasmihäiriö

Orgasmihäiriöstä puhutaan silloin, kun nainen kokee orgasmin saamisessa ongelmaksi sen saavuttamisen vaikeuden tai hitauden. Usein orgasmihäiriötä edeltää kiihottumisen häiriöitä. Joissain tapauksissa naiselle voi aiheuttaa murhetta se, että miehet kokevat tyytymättömyyttä hänen orgasminsa saamiseen, mutta jos nainen ei koe itse orgasmin saamista ongelmaksi, ei silloin puhuta seksuaalisesta toimintahäiriöstä. (Räsänen 2003.) Orgasmihäiriöt voidaan jakaa primaariin orgasmihäiriöihin, sekundaarisiin orgasmihäiriöihin, heikentyneisiin orgasmeihin, satunnaisesti tuleviin orgasmeihin, tilannekohtaiseen orgasmin puutteeseen sekä orgasmeihin, joiden saamiseen kuluu ahdistavan pitkä aika. Primaarisessa orgasmihäiriössä nainen ei ole koskaan saanut orgasmia, kun taas sekundaarisissa orgasmihäiriöissä nainen on joskus aiemmin saanut orgasmin, mutta ei saavuta sitä enää minkäänlaisella seksuaalisella stimulaatiolla. (Santalahti & Lehtonen, 138–139.) Suomalaisen FINSEX-tutkimuksen tulosten mukaan naiset saavat yhdynnöissä orgasmin selkeästi miehiä harvemmin. Tutkimuksen mukaan vain 46 % naisista saavuttaa orgasmin yhdynnän aikana useimmiten, kun taas miehillä vastaava luku on 93 %. (Kontula 2015.)

Orgasmihäiriöiden taustalla voi olla useita erilaisia syitä, mutta tyypillisimpiä syitä voivat olla esimerkiksi itseä häiritsevä seksikielteisyys tai oman kehon ja seksuaalisuuden negatiivinen käsitys. Nainen voi myös kokea inhoa omaa kehoaan ja sukupuolielimiään kohtaan. Kun käsitellään orgasmihäiriöitä voi myös nousta syyksi esille parisuhteen ongelmat, menneisyyden traumat ja kaltoinkohtelut, syyllisyyden ja häpeän tuntemukset, suorituspainet seksissä ja orgasmin saavuttamisessa, rutiininomaisuus seksitavoissa tai puutteelliset tai riittämättömät seksitekniikat ja kommunikaation puute kumppanin kanssa seksin aikana. Syynä voi olla myös, että orgasmia ei ole vielä opittu tai naisen anatomian ja fysiologian tuntemus on puutteellista. (Santalahti & Lehtonen 2016, 138.) Orgasmihäiriön

taustalla voi olla myös erilaisia rakenteellisia ja toiminnallisia poikkeavuuksia ja vikoja. Tällaisia poikkeavuuksia ja vikoja voi esiintyä esimerkiksi klitoriksen, häpyhuulien ja emättimen aukon hermotuksessa, verenkierrossa tai lantion alueen lihaksistossa. Näiden normaalilla toiminnalla on tärkeä osa naisen orgasmin saavuttamisessa. (Räsänen 2003.)

Kun selvitetään naisten orgasmihäiriöitä, selvitetään orgasmihäiriön laatu. On tärkeää selvittää, onko nainen koskaan kokenut orgasmia ja jos on, onko orgasmi tapahtunut itsetyydytyksen vai kumppanin kanssa seksuaalisen toiminnan aikaansaamana. On tärkeää myös selvittää, millaista naisen ja kumppanin välinen seksuaalinen toiminta on alusta loppuun saakka. Lisäksi on hyvä selvittää, onko taustalla sairauksia tai lääkkeitä, jotka voivat vaikuttaa orgasmin saamiseen. Orgasmihäiriöiden hoidossa käytetään masturbaatioharjoituksia, joita voidaan tehdä kotona ja käsitellä erilaisissa terapioiden. Terapia aloitetaan sukupuolielinten anatomian läpikäymisellä sekä omaan kehoon ja sukupuolielimiin tutustumisella. Kun nämä ovat tulleet tutuiksi, aloitetaan asteittain kehon koskettelu ja hyväilyt mielikuvien avulla. Apuna käytetään stimulaatiokeinoja, kuten sormia, suihkua ja vibraattoria. Kumppani otetaan myös mukaan jossain vaiheessa, mutta on tärkeää edetä vaiheissa sitä mukaa, kun edellinen vaihe tuntuu hyvältä. Terapian päämääränä on nautinnon kokeminen ja seksuaalinen tyydytys kumppanin kanssa, joka ei välttämättä tarkoita juuri yhdynnän aikana koettua. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 171–172.)

3.3 Sukupuoliyhteyden kivuliaisuus

Sukupuoliyhteyden kivuliaisuudesta puhuttaessa voidaan käyttää myös nimityksiä seksuaalinen kipuhäiriö tai seksuaalinen kipuoireyhtymä, vaikka näitä nimityksiä ei virallisissa luokituksissa tunnetakaan. ICD-10 luokituksessa tila tunnetaan "sukupuoliyhteyden kivuliaisuutena naisella", joka tarkoittaa yhdynnän aiheuttamaa tai yhdyntään liittyvää kipukokemusta. (Virtanen 2002, 255–256.) Jotkin tutkimukset kertovat, että yhdyntään liittyvistä kivuista kärsii 10-15% naisista, vaikka FINSEX –tutkimuksen mukaan vaihtelevuutta on eri ikäryhmissä. Yhdyn-

tään liittyvät kivut ovat kuitenkin melko yleisiä vaivoja, joiden vuoksi naiset ha-
keutuvat gynekologin vastaanotolle. Yhdyntään liittyvät kivut voivat tuntua
eriosissa emätintä, ja nainen voi tuntea kipua yhdynnän alussa, aikana, orgasmin
saadessaan ja/tai yhdynnän jälkeen. Sukupuoliyhteyden kivuliaisuudesta puhut-
taessa käytetään usein termejä 1. dyspareunia, joka tarkoittaa yhdyntäkipua tai
epämiellyttävää tunnetta, 2. syvä dyspareunia, jossa kipu tuntuu yhdynnän ai-
kana siittimen syvän penetraation aiheuttamana, 3. pinnallinen dyspareunia, jol-
loin kipu tuntuu jo kosketuksen ja kiihotuksen yhteydessä vulvan alueella, 4. vul-
vodynia/ vestibulodynia, jossa kosketus- ja kipuherkkyys vulvan alueella on ko-
rostunutta, riippumatta yhdynnästä, 5. vaginismi eli emätinkouristus. (Ryttyläinen
& Valkama 2010, 172–173; Virtanen 2002, 256.)

Gynekologin vastaanotolla onkin tärkeää selvittää, millaista kipu on, milloin se
tuntuu ja, missä emättimen osassa se tuntuu. Lisäksi on tärkeää selvittää seksu-
aaliamneesia, onko yhdynät aina kivuliaita vai onko joukossa kivuttomiakin
yhdyntöjä. Myös gynekologinen tutkimus tulisi aina tehdä. Tutkimus tehdään kui-
tenkin naisen tuntemuksien mukaan ja, jos kipu estää, ei tehdä sisätutkimusta tai
emättimen tähystystä. Gynekologisessa tutkimuksessa pyritään havaitsemaan
mahdolliset tulehdukset, ihosairaudet, estrogeenin puute, endometriooosi ja kas-
vaimet. Jos mitään näistä ei löydy, pitäisi epäillä vulvodyniaa/ vestibulodyniaa tai
vaginismia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 173.)

Vulvodyniasta puhuttaessa tarkoitetaan ongelmallista kiputilaa ulkosynnyttimien
alueella. Kipu voi aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja parisuhdeongelmia, sekä
heikentää vulvodyniaa sairastavan henkilön elämänlaatua. Vulvodynia diagnoo-
sin tekeminen on helppoa, mutta siihen ei ole täsmähoitoa. Vulvodynian syytä ei
myöskään tiedetä, mutta riskitekijöinä voi olla nuorella iällä aloitettu pitkäaikainen
yhdistelmäehkäisytablettien käyttö, gynekologiset tai raskauteen liittyvät kirurgi-
set toimenpiteet. Erilaiset infektiot, kuten hiivasieni-infektio tai virtsatieinfektio voi-
vat laukaista oireiden alkamisen. Käytännössä vulvodyniaa esiintyy kahden tyyppis-
tään, ja se voidaan jakaa neuropaattiseen vulvodyniaan ja vulvan vestibuliitti
oireyhtymään, eli vestibulodyniaan. (Paavonen 2013.)

Neuropaattinen vulvodynia on häpyhermon aiheuttama krooninen eli jatkuva kiputila. Syytä, miksi häpyhermo aiheuttaa kipua, ei tunneta. Neuropaattisessa vulvodyniassa kipu voi paikallistua klitorikseen, häpyhuuliin, perianaalialueelle tai kokonaan ulkosyntyttimien alueelle. Kivun paikallistuminen riippuu siitä, mihin häpyhermo haarautuu. Neuropaattisessa vulvodyniassa tyypillistä on kiputilan epämääräisyys ja kivun voimistuminen iltaa kohti. Pitkään istuminen yleensä pahentaa kipua, ja gynekologisessa sisätutkimuksessa tai rektovaginaalitutkimuksessa istuinkyhmyyn palpaatio voimistaa kipua. Palpaation avulla voidaan tehdä testi, joka auttaa diagnoosin muodostumisessa. Muulloin koskettaminen ei ole yleensä kipua provosoimassa. Vulvodynian toteamisessa voidaan käyttää diagnostista hoitokoetta, jossa määrätään käytettäväksi hermokipulääkettä kahden kuukauden ajaksi. Hermokipulääkkeillä on todettu olevan hyviä tai tyydyttäviä hoitovasteita silloin, kun potilas sietää lääkettä hyvin. (Paavonen 2020; Paavonen 2013.)

Vulvan vestibuliittioireyhtymä eli vestibulodynia tarkoittaa kiputilaa, jossa kipu paikallistuu emättimen eteisen alueelle. Kiputila aiheutuu emättimen eteisen limakalvon kroonisesta inflammaatiosta. Vestibulodyniassa emättimen eteinen on kosketusarka, kosketus aiheuttaa kipua, jolloin henkilö voi kokea esimerkiksi yhdyntäkipua tai kipua tamponia käyttäessä. Lisäksi vestibulodyniaan voi liittyä emättimen eteisen kosketusarkuuden lisäksi vaginismia eli emätinkouristusta. Gynekologisessa tutkimuksessa diagnoosia helpottaa vanutikkutesti. Vestibulodynian hoito aloitetaan yhdistelmäehkäisytablettien käytön tauottamisella, jonka jälkeen aloitetaan pitkäaikainen sienilääkitys ja fysioterapia. Vestibulodynian voidaan hoitaa myös kirurgisesti, jossa emättimen eteisen kipeää limakalvoa poistetaan, ja se korvataan emättimen terveellä limakalvolla. Tätä toimenpidettä kutsutaan vestibulektomiaksi. (Paavonen 2020.)

Vaginismi on psykoseksuaalinen toimintahäiriö, joka tarkoittaa emättimen ja lantionpohjan uloimman kolmasosan tahatonta kouristusta, joka vaikeuttaa yhdyntää tai estää sen kokonaan. Häiriö ilmenee yhdyntätilanteessa, kun miehen siintä viedään emättimeen tai gynekologisen sisätutkimuksen yhteydessä. Tällöin naisen alitajunta laukaisee emättimen ympäröivien lihasten refleksinomaisen kouristuksen, jolloin yhdyntä tai gynekologisen sisätutkimuksen suorittaminen on

vaikeutunutta tai mahdotonta, ja se voi aiheuttaa tuskallista kipua. Tavallisesti vaikea-asteisessa vaginismissa käynnistyy voimakas kouristus, joka estää niin sanotun emättimeen tunkeutumisen kokonaan ja aiheuttaa voimakasta, polttavaa kipua. Vaginismi voi kuitenkin ilmetä myös lievempänä, jolloin emättimen kouristus on lievempää ja penetraatio tai gynekologinen sisätutkimus onnistuu, mutta aiheuttaa kipua. (Tulla, Dunn, Antilus & Muneyyirci-Delale 2006; Jeng, Wang, Chou, Shen & Tzeng 2006.)

Vaginismi voidaan jakaa primaariseen ja sekundaariseen vaginismiin. Primaarisessa vaginismissa nainen ei ole koskaan tuntenut kivutonta ja vaikeutunutta penetraatiota. Syynä voi olla esimerkiksi erilaiset psykologiset tai fyysiset traumat, uskonnolliset tai kulttuurilliset syyt, raskauden tai synnytyksen pelko tai muut vaikeudet ihmissuhteissa tai parisuhteissa. Sekundaariselle vaginismille tyypillistä on, että naisen kokemat penetraatiot ovat aiemmin sujuneet normaalisti ilman kipua. Sekundaarisen vaginismin voi aiheuttaa esimerkiksi raiskauksen tai muun seksuaalisen tai emotionaalisen ikävän tapahtuman aiheuttama trauma. Syistä ja vaginismin laadusta huolimatta se voi aiheuttaa ahdistusta, parisuhdeongelmia ja lapsettomuutta. (Tulla ym. 2006.) Vaginismin tärkeimpänä ja yleisimpänä hoitona naisen emättimen venyttely, joka aloitetaan emättimen totuttamisella ensin pienen esineen tai sormen avulla, ja esineen koon asteittaisella lisäämisellä. Lisäksi fysioterapia lantiopohjalihasten tunnistamiseen, ja mahdollisen jännityksen laukaisuun on usein tarpeen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 175.)

Seksuaalisen kanssakäymisen aiheuttama kipu on aina erityisempää verrattuna muihin kipuihin, koska yleensä kipua synnyttävässä tilanteessa on myös toinen ihminen mukana, ja tilanteet ovat intiimeimpiä, mitä toisen ihmisen kanssa voi tehdä. Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät kivut vaikuttavat ihmisen tunneelämään, seksuaaliseen itseluottamukseen, ja jopa ihmisen identiteettiin ja omanarvontunteeseen. On tärkeää, että seksuaalisen kanssakäymisen aiheuttama kipu tutkittaessa ja hoidettaessa asiakasta kohtaava henkilö asettuu samalle tasolle kuin asiakas, ei koskaan hänen yläpuolelleen, ja hänen kipukokemuksistaan tulee kunnioittaa. Kohtaamisessa on tärkeää vahvistaa asiakkaan itseenäisyyttä ja lisätä turvallisuuden tunnetta. Työotteen tulee olla rauhallinen, selkeä

ja neuvotteleva, jossa tähdätään kestäviin tuloksiin kivun lievittämisessä, eikä kiihkeitä. Asiakasta autetaan käsitteellistämään kipua tukahduttamatta sitä. (Santalampi & Lehtonen 2016, 126–128.)

Asiakkaan kumppanin tuntemusten huomioiminen on myös tärkeää, jotta kumppani voi olla tukena, ja voimavarana kipua kokevalle henkilölle. Kumppanille tulee antaa tietoa kivusta ja siitä, miten hän voi tukea ja kannustaa kumppaniaan, mutta samalla myös itse kokea nautintoa loukkaamatta ja satuttamatta kumppaniaan. Seksuaalineuvonnassa ja –terapiassa tähdätään kokonaisvaltaisesti parantamaan seksielämää ja nautintoa, sekä tukemaan parisuhdetta. (Santalampi & Lehtonen 2016, 128–129.)

4 MIEHEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT

4.1 Erektiohäiriöt

Erektiohäiriössä mies ei joko kykene ylläpitämään tai saamaan riittävää erektiota yhdyntään. Erektiohäiriöissä aste vaihtelee lievästä häiriöstä täydelliseen kyvyttömyyteen. Diagnoosin kannalta tärkeää on tilanne, joka haittaa miestä. Erektiohäiriö alkaa usein siten, että erektio alkaa lopahdella kesken yhdynnän. Tilanteen edetessä tulee mukaan vaikeutunut erektion saaminen. Oli erektiohäiriön syy mikä tahansa, on siinä silti aina mukana myös psykologiset suorituspainetekijät. (Piha 2011, 127.)

Erektiohäiriöiden taustalla voi olla puhtaasti psykologiset tekijät, elimelliset tekijät ja psykologiset että elimelliset tekijät. Yleisimmät elimelliset tekijät ovat verenkiertohäiriöt, diabetes ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Muita elimellisiä syitä ovat neurologiset syyt, hormonaaliset syyt, lantion alueen kirurgian jälkitilat ja eturauhasperäiset syyt. Lähes kaikilla miehillä esiintyy ajan mittaan eturauhasen liikakasvua. Tämä aiheuttaa usein erektiohäiriöitä vasta silloin, kun liikakasvu on huomattavaa. Perinteinen eturauhasen höyläys on haitallinen erektion kannalta, sillä se heikentää erektiota. Eturauhaslääkkeet ovat kuitenkin tehokkaita ja erektion kannalta melko turvallisiakin. (Piha 2011, 127–128.)

Psykologisista erektiohäiriön syistä tärkein on masennushäiriöt. Erektiohäiriön ja masennuksen väliset yhteydet ovat monimutkaiset. Erektiohäiriö aiheuttaa masennusta, jolloin masennuksen paras hoitokeino on erektiohäiriön hoitaminen. Toisaalta taas masennus ja masennuslääkitys aiheuttavat erektiohäiriöitä. Myös psykoottistasoisiin häiriöihin, sekä ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein erektio-ongelmia. Erektiohäiriöön liittyy hyvin usein jokin psyykinen tekijä. Erektiohäiriö voi alkaa jonkin elimellisen syyn, kuten verenpainetaudin kautta. Häiriö voi olla aluksi lievä, mutta miehen huomattua tilanne, alkavat psykologiset mekanismit pahentamaan erektiohäiriötä. Tilanteen jatkuessa mies alkaa yhä enemmän kokea pelkoa epäonnistumisesta, ja suorituspaineista. Erektiota heikentävät psykologiset mekanismit voivat aktivoitua myös ilman elimellistä syytä. Esimerkiksi

nuorilla, seksielämäänsä aloittelevilla miehillä voi esiintyä erektiohäiriöitä, joihin puhuttaessa viitataan suorituspainena. Tämä sama tilanne voi tulla vastaan missä elämänvaiheessa vaan. Tyypillisesti esimerkiksi eron tai puolison kuoleman jälkeen, kun aloitetaan uusi seksuaalisuhde, etenkin keski-iässä ja siitä vanhempana. (Piha 2011, 128.)

Elämäntavoista tupakointi ja alkoholi ovat tärkeitä erektiota heikentäviä tapoja. Sekä aktiiviseen että passiiviseen tupakointiin liittyy suuri erektiohäiriön riski. Se liittyy verisuonten rakenteellisiin muutoksiin sekä verenkierron säätelyyn. Alkoholin kohtuukäyttö ei heikennä erektiokykyä yleisesti, mutta tässäkin on yksilöllisiä eroja. Alkoholin kulutuksen noustessa haitat niin erektiolle ja terveydelle lisääntyvät huomasti. Ylipainolla on myös vaikutusta. Siihen liittyy niin metabolinen oireyhtymä kuin testosteronivaje, jotka ovat yhteydessä heikentyneeseen erektioon. Ylipaino aiheuttaa myös itsetuntoon liittyviä haittoja. (Piha 2011, 129–130.)

Erektiohäiriöiden tutkiminen aloitetaan haastattelemalla potilasta. Potilaan kanssa keskustellaan häiriöiden alkamisesta, mutta myös niiden kehittymisestä. Seksuaaliongelmien lisäksi keskustellaan terveydentilasta ja elämäntavoista. Lääkäri voi tutkia tilanteen mukaan esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön, eturauhasen ja mittaa verenpaineen. Tarvittaessa otetaan verikokeita, kuten testosteroni, verensokeri, kolesteroli tai eturauhasverikoe. Erektiohäiriöpotilailta voidaan selvittää peniksen verenkierto ultraäänitutkimuksen tai pistoskokeen avulla. Tutkimusten avulla pystytään hyvin usein selvittämään erektiohäiriön syy. (Piha 2011, 129.)

Erektiohäiriöitä voi jokainen mies hoitaa itse noudattamalla terveellisiä elämäntapoja eli tupakoimattomuus, alkoholin kohtuukäyttö, liikkumalla ja ylipainoa välttämällä. Erektiohäiriöiden hoitoa ei tule unohtaa. Potilaan tietoisuuden lisääminen erektiohäiriöistä voi olla yksi hoitokeino. Seksuaalineuvonnalla on saatu aikaan hyviä hoitotuloksia. Lisäksi voidaan käyttää seksuaaliterapiaa, jossa ongelmia lähestytään seksuaalisuuden avulla, ja pyritään löytämään oikea hoitokeino. Joskus myös fysioterapeuttiset menetelmät voivat auttaa potilasta, kuten lantionpohjan lihasten harjoittaminen. Erektiohäiriöihin on olemassa nykyään hyvin kattava

lääkehoito, jota ei kannata jättää huomioimatta. (Piha 2011, 129–131.) On olemassa myös apuvälineitä erektiohäiriöiden hoitoon kuten penistuki tai alipainepumppu. Myös leikkaushoito on mahdollinen. Leikkauksessa voidaan asentaa potilaalle penisproteesi, jonka avulla saadaan aikaan keinotekoinen erektio. Muutaman vuoden ajan peniksen verenkierron parantamiseen on voitu käyttää hoitokeinona myös iskuaaltohoitoa. (Ala-opas 2017, 1561.)

4.2 Ejakulaatio- eli siemensyöksyhäiriöt

Herkässä siemensyöksyssä miehen ejakulaatio tapahtuu ennen kuin hän itse tai hänen kumppaninsa sitä haluaa. Herkässä siemensyöksyssä ejakulaatio tapahtuu vähäisen seksuaalisen ärsytyksen seurauksena joko jo ennen yhdyntää, sen alkaessa, tai noin minuutin kuluttua yhdynnän alkamisesta. (Huttunen 2018.) Tämä toimintahäiriö voidaan erotella koko eliniän ajan esiintyneisiin, tai luonnollisesti vaihteleviin siemensyöksyihin. Elinikäisen eli primaarin ennenaikaisen siemensyöksyn kriteereiksi on muodostunut kolme erilaista määritelmää, jotka kaikki tarvitaan diagnoosin tekemiseen. Siemensyöksy tapahtuu noin minuutin kuluessa yhdynnän aloittamisesta, mies ei kykene kontrolloimaan siemensyöksyä sekä tilanne aiheuttaa miehelle haittaa kuten ahdistusta. Luonnollisesti vaihteleva siemensyöksy tapahtuu ajoittain normaalisti, ja ajoittain taas liian nopeasti. Näiden molempien taustalta saattaa olla heikentynyt kyky hallita siemensyöksyä. (McMahon ym. 2008, 12–13.)

Herkkä siemensyöksy on hyvin yleinen seksuaalinen toimintahäiriö. Sitä esiintyy kaikenikäisillä miehillä. Herkän siemensyöksyn syyksi on olemassa erilaisia teorioita. Tavallisin syy on psykogeeninen eli esimerkiksi parisuhdeongelmat, suoriutuspelko tai aiempi trauma. Psykososiaalisen teorian mukaan häiriö on keskushermostossa. Tässä hoitona on psykoseksuaalinen terapia, lantionpohjan lihasten treenaus sekä rentoutumisharjoitukset. Biogeenisessä teoriassa syy on enemmän biologinen eli miehen sukupuolielimen sekä tiettyjen aivojen alueella olevien reseptorien yliherkkyys. Tässä hoitona voidaan käyttää lääkehoitoa. Herkkään siemensyöksyyn on olemassa myös muita hoitomahdollisuuksia kuten

ympärileikkaus, joka laskee tuntoherkkyyttä. Lisäksi tuntoa voidaan alentaa erilaisilla puudutevoiteilla. (Lukkarinen 2007, 277–278.)

Siemensyöksyn herkkyyteen vaikuttavat aivojen erittämät hormonit kuten testosteroni, oksitosiini ja typpioksidi. Lisäksi veren virtaamiseen penikseen ja lantionpohjan lihaksistoon, vaikuttaa hengityksen syvyys sekä rytmi ja sydämen syke. Näillä seikoilla pystytään hallitsemaan siemensyöksyä paremmin. Seksuaaliterapia on yksi hoitomuotoa, jota voidaan käyttää esimerkiksi yhdessä kumppanin kanssa löytämään ratkaisuja herkkään siemensyöksyyn. (Santalahti & Lehtonen 2016, 146–147.)

Vaikeutuneella siemensyöksyllä tarkoitetaan joko toistuvaa, tai pysyvää vaikeutta saavuttaa siemensyöksy huolimatta riittävästä seksuaalisesta ärsykkeestä. Mikä tahansa psykologinen syy, sairaus, lääkitys tai kirurginen toimenpide, joka häiritsee keskushermoston tai ääreishermoston osia, jotka kontrolloivat siemensyöksyä osia, voi johtaa viivästyneeseen tai estyneeseen siemensyöksyyn. Viivästyneen tai estyneen siemensyöksyn syntymekanismeista, syistä ja yleisyydestä tiedetään vielä vähän. (Piha 2011, 154.)

Vaikeutunut siemensyöksy voidaan jakaa neljään vaikeusasteeseen. Lievässä muodossa mies voi joissain olosuhteissa saavuttaa siemensyöksyn. Kohtalaisen vaikeassa muodossa mies voi saada siemensyöksyn jotenkin muuten kuin yhdynnässä. Vaikeassa muodossa mies voi saavuttaa siemensyöksyn vain yksin ollessaan. Vaikeimmassa muodossa mies ei ole koskaan saanut siemensyöksyä. Tämä tila on kuitenkin harvinainen ja sen syyt on usein tuntemattomat. Sen taustalla voi olla psyykkisiä syitä, mutta myös jotkut lääkeaineet voivat estää siemensyöksyn. Esimerkiksi serotoniinin takaisinoton estäjillä, joita käytetään masennuksen hoitoon, on todettu haittavaikutuksena viivästynyt tai tulematon siemensyöksy. (Piha 2011, 154; Lukkarinen 2006, 277.)

Jotkin sairaudet, kuten diabeettinen neuropatia saattaa aiheuttaa estyneen tai viivästyneen siemensyöksyn. Lisäksi kirurgiset toimenpiteet, kuten vatsaontelon imusolmukkeiden poisto, tai osa peräsuoleen kohdistuvista leikkauksista voivat

viivästyttää, tai jopa estää siemensyöksyn. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun vuoksi tehtävä höyläysleikkaus tai eturauhasen halkaisu, aiheuttavat usein käänteisen siemensyöksyn. Käänteisessä siemensyöksyssä siemenneste virtaa virtsarakkoon. Estyneessä siemensyöksyssä tulee myös ottaa huomioon miehen kiputilat, sillä se vaikuttaa merkittävästi kykyyn rentoutua. Jos miehen viimeisimmästä yhdynnästä on liian vähän aikaa, voi se olla yhtenä syynä vaikeutuneeseen siemensyöksyyn. (Kaipia & Tammela 2009, 1122; Santalahti & Lehtonen 2016, 147–148.)

Hoidossa ensisijaista on selvittää vaikeutuneen siemensyöksyn syyt. Vaikeutuneen siemensyöksyn hoidossa pyritään parantamaan miehen elintapoja. Mikäli ilmenee runsasta alkoholin käyttöä, kannattaa alkoholin käyttöä rajoittaa. Rajat ovat hyvin yksilölliset. Jos alkoholi vaikuttaa herkästi, ei alkoholia kannata käyttää ollenkaan. Lääkitys tulee myös tarkistaa, erityistä huomiota tulee kiinnittää verenpaine- ja masennuslääkkeiden käyttöön. Jos mahdollista, haitallisimmat lääkkeet kannattaa vaihtaa. Vaikeutuneen siemensyöksyn hoitoon ei ole olemassa varsinaista lääkettä. Yhtenä hoitomuotona voidaan käyttää myös seksuaaliterapeuttisia hoitomenetelmiä. (Seksuaaliterveysklinikka. Miesten seksuaalihäiriöt. Siemensyöksyhäiriöt.)

4.3 Testosteronivaje

Testosteroni eli mieshormoni aiheuttaa miesominaisuuksien kehittymisen murrosiässä. Aikuisella sitä tarvitaan sukuviettiin, erektion kehittymiseen sekä siittiöiden tuotantoon. Lisäksi se on tärkeä hormoni lihasten ja luiden kannalta. Testosteronin muodostuminen tapahtuu monimutkaisen säätelyketjun avulla. Sitä muodostuu kiveksissä, sieltä se siirtyy verenkiertoon ja edelleen muualle elimistöön. Aivolisäke säätelee luteinisoivan hormonin (LH) avulla kiveksen testosteroni tuotantoa. Hypotalamus puolestaan ohjaa LH:n erittymistä. Missä tahansa kohdassa tätä säätelyketjua voi esiintyä häiriöitä, jotka siten johtavat testosteronin puutteeseen. Jos häiriö ilmenee jo murrosiässä, silloin testosteronin tuotanto ei käynnisty lainkaan. Jos taas häiriö ilmenee vasta aikuisällä, on häiriö kiveksen hormonintuotannon heikkenemisessä. (Mustajoki 2020.)

Testosteronin puutteessa on kysymys kivesten tuotantohäiriöstä. Siihen voi johtaa jokin kiveksiä vahingoittava sairaus, joita on esimerkiksi kivessyöpä tai kivestulehdukset. Kivesten toimintahäiriö voi taas johtua aivolisäkkeestä. Aivolisäkkeen sairaudet, kasvaimet tai sen alueelle kohdistuvat leikkaukset voivat vaurioittaa sitä. Tällöin LH:n valmistus loppuu, ja sitä kautta kivesten testosteroni tuotanto loppuu. (Mustajoki 2020.) Yleisin syy keski-ikäisillä ja ikääntyvillä miehillä testosteroni puutteeseen on lihavuus, etenkin keskivartalolihavuus. Keski-ikäisen miehen androgeenintuotanto vähenee merkittävästi, jolloin syntyy tila, jota kutsutaan andropaussiksi. Testosteronin pitoisuus on alle viitealueen 25 %:lla 75-vuotiaista miehistä. Eli iän myötä testosteronin tuotanto laskee, joka näkyy miehillä monenlaisina oireina. (Tapainen 2001.)

Aina ei tarvitse turvautua hormonihoitoon, vaan joskus elintapojen korjaaminen voi auttaa vähentämään vaivoja. Lääkehoitona käytetään testosteronivalmisteita. Yleensä valmisteet ovat testosteronipistoksia tai geeliä, jota levitetään iholle. Pistoksissa on olemassa kahta mahdollisuutta, joko 2-4 viikon välien pistettävä valmiste tai kolmen kuukauden välein pistettävä valmiste. Geeli hierotaan olkavarran iholle kerran päivässä, ja se ei saa olla kosketuksissa muiden kanssa. Lievissä tapauksissa voidaan käyttää tablettivalmisteita. Annostus säädellään mittaamalla testosteronipitoisuuksia verestä. Käytännössä testosteronihoito korvaa kivesten puuttuvan testosteronin. (Mustajoki 2020.)

5 HALUTTOMUUS

Seksuaalinen haluttomuus on sekä miesten että naisten seksuaalinen toimintahäiriö. Se kuinka seksuaalisesti aktiivisia ihmiset ovat, on hyvin vaihtelevaa. On tutkittu, että iän myötä seksuaalisuuden halun kokeminen vähenee. Yläikärajaa tällä ei kuitenkaan ole. Naisten ja miesten välillä on eroa. Naisilla seksuaalista halua ilmenee vähemmän. Tämä koskee joka ikävaihetta. Iän myötä yhdyntöjen tiheys vähenee sukupuolesta riippumatta. Parisuhde sekä suhteen pituus vaikuttavat myös tähän vähentävästi. Naisilla seksuaalisen halun määrään vaikuttaa enemmän vakituinen partneri tai puoliso, kun taas miehillä se on melko riippumaton näistä. (Mattila & Lönnqvist 2017.)

Haluttomuudessa on kyse seksuaalisen halun tai kiinnostuksen ja seksuaalisten ajatusten vähenemisestä tai puuttumisesta. FINSEX –tutkimuksen mukaan haluttomuus on lisääntynyt, ja se koetaan yleisimpänä toimintahäiriönä. Tutkimuksen mukaan haluttomuutta esiintyy eniten ruuhkavuosien aikaan. Perusta seksuaaliselle halukkuudelle on motivaatiossa sekä mielenkiinnossa. Seksuaalista halua voi luonnehtia myös kaipuuna tyydytystä tuottavaan seksuaaliseen toimintaan halun kohteena olevan ihmisen kanssa. Halu voi olla psyykkistä ja fyysistä kiihottumista, mutta myös seurausta tunnistaa kiihottuminen. Haluttomuus vaikuttaa merkittävästi parisuhteen hyvinvointiin. Seksuaalinen halu ja haluttomuus ovat hyvin yksilöllisiä kokemuksia. Tunne siitä, että kumppani ei halua minua voi pahimmillaan johtaa samaistumiseen siitä, että puoliso ei enää rakasta. Näin haluttomuus voi johtaa jopa parin eroon. Voidaan todeta, että seksuaalinen halu on keskeisessä osassa lyhyt- ja pitkäaikaisten suhteiden solminnassa, ja niiden ylläpidossa. Muiden asioiden täyttäessä elämää on luonnollista, että seksuaalinen aktiivisuus vähenee. Esimerkiksi kuormittavissa elämäntilanteissa henkinen ja fyysinen energia kuluu muuhun kuin seksuaaliseen toimintaan. (Brusila 2016; Kontula & Sandberg 2012, 4–5.)

Kontula & Sanberg (2012, 60) mukaan seksuaaliselle haluttomuudelle on hyvin erilaisia syitä. Haluttomuuden taustalla voi olla sekä fysiologia että hormonit. Fy-

siologisesti seksuaaliseen halukkuuteen vaikuttaa sukupuolihormonit, aivojen välittäjäaineet sekä elimistön fysiologinen tila ja sairaudet. Tutkimuksissa on voitu osoittaa, että etenkin naisten seksuaaliseen toimintaa positiivisesti vaikuttavat estrogeenihoidot. Tämä koskee etenkin vaihdevuosi-iässä olevia naisia, jolloin estrogeenipitoisuus elimistössä laskee aiheuttaen erilaisia muutoksia elimistössä. Naisilla haluttomuuden taustalla voi myös olla hormonaalinen ehkäisy. Ehkäisymenetelmiä on olemassa monenlaisia, ja joskus ehkäisymenetelmän vaihtamisesta voi olla apua. Myös useilla muilla lääkkeillä voi olla haluja heikentävä vaikutus. Sairaudet ja pitkäaikaiset kiputilat voivat olla myös haluttomuuden syitä. Yleisin sairaus halun puutteelle on masennus. Monet sairaudet voivat vaikuttaa kokemukseen omasta itsestä. Sairausten hoitamiseen käytetyt lääkkeet voivat vähentää seksuaalista halua. Seksuaalisen halun puutetta koetaan etenkin sairastumisen alussa. Ennen lääkityksen aloittamista on hyvä keskustella lääkärin kanssa seksuaalisuudesta.

Seksuaalisen haluttomuuden taustalla voi olla myös traumaattisia kokemuksia. Tällaiset uhrit kokevat usein syyllisyyttä ja häpeää tapahtuneesta. Uhrin ikä, kehitysvaihe, psyykkiset voimavarat ja elämäntilanne vaikuttavat paljon seurauksiin ja oireisiin, joita uhri kokee. Väkivalta traumatisoi aina, ja siitä toivutaan hyvin yksilöllisesti ja ajan myötä. Haluttomuuden taustalta voi olla myös huonoksi koettu parisuhde. Etenkin naisilla korostuu halu olla arvostettu, haluttu ja hyväksyty kumppanin silmissä. Parisuhteen kommunikaatiovaikeudet, yhteyden puute kumppaniin, läheisyyden puute, tai käsittelemättömät ristiriidat heikentävät parisuhteen laatua ja sitä kautta myös seksuaalista halua. Jos parisuhteessa koetaan huonoa seksiä, se ei yleensä houkuta haluamaan seksiä. Seksiä voidaan kokea huonoksi hyvin erilaisista syistä. (Kontula & Sandberg 2012, 65–80.)

Haluttomuuden syyt, vaikuttavat paljon hoitomuotoihin. Seksuaalisen haluttomuuteen voi löytyä apu ajan myötä ja yhdessä kumppanin kanssa asiaa pohdittaessa. Jos pareilla löytyy riittävästi taitoa ja kärsivällisyyttä käsitellä asioita kaksin, ei läheskään aina terapiaa tai edes neuvontaa tarvita. Jos esimerkiksi haluttomuuden syyt liittyvät selvästi tiettyyn elämäntilanteeseen, jo pelkästään niiden tiedostaminen saattaa auttaa.

On kuitenkin tilanteita, milloin ammattiapu on tarpeen. Ammattiapu voi olla tarpeen tilanteessa, jossa ongelmia on jatkunut pidempään ilman mitään selkeää syytä. Ammattiavusta seksuaalineuvonta- ja terapia sekä psykoterapia ovat hyviä hoitomuotoja. Haluttomuuden hoidossa tärkeää on seksuaalianamneesin läpikäyminen. Potilaan ja hänen kumppaninsa elämäntarinan läpikäyminen kertoo lapsuuden kiintymyssuhteiden ilmapiiristä sekä niissä vallinneita seksuaaliasenteita, kommunikaatiomalleja, ristiriitojen käsittelyä ja läheisyyden ilmaisemista. Uusien toimintatapojen omaksumisessa auttaa, kun asiat tiedostaa itse. (Kallio & Jussila 2010, 281–282; Brusila 2016.)

Seksuaalista halua voi myös lisätä eri tavoin, kuten koskettelulla, keskustelemalla kumppanin kanssa siitä, mitä haluaa ja toivoo tai jopa eroottisen materiaalin avulla. Seksuaalisen halun syntymiseen tarvitaan terve itsekkyyys sekä hyvä seksuaalinen itsetunto. Lisäksi hyvä ja turvallinen kumppani, sekä hyvät seksitaidot lisäävät seksuaalista halua. (Kontula & Sandberg 2012, 110–113.)

6 SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSI OTTAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Ammattilaiset saattavat kokea seksuaaliterveydestä ja seksuaalisuudesta puhumisen vaikeana, noloksi, hankalaksi ja joskus jopa mahdottomaksi. Se on luonnollista, koska seksuaalisuus on ollut yhteiskunnassamme vaiettu aihe jo usean vuosikymmenen. Seksuaalisuus on leimattu häpeälliseksi ja jopa vaaralliseksi asiaksi, ja osittain myös siksi niistä ei ole uskallettu puhua. Aiemmin seksuaalisuus on koettu irralliseksi osaksi, eikä osana ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. Seksuaalisuus on luonnollinen ja merkittävä osa ihmisen perustarpeita ja ihmisyyttä. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 40–41.)

Hyvänä lähtökohtana seksuaalisuudesta puhumiseen voidaan pitää itselle sopivaa ja luontevaa käyttösanan löytämistä. Se on tärkeää, jotta puhuminen seksuaalisuudesta on luontevaa. On hyvä löytää myös sellaisia sanoja, jotka ovat kansankielisiä eikä pelkästään lääketieteellistä sanastoa. Mitä rohkeammin kohtaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita, sitä helpommaksi niistä puhuminen käy. Asioita, joita kannattaa välttää puhumasta on seksuaalisuudesta moralisoiminen, pelottelu sekä varoittelu. Ne saattavat vain lisätä ahdistusta. Seksuaalisuutta on vaalittava ja siitä puhuttava arvostettavalla tavalla, jotta se pysyisi nautinnollisena ja iloa tuottavana asiana läpi elämän. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 42–43.)

Seksuaalisuuden käsitteleminen edellyttää ammattilaiselta itseltään myös oman seksuaalisuuden kohtaamista, sekä omien asenteiden tunnistamista ja pohtimista. Ammattilaisen empatiakyky on myös tärkeässä osassa, kun puhutaan seksuaalisuudesta. Sen lisäksi ammattilainen tarvitsee tietoa ja taitoa seksologian osaamisalueelta. Mitä paremmin ammattilainen on perehtynyt omaan seksuaalisuuteensa liittyviin rajoihin, arvoihin, tunteisiin ja asenteisiin, sitä vähemmän ne vaikuttavat negatiivisesti asiakastyöhön. Näitä asioita on myös tärkeä oppia säätelämään, ja joskus ne on osattava sulkea pois asiakastyössä. Näiden lisäksi myös oman seksuaalihistoria on tärkeä oppia tunnistamaan, sillä ne vaikuttavat

omaan kokemukseen seksuaalisuudesta siitä, mikä on sallittua, luvallista, nautinnollista, miellyttävää tai pelottavaa. Omaa seksuaalihistoriaa voi käydä läpi esimerkiksi seksuaalisuuden portaita kulkien. Ammattilaisen on helpompi työskennellä ammatillisesti, kun tuntee ilmiöitä ja niiden taustoja, myös sellaisten asioiden parissa, mitkä voivat tuntua vierailta tai jopa epämiellyttäviltä. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 43–45.)

Hautamäki-Lammisen tekemän (2013, 65–76.) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon henkilöstä kokee seksuaalisuudesta puhumisen esteenä koulutuksen puutetta, aiheen arkaluontoisuutta sekä ajan riittämättömyyden. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että seksuaalisuudesta puhuttaessa naiset odottavat enemmän tietoa seksuaalisuuden vaikutuksesta minäkuvaan, kun taas miehet odottavat enemmän tietoa seksuaalisten toimintahäiriöiden hoitamisesta. Tutkimuksessa asiakkaat toivoivat ammattilaisen ottavan aktiivisen keskustelijan roolin, joka tarkoittaa, että ammattilaisella on vastuu puheeksi ottamisesta. Lisäksi asiakkaat toivoivat ammattilaiselta enemmän suunnitelmallisuutta, potilaslähtöisyyttä ja ammatillista otetta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014-2020 suositellaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla hyvät ohjaustaidot, sekä mahdollisuus vahvistaa ja kehittää seksologian osaamistaan täydennys- ja jatko-opinnoissa. Täydennyskoulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden osaamista tulisi hyödyntää laaja-alaisemmin asiakkaiden hoidossa. Toimintaohjelmassa korostetaan seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien olevan yhteydessä muihin hyvinvoinnin ongelmiin.

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tärkeydestä aletaan olla ammattilaisten keskuudessa yksimielisiä. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on osa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja se tulee huomioida hoidon eri vaiheissa. Seksuaaliohjaukseen on kehitetty malleja kuten Plissit- ja Better-mallit, joita tulisi seksuaaliohjauksessa ja -neuvonnassa hyödyntää. (Sinisaari-eskelinen, Jouhki, Tervo & väisälä 2016, 290.) Tässä opinnäytetyössä käsittelemme ja avaamme lisää PLISSIT (Kuvio 1) ja BETTER (Kuvio 2) -malleja.

6.1 PLISSIT-malli

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malleista Suomessa kaikkein tunnetuin ja yleisimmin käytetyin malli on PLISSIT –malli, jonka on kehittänyt amerikkalainen Jack Annon vuonna 1976. PLISSIT –mallissa on neljä erilaista tasoa, joiden avulla voidaan lähestyä ja käsitellä erilaisia seksuaalisuuden ongelmia. Näiden tasojen mukaan koostuu PLISSIT –mallin nimityskin. Käytännössä malli on todettu tehokkaaksi ja toimivaksi välineeksi, kun seksuaalisuuden ongelmat tulee ottaa puheeksi. Mallin avulla arvioidaan, mitä seksuaalineuvonnan palveluita asiakas tarvitsee. Mallissa ammattilaisten ammatillinen osaaminen ja asiakkaan ongelmat kohtaavat, kun se jäsentää ammattilaisten osaamisen tasoa suhteessa asiakkaan ongelmiin. Mallia voidaan käyttää hyväksi seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa, mutta myös hoidon suunnittelussa, ja jopa seksuaaliongelmien diagnosoinnissa ja hoidossa. (Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, 288–289.)

Mallin ensimmäisessä tasossa, P=Permission, annetaan lupa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhumiseen, tason tarkoituksena on myös normalisoida huolenaiheita. Tällä tasolla käydään keskustelua niistä huolenaiheista ja kysymyksistä, mitkä liittyvät seksuaalisuuteen pyytämällä asiakasta kertomaan niistä ajatuksista, tunteista ja käytöksestä, jotka liittyvät seksuaalisuuteensa. Asiakasta kuunnellaan ja havainnoidaan. Keskustelun apuna voidaan käyttää esimerkiksi kirjallisuutta ja opaslehtisiä. (Ihme & Rainto 2015, 31.) Ensimmäisellä tasolla luodaan asiakkaan kanssa luottamuksellinen hoitosuhde, ja se on perustana luvan antamiseen. On tärkeää, että terveydenhoidon ammattilainen välittää sanattoman viestinnän eli ilmeiden, eleiden ja äänen avulla asiakkaalle, että hänen kokemansa ongelma on tavallista, koska asiakkaat usein miettivät, onko heidän kokemansa asiat ja tuntemukset normaaleja tai epänormaaleja. Seksuaaliset ongelmat aiheuttavat usein häpeää ja syyllisyyden tunteita. Luvan antamisen tasolla voidaan antaa myös tietoa tavallisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kuten sukupuolielinten anatomiasta tai ehkäisystä. Usein jo pelkkä oikean tiedon saaminen voi riittää avuksi asiakkaan ongelmiin. Luvan antamisella ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että annetaan lupa, mihin tahansa käyttäytymiseen, vaan ohjataan

asiakasta sellaiseen toimintaan, joka ei loukkaa toista ihmistä, tai jolla ei ole haittaa ihmiselle itselleen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 54.)

Ensimmäisellä ja toisella tasolla tapahtuvaa seksuaalineuvontaa annetaan mm. perusterveydenhuollossa. Mallin toisella tasolla, LI=Limited Information, annetaan rajattua tietoa, joka tarkoittaa kohdennetun tiedon antamista siihen ongelmaan tai kysymykseen, mikä asiakkaalla sillä hetkellä on. (Ihme & Rainto 2015, 31.) Asiakkaan seksuaaliterveyden ylläpitämisessä, ja seksuaalisen selviytymisen tukemisessa, rajatun tiedon antaminen on yksi tärkeimmistä asioista. Asioita, johon rajattua tietoa voidaan antaa, voivat liittyä esimerkiksi vammautumisen, tietyn sairauden tai lääkityksen aiheuttamiin muutoksiin, aborttiin, seksuaalisiin häiriöihin tai sukupuolielinten poikkeavaan anatomiaan. Asianmukaisen tiedon antaminen vähentää merkittävästi ongelmien tuomaa ahdistusta, koska ahdistuksen syynä on usein tiedon puuttuminen. Rajattua tietoa annettaessa tulee varmistaa, että asiakas ymmärtää saamansa tiedon. Tietoa annetaan selkokielellä, ja apuna voi käyttää kirjallisuutta, ja havainnollistavia kuvia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 55–56.)

Kolmannella ja neljännellä tasolla tapahtuvaa seksuaalineuvontaa annetaan pääasiassa erikoissairaanhoidossa. Kolmannella tasolla, SS=Specific Suggestion, annetaan erityisohjeita asiakkaan ongelmaan. Erityisohjeet perustuvat yksityiskohtaiseen tietoon asiakkaan seksuaalielämästä ja elämäntilanteesta sekä niiden tarkoituksena on vaikuttaa asiakkaan ongelman tilan muuttumiseen. Tällä tasolla käytetään yksilökeskeistä ratkaisumallia, ja voidaan ohjata asiakas ongelmansa kanssa ammatti-ihmisen puheille. Erityisohjeita voi antaa seksologian täydennyskoulutuksen saanut ammattilainen. Neljännellä tasolla, IT=Intensive Therapy, tarkoitetaan intensiivistä terapiaa, jossa koulutettu seksuaaliterapeutti antaa terapiamenetelmien avulla hoitoa seksuaaliongelmiiin. Terapiamenetelmät ovat pitkäkestoisia, ja niiden antajalta edellytetään seksuaaliterapeutin tai kliinisen seksologin pätevyyttä. (Ihme & Rainto 2015, 31; Sinisaari-Eskelinen, Jouhki, Tervo & Väisälä 2016, 288.)



Kuvio 1 PLISSIT-malli (tiedot Ihme & Rainto 2015, 31).

6.2 BETTER-malli

Mick, Hughes ja Cohen ovat kehittäneet BETTER –mallin vuonna 2004. Sitä käyttävät terveydenhuollon ammattilaiset, kun potilaalla on erilaisten sairauksien, kuten syövän tai gynekologisten sairauksien vuoksi seksuaalisuuden ongelmia, ja ne tulee ottaa puheeksi. Mallin tarkoituksena on jäsentää puheeksi ottamisen vaiheita ja konkretisoida sitä, miten puheeksi ottaminen etenee. Tässä mallissa ei puhuta tasoista, vaan siihen kuuluu kuusi erilaista vaihetta, joita seurataan prosessinomaisesti. BETTER –malli on yksinkertainen, helposti omaksuttava, asiakaslähtöinen, ja sen avulla voidaan jäsentää ohjaustilanne hyvin. (Ihme & Rainto 2015, 32; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 289.)

Ensimmäisessä vaiheessa otetaan asiat puheeksi (Bring up the topic), ja potilaalle kerrotaan, että asioista puhuminen kuuluu hoitoprosessiin. Puhumiselle luodaan tarkoituksenmukainen ilmapiiri. Toisessa vaiheessa ilmaistaan huolta (Explain), ja kerrotaan potilaalle, että sairauden hoitoprosessiin kuuluu myös seksuaalisuus ja siitä puhuminen, kerrotaan miksi ja annetaan potilaalle tilaa ilmaista hänen huolensa ja kysymyksensä. Kuunteleminen ja huolenaiheiden eteenpäin vienti on tärkeää tässä vaiheessa. Kolmas vaihe on asiasta kertomisen vaihe (Tell), jossa käsitellään niitä asioita, mitkä huolettavat potilasta ja aiheuttavat kysymyksiä ja, mitkä hän tuo esille. Tässä vaiheessa ammattilaisen tulee tunnistaa

oman osaamisensa asteen, ja tarvittaessa hankkia tietoa lisää. Neljäs vaihe on oikea-aikaisuuden vaihe (Timing), jolloin neuvontaa toteutetaan silloin, kun se potilaalle parhaiten sopii ja tuodaan ilmi se, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi kysyä ja puhua milloin tahansa. Tämä edellyttää ammattilaiselta herkkyyttä tunnistaa, milloin on oikea aika ottaa asioita puheeksi ja milloin tietoa voi syventää potilaalle. Viides vaihe (Educate) sisältää potilaalle kertomista hänen sairaudestaan, siihen liittyvien hoitojen aiheuttamista vaikutuksista hänen seksuaaliterveyteensä sekä ohjausta erilaisten apuvälineiden ja liukasteiden käytössä. Kuudennessa vaiheessa (Record) kirjataan ohjaustilanne potilasasiakirjoihin ja arvioidaan sen toteutumista. Kirjauksen tulee olla laadukasta. (Ihme & Rainto 2015, 32; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 289.)



Kuvio 2 BETTER-malli (tiedot Ihme & Rainto 2015, 32; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 289).

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka painottuu kehittämiseen ja sen menetelmänä on tuotteistaminen. Kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä kehitetään, toteutetaan ja arvioidaan. Toiminnallisten opinnäytetöiden yhteispiirteenä on se, että niiden lopullisina tuotoksina on aina jokin konkreettinen tulos. Kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä pääpaino onkin tuloksessa ja sen raportoinnissa, joka on luotu teorian pohjalta. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotteistamisen tavoitteena on, että se poikkeaa jollakin tavalla muista vastaavanlaisista, erottuu edukseen ja kiinnostaa kohderyhmää. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 32–34; Vilkka & Airaksinen 2003, 51–53.)

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2019, jolloin saimme opinnäytetyömme aiheen ja yhteistyökumppanin. Idea aiheeseen syntyi omakohtaisesta kiinnostuksesta. Saimme tietoa koulumme opettajilta Tietoiseksi-hankkeesta. Hanke on perustettu Oulun ensi- ja turvakodin sekä Vuolle Settlementin yhteistyönä. Hankkeen tavoitteena on edistää seksuaalioikeuksia sekä seksuaaliterveyttä Pohjois-Suomessa asuville. Lisäksi hankkeen tavoitteena on tukea seksuaalirikoksen uhreja sekä lisätä sosiaali- ja terveysalan ja oppilashuollon ammattilaisten tietoutta seksuaaliterveydestä. Otimme yhteyttä Tietoiseksi-hankkeen hankepäällikköön ja sovimme tapaamisen. Hankepäällikön kanssa käymämme keskustelun pohjalta päädyimme kehittämään hankkeen toimintaa tekemällä heille oppaan, joka käsittelee aikuisten seksuaalisuutta. Tapaamisessamme hankepäällikkö toi esille sen, että aikuisten seksuaalisesta hyvinvoinnista on vähän tietoa ja materiaalia saatavilla. Lähdimme suunnittelemaan aihettamme, ja hankkimaan siitä tietoa. Huomasimme tiedonkeruun aikana, että aikuisten seksuaalinen hyvinvointi on käsityksenä erittäin laaja ja tiedon vähyys yllätti meidät.

Lähdimme miettimään aiheemme rajaamista: tutustuimme tiedonkeruussa löytäämämme tietoon ja pohdimme aiheen merkityksellisyyttä hoitotyön näkökulmasta. Aikuisten seksuaalinen hyvinvointi on aiheena erittäin laaja ja monitahoinen, joten aiheen rajaus oli sen vuoksi tarpeen. Päädyimme tekemään oppaan, joka käsittelee yleisimpiä seksuaalisia toimintahäiriöitä ja niiden puheeksi ottoa.

Valitsimme tuotteeksi oppaan myös siksi, että hankkeeseen kaivattiin lisää materiaalia seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista. Oppaan tavoitteena on tuoda seksuaalineuvonnan ja terveydenhuollon ammattilaisille ensitietoa yleisimmistä seksuaalisista toimintahäiriöistä, sekä keinoja ja apuvälineitä niiden puheeksi ottoon. Tavoitteenamme oli myös tuottaa materiaalia, jollaista on ennestään vähän saatavilla.

Oppinäytetyömme eteni ideoinnin jälkeen suunnitteluvaiheeseen vielä samana syksynä. Teimme suunnitelman teoreettisesta viitekehystä opinnäytetyöllemme. Keväällä 2020 etenimme käsikirjoitusvaiheeseen. Kirjoitimme ensin raportin, johon keräsimme laajasti teoretietoa seksuaalisista toimintahäiriöistä, ja niiden puheeksi ottamisesta. Koimme tärkeäksi erottaa seksuaalisesta toimintahäiriöstä naisten ja miesten toimintahäiriöt, mutta päätimme kirjoittaa haluttomuudesta yhteisesti, sillä se koetaan kummankin sukupuolen ongelmaksi. Etsimme teoretiedoksi niin kotimaista kuin kansainvälistä tutkimustietoa sekä käytimme laajasti erilaisia lähdekirjallisuutta. Huomasimme tietoa etsiessämme, että seksuaalisuus on aiheena sellainen, josta tietoa on vielä aika rajallisesti saatavilla, mikä asetti meille omat haasteemme.

Teoretiedon keräämisen jälkeen aloimme suunnitella opasta. Oppaan suunnittelu lähti liikkeelle kohderyhmän määrittelystä, joka oli tässä tapauksessa terveydenhuollon ammattilaiset. Suunnittelimme oppaan tekstiosuuden Microsoft Office World -ohjelmalla. Suunnitteluvaiheessa keräsimme vielä hankkeelta tietoa, mitä he haluaisivat erityisesti oppaalta. Heiltä ei kuitenkaan noussut mitään erityistä esille, joten saimme aika vapaat kädet suunnittelussa. Pidimme oppaassa tärkeänä sitä, että siinä käsitellään monipuolisesti useita seksuaalisia toimintahäiriöitä sekä niiden hoitomuotoja. Tärkeää oli myös erotella selvästi naisten ja miesten seksuaaliset toimintahäiriöt. Pidimme myös tärkeänä sitä, että opas on saatavana nettiversiona, mutta sen voi myös tarvittaessa tulostaa.

Ensin keräsimme oppaaseen mielestämme tärkeimmät asiat teoretiedosta, jonka olimme kirjoittaneet käsikirjoitukseen. Sen jälkeen aloimme rajaamaan tietoa. Tiedon rajaaminen oli haastavaa, sillä tuntui, että kaikki teoretieto on tärkeää. Opas on tarkoitettu ammattilaisen käyttöön, joten päätimme pitää oppaan

sisällön teoreettisena. Emme halunneet mennä liian yksityiskohtaiseen tietoon, mutta halusimme kuitenkin säilyttää tiedon niin, että lukijalle jää riittävän laaja kuva toimintahäiriöistä. Yksityiskohtaisemmasta oppaasta olisi tullut erittäin laaja ja monisivuinen, jolloin se ei olisi palvellut tarkoitustamme tuottaa helposti luettava opas, josta saa tarpeellista ensitietoa nopeasti ja helposti. Oppaan loppuun lisäsimme vielä konkreettisia neuvoja ammattilaisille, jotta oppaassa olisi myös käytännön asioita ammattilaisen tueksi.

Ulkoasullisesti pidimme tärkeänä, että oppaasta löytyy sisällysluettelo sekä sivunumerointi, jonka avulla lukijan on helppo löytää tarvitsemansa tieto. Päädyimme pitämään oppaan sisällysluettelon rakenteen samanlaisena kuin opinnäytetyön raportin sisällysluettelon, sillä koimme sen hyväksi rakenteeksi. Otsikoinnilla on myös tärkeä tehtävä lukijalle, sillä se keventää ja selkeyttää tekstiä. Pääotsikon tulee kuvata tekstiä. Näin lukijan on helppo löytää haluamansa asiakokonaisuus. (Hyvärinen 2005.) Päädyimme tekemään oppaaseen jokaiselle toimintahäiriölle oman otsikon, ja jokainen otsikko nimettiin toimintahäiriön mukaan. Tämä teki oppaasta selkeämmän kokonaisuuden.

Itse tekstissä pystyimme käyttämään myös ammattikieltä, koska opas on suunnattu ammattilaisille. Valmiin tekstin luimme huolellisesti läpi ja pyrimme noudattamaan siinä oikeinkirjoitussääntöjä, ja näin tekemään tekstistä huolitellun. Fontiksi valitsimme selkeän ja helppolukuisen fontin ja fonttikoon sellaiseksi, että lukija näkee helposti lukea tekstiä. Rivinväli tuli olla myös tarpeeksi suuri. Visuaalisen ilmeen parantamiseksi sekä positiivisen ilmeen luomiseksi valitsimme oppaaseen neutraaleja värejä, ja muutamia kuvia. Pidimme oppaamme ulkoasun melko yksinkertaisena, jotta sitä olisi helppo lukea, eikä liiallinen kuvien määrä, tai koristeellisuus häiritsisi lukijan keskittymistä itse aiheeseen, koska pääpaino on teoriassa. Tallensimme valmiin oppaan PDF-tiedostoksi.

Oman opinnäytetyön arvioinnissa on hyvä käyttää apuna myös kohderyhmältä kerättyä palautetta. Palaute voi muodostua kysymyksistä onko tehty tuote onnistunut, millainen sen käytettävyys ja toimivuus on, millainen visuaalinen ilme on, ja onko työ luotettava. Keskeisenä arvioinnin aiheena on myös työn toteutustapa. Opinnäytetyön tekijöiden tulee arvioida niitä keinoja, millä tavoitteisiin päästiin

sekä kaiken työssä käytetyn materiaalin arvioiminen. Lopuksi arvioidaan opinnäytetyön raportointia ja kieliasua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–159.)

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön viimeinen vaihe on arviointi. Työskentelemme eteni suunnitellusti, ja pysyimme sovituksessa aikataulussa. Opinnäytetyön prosessin aikana järjestetyt pajat, ja niihin osallistuminen tukivat opinnäytetyötämme. Saimme prosessin aikana palautetta sekä ohjaavalta opettajalta että suomen kielen opettajalta. Muokkasimme opinnäytetyötämme heidän kehittämisehdotusten pohjalta. Saimme palautetta opinnäytetyöstämme myös opinnäytetyön seminaareissa, joissa esittelimme opinnäytetyöstämme ensin idean, sitten suunnitelman ja sen jälkeen raportin. Seminaareihin etsimme työllemme opponoijat, jotka olivat toisia opiskelijoita samasta ammattikorkeakoulusta. He antoivat työtämme palautetta ja pidimmekin toisten opiskelijoiden antamaa palautetta erittäin tärkeänä. Palaute antoi meille tärkeää tietoa siitä, onko opinnäytetyömme aihe tarpeellinen ja muita tulevia ammattilaisia kiinnostava sekä siitä, olemmeko tehneet työmme kaikkien kirjallisten töiden ohjeiden mukaisesti käyttäen mahdollisimman laajasti erilaisia, luotettavia lähteitä.

Opinnäytetyömme arvioinnissa yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi muodostui Tietoiseksi hankkeelta saamamme palaute, koska työ on tehty heille. Pidimme tärkeänä sitä, että opas on sellainen, mikä sopii hankkeen käytettäväksi, joten heiltä saadun palautteen perusteella pystyimme arvioimaan sitä. Lähetimme hankkeeseen oppaamme sähköisenä versiona (Liite 1), sekä samalla pyysimme palautetta oppaasta palautelomakkeella (Liite 2). Palautteessa keräsimme tietoa oppaan teoriaosuuden hyödyllisyydestä, sekä tiedon luotettavuudesta. Palaute keräsimme myös visuaalisesta ilmeestä, ja tekstin luettavuudesta. Pidimme myös tärkeänä saada palautetta siitä, voisiko opasta suositella muille terveydenhuollon ammattilaisille. Nämä tiedot vastaaja sai antaa numeraalisesti asteikoilla 1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. Lopuksi keräsimme kehittämisideoita avoimen kysymyksen avulla.

Sovimme hankkeen työntekijän kanssa tapaamisen palautteenannosta. Kävimme tapaamisessa yhdessä läpi oppaamme ja saimme palautteen suullisesti.

Myöhemmin saimme vielä kirjallisesti vapaamuotoisen tekstin oppaan korjausehdotuksista. Saamamme palautteen perusteella oppaamme oli kattava kokonaisuus, jonka aihe on tärkeä. Korjausehdotukset olivat sinällään pieniä tarkentavia lisäyksiä oppaan tekstiin. Toteutimme hankkeen pyytämät muutokset, ja palautimme heille korjatun oppaan. Sovimme hankkeen kanssa vielä uuden tapaamisen, jossa kävimme läpi opasta. Tässä tapaamisessa oli mukana myös hankkeen opiskelijayhteistyövastaava. Saimme tapaamisessa opiskelijayhteistyövastaavalta hyvää palautetta oppaasta, sen käytettävyydestä sekä laajuudesta. Saimme vielä suullisesti lisää korjausehdotuksia koskien oppaan tekstiä. Nämäkin muutokset olivat lähinnä pieniä lisäyksiä ja muutoksia tekstin kieliasuun. Palauttekeskustelussa nousi myös esille hyviä korjausehdotuksia siitä, mitä hankkeen työntekijät olivat käytännön työssä huomanneet toimivaksi. Näin oppaastamme saatiin vielä enemmän käytännönläheinen tuotos.

Kehittelemällämme palautelomakkeella emme kuitenkaan saaneet palautetta, vaikka toivoimme, että palautelomake jaettaisiin hankkeen muille työntekijöille, jotka oppaan lukevat. Saimme kuitenkin viimeisessä palaverissamme hankkeen opiskelijayhteistyövastaavan kanssa hankkeen muidenkin työntekijöiden palautteen suullisesti. Opastamme on lukenut useampi hankkeen työntekijä, jotka ovat antaneet suullisen palautteen opiskelijayhteistyövastaavalle, joka taas toi palautteen suullisesti meille esille. Palautteesta kävi ilmi, että muut työntekijät pitivät opastamme selkeänä, helposti luettavana, tiiviinä kokonaisuutena, josta terveysalan ammattilaiset saavat ensitietoa yleisimmistä seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niiden puheeksi ottamisen keinoista. Heidänkin palautteensa perusteella opas sisältää tärkeää tietoa, jota ammattilaisten on hyvä käyttää apuvälineenä ja tukena työssään.

Korjaustemme jälkeen hanke hyväksyi oppaamme. Valmis opas luovutettiin Tietoiseksi-hankkeen käyttöön. Oppaan käyttöoikeudet ovat Tietoiseksi-hankkeella sekä Diakonia-ammattikorkeakoululla. Alamme kehittyy jatkuvasti ja tietoisuus sairauksista sekä hoitomuodoista kehittyy jatkuvasti. Tämän vuoksi hankkeella on mahdollisuus tuottaa oppaaseen jatko-osia sekä mahdollisuus muokata

opasta, mikäli katsovat sen tarpeelliseksi. Opastamme voivat käyttää kaikki hankkeen työntekijät, ja he voivat jakaa sitä eteenpäin työssään haluamallaan ja tarpeelliseksi kokemallaan tavalla.

Työntekijät voivat hyödyntää opasta, kun he tarvitsevat ensitietoa seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niiden mahdollisista hoitomuodoista. Oppaassa kaikki tieto on heille helposti saatavilla. Lisäksi työntekijät löytävät oppaasta työkaluja, jotka auttavat puhumaan seksuaalisuudesta. Työntekijät voivat hyödyntää opasta myös silloin, kun he tarvitsevat helposti kerrottavaa tietoa niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua seksuaalisten toimintahäiriöiden ymmärtämisessä, hyväksymisessä ja hoidossa. Opasta voidaan hyödyntää Tietoiseksi-hankkeen työntekijöiden työssä myös silloin, jos he tarvitsevat sellaista materiaalia, jota on helppo käyttää omassa työssä muistin tukemiseksi. Oppaasta tieto löytyy nopeasti ja helposti.

Opasta voidaan hyödyntää myös muille, kuin Tietoiseksi-hankkeen työntekijöille. Sitä voidaan hyödyntää silloin, kun muut terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat tietoja ja keinoja seksuaalisista toimintahäiriöistä ja niistä puhumisesta. Oppaassa on selkeitä vinkkejä siitä, miten asiat voidaan ottaa puheeksi ja mitä asioita ammattilaisen tulee ottaa huomioon, jotta hän voi käsitellä asiakkaansa tai potilaansa kanssa seksuaalisiin toimintahäiriöihin liittyviä asioita. Oppaassa tuodaan esille myös se, mitä voi tehdä, jos itsellä ei ole resursseja näiden asioiden puheeksi ottoon. Tietoiseksi-hankkeen toimintaan kuuluu myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista luennointi ja koulutus sekä materiaalin tuottaminen muidenkin käyttöön, joten he voivat hyödyntää opasta näissä toimissaan. Oppaamme tul-laan julkaisemaan Tietoiseksi-hankkeen materiaalipankissa, jossa se on yleisessä käytössä kaikille.

Saavutimme tavoitteet, jotka oppaalle asetimme, sillä saimme siitä tehtyä kattavan, ja monipuolisen oppaan. Opas toimii hyvin verkkoversiona PDF-muodossa, mutta sen voi myös helposti tulostaa. Tekstin koon ja rivinvälin ansiosta tekstiä on helpompi lukea, vaikka sitä on paljon. Värien ja kuvien valinta onnistui, sillä ne tuovat kivasti ilmettä oppaaseen, mutta eivät tee tekstistä vaikeaa lukea. Sisällysluettelo ja numerointi sekä selkeyttä, että auttaa lukijaa löytämään helposti

etsimänsä tiedon, joten tähän ratkaisuun olemme erittäin tyytyväisiä. Oppaan tekstiä luimme huolellisesti läpi useaan kertaan, jotta saimme tekstistä poimittua kirjoitusvirheet ja samalla tehtyä tekstistä mahdollisimman helppolukuista. Oppaan tekstissä on tarkoituksella ammattikieltä, koska olemme suunnanneet kohderyhmän terveydenhuollon ammattilaisiin. Hankkeelta saamamme palautteen perusteella tehdyt muutokset tekivät oppaasta vielä selkeämmän kokonaisuuden, jossa on mukana myös käytännössä hyväksi havaittuja keinoja.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tutkivaan ja kehittävään prosessiin on määriteltynä eettisiä ohjeita, joiden tarkoituksena on lisätä hyvien käytäntöjen toteutuminen koko tutkimusprosessin ajan. Yhtenä eettisen toiminnan pääasiana voidaan pitää opinnäytetyön läpinäkyvyyttä ja luotettavuutta, jotka voidaan toteuttaa opinnäytetyön työskentelyprosessin tarkalla kuvauksella ja valintojen perustelulla. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tutkimuseettisiä keskeisimpiä lähtökohtia, joihin kuuluu rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen prosessin teossa, tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tiedonhaku-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja luotettavia. Tutkimuseetiikan näkökulmassa korostetaan myös tekijänoikeuksien kunnioittamista tuoden julki asianmukaisesti toisten tutkijoiden tekemän työn merkityksen ja arvon omassa työssään ja kunnioitetaan tietosuojakäytäntöjä. Opinnäytetyön tekijöiden eettiseen vastuuseen kuuluu myös ryhmän jäsenten, työnantajan ja kaikkien muidenkin osapuolten keskinäisen vastuun, oikeuksien periaatteiden ja velvollisuuksien hyväksyminen yhteistyössä sopimuksen luonnilla, jota voidaan tarkentaa prosessin edetessä. (Tenk 2012.)

Aiheemme valinta on lähtenyt niin meidän opiskelijoiden kiinnostuksesta aiheeseen, mutta samalla myös hankkeen tarpeesta. Työllämme olemme pyrkineet vastaamaan hankkeen tarpeeseen. Opinnäytetyömme prosessin edetessä olemme pyrkineet noudattamaan ammattikorkeakoulumme opinnäytetyöprosessin ohjeita. Olemme kuvanneet opinnäytetyömme prosessin kulkua sekä esittä-

neet perusteluja tekemillemme päätöksille. Opinnäytetyömme suunnitelman hyväksymisen jälkeen laadimme sopimuksen työelämätahon, eli hankkeen sekä opettajien että meidän opiskelijoiden kesken. Opinnäytetyömme jäsenten kesken olemme tehneet työtä toisiamme kunnioittaen, tasapuolisesti ja auttaen toinen toistamme. Yhteistyömme on ollut sujuvaa, vaikka olemmekin tehneet työtä aivan eri kaupungeissa. Olemme myös kunnioittaneet hankkeen työntekijöiden toivomuksia ja näkökulmia tuotoksessamme, vaikka heillä ei ollut työtämme kohtaan alkuun paljoa toivomuksia.

Teoriaosuudessa olemme käyttäneet erilaista lähdekirjallisuutta, pyrkien löytämään tuoreita lähteitä, jotta tieto olisi ajankohtaista. Päätimme, että käytämme mahdollisimman tuoretta näyttöön perustuvaa tietoa, tutkimustietoa sekä kirjallisuutta. Pyrimme noudattamaan kymmenen

Pyrimme työssämme käyttämään hyväksi mahdollisimman monipuolisia lähteitä, mitä meillä oli saatavilla. Haimme tietoa luotettaviksi todetuista tietokannoista, kuten esimerkiksi EBSCO:sta ja Medic:stä, joiden materiaaleihin pääsimme tutustumaan oppilaitoksemme tunnuksilla. Etsimme myös kirjastojen palveluista erilaisia seksuaaliterveyden ammattilaisten luomia kirjallisuuksia ja julkaisuja. Käytimme työssämme sekä kirjallisuutta että verkossa saatavilla olevia lähteitä. Merkitsimme käyttämämme lähteet sekä lähdeviitteisiin että lähdeluetteloon tekijänoikeuksia kunnioittaen. Emme käyttäneet kenenkään muun tekstiä omanamme, vaan merkitsimme aina tekijän tekstin perään diakonia-ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeiden mukaisesti.

Kirjallisen työmme kirjoittamisessa meitä on ohjannut Diakin kirjallisten töiden ohjeet. Olemme tutustuneet ohjeisiin tarkasti ja pyrkineet noudattamaan näitä ohjeita osaamisemme mukaan. Hankalissa tilanteissa saimme apua opettajilta ja suomen kielen ja viestinnän pajoista, mutta kirjallista työtä suorittaessamme kaikkein suurimman tuen ja avun saimme toisistamme. Tiimimme toimi hyvin yhteen ja jos kumpikaan meistä ei tiennyt miten jossakin asiassa tulee toimia, päähkäilimme asiaa ensin yhdessä. Jos emme yhdessä tulleet viisaammaksi mieltämme askarruttavissa asioissa, pyysimme apua opettajilta sekä koulujemme kirjaston henkilökunnalta.

7.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme on ollut erittäin antoisa ja mielenkiintoinen prosessi. Aihe on ollut meille itsellemme opettavainen ja voimme hyödyntää oppiamme asioita tulevaisuudessa työskennellessämme terveydenhuollon ammattilaisina. Tämän opinnäytetyömme avulla olemme oppineet seksuaalisuudesta ja siitä, miten se vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti läpi elämän ajan. Lisäksi olemme oppineet seksuaalisista toimintahäiriöistä, sekä seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malleista. Puheeksi ottamisen taito on tärkeää hoitotyössä, jotta voimme hoitaa potilaitamme kokonaisvaltaisesti.

Ammatillisesti olemme kehittyneet tämän prosessin avulla niin, että osaamme nähdä seksuaalisuuden osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä, koska ymmärrämme nyt, miten seksuaalisuus vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Ymmärrämme myös, miten monet tekijät vaikuttavat ihmisen seksuaalisuuteen. Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina meillä on opinnäytetyömme ansiosta valmiudet seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamiseen, käyttämään oppiamme puheeksi ottamisen keinoja ja tukemaan potilaitamme seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyssä. Opinnäytetyömme avulla olemme pohtineet myös omaa seksuaalisuuttamme, mikä on johtanut siihen, että suhtautumismme seksuaalisuuteen on muuttunut avoimemmaksi, jonka vuoksi koemme pystyvämme auttamaan tulevaisuudessa potilaitamme paremmin seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Olemme oppineet, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhuminen on helpompaa silloin, kun ammattilainen on oman seksuaalisuutensa suhteen sinut ja avoin.

Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan opintojen aikana käsitellään seksuaalisuutta hyvin vähän, vaikka se on merkittävä ja iso asia elämässämme. Jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulisi osata kohdata asiakkaiden ja potilaidensa seksuaalisuutta ja siihen liittyviä ongelmia. Tärkeintä on kuitenkin se, että asiat otetaan puheeksi potilasta kunnioittavasti, ja annetaan potilaalle turvallinen, ja kuunteleva tila herkkien asioiden käsittelylle. Seksuaalisista toimintahäiriöistä puhumisessa on tärkeintä ymmärtävä, arvostava ja hyväksyvä asenne potilasta kohtaan. Olemme opinnäytetyömme työskentelyn aikana saaneet paljon

arvokasta tietoa ja oppia tulevaa työtämme varten. Vaikka opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet sen, kuinka tärkeää on osata kohdata asiakkaidemme ja potilaidemme seksuaalisuutta ja siihen liittyviä ongelmia, ymmärrämme myös sen, ettei kaikilla ammattilaisilla ole osaamista ja välineitä siihen. Sekin on aivan hyväksyttävää, mutta silloin ammattilaisen tulee osata ohjata potilas oikeanlaisen avun piiriin, eikä missään tapauksessa jättää yksin.

Opinnäytetyötämme voisi myös jatkokehittää. Jatkokehittämisideaksi meille muodostui esimerkiksi samankaltaisen materiaalin kehittäminen oppilaitoksille käytettäväksi terveydenhuollon opiskelijoiden oppimateriaaliksi. Oppaassamme on kattavaa ensitietoa ja puheeksi ottamisen keinoja, joista terveydenhuollon opiskelijat saisivat arvokasta tietoa ja oppeja tulevaan työhönsä. Lisäksi oppaasta voisi jatkokehittää myös sellaista materiaalia, joka olisi suunnattu tietopakettiksi sellaisille ihmisille, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia. Tällöin oppaasta voisi kehittää sellaisen, joka sisältää vähemmän ammattisanastoa ja enemmän kansankieltä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli, että aihe valitaan sekä meidän omien kiinnostuksen kohteiden mukaan, mutta halusimme myös, että se on työelämätahollekin tarpeellinen ja merkittävä. Seksuaalikasvatukseen liittyvää materiaalia ja oppaita on paljon, mutta ne on yleensä suunnattu lapsille ja nuorille. Hankkeesta saimme tietoa, että aikuisten seksuaalikasvatukseen on vähän tietoa ja materiaalia saatavilla. Tämän vuoksi lähdimme miettimään aihetta, joka liittyy aikuisten seksuaalisuuteen. Tiedon rajallisuus oli myös yksi haasteemme tämän opinnäytetyöprosessimme aikana. Tämän vuoksi jouduimme muuttamaan alkuperäistä suunnitelmaamme ja rajaamaan aihettamme.

Päädyimme käsittelemään työssämme seksuaalisia toimintahäiriöitä ja niiden puheeksiotto, mikä osoittautui erittäin tarpeelliseksi aiheeksi, mutta myös itsellemme erittäin mielenkiintoiseksi aiheeksi. Olemme pitäneet tärkeänä sitä, että aihe on itsellemme mielenkiintoinen ja merkittävä, jotta opinnäytetyö prosessimme sujuu, eikä työskentely tuntuisi meistä kiinnostuksen puuttumisen vuoksi raskaalta. Opinnäytetyömme prosessi on sujunut lähes suunnitelmallisesti lukuun ottamatta aiheen rajaamista, ja olemme pysyneet aikataulussamme. Saavutimme opinnäytetyöllemme asetetut tavoitteet siinä aikataulussa, jonka olimme suunnitellut.

Vaikka opinnäytetyömme tehtiin Tietoiseksi –hankkeen tarpeeseen, saimme kuitenkin melko vapaat kädet opinnäytetyömme toteuttamiseen. Hankepäällikkö antoi toiveensa siitä, että opinnäytetyömme käsittelee aikuisten seksuaalista hyvinvointia, mutta muuten saimme itsenäisesti suunnitella oppaamme sisällön, emmekä saaneet sisältöä koskevia toiveita. Pidimme itsellemme merkityksellisenä sitä, että käsitelimme seksuaalisuutta, ja seksuaalisia toimintahäiriöitä hoitotyön näkökulmasta, koska tulevaisuudessa tulemme toimimaan hoitotyössä. Oppaan rakensimme kuitenkin niin, että se sisältää tietoa, jota voi muut ammattilaiset käyttää myös hoitotyön ulkopuolella. Opastamme voidaan käyttää hyväksi monessa erilaisessa sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristössä ammattilaisen apuna.

Yksi opinnäytetyömme toteutuksessa tärkeäksi noussut asia oli opinnäytetyömme arviointi. Lähetimme hankkeeseen valmiin oppaan mukana palautelomakkeen, jonka tarkoituksena oli auttaa meitä arvioimaan työmme tarpeellisuutta, tarkoituksenmukaisuutta, tietojen oikeellisuutta, ulkoasua ja kieliasua. Koronapandemian aiheuttamien rajoitusten vuoksi oppaamme esittely hankkeelle, sekä palautteen saaminen siitä osoittautui haasteelliseksi, koska emme päässeet käymään keskustelua opinnäytetyöstämme hankepäällikön kanssa kasvotusten. Pidimme kirjallisen palautteen saamista tärkeänä, jotta voisimme arvioida edellä mainittuja asioita, ja tarpeen vaatiessa tehdä vielä muutoksia oppaaseen. Onneksi saimme kuitenkin sovittua hankkeen työntekijöiden kanssa etäpalavereja, joiden avulla saimme palautetta ja pystyimme toteuttamaan työmme arviointia.

LÄHTEET

- Ala-Opas, M. (2017). Erektiohäiriö kannattaa hoitaa. *Suomen lääkirilehti*, 24, pp. 1557—1561.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikayntoa_opas.pdf
- Gupta, R.K. (2017). Understanding Issues of Sexuality & Marriage among Persons with Disabilities. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*. Saatavilla <http://jdmronline.org/index.php/jdmr/article/view/47/4>
- Lukkarinen, O. (2007). Miehen seksuaaliongelmät. Teoksessa Ansamaa, O., Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. *Seksuaalisuus* (s. 264–277). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mattila, A. & Lönnqvist, J. (2017). Seksuaalisuus. Teoksessa Aalberg, V., Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2017). *Psykiatria* (12., uudistettu painos.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hautamäki-Lamminen, K. (2012). *Seksuaaliset muutokset syöpään sairastuessa*. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1>
- Huttunen, M. (2018). Naisen sukupuolinen kiihottumisvaikeus. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00396
- Huttunen, M. (2018). Herkkä siemensyöksy. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00398
- Ihme, A. & Rainto, S. (2015). Naisen terveys. Keuruu: Otava.
- Jeng, C., Wang, L., Chou, C., Shen, J. & Tzeng, C. (2006). Management and Outcome of Primary Vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32, 379—387. Saatavilla <https://search.ebsco-host.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=aph>

- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (2014). Edistä, ehkäise, vaikuta: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kontula, O. & Sandberg, T. (2012). Halut jäissä?: Naisten seksuaalisen halun puute. Helsinki: VL-Markkinointi.
- Kontula, O. (2008). Halu & intohimo: Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsingissä: Otava.
- Kontula, O. (2015). Suomalaisten seksuaalisuus FINSEX tutkimushanke. FINSEX orgasmi. Saatavilla https://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-orgasmi/
- Kallio, M. & Jussila, T. (2010). Syvyyttä seksiin: Kohti elävämpää seksuaalisuutta. Helsinki: Minerva.xdcdvbfghby
- Kaipia, A. & Tammela, T. (2009). Ikääntyvän miehen seksuaalisuus ja sen häiriöt. Tampere: University. Saatavilla https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66035/ikaantynvan_miehen_seksuaalisuus_2009.pdf?sequence=1
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (2014). Edistä, ehkäise, vaikuta: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- McMahon, C., Althof, S., Waldinger, M., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I., Adaikan, P., Becher, E., Broderick, G., Buvat, J., Dabees, K., Giraldi, A., Giuliano, F., Hellstrom, W., Incrocci, L., Laan, E., Meuleman, E., Perelman, M., Rosen, R., Rowland, D. & Segraves, R. (2008). An Evidence-Based Definition of Lifelong Premature Ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. International Society for Sexual Medicine. Saatavilla <http://www.cmshsf.com/docs/PE%20definition%20JSM.pdf>
- Mustajoki, P. (2020). Testosteronin puutos miehillä. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01010
- Paavonen, J. (2013). Vulvodynia. Lääkärilehti. Saatavilla <https://www-laakari-lehti-fi.anna diak.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vulvodynia/>

- Paavonen, J. (2020). Vulvovaginaaliset ongelmat: kokemusperäinen ja näyttöön perustuva tieto. Lääkärilehti. Saatavilla <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vulvovaginaaliset-ongelmat-kokemusperainen-ja-nayttoon-perustuva-tieto/>
- Piha, J. (2011). Miesten seksuaalihäiriöt. Teoksessa M. Ritamo, K. Ryttyläinen-Korhonen & S. Saarinen. *Seksuaalineuvonnan tueksi* (s. 146–157). Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%2027.pdf>
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. (2010). Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Räsänen, M. (2003). Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2003/3/duo93408?keyword=orgasmi>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. & Aaltonen, M. (2015). Palliatiivinen hoito (3., uudistettu painos.). Helsinki: Duodecim.
- Sinisaari-eskelinen, M. Jouhki, M. Tervo, P. & Väisälä, L. (2016). *Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin*. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2016: 53: 286—293. Saatavilla <https://journal.fi/sla/article/view/59673>
- Santalahti, T. & Lehtonen, M. (2016). Seksuaaliterapia. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Seksuaaliterveyskeskus. Miesten seksuaalihäiriöt. Siemensyöksyhäiriöt. Saatavilla 24.2.2020 <https://www.seksuaaliterveyskeskus.fi/miesten-seksuaalihairiot/siemensyoksyhairiot>
- Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. (2016). Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 286—293.
- Tapainen, J. (2001). *Andropaussi*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/duo92529>
- Tulla, M., Dunn, M., Antilus, S. & Muneyyirci-Delale, O. (2006). Case report: Vaginismus and failed in vitro fertilization. *Sexual and Relationship Therapy Vol 21, No. 4*. Saatavilla <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=aph>

- Väestöliitto, Aho, T., Kotiranta-Ainamo, A., Pelander, A., Rinkinen, T. & Alkio, P. (2008). Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: VL-Markkinointi.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Virtanen, J. (2002). Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.
- World Health Organization. (2002). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28—31. Geneva: WHO.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

LIITE 1. Palautelomake

Hei terveysalan ammattilainen! Olette saaneet käyttöönnne opinnäytetyönämme valmistuneen Seksuaaliset toimintahäiriöt -oppaan terveydenhuollon ammattilaisille. Opas sisältää yleistä tietoa seksuaalisista toimintahäiriöistä, sekä tietoa ja neuvoa niiden puheeksi ottamiseen asiakkaan kohtaamisessa. Ystävällisesti pyydämme, että tutustuttuanne oppaaseen vastaisitte tämän palautekyselyn kysymyksiin ja lähettäisitte vastauksenne meille sähköpostitse. Vastauksenne auttavat meitä kehittämään opastamme ja omaa oppimistamme.

Piia Ojala, piia.ojala(at)student.diak.fi

Niina Raappana, niina.raappana(at)student.diak.fi

Vastaukset annetaan numeraalisesti

(1= täysin eri mieltä ---- 5= täysin samaa mieltä)

1. Koitko saavasi hyödyllistä tietoa seksuaalisista toimintahäiriöistä oppaasta?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

2. Entä puheeksi ottamisen menetelmistä ja apuna käytettävistä malleista?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

3. Oliko oppaassa oleva tieto mielestäsi luotettavaa?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

4. Oliko oppaan ulkoasu mielestäsi selkeä ja teksti helppolukuista?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

5. Koetko voivasi hyödyntää opasta työssäsi?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

6. Suositteletko opasta muille terveydenhuollon ammattilaisille?

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5

7. Kehittämideoita oppaaseen: _____



**SEKSUAALISET
TOIMINTAHÄIRIÖT**
- OPAS AMMATTILAISILLE

SISÄLLYSLUETTELO

SEKSUAALISUUS.....	- 2 -
NAISTEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT	- 3 -
Kiihottumishäiriö.....	- 3 -
Orgasmihäiriö.....	- 4 -
Sukupuoliyhteyden kivuliaisuus.....	- 6 -
Vulvodynia/Vestribulodynia	- 7 -
Vaginismi.....	- 8 -
Sukupuoliyhteyden kivuliaisuutta kokevan asiakkaan kohtaaminen.....	- 9 -
MIESTEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT	- 10 -
Erektiohäiriö.....	- 10 -
Siemensyöksyhäiriöt	- 11 -
Testosteronivaje.....	- 13 -
HALUTTOMUUS.....	- 15 -
PUHEEKSI OTTAMINEN.....	- 16 -
PLISSIT.....	- 17 -
BETTER.....	- 18 -
Käytännön ohjeita.....	- 20 -
LÄHTEET	- 21 -

SEKSUAALISUUS

Seksuaalisuus voidaan määritellä niin, että seksuaalisuus on sitä, mitä olemme, kun taas seksi on sitä, mitä teemme. Seksuaalisuuteen voi kuulua seksuaalinen toiminta, mutta myös paljon muuta. Se käsittää sukupuolen, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, ihmissuhteet sekä lisääntymisen. Seksuaalisuus liittyy ihmisen elämään jo syntymästä. Seksuaalisuus kehittyy läpi elämän, ja se ilmenee eri elämäntilanteissa ja vaiheissa eri tavoin. Seksuaalisuus on myös osa terveyden ulottuvuutta, ja se on vuorovaikutuksessa fyysisen, psyykkisen, kulttuurisen, henkisen, biologisen ja maantieteellisen ulottuvuuden kanssa.



Tämä opas on tuotettu opinnäytetyönä yhteistyössä Tietoiseksi-hankkeen kanssa. Oppaan tavoitteena on tuoda ensitietoa seksuaalineuvonnan, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yleisimmistä seksuaalisista toimintahäiriöistä sekä keinoja ja apuvälineitä niiden hoitoon, ja toimia puheeksi oton tukena. Tavoitteenamme oli myös tuottaa materiaalia, jollaista on ennestään vähän saatavilla.

NAISTEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT

Kiihottumishäiriö

Kiihottumishäiriöstä puhutaan, kun kiihottumisen vaikeudet toistuvat ja vaikeuttavat merkittävästi seksielämää. Häiriöt voivat esiintyä seksuaalisessa kanssakäymisessä joko yleistyneesti tai tietynlaisessa tilanteessa. Usein kiihottumisen häiriöt liittyvät haluttomuusongelmaan ja myötävaikuttavat orgasmiongelmiin. Psykkiset ongelmat, kuten erilaiset traumat, parisuhdeongelmat tai häpeän ja syyllisyyden tunteet seksuaalisuuteen liittyen voivat myötävaikuttaa kiihottumishäiriöiden syntyyn. Syntyyn voi vaikuttaa myös erilaiset elimelliset ja psykkiset sairaudet, kuten diabetes, masennus ja pakko-oireinen häiriö tai niiden hoitoon käytettävät lääkkeet. Myös vaihdevuodet vaikuttavat, jolloin elimistön estrogeeni-hormonin tuotannon väheneminen aiheuttaa emättimen kuivuutta. Samankaltaista emättimen kuivuutta voi myös joillekin naisille aiheuttaa hormonaaliset ehkäisyvalmisteet.

Ryttyläisen ja Valkaman mukaan kiihottumishäiriö voidaan jakaa neljään osaan:

1. Subjekttiivisen seksuaalisen kiihottumisen häiriö: Seksuaaliset kiihottumisen tuntemukset ovat vähentyneet tai puuttuvat kokonaan. Fysiologinen vaste emättimessä kuitenkin tapahtuu ja emätin kostuu.
2. Genitaalisen seksuaalisen kiihottumisen häiriö: Muut kuin genitaaliset seksuaaliset ärsykkeet aikaansaavat kiihottumisen, mutta sukupuolielinten laajeneminen ja/tai emättimen kostuminen on vähäistä.
3. Sekä subjektiivinen, että genitaalinen kiihottumishäiriö eli combined: molempien edellä kuvailtujen häiriöiden yhdistelmä.
4. Jatkuva epämiellyttävä seksuaalisen kiihottumisen tila: Ei seksuaalista kiinnostusta tai halukkuutta. Tästä huolimatta koetaan jatkuvaa, spontaania sukupuolielinten kiihottuneisuutta, joka on hyvin häiritsevää ja epämiellyttävää. Tila voi kestää useita tunteja tai jopa päiviä, eikä se lieviy useillakaan orgasmeilla.

Seksuaalineuvonnassa on hyvä tuoda esille seuraavia itsehoidon keinoja, jotka voivat auttaa kiihottumisongelmien hoidossa, mutta lääkärissä käyntiäkin on hyvä suositella:

- Avoin keskustelu mahdollisen kumppanin kanssa. Kumppani voi myös olla läsnä seksuaalineuvonnan palveluissa.
- Hormonittomat, reseptivapaat emätinvoiteet ja -puikot vaihdevuosien tai ehkäisyvalmisteiden aiheuttamaan emättimen kuivuuteen.
- Erilaisten liuku- ja hyväilyvoiteiden käyttö, erilaisiin valmisteisiin tutustuminen, sekä hankinnan ja käytön ohjeistaminen. Näiden suojaavan ja leikinomaisen puolen esille nostaminen.
- Seksin apuvälineiden käyttö, erilaisiin valmisteisiin tutustuminen, sekä hankinnan ja käytön ohjeistaminen.

Lääkärin puoleen kääntyessä voidaan poissulkea tai hoitaa elimellisistä tai psykiatrisista sairauksista tai lääkehoidosta aiheutuneet ongelmat. Lääkäri voi myös määrätä asiakkaalle esimerkiksi hormonia sisältäviä emätinvoiteita tai -puikkoja silloin, kun reseptivapailla tuotteilla ei saada apua ongelmaan.

Orgasmihäiriö

Orgasmihäiriöstä puhutaan silloin, kun nainen kokee orgasmin saamisessa ongelmaksi sen saavuttamisen vaikeuden tai hitauden. Usein orgasmihäiriötä edeltää kiihottumisen häiriöitä. Joissain tapauksissa naiselle voi myös aiheuttaa murhetta se, että mahdollinen kumppani kokee tyytymättömyyttä hänen orgasminsa saamiseen, mutta jos nainen ei koe itse orgasmin saamista ongelmaksi, ei silloin puhuta seksuaalisesta toimintahäiriöstä. Suomalaisen FIN-SEX 2015 tutkimushankkeen mukaan vain 46% naisista saavuttaa orgasmin yhdynnän aikana useimmiten.

Santalahden ja Lehtosen mukaan orgasmihäiriöt voidaan jakaa:

1. Primaarinen orgasmihäiriö, jossa nainen ei ole koskaan saavuttanut orgasmia
2. Sekundaarinen orgasmihäiriö, jossa nainen on joskus aiemmin saanut orgasmin, mutta ei saavuta sitä enää minkäänlaisella seksuaalisella stimulaatiolla
3. Heikentyneet orgasmit
4. Satunnaisesti tulevat orgasmit
5. Tilannekohtainen orgasmin puute
6. Orgasmit, joiden saamiseen kuluu ahdistavan pitkä aika

Orgasmihäiriöiden tyypillisimpiä syitä esimerkiksi itseä häiritsevä seksikielteisyys tai oman kehon ja seksuaalisuuden negatiivinen käsitys. Orgasmihäiriötä käsiteltäessä voi myös nousta syyksi esille parisuhteen ongelmat, menneisyyden traumat ja kaltoinkohtelut, syyllisyyden ja häpeän tuntemukset, suorituspainet seksissä ja orgasmin saavuttamisessa, rutiininomaisuus seksitavoissa tai puutteelliset tai riittämättömät seksitekniikat ja kommunikaation puute kumppanin kanssa seksin aikana. Syynä voi olla myös, ettei orgasmia ole koskaan opittu tai naisen anatomian ja fysiologian tunteminen on puutteellista. Myös erilaiset rakenteelliset ja toiminnalliset poikkeavuudet ja viat on mahdollisia.

Orgasmihäiriöiden hoito aloitetaan selvittämällä häiriön laatu. On tärkeää selvittää, onko nainen koskaan kokenut orgasmia ja jos on, onko orgasmi tapahtunut itsetyydytyksen vai kumppanin kanssa seksuaalisen toiminnan aikaansaamana. Olisi myös hyvä pyrkiä selvittämään, millaista naisen ja kumppanin välinen seksuaalinen toiminta on, jotta pystyttäisiin havainnoimaan mahdollisia orgasmihäiriön taustalla olevia syitä. Lisäksi olisi hyvä selvittää, onko taustalla sairauksia tai lääkkeitä, jotka voivat vaikuttaa orgasmin saamiseen.

Hoitona voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia kosketus- ja itsetyydytysharjoituksia, jonka jälkeen voidaan ohjata oman kehon hyväilyyn omaa kehoa ja sen tuntemuksia kuunnellen, joita esimerkiksi seksuaaliterapeutti voi opastaa. Harjoitukset aloitetaan naisen anatomian kertaamisella, sekä opastamalla naista omaan kehoonsa ja sukupuolielimiin tutustumisessa. Apuna voidaan käyttää stimulaatiokeinoja, kuten sormia, suihkua ja vibraattoria. Mahdollinen kumppani voidaan ottaa myös jossain vaiheessa mukaan, mutta on tärkeää, että harjoituksia toteutetaan asteittain ja seuraavaan vaiheeseen siirrytään, kun edellinen tuntuu hyvältä. Seksuaaliterapian päämääränä on nautinnon kokeminen ja seksuaalinen tyydytys joko itsensä tai mahdollisen kumppanin kanssa, joka ei välttämättä tarkoita juuri yhdynnän aikana koettua.

Sukupuoliyhteyden kivuliaisuus

Sukupuoliyhteyden kivuliaisuudesta puhuttaessa voidaan käyttää myös nimityksiä seksuaalinen kipuhäiriö tai seksuaalinen kipuoireyhtymä. Yhdyntään liittyvät kivut ovat melko yleisiä vaivoja, ne voivat tuntua eriosissa emätintä ja nainen voi tuntea kipua yhdynnän alussa, aikana, orgasmin saadessaan ja/tai yhdynnän jälkeen. Virtasen mukaan sukupuoliyhteyden kivuliaisuudesta voidaan käyttää termejä:

1. dyspareunia, joka tarkoittaa yhdyntäkipua tai epämiellyttävää tunnetta
2. syvä dyspareunia, jossa kipu tuntuu yhdynnän aikana siittimen syvän penetraation aiheuttamana
3. pinnallinen dyspareunia, jolloin kipu tuntuu jo kosketuksen ja kiihotuksen yhteydessä vulvan alueella
4. vulvodynia/ vestibulodynia, jossa kosketus- ja kipuherkkyys vulvan alueella on korostunut, riippumatta kosketustavasta
5. vaginismi eli emätinkouristus

Vulvodynia/Vestibulodynia

Vulvodynia on ongelmallinen kiputila ulkosynnyttimien alueella. Kipu voi aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja parisuhdeongelmia ja heikentää vulvodyniaa sairastavan henkilön elämänlaatua riippumatta siitä, onko sitä sairastava koskaan yhdynnässä. Vulvodynian syytä ei tiedetä, mutta riskitekijöinä voi olla nuorella iällä aloitettu pitkäaikainen yhdistelmäehkäisytablettien käyttö tai gynekologiset tai raskauteen liittyvät kirurgiset toimenpiteet. Erilaiset infektiot, kuten esimerkiksi hiivasieni-infektio tai virtsatieinfektio voivat laukaista oireiden alkamisen. Täsmähoitoa ei ole, mutta oireita voidaan helpottaa pitämällä huolta ulkosynnyttimien ihon ja limakalvojen kunnosta käyttämällä esimerkiksi ihoöljyä tai perusvoidetta. Fysioterapiasta, joka kohdistuu lantionpohjanlihasten rentouttamiseen, voi olla hyötyä. Yhdynnän kivuliaisuuden helpottamiseen on hyvä käyttää liukaste- tai puudutevoiteita. Jos itsehoitokeinot eivät auta, on hyvä hakeutua lääkäriin. Paavosen mukaan vulvodynia voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin:

1. Neuropaattinen vulvodynia, jossa häpyhermo aiheuttaa kroonisen kiputilan. Kipu voi paikallistua klitorikseen, häpyhuuliin, perianaalialueelle tai kokonaan ulkosynnyttimien alueelle. Tyypillistä on kivun epämääräisyys ja voimistuminen iltaa kohden. Pitkään istuminen voi pahentaa kipua.
2. Vulvan vestibuliitti oireyhtymä, eli vestibulodynia, jossa kipu paikallistuu emättimen eteisen alueelle. Emättimen eteinen on kosketusarka ja kipua voi aiheuttaa esimerkiksi yhdyntä tai tamponin käyttäminen. Aiheuttajana on emättimen eteisen limakalvon krooninen inflammaatio. Kosketusarkuuden lisäksi voi esiintyä myös vaginismia eli emätinkouristusta.

Vaginismi

Vaginismi on psykososiaalinen toimintahäiriö, joka tarkoittaa emättimen ja lantionpohjan uloimman kolmasosan tahatonta kouristusta, joka vaikeuttaa yhdyntää tai estää sen kokonaan. Häiriö voi ilmetä esimerkiksi yhdyntätilanteessa, kun miehen siitintä viedään emättimeen tai gynekologisen sisätutkimuksen yhteydessä. Tällöin naisen alitajunta laukaisee emättimen ympäröivien lihasten refleksinomaisen kouristuksen, jolloin yhdyntä tai gynekologisen sisätutkimuksen suorittaminen on vaikeutunutta tai mahdotonta ja se voi aiheuttaa tuskallista kipua. Vaginismia voi esiintyä sekä lievänä, että vaikea-asteisena. Vaginismi jaetaan primaariseen ja sekundaariseen vaginismiin.

Primaarisessa vaginismissa naisen penetraatio on vaikeutunutta ja kivuliasta. Syynä voi olla esimerkiksi erilaiset psykologiset tai fyysiset traumat, pelkotilat ja vaikeudet ihmissuhteissa tai parisuhteissa. Sekundaarisessa vaginismissa penetraatiot ovat aiemmin sujuneet normaalisti ilman kipua. Sekundaarisen vaginismin voi aiheuttaa esimerkiksi raiskauksen tai muun seksuaalisen tai emotionaalisen ikävän tapahtuman aiheuttama trauma. Syistä ja vaginismin laadusta huolimatta se voi aiheuttaa ahdistusta, parisuhdeongelmia ja lapsettomuutta.

Vaginismin tärkeimpänä ja yleisimpänä hoitona naisen emättimen venytysharjoittelu, joka aloitetaan emättimen totuttamisella ensin pienen esineen tai sormen avulla ja esineen koon asteittaisella lisäämisellä. Emättimen venytysharjoitukseen on valmistettu dilataattoreita, eli eri kokoisia välineitä, joilla voidaan edetä asteittain venytysharjoituksessa. Venytysharjoitusten tavoitteena on vähentää emättimen herkkyyttä ja estää ja vähentää emättimen ahtautumista ja näin helpottaa esimerkiksi yhdynnän tai gynekologisen tutkimuksen tuomaa kipua. Lisäksi fysioterapia lantiopohjalihasten tunnistamiseen ja mahdollisen jännityksen laukaisuun on usein tarpeen. Koska vaginismi on

psykososiaalinen toimintahäiriö, tarvitsee asiakas yleensä myös seksuaaliterapian tai psykoterapian palveluita.

Sukupuoliyhteyden kivuliaisuutta kokevan asiakkaan kohtaaminen

Seksuaalisen kanssakäymisen aiheuttama kipu on aina erityisempää verrattuna muihin kipuihin, koska usein kipua synnyttävässä tilanteessa on myös toinen ihminen mukana ja nämä tilanteet ovat niin intiimejä, mitä toisen ihmisen kanssa voi tehdä. Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät kivut vaikuttavat ihmisen tunne-elämään, seksuaaliseen itseluottamukseen ja jopa ihmisen identiteettiin ja omanarvontunteeseen. Tässä muutamia vinkkejä, mitä on hyvä ottaa huomioon:

- Asetu asiakkaan tasolle, älä koskaan hänen yläpuolelleen
- Kunnioita hänen kipukokemustaan
- Vahvista itsenäisyyttä ja turvallisuuden tunnetta
- Ole rauhallinen, selkeä ja kuunteleva
- Älä kiirehdi
- Huomioi myös mahdollinen kumppani ja hänen tunteuksensa
- Anna mahdolliselle kumppanille tietoa kivusta ja siitä, miten hän voi tukea ja kannustaa kumppaniaan, mutta samalla kokea itse nautintoa
- Arvioi asiakkaan toiveita kuunnellen, olisiko hyvä tavata asiakkaan kumppania mahdollisesti eri käynneillä
- Tähtää kokonaisvaltaiseen seksielämän parantamiseen ja mahdollisen parisuhteen tukemiseen

MIESTEN SEKSUAALISET TOIMINTAHÄIRIÖT

Erektiohäiriö

Erektiohäiriössä mies ei joko kykene ylläpitämään tai saamaan riittävää erektiota yhdyntään. Erektiohäiriö alkaa usein siten, että erektio alkaa lopahdella kesken yhdyntään. Tilanteen edetessä tulee mukaan vaikeutunut erektion saaminen. Häiriö voi olla aluksi lievä, mutta miehen huomattua tilanne, alkavat psykologiset mekanismit, kuten suorituspainet tai stressi pahentamaan erektiohäiriötä. Tilanteen jatkuessa mies alkaa yhä enemmän kokea pelkoa epäonnistumisesta.

Erektio-ongelmia on monen asteisia ja niistä voivat kärsiä kaiken ikäiset, mutta ne yleistyvät 50–60 ikävuoden jälkeen, sillä ikääntymisen tuomat muutokset vaikuttavat erektion syntymiseen. Ikääntyvällä miehellä erektion ja siemensyöksyn aikaansaavien lihasten supistuskky ja peniksen kudokset heikkenevät. Tällöin siemennesteen määrä pienenee, erektion kovuus ja peniksen tuntoherkkyys heikkenevät ja orgasmi vaimenee.

Erektiohäiriöiden taustalla voi olla myös puhtaasti psykologiset tekijät, elimelliset tekijät ja psykologiset että elimelliset tekijät. Psykologisia tekijöitä ovat stressi, väsymys, pelko epäonnistumisesta, häpeä, syyllisyys ja parisuhteeseen liittyvät ongelmat. Yleisimmät elimelliset tekijät ovat verenkiertohäiriöt, diabetes ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Lähes kaikilla miehillä esiintyy ajan mittaan eturauhasen liikakasvua. Tämä aiheuttaa usein erektiohäiriötä vasta silloin, kun liikakasvu on huomattavaa. Eturauhasen liikakasvua voidaan hoitaa kirurgisesti eturauhasen höyläyksellä. Eturauhasen höyläys saattaa heikentää erektiota.

Erektiohäiriötä voi jokainen mies hoitaa myös itse esimerkiksi noudattamalla terveellisiä elämäntapoja eli tupakoimattomuus, alkoholin kohtuukäyttö, liikumalla ja ylipainoa välttämällä. Potilaan tietoisuuden lisääminen erektiohäiriöistä voi olla yksi hoitokeino. Seksuaalineuvonnalla ja seksuaaliterapialla on saatu aikaan hyviä hoitotuloksia. Joskus myös fysioterapeuttiset menetelmät voivat auttaa potilasta, kuten lantionpohjan lihasten harjoittaminen.

Erektiohäiriöihin on olemassa nykyään hyvin kattava lääkehoito, jota ei kannata jättää huomioimatta. Lisäksi on olemassa myös erilaisia apuvälineitä erektiohäiriöiden hoitoon kuten penistuki tai alipainepumppu. Myös leikkaushoito on jossain tapauksissa mahdollinen, jos muista hoitokeinoista ei saada riittävää apua. Hyvä hoitokeino on yhdistää erilaisia hoitomuotoja, kuten lääkehoito ja apuvälineiden käyttö yhdistettynä seksuaaliterapiaan.

Siemensyöksyhäiriöt

Siemensyöksyhäiriöt voidaan jakaa herkkään siemensyöksyyn ja vaikeutuneeseen siemensyöksyyn.

Herkässä siemensyöksyssä ejakulaatio tapahtuu ennen kuin hän itse tai hänen kumppaninsa sitä haluaa. Ejakulaatio tapahtuu yleensä vähäisen seksuaalisen ärsytyksen seurauksena joko jo ennen yhdyntää, sen alkaessa tai noin minuutin kuluttua yhdynnän alkamisesta. Tämä toimintahäiriö voidaan erottaa koko eliniän ajan esiintyneisiin tai luonnollisesti vaihteleviin siemensyöksyihin.

Herkkä siemensyöksy on hyvin yleinen seksuaalinen toimintahäiriö. Sitä esiintyy kaikenikäisillä miehillä. Herkän siemensyöksyn syyksi on olemassa erilaisia teorioita. Tavallisin syy on psykogeeninen eli esimerkiksi parisuhdeongelmat, suorituspelko tai aiempi trauma. Psykososiaalisen teorian mukaan häiriö on keskushermostossa. Biogeenisessä teoriassa syy on enemmän biologinen eli miehen sukupuolielimen sekä tiettyjen aivojen alueella olevien reseptorien yliherkkyys.

Hoitona voidaan käyttää psykososiaalista terapiaa, lantionpohjan lihasten treenausta, rentoutumisharjoituksia sekä itsehoitomenetelmiä. Jos syy on enemmän biogeeninen, hoitona voidaan käyttää lääkehoitoa. Itsehoitomenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi puristustekniikkaa, start-stop menetelmää, keskeytettyä yhdyntää sekä mielikuvaharjoitteita. Puristustekniikassa seksi aloitetaan normaalisti, mutta kun mies on lähellä ejakulaatiota, lopetetaan se, mitä hän oli tekemässä. Ennen ejakulaation tulemista penistä

puristetaan peniksen kärjen takaa, kunnes tunne siitä, että ejakulaatio on tulossa, menee ohi. Kun tunne on mennyt ohi, odotetaan 30 sekuntia, jonka jälkeen seksiä voi jatkaa. Tätä voidaan toistaa niin kauan, kunnes seksi on kestänyt halutun ajan. Start-stop menetelmässä stimulointi yksinkertaisesti lopetetaan juuri ennen ejakulaation tuloa. Esimerkiksi yhdyntä keskeytetään juuri ennen ejakulaatiota. Tätä voidaan toistaa neljä kertaa, kunnes neljännellä tai viidennellä kerralla ejakulaation annetaan tulla. Tavoitteena, että ajan kanssa nämä säännölliset harjoitteet johtavat ejakulaatioajan pitenemiseen. Tätä olisi hyvä harjoitella säännöllisesti viikoittain. Myös mielikuvaharjoitteet eli mies ajattelee seksin aikana muita asioita saattaa auttaa herkkään siemensyöksyyn. Miehen kannattaa jo valmiiksi miettiä sellaisia asioita, joita seksin aikana miettii. Hitaat ja rauhalliset seksiliikkeet saattavat myös auttaa herkkään siemensyöksyyn. Markkinoilla on myös olemassa Retard-kondomeita, jotka sisältävät lidokaiinipuudutetta, joka vähentää herkkyyttä ja viivyyttää siemensyöksyä. Herkkään siemensyöksyyn on olemassa myös muita hoitomahdollisuuksia kuten ympärileikkaus, joka laskee tuntoherkkyyttä. Lisäksi tuntoa voidaan alentaa erilaisilla puudutevoiteilla. Seksuaaliterapia on yksi hoitomuoto, jota voidaan käyttää esimerkiksi yhdessä kumppanin kanssa löytämään ratkaisuja herkkään siemensyöksyyn.

Vaikeutuneella siemensyöksyllä tarkoitetaan joko toistuvaa tai pysyvää vaikeutta saavuttaa siemensyöksy huolimatta riittävästä seksuaalisesta ärsykkeestä. Mikä tahansa psykologinen syy, sairaus, lääkitys, ikääntyminen tai kirurginen toimenpide, joka häiritsee keskushermoston tai ääreishermoston osia, jotka kontrolloivat siemensyöksyä osia, voi johtaa viivästyneeseen tai estyneeseen siemensyöksyyn. Ikääntymisellä on myös vaikutusta ja joskus ikääntymisen myötä kyky saada siemensyöksy saattaa jopa hävitä kokonaan. Vaikeutunut siemensyöksy voidaan jakaa neljään vaikeusasteeseen.

Vaikeutunut siemensyöksyyn taustalla saattaa olla jotkut lääkeaineet kuten serotoniinin takaisinoton estäjiä, joita käytetään masennuksen hoitoon. Näillä on todettu haittavaikutuksena viivästynyt tai tulematon siemensyöksy. Jotkin sairaudet, kuten diabeettinen neuropatia saattaa aiheuttaa estyneen tai

viivästyneen siemensyöksyyn. Lisäksi kirurgiset toimenpiteet, kuten osa peräsuoleen kohdistuvista leikkauksista voivat viivästyttää tai jopa estää siemensyöksyn. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun vuoksi tehtävä höyläysleikkaus tai eturauhasen halkaisu, aiheuttavat usein käänteisen siemensyöksyn. Käänteisessä siemensyöksyssä siemenneste virtaa virtsarakkoon. Estyneessä siemensyöksyssä tulee myös ottaa huomioon miehen kiputilat, sillä se vaikuttaa merkittävästi kykyyn rentoutua. Jos miehen viimeisimmästä yhdynnästä on liian vähän aikaa, voi se olla yhtenä syynä vaikeutuneeseen siemensyöksyyn. Näiden lisäksi sen taustalla saattaa olla psyykkisiä syitä.

Hoidossa ensisijaista on selvittää vaikeutuneen siemensyöksyn syyt ja oireiden alkamisajankohta. Vaikeutuneen siemensyöksyn hoidossa pyritään parantamaan miehen elintapoja. Mikäli ilmenee runsasta alkoholin käyttöä, kannattaa alkoholin käyttöä rajoittaa. Lääkitys sekä mahdolliset lääkitysmuutokset tulee myös tarkistaa, erityistä huomiota tulee kiinnittää verenpaine- ja masennuslääkkeiden käyttöön. Vaikeutuneen siemensyöksyn hoitoon ei ole olemassa varsinaista lääkehoitoa. Yhtenä hoitomuotona voidaan käyttää myös seksuaaliterapeuttisia hoitomenetelmiä.

Testosteronivaje

Testosteroni eli mieshormoni aiheuttaa miesominaisuuksien kehittymisen murrosiässä. Aikuisella sitä tarvitaan sukuviettiin, erektion kehittymiseen sekä siittiöiden tuotantoon. Lisäksi se on tärkeä hormoni lihasten ja luiden kannalta. Testosteronin muodostuminen tapahtuu monimutkaisen säätelyketjun avulla. Sitä muodostuu kiveksissä, sieltä se siirtyy verenkiertoon ja edelleen muualle elimistöön. Jos häiriö ilmenee jo murrosiässä, silloin testosteronin tuotanto ei käynnisty lainkaan. Jos taas häiriö ilmenee vasta aikuisellä, on häiriö kivesten hormonintuotannon heikkenemisessä.

Yleisin syy keski-ikäisillä ja ikääntyvillä miehillä testosteroni puutteeseen on lihavuus, etenkin keskivartalolihavuus. Keski-ikään jälkeen miehen androgeenintuotanto vähenee merkittävästi, jolloin syntyy tila, jota kutsutaan andropaussiksi. Testosteronitaso on hyvin yksilöllistä ja voi vaatia pitempää seurantaa. Yksi arvo ei kerro koko totuutta vaan voidaan tarvita vertailukohdetta. Testosteronin pitoisuus on alle viitealueen 25 %:lla 75-vuotiaista miehistä. Eli iän myötä testosteronin tuotanto laskee, joka näkyy miehillä monenlaisina oireina. Monet pitkäaikaissairaudet vaikuttavat testosteronin puutteeseen. Testosteronin puutteessa on kysymys kivesten tuotantohäiriöstä. Siihen voi johtaa jokin kiveksiä vahingoittava sairaus. Näitä ovat esimerkiksi kivessyöpä tai kivistulehdukset. Kivesten toimintahäiriö voi taas johtua aivolisäkkeestä. Aivolisäkkeen sairaudet, kasvaimet tai sen alueelle kohdistuvat leikkaukset voivat vaurioittaa sitä. Hoidossa on myös tärkeää kartoittaa oireiden alkamisajan kohta sekä mahdolliset lääkitysmuutokset.

Aina ei tarvitse turvautua hormonihoidon, vaan joskus elintapojen korjaaminen voi auttaa vähentämään vaivoja ilman varsinaista lääkitystä. Lääkehoitona käytetään testosteronivalmisteita. Yleensä valmisteet ovat testosteronipistoksia tai geeliä, jota levitetään iholle. Lievissä tapauksissa voidaan käyttää tabletti valmisteita. Annostus säädellään mittaamalla testosteronipitoisuuksia verestä. Käytännössä testosteronihoito korvaa kivesten puuttuvan testosteronin. Lääkkeellisestä hoidosta vastaa aina lääkäri.

HALUTTOMUUS

Seksuaalinen aktiivisuus ihmisten välillä on hyvin vaihtelevaa ja yksilöllistä. Tässä on kyse seksuaalisen halun, kiinnostuksen tai seksuaalisten ajatusten vähenemisestä tai puuttumisesta.

Taustalla on sekä fysiologia että hormonit. Fysiologisesti halukkuuteen vaikuttaa sukupuolihormonit, aivojen välittäjäaineet sekä elimistön fysiologinen tila ja sairaudet. Monet sairaudet, kuten masennus ja erilaiset lääkkeet voivat aiheuttaa haluttomuutta, naisilla usein ehkäisytabletit. Kiputilat voivat olla myös haluttomuuden syytä. Seksuaalisen haluttomuuden taustalla voi olla myös traumaattisia kokemuksia sekä huonoksi koettu parisuhde. Jos parisuhteessa koetaan huonoa seksiä, se ei yleensä houkuta haluamaan seksiä. Ajoittainen haluttomuuden kokeminen on aivan normaalia myös hyvässä parisuhteessa. Haluttomuutta saattaa lisätä esimerkiksi elämäntilanne, stressi, perhelanne, ajanpuute tai synnytys.

Seksuaalisen haluttomuuteen voi löytyä apu ajan myötä ja yhdessä kumppanin kanssa asiaa pohiessa. Jos pareilla löytyy riittävästi taitoa ja kärsivällisyyttä käsitellä asioita kaksin, ei läheskään aina terapiaa tai edes neuvontaa tarvita. Jos esimerkiksi haluttomuuden syyt liittyvät selvästi tiettyyn elämäntilanteeseen, jo pelkästään niiden tiedostaminen saattaa auttaa. Ammattiapua voi lähteä hakemaan silloin, kun toinen tai molemmat kokevat sen ongelmaksi parisuhteessa. Ammattiapu voi olla tarpeen myös tilanteessa, jossa ongelmia on jatkunut pitkempään ilman mitään selkeää syytä. Ammattiavusta seksuaalineuvonta- ja terapia sekä pariterapia ovat hyviä hoitomuotoja. Haluttomuuden hoidossa tärkeää on seksuaalianamneesin läpikäyminen. Potilaan ja hänen kumppaninsa elämäntarinan läpikäyminen kertoo lapsuuden kiintymyssuhteiden ilmapii-ristä sekä niissä vallinneita seksuaaliasenteita, kommunikaatiomalleja, ristiriitojen käsittelyä ja läheisyyden ilmaisemista. Uusien toimintatapojen omaksumisessa auttaa, kun asiat tiedostaa itse. Seksuaalista halua voi myös lisätä keskustelulla, keskustelemalla kumppanin kanssa siitä, mitä haluaa ja toivoo tai jopa eroottisen materiaalin avulla. Lisäksi hyvä ja turvallinen kumppani sekä seksuaalinen itseluottamus lisäävät seksuaalista halua.

PUHEEKSI OTTAMINEN

Ammattilaiset saattavat kokea seksuaalisuudesta puhumisen vaikeana. Hyvänä lähtökohtana seksuaalisuudesta puhumiseen on itselle sopiva ja luonteva käyttösanaston löytäminen ja tiedon kerääminen. Se on tärkeää, jotta puhuminen seksuaalisuudesta on luontevaa. On hyvä löytää pääasiassa sellaisia sanoja, jotka ovat kansankielisiä eikä vain lääketieteellistä sanastoa. Mitä rohkeammin kohtaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita, sitä helpommaksi niistä puhuminen käy. Jos kuitenkin kokee seksuaalisuudesta puhumisen hankalana tai kokee, ettei itsellä ole tarpeeksi tietoa, voi ja pitää aina ohjata asiakas jonkun muun avun piiriin. Asioita, joita kannattaa välttää puhumasta on seksuaalisuudesta moralisoiminen, pelottelu sekä varoitteleminen. Ne saattavat vain lisätä ahdistusta. Seksuaalisuutta on vaalittava ja siitä puhuttava arvostettavalla tavalla, jotta se pysyisi nautinnollisena ja iloa tuottavana asiana läpi elämän.

Seksuaalisuuden käsitteleminen edellyttää ammattilaiselta itseltään myös oman seksuaalisuuden kohtaamista sekä omien asenteiden tunnistamista ja pohtimista. Mikäli ammattilainen kokee vaikeaksi seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyn tai ei osaa auttaa, on tärkeää ohjata asiakas avun piiriin. Ammattilaisen empatiakyky on myös tärkeässä osassa seksuaalisuudesta puhuttaessa. Sen lisäksi tarvitaan tietoa ja taitoa seksologian osaamisalueelta. Mitä paremmin ammattilainen on perehtynyt omaan seksuaalisuuteensa liittyviin rajoihin, arvoihin, tunteisiin ja asenteisiin, sitä vähemmän ne vaikuttavat negatiivisesti asiakastyöhön. Näitä asioita on myös tärkeä oppia säätelämään ja joskus ne on osattava sulkea pois asiakastyössä. Näiden lisäksi myös oman seksuaalihistoria on tärkeä oppia tunnistamaan, sillä ne vaikuttavat omaan kokemukseen seksuaalisuudesta siitä, mikä on sallittua, luvallista, nautinnollista, miellyttävää tai pelottavaa. Omaa seksuaalihistoriaa voi käydä läpi esimerkiksi seksuaalisuutta ja seksuaalisuutta kehitystä tarkastellen. Ammattilaisen on helpompi työskennellä ammatillisesti, kun tuntee ilmiöitä ja niiden taustoja myös sellaisten asioiden parissa, mitkä voivat tuntua vierailta tai jopa epämiellyttäviltä.

Puheeksi ottamiseen on kehitelty erilaisia työkaluja ja malleja, joista tunnetuimpia ja käytetyimpiä PLISSIT ja BETTER –mallit.

PLISSIT

PLISSIT on Suomessa käytetyin malli puheeksi ottamisen apuvälineenä. PLISSIT-mallissa on neljä erilaista tasoa, joiden avulla voidaan lähestyä ja käsitellä seksuaalisuuden ongelmia. Mallin nimitys muodostuu myös näiden tasojen mukaan. Mallin avulla voidaan arvioida mitä seksuaalineuvonnan palveluita asiakas tarvitsee. Se on myös tehokas apuväline hoidon suunnittelussa.



Mallin ensimmäisessä tasossa, P=Permission, annetaan lupa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhumiseen ja normalisoidaan huolenaiheet kertomalla niiden yleisyydestä. Tällä tasolla käydään keskustelua niistä huolenaiheista ja kysymyksistä, mitkä liittyvät seksuaalisuuteen. Asiakasta kuunnellaan ja havainnoidaan. Keskustelun apuna voidaan käyttää esimerkiksi kirjallisuutta ja opaslehtisiä. Mallin toisella tasolla, LI=Limited Information, annetaan rajattua tietoa, joka tarkoittaa kohdennetun tiedon antamista siihen ongelmaan tai kysymykseen, mikä asiakkaalla sillä hetkellä on. Kolmannella tasolla, SS=Specific Suggestion, annetaan erityisohjeita asiakkaan ongelmaan. Erityisohjeet

perustuvat yksityiskohtaiseen tietoon asiakkaan seksuaalielämästä ja elämäntilanteesta. Tällä tasolla käytetään yksilökeskeistä ratkaisumallia ja voidaan ohjata asiakas ongelmansa kanssa ammatti-ihmisen puheille. Neljännellä tasolla, IT=Intensive Therapy, tarkoitetaan intensiivistä terapiaa, jossa koulutettu seksuaaliterapeutti antaa terapiamenetelmien avulla hoitoa seksuaaliongelmisiin.

BETTER

BETTER-malli on enemmän terveydenhuollon ammattilaisten käytössä oleva apuväline silloin, kun potilaalla on jonkin sairauden, kuten syövän tai gynekologisten sairauksien vuoksi seksuaalisuuden ongelmia. Tässä mallissa ei puhuta tasoista, vaan siinä on kuusi erilaista vaihetta, joita noudatetaan prosessinomaisesti. Niiden tarkoituksena on jäsentää puheeksi ottamisen vaiheita ja konkretisoida sen etenemistä.



Ensimmäisessä vaiheessa otetaan asiat puheeksi (Bring up the topic) ja potilaalle kerrotaan, että asioista puhuminen kuuluu hoitoprosessiin. Puhumiselle luodaan tarkoituksenmukainen ilmapiiri. Toisessa vaiheessa ilmaistaan huolta (Explain) ja kerrotaan potilaalle, miksi sairauden hoitoprosessiin kuuluu myös seksuaalisuus ja siitä puhuminen. Annetaan potilaalle tilaa ilmaista hänen huolensa ja kysymyksensä. Kuunteleminen ja huolenaiheiden eteenpäin vieni on tärkeää tässä vaiheessa.

Kolmas vaihe on asiasta kertomisen vaihe (Tell), jossa käsitellään niitä asioita, mitkä huolettavat potilasta ja aiheuttavat kysymyksiä ja mitkä hän tuo esille. Tässä vaiheessa ammattilaisen tulee tunnistaa oman osaamisensa asteen ja tarvittaessa hankkia tietoa lisää. Neljäs vaihe on oikea-aikaisuuden vaihe (Timing), jolloin neuvontaa toteutetaan silloin, kun se potilaalle parhaiten sopii. Tämä edellyttää ammattilaiselta herkkyyttä tunnistaa milloin on oikea-aika ottaa asioita puheeksi ja milloin tietoa voi syventää potilaalle. Viidennessä vaiheessa (Educate) kerrotaan potilaan sairauden tuomista muutoksista seksuaalisuuteen ja mahdollisista apuvälineistä. Kuudennessa vaiheessa (Record) arvioidaan ohjaustilanteen toteutumista ja kirjataan se potilasasiakirjoihin.

Käytännön ohjeita....

- Muista aina kirjata keskustelut, annetut ohjeet ja neuvot asiakkaan papereihin.
- Käytä sukupuolineutraaleja ilmaisuja. Puhu mieluummin kumppanista kuin esimerkiksi vaimosta tai poikaystävästä.
- Älä jätä asiakasta yksin etsimään lisätietoa tai apua. Seksuaaliterveyteen liittyvissä ongelmissa kannattaa kääntyä koulutetun ammattilaisen puoleen, kuten lääkärin, pari- ja seksuaaliterapeutin tai seksuaalineuvontaan erikoistuneen ammattilaisen.
- Jaa koulutuksista ja kirjallisuudesta hankkimaasi tietoa myös työtovereidesi kanssa. Luokaa omat puheeksi ottamisen mallit ja huolehtikaa työnohjauksesta. Kertokaa tästä myös uusille työntekijöille.
- Luota omiin taitoihisi. Tunnista omat rajat ja arvot. Ohjaa asiakas tarvittaessa eteenpäin, esimerkiksi lääkärin vastaanotolle, jos tunnet ettet osaa auttaa.



LÄHTEET

- Lukkarinen, O. (2007). Miehen seksuaaliongelmät. Teoksessa Ansamaa, O., Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. *Seksuaalisuus* (s. 264–277). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M. (2018). Naisen sukupuolinen kiihottumisvaikeus. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00396
- Huttunen, M. (2018). Herkkä siemensyöksy. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00398
- Jeng, C., Wang, L., Chou, C., Shen, J. & Tzeng, C. (2006). Management and Outcome of Primary Vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32, 379–387. Saatavilla <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=aph>
- Kallio, M. & Jussila, T. (2010). Syvyyttä seksiin: Kohti elävämpää seksuaalisuutta. Helsinki: Minerva.
- Kontula, O. & Sandberg, T. (2012). Halut jäissä?: Naisten seksuaalisen halun puute. Helsinki: VL-Markkinointi.
- Kontula, O. (2008). Halu & intohimo: Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsingissä: Otava.
- Kontula, O. (2015). Suomalaisten seksuaalisuus FINSEX tutkimushanke. FINSEX orgasmi. Saatavilla https://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-orgasmi/
- Mustajoki, P. (2020). Testosteronin puutos miehillä. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01010
- Paavonen, J. (2013). Vulvodynia. Lääkärilehti. Saatavilla <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vulvodynia/>
- Paavonen, J. (2020). Vulvovaginaaliset ongelmat: kokemukseräinen ja näyttöön perustuva tieto. Lääkärilehti. Saatavilla <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vulvovaginaaliset-ongelmat-kokemukserainen-ja-nayttoon-perustuva-tieto/>
- Piha, J. (2011). Miesten seksuaalihäiriöt. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. *Seksuaalineuvonnan tueksi* (s. 146–157). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%2027.pdf>
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. (2010). Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

- Räsänen, M. (2003). Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/3/duo93408?keyword=orgasmi>
- Santalahti, T. & Lehtonen, M. (2016). Seksuaaliterapia. Jyväskylä: PS-kustannus.
THL. Aiheet. Lapset, nuoret ja perheet. Seksuaalisuus puheeksi.
- Tulla, M., Dunn, M., Antilus, S. & Muneyyirci-Delale, O. (2006). Case report: Vaginismus and failed in vitro fertilization. *Sexual and Relationship Therapy Vol 21, No. 4*. Saatavilla <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=aph>
- Virtanen, J. (2002). Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.
- World Health Organization. (2002). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31. Geneva: WHO.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. (2016). Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 286-293.

OPINNÄYTETYÖ AMK

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

TEKIJÄT: NIINA RAAPPANA & PIIA OJALA

TILAAJA: TIETOISEKSI-HANKE

2020

The logo for Diak, consisting of the word "Diak" in a bold, purple, sans-serif font. The letter "i" has a dot, and the letter "k" has a small crossbar.