

SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSI OTTAMINEN KUNTOUTUKSESSA

Johdanto

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa, ja se muuttuu ja mukautuu elämänvaiheiden ja -tilanteiden myötä (WHO 2006). Seksuaalisuuden olemassaolo ei ole riippuvaista terveydestä tai iästä, vaan seksuaalisuus on myös sairaiden ja vammautuneiden oikeus ja ominaisuus. Seksuaalioikeudet ovat universaaleja ihmisoikeuksia ja perustuvat kaikille kuuluvaan vapauteen, arvoon ja yhdenvertaisuuteen. Kuntoutuksen ammattilaiset työskentelevät tiiviisti erilaisten sairauksien ja elämäntilanteiden parissa. Seksuaalisuutta tulisi käsitellä kuntoutuksen osana, jos ammattilaiset haluavat toteuttaa kokonaisvaltaista ihmisen kohtaamista. (Rosenberg 2006, 283; Sengupta & Sakellariou 2014, 101; Stein ym. 2012, 1842.) Sairastunut on aina ensin seksuaalinen ihminen, jolla on sairaus, eikä sairas ihminen, jolla on seksuaalisuus (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13; Santalahti & Lehtonen 2016, 22). Asiakkaita tulee kohdella yhdenvertaisesti, yksilöllisesti ja arvostaen myös silloin, kun heillä on tarpeita ja seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviä toiveita. Heidän itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa ilman sukupuoleen, seksuaaliseen suuntautumiseen, ikään, vammaan, etniseen tai kansalliseen alkuperään, kieleen tai muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin perustuvaa syrjintää. (Klemetti & Rausi-Lehto 2016.)

Sairastuminen ja siitä johtuvat kehon

ja mielen muutokset aiheuttavat aina kriisin. Seksuaalisuus, halu ja nautinto saattavat jäädä huomiotta. Kehollisuus vaikuttaa tällöin mieleen hyvin voimakkaasti. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 79; Santalahti & Lehtonen 2016, 165.) Vakava sairastuminen ja siitä johtuva fyysinen kyvyttömyys johtavat usein seksuaaliterveyden ongelmiin. Tutkimusten mukaan seksuaaliterveyden haasteet ovat sairastuneilla vallitsevampia kuin niin sanottujen terveiden ihmisten keskuudessa (Kedde ym. 2012, 64). Ryttyläinen ja Virolainen (2009, 2) toteavat sairauksien, lääkitysten ja hoitotoimenpiteiden vaikuttavan ihmisen seksuaaliterveyteen aina yksilöllisesti. Asiakkaalla tulisi olla lupa puhua ja kysyä seksuaalisuudesta – se ei saisi häviätä erilaisten toimenpiteiden alle.

Seksuaalisuudesta keskusteleminen kuntoutujan kanssa edellyttää luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta asiakkaan ja kuntoutusammattilaisen välillä. Seksuaalisuuden äärellä ihminen on kaikkein paljaimmillaan ja samalla haavoittuvimmillaan. (Santalahti & Lehtonen 2016.) Jotta kuntoutuja tulee kohdatuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi omalla seksuaalisena olentonaan, työntekijän tulee olla tietoinen omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä arvoistaan ja asenteistaan. Karakas-Rikbergin (2000, 293) mukaan seksuaalisuuteen ja sen toteuttamiseen liittyviä esteitä ovat uskomukset, tabut, asenteet ja stereotyyppit. Seksuaalisuuteen ja vammaisuuteen yhdessä muodostuu eräänlainen kaksoisherkkyyks, sillä seksuaalisuus ja vam-

maisuus herättävät monenlaisia tunteita, ajatuksia ja ehkä jopa myös esteitä. Vammaisten henkilöiden seksuaalisuudesta puhuttaessa on lähdettävä siitä, että terveiden ja vammaisten seksuaalisuudessa on enemmän yhteistä kuin erilaista.

Seksuaaliohjaus ja -neuvonta kuntoutuksen ammattilaisen työmenetelmänä

Asiakkaan ohjaus ja neuvonta on tärkeä osa kuntoutusammattilaisen työtä. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tärkeydestä alkaa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa olla yksimielisyys: se kuuluu osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Seksuaalisuus tulee ottaa huomioon asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 290.) Tästä huolimatta seksuaalisuus on aiheena hyvin sivuutettu ja ohitettu aihepiiri. Dyer ja das Nair (2014, 1432) toteavat tutkimuksessaan, että silloin, kun aihe on kaikkien aihe, kukaan ei ota siitä vastuuta, vaan kaikki olettavat jonkun toisen hoitavan keskustelun. ”Everybody’s business is nobody’s business”. Lopputuloksena on, ettei puheeksi ottamista tee kukaan.

Kaikilla kuntoutuksen ammattilaisilla on tärkeä rooli asiakkaan seksuaalisuuden edistämisessä. Moreno ym. (2015, 115) ja Dyer ja das Nair (2014, 1432) toteavat useimmiten ongelmaksi muodostuvan, että ammattilaiset odottavat asiakkaan itsensä ottavan aiheen esille eivätkä itse koe löytävänsä sopivia sanoja asiasta keskusteluun. Puheeksi ottamista vaikeuttavat muun muassa oma nolostuminen, tiedon ja taidon puuttuminen, ajan puute sekä uskomusten ja välineiden puuttuminen. Richardsin ym.:iden (2016, 1480) tutkimuksessa puheeksi ottamiseen vaikuttivat työskentelyorganisaation asettamat resurssit (muun muassa ajankäytön mahdollisuudet), ammattilaisen omat käsitykset omista taidoistaan sekä negatiiviset asenteet asiakasta ja seksuaalisuutta kohtaan. Myös oma suhtautuminen seksuaalisuuteen vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti kuntoutustyöntekijän haluun ottaa seksuaaliterveys

puheeksi kuntoutujien kanssa (Haboubi & Lincoln 2003). Jokaisella sosiaali- ja terveystieteiden alan perustutkinnon suorittaneella tulisi olla riittävät tiedot ja taidot tarjota seksuaalineuvontaa. Ensimmäinen ja tärkeä askel tähän suuntaan on se, että ammattilainen pyrkii tietoisesti ymmärtämään omaa seksuaalisuuttaan ja miettimään asioita, jotka siihen ovat vaikuttaneet. Seksuaalianamneesi on oivallinen työkalu niin omaan seksuaalisuuteen tutustumiseksi kuin myös asiakkaankin kanssa käytettäväksi esimerkiksi esitietolomakkeena yhteistyösuhteen alussa. Seksuaalianamneesi löytyy esimerkiksi tästä verkko-osoitteesta: http://www.syliin.fi/wp-content/uploads/2017/10/seksuaalianamneesi_Marika_Leppanen.pdf

Asiakkaan ikään kohdistuvat ammattilaisen oletukset tulevat esille lausahduksesta ”On tärkeämpiäkin asioita kuin seksi”, jolla puolusteltiin seksuaalisuudesta keskustelemattomuutta. Ikääntyneitä samoin kuin vammautuneita ihmisiä kohdellaan aseksuaaleina, eikä heidän seksuaalielämänsä kiinnitetä huomiota. (Richards ym. 2016, 1480.) FINSEX-kyselytutkimuksen mukaan ikäihmisten käsitykset seksuaalisuudesta ovat kuitenkin muuttuneet viime aikoina. Eläkeläiset ovat aikaisempia sukupolvia useammin kokeneet seksuaalisuutensa tärkeäksi, eikä seksuaalisuus tunne ikärajaa. 50–59-vuotiaista naisista 93 prosenttia ja miehistä 98 prosenttia on seksuaalisesti aktiivisia. 60–69-vuotiaista naisista puolestaan 81 prosenttia ja miehistä 91 prosenttia on aktiivisia. Vielä 70–79-vuotiaiden ikäryhmässäkin 79 prosenttia miehistä ja naisista on seksuaalisesti aktiivisia. (Kontula 2009, 749) Ikädiskriminaatiota tulee välttää kaikessa seksuaaliohjauksessa ja tarjota mahdollisuutta keskustella seksuaalisuudesta asiakkaan ikään katsomatta (Hautamäki-Lamminen 2012, 98).

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Päävastuu keskustelun avaamisessa ja luovan antamisessa on aina ammattilaisella, ja tätä kuntoutujat odottavat. Ammattilaiset puolestaan odottavat keskustelun avaamista kuntoutujalta itseltään. (Dyer & das Nair 2014, 1435; Richards ym. 2016, 8; Schmitz

Et Finkelstein 2015, 211.) Puhumattomuus seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista saattaa jopa hankaloittaa kuntoutujan seksuaalisia ongelmia ja lisätä niiden kroonistumista (Pieters ym. 2017, 6). Tutkimusten mukaan kuntoutajat toivovat ammattilaisten ottavan keskustelussa aktiivisen roolin, mutta kuntoutuja määrää sen, onko siitä keskustelu tärkeää vai ei. Hän saa myös päättää, millä tarkkuustasolla keskustelua käydään. Työntekijän velvollisuutena on luoda ilma- piiri, jossa keskustelu on mahdollista. Pe- loista huolimatta seksuaalisuuteen liittyvis- tä asioista keskusteleminen ei syö työaikaa, vaan parhaimmillaan keskustelut vähentävät asiakkaan kipua, huolta ja ahdistusta ja tätä kautta mahdollisesti ovat välillisesti vähen- tämässä oireita ja tarvittavia hoitotoimenpi- teitä. Kun asiakas kokee, että häntä kuullaan, motivaatio toipumiseen saattaa voimistua ja yhteistyö parantua. (Bildjuschkin Et Ruuhi- lahti 2010, 71, 80; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 290.)

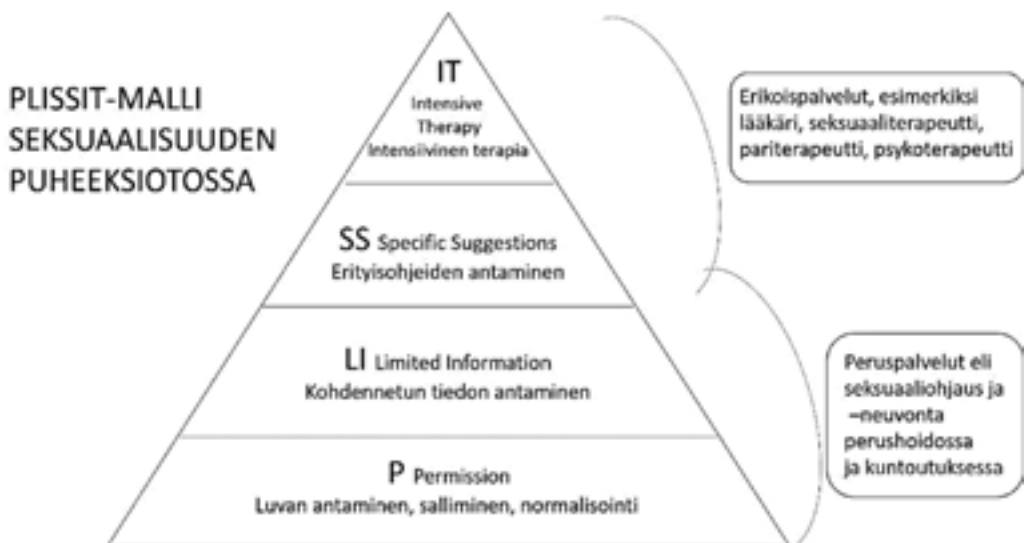
Seksuaalisuuden puheeksioton oikea ajoitus vaihtelee yksilöllisesti ja sen arvi- oiminen vaatii ammattitaitoa. Koskaan ei tiedä, mitkä kuntoutujan omat kyvyt ovat missäkin kuntoutuksen vaiheessa, joten am- mattilaisen tulisi ottaa seksuaalisuutta esil- le säännöllisin väliajoin. Riippuu yksilöstä, missä vaiheessa keskustelu voisi olla tar- peellista. Ammattilaiset pelkäävät, että liian aikaisessa vaiheessa aiheen esille ottaminen on loukkaavaa ja että sairastumisen alussa akuutit lääketieteelliset asiat menevät usein kaiken muun edelle. Paras aika keskustelulle olisi, kun valmistaudutaan emotionaalisesti ja fyysisesti palaamaan kotiin. Paluu arkeen nostattaa esille uusia kysymyksiä ja koke- muksia. (Dyer Et das Nair 2014, 1434; Rosen- berg 2006, 282; Schmitz Et Finkelstein 2015, 211; Stein ym. 2012, 1847.)

Kuntoutuksen ammattilaisen on tärkeää tunnistaa, mitä näkökulmia seksuaalisuu- desta kunkin kuntoutujan kanssa tuodaan esille. Jokainen kuntoutuja on yksilöllinen samoin kuin hänellä oleva sairaus, vamma tai muu toimintakyvyn rajoite, ja kaikki ne asettavat omia vaatimuksia seksuaalisuude- ta puhumiselle. Sensitiivinen ja kunnioitta- va lähestymistapa samoin kuin kumppanin

mukaan ottaminen keskusteluun on tärkeä- tä. Käsitteistön tulee olla asiakkaan tarpei- siin sopivaa – yhteisen kielen löytäminen on olennaista. Sokki- ja reaktiovaiheessa keskustelun tulee olla selkeää, ja valmiit kysymykset helpottavat asiakasta. On tär- keää sanoa ääneen asioita, joita sairastunut mahdollisesti pelkää, mutta ei uskalla ottaa puheeksi. (Bildjuschkin Et Ruuhilahti 2010, 94; Sawin ym. 2002, 31; Rosenberg 2006, 282.)

Asiakkaat tarvitsevat ammattilaisten ohjausta, tietoa ja tukea seksuaalisten on- gelmien käsittelyyn. Ihmisillä on eri elä- mäntilanteissa seksuaalisuudesta paljon ennakkoluuloja ja vääriä tietoja, jotka hait- taavat esimerkiksi seksuaalisen tyydytyksen saamista. Asiallisella, myönteiseen sävyyn kerrotulla tiedolla voi olla huomattava mer- kitys. Esimerkiksi ohjeet siitä, miten seksielä- mä muuttuu sairauden kohdatessa sekä mi- ten ja milloin seksiä voi jatkaa sairastumisen jälkeen, auttavat monia pariskuntia. (Dyer Et das Nair 2014, 1434; Ryttyläinen-Korhonen 2011, 12.) On tärkeää antaa sairaalle mahdol- lisuus ilmaista tunteita, joita vammautumi- nen on aiheuttanut. Aidosti kohtaava työote mahdollistaa sen, ettei työntekijän tarvitse osata tai tietää kaikkea, riittää kun uskaltaa kohdata ihmisen avoimesti. (Bildjuschkin Et Ruuhilahti 201, 79; Rosenberg 2006, 83.)

Usein sairastuneet kaipaavat suoraa tie- toa seksin harrastamisen turvallisuudesta, seksuaalisen kanssakäymisen konkreetti- sista ongelmista (esimerkiksi erektiohäiriöt, asentovaikeudet ja kumppanin kanssa sek- sistä puhuminen) ja niihin konkreettisia rat- kaisuja (Schmitz Et Finkelstein 2015, 209). Asiakkaan neuvonnassa korostuvat hyvät rakasteluasennot, tukityönnyt, liukuvoiteet ja erektiohäiriöiden hoito. Kuntoutuksella aikaansaadut tulokset tukevat seksuaalielä- mää. Apuvälineiden avulla voidaan auttaa kiihottumista tai tuntopuutoksista toipuvia alueita. On hyvä myös muistaa, että vaiku- tukset ulottuvat laajemmalle kuin pelkästään seksuaalitoimintoihin: itsetunnon ja kehon- kuvan vahvistaminen voi olla iso osa koko kuntoutusta. (Turku 2011, 118; Lever Et Pryor 2016, 6; Rosenberg 2006, 301–302; Rosen- baum ym. 2014, 17.)



Kuvio 1. PLISSIT-malli. Kuvio mukailten Ryttyläistä ja Virolaista (2009).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa tarvitaan ammatillista osaamista, ja osaamisen tasoa suhteessa asiakkaan ongelmiin jäsentää Jack Annonin jo vuonna 1976 kehittämä Plissit-malli. Mallissa seksuaalineuvonta ja -terapia on jaettu neljään tasoon, jotka määrittelevät puheeksi ottamisen asian sisältöä ja ammatillaisen osaamista. Malli auttaa ammattilaisia pohtimaan, missä asioissa oma koulutus ja tietotaito riittävät asiakkaan tukemiseen ja missä tilanteissa ohjata asiakas erityisen tuen piiriin. Kaksi ensimmäistä tasoa, ja jossakin määrin kolmas taso, muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan kutsua seksuaalineuvonnaksi. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94; Ilmonen 2006, 45.) Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaamisen ja huomioimisen tulee tapahtua kahdella ensimmäisellä tasolla, mikä kuvaa sitä, että suurinta osaa asiakkaista voidaan auttaa vain hyväksymällä seksuaalisuus osaksi elämää ja antamalla seksuaalisuudesta tietoa, tukea ja ohjausta (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 3).

Ensimmäinen taso eli *luvan antaminen* (*Permission*) merkitsee seksuaalisen käyttäytymisen normalisointia. Se on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Tällöin asiakkaalle välittyy joko sanallisesti tai sanattomasti tunne siitä, että hänen seksuaa-

lisuuteensa liittyvät tunteensa ja ajatuksensa ovat sallittuja. On lupa ahdistuksen, pelon, häpeän ja syyllisyyden tunteisiin, joita omaan seksuaaliseen käyttäytymiseen tai mielikuviin saattaa liittyä. Kuunnellaan asiakkaan huolenaiheita ja kysymyksiä hänen seksuaalisuuteensa liittyvistä ajatuksistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään. Luvan antamisessa on merkityksellistä se, miten kysymykset muotoillaan, ja tulee huolehtia siitä, että ne ovat tarpeeksi avoimia ja normalisoivia eivätkä sisällä arvottamista tai välitä ammatillaisen omien asenteita. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 94–96; Ilmonen 2006, 48–49.) Odotushuoneen tai yritysten esitteet ovat oivallisia mahdollisuuksia antaa lupa asioista puhumiseen – ne ”normalisoivat” aihetta ja samalla luovat luottamusta. Se ei kuitenkaan vielä riitä, vaan tarvitaan myös kohtaamista ja keskustelua. Luvan antaminen sisältää myös sen, että asiakkaalla on mahdollisuus kieltäytyä keskustelusta, jos hän niin haluaa. On todettu, että ammattilaiset ikään kuin pelkäävät ”avaavansa purkilisen matoja”, kun lupa annetaan. Kysymys on kuitenkin siitä, että kykenee aidosti kuuntelemaan ihmistä silläkin riskillä, että valmiita vastauksia ei ole antaa. (Davis 2006, 37–38.)

Rajatun tiedon antaminen (*Limited Information*) on toinen taso, mikä tarkoittaa tie-

don antamista johonkin asiakkaan huoleen tai kysymykseen. Tällaiset tiedot liittyvät esimerkiksi sukupuolielinten anatomiaan, fysiologisiin reaktioihin, raskauteen, synnytykseen, ehkäisyyn, seksuaalihäiriöihin, lääkityksiin, seksuaaliseen suuntautumiseen tai sen moninaisuuteen. Rajatun tiedon antaminen kuuluu päivittäin jokaisen ammattilaisen työhön, ja se korostaa heidän tärkeää rooliaan tiedon jakajana ja neuvonantajana. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4.) Toiselle tasolle ei voi edetä, ellei asiakas ole ensin saanut kokemusta siitä, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi puhua. On myös tärkeää miettiä, mille tasolle omat taidot riittävät, ja tarvittaessa ohjata asiakasta eteenpäin. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100.) Davisin (2006, 38) mukaan väärän informaation oikaisu, myyttien purkaminen ja oikean tiedon antaminen on usein aiheellista. On tärkeää myös antaa juuri kulloisellekin asiakkaalle oikeaa ja tarkoituksenmukaista

tietoa, eikä tiedon antaminen saa pohjautua arvauksiin, oletuksiin tai ennakkoluuloihin potilaan seksuaalisista mieltymyksistä tai suuntauksista.

Erityisohjeiden antamisessa (Specific Suggestions), mallin kolmannessa tasossa, neuvoja voi antaa käytännön ohjeita oman koulutuksen ja osaamisen rajoissa. Usein ohjeiden antaminen kuitenkin edellyttää, että ammattilaisella on varsin tarkka kuva asiakkaan ongelmasta. Erityisohjeita voivat olla esimerkiksi elämäntapaan liittyvät ohjeet, itsetuntemukseen liittyvät tehtävät, lantiopohjalihasten harjoitteiden ohjaaminen tai seksivälineiden tai tarvikkeiden käytön opastus. Ammattilaisen on syytä pohtia, onko hänellä tarpeeksi tietoa asiakkaan ongelmasta ja onko hänellä riittävää osaamista auttaa siinä. Tärkeätä on tunnistaa, missä oman osaamisen rajat ovat, jotta voi ohjata asiakkaan eteenpäin apua saamaan. (Ilmonen 2006, 57–58.)

Better	Better-mallin vaiheiden sisältöalueet ja esimerkkikysymykset
Bring up the Topic	Luodaan otollinen ilmapiiri asian puheeksi ottamiselle. Yksikön henkilökunnalla on tietoa, taitoa ja valmiuksia keskusteluun. <i>Otetaan asia esille. "Meillä on tapana keskustella kaikkien potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä, onko teille herännyt kysymyksiä asiaan liittyen?"</i>
Explain	Puheeksi ottamisen perustelu (tärkeys) ja vastausten löytymisen lupaaminen <i>"Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Pyrimme löytämään vastauksen ongelmaanne jo täällä osastolla."</i>
Tell the patient	Asiakkaan huolenaiheet ja mahdollisuudet niiden ratkaisuun <i>"Mikäli en osaa vastata kysymyksiinne, niin moniammatillisen henkilökuntaamme on käytössämme. Varaamme teille halutessanne ajan tarvitsemallemme asiantuntijalle."</i>
Timing	Ohjauksen oikea-aikaisuus potilaan näkökulmasta <i>"Olisiko nyt hyvä hetki keskustella näistä asioista? Voimme palata asiaan myös teille paremmin sopivana ajankohtana"</i>
Educate	Sairauden ja hoitojen vaikutukset seksuaalisuuteen <i>"Sairauksellanne ja sen hoidolla on useimmiten vaikutusta myös seksuaalisuuteen. Kävisimmekö asiaa läpi tämän materiaalin avulla? Onko teillä jo tässä vaiheessa kysymyksiä liittyen seksuaalisuuteen tai seksuaaliseen toimintakykyyn?"</i>
Record	Ohjaus- ja neuvontakeskustelun, käsiteltyjen näkökulmien ja vaikutusten kirjaaminen potilasasiakirjoihin <i>"Mitä kirjaamme potilasasiakirjoihinne tästä keskustelustamme?"</i>

Kuvio 2. Better-mallin sisältöalueet ja esimerkkikysymykset (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016).

Intensiivisen terapian taso (Intensive Treatment) sisältää pitkäkestoisen ja tiiviin seksuaaliterapian. Valmiudet toimia erityisohjeiden tasolla saadaan täydennyskoulutuksessa, ja intensiivinen terapia vaatii seksuaaliterapeutin tai kliinisen seksologin pätevyyttä. On tärkeää, että ammattilaiset osaavat ohjata ihmisen oikeaan paikkaan, jotta tämä saa tarvitsemaansa apua. (Davis 2006, 38; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 288.)

Toinen puheeksi ottamisen malli on Beter-malli, jonka ovat kehittäneet Mick, Hughes ja Coheen vuonna 2004. Malli on kehitetty alun perin syöpää sairastavien hoitoon, mutta se soveltuu hyvin myös kaikkiin muihin seksuaaliväkivälin tilanteisiin. Se tarjoaa Plissit-mallia tarkemman strukturoidun kehityksen seksuaalisuudesta puhumiseen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 100; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 289.) Kuviossa 2 on kuvattu mallin kuusi vaihetta, jotka etenevät prosessinomaisesti alun keskustelusta kirjaamiseen sisältöalueineen ja esimerkkikysymyksiin. Ne konkretisoivat vaiheita ja antavat työkaluja ammattilaiselle.

Tässä esitellyt mallit Plissit ja Beter ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa. Plissit on käsitteellinen malli, joka kuvaa puheeksi ottamisen tasoja ja eri tasoilla toimivien ammattilaisten vähimmäiskompetenssia. Beter ei ota kantaa puheeksi ottamisen vaatimaan kompetenssin tasoon, vaan keskittyy puhtaasti ohjaustilanteen jäsentämiseen ja etenemisen suunnitteluun. (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, 290–291.)

Loppusanat

Kirjallisuudesta voimme todeta, että seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä myös sairastumisen jälkeen. Kuitenkin kuntoutuksen ammattilaiset kokevat edelleen hankalaksi ottaa seksuaalisuutta puheeksi ja luoda keskustelulle lupaa-antava ilmapiiri. Suhtaudutaan helposti niin, että ”joku muu” on vastuussa asiasta, ja luotetaan siihen, että ”joku muu” keskustelee kuntoutujan kanssa. Kuntoutuksen ammattilaisina olemme kuitenkin kaikkein tiiviimmin tekemisissä kuntoutujan kanssa hänen arjessaan ja muuttuvassa elämäntilanteessaan. Olemme

tärkeässä asemassa ihmisen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Kuntoutuksen käytössä olevat arviointimenetelmät keskittyvät paljolti toimintojen kartoittamiseen eivätkä elämänlaadullisiin kysymyksiin kuten seksuaalisuuteen. Viralliset arviointivälineet ja kirjoitettu informaatio mahdollistaisivat seksuaalisten asioiden esille ottamisen. (Dyer & das Nair 2014, 1435; Stein ym. 2012, 1842.) Kuntoutuksessa seksuaaliset ongelmat tulisi kuitenkin nähdä laajempina psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena eikä vain fyysisenä suoritteenä. (Schmitz & Finkelstein 2015, 210). Tulevaisuudessa onkin tärkeää pohtia konkreettisten arviointimenetelmien ja haastattelulomakkeiden kehittämistä kuntoutuksen ammattilaisille työkaluiksi, joissa on jo valmiiksi huomioitu seksuaalisuus. Kun se on valmiina teemana haastattelussa, puheeksi ottaminen on luonteva osa yhteistyösuhdetta.

Kuntoutuksen ammattilaisen tärkein työkalu myös seksuaalisuuden kohtaamisessa on ”not knowing” -asenne. Emme voi arvottaa asioita, emme voi tietää mitään, emmekä voi tehdä työtämme oletusten pohjalta. Emme voi ajatella, etteivät seksiin liittyvät asiat ole kuntoutujalle tärkeitä, ellemmme ole koskaan asiaa kysyneet. Emme voi myöskään olettaa, mitä seksuaalisuus kenellekin merkitsee tai miten kuntoutuja sitä toteuttaa elämässään. Kun omaksumme asenteen, ettemme tiedä mitään, on helpompi kohdata kuntoutuja yksilöllisesti, avoimesti ja hyväksyvästi ottaen huomioon hänen elämäntilanteensa, johon seksuaalisuus olennaisena osana kuuluu.

Hyvän ammattilaisen ei tarvitse osata kaikkea eikä tietää vastauksia kaikkiin kysymyksiin. Riittää, että osaa kuunnella ja tarvittaessa kertoo asiakkaalle, ettei tiedä, mutta on halukas etsimään vastauksia, sekä tarvittaessa ohjaa eteenpäin. Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset voivat itselle olla liian vaikeita käsitellä ja puhua, mutta se ei saa olla syy jättää kuntoutujaa niiden asioiden kanssa yksin. Yksi kuntoutusammattilaisen tärkeimpiä tehtäviä tässä onkin pohtia seksuaalisuuteen liittyviä omia asenteitaan, tunteitaan ja arvojaan. Toteamus, ettemme voi mennä asiakkaan kanssa sinne, missä emme ole itse olleet, on hyvin paikkansa pi-

tävä. Oman seksuaalisuuden hyväksyminen edistää myös seksuaalisuuden tunnistamista kuntoutujassa.

Tieto paikallisista toimijoista ja seksologian osaajista voi olla riittävä kuntoutujalle. Paikallisia toimijoita voit hakea esimerkiksi Suomen Seksologisen Seuran asiantuntija-hausta: <http://seksologinenseura.fi/asiantuntijat/>. Väestöliitto ja Sexpo-säätiö kouluttavat vuosittain seksuaalineuvoja ja seksuaaliterapeutteja, mikäli jatkokoulutus aiheeseen kiinnostaa. Myös lyhyempiä seksuaalisuuden kohtaamisen koulutuksia on tarjolla ympäri Suomen.

Tulosten merkitys: Seksuaalisuus on merkittävä osa ihmisyyttä ja kuuluu kaikille ihmisille. Seksuaalisuudella on eri merkitys eri ihmisille, ja sen puheeksi otto vaatii kuntoutustyöntekijältä herkkyyttä ja tilannetajua. Seksuaaliohjaus ja -neuvonta vahvistavat asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista kuntoutustyössä. Tulokset tarjoavat myös käytännön työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottoon kuntoutujien kanssa.

Henna Kekkonen, toimintaterapeutti AMK, auktorisoitu seksuaalineuvoja SSS, seksuaaliterapeutti

Kaija Nevalainen, erikoistoimintaterapeutti, TtM, lehtori, Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Lähteet

- Bildjuschkin K, Ruuhilahti S (2010) Puhutaan seksuaalisuudesta – ammatillisia kohtaantumisia sosi-aali- ja hoitotyössä. Kirjapaja, Helsinki.
- Davis T (2006) Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 21, 11, 35–40.
- Dyer K, das Nair R (2014) Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disability and Rehabilitation* 36, 17, 1431–8.
- Haboubi NH, Lincoln N (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation* 25, 6, 291–296.
- Hautamäki-Lamminen K (2012) Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
- Ilmonen T (2006) Seksuaalineuvonta. Teoksessa D Apter, L Väisälä, K Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä.
- Karkaus-Rikberg K (2000) Vammaisten seksuaaliterveys. Teoksessa O Kontula, I Lottes (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Studia. Tampere.
- Kedde H, Van de Wiel H, Schultz W, Vanwesenbeeck, I, Bender J (2012) Sexual health problems and associated help-seeking behavior of people with physical disabilities and chronic diseases. *Journal Sex Marital Therapy* 38, 1, 63–78.
- Klemetti R, Raussi-Lehto E (toim.) (2016) Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020, 12. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Kontula O (2009) Ikäihmistenkkin seksielämä on aktiivista ja tyydyttävää. *Duodecim* 125, 749–756.
- Lever S, Pryor J (2016) The impact of stroke on female sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 1–10. Taylor & Francis. DOI: 10.1080/09638288.2016.1213897.
- Moreno A, Gan C, Zasler, McKerral M (2015) Experiences, attitudes and needs related to sexuality and service delivery in individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* 37, 1, 99–116.
- Pieters R, Kedde H, Bender J (2017) Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation* 40, 6, 732–739.
- Richards A, Dean R, Burgess G, Caird H (2016) Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. *Disability and Rehabilitation* 38, 15, 1471–82.
- Rosenbaum T, Vadas D, Kalichman L (2014) Sexual function in post-stroke patients: considerations for rehabilitation. *Journal Sex Med* 11, 15–21.
- Rosenberg L (2006) Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa D Apter, L Väisälä, K Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä.
- Ryttyläinen K, Virolainen L (2009) Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Ryttyläinen-Korhonen K (2011) Mitä on seksuaa-

- lineuvonta? Teoksessa M Ritamo, K Ryttyläinen-Korhonen, K Saarinen (toim.) Seksuaalivouvonnan tueksi. Raportti 27. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Santalahti T, Lehtonen M (2016) Seksuaaliterapia. WSOY. Juva.
- Sawin K, Buran C, Brei T, Fastenau P (2002) Sexuality issues in adolescents with a chronic neurological condition. The Journal of Perinatal Education 11, 1, 22–34.
- Schmitz M, Finkelstein M (2015) Perspectives on Poststroke Sexual Issues and Rehabilitation Needs. Topics in Stroke Rehabilitation 17, 3, 204–213.
- Sengupta S, Sakellariou D (2009) Sexuality and Health care: are we training physical therapy professionals to address their clients' sexuality need? PhysTher 89, 1, 101–102.
- Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki M-R, Tervo P, Väisälä L (2016) Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 286–293.
- Stein J, Hillinger M, Clancy C, Bishop L (2012) Sexuality after stroke: patient counseling preferences. Disability and Rehabilitation 35, 21, 1842–7.
- Turku A (2011) Seksuaalivouonta neurologisten sairauksien yhteydessä. Teoksessa M Ritamo, K Ryttyläinen-Korhonen, S Saarinen (toim.) Seksuaalivouvonnan tueksi. Raportti 27. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- WHO (2006) Defining sexual health. Viitattu 31.10.2018. http://www.who.int/reproductive-health/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

