

SEKSUAALISUUDEN HUOMIOON OTTAMINEN OSANA KROONISTA KIPUA SAIRASTAVIEN KUNTOUTUSTA

Johdanto

Krooninen kipu haastaa globaalisti terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Euroopassa aikuisista noin viidenneksen arvioidaan kärsivän vähintään kuusi kuukautta jatkuneista ja yhä jatkuvista kivuista (Breivik ym. 2006, 287). Kroonisen kivun arvioitu yleisyys vaihtelee jonkin verran mittaustavan mukaan: esimerkiksi suomalaisessa väestötutkimuksessa vähintään kolme kuukautta kestäneen kivun esiintyvyyttä 15–74-vuotiailla oli 35 prosenttia (Mäntyselkä ym. 2003). Pitkäkestoisissa kivuissa fyysiset tuntemukset eivät aina ole suurin huolenaihe, vaan kipuun kietoutuu huomattavan paljon psykologisia tekijöitä. Se vaikuttaa ihmisen elämän kaikkiin osa-alueisiin. Seksuaalisuus on yksi näistä.

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa, ja se muuttuu ja mukautuu elämänvaiheiden ja -tilanteiden myötä (World Health Organization 2006). Valitetun usein ajatukset seksuaalisuudesta jäävät vain seksin toteuttamiseen ja seksistäkin penetraatiokeskeiseen penis-emätin-yhdyntään. Seksuaalisuus kattaa kuitenkin muun muassa yksilön kehollisuutta, sukupuoleen

liittyviä rooleja, monimuotoisuutta ja mahdollisuuksia sekä seksuaali-identiteettiä laajemmin. Seksuaalisuus ei ole vain seksuaalista käyttäytymistä tai toimintaa vaan myös vapautta itsemme tuntemiseen ja ilmaisuun, vuorovaikutukseen ja suhteisiin (Taylor & Davis 2006).

Terveystieteiden ammattilaiset näkevät seksuaaliterveyden olennaiseksi osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa (Sini-saari-Eskelinen ym. 2016, 290). Kuitenkin seksuaalisuuden puheeksi ottoon ja huomiointiin liittyy paljon haasteita, joiden vuoksi seksuaalisuus on edelleen pitkälle ohitettu puheenaihe käytännön työssä kuntoutuksen alalla.

Krooninen kipu ja seksuaalisuus

Sekä paikalliset että systeemiset tuki- ja liikuntaelimestön kivut ovat yhteydessä seksuaalisuuteen liittyviin haasteisiin (Rosenbaum 2010). Kipuun ja seksuaalisuuteen liittyvät tutkimukset käsittelevät usein lantion- ja genitaalialueen kipuja ja niiden ilmi-selviä vaikutuksia seksuaalisuuteen. Vaikka lantion alue voi olla tärkeä seksuaalisissa toiminnoissa, laajempi katsanto tuki- ja

liikuntaelimistön kipujen tuomiin haasteisiin seksuaalisuuden osalta olisi yhtä tärkeää.

Laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa 43 prosenttia kroonisista kipua kärsivistä koki seksuaalisen toiminnan vaikeutuneen, ja peräti 19 prosenttia kertoi olevansa seksuaaliseen toimintaan kykenemättömiä (Breivik ym. 2006, 287). Jopa 73 prosentilla kroonisista kipua kokevista tanskalaisista on kipuun liittyviä seksuaalisia vaikeuksia (Birke ym. 2019). Muuttunut seksuaalinen ilmaisu ja toiminta voi johtua psykologisista, fyysisistä tai lääketieteellisistä tekijöistä ja voi vaikuttaa seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen, orgasmiin, resoluutioon sekä näiden erilaisiin yhdistelmiin.

Kivun tuomat emotionaaliset vaikutukset ja muutokset voivat olla vaikeampia käsitellä kuin itse fyysinen rajoite, ja kroonisella kivulla on runsaasti yhteyksiä psyykkiseen kärsimykseen. Laajassa meta-analyysissä kipuun liittyvä ahdistuneisuus sekä somatisaatio-oireilu olivat runsaammat kroonisesta kivusta kärsivillä kuin terveillä verrokeilla, mutta sen lisäksi esimerkiksi yleisessä ahdistuneisuus- ja masennusoireilussa sekä itsearvostuksessa oli huomattavia eroja potilaiden ja verrokkien välillä (Burke ym. 2015). Tällaiset tekijät voivat vaikuttaa haluun ja kykyyn toteuttaa seksuaalisuuttaan. Yhteys voi olla myös käänteinen: kivusta johtuvat epäonnistumiset seksuaalisuutensa toteuttamisessa voivat johtaa psyykkiseen kärsimykseen.

Ihmiset voivat kuvailla, kuinka kivulias keho tuntuu oudolta ja käyttökeltomalta, ja aktiviteeteille välttämättömät uudet toimintatavat ja niiden vaatima mielen joustavuus ja avoimuus voivat olla asiakkaille vaikeita tavoittaa (Ojala ym. 2015). Konkreettisesti seksiin liittyvään toimintaan kipu saattaa vaikuttaa asennon löytämisen vaikeutena (Rosenbaum 2010, 646). Sopivan asennon löytämiseen toki vaikuttaa, onko kyseessä partneri- vai sooloseksi ja liittyykö toimintaan esimerkiksi toive yhdynnästä. Alaselkäkipu voi huomattavasti vaikeuttaa hyvän asennon löytämistä, rentoutumista ja nauttimista, ja näin ollen seksuaalinen tyytyväisyys saattaa jäädä vähäisemmäksi, vaikka muuten seksi onnistuisikin (Bahouq ym. 2013). Huomioitavaa on, että

myös ”mielen toiminnot”, kuten unelmointi, haaveileminen, fantasiointi ja suunnittelu, voivat tuoda toivon, arvon ja onnellisuuden tunteita, vaikka helposti niitä ei nähdä ”tuotaviksi” toiminnoiksi (Persson ym. 2011).

Helposti ajatellaan, että elämä ilman kipua on ”normaalia” ja kivun kanssa normaali elämä ei ole enää mahdollista, kun totut toimintatavat eivät onnistu. Normaalin käsitettä on kuitenkin vaikeaa määritellä, ja asiakkaita olisi hyvä ohjata huomaamaan normaaliuden käsitteen laajuus ja vaihtelu (Ojala ym. 2015). Seksiin liittyvien normien ja rutiinien purkaminen ja uusien toimintatapojen kartoittaminen on tärkeää. Kuitenkin on mahdollista, että kun monet muut toiminnot voivat olla mahdottomia kroonisen sairauden vuoksi, seksi ja seksuaalisuus voivat tarjota mahdollisuuden tuntea itsensä ”normaaliksi” (Hattjar 2012, 3).

Seksuaalisuuden huomioon ottaminen kuntoutustyössä

Seksuaalisuuden ja kuntoutuksen kentän tutkimukset ovat usein pohjautuneet ajatuksen, että seksuaalisuus on tärkeä aihe ja että kuntoutustyöntekijöiden vastuuseen kuuluisen nostaminen keskusteluun, mutta ohjeiden siirtyminen konkreettisesti työotteeseen tai käytäntöön on ollut puutteellista (Areskog-Josefsson ym. 2016, Gott ym. 2004, Haboubi & Lincoln 2003, McGrath & Lynch 2014, Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, Young ym. 2020). Esimerkiksi 80 prosenttia ortopedeistä on raportoinut, että seksuaalisuus on otettu puheeksi asiakkaan kanssa harvoin tai ei ollenkaan lonkkaleikkauksen jälkeen (Dahm ym. 2004, 237), vaikka näiden potilaiden kohdalla varsinkin asentojen ohjaaminen voi olla tarpeellista. Samoin laajassa krooniseen kipuun liittyvässä väestön tutkimuksessa vain kymmenen prosenttia vastaajista oli puhunut seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Birke ym. 2019).

Seksuaalisuuden huomioon ottamisen kuntoutustyössä ei tulisi jäädä kahdenvälisen vuorovaikutustilanteiden varaan. Tarvitaan tiimi- ja organisaatiotasoisia käytäntöjä varmistamaan, että kivullosella asiakkaalla

on todellinen mahdollisuus tulla myös seksuaalisuutensa osalta huomioon otetuksi. Kliinisen työn ohjeet koko organisaatiossa helpottavat kaikkien ammattilaisten asian esille ottamista (Mick 2007, Pieters ym. 2018, Saunamäki & Engström 2014, Young ym. 2020).

Yksi tällainen palvelujärjestelmän tarkastelua auttava työkalu voi olla Recognition-malli (Coultrick ym. 2010). Mallissa kuvataan viisi vaihetta, joiden toteutuminen tulisi hoitopolussa taata. Ensimmäinen vaihe on tunnistaa, että asiakas ylipäättään on seksuaalinen olento. Se on muutakin kuin sen hyväksymistä, että asiakkaalla voi olla seksuaalisia haluja, joihin kipu vaikuttaa: kyse on myös kyvystä validoida ja normalisoida kokemuksia. Toinen vaihe on lupa seksuaalisista askarrutuksista puhumiseen. Tällöin asiakkaan annetaan ymmärtää, että hänellä on lupa ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita puheeksi, ja huolehditaan, että työryhmässä on yksi tai useampia työntekijöitä, joiden kanssa hän voi näitä asioita käsitellä. Kolmas vaihe on seksuaalisten askarrutusten varsinainen tarkastelu, jossa pyritään ymmärtämään toimintakyvyn vajauksen ja siten myös kivun merkitystä asiakkaan seksuaalisuudelle. Neljännessä vaiheessa kuntoutustyöntekijöiden tiimi työskentelee keskenään selvittääkseen kullekin ammattilaiselle hänen tarkoituksenmukaisen roolinsa asiakkaan seksuaalisten askarrutusten käsittelyssä ja niihin vaikuttamisessa. Viides vaihe käsittää asiakkaan jatkohoitoon ohjaamisen silloin, kun työryhmän osaaminen tai toimintamahdollisuudet ja asiakkaan tarpeet eivät kohtaa, sekä asiantuntija-avun tarjoamisen muille tahoille.

Seuraavassa käydään läpi seksuaalisuuden huomioon ottamista kuntoutustyössä mallin vaiheiden 1–3 ja 5 avulla. Neljäs vaihe koskee ammattiryhmien spesifiä osaamista eikä kuulu tähän katsaukseen.

Asiakkaan ottaminen huomioon seksuaalisena olentona

Erilaiset stereotypiat voivat vaikeuttaa seksuaalisuuden huomioon ottamista kivulloisen asiakkaan kuntoutustyössä. Saatamme

ajatella, että seksuaalisuus ei kosketa joitain asiakasryhmiä tai se ei ole tärkeä aihe joidenkin ihmisten kohdalla esiin nostettavaksi. Erityisesti ikääntyneitä ihmisiä kohtaan on helposti edelleen ennakkooajatuksia, ettei seksuaalisuus kosketa heitä (Bauer ym. 2016, Gott ym. 2004, 533). Ennakoasenteita voi olla myös liikunta- tai kehitysvammaisia ihmisiä kohtaan.

Kuntoutuja voi jäädä huomaamatta seksuaalisena olentona kuntoutustyöntekijän omien epämukavuuden tai osaamattomuuden tuntemusten vuoksi. Asenteet ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa negatiivisesti asiakaslähtöisyyteen sekä terapeuttiseen suhteeseen (Areskoug-Josefsson & Fristedt 2019, 6–7). Asenteidensa tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, ja ammattilaiset ovatkin kokeneet, että se saattaa auttaa yllättävien ja moniselitteisten tilanteiden hallintaa (Kazukauskas & Lam 2010). Koulutuksissa ei ole mahdollista opettaa kaikkia mahdollisia haasteita, käyttäytymismalleja tai eteen tulevia tilanteita ammattilaisille. Relevantimpaa on opettaa ammattilaisia tunnistamaan omia epämukavuuden tunteitaan seksuaalisuuden aiheita kohtaan ja käydä läpi strategioita, joilla käsitellä niitä niiden ohittamisen sijaan (Pynor ym. 2005, 47). On arvokasta reflektoida sitä, mikä itsessä resonoi, koska se voi kehittää huomattavasti terapiaprosessia (Hedges 2010, 75).

Lupa seksuaalisista askarrutuksista puhumiseen

Yleisimpiä syitä olla puhumatta seksuaalisuudesta ovat pelot siitä, että asiakas kokee kysymisen seksuaaliseksi häirinnäksi, että kysyminen aiheuttaa nolostumista ja yksityisyyden rikkomista tai että reaktiot vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen negatiivisesti (Areskoug-Josefsson ym. 2016, Areskoug-Josefsson & Fristedt 2019). Myös omien taitojen ja kompetenssin puute koetaan esteeksi keskustelun aloittamiselle: pelätään, että nousee asioita, joihin ei osata vastata (Gott ym. 2004, McGrath & Lynch 2014, Young ym. 2020).

Tutkimusten mukaan tuki- ja liikuntaelimistön oireiden parissa työskentelevillä

ammattilaisilla, kuten fysiatreilla, reumatologeilla, ortopedieilla ja fysio- ja toimintaterapeuteilla, ei välttämättä ole riittävästi työkaluja seksuaalisuuden ottamiseksi puheeksi (Rosenbaum 2010, Tajar ym. 2011). Kuntoutuksen ammattilaiset kiinnittävät usein huomiota apuvälineisiin, lastoihin ja tukiin, asentohoitoon ja fyysisiin harjoitteisiin, jotka parantavat nivelkestävyyttä ja voimaa, päämääränään edistää toimintakykyä, osallistumista sekä päivittäisten toimintojen laatua (Rosenbaum 2010). Saattaa olla, että ammattilaiset kokevat kompetenssinsa näiden asioiden osalta vahvemmaksi kuin seksuaalisuuden osalta.

Kuntoutusalan ammattilaiset usein odottavat asiakkaan itse ottavan halutessaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b). Tämä voi liittyä huoleen siitä, kuinka asiakas reagoi seksuaalisista teemoista kysyttäessä. Kuntoutustyöntekijöiden on kuitenkin hyvä tietää, että asiakkaat itse toivovat kuntoutustyöntekijöiden aktiivisuutta keskustelun aloituksissa (Bahouq ym. 2013) ja että asian esille ottaminen on asiakkaillekin vaikeaa, vaikka he haluaisivat siitä puhua (Gott & Hinchliff 2003). Vaikka esimerkiksi miehet saattavat tuntea epämukavuutta emotionaalisista asioista puhumisesta, he kuitenkin arvostavat asiasta kysymistä (Ahlsen ym. 2012, 1771). Työntekijän on syytä mieltää oma roolinsa niin, että kysymysten esittämisen vastuu on ammattilaisella (Ahlsen ym. 2012).

Keskustelun voi aloittaa esimerkiksi näin (Coultrick ym. 2010): ”Koen, että monet asiakkaat haluavat keskustella kanssani suhteistaan tai heillä on seksiä tai seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Puhun mielelläni aiheesta, mikäli teillä herää jotain kysyttävää.” Näin kunnioitetaan ihmisen yksityisyyttä, mutta annetaan selkeästi lupa keskustelulle. Työntekijä ei voi tietää, kenelle asiakkaalle aihe on tärkeä, ja siksi se täytyy tarjota kaikille (Coultrick ym. 2010, 295). Odotustilan ja vastaanottotilan mahdolliset esitteet tai julisteet voivat olla helposti toteutettava sanaton viesti asiakkaan rohkaisemiseksi aiheen esille nostamiseen (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b, Bauer ym. 2016).

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt ovat

tärkeä aihe kauttaaltaan kuntoutuksen koulutusohjelmissa, jotta yhdenvertainen hoito saavuttaisi kaikki heidän seksuaalisesta orientaatiostaan riippumatta (Areskoug-Josefsson & Gard 2015b). Yleisimpiä LBGQTQI+ ihmisten kokemuksia ovat kuntoutustyöntekijän tekemät yleistyksiset ja oletukset liittyen sukupuoleen tai seksuaalisuuteen heteronormatiivisuuden pohjalta (Ross & Setchell 2019). Vähemmistöön kuuluvat ihmiset kokevat, että jos palveluntuottaja tuo aktiivisesti esiin tietämyksensä seksuaalisuuden moninaisuudesta, se vähentää heidän vähemmistöstressiään (Grigorovich 2016).

Seksuaalisten askarrutusten tarkastelu

Haastattelu on keskeinen vuorovaikutuksen ja asiakkaan tilanteen arvioinnin väline, ja erilaiset kyselylomakkeet toimivat apuna puheeksi ottamisessa. Usein saatavilla olevat haastatteluohjeet ja -lomakkeet eivät juuri sisällä valmiita kysymyksiä seksuaalisen toiminnan tai seksuaalisuuden merkityksen kartoittamiseksi. Monille suomalaisille psykologeille tutussa *Kivun psykologia* -teoksessa (Estlander 2003) sukupuolielämä ja sen muutokset todetaan yhdeksi arvioinnin kohteeksi ja mainitaan viitteellisen haastattelurungon perhettä, ihmisuhteita ja elämänhistoriaa kartoittavassa osiossa. Haastattelurunko itsessään ei kuitenkaan sisällä yhtään seksuaalisuutta koskevaa valmista kysymystä, joten haastattelevan kuntoutustyöntekijän täytyy muotoilla sopivat kysymykset itse.

Suomessa käytettäviä kipukuntoutujien kanssa käytettyjä lomakkeita ovat yläraajan toimintakykyä mittaava DASH-kysely (Atroshi ym. 2000), kivun aiheuttamaa haittaa arvioiva Ostwestry-kysely (Fairbank & Pynsent 2000) ja Suomen kivuntutkimusyhdistyksen Kipukysely (Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen, päiväämätön). Niissä on kussakin yksi seksuaalisuuteen liittyvä kohta. Uskoa omaan toimintakykyyn kivusta huolimatta kartoittavassa PSEQ-kyselyssä (Karkkola & Kuittinen 2017) tai kroonisen kivun hyväksymistä tarkastelevassa CPAQ-kyselyssä (Ojala ym. 2013) ei kummassakaan ole seksuaalisuuteen liittyvää sisältöä.

On ymmärrettävää, että kyselylomakkeet, joilla pyritään kartoittamaan kipuun liittyvien ilmiöiden ja haittojen laajaa kirjoa, eivät voi painottaa mitään tiettyä osaluuetta. Luultavasti ne kuitenkin voivat toimia puheeksi oton apuvälineinä silloin, kun ammattilaisella on kekseliäisyyttä, harrastuneisuutta ja uskallusta kysyä myös seksuaalisuudesta laajemmin ja syvemmin kuin mihin kyselylomakkeet ulottuvat. On ammattilaisen vastuulla tarttua kyselylomakkeiden näihin kohtiin ja kysyä tarkentavia kysymyksiä, mikäli asiakas on niihin merkinnyt kivun tuomia haittoja tai haasteita.

On todettu, että ammattilaiset, jotka olivat saaneet lyhyenkin lisäkoulutuksen seksuaalisuuden aiheista, kokivat siitä keskustelemisen helpommaksi (Helland ym. 2013). Koulutusta saaneet ammattilaiset olivat enemmän aiheen kanssa sinut ja luottivat enemmän omiin taitoihinsa keskustella asiasta (Pieters ym. 2018, Saunamäki ym. 2010). Konkreettinen tiedonsaanti koulutuksissa siitä, miten seksuaalisuus muuttuu tai kuinka sairaus vaikuttaa seksuaalisuuteen, auttaa ammattilaisia asettamaan asiakkaiden hyvinvoinnin omien asenteidensa ja pelkojensa edelle (Saunamäki & Engström 2014). Lisäkoulutus ja työyhteisön yhteinen työskentely vaikuttavat oletettavasti positiivisesti ammattilaisten kompetenssiin, kokemukseen ja rohkeuteen keskustella aiheesta.

Jatko-ohjaus

Vaikka kaikki ammattilaiset eivät olisi taitavia puhumaan seksuaalisuudesta ja seksistä tai eivät halua niihin paneutua, asiakasta ei voi eikä tarvitse jättää yksin asian kanssa. Kirjallisten lähteiden antaminen voi olla hyödyllinen tapa antaa tietoa, mikäli keskustelu on vaikeaa (Areskoug-Josefsson & Gard 2015a, 520). Tärkeimpänä keinona seksuaalisuudesta keskusteluun on kuunnella asiakasta ja ohjata eteenpäin, mikäli hänellä on jotain enemmän kysyttävää (Areskoug-Josefsson & Gard 2015a, 521, Paice 2003). Ammatillinen verkostoituminen on tärkeää, ja kuntoutuksen ammattilaista voi auttaa jo tieto siitä, keneltä voi pyytää apua tai

kenelle asiakkaan voi ohjata, mikäli itse ei pysty seksuaalisuuden aiheisiin tarttumaan.

Pohdinta

Vaikka kroonisen kivun vaikutuksista seksuaalisuuteen löytyy melko vähän tutkimustietoa, erilaiset kipuun liittyvät haasteet ja ongelmat ovat tyypillisiä kuntoutuksen kentällä. Seksuaalisuus on syvimmillään sitä, mitä olemme, mitä tunnemme sekä miten olemme suhteessa itseemme ja muuhun maailmaan. Tätä kaikkea pitkäkestoinen kipu saattaa häiritä (Burke ym. 2015, Ojala ym. 2015, Valjakka 2019). Seksuaalisuuden laajemman merkityksen ymmärtäminen tuo kuntoutuksen ammattilaisille lisämerkitystä, kun pyrimme kohtaamaan asiakkaan ja hänen elämänsä kokonaisvaltaisesti ja merkityksellisesti. Ympäristön ja siinä toimivien verkostojen merkitys on jatkuvasti korostunut kuntoutuksen paradigman muutoksessa, joten verkostojen ja läheisten mukaan ottaminen on tärkeää. Seksuaalisuus voi olla tärkeä voimavara myös tästä näkökulmasta.

Ammattilaiset saattavat olettaa, että asiakas ottaa vastaanotolla esille tärkeiksi kokemiaan teemoja. Kuitenkin on huomattava, että nekin asiakkaat, jotka eivät aloita keskustelua itse, raportoi seksuaaliterveyden ongelmia suoraan tai koe siinä juuri niinä aikoina haasteita, saattavat haluta tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja kivun mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen (Ambler ym. 2001). Materiaalin, välineiden ja kyselylomakkeiden haasteet ja puutteet ovat huomattavat. Yksilölähtöiset teoriat ja vain harvoin seksuaalisuuden teemoihin ylittävät haastattelurungot tai kyselylomakkeet eivät automaattisesti johdata ammattilaisia asiakkaiden monenlaisten kontekstien ja yksilöllisten merkitysten äärelle. On myös pohdittava, onko seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille otto termillä ”sukupuolielämä” tarpeeksi sensitiivistä tai mahdollisuuksia avaavaa. Seksuaalisuus tai seksi eivät liity pelkästään sukupuoleen, eikä sukupuolisuutta tarvitse määritellä näistä asioista puhuttaessa. Seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöjen tunnistaminen ja huomioon ottaminen asiakasryhmänä on puutteellista,

mikä voi johtaa siihen, ettei vähemmistöön kuuluva tiedä, onko hänellä ikään kuin lupa ottaa asiansa esiin. Ihmissuhteiden ja seksuaalisuuden moninaisuudelle voi antaa tilaa keskustelun avauksessa helposti niin, ettei asiakas koe asioita vain oletettavan. Myös seksiin liittyviä oletuksia on syytä tarkastella. Seksi kattokäsitteenä voi tarkoittaa ihmisille hyvinkin erilaisia asioita. On tärkeää tarkentaa asiakkaan kanssa, mitä seksi hänelle merkitsee ja minkälaisessa toiminnassa siinä hänellä mahdollisesti on kipuun liittyviä haasteita.

Kunkin oman ammattikunnan oletusten, työvälineiden sekä tiimin toiminnan lisäksi ammattilaisten kannattaa tarkastella omaa itseään. Ammattilaisten omat tarinat orientoivat heitä huomaamaan tiettyjä teemoja ja terapiasuhteessa ja vuorovaikutuksessa ja ohittamaan jopa tietämättään toisia teemoja. Asiakas saattaa sivulauseessa tuoda keskusteluun seksuaalisuuteen liittyvän teeman, ikään kuin tunnustellen aiheen sopivuutta, ja ammattilaisten vastuulla on huomata näitä pieniä keskustelun avauksia ja kysymyksiä. Ennakkoluulot ja pelot voivat näkyä asiakkaalle kehonkielen kautta, ja silloin suljetaan ovi tältä keskustelulta.

Kuntoutuksen ammattilaiset ovat erityislaatuissa asemassa asiakkaan elämässä – he työskentelevät asiakkaidensa arjessa, henkilökohtaisten asioiden äärellä ja asiakassuhteet voivat olla pitkiä. He ovat usein niitä ammattilaisia, joita asiakas näkee useimmiten, jopa viikoittain. Nämä elementit edesauttavat luottamuksen syntymistä seksuaalisuudesta keskusteluun (Pynor ym. 2005). Tilan antaminen seksuaalisuudesta keskustelemiselle voi vahvistaa vuorovaikutussuhdetta asiakkaan kanssa niin, että asiakkaan motivaatio kohenee myös muissa kuntoutuksen tavoitteissa. Seksuaalisuuden ymmärtäminen osana ihmisen kokonaisuutta voi kasvattaa yhteistyötä uudelle tasolle.

Tulosten merkitys: Kroonisen kivun vaikutuksista seksuaalisuuteen tarvitaan lisää tietoa ja keskustelua. Lantion- ja genitaalialueen kivuista ja niiden merkityksestä seksuaalisuudelle löytyy tutkimusta enemmän, mutta holistinen lähestymistapa vaatisi laajempaa ymmärrystä erilaisten kokonaisuuksien vaikutuksista toisiinsa myös kuntoutustyössä. Seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvät keskustelut jäävät kapea-alaisiksi ja yhdyntäkeskeisiksi, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, ettei kivun vaikutuksia seksuaalisuuteen osata nähdä tarpeeksi laaja-alaisesti. Kuntoutuksen kentällä olisi tärkeää lisätä tietoa ja taitoa seksuaalisuuden huomioon ja puheeksi ottamiseksi.

Tiivistelmä

Krooninen kipu on maailmanlaajuinen ongelma, joka liittyy moniin eri sairauksiin ja tilanteisiin. Kipu näkyy monien kuntoutusalan ammattilaisten vastaanotoilla, ja kivun laaja-alaiset vaikutukset ilmenevät asiakkaan kaikilla elämän osaluilla. Kuntoutus pyrkii kohtaamaan ihmisen kokonaisvaltaisesti, ja myös ihmisen seksuaalisuuden tunnistaminen olisi tärkeää osana hyvinvoinnin edistämistä. Kroonisen kivun ja seksuaalisuuden yhteydestä löytyy kuitenkin vain vähän tutkimustietoa, erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön kipujen osalta. Kuntoutusalan ammattilaisilla on erityislaatuista mahdollisuutta edistää asiakkaiden seksuaaliterveyttä. Katsaus kokoaa yhteen tutkimustietoa kivun yhteyksistä hyvinvointiin ja erityisesti seksuaalisuuteen. Erityisesti huomionarvoista on, että katsaus ei rajoitu yhdyntään tai lantion alueen kipuihin vaan laajemmin krooniseen kipuun. Katsauksen toisena näkökulmana on kuntoutus ja kuntoutustyöntekijöiden mahdollisuudet seksuaaliterveyden edistäjinä.

Avainsanat: krooninen kipu, kuntoutus, seksuaalisuus, puheeksi otto

**Henna Kekkonen, toimintaterapeutti YAMK,
erityistason seksuaaliterapeutti NACS,
Terapiaperhonen Oy**

Petri Karkkola, PsT, terveystieteiden erikoispsykologi, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto

Teemu Ripatti, fysioterapeutti OMT

Lähteet

- Ahlsen B, Mengshoel AM, Solbrække KN (2012) Troubled bodies - troubled men: A narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disabil Rehabil* 34, 21, 1765–1773. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.660601>
- Ajo R, Segura A, Inda MM, Planelles B, Martínez L, Ferrández G, ..., Peiró A (2016) Opioids increase sexual dysfunction in patients with non-cancer pain. *J Sex Med* 13, 9, 1377–1386. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.003>
- Ambler N, Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G (2001) Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain* 17, 2, 138–145. <https://doi.org/10.1097/00002508-200106000-00006>
- Areskoug-Josefsson K, Fristedt S (2019) Occupational therapy students' views on addressing sexual health. *Scand J Occup Ther* 26, 4, 306–314. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1418021>
- Areskoug-Josefsson K, Gard G (2015a) Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiother Theory Pract* 31, 6, 390–395. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1023876>
- Areskoug-Josefsson K, Gard G (2015b) Sexual health as a part of physiotherapy: The voices of physiotherapy students. *Sex Disabil* 33, 4, 513–532. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9403-y>
- Areskoug-Josefsson K, Larsson A, Gard G, Rolander B, Juuso P (2016) Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sex Disabil* 34, 3, 289–302. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9442-z>
- Atroski I, Gummesson C, Andersson B, Dahlgren E, Johansson A (2000) The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: Reliability and validity of the Swedish version evaluated in 176 patients. *Acta Orthop* 71, 6, 613–618. <https://doi.org/10.1080/000164700317362262>
- Bahouq H, Allali F, Rkain H, Hajjaj-Hassouni N (2013) Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: Barriers and patients' expectations. *Clin Rheumatol* 32, 10, 1487–1492. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2299-y>
- Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D (2016) Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health care setting. *Health Expect* 19, 6, 1237–1250. <https://doi.org/10.1111/hex.12418>
- Birke H, Ekholm O, Højsted J, Sjøgren P, Kurita GP (2019) Chronic pain, opioid therapy, sexual desire, and satisfaction in sexual life: A population-based survey. *Pain Med* 20, 6, 1132–1140. <https://doi.org/10.1093/pm/pny122>
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10, 4, 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Burke ALJ, Mathias JL, Denson LA (2015) Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta analytic review. *Br J Clin Psychol* 54, 3, 345–360. <https://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Chen LW, Chen MY, Lian Z, Lin H, Chien C, Yin H, . . . Chen K (2018) Amitriptyline and sexual function: A systematic review updated for sexual health practice. *Am J Mens Health* 12, 2, 370–379. <https://doi.org/10.1177/1557988317734519>
- Couldrick L, Sadlo G, Cross V (2010) Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: The Recognition model. *Int J Ther Rehabil* 17, 6, 290–299. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.6.48152>
- Dahm DL, Jacofsky D, Lewallen DG (2004) Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: A survey of members of the American association of hip and knee surgeons. *Clin Orthop Relat Res* 428, 237–240. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000137555.74475.a5>
- Estlander A (2003) Kivun psykologia. WSOY, Helsinki.
- Fairbank J, Pynsent P (2000) The Oswestry disability index. *Spine* 25, 22, 2940–2953.
- Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 21, 5, 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>
- Gott M, Hinchliff S (2003) Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Fam Pract* 20, 6, 690–695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
- Grigorovich A (2016) The meaning of quality of care in home care settings: Older lesbian and bisexual women's perspectives. *Scand J Caring Sci* 30, 1, 108–116. <https://doi.org/10.1111/scs.12228>
- Haboubi NHJ, Lincoln N (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 25, 6, 291–296. <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hamed S (2018) Sexual dysfunctions induced by pregabalin. *Clin Neuropharmacol* 41, 4, 116–122. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000286>
- Hattjar B (2012) Overview of occupational therapy and sexuality. Teoksessa B Hatjjar (toim.)

- Sexuality and occupational therapy: Strategies for persons with disabilities. American Occupational Therapy Association, USA.
- Hedges F (2010) *The reflexivity in therapeutic practice*. Red Globe Press, London, UK.
- Helland Y, Garratt A, Kjeker I, Kvien T, Dagfinrud H (2013) Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: Results of a survey of health professionals. *Scand J Rheumatol* 42, 1, 20–26. <https://doi.org/10.3109/03009742.2012.709274>
- Karkkola P, Kuittinen, M (2017) Kipupystyvyyskyselyn ominaisuudet tuki- ja liikuntaelinkuntoutujilla. *Psykologia* 52, 4, 276–292.
- Kazukauskas KA, Lam CS (2010) Disability and sexuality: Knowledge, attitudes, and level of comfort among certified rehabilitation counselors. *Rehabil Couns Bull* 54, 1, 15–25. <https://doi.org/10.1177/0034355209348239>
- Lorenz T, Rullo J, Faubion S (2016) Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 91, 9, 1280–1286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033>
- Mäntyselkä PT, Turunen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA (2003) Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 290, 18, 2435–2442. <https://doi.org/10.1001/jama.290.18.2435>
- McGrath M, Lynch E (2014) Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disabil Rehabil* 36, 8, 651–657. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.805823>
- Mick, JM (2007) Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs* 11, 5, 671–675. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.671-675>
- Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A (2015) Chronic pain affects the whole person - a phenomenological study. *Disabil Rehabil* 37, 4, 363–371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Ojala T, Piirainen A, Sipilä K, Suutama T, Häkkinen A (2013) Reliability and validity study of the Finnish version of the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) *Disabil Rehabil* 35, 4, 306–314. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.694572>
- Paice J (2003) Sexuality and chronic pain. *Am J Nurs* 103, 1, 87–89. <https://doi.org/10.1097/00000446-200301000-00079>
- Persson D, Andersson I, Eklund M (2011) Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain. *Scand J Occup Ther* 18, 3, 188–197. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.509810>
- Pieters R, Kedde H, Bender J (2018) Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention. *Disabil Rehabil* 40, 6, 732–739. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1271026>
- Pynor R, Weerakoon P, Jones MK (2005) A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice. *Physiother* 91, 1, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.06.012>
- Rosenbaum TY (2010) Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med* 7, 2, 645–653. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01490.x>
- Ross MH, Setchell J (2019) People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: A survey. *J Physiother* 65, 2, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.002>
- Saunamäki N, Andersson M, Engström M (2010) Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *J Clin Nurs* 66, 6, 1308–1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Saunamäki N, Engström M (2014) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs* 23, 3–4, 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki M, Tervo P, Väisälä L (2016) Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sosiaalilääk Aikak* 53, 4, 286–293.
- Suomen Kivuntutkimusyhdystys (päiväämätön) Kipukysely. Noudettu osoitteesta <https://www.skty.org/@Bin/171660/Kipukysely.pdf>
- Tajar A, O'Neill TW, Lee DM, O'Connor DB, Corona G, Finn JD, . . . McBeth J (2011) The effect of musculoskeletal pain on sexual function in middle-aged and elderly European men: Results from the European male ageing study. *Rheumatol* 38, 2, 370–377. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100604>
- Taylor B, Davis S (2006) Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand* 21, 11, 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382>
- Valjakka A (2019) Kivun psykologia ja kroonisen kivun hoito. Teoksessa S Sinikallio (toim.) *Terveiden psykologia*. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- World Health Organization (2006) Defining sexual health. Noudettu osoitteesta http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Young K, Dodington A, Smith C, Heck CS (2020) Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Can J Occup Ther* 87, 1, 52–62. <https://doi.org/10.1177/0008417419855237>