

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA

3(1), 2018



JULKAISIJA:

Suomen Seksologinen Seura ry
Helsinki

Toimittajat:

J. Tuomas Harviainen
Hanna Vilkkä
Osmo Kontula

ISSN 2342-723X

Esipuhe: Seksuaalivaikutukset ja arki

Hanna Vilkka, *VTT, sosiologi*

Tämän julkaisun neljän tekstin kantava yhteinen teema on seksuaalivaikutukset. Seksuaalivaikutusten kontekstina kaikissa on ihmisen arki ja hänen elämänsä seksuaalisena kipuiluineen, toiveineen, tuen ja kuulumisen tarpeineen. Mitä yhteistä on seksuaalikasvatuksella, seksitaudeilla, lapsettomuudella ja psyykkisellä sairaudella? Haapan, Suomisen ja Kylmän (2018) sanoin: Ne ”koskettavat aina vähintään kahta ihmistä.”

Sihvonen tarkastelee katsauksessaan, millaista tietoa on raportoitu tahattoman lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja miten seksuaalivaikutusten hoito näyttäytyy seksuaaliterapiassa. Lapsettomuuskokemus merkitsee Sihvosen (2018) mukaan katkosta, muutosta tai käännekohtaa elämänkaressa. Tahaton lapsettomuus muuttaa odotettua elämäntietoa. Siksi olisi tärkeää, että seksuaalisuuden kysymykset huomioitaisiin lapsettomuutta kokevien psykososiaalisessa tuessa tai terapiassa. Psykososiaalinen tuki kannattelisi tulevaisuusorientaatiota ja helpottaisi sopeutumisprosessia. Sihvosen katsauksen mukaan tahattoman lapsettomuuden parissa on edelleen tutkimustarvetta. Erityisesti tutkimusta tarvitaan sen määrittämiseksi, mitkä tekijät säätelevät seksuaalivaikutuksia ja mistä tapauskohtaiset erot johtuvat lapsettomuutta kokevilla.

Haapa, Suominen ja Kylmä kuvaavat seksitautitartunnan saaneiden kokemusta arkeensa, tulevaisuuteensa ja muihin ihmisiin. Kuten kirjoittajat toteavat, taudin kanssa eläminen vaikuttaa aina jollakin tavalla ihmisen seksuaalisuuteen. Seksuaalivaikutukset seksitautitartunnan saaneilla näyttäytyvät muun muassa hankauksina parisuhteessa ja haavoittuneena seksielämänä. Haapan, Suomisen ja Kylmän (2018) mukaan seksitautien ennalta ehkäisemistä voidaan kehittää entistä vaikuttavammaksi. Tämä edellyttää sitä, että seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä asioita tuodaan tutkimuksissa monipuolisesti esiin. Tutkimusta tarvittaisiin etenkin kumppanin näkökulmasta, jolla ei ole tartuntaa.

Vilkka, Hotta ja Koskela (2018) esittelevät käynnistettyä sateenkaari-ihmisten läheisten ja omaisten vertaistoimintaa, joka käynnistettiin Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:ssä syksyllä 2017. Läheisen mielenterveysongelmista on usein vaikea puhua. Erityisen vaikeaa se on, kun oma tai läheisen elämä on monimuotoista sukupuolisesti tai seksuaalisesti. Yhteiskunnassa herkästi ajatellaan, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön identifioidut on syy psyykkiseen oireiluun. Alttius psyykkiseen oireiluun rakentuu kuitenkin arjen kuormittavuudesta, stressistä ja suojaavien tekijöiden murtumisesta, eikä sukupuolesta tai seksuaalisuudesta. Vertaisryhmätoiminnan tarkoitus on työstää omaisten tai läheisten kanssa yhdessä yksilöllisiä kuormittavuudesta tai arjen paineista kertovia tunteita ja asioita, kartuttaa voimavaroja ja jaksamista vertaisten kanssa sekä ehkäistä oman ahdistuksen tai masennuksen kehittymistä huolen keskellä.

Ammatillinen seksuaalikasvatus on myös vaikuttamistyötä. Seksuaalivaikutukset näkyvät niin seksuaalisuuteen liittyvässä suhtautumisessa yhteiskunnassa kuin jokaisen ihmisen omana kasvuna seksuaalisuudessaan. Ruuhilahti ja Åman (2018) määrittelevät tekstissään ammatillista seksuaalikasvatusta sekä tarkastelevat ammatillisen seksuaalikasvattajan toimintaperiaatteita ja eettisiä ohjeita. Kirjoittajat antavat seikkaperäisen mutta tiiviin katsauksen seksuaalikasvattajan eettisiin ohjeisiin, jotka on hyväksytty NACS:n yleiskokouksessa Tartossa vuonna 2016. Tiivistyksestä ammatillisen seksuaalikasvattajan on helppo rakentaa huoneentaulu omaan työtilaan.

Haapa, Suominen ja Kylmä (2018) toteavat artikkelissaan, että ”seksuaalisuus on yksi ihmisyyden keskeinen elementti, joka kuitenkin on ihmisen kaikkein salaisin ja henkilökohtaisin ominaisuus.” Seksuaalisuudella on jokaisen ihmisen elämäntilassa paikkansa. Omassa elämäntilassa Ruuhilahden ja Åmanin (2018) mukaan jokaisen pitäisi voida tuntea ja kokea oman seksuaalisuutensa positiivisena ja arvokkaana. Kuitenkin seksuaalisuuteen kietoutuvat pulmat, kuten lapsettomuus, mielenterveysongelma tai seksitaudit, saattavat olla hyvinkin ahdistavia ja arkea kuormittavia myös läheisille. Silloin saatetaan tarvita neuvoa, tukea ja ammatillista seksuaalikasvatusta myös läheisille. Kuten Vilka, Hotta ja Koskela (2018) toteavat: Kun läheisellä on keinoja

huolehtia omasta hyvinvoinnistaan, hän jaksaa tukea läheisen hyvinvointia. Elämänlaatu saattaa kaikin puolin kohentua jokaisella. Erilaisten arjen seksuaalivaikutusten keskellä mielen hyvinvointi tukee sekä omaa että toisen seksuaalista hyvinvointia ja päinvastoin. Tekstien keskeinen viesti on: Seksuaalisuuden ja mielen hyvinvointi kuuluu kaikille.

Lähteet

Haapa, T., Suominen, T. ja Kylmä, J. (2018) Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. *Seksologinen aikakauskirja* 3 (1), 3-15.

Ruuhilahti, S. ja Åhman, S. (2018) Seksuaalikasvatus ja eettiset ohjeet. *Seksologinen aikakauskirja* 3 (1), 35-37.

Sihvonen, J. (2018) Seksuaalisuus lapsettomuuskokemuksen kourissa. *Seksologinen aikakauskirja* 3 (1), 16-34.

Vilkkä, H., Hotta, M. ja Koskela, K. (2018) Astu SaTu:n — Hyvinvointi kuuluu kaikille! *Seksologinen aikakauskirja* 3 (1), 38-40.

Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin

Toni Haapa, *TtM, TtT-opiskelija, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Tarja Suominen, *THT, professori, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Jari Kylmä, *FT, TtL, dosentti, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tartunnan saaneen kokemusta seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla (n=8) ja se analysoitiin sisällönanalyysillä. Arki tartunnan saaneen kokemana tarkoitti arjen muuttumattomuutta ja toisaalta arjen muuttumista. Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen ilmeni muuttumattomana tulevaisuutena ja toisaalta tuntemattomana. Seksitauti suhteissa muihin ihmisiin koettiin taudista kertomiseen liittyvänä dilemmana, ympäristön vaihtelevana suhtautumisena ja haavoittuneena seksielämänä.

Avainsanat: Seksitauti, Tartunta, Seksuaaliterveys, Seksuaalisuus, Elämänlaatu

Tutkimuksen lähtökohdat

Seksuaalisuus on yksi ihmisyyden keskeinen elementti, joka kuitenkin on ihmisen kaikkein salaisin ja henkilökohtaisin ominaisuus. Seksuaalikäyttäytymisellään ihminen voi tavoitella erilaisia asioita, kuten nautintoa tai yhteyttä toiseen ihmiseen. (Kontula 2009.) Toisaalta kahden ihmisen kaikkein intiimeimmän kanssakäymisen seurauksena leviää myös tarttuvia tauteja, joilla voi olla lyhyt- tai pitkäaikaisia vaikutuksia tartunnan saaneen elämään (Hawkes 2008). Vuonna 2016 Suomessa tilastoitiin seksitauteja seuraavasti: (kpl) klamydia 14 312, kuppa 231, tippuri 417, hiv 183, hepatiitti (HBV) 11 sekä hepatiitti C (HCV) 1150 (THL 2017). HPV-viruksen aiheuttamat kondyloomat ja genitaalierpes eivät kuulu ilmoitettaviin seksitauteihin ja siksi niistä ei ole tilastotietoja saatavilla. Tiedetään kuitenkin, että ne ovat klamydian jälkeen tavallisimpia infektioita

sukupuolitautilien poliklinikoilla. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.) Seksitaudit voidaan jakaa niiden luonteen perusteella parantuviin ja parantumattomiin (WHO 2016, Mapp ym. 2017). Tässä artikkelissa parantuvilla seksitaudeilla tarkoitetaan klamydiaa, kuppaa sekä tippuria ja parantumattomilla tarkoitetaan hiviä, kondyloomia sekä genitaalierpeistä. Hepatiitit B ja C voidaan lukea kuuluviksi sekä parantuviin että parantumattomiin seksitauteihin. (Jaakola ym. 2016.)

Seksitauti suhteessa tartunnan saaneen arkeen

Seksitauti voidaan kokea arjessa eri tavoin. Sopeutuminen on yksi merkittävä tekijä, joka liittyy seksitaudin kanssa elämiseen. Sopeutumista tapahtuu suhteessa huononevaan terveydentilaan ja kykyyn sietää hiviin (Hondien ym. 2006) tai c-hepatiittiin (Sgorbini ym. 2009) liittyvät kärsimykset. Tyypillistä on, että mitä enemmän aikaa tartunnasta kuluu sitä vähemmän parantumaton seksitauti, esimerkiksi hiv, vaikuttaa elämänlaatuun (Hondien ym. 2006). Toisaalta parantumattoman seksitaudin, kuten kondylooma, vaiheittainen uusiutuminen vaikuttaa koettuun elämänlaatuun heikentävästi (Drolet ym. 2011).

Seksitauti suhteessa tartunnan saaneen tulevaisuuteen

Seksitaudin saaneen kokemukset tulevaisuudesta liittyvät tulevaisuuteen suuntautumiseen ja toisaalta sen näkymiseen epävakaana (Sgorbini ym. 2009). Huolta tulevaisuudesta leimaa seksitaudin komplikaatiot, erityisesti HPV:n yhteys genitaalialueen syöpiin (Mortensen 2010, Mortensen ja Larsen 2010). Huolta tulevaisuudesta luonnehtivat pelot kehonkuvan muutoksista taudin, esimerkiksi kondylooman, etenemisen seurauksena (Mortensen 2010, Drolet ym. 2011). Hiviä sairastavien kokemukset tulevaisuudesta voivat ilmetä uudenlaisina toiveina elämälaadun (Uphold ym. 2007) ja eliniän pituuden suhteen (Balaile ym. 2008).

Seksitauti suhteessa muihin ihmisiin

Suhteissa muihin ihmisiin seksitaudin koetaan vaikuttavan negatiivisesti seksuaali- ja rakkauselämään sekä siihen miten ympäristö suhtautuu tartunnan saaneeseen. Seksitauteihin liittyy edelleen voimakas stigma, joka on vaikeuttanut seksitautien ennaltaehkäisyä ja kontrollointia. Lisäksi tiedetään, että stigma voi muodostaa esteen seksitautitesteihin

hakeutumiselle, hoidolle ja taudista kertomiselle, mutta toisaalta se vaikuttaa myös tartunnan saaneiden terveyteen ja elämänlaatuun. (Hood ja Friedman 2011.) Seksitaudista kertomisen vaikeus tulee esille useissa tutkimuksissa. Pelkona kertomisessa on torjutuksi tuleminen. Taudista kerrotaan yleensä vain läheisille ystäville. Vakituinen partneri saa todennäköisemmin kuulla tartunnasta kuin satunnainen partneri. (Montgomery ym. 2008, Mark ym. 2009, Mortensen 2010.) Seksitautitartunnan myötä voidaan kokea eristäytymistä sosiaalisista verkostoista ja epävarmuutta ihmissuhteissa (Sgorbini ym. 2009, Mortensen 2010). Ihmissuhteet koetaan kuitenkin merkityksellisiksi elämänlaadun kannalta esimerkiksi hivin saaneiden näkökulmasta (Abboud ym. 2011).

Seksitaudin koetaan huonontavan seksuaali- ja rakkauselämää (Newton ja McCabe 2008, Mark ym. 2009, Mortensen 2010). Seksitauti on uhkana parisuhteelle, joka määrittelee osaltaan taudin kanssa elämistä. C-hepatiittia sairastavat kokevat, että suhde partneriin kärsii taudin myötä ja intiimisyys vähentyy parisuhteessa. (Sgorbini ym. 2009.) Seksin harrastamiseen liittyvät vaikeudet ilmentävät muutoksia seksuaalitoiminnoissa. Seksin harrastaminen voidaan kokea vastenmieliseksi (Mortensen 2010, Salahanda de Almeida 2010). Seksitoimintojen häiriöitä kuvaavat orgasmin saamisen vaikeus ja yhdyntäkipu (Mortensen 2010, Cai ym. 2011). Toisaalta turvaseksiin liittyvät asiat ovat merkittävä osa seksitaudin saaneen seksuaaliterveyttä (Hawkes 2008). Pelkoa seksitaudin saaneelle voivat aiheuttaa myös taudin tarttumiseen liittyvät asiat (Mark ym. 2009, Drolet ym. 2011).

Seksitauteja koskeva tutkimustieto on hyvin tautikeskeistä keskittyen tyypillisesti kuvaamaan tietyn seksitaudin vaikutuksia joko seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen tai elämänlaatuun. Tartunnan saaneen kokemusmaailman monipuolinen kuvaus on vielä vähäistä ja suomalainen tutkimustieto puuttuu. Aiheesta kuitenkin tarvitaan kokoavaa ja ymmärtää tietoa, jotta tartunnan saaneita pystytään tukemaan asiakaslähtöisemmin ja samalla preventiivistä työtä voidaan kehittää vaikuttavammaksi.

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Tarkoituksena oli kuvata tartunnan saaneen kokemusta seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kokonaisvaltainen kuvaus tartunnan saaneen kokemuksista, jonka vuoksi tutkimusta ei rajattu koskemaan tiettyjä seksitauteja. Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen?
2. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen?
3. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Tutkimukseen valittiin kuvaileva laadullinen tutkimusote, jonka tavoitteena on tuottaa kattava yhteenveto tutkittavasta ilmiöstä ja tutkijoiden tarkoituksena on pitäytyä mahdollisimman lähellä heidän alkuperäistä aineistoaan (Sandelowski 2000, Kylmä ja Juvakka 2012) Menetelmän valintaan vaikutti se, etteivät aikaisemmat tutkimukset olleet riittävän monipuolisesti kuvanneet tartunnan saaneen kokemuksia seksitautiinsa liittyen (Polit ja Beck 2010, Kylmä ja Juvakka 2012).

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat ihmiset, joilla oli todettu jokin seksitauti. Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, koska yleistettävän tiedon sijaan tavoitteena oli tuottaa kuvaus tartunnan saaneen ainutkertaisista kokemuksista (Abrams 2010). Tiedonantajien rekrytointiprosessi tapahtui erään yliopistollisen sairaalan sukupuolitautien ja infektiosairauksien poliklinikalla. Hoitohenkilökunta antoi potentiaalisille tiedonantajille informaation tutkimuksesta, jonka jälkeen halukkaat ottivat yhteyttä haastattelijaan puhelimitse tai sähköpostitse. (Abrams 2010, Kylmä ja Juvakka 2012)

Tutkimuksen tiedonantajina oli kahdeksan (n=8) seksitautia sairastavaa miestä. Tutkimukseen tavoiteltiin 20 tiedonantajaa, mutta tutkimuksen sensitiivisyys saattoi vaikuttaa siihen, että tiedonantajien määrä jäi kahdeksaan. Tutkimuksen katsottiin olevan sensitiivinen, aiheeltaan ja

osallistujajoukoltaan, seksitauteihin usein liittyvän stigman vuoksi, joka voi osaltaan vähentää seksitautiin sairastuneiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. (Aho ja Kylmä 2012.) Tiedonantajien ikäjakauma oli 24 vuodesta 53 vuoteen. Kahdella tiedonantajalla oli seksitautina genitaaliherpes, neljällä hiv, yhdellä kondylooma ja yhdellä klamydia. Genitaaliherpeksen ja hivin sairastamisaika vaihteli kahteen vuodesta 20 vuoteen. Tartuntahetkellä tiedonantajista neljä oli ollut vakituksessa parisuhteessa. Tutkimuksen aikana tiedonantajista neljällä oli vakituinen parisuhde. Yhdellä tiedonantajalla oli myös aiemmin ollut seksitauti.

Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna keväällä 2012. Haastattelun teemat pohjautuivat aiempiin aihealueen tutkimuksiin, jotka on kuvattu tutkimuksen lähtökohdissa (seksitauti suhteessa tartunnan saaneen arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin). Neljä haastatteluista toteutettiin puhelimitse ja neljä tiedonantajaa tuli yliopistollisen sairaalan tiloihin haastatteluun. Haastatteluiden kesto vaihteli 25 minuutista tuntiin ja 45 minuuttiin. (Kylmä ja Juvakka 2012.)

Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalysillä deduktiivis-induktiivisesti. Analyysiprosessi sisälsi haastatteluiden nauhoittamisen, litteroinnin sekä aineiston pelkistämisen, luokittelun ja abstrahoinnin. Aineisto analysoitiin haastatteluteemojen sisällä induktiivisesti. Saadut alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistykksiä oli tutkimuskysymyksittäin yhteensä 394 jakautuen seuraavasti (kpl): kokemus seksitaudista suhteessa arkeen 66, kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen 38 ja kokemus seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin 290. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset alaluokiksi. Taulukossa 1 kuvataan esimerkin avulla alaluokkien muodostumista. Sisällöllisesti samankaltaiset alaluokat ryhmiteltiin edelleen yläluokiksi. Sisällöllisesti samankaltaiset yläluokat muodostivat pääluokkia. Aineiston analyysin kaikissa vaiheissa palattiin alkuperäiseen aineistoon varmentamaan merkityssisältöjä ja luokkien nimeämiset tehtiin aineistolähtöisesti. (Sandelowski 2000, Kyngäs ym. 2011, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka
"... melkeen se menee niinku päivä kerrallaan."	menee päivä kerrallaan	Hetkessä eläminen
"Kattoo mitä tuleman pitää..."	katsoo mitä tulevaisuus tuo	
"...että pidemmällä aikavälillä ei niinku pysty tekeen suunnitelmia."	pidemmälle aikavälille ei voi tehdä suunnitelmia	
"Että mun ei tarvii aatella muutaku, että mä meen päivä kerrallaan..."	ei tarvitse ajatella kuin päivä kerrallaan	
"Aika näyttää, en mä siitä aseta itselleen mitään paineita."	aika näyttää ei aseta itselleen paineita	
"Että se on sitten mitä tapahtuu niin tapahtuu."	tapahtuu mitä tapahtuu	
"Pittää vaan elää tässä hetkessä ja nyt..."	pitää elää tässä hetkessä ja nyt	

Taulukko 1. Esimerkki alaluokan muodostumisesta.

Tulokset

Seksitaudin kokeminen suhteessa arkeen

Seksitaudin kokeminen suhteessa arkeen tarkoitti **arjen muuttumattomuutta** ja toisaalta **arjen muuttumista** tartunnan saamisen jälkeen (Taulukko 2).

Arjen muuttumattomuus tarkoitti sitä, *ettei parannettu seksitauti vaikuta arkeen*. Tiedonantajat kuvasivat, ettei taudilla ollut minkäänlaisia vaikutuksia arkipäivän elämässä. Tätä kuvasi seuraava alkuperäisilmaus: *"No ei se oikein ehtinyt siihen arkeen vaikuttaa millään tavalla."* (klamydia).

Arjen muuttuminen puolestaan näkyi *arjen rutiinien muuttumisena* ja *suoriutumisen arjen askareista voinnin mukaan*. Lisäksi se tarkoitti, sitä että *taudin aktivoituminen muistuttaa sen olemassa olosta* ja että *lääkkeet ovat kumppaneita arjessa*.

Arjen rutiinien muuttuminen tarkoitti työelämästä poisjäämistä hivin vuoksi ja sen tuomaa helpotusta. Toisaalta hivistä huolimatta saatettiin jatkaa työelämässä, mutta silloin heräsivät kysymykset mahdollisesta ammatinvaihdosta tartunnan seurauksena. Arjen toimintojen uudelleen opettelu hivin kanssa ilmensi myös arjen rutiinien muuttumista. Tätä tiedonantajia kuvasivat näin: *”...et opettelee sen oman elämän uudellee.”* (hiv).

Suoriutuminen arjen askareista voinnin mukaan tarkoitti sitä, että yleisen voinnin koettiin rytmittävän arkea. Työssä käyminen kuului osaksi normaalia arkea. Toisaalta koettiin, että itseään pitää aktivoida päivittäisiin askareisiin saadakseen elämästä kiinni. Pirstävät vapaa-ajan askareet olivat monipuolisia kuntosalilla käymisestä illanistujaisiin ja elokuvissa käymiseen. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”...että voinnin mukaan eletään ja mennään ja tehdään mitä tehdään.”* (hiv), *”Mä kävin normaalisti duunissa, tietenkin niiden virtsaoireiden takii tuli vähä ongelmii ku piti töissä koko ajan vessassa käydä.”* (klamydia).

Genitaaliherpeksen kanssa elämiseen liittyy se, että *taudin aktivoituminen muistuttaa sen olemassa olosta*. Genitaaliherpeksen puhkeaminen merkitsi tartunnan alkuvaiheeseen liittyvien harmittavien tunteiden palautumista mieleen. Tätä ilmentää seuraava ilmaus: *”Joskus taudin puhkeaminen rajuna aiheuttaa myös syvää vihan tunnetta.”* (genitaaliherpes). Toisaalta uusiutuvien oireiden tunnistaminen oli jo muotoutunut osaksi arkea.

Seksitautitartunnan saaneet kuvasivat *lääkkeitä arjen kumppaniksi*. Tämä tarkoitti seksitauteihin kuuluvan lääkityksen mukana kantamista. Lääkehoidon koettiin rytmittävän arkea, erityisesti hiv-lääkityksen, joka piti tartunnan mielessä säännöllisesti. Tästä esimerkkinä seuraavat ilmaukset: *”Sillä tavalla asia (tartunta) o mielessä joka päivä ku ottaa pillerit.”* (hiv), *”Nyt ku on säännöllinen lääkitys niin joka päivä pitää samaan aikaan muistaa ottaa lääkkeet.”* (hiv).

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
ARJEN MUUTTUMAT-TOMUUS	Parannettu seksitauti ei vaikuta arkeen	Taudilla ei ole vaikutuksia arkeen
ARJEN MUUTTUMINEN	Arjen rutiinien muuttuminen	Hivin vuoksi työelämästä poisjääminen helpotus
		Kysymys ammatinvaihdosta hiv-tartunnan seurauksena
		Arjen toimintojen uudelleen opetteleminen hivin kanssa
	Suoriutuminen arjen askareista voinnin mukaan	Yleinen vointi rytmittää arjen askareita
		Työ osana normaalia arkea
		Itsensä aktivoiminen päivittäisiin askareisiin
		Pirstävät vapaa-ajan askareet
	Taudin aktivoituminen muistutus sen olemassa olosta	Genitaaliherpeksen puhkeaminen palauttaa tartuntaan liittyvät harmittavat tunteet
		Genitaaliherpeksen uusiutuvien oireiden tunnistaminen osana arkea
		Lääkkeet arjen kumppanina
		Lääkityksen mukana kantaminen
		Lääkkeet rytmittävät arkea

Taulukko 2. Seksitautin kokeminen suhteessa arkeen.

Seksitauti koettiin suhteessa tulevaisuuteen **muuttumattomana tulevaisuutena** sekä **tuntemattomana tulevaisuutena** (Taulukko 3).

Muuttumaton tulevaisuus tarkoitti sitä, että *parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen* ja toisaalta *tulevaisuus on hyväksytty*. *Parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen* tarkoitti, että lääkkeillä tai muilla menetelmillä parannetulla taudilla ei ole vaikutusta tulevaisuuteen. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Ei se siis vaikuta mun tulevaisuuteen millään tavalla.”* (kondylooma).

Hyväksyty tulevaisuus oli tartunnan sisäistämistä osaksi tulevaisuutta. Tulevaisuus seksitaudin kanssa näytti hyvälle. Tiedonantajat katsoivat hyvän terveydentilan tuovan uskoa tulevaisuuteen ja lääkehoidon ylipäätään mahdollistavan tulevaisuuden. Tätä ilmentävät seuraavat esimerkit: *"Tulevaisuuteen katsottuna tämä on vaan asia, jonka kanssa ollaan ja mennään eteenpäin."* (genitaalierpes), *"... se, että ympärillä olevat läheiset hyväksyvät taudin ja siitä voi kertoa luo tulevaisuuteen turvallisemman ja luotettavamman elinympäristön."* (hiv).

Tuntemattoman tulevaisuuden koettiin tarkoittavan *elämää tässä ja nyt, toivetta elämänmuutoksesta sekä parisuhteen kaipausta.*

Tiedonantajien kokemukset *elämästä tässä ja nyt* tarkoittivat sitä, ettei elämää osattu ajatella kuin päivä kerrallaan. Tämä tarkoitti hetkessä elämistä. Tätä ilmentävät seuraavat alkuperäisilmaukset: *"Kattoo mitä tuleman pitää, tällä fiiliksellä."* (hiv), *"Pitää vaan elää tässä hetkessä ja nyt,*

koska tulevasta ei tiää." (hiv). Tulevaisuuteen katsominen oli vaikeaa, koska ei tiedetty lyhentääkö parantumaton sukupuolitauti, hiv, elinikää.

Toive elämänmuutoksesta tarkoitti halua saada muutosta elämään, esimerkiksi ulkomaille muuttoa tai alan vaihtoa. Toisaalta hiviä sairastavat kuvasivat toiveen kivuttomasta tulevaisuudesta, koska hivin pelättiin aiheuttavan kipuja edetessään. Tästä esimerkkinä tiedonantajan ilmaus: *"Kunhan ei tarteis tulevaisuudessa taudin kanssa kitua."* (hiv).

Tiedonantajat kuvasivat *parisuhteen kaipausta*, johon liittyi pohdinta siitä löytääkö ylipäätään kumppanin, joka hyväksyy parantumattoman sukupuolitaudin. Tätä ilmentävät seuraavat esimerkit: *"...että menikö mahdollisuudet nyt tämän tartunnan takia."* (kondylooma), *"...lähinnä se (tartunta) tulevaisuudessa mietityttää sen parisuhteen kannalta."* (kondylooma). Ylipäätään parisuhteen kuvattiin luovan kaivattua turvallisuutta tulevaisuuteen.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
MUUTTUMATON TULEVAISUUS	Parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen	Taudilla ei ole vaikutuksia tulevaisuuteen
	Hyväksyty tulevaisuus	Tartunnan sisäistäminen osaksi tulevaisuutta
		Tulevaisuus näyttää hyvältä
		Hyvä terveydentila luo uskoa tulevaisuuteen
TUNTEMATON TULEVAISUUS	Elämä tässä ja nyt	Tulevaisuutta ei osaa ajatella
		Hetkessä eläminen
		Ei tiedä lyhentääkö tauti elinikää
	Toive elämänmuutoksesta	Halu saada muutosta elämään
		Toiveena kivuton tulevaisuus
	Parisuhteen kaipaaminen	Taudin hyväksyvän kumppanin löytyminen mietityttää
		Parisuhte luo turvallisuutta

Taulukko 3. Seksitaudin kokeminen suhteessa tulevaisuuteen.

Seksitauti suhteessa muihin ihmisiin koettiin **seksitaudista kertomiseen** liittyvänä **dilemmana**. Lisäksi se tarkoitti **ympäristön vaihtelevaa suhtautumista** sekä **haavoittunutta seksielämää**. (Taulukko 4).

Seksitaudista kertomisen dilemma näyttäytyi *valikoituna kertomisena* sekä siten, että oli *pyrkimys tartunnan salaamiseen*. Seksitaudista kuitenkin kerrottiin, jos *kertomiselle oli lupa*.

Tiedonantajat kuvasivat *valikoitua kertomista*, jolloin tartunnasta oli päädytty kertomaan läheisille, työnantajalle ja seksikumppanille. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Ystäville oli helpompi kertoa...”* (genitaalierpes), *”En mä tästä tartunnasta oo kertonu ku yhdelle parhaalle kaverille.”* (klamydia). Edellisiä seksikumppaneita informoitiin tartunnasta hoitoon ohjauksen vuoksi. Hoitohenkilökunnan informointi hivistä koettiin tärkeäksi, esimerkiksi laboratorioskäyntien yhteydessä.

Pyrkimys tartunnan salaamiseen tarkoitti sitä, ettei tartunnasta voinut kertoa työyhteisössä eikä seksikumppaneille. Tästä esimerkkinä seuraava alkuperäisilmaus: *”Se häpeä on edelleen niin läsnä, etten halua kertoa toiselle (satunnaiselle seksikumppanille).”* (genitaalierpes). Toisaalta kuvattiin tilanteita, joissa tartunnasta ei lähtökohtaisesti haluttu kertoa, mutta olosuhteiden pakosta jouduttiin kertomaan esimerkiksi kumppanille tai perheelle. Pyrkimyksestä taudin salaamiseen kertoo myös lääkityksen ottaminen salaa muilta. Lisäksi kertomisesta saatettiin kokea katumusta jälkepäin, josta esimerkkinä seuraava alkuperäisilmaus: *”...jos mä olisin tiennyt että mä elän vielä tänä päivänä niin herrajumala mä en olisi kertonut siitä (tartunnasta) koskaan kenellekään.”* (hiv).

Lupa kertomiselle tarkoitti sitä, että seksitaudista voitiin kertoa niille, joihin saattoi luottaa. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Aattelin, että se kumppani fiksunä ihmisenä ei pelästy ja juokse karkuun vaikka kerron.”* (genitaalierpes), *”Meillä on sellanen suhde että jaetaan ihan kaikki, niin siks oon voinu sille kertoa.”* (klamydia). Kertomisen kuvattiin tuoneen helpotusta siihen, ettei yksin tarvinnut kantaa taakkaa. Lisäksi tuotiin esille, ettei taudista kertominen ollut niin vaikeaa kuin oli kuviteltu.

Ympäristön vaihteleva suhtautuminen tarkoitti *pelkoa leimautumisesta* ja toisaalta *turhaksi osoittautunutta pelkoa muiden huonosta suhtautumisesta*. Lisäksi sitä kuvattiin *murenevana ympäristönä* sekä *tuen saamisena ympäristöltä*.

Leimautumisen pelko sisälsi pelkoja tartuntaan liittyvistä kysymyksistä sekä uuden kumppanin suhtautumisesta. Ylipäättään uusiin ihmisiin tutustuminen koettiin varovaiseksi leimautumisen pelon vuoksi. Tätä kuvaavat seuraavat alkuperäisilmaukset: *”...tuntuu olevan leima otsassa.”* (hiv), *”...monen ihmisen suhtautuminen on vaa niin negatiivista.”* (hiv). Huolta aiheutti myös se, miten omat lapset ottaisivat vastaan tiedon hivistä.

Turhaksi osoittautunut pelko muiden huonosta suhtautumisesta tarkoitti siitä, että työnantaja, kumppani ja omat lapset olivat suhtautuneet hyvin tietoon tartunnasta. Tästä esimerkkinä tiedonantajan ilmaus: *”Minun uusi kumppani tietää tartunnastani ja se on ihan okei asian kanssa.”* (hiv). Lisäksi turhaa pelkoa kuvasi se, että hiv-lääkkeet voi ottaa vapaasti seurueessa, sekä se ettei ole joutunut kiusallisiin tilanteisiin tartunnan vuoksi.

Mureneva ympäristö näyttäytyi tiedonantajien kokemuksissa, siten että tuolloin meneillään ollut parisuhde loppui tartunnan myötä ja heräsi kysymykset kumppanin luotettavuudesta. Läheisten järkyttyminen oli tyyppillistä ja tiedonantajat kuvasivat ystävien negatiivista suhtautumista, joka saattoi ilmetä katkenneina ystävyysuhteina. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Siis ystäväpiiri tipahti melkeen yli puolella, että kun ne kuuli mikä tauti mulla on.”* (hiv).

Tiedonantajat kuvasivat toisaalta *tuen saamista ympäristöltä*, joka oli merkityksellistä. Tukea saatiin läheisiltä, joka oli luonteeltaan kannustavaa ja rohkaisevaa. Tätä kuvaa seuraava esimerkki: *”Meillä oli kaverin kaa ihan hyvä keskustelu sitte ku puhuttiin näistä seksitaudeista ja kokemuksista irtosuhteista.”* (klamydia). Hiv-positiivisten vertaistukiryhmät koettiin tärkeiksi ja niistä saatiin voimaa jaksamiseen, jota kuvattiin seuraavasti: *”Ehkä se on helpompi jutella kummiskin vertaistuessa asioista kuin se että mä lähtisin jollekin lähipiirille puhumaan.”* (hiv).

Haavoittunut seksielämä tarkoitti *seksielämän kuihtumista* ja toisaalta sitä, että *ajan kulumisella on eheyttävä vaikutus seksielämään*. Lisäksi se piti sisällään *tartuttamisen riskin tiedostamisen seksisuhteissa* sekä *riskikäyttäytymisen jatkamisen*, mutta toisaalta myös *turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumisen*.

Sekselämän kuihtuminen näkyi genitaalialueen kivulioiden oireiden ja itse tartuntaan liittyvien mielikuvien aiheuttamana haluttomuutena. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Tartunnan jälkeen seksuaalinen kanssakäyminen oli liki olematonta ja yleisestikin halutonta.”* (genitaalierpes), *”Sen (tartunnan) jälkeen oli pitkä tovi ennen kuin pystyin olemaan seksisuhteessa ...”* (kondylooma). Seksin hiipumista koettiin parisuhteessa. Seksin saaminen koettiin vaikeammaksi kuin ennen tartuntaa, joka tuli esille erityisesti hiv-positiivisten kokemuksissa.

Ajan kulumisen eheyttävä vaikutus seksielämään koettiin jännityksenä ensimmäistä tartunnan jälkeistä yhdyntää kohtaan. Toisaalta koettiin, että seksielämä vapautui kuitenkin ajan myötä ja että seksin väheneminen on luonnollista vallitsevissa olosuhteissa ja siten se ei vaikuta häiritsevästi. Tästä esimerkkinä seuraava ilmaus: *”Sitten se seksielämäkin jotenkin vapautui.”* (genitaalierpes).

Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa tarkoitti sitä, että seksitautien hoitojen ja oireisen vaiheen aikana tarttumista pyrittiin ehkäisemään pidättäytymällä seksistä. Pidättäytyminen koettiin harmillisena. Tarttumisen mahdollisuutta punnittiin yhdessä kumppanin kanssa keskusteltaessa suojautumisen tarpeellisuudesta. Seksielämää varjosti huoli toisen tartuttamisesta. Tätä kuvattiin seuraavalla tavalla: *”Sitä ei kuitenkaan kestäisi jos tartuttais vahingossa toiselle.”* (kondylooma), *”... nii mä en kestäsi sitä että kaveri tulee sanomaan että mä olen saanut susta hivin.”* (hiv)

Tiedonantajat kuvasivat *tartunnan saamisen jälkeen riskikäyttäytymisen jatkamista*, joka tarkoitti kondomin käyttöön liittyvää välinpitämättömyyttä. Kondomin käyttö koettiin ikävänä ja siihen ei haluttu ryhtyä tartunnasta huolimatta. Tätä kuvaa seuraava ilmaus: *”Mä en jaksa nähdä vaivaa sitten, että helvetti niiden kortsujenkin kanssa pitäisi pelleillä.”* (hiv). Lisäksi hiv:n lääkehoidon katsottiin pitävän viruksen mitta-arvojen alapuolella, jolloin uskottiin lääkehoidon itsessään ehkäisevän tartunnan.

Toisaalta tartunnan myötä tiedonantajat kuvasivat *turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumista*. Seksisuhteisiin kuvattiin syntyneen varovaisuutta ja seksikäyttäytyminen rauhoittui. Tästä esimerkkinä tiedonantajien ilmaukset: *”Siitä (tartunnasta) oppi myös olemaan varovainen muissa seksisuhteissa.”* (genitaalierpes), *”Ehkä se (tartunta) hillitsi minun käyttäytymistä, että mä jätin sen seksin vähemmälle ...”* (hiv.) Kondomin käyttö muodostui itsestäänselvyydeksi, ja siihen sopeuduttiin. Tartunnan myötä käytiin keskustelua joko vakituisen tai satunnaisen kumppanin kanssa kondomin käytöstä. Parisuhteessa koettiin turvaa seksitaudeilta, eikä nähty tarvetta kondomin käytölle.

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka
SEKSITAUDISTA KERTOMISEN DILEMMA	Valikoitu kertominen	Läheisimmille kertominen
		Työntajalle kertominen
		Seksikumppanille kertominen
		Edellisten seksikumppaneiden informointi tartunnasta
		Hoitohenkilökunnan informointi hivistä
	Pyrkimys tartunnan salaamiseen	Työyhteisössä ei voi kertoa
		Seksikumppaneille ei halua kertoa
		Taudin salaaminen kumppanilta ahdistaa
		Perheelle kertominen vain pakon edessä
		Lääkkeiden ottaminen salaa muilta
		Kertomisesta katumus
	Lupa kertomiselle	Luottamus toiseen helpottaa kertomista
		Kertominen helpottaa
		Taudista kertominen ei ollut vaikeaa

YMPÄRISTÖN VAIHTLEVA SUHTAUTUMINEN	Leimautumisen pelko	Pelko tartuntaan liittyvistä kysymyksistä
		Pelko uuden kumppanin suhtautumisesta
		Tutustuminen uusiin ihmisiin varovaista
		Huoli lasten suhtautumisesta
	Turhaksi osoittautunut pelko muiden huonosta suhtautumisesta	Työnantajan hyvä suhtautuminen
		Kumppanin hyvä suhtautuminen tietoon tartunnasta
		Omien lasten hyvä suhtautuminen
		Hiv-lääkkeet voi ottaa vapaasti seurueessa
	Mureneva ympäristö	Suhteen päättymisen tartunnan myötä
		Kysymykset kumppanin luotettavuudesta
		Läheisten järkyttyminen
		Ystävien hylkäämäksi tuleminen
Tuen saaminen ympäristöltä	Läheisten antama tuki	
	Hiviä sairastavien vertaistuki	
	Vertaistuesta voimaa jaksamiseen	
HAAVOITTUNUT SEKSIELÄMÄ	Seksielämän kuihtuminen	Oma seksuaalinen haluttomuus
		Seksin hiipuminen harmittaa
		Seksin saamisen vaikeus
	Ajan kulumisen eheyttävä vaikutus seksielämään	Jännittävä ensimmäinen yhdyntä tartunnan jälkeen
		Seksielämän normalisoituminen ajan myötä
		Seksin väheneminen ei vaikuta häiritsevästi
	Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa	Seksistä pidättäytyminen tuo harmia
		Tartuntariskin punnitseminen kumppanin kanssa
		Huoli toisen tartuttamisesta
	Riskikäyttäytymisen jatkaminen	Välinpitämättömyys kondomin käytön suhteen
		Kondomin käyttäminen ikävää
		Uskomus lääkehoidon itsessään ehkäisevän tarttumisen
	Turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksuminen	Syntynyt varovaisuus seksisuhteissa
		Kondomin käyttö on itsestäänselvyys
		Keskustelu kumppanin kanssa kondomin käytöstä
Parisuhde luo turvaa uudelta seksitaudilta		

Taulukko 4. Seksitaudin kokeminen suhteessa muihin ihmisiin.

Pohdinta

Eettisyys ja luotettavuuden tarkastelu

Tutkimusaineiston keräämiselle saatiin puoltavat lausunnot erään yliopistosairaalan sukupuolitautilien toimialan eettiseltä toimikunnalta ja johtavalta ylihoitajalta sekä tutkimuslupa tutkimuksesta vastaavalta ylilääkäriltä. Tutkimuksen sensitiivisyys, niin tutkimusaiheen kuin tiedonantajien näkökulmasta, otettiin huomioon kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. (Gahagan ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Tiedonantajat saivat informaation tutkimuksesta hoitohenkilökunnalta tutkimus- tai hoitokäyntien yhteydessä. Tiedonantajat antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen ja heille kerrottiin, että heillä on oikeus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa eikä se vaikuta heidän saamaansa hoitoon. Tiedonantajien anonymiteetin turvaaminen oli erityisen tärkeää ja se on otettu huomioon aineiston keruussa ja tulosten raportoinnissa. Haastattelija ei ollut henkilökohtaisessa yhteydessä tiedonantajiin rekrytointivaiheessa, jotta turvattiin heidän yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Seksitaudista puhuminen voi olla ahdistavaa ja palauttaa ikäviä muistoja mieleen, siksi haastattelija pyrki haastattelutilanteessa luomaan turvallisen ja luottamuksellisen suhteen tiedonantajan kanssa. (Gahagan ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Tulosten luotettavuutta lisää tässä tutkimuksessa se, että teemahaastattelun runko pohjautui aiempaan tutkittuun tietoon, jolloin se ohjasi aikaisemmissa tutkimuksissa tunnistettuihin keskeisiin seikkoihin seksitauteja koskien. Sisällönanalyyysissä käytetty deduktiivis-induktiivinen lähestymistapa mahdollisti toisaalta myös tiedonantajien ainutlaatuisten kokemusten kuvaamisen, joita ei ollut välttämättä tullut esille aiemmissa tutkimuksissa. Lisäksi aineiston analyysistä keskusteltiin tutkimusryhmässä. Vahvistettavuutta lisää tutkimusprosessin vaihteellinen ja perusteltu kuvaus niin, että sitä pystyy ulkopuolinen pääpiirteissään seuraamaan ja arvioimaan. Tutkijoiden refleksiivisyys tässä tutkimuksessa tarkoitti sitä, että tutkijat olivat tietoisia oman tulkinnan mahdollisesta vaikutuksesta aineiston analyysiin. Tutkimustulosten siirrettävyyttä on pyritty lisäämään tuomalla esiin muun muassa tiedonantajien taustatietoja. Siirrettävyyteen vaikuttaa heikentävästi se, että kaikki tiedonantajat olivat miehiä ja heidän

kokemuksensa liittyivät vain neljään seksitautiin. Toisaalta tiedonantajien kokemukset liittyivät niin parantuviin kuin parantumattomiin seksitauteihin, jota voidaan pitää tärkeänä tulosten siirrettävyyden näkökulmasta. Tuloksia voidaan siis pitää siirrettävinä seksitautikokemuksiin yleisellä tasolla. Haastatteluja jatkamalla vielä rikkaampi aineisto olisi saattanut olla mahdollista saavuttaa, mutta aineisto kuitenkin saturoitui ja sen rikkautta kuvaavat 394 pelkistystä. On myös huomioitava, että laadullisella tutkimuksella ei pyritä tekemään yleistyksiä määrällisen tutkimuksen yleistettävyyden merkityksessä, vaan kehittämään käsitteitä, jotka kuvaavat ilmiötä mahdollisimman tarkasti ja teoreettisesti rikkaasti. Tämän tutkimuksen tulokset luovat pohjan tulevalle tutkimukselle, jossa seksitauteihin liittyviä kokemuksia tarkastellaan yleisellä tasolla, jolloin tässä tutkimuksessa esille tulleet yksittäisetkin kokemukset ovat merkityksellisiä. (Polit ja Beck 2010, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan seksitauti ei välttämättä aiheuta muutoksia suhteessa tartunnan saaneen arkeen. Arjen muuttumattomuus tuli esille varsinkin parantuvien seksitautien yhteydessä. Parantumattomien seksitautien kohdalla arki muuttuu, joka näyttäytyy erityisesti lääkehoidosta huolehtimisena. Lääkityksen toteuttaminen rytmittää tartunnan saaneen arkea ja sen kautta tartunta on mielessä jokapäiväisessä elämässä. Parantumattoman seksitaudin (esim. genitaalierpes) kohdalla taudin uusiutuminen on tekijä, joka pitää tartunnan mielessä. Mortensenin (2010) ja Doletin ym. (2011) tutkimuksissa kondylooman yhteydestä terveyteen liittyvään elämänlaatuun on löydetty vastaavanlainen tulos. Tässä tutkimuksessa arjen muuttuminen koettiin myös arjen rutiineissa sekä niistä suoriutumisessa voinnin mukaan. Aiemmissa tutkimuksissa on puolestaan kuvattu seksitaudin kanssa elämiseen liittyvää sopeutumista (Ho ym. 2010, Nobre ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa ei tullut esille mielialaan liittyviä kokemuksia. Balailen ym. (2008) tutkimuksessa hiv-positiiviset miehet kuvasivat hyvän mielialan merkitystä taudin kanssa elämisessä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kokemusta arjesta määrittää tartunnan saaneen yleinen vointi. Tiedonantajat eivät kuvanneet fyysisiä oireita ja niiden negatiivista vaikutusta arkeen, jotka on aikaisemmassa tutkimuksessa todettu (Rivero-Mendez ym. 2009). Lisäksi Abboud ym. (2010) ja Ho ym. (2010) ovat

tutkimuksissaan löytäneet oireettomuuden positiivisen vaikutuksen elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen mukaan hyvän fyysisen terveydentilan koettiin tuovan uskoa tulevaisuuteen. Tässä tutkimuksessa tiedonantajat eivät kuvanneet kehonkuvan muutosta tai pelkoa sen muuttumisesta, joka on kuitenkin aiemmissa tutkimuksissa tuotu esille (Balaile ym. 2008, Drolet ym. 2011.)

Tartunnan saanut kokee suhteen tulevaisuuteen muuttumattomana ja tuntemattomana. Tulevaisuus on muuttumaton tämän tutkimuksen mukaan silloin, jos tauti on jo parannettu tai siihen on sopeuduttu. Toisaalta tulevaisuuden tuntemattomaksi tekevät toiveet elämänmuutoksesta. Upholdin ym. (2007) ja Balailen ym. (2008) tutkimuksissa, joissa oli kohderyhmänä hiv-positiiviset miehet, tuotiin esille uusiutuneet toiveet elämänlaadun ja eliniän pituuden suhteen. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa parisuhteen tärkeydestä osana tulevaisuutta. Parisuhteen koettiin tuovan turvallisuutta tulevaan ja siksi parantumattoman tartunnan saamisen jälkeen koettiin huolta siitä, että löytääkö enää parisuhdetta. Toisaalta seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta on tärkeä ottaa huomioon, että vakituinen parisuhde ei välttämättä suojaa seksitaudeilta. Jos parisuhde ei ole täysin suljettu, voi seksitautitartunta siirtyä suhteen ulkopuolisilta suhteeseen, mikäli siltä ei ole suojauduttu. Lisäksi seksitautitartunta on voitu saada ennen parisuhdetta ja se on ollut oireeton tai se ei ole vielä näkynyt seksitautitesteissä. (Huotari ym. 2007.)

Taudista kertominen on vaikeaa tartunnan arkaluonteisuuden vuoksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tartunnasta kerrotaan valikoidusti tai se pyritään salaamaan. Balailen ym. (2008) tutkimuksessa kuvataan partnerille kertomiseen liittyvää dilemmaa. Lisäksi Kylmän ym. (2014) tutkimuksen mukaan hiv-statuksen esille ottaminen on vähäistä miestenvälisissä seksikontakteissa. Seksitaudista kertominen tai sen esille ottaminen kuvastaa pelkoa muiden suhtautumisesta ja leimautumisesta. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu tartunnan saaneiden stigmatisoitumista ja syrjäytymistä (Mulholland ja Van Wersch 2007, Ho ym. 2010). Tätä voi selittää myös se, että seksiasioista puhuminen oman kumppanin kanssa koetaan vaikeaksi, joka on käynyt ilmi suomalaisessa FINSEX-kyselyssä (Kontula 2016). Toisaalta tämä tutkimus tuotti tietoa siitä, että seksitaudista kertomiselle tarvitaan suotuisat olosuhteet sekä sen, että kertomisella voi olla tartunnan saaneelle vapauttava vaikutus. Tämä on keskeistä siitä

näkökulmasta, että avoin keskustelu seksitautitartuksesta kumppaneiden välillä edistää molempien osapuolten seksuaaliterveyttä.

Tämän tutkimuksen mukaan seksitauti haavoittaa tartunnan saaneen seksielämää, joka ilmenee muun muassa seksin vähentymisenä sekä tartuttamisen riskin tiedostamisena. Tämä tutkimus vahvisti aiempia tutkimuksia, siltä osin, että tartunta vaikuttaa negatiivisesti tartunnan saaneen seksielämään (Balaile ym. 2008, Abasiubong ym. 2010, Salahanda de Almeida 2010). Tässä tutkimuksessa tiedonantajat eivät kuitenkaan kuvanneet erektiovaikeuksia tai orgasmin saamisen vaikeuksia (vrt. El Fane ym. 2011) eikä seksiin liittyvää kipua (vrt. Cai ym. 2011). Positiivista on, että tartunnan saaneet tiedostivat tartuttamisen riskin tämän tutkimuksen mukaan. Nimittäin tiedetään, että erityisesti nuorten tiedot seksitauteihin liittyvistä riskeistä ovat heikot (Pakarinen ym. 2017). Tämä tutkimus tuotti myös tiedon siitä, että aika normalisoi seksielämän muutosta.

Tartunnan saaneen haavoittunutta seksielämää kuvaa turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksuminen. Toisaalta riskikäyttäytymisen jatkaminen tartunnasta huolimatta kuvaa myös haavoittunutta seksielämää. Tämä tutkimus vastaa tältä osin aiempia tutkimustuloksia tartunnan saaneiden riskikäyttäytymisestä (El Fane ym. 2011). Kondomin käyttäminen muodostuu osaksi tartunnan saaneen elämää ja se on osa turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumista. East ym. (2011) ovat tutkineet kondomin käytöstä neuvottelemista. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että ennen tartuntaa partnerilta ei pyydetty kondomin käyttämistä, koska luotettiin kumppanin terveyteen. Seksitautitartunnan jälkeen ei pyydetty kondomin käyttämistä, koska koettiin voimattomuutta tai haluttiin jatkaa riskikäyttäytymistä. (East ym. 2011.) Tässä tutkimuksessa kuvattiin keskustelua kumppanin kanssa kondomin käytöstä, mutta ei siihen vaikuttavia tekijöitä.

Päätelmät

Tutkimuksessa on tuotettu ihmisen seksuaalisuutta koskevaa tieteellistä tietoa terveystieteellisestä näkökulmasta. Seksitaudit tarttuvat seksuaalisessa kanssakäymisessä ja taudin kanssa eläminen vaikuttaa aina jollakin tavalla ihmisen seksuaalisuuteen. Tulokset tuovat uutta kokoavaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia seksitautin saaneella on suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin.

Seksitauti joko muuttaa tartunnan saaneen arkea tai se säilyy muuttumattomana. Tulevaisuuteen suhtautumisessa on nähtävissä vastaavia kokemuksia, se koetaan joko muuttumattomana tai tuntemattomana. Keskeistä molemmissa on se, onko kysymyksessä parantuva vai parantumaton tartunta. Seksitaudin sensitiivisen luonteen ja tarttuvuuden vuoksi se on väistämättä yhteydessä siihen, millaiseksi suhde muihin ihmisiin koetaan. Seksitaudista kertominen ja ympärillä olevien ihmisten suhtautuminen ovat asioita, joita tartunnan saanut joutuu pohtimaan. Seksitauti tuo mukanaan ongelmia tartunnan saaneen seksielämään ja parisuhteeseen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää seksuaaliterveyttä edistävien interventioiden kehittämisessä, siten että ne entistä kokonaisvaltaisemmin ottaisivat huomioon tartunnan saaneen ihmisen erityistarpeet. Seksuaaliterveyden edistäminen on keskiössä niin parantuvien kuin parantumattomien seksitautien kohdalla. Tutkimuksen tuloksia voidaan myös hyödyntää niin seksuaalivoukossa kuin terapiatyössäkin, sillä tutkimus osoittaa, että tartunnan saaneen seksi- ja rakkaussuhteet haavoittuvat taudin myötä. Lisäksi tartunnan saanut ihminen saattaa tarvita tukea ja neuvontaa siinä, miten hän pystyy ilmaisemaan ja nauttimaan omasta seksuaalisuudestaan tartunnan saamisen jälkeen.

Seksitautien ennaltaehkäisemistä voidaan kehittää tutkimustulosten avulla entistä vaikuttavammaksi tuomalla monipuolisesti esiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä asioita. Koska seksitauti koskettaa aina vähintään kahta ihmistä, jatkossa tulisi tutkia seksitaudin vaikutusta seksi- ja parisuhteeseen kumppanin näkökulmasta, jolla ei ole tartuntaa.

Lähteet

Abasiubong, F., Ekott, J.U., Basse, E.A., Etukumana, E.A. ja Edyang-Ekpa, M. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health* 19 (2), 211–218.

Abboud, S., Nouredine, S., Abu-Saad Huijer, H., DeJong, J. ja Mokhbat, J. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* 22 (6), 687–696.

Abrams, L.S. (2010) Sampling "hard to reach" populations in qualitative research. *Qualitative Social Work* 9 (4), 536–550.

Aho, A.L. ja Kylmä, J. (2012) Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24, (1), 271–280.

Balaile, G., Kayombo, J., Ransjo-Arvidson, A-B. ja Hojer, B. (2008) Sexuality and health: a study of Tanzanian men's experiences of living with HIV/AIDS. *African Journal of Reproductive Health* 12 (1), 35–46.

Cai, T., Mondaini, N., Mingo, S., Meacci, F., Boddi, V., Gontero, P., Malossini, G., Geppetti, P., Mazzoli, S. ja Bartoletti, R. (2011) Genital chlamydia trachomatis infection is related to poor sexual quality of life in young sexually active women. *Journal of Sexual Medicine* 8, 1131–1137.

Drolet, M., Brisson, M., Maunsell, E., Franco, E.L., Coutlée, F., Ferenczy, A., Ratnam, S., Fisher, W. ja Mansi, J.A. (2011) The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sexually Transmitted Diseases* 28 (10), 949–956.

East, L., Jackson, D., O'Brien, L. ja Peters, K. (2011) Condom negotiation experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing* 67 (1), 77–85.

El Fane, M., Bensghir, R., Sbai, S., Chakib, A., Kadiri, N., Ayouch, A. ja Himmich, H. (2011) Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies* 20, 158–162.

Gahagan, J., Sweeny, E., Worthington, C., Perry, D., Satzinger, F. ja Rogers, E. (2008) Ethics issues for HIV/AIDS researchers in international settings – perspectives from the Canadian experience. *International Journal of Infectious Diseases* 12, 569–572.

Hawkes, S. (2008) Addressing sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in the context of sexual health. *International Journal of Sexual Health* 20 (1), 91–108.

Ho, C-F., Twinn, S. ja Cheng, K.K.F. (2010) Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS. *Psychology, Health & Medicine* 15 (2), 210–219.

Hood, J.E. ja Friedman, A.L. (2011) Unveiling the hidden epidemic: a review of stigma associated with sexually transmissible infections. *Sexual Health* 8 (2), 159–170.

Hondien, S., Sundaram, V., Nease, R.F., Holodiny, M., Lazzeroni, L.C., Zolopa, A. ja Owens, D.K. (2006) The effect of diagnosis with HIV infection on health-related quality of life. *Quality of Life Research* 15, 69–82.

Huotari, K. ja Lehtonen, J. (2007) *Rakkauden rajoilla. Miesten välinen seksi ja HIV Suomessa*. AIDS-tukikeskus: Helsinki.

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R. & ym. (toim.) (2016). *Tartuntataudit Suomessa 2015*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 10/2016.

Kontula, O. (2009) Between sexual desire and reality. The evolution of sex in Finland. Publications of The Population Research Institute D 49/2009. Väestöliitto: Helsinki.

Kontula, O. (2016) *Lemmen paula. Seksuaalinen hyvinvointi parisuhdeonnan avaimena*. Katsauksia E50, Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto: Helsinki.

Kylmä, J. ja Juvakka, T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita: Helsinki.

Kylmä, J., Sepponen, A.M., Pakarinen, M., Heikkinen, T. ja Suominen, T. (2014) Seksuaalikäyttäytyminen miestenvälisissä satunnaisissa suhteissa – tietoa seksuaaliterveyden edistämiseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 51, 32–46.

Kyngäs, H., Elo, S., Kääriäinen, M. ja Kanste, O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.

Mark, H., Gilbert, L. ja Nanda, J. (2009) Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 38, 320–326.

Mapp, F., Wellings, K., Hickson, F. ja Mercer, C.H. (2017) Understanding sexual healthcare seeking behavior: why a broader research perspective is needed. *BioMedCentral Health Services Research* 17:462. doi:10.1186/s12913-017-2420-z

Montgomery, K.A., Gonzales, E.W. ja Montgomery, O.C. (2008) Self-disclosure of sexually transmitted diseases - an integrative review. *Holistic Nursing Practice* 22 (5), 268–279.

Mortensen, G.L. (2010) Long-term quality of life effects of genital warts - a follow-up study. *Danish Medical Bulletin* 57 (4), 1–4.

Mortensen, G.L. ja Larsen, H.K. (2010) The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BioMedCentral Public Health* 10:113. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/113/> 19.12.2013.

Mulholland, E. ja Van Wersch, A. (2007) Stigma, sexually transmitted infections and attendance at the GUM clinic: an exploratory study with implications for the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology* 12 (1), 17–31.

Newton, D.C. ja McCabe, M.P. (2008) Effects of sexually transmitted infection status, relationship status and disclosure on sexual self-concept. *Journal of Sex Research* 45 (2), 187–192.

Nobre, N.R., Kylmä, J. ja Kirsi, T. (2012) "I live quite a good balanced life": a pilot study on the life experiences of ageing individuals living with HIV. *Nursing Research and Practice*, Article ID 128108, doi:10.1155/2012/128108.

Pakarinen, M., Kylmä, J., Helminen, M. ja Suominen, T. (2017) Ammattiin opiskelevien 15–19 vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet. *Hoitotiede* 29 (2), 139–149.

Polit, D.F. ja Beck, C.T. (2010) Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies* 47, 1451–1458.

Rivero-Mendez, M., Portillo, C., Solis-Baez, S.S., Wantland, D. ja Holzemer, W.L. (2009) Symptoms and quality of life for people living with HIV infection in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 28 (1), 54–59.

Saldanha de Almeida, A.N., Silveira, L.C., Ferreira de Silva, M.R., Marques Araujo, M.A. ja Guimaraes, T.A. (2010) Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: a sosiopoetic production. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18 (2), 163–169.

Sandelowski, M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health* 23, 334–340.

Sgorbini, M., O'Brien, L. ja Jackson, D. (2009) Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2282–2291.

Sukupuolitaudit (online). Käypä hoito –suositus. Lääkäriseura Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Helsinki. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50087.pdf/> 17.10.2013.

THL. (2017) *Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta.* <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html> Luettu 28.6.2017.

Uphold, C.R., Holmes, W., Reid, K., Findley, K. ja Paranda, J.P. (2007) Healthy lifestyles and health-related quality of life among men living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 18 (6), 54–66.

WHO. (2016) *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021: Towards ending STIs.*

Katsaus: Seksuaalisuus lapsettomuuskokemuksen kourissa

Janne Sihvonen, *PsL, johtava erikoispsykologi, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä*

Tiivistelmä

Lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen löytyy tutkimustietoa, jonka perusteella seksuaalivaikutukset voivat olla moninaisia. Tyytymättömyys seksielämään on hyvin yleistä lapsettomuuden aikana. Seksuaalisuus kapeutuu usein lisääntymiseen tähtääviksi yrityksiksi, seksuaalinen halukkuus vähenee ja toiminnallisia seksuaalihäiriöitä voi ilmetä. Suurimmaksi osaksi tutkimusten tulokset kertovat seksuaalivaikutusten olemassaolosta, mutta osassa tutkimuksia ei ole tullut ilmi eroja lapsettomuutta kokevien ja lapsia saaneiden seksityytyväisyydessä. Tutkimustarvetta siis on edelleen sen määrittämiseksi, mitkä tekijät säätelevät seksuaalivaikutuksia ja mistä tapauskohtaiset erot johtuvat. Psykososiaalinen tuki on tärkeää lapsettomuutta kokeville sopeutumisprosessin helpottamiseksi ja tulevaisuusorientaation tukemiseksi. Toiset pystyvät sopeutumaan tyydyttävästi, mutta haasteena on tunnistaa ne, jotka tarvitsevat erityistä terapeuttista tukea. Seksuaaliterapeuttisessa hoidossa voidaan yhdistää menetelmiä psykososiaalisesta ohjauksesta, seksuaalineuvonnan keinoista, psykoedukaatiosta sen eri tasoilla, seksologisesta intensiivisestä terapiasta ja psykoterapiasta terapeutin oman orientaation mukaisesti. Terapiatuen tarjoaminen lapsettomille pareille on tärkeää seksuaaliongelmien ehkäisemiseksi tai hoitamiseksi ja siten psyykkisen hyvinvoinnin kohentamiseksi. Koska parisuhde voi olla kuormittunut, seksuaaliterapiassa on tärkeää huomioida myös parisuhdenäkökulma. Jatkossa seksuaaliterapeuttista osaamista aihepiiristä on tärkeää kehittää edelleen.

Johdanto

Tässä katsauksessa käsitellään tahattoman lapsettomuuden vaikutuksia seksuaalisuuteen sekä näiden vaikutusten hoitoa seksuaaliterapeuttisessa kontekstissa. Lapsettomuutta kokevien psykososiaalinen tuki on terapeuttisen työn alue, jossa integroidaan tuntemusta parisuhteen

dynamiikasta, intiimiydestä, seksuaalisuudesta ja surutyöstä sekä tietoja tahattomasta lapsettomuudesta ja lapsettomuuskriisistä (Tulppala 2002). WHO:n määritelmän perusteella tahatonta lapsettomuutta esiintyy, kun seksielämä on ollut säännöllistä ja raskauden alkamista on vuoden ajan toivottu tuloksetta (Zegers-Hochschild ym. 2009). Tahaton lapsettomuus voi olla primaaria tai sekundaaria. Primaari lapsettomuus tarkoittaa, että parilla ei ole lapsia ja sekundaari lapsettomuus sitä, että parilla on jo lapsi tai lapsia, mutta uusi raskaus ei ala toiveista huolimatta. Noin 20 % suomalaisista 30-44 -vuotiaista naisista ja 9 % miehistä on kokenut tahatonta lapsettomuutta väestötasoisena satunnaistetun otannan (n=2291) perusteella. Heistä noin puolet oli hakeutunut lääketieteellisen avun piiriin. (Klemetti ym. 2010). Lapsettomana eläminen on tilastotietojen perusteella yleistynyt viime vuosina myös Suomessa, kuten monissa muissakin teollistuneissa yhteiskunnissa (Rotkirch ja Miettinen 2017). Lapsettomuustutkimuksiin hakeutuu eri syistä johtuen enenevässä määrin pareja. Syitä voivat olla mm. tietoisuuden lisääntyminen kehittyneistä hoitomahdollisuuksista ja raskauden yrittäminen korkeammalla iällä. (Balasch ja Gratacós 2012; Schmidt ym. 2012). Hedelmöityshoitoja aloitetaan Suomessa vuosittain noin 14000. Yhdellä naisella voi vuoden aikana olla useampi aloitettu hoito, jotka kaikki tilastoidaan omiksi hoidoikseen. Koeputkihedelmöityshoitojen lukumäärä on hieman noussut ja inseminatiohoitojen määrä hieman laskenut aiemmasta. (THL 2017). Tahattomasti lapsettomien suhteellinen määrä on pysynyt maailmanlaajuisesti jokseenkin samalla tasolla viimeisen 20 vuoden ajan, kun vertailtavana on ollut 277 eri demografista ja lisääntymisterveyteen liittyvää tutkimusta (Mascarenhas ym. 2012). Ei ole kovin yksiselitteistä määrittellä sitä, onko väestön hedelmällisyys muuttumassa vai ei. Se vaatisi huolellisesti suunniteltuja pitkittäistutkimuksia, joissa mitattaisiin samaa asiaa samalla tavalla eri aikoina.

Lapsettomuuskokemus merkitsee katkosta, muutosta tai käännekohtaa elämänkaareissa. Tahaton lapsettomuus muuttaa odotettua elämänkulkua, mikäli lasten hankkiminen on kuulunut suunnitelmiin (Jaffe 2017; Loftus ja Andriot 2012). Myös vanhemmuuteen lapsettomuusvaiheen jälkeen voi liittyä monenlaista painolastia. Täyttymättömiä tai särön saaneita odotuksia tahattomasti lapsettomilla naisilla ovat itsestään selvä biologinen äitiys, raskaaksi tulon helppous, raskausajan onnellisuus, raskauden syytyminen lapseen heti synnytyksen jälkeen sekä hyvä tai täydellinen äitiys (Lehto 2017). Erilaiset epämiellyttävät tuntemukset ja ahdistavat ajatukset ovat

usein voimakkaasti esillä etenkin lapsettomuuskriisin alkuvaiheessa, mutta eivät rajoitu yksinomaan siihen vaan voivat olla pitkäkestoisia (Watkins ja Baldo 2004; Jaffe 2017). Joillekin kokemus on jopa traumaattinen ja voi aiheuttaa post-traumaattisen stressihäiriön. Siihen voi sisältyä mieleen tunkeutuvia ajatuksia, painajaisia, takauksia, ylivirittyneisyyttä ja univaikeuksia. Post-traumaattisen stressihäiriön vaikutuksia seksuaalisuuteen ei ole vielä laajalti dokumentoitu, mutta se vaikuttaa intiimeihin suhteisiin ja seksuaaliterveyteen. Vaikutuksia voivat olla mm. seksuaalisen halun väheneminen ja miehillä erektiohäiriöt. (Gabrielson, Liu ja Sikka 2018; Bradow 2011).

Lapsettomuuden hoitomuodot ovat kehittyneet merkittävästi, mutta ne ovat usein pitkään kestäviä ja sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavia. Kuivasaari-Pirisen (2013) väitöstutkimuksen mukaan noin kolmasosa tutkimukseen osallistuneista naisista (n=987), jotka aloittivat hedelmöityshoidot, keskeytti ne psyykkisen kuormittavuuden vuoksi yhden tai kahden hoidon jälkeen. Gameiron, Boivinin, Peronacen ja Verhaakin (2012) kokoaman katsaustiedon mukaan noin 9 % pareista keskeyttää hoidot parisuhdeongelmien vuoksi.

Tahattoman lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen on nykyisin löydettävissä tietoa. Olisi tärkeää, että tätä tietoa hyödynnettäisiin tuettaessa lapsettomuutta kokevia tyydyttävämpään seksielämään seksuaaliterapian keinoin. Katsauksen fokus on seksuaalisuusvaikutuksissa ja tavoitteena on tuoda esille, millaista tietoa tahattoman lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen on raportoitu. Olemassa olevan tiedon pohjalta hahmotellaan seksuaaliterapeuttisen työskentelyn teemoja ja tuodaan esille menetelmiä ja lähestymistapoja, joita voidaan seksuaaliterapeuttisessa työskentelyssä hyödyntää. Vapaamuotoisen tiedonhaun lisäksi tätä katsausta varten tehtiin hakuja useilla eri hakutermeillä suomen ja englannin kielellä (mm. infertility, sexuality, involuntary childlessness, psychosocial support, counselling, sex therapy, psychotherapy) seuraavista tietokannoista: PsycINFO, Medline ja Google Scholar. Tiedonhaussa huomioitiin vuoden 2000 jälkeen julkaistut lähteet.

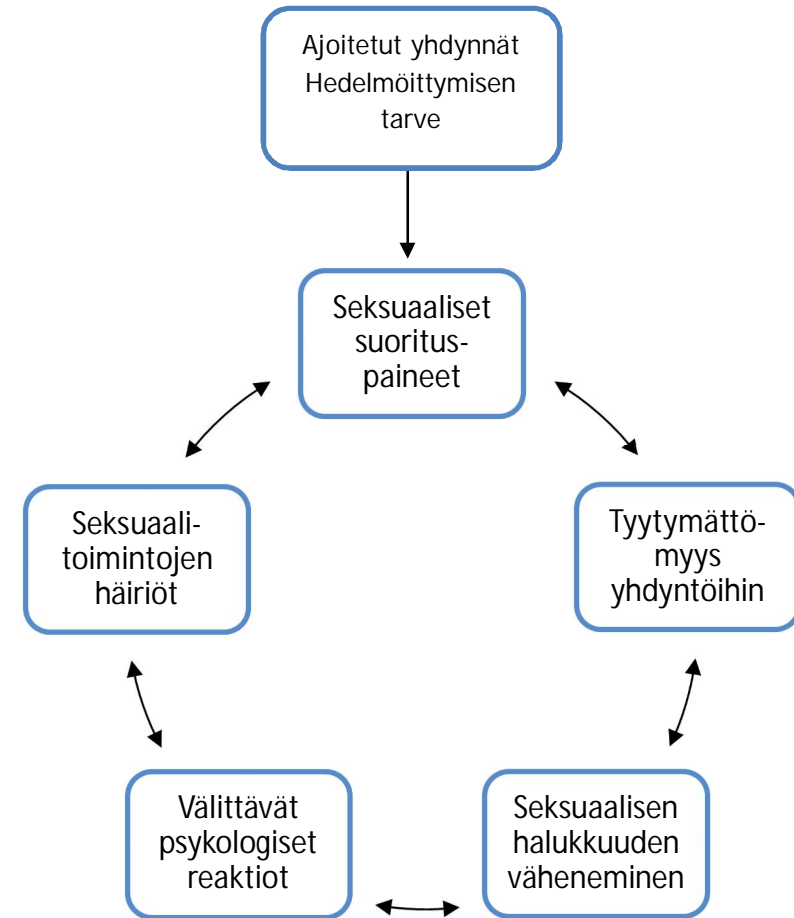
Seksuaalisuus ja lapsettomuuskokemus

Seksuaalisuus on olennainen osa parisuhdetta ja se tuo jaettua mielihyvää. Se tarjoaa keinoja vahvistaa intiimiyttä ja toimii jännitysten ja stressin helpottajana. Seksuaalisuus energisoi parisuhdetta ja helpottaa suhteeseen liittyviä tuntemuksia, kuten stressiä ja väsymystä. Toisaalta suhteen elinvoima ja intiimiyks kärsivät, mikäli seksuaalisuudessa on häiriöitä tai parisuhteessa ei ole seksiä ollenkaan. (Kumpula 2007). Seksuaalisuus on ihmissuhteen intiimeintä aluetta. Seksuaalisessa suhteessa peilautuu syvä tunneyhteys ja kohtaaminen tai toisaalta niiden puuttuminen. Tyydyttävä seksuaalisuus ankkuroituu tunnesuhteeseen. (Tuhkasaari 2007). Tahattoman lapsettomuuden vaikutukset seksuaalisuuteen ovat moninaisia. Seksuaalisuus usein kapeutuu lisääntymisyriytyksiksi, jolloin seksuaalielämään kuuluvat seikat, kuten läheisyys, läsnäolo, halu, nautinto ja hekuma laimentuvat tai pahimmillaan häviävät. Seksuaaliset tuntemukset, seksuaalinen virittyneisyys, hellyys ja intohimo jäävät vähemmälle ja seksin tavoitteeksi tulee raskauden aikaansaaminen. (Wischmann 2010; Lara 2017; Nelson ym. 2008; Toivanen, Viiska ja Tulppala 2004). Lapsettomuuskokemuksen seksuaalivaikutukset liittyvät usein seksuaaliseen minäkuvaan ja käsitykseen omasta pystyvyydestä. Kokemukset seksuaalisesta epäonnistumisesta voivat johtaa seksuaalisuuden mitätöintiin. (Nelson ym. 2008; Tao ym. 2011; Monga ym. 2004; Tulppala 2012). Seksi voi toimia muistutuksena omasta koetusta kyvyttömyydestä.

Lapsettomuushoitojen pitkittyminen alentaa parin molempien osapuolten seksuaalista tyytyväisyyttä. Epäonnistuneet hoidot voivat aiheuttaa vihaa, paniikkia ja epätoivoa, ja näillä tekijöillä on vaikutusta seksuaaliseen aktiivisuuteen. Negatiiviset vaikutukset voivat Danilukin (2001) tahattomasti lapsettomia pareja (n=37) koskevan laadullisen seurantatutkimuksen mukaan olla osalla pareista pitkäkestoisia, mutta osa sopeutuu tilanteeseen ajan mittaan. (Shoji ym. 2014) raportoivat satunnaisesti valittujen lapsettomien parien (n=170) tutkimuksen perusteella, että parien aistillisuuden ja kommunikaation väheneminen vaikutti seksuaaliseen halukkuuteen ja seksuaaliseen toimintakykyyn. Parit olivat hakeutuneet lapsettomuuslinikalle hoitoon ja heitä verrattiin lapsen saaneisiin pareihin. Hoitojen aloittaminen näkyi tutkimuksessa siten, että tyytyväisyys seksuaalielämään heikentyi. Ero vertailuryhmään oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Winkelmanin, Katzin, Smithin ja Rowenin

(2016) tutkimusaineistossa (n=382) ne naiset, joiden lapsettomuuden syy oli heissä oleva tekijä, kokivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän seksuaalivaikutuksia kuin ne, joiden lapsettomuus johtui miehestä. Lisäksi seksuaalivaikutuksia oli enemmän naisilla, jotka kokivat primaaria lapsettomuutta eikä sekundaaria lapsettomuutta. Alle 40-vuotiailla naisilla oli seksuaalivaikutuksia tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin yli 40-vuotiailla. Czyżkowskan, Awrukkin ja Janowskin (2016) tutkimuksessa lapsettomuutta kokevia ja hoitoa saavia naisia (n=50) verrattiin samansuuruisen lapsen saaneiden naisten ryhmään. Tulosten mukaan jopa 90 % lapsettomuushoitoa saavista naisista ja 26 % vertailuryhmästä raportoi seksuaalisen reaktiivisuuden häiriöitä. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Samaten seksuaalisuuden fyysinen ja emotionaalinen tyydyttävyyden sekä tyytyväisyys koettuun seksuaaliseen hallintaan olivat lapsettomuutta kokevilla tilastollisesti erittäin merkitsevästi alhaisempia kuin muilla naisilla.

Lapsettomuuskokemus ja lapsettomuuden hoidot aiheuttavat paineita seksiin molemmille osapuolille (Watkins ja Baldo 2004; Ansamaa 2006). Ajoitetut yhdynnät johtavat suorituskeskeisyyteen. Seksuaalisuuden merkitys alkaa valitettavalla tavalla muuttua, koska seksistä häviää mielihyvän tavoittelu. Seksuaalinen halu haihtuu ja tilalle astuu pakkoseksi. Petersonin ja Budayn (2018) tutkimukseen osallistui 105 lapsettomuutta kokevaa paria ja tulosten mukaan 36 % miehistä ja 12 % naisista oli kokenut verbaalista painostusta seksiin kumppanin taholta. Tulos voi heijastella sitä, että naiset ottavat enemmän vastuuta ajoitettujen yhdyntöjen toteutumisesta. Kuvioon 1 on laadittu kehämalli siitä, miten ajoitetut yhdynnät ja hedelmöitymisen tarve johtavat seksuaalisiin suorituspaineesiin, vähentyneeseen yhdyntätyytyväisyyteen ja vähentyneeseen seksuaaliseen haluun. Tämä heijastuu psykologisiin tekijöihin, kuten seksuaaliseen minäkuvaan ja itsetuntoon ja johtaa erilaisiin seksuaalitoimintojen häiriöihin. Nämä puolestaan lisäävät seksiin liittyviä paineita entisestään ja syventävät ongelmia.



Kuvio 1. Kehämalli seksuaalisten suorituspaineeiden vaikutuksista.

Seksuaalitoimintojen häiriöt lapsettomuuskokemuksen yhteydessä voivat koskea mitä tahansa seksuaalisen syklin vaihetta. Seksuaalinen toimintahäiriö on harvoin vain yhden syytekijän aiheuttama ja useimmiten siihen sekoittuu psykologisia tekijöitä tavalla tai toisella (Reddy ym. 2017). Näiden tekijöiden arviointi on tärkeää. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat joko tilapäisiä tai pidempiaikaisia. Lapsettomuuskriisin pitkittyessä ne voivat tulla pysyvämmiksiin. Joillakin on ollut seksuaalisia toimintahäiriöitä jo ennen lapsettomuuden ilmenemistä, mutta toisille ne ja seksuaalielämän ongelmat ylipäättään ovat uusi ilmiö. (Ferraresi ym. 2013; Tulppala 2012; Darwish 2002) Yeohin ja muiden (2014) tutkimuksessa, johon osallistui 150 lapsettomuutta kokevaa naista ja 119 miestä, todettiin että naisten matala seksuaalinen kiihottuneisuus ja matala seksuaalityytyväisyys korreloivat miesten matalaan yhdyntäytytyväisyyteen.

Marcin ja muiden (2012) tutkimukseen osallistui 60 tahattomasti lapsetonta paria ja 52 lapsen saanutta paria. Osa lapsettomista pareista oli hiljattain diagnosoituja ja osa oli edennyt lapsettomuushoitoihin. Lapsettomuutta kokevilla naisilla oli tulosten mukaan enemmän kostumisen ongelmia, alhaisempi seksuaalinen tyytyväisyys, enemmän kiihottumisen ongelmia ja vähemmän orgasmeja kuin lapsen saaneilla naisilla. Ero kostumisessa ja tyytyväisyydessä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ja kiihottumisessa ja orgasmeissa tilastollisesti merkitsevä. Tuloksissa ei ollut eroja sen suhteen olivatko hoidot alkaneet vai eivät. Lapsettomuutta kokevilla miehillä negatiiviset seksuaalivaikutukset ilmentyivät erektion saamisessa, orgasmin saamisessa, seksuaalisessa halukkuudessa ja seksuaalisessa tyytyväisyydessä, jos lapsettomuus oli hiljattain diagnosoitu eikä hoitoja ollut aloitettu. Ero erektioissa ja seksuaalisessa halukkuudessa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ja orgasmeissa ja seksuaalisessa tyytyväisyydessä tilastollisesti merkitsevä verrattuna lapsen saaneisiin miehiin. Hoitojen alettua oli tilastollisesti merkitsevä ero seksuaalisen halukkuuden ja seksuaalisen tyytyväisyyden osalta.

Davari Tanha, Mohseni ja Ghajarzadeh (2014) tutkivat primaaria tai sekundaaria lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalitoimintoja Female Sexual Function Index (FSFI) –kyselyllä. Primaaria lapsettomuutta (n=191) ja sekundaaria lapsettomuutta (n=129) kokevia verrattiin keskenään sekä vertailuryhmään (n=87). Tulosten mukaan seksuaalitoimintojen vaikeuksia esiintyi molemmissa lapsettomissa ryhmissä tilastollisesti erittäin merkittävästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Kyselyn kysymykset

jakaantuvat kuuteen eri osioon, jotka ovat halukkuus, kiihottuminen, kostuminen, orgasmi, tyytyväisyys ja kivun kokeminen. Lapsettomat naiset raportoivat kaikilta osin enemmän seksuaaliongelmia. Sekundaaria lapsettomuutta kokevilla halukkuus oli tilastollisesti merkitsevästi alhaisempaa kuin primaaria lapsettomuutta kokevilla. Muita eroja seksuaalitoiminnoissa ei lapsettomien ryhmien välillä tässä tutkimuksessa todettu. Keskin ja muut (2011) totesivat myös samanlaisen tilastollisesti merkitsevän eron primaaria ja sekundaaria lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalisessa halukkuudessa. Tämän lisäksi tilastollisesti merkitsevä ero oli siinä, että sekundaaristi lapsettomilla oli enemmän orgasmivaikeuksia. Tähän tutkimukseen osallistui 122 primaaristi lapsetonta ja 51 sekundaaristi lapsetonta naista ja tutkimusväline oli sama FSFI-kysely. Gabrin ym. (2017) tutkimuksessa, johon osallistui 200 lapsettomuutta kokevaa naista kumppaneineen sekä 200 vertailuryhmän naista, tahattomasti lapsettomat naiset raportoivat FSFI-kyselyllä tilastollisesti merkitsevästi enemmän seksuaalivaikeuksia orgasmin, tyytyväisyyden ja kivun kokemisen osalta.

Toive raskauden alkamisesta voi johtaa roolien yksipuolistumiseen tai suoranaiseen vaihtumiseen aiemmasta ajatellen aloitteentekoa yhdyntöihin. Seksuaalisen halun väheneminen on Laran (2017) kokoaman katsauksen mukaan tyypillinen ongelma naisilla lapsettomuuden aikana. Seksiin liittyvä tarkka aikataulutusta ja siihen liittyvä seuraaminen lisäävät naisen stressiä ja vähentävät seksuaalista halukkuutta. Lapsettomuushoidoissa käytettävät hormonihoidot vaikuttavat myös potentiaalisesti naisen mielialaan ja voivat näin välillisesti heikentää seksuaalista halukkuutta. Seksuaalisen halun vähenemisen myötä naisilla voi esiintyä kiihottumisen ja kostumisen ongelmien sekä orgasmin saannin vaikeuksien lisäksi dyspareuniaa ja vaginismia (Tayebi ja Ardakani 2009). Tulos perustuu lapsettomuushoitoon hakeutuvien naisten (n=300) kyselytutkimukseen. Tutkimuksessa ei raportoitu endometriosisin yleisyyttä otoksessa. Toisinaan seksuaalista halukkuutta yritetään säästellä ovulaatioaikaan pidättäytymällä seksistä muulloin. (Ferraresi ym. 2013). Tämäkin tuo seksiin ulkoapäin tulevaa säätelyä ja pakon tunnetta. Seksi ja koko seksuaalisuuden alue voivat monin tavoin yksipuolistua ja kapeutua lapsettomuuden kokemuksen paineissa. Seksuaalisuuteen liittyvät ilo ja aistillisuus häviävät. Taulukkoon 1 on koottu lapsettomuutta kokevilla naisilla esiintyviä seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Seksuaalihäiriö	Lähde
Matala seksuaalinen halukkuus	Davari Tanha ym. 2014; Piva ym. 2014; Suna ym. 2016
Kiihottumisen ongelmat	Davari Tanha ym. 2014; Wischmann 2010
Kostumisen ongelmat Orgasmivaikeudet	de Mendonça ym. 2017 de Mendonça ym. 2017; Suna ym. 2016; Gabr ym. 2017
Kivut, dyspareunia	Tayebi ja Ardakani 2009; Gabr ym. 2017; Davari Tanha ym. 2014
Vaginismi Yhdyntäkeskeisyys, yhdyntästressi	Tayebi ja Ardakani 2009 Peterson ym. 2007; Quattrini ym. 2010
Vähentynyt tyytyväisyys	Razali ym. 2014; Gremigni ym. 2018; de Mendonça ym. 2017; Wirtberg ym. 2007; Suna ym. 2016; Winkelman ym. 2016

Taulukko 1. Lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Lapsettomuutta kokevat miehet saattavat herkästi kokea olevansa miehinä vähempiarvoisia, koska he ajattelevat lisääntymisfunktion olevan osa maskuliinisuutta (Bechoua, Hamamah ja Scalici 2016). Kokemus vähemmästä miehisyydestä voi liittyä lisääntymisvaikeuteen sinänsä, mutta myös tästä seuraavaan kyvyttömyyteen täyttää sosiaaliset odotukset (Dolan ym. 2017). Seksuaalielämän yleisimpiä ongelmia lapsettomuutta kokevilla miehillä ovat halukkuuden väheneminen, erektiovaikeudet ja ejakulaation häiriöt. Ajoitetut yhdyntät ja koetut suorituspainet voivat heikentää halukkuutta yhdyntään ja saada miehen tietoisesti tai tiedostamattaan välttelemään yhdyntöjä. Mies voi myös pyrkiä säästelemään seksiä, koska siittiöitä ei ns. haluta tuhjata. (Davari Tanha ym. 2014). Riittävän kovan erektion saamisessa tai ylläpidossa voi ilmetä ongelmia. Ejakulaatio saattaa olla varhainen, viivästynyt tai kokonaan estynyt. Lapsettomuutta kokevat miehet arvioivat ejakulaatio-ongelmat

vaikeammiksi kuin heidän kumppaninsa. Miehet myös yliarvioivat ejakulaatio-ongelmien negatiivista vaikutusta kumppaninsa seksityytyväisyyteen. (Gabr ym. 2017; Shindel ym. 2008). Erityisen kuormittava tilanne miehille on lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin liittyvä spermanluovutus. (Ansamaa 2006; Shindel ym. 2008). Erektiohäiriön ja masennuksen samanaikainen esiintyminen on erityisen haitallista lapsettomuutta kokevan miehen seksuaalielämälle (Ferraresi ym. 2013). Parin keskinäiset erimielisyydet, jotka liittyvät hoitoihin tai itse parisuhteen dynamiikkaan, voivat pahentaa erektiohäiriötä. Kumppanin suhtautuminen ja reaktiot vaikuttavat myös kyseiseen häiriöön. (Perelman ja Grill 2013).

Lapsettomuushoitojen kesto lisää miesten seksuaalihäiriöitä. Bayarin ja muiden (2014) tutkimukseen osallistui 50 lapsettomuutta kokevaa miestä ja tulosten mukaan lapsettomuushoitojen alkaessa havaittiin kolmanneksella miehistä seksuaalinen toimintahäiriö ja lapsettomuushoitojen kestänyt kolme kuukautta oli jo lähes puolella jokin seksuaalinen toimintahäiriö. Tiedetään, että lapsettomuuden hoitoihin liittyvät tutkimukset, kokemukset itsensä alttiiksi laittamisesta, jatkuvat hoidot ja jo pelkkä kokemus avun pyytämisestä näin intiimissä asiassa aiheuttavat osalle miehistä psyykkisiä paineita (Süli ym. 2017). Sahinin Urkmezin Veritin Yukselin ja Veritin (2017) tutkimukseen osallistui 39 primaaria ja 31 sekundaaria lapsettomuutta kokevaa miestä. Tulosten mukaan erektiohäiriöt ja seksuaalitoimintojen ongelmat ovat tavanomaista yleisempiä sekä primaaria että sekundaaria lapsettomuutta kokevilla miehillä International Index of Erectile Function –kyselyllä (IIEF) mitattuna. Lisäksi todettiin, että sekundaaria lapsettomuutta kokevilla oli erektiohäiriöitä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin primaaristi lapsettomilla. Myös IIEF:n lyhennysversiolla mitattuna on raportoitu samansuuntaisia tuloksia. Gabrin ja muiden (2017) tutkimuksessa lyhennysversiolla tarkasteltuna määriteltiin 52 %:lla lapsettomista miehistä (n=200) erektiohäiriö ja vertailuryhmän miehistä (n=200) 19 %:lla. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Taulukkoon 2 on koottu lapsettomuutta kokevilla miehillä esiintyviä seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Seksuaalihäiriö	Lähde
Matala seksuaalinen halukkuus Kiihottumisen ongelmat	Ramezanzadeh ym. 2006 Bayar ym. 2014; Wischmann 2010
Erektiohäiriö	Sahin ym. 2017; Ferraresi ym. 2013; Wincze 2015; Gabr ym. 2017; Soni ym. 2017
Orgasmivaikeudet	Bayar ym. 2014; Zare ym. 2017
Ejakulaation ongelmat	Bayar ym. 2014; Shindel ym. 2008; Wischmann 2010; Wincze 2015; Zare ym. 2017; Soni ym. 2017
Yhdyntäkeskeisyys, yhdyntästressi Vähentynyt tyytyväisyys	Peterson ym. 2007; Quattrini 2010; Song ym. 2015 Yeoh ym. 2014; Ramezanzadeh ym. 2006; Wincze 2015; Song ym. 2015; Zare ym. 2017

Taulukko 2. Lapsettomuutta kokevien miesten seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Lapsettomuutta kokevan parin seksuaalisuudet kietoutuvat toisiinsa ja kommunikoivat keskenään vastavuoroisessa prosessissa. Naisen seksuaalinen halu ja tyytyväisyys vaikuttavat miehen hyvään seksuaaliseen toimintakykyyn (Yeoh ym. 2014). Vastavuoroisesti miehen erektiokyky on vahvasti yhteydessä naisen seksuaaliseen toimintakykyyn. Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavat huomattavasti myös miehen tyytyväisyys ja sen myötä emotionaalinen läheisyys. (Nelson ym. 2008). Seksuaalinen suhde on monisyinen vuorovaikutteinen prosessi, jossa parisuhteen toisen osapuolen positiiviset ja negatiiviset kokemukset heijastuvat toiseen. Voidaan ajatella, että jos toisella osapuolella todetaan seksuaalisen toimintakyvyn ongelmia, on myös kumppani ilman muuta syytä ottaa mukaan ongelman selvittelyyn ja hoitoon. Seksuaalinen toimintakyky voidaan ajatella peilinä, jolla toinen osapuoli heijastelee kokemusta omasta seksuaalisesta toimintakyvystään.

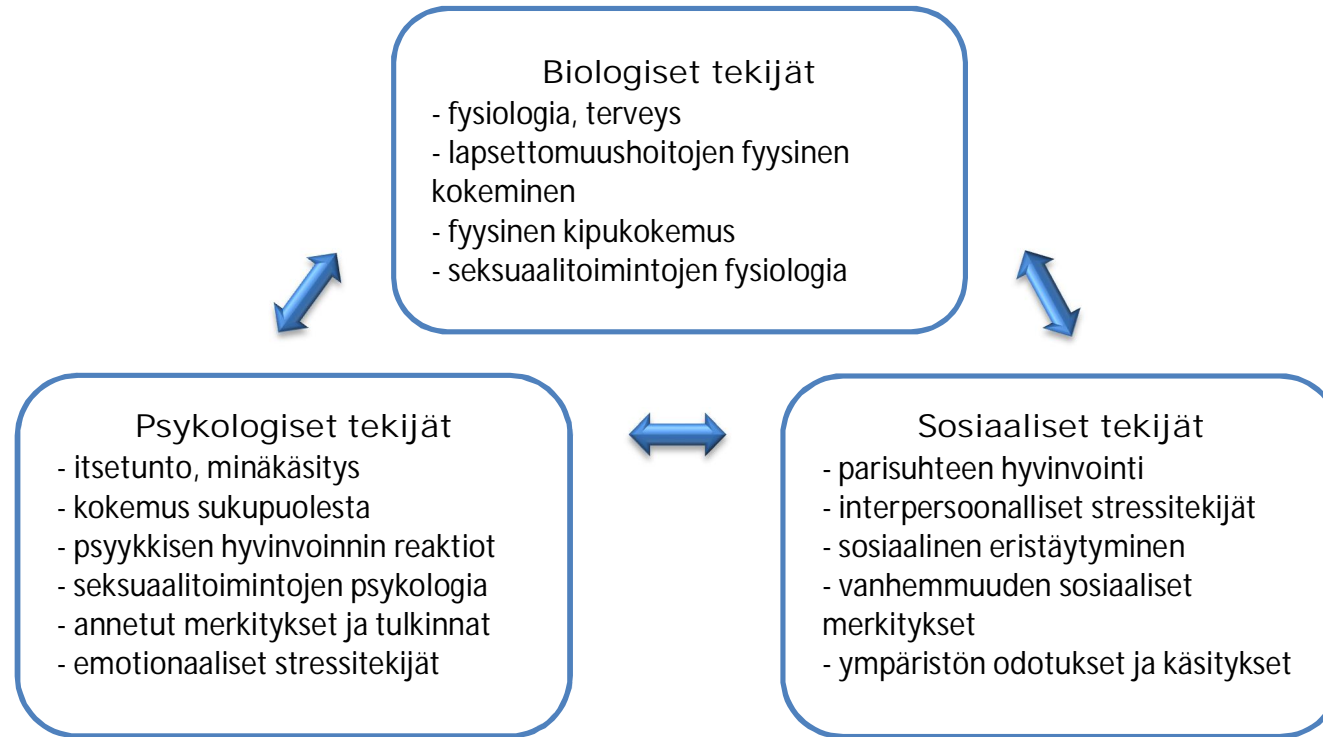
Sekselämän toimimattomuus vaikuttaa ajatteluun tehden siitä negatiivista ja pessimismin sävyttämää. Tällainen ajattelu altistaa masentumiselle tai voi olla jo merkki siitä. (Lara 2017). Seksuaalielämän ongelmiin liittyy usein hämmennyksen ja häpeän tunteita. Tahattomasti lapsettomista nämä uudet ongelmat voivat tuntua erityisen häpeällisiltä, koska tilanne on jo muutoinkin vaikeita tunteita herättävä (Tulppala 2012). Heidän seksuaalisuuttaan voivat varjostaa myös tunteet syyllisyydestä ja tulkinnat rankaisusta liittyen aiempiin seksikokemuksiin, masturbointiin, seksuaalisiin fantasioihin, esiaviollisen seksiin, seksitauteihin, ehkäisyn käyttöön tai abortteihin. Myös aiemmat seksuaaliset traumat, esimerkiksi hyväksikäytön kokemukset voivat voimistaa itsesyytöksiä. (Piva ym. 2014; Jaffe 2017; Ansamaa 2006).

Toisaalta on hyvä tiedostaa, että monet lapsettomuutta kokevat voivat kuitenkin käsitellä onnistuneesti seksuaalisuuteen liittyviä muutoksia lapsettomuuden aikana ja tilanne voi normalistua. Osassa tutkimuksissa ei ole todettu tilastollisesti merkitsevää eroa lapsettomuutta kokevien seksityytyväisyydessä muihin verrattuna (Emec, Apay ja Ozorhan 2017; Galhardo, Cunha ja Pinto-Gouveia 2011; Amiri ym. 2016). Emecin ja muiden (2017) tutkimukseen osallistui 137 lapsettomuutta kokevaa ja 142 muuta naista. Aineiston pohjalta todettiin, että jostain syystä molemmissa ryhmissä esiintyi seksuaalitoimintojen häiriöitä, eikä tilastollisesti merkitsevää eroa siis ollut. Galhardon ja muiden (2011) tutkimuksessa todettiin hoitoja läpikäyvillä lapsettomilla pareilla (n=80) tiivis keskinäinen intiimiyys eikä seksuaalivaikutuksia tullut ilmi. Amirin ja muiden (2016) tutkimukseen osallistui 511 lapsettomuutta kokevaa ja 1071 muuta naista. Eroja seksuaalityytyväisyydessä ei havaittu ja se oli jokseenkin keskimääräistä molemmissa ryhmissä. Tässä tutkimuksessa ei myöskään todettu eroja primaaristi tai sekundaaristi lapsettomien kesken. Tutkimustieto on siis osin ristiriitaista ja tarvitaan tarkentavaa tutkimusta aihepiiristä.

Myös metodologian kehitys olisi tärkeää. On tärkeää, miten sekä lapsettomuutta kokevien ryhmä että myös vertailuryhmä kerätään. Tutkimusaineistojen ja -menetelmien heterogeenisuus vaikeuttaa osaltaan kokoavien johtopäätösten tekoa. Voidaan spekuloida sillä, että koska lapsettomuus voi myös lähentää pariskuntaa toisiinsa, tämä voi joidenkin parien kohdalla minimoida haitallisia seksuaalivaikutuksia. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, että osa pareista tarvitsee apua seksuaaliongelmia.

Erilaisissa muutosvaiheissa energia ja huomio menevät muihin asioihin, jolloin seksuaalisuus jää taka-alalle. Seksuaalisuus voi olla parisuhteessa voimavara, joka ylläpitää ja lujittaa suhdetta tai se voi olla suhdetta kuormittava ja ongelmia aiheuttava (Kumpula 2007).

Lapsettomuuskokemuksen seksuaalisuusvaikutusten taustatekijöitä voidaan sijoittaa biopsykososiaaliseen malliin. Biopsykososiaalinen malli toimii usein hyvin seksuaaliterapian orientoivana teoreettisena jäsennyksenä. Kuviossa 2 esitetään lapsettomuuskokemuksen rakentumisen biopsykososiaalinen malli.



Kuvio 2. Lapsettomuuskokemuksen rakentumisen biopsykososiaalinen malli.

Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttinen hoito

Seksuaaliterapeuttisessa hoidossa voidaan hyvin yhdistää menetelmiä psykososiaalisesta ohjauksesta, seksuaalineuvonnasta, psykoedukaatiosta eri tasoilla, seksologisesta intensiivisestä terapiasta ja

psykoterapiasta. Tästä syystä tässä tuodaan lapsettomuuskokemuksen hoidon näkökohtia esille laajalti ja kokoavana käsitteenä toimii seksuaaliterapia. Tukea tarvitaan myös raskauden alkaessa lapsettomuuden hoitojen jälkeen, sillä raskauteen liittyvät menettämisen pelot ja vanhemmuuteen liittyvät paineet voivat olla erityisen suuret, jos raskautta on toivottu jo vuosia. (Moura-Ramos ym. 2016). Lapsettomuuden hoitotiimeihin suositellaan psykoterapeutteja tai seksuaaliterapeutteja

psykoseksuaalisten kuormittuneisuusilmiöiden vuoksi (mm. Ghavi ym. 2016; Lara 2017). Terapeutin on tärkeää validoida hoitojen seksuaalielämää kuormittavat kokemukset (Gerrity 2001).

Seksuaaliterapia on luonteeltaan integratiivista, joten monia eri terapeutisia viitekehyksiä voidaan hyödyntää myös tahattomasti lapsettomien psykososiaalisessa tuessa. Näitä ovat esimerkiksi kognitiivinen, psykodynaaminen ja ratkaisukeskeinen psykoterapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia, myötätuntokeskeinen terapia sekä kriisi-interventiot ja traumaterapia (Applegarth 2006; Luk ja Loke 2016; Raque-Bogdan ja Hoffman 2015). Kognitiivinen terapia lapsettomuutta kokeville sisältää usein ajatusten kanssa työskentelyä, erilaista mielikuvatyöskentelyä, rentoutumisen ohjaamista ja kosketusharjoituksia kotitehtävinä (Hammer Burns 2006; Esseltsrom 2014). Voidaan ajatella, että kognitiivisessa seksuaaliterapiassa pyritään tunnistamaan ja tarkastelemaan omaa ajattelua erityisesti seksuaalisuuden alueen osalta. Näin pyritään kumoamaan vääristyneitä uskomuksia ja tulkintoja sekä löytämään toimivia tapoja nauttia seksuaalisuudesta.

Seksuaaliterapiassa on tärkeää kartoittaa lapsettomuutta kokevien hyvinvointia, parisuhdetta, seksuaalielämää ja sen laatua (Peterson ym. 2012; Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Tähän voidaan käyttää joitakin kyselylomakemuotoisia mittareita, vaikkakin niitä olisi tarpeen kehittää lisää tähän nimenomaiseen käyttöön (Shoji ym. 2014; Ferraresi ym. 2013). European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) sekä American Society of Reproductive Medicine (ASRM) ovat kehittäneet lapsettomuutta kokeville suunnatun elämänlaatukyselyn nimeltään FertiQoL. Se antaa tietoa elämänlaadusta neljältä osa-alueelta, jotka ovat tunteet, mieli ja keho, parisuhde sekä sosiaalinen tilanne. Kyseinen kysely on todettu validiksi menetelmäksi, jonka reliabiliteetti on hyvä (Boivin, Takefman ja Braverman 2011; Kitchen ym. 2017). Menetelmä on käännetty useille kielille, myös suomeksi ja on saatavissa ilmaiseksi osoitteesta <http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/download/>. Sen tai jonkin muun kartoittavan menetelmän käyttö voi olla hyödyksi terapian suunnittelussa ja toteutuksessa mm. tuomalla ilmi teemoja, joihin voidaan keskittyä (Mousavi ym. 2013). Lapsettomuuskokemuksen aiheuttamaa stressiä voidaan tarkastella Fertility Problem Inventory -kyselyllä tai Infertility-Related Stress Scale -kyselyllä (Gourounti, Anagnostopoulos ja Vaslamatzis 2011; Casu ja Gremigni 2016). Koska

lapsettomuuskokemukseen liittyvä stressi on laaja-alainen ja kirjallisuudessa vielä puutteellisesti määritelty käsite, kyselyjä tulee käyttää orientoivina menetelminä (Born ja Preston 2016).

Seksuaalielämää voidaan spesifimmin kartoittaa GRISS-, SSS-, ISS-, IIEF-, MSHQ-, PEP- ja FSFI- kyselyjen avulla (Shoji ym. 2014; Czyżkowska ym. 2016; Gremigni ym. 2018; Giuliano 2013). Näitä ei ole yleisesti saatavilla suomenkielisinä valideina laitoksina, mutta niitä lienee jossain määrin paikallisesti käännetty klinisen toiminnan apuvälineiksi. VAS-jana on nopea ja yksinkertainen mittari erilaisten subjektiivisten kokemusten voimakkuuden arviointiin (Song ym. 2015). Kyselymenetelmien käyttö ei toki aina ole välttämätöntä tilanteen kartoittamiseksi ja eri terapeutit työskentelevät eri tavoin. Terapeutti voi myös puolistrukturoidun haastattelun tavoin käydä kyselyn kohtia läpi. Tulee myös arvioida, missä vaiheessa kyselyjä käytetään. Keskustellen voidaan myös asioita selvittää ja terapeutti voi kysymyksiin ohjata yhteistä työskentelyä. Haastattelu ja anamneesin ottaminen toimivat perustavana tiedonlähteenä. Tärkeää on kartoittaa myös yksilön ja parin voimavarat (Santalampi ja Lehtonen 2016). Taulukkoon 3 on koottu arviointimenetelmiä, joita voidaan hyödyntää lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa.

Lyhenne	Menetelmän nimi	Arvioinnin kohde
SSS	Sexual Satisfaction Scale	Tyytyväisyys seksuaalielämään
GRISS	Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction	Tyytyväisyys seksuaalielämään
ISS	Index of Sexual Satisfaction	Tyytyväisyys seksuaalielämään
FSFI	Female Sexual Function Index	Naisen seksuaalitoiminnot
MHSQ	Male Health Sexual Questionnaire	Miehen seksuaalitoiminnot
IIEF	International Index of Erectile Function	Erektion ominaisuudet
PEP	Premature Ejaculation Profile	Ejakulaation ominaisuudet
FertiQoL	Fertility Quality of Life	Elämänlaatu
FPI	Fertility Problem Inventory	Lapsettomuusstressi

IRSS	Infertility-Related Stress Scale	Lapsettomuus-stressi
VAS	Visual Analogue Scale	Erilaiset subjektiiviset arviot

Taulukko 3. Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa käytettäviä arviointimenetelmiä.

Lapsettomien terapioiden syytä välttää liikaa yleistämistä tieteellisen tutkimustiedon pohjalta, koska tutkimuksiin on yleensä valikoitu hyvin tarkkaan tietynlainen otos (Gerrit 2001). Tästä syystä on tärkeää kartoittaa parin tilannetta riittävästi ja tutustua siihen monista näkökulmista ilman ennako-oletuksia. Mikäli parin jommallakummalla osapuolella ilmenee vaikeaa henkilökohtaista psykopatologiaa, on syytä harkita ohjaamista omaan psyykkiseen hoitoon (Klock 2006).

Seksuaaliterapeuttisessa lapsettomien parien hoidossa on etenkin alkuvaiheessa tärkeää keskustelu seksuaalielämästä ja terapeutin antama edukaatio (Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Vääriä käsityksiä tai suoranaista tietämättömyyttä seksuaalielämän alueesta voidaan tarvittaessa oikaista ja antaa kohdennettua tietoa. Seksuaalielämän häiriötiloja voidaan ennaltaehkäistä ja psyykkistä paineisuutta lievittää jo sillä, että annetaan tietoa lapsettomuuden yleisistä vaikutuksista seksuaalisuuteen. Keskeistä on normalisoida tunteita, ajatuksia ja kokemuksia liittämällä ne ymmärrettäväksi osaksi lapsettomuusprosessia eli joksikin sellaiseksi, jota muutkin ovat kokeneet. Kannattaa tuoda esille, että lapsettomuus kriisin aiheuttamat seksielämän ongelmat voivat myöhemmin väistyä. (Darwish 2002; Applegarth 2006; Santalahti ja Lehtonen 2016). Seksuaalisten yllykkeiden väheneminen voidaan normalisoida kertomalla, että se on tyypillistä lapsettomuuskokemuksessa. Samoin spontaanisuuden ja intohimon hälväminen voidaan normalisoida. Seksuaaliterapiassa normalisointi ylipäättään on tärkeää. (Santalahti ja Lehtonen 2016). Toivon ja muutoksen mahdollisuuden tarjoamiselle on tahattomasti lapsettomien terapiassa sijansa. Tämä muutosmahdollisuus koskee etenkin psyykkistä hyvinvointia, parisuhteen tilaa ja seksuaalielämän ongelmia.

Akuutti kriisi ja lapsettomuuden hoidot vaativat paljon psyykkisiä voimavaroja. Intensiivinen seksuaaliterapiaprosessi vaatii osallistujien

sitoutumista ja halua tehdä seksuaaliongelmille jotain. Tämän vuoksi tulee pohtia, missä määrin intensiivinen terapia on kulloisessakin vaiheessa ja olosuhteissa mahdollista, jotta työskentely olisi tuloksellista. Ammatillaisen ohjaamaa keskustelua suositellaan joka tapauksessa kaikille pareille jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, koska sillä on tärkeä ongelmaa tai niiden vaikeutumista ehkäisevä vaikutus. (Ansamaa, 2006; Newton, 2006). Voidaan ajatella, että seksuaaliterapeuttinen tuki voidaan aloittaa nimenomaan kriisin tarkasteluna. Samalla hyväksytään se, että on paljon hämmentäviä ja keskeneräisiä asioita, joiden lopputulema ei ole vielä tiedossa. Tätä voidaan kuvata kannatteluna, joka voi olla yksi terapian funktio.

Seksuaaliterapia on tavoitteellista toimintaa ja terapian tavoitteet pitkälti myös määrittävät, missä vaiheessa ja millainen työskentely on mahdollista. Kriisi-interventio lapsettomuuskokemuksen hoidossa voi olla lyhytterapeuttinen, mutta usein pidempikestoisen terapian tarpeen (Peterson ym. 2012; Esselstrom 2014). Terapeutti voi täsmentää, että on annettava riittävästi aikaa käsitellä lapsettomuuden kokemusta. Terapeutin on hyvä tutustua osapuolten yksin ja yhdessä käyttämiin selviytymiskeinoihin (Gerrity 2001). Jokaisella parilla on yksilölliset selviytymisen strategiansa, joiden tunnistamisessa terapeutti voi auttaa. On hyvä virittää keskustelua tarpeista ja odotuksista. Terapiassa tuetaan hallinnan kokemusta siltä osin kuin se on mahdollista eli niissä kysymyksissä, joihin osapuolet voivat itse vaikuttaa. Toisaalta tuetaan otteen hellittämistä ja uuden näkökulman syntymistä niissä kysymyksissä, joihin osapuolilla ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa.

Koska suru on olennainen seikka lapsettomuutta kokevien elämässä, terapiassa tarvitaan surun kanssa työskentelyä (Jaffe 2017; Jacobs ja O'Donohue 2007). Tässä voidaan erilaista tunnetyöskentelyä hyödyntää terapeutin orientaation mukaisesti. Aikuisuuteen kuuluu kyky luopua ja surra menetettyä. Lapsettomuuden aiheuttama kriisi aiheuttaa kuitenkin haasteita sopeutumiselle. Seksuaaliterapiassa oleva lapsettomuutta kokeva asiakas saattaa käsitellä tilannetta pakonomaisella suorittamisella tai tukeutua pinnalliseen ja nopeaan tarpeiden tyydytykseen, jotta sietäisi vaikean tilanteen herättämää surua ja muita vaikeita tunteita (Santalahti ja Lehtonen 2016). Suorittaminen voi olla keino ahdistuksen säätelyyn ja joskus suorittamisella voi olla myös se merkitys, että lapseton asiakas haluaa pönkittää käsitystä itsestään uuden luomiseen kykeneväisenä

ihmisenä (Jaffe 2017). Surun läpikäynti voi lapsettomille olla vaikeaa, koska mitään konkreettista ei menetetä. Kuitenkin vain suremalla voidaan jäähyväiset jättää ja siihen on monia tapoja, joita voidaan esimerkinomaisesti tarjota. Osa jättää syntymättömälle lapselle hyvästit kuvan tai tekstin muodossa. Joitakin voi lohduttaa muistokynttilän sytyttäminen tai syntymättömien lasten hautamuistomerkillä käyminen (Tulppala 2002). Surun ilmaisuun tarjoaa mahdollisuuden myös äitienpäivää edeltävä lapsettomien lauantai. Toisille tyhjän sylin messut tarjoavat helpotusta. Ihmiset voivat yksilöllisesti valita itselleen sopivan tavan.

Surun lisäksi myös muille tunteille, kuten vihalle on seksuaaliterapiassa kohdistettava huomiota. Vihan tunteet ja epäoikeudenmukaisuuden kokemukset ovat tavallisia lapsettomuutta kokevilla (Jacobs ja O'Donohue 2007). Vihaa voidaan vaihtelevasti tuntea itseä, kumppania, syntymätöntä lasta, hoitavia tahoja tai yleisesti elämää kohtaan (Jaffe 2017). Näiden ajatusten ja tunteiden tunnistaminen ja validointi ovat terapeuttisesti tärkeitä. Tunteet tehdään ymmärrettäviksi ja niitä voidaan käsitellä paitsi sanoilla kuvaten, myös kortteja ja kuvia apuna käyttäen. Santalahden ja Lehtosen (2016) mukaan tunnetyöskentely lapsettomuutta kokevien asiakkaiden kanssa helpottaa tunteiden sietämistä ja auttaa kohtaamaan kipeää kokemusta ja omaa itseä syvällisesti. Tunnetyöskentely liittyy usein parisuhteen seksuaalisten voimavarojen löytymiseen. Joskus on tarpeen varata aikaa myös yksilökäynneille, jolloin asiakas saa rauhassa työstää minäkuvaansa ja sen muutoksia.

Tahattoman lapsettomuuden herättämät tunteet ovat riippuvaisia henkilö- ja elämänhistoriasta ja mahdollisista aiemmin koetuista kriiseistä ja niistä selviämisestä (Santalahti ja Lehtonen 2016). Tunnetyöskentelylle on lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapiassa annettava riittävästi tilaa. Onnistuneen terapian tuloksena kipeät tunteet voivat vielä nousta pintaan, mutta ne eivät enää hallitse elämää. Ajan kulumisen merkityksestä kertoo mm. Kuivasaari-Pirisen (2013) tutkimus, jossa naisten todettiin olevan epäonnistuneiden hoitojen jälkeen 1-3 vuoden ajan tyytymättömpiä elämäänsä verrattuna hoidoissa onnistuneisiin, mutta 6-9 vuoden kuluttua tällaista eroa ei enää havaittu. Tämä kertoo tapahtuneesta sopeutumisesta lapsettomuuteen ajan mittaan, vaikka tilanne on aluksi ollut raskas. Hadley ja Hanley (2011) tutkimuksen mukaan myös miehet sopeutuvat elämänkulun mittaan lapsettomuuteen ja löytävät vahvistusta käsityksilleen

itsestään. Sopeutumista voidaan terapian avulla edesauttaa optimaalisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Terapiassa voidaan arvioida, miten koetun avuttomuuden kokemukset ja hyväksynnän prosessi muotoutuvat ja tasapainottuvat (Verhaak ja Hammer Burns 2006). Asiakkaita on terapiassa hyvä valmistella siihen, että tunteiden aaltoilua voi esiintyä vielä myöhemmin uudelleen, koska jotkin elämässä eteen tulevat sinänsä tavalliset tilanteet voivat herkistää (Santalahti ja Lehtonen 2016). Valmiudet kohdata niitä voivat kuitenkin lisääntyä ja tunteiden kanssa voi tulla paremmin toimeen.

Seksuaaliterapiassa voidaan lapsettomuutta kokeville tarjota erityisiä neuvoja ja toimintaohjeita ilmenneiden seksuaaliongelmien hoitoon (Newton 2006; Applegarth 2006). Yhdyntäkeskeisyyden ja sen aiheuttaman matalan halukkuuden korjaaminen voidaan aloittaa kiinnittämällä aiempaa enemmän huomiota muihin seksuaalisuuden osa-alueisiin, kuten fyysiseen läheisyyteen, hellyyteen, hyväilyihin ja kaikkeen esileikkiin, josta parit ovat nauttineet ennen lapsettomuusongelmaa. Jos seksielämä on aina ollut yhdyntäkeskeistä, lapsettomuskriisi on tilaisuus laajentaa näkemyksiä seksistä ja seksuaalisuudesta. Fyysinen yhdessäolo ilman yhdyntää ja erilaiset hellyysharpjoitukset voivat olla avuksi lapsettomien seksuaalisen halun vähenemisen hoidossa (Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Yhdyntästä pidättäytymistä perustellaan sillä, että jatkuvat seksuaalisen suoriutumisen paineet lisäävät stressiä, tekevät yhdynnöistä vähemmän kiinnostavia ja vähentävät seksin määrää. (Hammer Burns 2006). Yhdyntäkeskeisyyden purkamisella on oma merkityksensä seksuaalisen mielihyvän ja nautinnon ylläpidon kannalta.

Seksin ahdistavuutta voidaan vähentää myös erilaisin mielikuva- ja rentoutusharjoituksin sekä tietoisien läsnäolon avulla. Näin voidaan hyödyntää kehon ja mielen yhtenäisyyttä. Pari voi yhdessä lähteä tutkimaan, miten oppia rentoutumaan, rauhoittumaan ja lisäämään hyväksyvää yhteistä läsnäoloa (Kocsis ja Newbury-Helps 2016). Pidemmällä tähtäimellä syvällisen rentoutumisen kautta voidaan hakea pohjaa myöhemmälle seksuaaliselle kiihottumiselle (Reddy ym. 2017). Galhardo, Cunha ja Pinto-Gouveia (2013) ovat raportoineet hyviä tuloksia strukturoidulla mindfulness-perusteisella terapiaohjelmalla, jolla pyritään vähentämään lapsettomuuskokemukseen liittyvää ahdistuneisuutta, häpeän ja alemmuuden tunnetta sekä masennusta naisilla. Terapia (MBPI, Mindfulness-Based Program for Infertility) tapahtuu ryhmämuotoisesti

kymmenen viikon aikana. Tutkimukseen osallistui lapsettomuutta kokevia naisia, joista 55 sai MBPI-ryhmähoitoa ja 39 osallistui kontrolliryhmään, joka ei saanut hoitoa. Jatkoanalyysissä todettiin pystyvyyden kokemuksen lisääntymisen olevan oleellinen vaikuttava seikka tässä terapiassa (Galhardo ym. 2017). Samansuuntaisia tuloksia tietoisien läsnäolon harjaannuttamisen hyödyllisyydestä lapsettomuutta kokevien parien hyvinvoinnille ja selviytyvyydelle ovat raportoineet myös Javedani, Aerabsheybani, Ramezani ja Aerabsheybani (2017). On selvää, että käytännössä terapeutit ovat erilaisin painotuksin perehtyneet kehoa hyödyntäviin työskentelymuotoihin. Kehoa voidaan huomioida myös mielen kautta eli ottamalla keho ja sen erilaiset tuntemukset kognitiiviseen tarkasteluun ja sanallistaa näitä havaintoja ja niiden synnyttämiä tulkintoja. Seksiin voidaan mielikuvatyöskentelyllä liittää positiivisia mielikuvia painostavien ja pakonomaisten tilalle. Onnistunut ja nautinnollinen seksikokemus voidaan ohjatulla mielikuvatyöskentelyllä käydä vaihe vaiheelta kuvitellen mielessä läpi (Reddy ym. 2017). Myötätuntoisen ja itseä kohtaan armollisen suhtautumisen merkitystä voidaan asiakkaille myös tuoda ilmi.

Lapsettomuutta kokevien seksuaaliterapiassa on hyvä tarkastella, onko seksissä riittävästi hellyyttä ja läsnäoloa. Jos seksuaalisuus on kuihtunut vain yhdyntäkeskeiseksi toiminnaksi, on tarpeen herätellä muita seksuaalisen olemisen muotoja. Asiakkaita voidaan kannustaa pohtimaan sitä, millaista seksielämä oli ennen lapsettomuus kriisiä. Pyrkimyksenä on seksuaalisuuden eri puolien elvyttäminen lapsettomuuden aiheuttamista paineista huolimatta. Erilaiset hellyysharjoitukset voivat tuoda takaisin hiipunutta läheisyyden kokemusta. Ne myös vahvistavat kehotuntemusta ja lisäävät hyväksyvää suhdetta omaan kehoon. Seksuaaliterapeutti voi myös ohjata paria kokeilemaan erilaisia kosketuksia, opetella erottelemaan niitä ja kokemaan niistä välittyvä toisen läsnäolo.

Seksuaaliterapiassa on tarpeellista kartoittaa lapsettomuuteen liittyvää ajattelua ja lapsettomuudelle annettuja merkityksiä. Joistakin lapsettomuutta kokevista ihmisistä seksuaaliongelmien ilmentyminen tuntuu muistutukselta siitä, että omaan elämään ja sen kulkuun ei voi vaikuttaa (Jacobs ja O'Donohue 2007). Tällaisenkin kokemuksen ilmaisu on tärkeää ja näin voidaan päästä käsittelemään ajattelun, tunteiden, tuntemusten ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. Terapiassa voidaan myös pitää esillä vanhemmuuden merkityksen pohdintaa ja ajatusta siitä, mitä

vanhemmuudesta luopuminen tarkoittaisi. Ihmiset antavat asioille erilaisia merkityksiä ja näiden annettujen merkitysten tarkastelu on osa terapeutista prosessia. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat asioille annetut tulkinnat.

Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa on toisinaan tarpeen ottaa esille parin eriäviä näkemyksiä tilanteesta tai ratkaisuista, joita väistämättä tulee tehtäväksi, etenkin jos lapsettomuushoidot ovat alkamassa tai meneillään (Peterson ym. 2012). Näitä voidaan käsitellä, kun niitä ilmaistaan kommunikaatiossa. Ei ole tarpeen kiistää eroavaisuuksia, mutta niitä voidaan tehdä ymmärrettäviksi ja taustoittaa. Voidaan rakentaa kuvaa siitä, miten kunkin osapuolen näkemykset ovat ajan mittaan rakentuneet, mitä merkityksiä niihin liittyy ja millaisen tiedon varassa ne ovat muodostuneet. Ajattelun konstruointi ja ajattelutavoissa olevien sukupuolierojen toteaminen voivat olla mieltä huojentavaa. Santalahden ja Lehtosen (2016) mukaan lapsettomien seksuaaliterapiassa on hyvä käydä läpi myös avoimuuteen liittyviä kysymyksiä. Parin kannattaa sopia kenelle ja millä tavalla asioista kerrotaan. Riitelyn ja siihen liittyvien taitojen käsittely terapiassa on usein myös esillä. Seksuaaliterapeutti joutuu usein riitojen osalta rajaamaan tilannetta ja tukemaan fokusta. Fokus on hyvä palauttaa riitojen alkuperäiseen aiheeseen. Koska keskinäinen syyttely ei vie eteenpäin, seksuaaliterapeutin on hyvä ohjata keskustelua minä-viestintään ja minusta tuntuu-viesteihin.

Seksielämän kehittämisestä on olemassa paljon kirjallisuutta, jota voidaan tarvittaessa käyttää terapiatyöskentelyssä apuna. Seksuaalisuutta koskevaa kirjallisuutta tai elokuvia voidaan antaa vinkeiksi kotiin. Nämä toimivat myös seksuaalisuuden kanavan avaajina, keskustelun aiheina ja ajatusten virittäjinä. Halukkuutta voidaan myös pyrkiä näin herättelemään. Jos seksielämä on kapeutunut lapsettomuuskokemuksen vuoksi, terapiahoitossa on hyvä antaa osapuolille nimenomainen lupa kaikenlaiseen seksiin, myös sellaiseen joka ei tähtää lisääntymiseen. Masturbointia voidaan harrastaa yksin tai yhdessä. Jos käsi-, oraali- tai anaaliseksi on ollut aiemmin mieluisaa, paria voidaan kannustaa niiden uudelleenviirtelyyn.

Toiminnallisten seksuaalihäiriöiden osalta voidaan herkän ejakulaation hoitoon opastaa esimerkiksi start-stop –menetelmä tai peniksen puristustekniikka, jota molemmat osapuolet voivat toteuttaa. Myös

ejakulaatiota viivästyttävää lääkehoitoa käytetään toisinaan ja tältä osin mies voidaan ohjata keskustelemaan asiaan perehtyneen lääkärin kanssa. Naisen yhdyntäkipuja voidaan lievittää mm. lantionpohjan ja vaginan lihasten harjoitteilla ja rentouttamisella tai tarvittaessa vaginan progressiivisilla dilataatioharjoituksilla. Naisille suositellaan emättimen kostumisvaikeuksiin liukuvoiteiden käyttöä sekä runsasta panostamista esileikkiin. Pareille voidaan myös suositella erilaisten apuvälineiden käyttöä, esimerkiksi miehelle penisrengasta erektion tukemiseen tai naiselle vibraattoria kiihottumisen lisäämiseen. (Reddy ym. 2017; Hammer Burns 2006). Seksuaaliterapeutti voi antaa ohjeita näiden hankkimiseen. Jos seksuaalisen halun vähenemisen taustalla on masennus, sitä voidaan hoitaa lääkkeillä ja psykoterapialla. Masennuksen läkehoidossa on kuitenkin huomioitava lääkityksen mahdolliset haitat seksuaalitoimintoihin, myös seksuaaliseen haluun (Montejo, Montejo ja Baldwin 2018). Jos mies kokee lapsettomuuden hoitoihin liittyvän spermanäytteen antamisen hankalaksi, siitä on hyvä keskustella. On hyvä normalisoiden todeta, että joillekin miehille tämä voi todellakin olla vaikeaa. Miehelle voidaan myös selkeästi antaa lupa seksuaaliseen fantasiointiin ja materiaalien käyttöön tässä yhteydessä.

Pohdinta

Tahaton lapsettomuus aiheuttaa monilla ongelmia seksuaalielämän alueella. On ilmeistä, että näiden vaikutusten vuoksi seksuaalisuuden kysymykset huomioivaa psykososiaalista tukea tai terapiaa tulisi olla tarjolla lapsettomuutta kokeville. Lisäksi on tärkeää tiedostaa, että samaa tukea tulisi olla tarjolla myös niille, jotka eivät halua lääketieteellisiä hoitoja. Seksuaalivaikutukset yksilöön ja pariin kietoutuvat toisiinsa. Seksuaalisuuden alueen tuen tarjoamisesta, lähestymistavoista ja menetelmistä on olemassa tietoa. Seksuaaliterapeuttisessa työskentelyssä voidaan integratiivisesti hyödyntää erilaisia terapeuttisia viitekehyksiä. Mikäli seksuaaliterapiaa toteuttaa psykoterapeutti, on hänelle eduksi seksologinen perehtyneisyys ja tietämys. Seksuaaliterapeuteille on eduksi psykoterapiaprosessien ymmärrys ja perehtyneisyys työskentelyyn parien kanssa. Seksuaalisuuden ongelmat voivat olla moninaisia ja terapiatyö on siten haastavaa. Tiedetään, että tukea tarvitaan myös raskauden alkaessa lapsettomuuden hoitojen jälkeen. Raskauteen liittyvät pelot ja vanhemmuuden paineet voivat olla erityisen suuret, kun raskautta on toivottu jo pitkään (Klock ja Greenfeld 2000; Lehto 2017).

Lapsettomuushoidot ovat nykyisin tehokkaita, mutta raskaita ja aiheuttavat lisästressiä lapsettomuuden kokemuksen lisäksi (Greil ym. 2011). Hoitojen pitkeytyessä erityisesti naiselle tehdään monenlaisia toimenpiteitä. Sekä lapsettomuushoitojen aikana että niiden jälkeen parin osapuolet voivat kuitenkin parhaimmillaan auttaa toisiaan toipumisen prosessissa. (Tulppala 2012; Esselstrom 2014). Yhteinen vaikeus voi joko lujittaa suhdetta tai etäännyttää osapuolia toisistaan.

Seksuaaliterapeutin on hyvä ymmärtää, että lapsettomat asiakkaat ovat joutuneet avaamaan intiimejä asioitaan jo eri tilanteissa ja vastaamaan kysymyksiin yhdynnöistään (Santalahti ja Lehtonen 2016). Terapeutin onkin seksuaaliterapiaprosessissa erityisesti panostettava luottamuksellisen suhteen syntyyn. Tiedon jakaminen ja keskustelu seksuaalisuudesta eivät ole vain ongelmalähtöistä, vaan tietoa annetaan myös ennaltaehkäisevästi. Vaikka tutkimustieto lapsettomuuskokemuksen seksuaalivaikutuksista ei ole täysin ristiriidatonta, voidaan kokonaisuutena todeta että kertyneen moninaisen tutkimustiedon ja raportoitujen kokemusten valossa on perusteltua esittää, että terapiatuen tarjoaminen lapsettomille pareille on tärkeää seksuaaliongelmien ehkäisemiseksi tai hoitamiseksi ja sitä kautta psyykkisen hyvinvoinnin kohentamiseksi. On tärkeää myös tiedostaa, että seksuaalivaikutukset eivät välttämättä häviä vaikka hoidot päättyisivät tai vanhemmuus saavutetaan (Grill ym. 2016). Tällöin lapsettomuuden kokemus ei ikään kuin poistu mielestä raskauden alkaessa tai lapsen synnyttyä vaan syntyneet vaikeudet seksuaalisuuteen voivat olla pidempiaikaisia. On tärkeää tiedostaa, että seksuaaliongelmien voivat hoitamattomina kroonistua. Asianmukainen ohjanta seksuaaliterapiaan on paikallaan, jos tarve todetaan. Olisi eduksi, että psyykkisen hyvinvoinnin palveluja tarjoavat tahot tiedostaisivat lapsettomuuskokemuksen mahdolliset seksuaalivaikutukset.

Vertaistuella on lapsettomuuskokemuksen hoidon kokonaisuudessa monille tärkeä merkitys (Hinton, Kurinczuk ja Ziebland 2010; Lundin ja Elmerstig 2014; Esselstrom 2014). Tärkeitä vertaisuuden teemoja ovat mm. kannustus, rohkaiseminen, myötätunnon osoittaminen, saman tilanteen ja kokemuksen jakaminen, toivo, yhteinen suru ja pettymys (Räisänen 2007). Simpukka-yhdistyksen jäsenille yhteistä on vaikeutunut lapsen saaminen. Yhdistys järjestää erilaista toimintaa. Vertaiskokemusta ja sen tuomaa mielenhuojennusta voi saada myös lukemalla

omakohtaisista kokemuksista kirjoitettuja kirjoja. Internetin keskusteluryhmät, blogit ja aiheesta luodut sivustot tarjoavat mahdollisuuden saada tietää muiden kokemuksista (Richard, Badillo-Amberg ja Zelkowitz 2017; Räisänen 2007; Hinton, Kurinczuk ja Ziebland 2010; Lundin ja Elmerstig 2014). Tämä tukee oman reagoinnin normalisointia. Suuri osa vertaistuesta saadaan nykyisin internetin kautta. Internet toimii tuen kanavana myös niillä pareilla, jotka ovat sosiaalisesti eristäytyneitä. Olisi tarpeen kehittää sellaisia vertais- tai oma-apusivustoja lapsettomuuskokemuksessa selviytymiseen, jotka huomioisivat erilaisissa vaiheissa olevat parit (Malik ja Coulson 2010). Näin vertaisuus kohdentuisi vielä paremmin parin omaan tilanteeseen.

Tahattoman lapsettomuuden aiheuttamista ongelmista keskusteleminen, tiedon saaminen, asioiden jakaminen, ohjeiden saaminen ja tuettu terapeutin käsittely ovat avuksi niille, jotka ongelmista kärsivät. Lapsettomuuskokemuksen läpikäyminen edellyttää kykyä surra, prosessoida menetyksiä, sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen ja arvioida uudelleen tavoitteita ja toiveita (Jaffe 2017; Greil ym. 2011; Esselstrom 2014; Kraaij, Garnefski ja Schroevers 2009; Salmela-Aro ja Suikkari 2008). Asioista avautuminen ja tapahtuva muutos suhtautumisessa ongelmien vyyhteen voi vähentää psyykkistä paineisuutta. Tilanne on voinut tuntua lapsettomasta toivottomalta, mutta muuttunut asenne tulevaisuuden suhteen on tärkeä ja avaa voimia mielessä tapahtuvan ratkaisun löytymiseen. Asennoituminen tulevaisuuteen voi muuttua. Mikäli lapsettomuus jää pysyväksi tilaksi, tulevaisuutta varten rakennetut suunnitelmat on arvioitava uudelleen. Luopuminen tärkeästä asiasta on ymmärrettävä suuri suru. Terapeutin tehtävänä on auttaa surussa. Lapsettomuuden herättämää menetystä voidaan käsitellä ja näin selviydytään elämässä eteenpäin. Terapeutti voi auttaa löytämään elämään uusia sisältöjä, sen jälkeen kun mieleen on syntynyt tilaa. Itselle on annettava aikaa surra lapsettomuutta. On eduksi osata olla myös lempeä itseään kohtaan, vaikka mieli herkästi askaroikin erilaisten huonommuuden ja syyllisyyden tunteiden parissa. Lohdullinen näkökulma on myös sekin, että loppujen lopuksi jokainen ihminen on jäänyt jostain paitsi, ei saanut sitä mitä kovasti halusi ja toiveet eivät täyttyneet. Elämä tarjoaa kuitenkin paljon merkityksellisiä asioita.

Lähteet

- Amiri, M., Khosravi, A., Chaman, R., Vahedi, H. ja Sadeqi, Z. (2016) Sexual satisfaction and influencing factors in women with fertility problems. *Sexuality and Disability* 34, 341-348.
- Ansamaa, O. (2006) Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. ja Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus* (s. 184-190). Helsinki: Duodecim.
- Applegarth, L. D. (2006) Individual counseling and psychotherapy. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 129-142). Cambridge: Cambridge University Press.
- Balasz, J. ja Gratacós, E. (2012) Delayed childbearing: Effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 24, 187-93.
- Bayar, U., Basaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Arkan, I. I., Barut, A., Harma, M. ja Harma, M. (2014) Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. *Journal of Pakistan Medical Association* 64, 138-145.
- Bechoua, S. Hamamah, S. ja Scalici, E. (2016) Male infertility: An obstacle to sexuality? *Andrology* 4, 395-403.
- Boivin, J., Takefman, J. ja Braverman, A. (2011) The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility* 96, 409-415.
- Born, S. L. ja Preston, J. J. (2016) The Fertility Problem Inventory and infertility-related stress: A case study. *The Qualitative Report* 21, 497-520.
- Bradow, A. (2011) *Primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: Experiential differences between type of infertility and symptom characteristics*. Väitöskirja, the Faculty of the School of Psychology, Spalding University. Spalding: ProQuest Dissertations Publishing.

Casu, G. ja Gremigni, P. (2016) Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: Psychometric properties of a brief measure. *Journal of Advanced Nursing* 72, 693-706.

Czyżkowska, A., Awruk, K. ja Janowski, K. (2016) Sexual satisfaction and sexual reactivity in infertile women: The contribution of the dyadic functioning and clinical variables. *International Journal of Fertility and Sterility* 9, 465-476.

Daniluk, J. C. (2001) Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development* 79, 439-449.

Daniluk, J. C., Koert, E. ja Breckon, E. (2014) Sexuality and infertility. Teoksessa Binik, Y. M. & Hall, K. S. K. (toim.) *Principles and practice of sex therapy* (s. 419-435). New York: Guilford Press.

Darwish, J. (2002) Sexuality. Teoksessa Boivin, J. & Kertenich, H. (toim.) *Guidelines for counselling in infertility* (27-28). ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) Monographs, Special Interest Group on Psychology and Counselling. Oxford: Oxford University Press.

Davari Tanha, F., Mohseni, M. ja Ghajarzadeh, M. (2014) Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *International Journal of Impotence Research* 26, 132-134.

Dolan, A., Lomas, T., Ghobara, T. ja Hartshorne, G. (2017) 'It's like taking a bit of masculinity away from you': Towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility. *Sociology of Health & Illness* 39, 878-892.

Emec, Z. A. Apay, S. E. ja Ozorhan, E. F. (2017) Determination and comparison of sexual dysfunctions of women with and without infertility problems. *Sexuality and Disability* 35, 59-72.

Esselstrom, L. (2014) *A guide for the psychosocial treatment of infertility*. Loma Linda University Theses 5/2104, Dissertations & Projects, 304.

Ferraresi, S. R., Lara, L. A. S., de Sá, M. F. S., Reis, R. M. ja Rosa e Silva, A. C. J. S. (2013) Current research on how infertility affects the sexuality of

men and women. *Recent Patents on Endocrine, Metabolic & Immune Drug Discovery* 7, 198-202.

Gabr, A. A., Omran E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S. ja Belal, D. S. (2017) Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 217, 38-43.

Gabrielson, A. T., Liu, J. L. ja Sikka, S. C. (2018) Posttraumatic stress disorder and its effects on men's sexual and reproductive health. Teoksessa Sikka, S. C. & Helstrom, W. J. G. (toim.) *Bioenvironmental issues affecting men's reproductive and sexual health* (s. 541-556). London: Academic Press.

Galhardo, A., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2011) Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies* 20, 224-228.

Galhardo, A., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2013) Mindfulness-based program for infertility: Efficacy study. *Fertility and Sterility* 100, 1059-1067.

Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2017) How does the mindfulness-based program for infertility (MBPI) work in reducing depressive symptoms? *Mindfulness*, 2017 (pub ahead of print). DOI: 10.1007/s12671-017-0805-z

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. ja Verhaak, C. M. (2012) Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update* 18, 652-669.

Gerrity, D. A. (2001) A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 9, 151-158

Ghavi, F., Jamale, S., Mosalanejad, L. ja Mosallanezhad, Z. (2016) A study of couple burnout in infertile couples. *Global Journal of Health Science* 8, 158-165.

Giuliano, F. (2013) Questionnaires in sexual medicine. *Progrès en Urologie* 23, 811-812. English abstract.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. ja Vaslamatzis, G. (2011) Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction* 27, 496-505.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M ja Shreffler, K. M. (2011) Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine* 73, 87-94.

Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L. ja McQuillan, J. (2011) Variation in distress among women with infertility: Evidence from a population-based sample. *Human Reproduction* 26, 2101-2112.

Gremigni, P., Casu, G., Zaia, V. M., Heleno, M. G. V., Conversano, C. ja Barbosa, C. P. (2018) Sexual satisfaction among involuntarily childless women: A cross-cultural study in Italy and Brazil. *Women & Health* 58, 1-15.

Grill, E., Khavari, R., Zurawin, R., Flores Gonzalez, J. R. ja Pastuszak, A. W. (2016) Infertility and sexual dysfunction (SD) in the couple. Teoksessa Lipshultz, L., Pastuszak, A., Goldstein, A., Giraldi, A. ja Perelman, M. (toim.) *Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach* (s. 357-364). New York: Springer.

Hadley, R. ja Hanley, T. (2011) Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29, 56-68.

Hammer Burns, L. (2006) Sexual counseling and infertility. Teoksessa Covington, S. N. & Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 212-235). Cambridge: Cambridge University Press.

Hinton, L., Kurinczuk, J. J. ja Ziebland, S. (2010) Infertility; isolation and the internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling* 81, 433-441.

Jacobs, N. N. ja O'Donohue, W. T. (2007) *Coping with infertility: Clinically proven ways of managing the emotional roller coaster*. New York: Routledge.

Jaffe, J. (2017) Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective. *Psychotherapy* 54, 380-385.

Javedani, M., Aerabsheybani, H., Ramezani, N. ja Aerabsheybani, K. (2017) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in increasing infertile couples' resilience and reducing anxiety, stress, and depression. *NeuroQuantology* 15, 94-100.

Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C. M., Karasahin, K. E. ja Baser, I. (2011) Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and Sterility* 96, 1213-1217.

Kitchen, H., Aldhouse, N., Trigg, A., Palencia, R. ja Mitchell, S. (2017) A review of patient-reported outcome measures to assess female infertility-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 15:86. DOI: 10.1186/s12955-017-0666-0

Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. ja Koponen, P. (2010) Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 89, 677-682.

Klock, S. C. ja Greenfeld, D. A. (2000) Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility and Sterility* 73, 1159-1164.

Klock, S. C. (2006) Psychosocial evaluation of the infertile patient. Teoksessa Covington, S. N. & Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 83-96). Cambridge: Cambridge University Press.

Kocsis, A. ja Newbury-Helps, J. (2016) Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): Clinical protocol and theory development. *Mindfulness* 7, 690-699.

Kraaij, V., Garnefski, N. ja Schroevers, M. J. (2009) Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal of Health Psychology* 14, 18-26.

Kuivasaari-Pirinen, P. (2013) *The pathway from infertility to motherhood through assisted reproductive technology (ART)*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences.

Kumpula, S. (2007) Intiimiys ja seksuaalisuus parisuhteessa. Teoksessa Malinen, V. & Alkio, P. (toim.) *Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus* (s. 84-92). Väestöliitto. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Lara, L. A. S. (2017) Sexuality in couples with reproductive difficulties. Teoksessa Costantini, E., Villari, D. ja Filocamo, M. T. (toim.) *Female sexual function and dysfunction* (s. 107-122). Cham: Springer International Publishing.

Lehto, S. (2017) Äidiksi tulon kulttuurisen mallitarinan rikkoutuminen tahattoman lapsettomuuden läpikäyneiden naisten kertomuksissa. *Psykologia* 52, 391-406.

Loftus, L. ja Andriot, A. L. (2012) "That's what makes a woman": Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum* 32, 226-243.

Luk, B. H. ja Loke, A. Y. (2016) A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 42, 515-533.

Lundin, U. ja Elmerstig, E. (2014) "Desire? Who needs desire? Let's just do it!" – a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy* 30, 433-447.

Malik, S. H. ja Coulson, N. S. (2010) Coping with infertility online: An examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. *Patient Education and Counseling* 81, 315-318.

Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., Mazzoni, S., Capucci, R., Carbonara, M., Caracciolo, S. ja Patella, A. (2012) Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure? *Health and Quality of Life Outcomes* 10, 140. DOI: 10.1186/1477-7525-10-140

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. ja Stevens, G. A. (2012) National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine* 9(12). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001356

Mendonça de, C. R., Arruda, J. T., Noll, M., de O. Campoli, P. M. ja do Amaral, W. N. (2017) Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 215, 153-163.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stain, M. ja Ganiats, T. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Adult Urology* 63, 126-130.

Montejo, A. L., Montejo, L. ja Baldwin, D. S. (2018) The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry* 17, 3-11.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I. ja Almeida-Santos, T. (2016) Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology* 21, 302-317.

Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J. ja Shobeiri, F. (2013) Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review. *Journal of Reproduction and Infertility* 14, 110-119.

Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ja Mulhall, J. P. (2008) Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 5, 1907-1914.

Newton, C. R. (2006) Counseling the infertile couple. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 143-155). Cambridge: Cambridge University Press.

Perelman, M. A. ja Grill, E. A. (2013) The role of sex therapy for male infertility. Teoksessa Goldstein, M. ja Schlegel, P. N. (toim.) *Surgical and medical management of male infertility* (s. 204-218). Cambridge: Cambridge University Press.

Peterson, B. D., Newton, C. R. ja Feingold, T. (2007) Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility* 88, 911-914.

Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. ja Wischmann, T. (2012) An introduction to infertility counseling: A guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 29, 243-248.

Peterson, Z. D. ja Buday, S. K. (2018) Sexual coercion in couples with infertility: Prevalence, gender differences, and associations with psychological outcomes. *Sexual and Relationship Therapy*, 2018 (epub ahead of print) DOI: 10.1080/14681994.2018.1435863

Piva, I., Lo Monte, G., Graziano, A. ja Marci, M. (2014) A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 19, 231-237.

Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F. ja Vittori, G. (2010) Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies* 19, 15-19.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M. ja Zayeri, F. (2006) Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility* 85, 139-143.

Raque-Bogdan, T. L. ja Hoffman, M. A. (2015) The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly* 39, 484-496.

Reddy, N., Swamy, V., Pandiyan, N. ja Dupesh, S. (2017) Sexual dysfunction and infertility. Teoksessa Gunasekaran, K. ja Pandiyan, N. (toim.) *Male infertility: A clinical approach* (s. 231-242). New Delhi: Springer.

Richard, J., Badillo-Amberg, I. ja Zekowitz, P. (2017) "So much of this story could be me": Men's use of support in online infertility discussion boards. *American Journal of Men's Health* 11, 663-673.

Rotkirch, A. ja Miettinen, A. (2017) Childlessness in Finland. Teoksessa Kreyenfeld, M. ja Konietzka, D. (toim.) *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences. Demographic research monographs* (s. 139-158). Cham: Springer.

Räisänen, R. (2007) *Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä*. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Sahin, A., Urkmez, A., Verit, A., Yuksel, O. H. ja Verit, F. F. (2017) Psychologic and sexual dysfunction in primary and secondary infertile male patients. *Archives of Italian Urology and Andrology* 89, 120-124.

Salmela-Aro, K. ja Suikkari, A-M. (2008) Letting go of your dreams - Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. *Journal of Research in Personality* 42, 988-1003.

Santalahti, T. ja Lehtonen, M. (2016) Lapsettomuuden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Santalahti, T. ja Lehtonen, M., *Seksuaaliterapia* (s. 162-165). Jyväskylä: PS-kustannus.

Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G. ja Nyboe Andersen, A. (2012) Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update* 18, 29-43.

Shahnaz, A. ja Ayesha, A. (2016) Infertility: A review on causes, treatment and management. *Women's Health & Gynecology* 2(6), 040.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ja Mulhall, J. P. (2008) Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *Journal of Urology* 179, 1056-1059.

- Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K. ja Mulhall, J. P. (2008) Premature ejaculation in infertile couples: Prevalence and correlates. *Journal of Sexual Medicine* 5, 485-491.
- Shoji, M., Hamatani, T., Ishikawa, S., Kuji, N., Ohta, H., Matsui, H. ja Yoshimura, Y. (2014) Sexual satisfaction of infertile couples assessed using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Scientific Reports* 4, article no 5203. DOI: 10.1038/srep05203
- Song, S-H., Kim, D. S., Yoon, T. K., Hong, J. Y. ja Shim, S. H. (2015) Sexual function and stress level of male partners of infertile couples during the fertile period. *BJU International* 117, 173-176.
- Soni, V., Pastuszak, A. W. ja Khera, M. (2017) Erectile dysfunction and infertility. Teoksessa Minhas, S. ja Mulhall, J. (toim.) *Male sexual dysfunction: A clinical guide* (s. 152-171). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Suna, K. K., Ilay, G., Aysenur, A., Han, G. K., Ulku, U. E., Pasa, U. ja Fatma, C. (2016) Effects of infertility etiology and depression on female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 42, 27-35.
- Süli, A., Kopa, Z., Benyó, M. ja Vereczkey, A. (2017) Factors affecting sexuality in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 14, Supplement 4, e260. Abstracts of 23rd Congress of World Association for Sexual Health.
- Tao, P., Coates, R. ja Maycock, B. (2011) The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australasian Medical Journal* 4, 620-627.
- Tayebi, N. ja Ardakani, S. M. Y. (2009) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine* 6, 74-77.
- THL (2017) *Hedelmöityshoidot 2015-2016*. Tilastoraportti 9/2017.
- Toivanen, R., Vilska, S. ja Tulppala, M. (2004) Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. *Suomen lääkärilehti* 43, 4115-4120.

- Tuhkasaari, P. (2007) Seksuaalisuudesta parisuhteessa. Teoksessa Malinen, V. ja Alkio, P. (toim.) *Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus* (s. 66-83). Väestöliitto. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.
- Tulppala, M. (2002) Lapsettomuuden tuska. *Duodecim* 118, 531-536.
- Tulppala, M. (2012) Lapsettomuus ja parisuhde. *Suomen Lääkärilehti* 67, 2081-2086.
- Verhaak, C. ja Hammer Burns, L. (2006) Behavioral medicine approaches to infertility counseling. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 169-195). Cambridge: Cambridge University Press.
- Watkins, K. J. ja Baldo, T. D. (2004) The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling & Development* 82, 394-402.
- Winkelman, W., Katz, P., Smith, J. ja Rowen, T. (2016) The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sexual Medicine* 4, e190-e197.
- Wincze, J. P. (2015) Psychosocial aspects of ejaculatory dysfunction and male reproduction. *Fertility and Sterility* 104, 1089-1094.
- Wirtberg I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E. ja Lalos, A. (2007) Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction* 22, 598-604.
- Wischmann, T. H. (2010) Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 7, 1868-1876.
- Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z. R. M., Midin, M., Jaafar, N. R. N. ja Das, S. (2014) The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: A pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry* 55, Supplement, S1-S6.

Zare, Z., Golmakani, N. ja Amirian, M. (2017) Comparison of sexual problems in fertile and infertile couples. *Journal of Caring Sciences* 6, 269-279.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. ja Vanderpoel, S. (2009) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility* 92, 1520-1524.

Seksuaalikasvatus ja eettiset ohjeet

Susanna Ruuhilahti, *kättilö, projektipäällikkö, Nektari*
Suss Åhman, *seksuaaliterveyden asiantuntija, Folkhälsan*

Taustaa

Seksuaalikasvattajan tekemän työn tulisi perustua laajaan tietoon ja ymmärrykseen tutkitusta tiedosta, joka nivoutuu yhteen seksuaalikasvattajana tehdyn käytännön työn kanssa. Seksuaalikasvatus on sekä laaja-alaisen tietämyksen lisäämistä seksuaalisuudesta että yksilön seksuaalisen hyvinvoinnin ja seksuaaliterveyden mahdollistamista. Seksuaalikasvatuksen tulisi tukea kasvajan kasvua omassa seksuaalisuudessaan ja luoda edellytyksiä yksilön mahdollisuudelle tehdä itselle hyviä ja perusteltuja valintoja omaan seksuaalisuuteensa liittyen. Seksuaalikasvatuksen perusta rakentuu jokaisen ihmisen ja tämän seksuaalisuuden kunnioittamiseen.

Seksuaalikasvatusta tehdään usein ryhmätilanteessa. Tämä asettaa seksuaalikasvattajan työlle omat haasteensa. Seksuaalikasvatustyötä tehdessä tulee kasvattajan huomioida ja varmistaa, että jokainen läsnäoleva henkilö voi tuntea ja kokea oman seksuaalisuutensa positiivisena ja arvokkaana. Seksuaalikasvattajan tekemän kasvatuksen tulee mahdollistaa jokaisen osallistujan seksuaalista hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä. Tuokioiden tulee tarjota tukea ja ohjausta kaikille. Tärkeänä asiana seksuaalisen hyvinvoinnin edistämisessä voidaan pitää luottamuksellisuutta, joka koettiin tärkeäksi myös sukupuolikulttuuria koskevassa tutkimuksessa. (ks. Näre, Ruuhilahti ja Heimonen, 2012).

Seksuaalikasvatuksen eettiset ohjeet ohjaavat seksuaalikasvattajan työtä ja luovat perusperiaatteet laadukkaalle työskentelylle seksuaalikasvattajana. Seksuaalikasvatuksen eettiset ohjeet hyväksyttiin NACS:n yleiskokouksessa Tartossa syyskuussa 2016 ja seksuaalikasvatusta tekevien ammattilaisten tuleekin noudattaa näitä ohjeita työssään, mikäli kuuluvat NACS:n jäsenjärjestöihin. Myös seksuaalikasvattaja-auktorisoinnin (SSS) saamiseksi auktorisoitava sitoutuu noudattamaan Seksuaalikasvattajan eettisiä ohjeita työssään.

Seksuaalikasvatus

Ruuhilahden ja Åhmanin (2012) mukaan seksuaalikasvatus on ammatillista toimintaa, jota eri alojen ammattilaiset toteuttavat eri ikäisille ihmisille erilaisissa ympäristöissä erilaisin tavoittein ja tavoin. Seksuaalikasvatusta toteutettavan henkilön/tahon ihmiskäsityksen, arvojen, tavoitteiden ja tarkoituksen tulee olla selkeästi kirjattuja ja ääneen lausuttuja. Seksuaalikasvatuksen tehtävänä on vahvistaa kasvajan itseluottamusta, kokemusta omasta arvokkuudesta, vahvistaa yhteisöllisyyttä ja auttaa kasvajaa löytämään tarvittavia tukiverkostoja ympärilleen seksuaalisen hyvinvoinnin ja seksuaaliterveyden mahdollistumiseksi.

Seksuaalikasvatuksella pyritään myös edistämään kasvajan seksuaaliterveyttä, seksuaalista hyvinvointia, vahvistetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin sekä voimautetaan kasvajaa omassa elämässään ja omassa seksuaalisuudessaan. Seksuaalikasvatuksen tulee mahdollistaa seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden omakohtaista pohdintaa sekä tarjota mahdollisuus peilata näitä yhteiskunnallisiin arvoihin ja normeihin, vertaisiaan kuunnellen ja havainnoiden.

Seksuaalikasvatuksen tulisi vahvistaa omien ja toisten koskemattomuuden rajojen hahmottamista ja kunnioittamista. Tämän lisäksi seksuaalikasvatuksen tulisi mahdollistaa seksuaalisuudesta laaja ja positiivinen käsitys ikään ja kehitystasoon sopivalla tavalla.

Douglas B. Kirbyn (2009) mukaan edellisten lisäksi kasvajalle tulee kehittyä taitoja välittää haluamisensa ja ei-haluamisensa kumppanilleen sekä taitoja tuottaa kumppanilleen seksuaalista mielihyvää unohtamatta omien halujen ja tarpeiden määrittelyn merkityksellisyyttä. Seksuaalikasvatuksen keinoin vahvistetaan kasvajan kykyä ja taitoa tehdä perusteltuja arvovalintoja, valmiutta ymmärtää omia tarpeita sekä kykyä asettaa arvoja ja arvostuksiaan tärkeysjärjestykseen ymmärtäen näiden vaikutusta heidän tulevaisuuteensa.

Seksuaalikasvatusta voidaan toteuttaa valistuksen, opetuksen, neuvonnan ja ohjauksen keinoin (ks. Bildsuchkin ja Ruuhilahti 2010; Ruuhilahti, 2012). Valistus on suurille joukoille suunnattua yksisuuntaista tiedottamista seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyvistä asioista kohdennettuna tietyille ihmisryhmälle.

Opetus on institutionaalista toimintaa, joka pohjautuu opetussuunnitelmassa määritelyihin teemoihin. Ohjaus on dialogia, jossa seksuaali- ja sukupuolikäytymiä lähestytään ryhmän tai yksilön toiveita ja tarpeita huomioiden ja integroiden nämä tuokiot kasvajan arkiseen maailmaan situationaalisuuden huomioiden. Neuvonta puolestaan on yksilö- tai pienryhmätukea, jossa tarjotaan neuvoja seksuaali- ja sukupuolikäytymyksissä spesifisti kasvajan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen liittyen.

Seksuaalikasvattajan tulee noudattaa maansa lakien ja oman ammattikuntansa säädösten lisäksi työssään YK:n ihmisoikeuksien julistusta sekä seksuaalioikeuksien julistusta (WAS 2014). Edellä mainittujen asiakirjojen lisäksi seksuaalikasvattajan tulee tuntee Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa, jotka THL julkaisi suomeksi vuonna 2010.

Seksuaalikasvatustuokioissa vaitiolovelvollisuus ja luottamuksellisuus voidaan rikkoa vain, mikäli laki siihen velvoittaa. Esimerkiksi lastensuojelulaki tai väkivaltaan liittyvät lait saattavat velvoittaa seksuaalikasvattajan toimimaan luottamuksellisuuden rikkoen. Näistä mahdollisista vaitiolovelvollisuuden rikkoutumistilanteista kasvatettavilla tulee olla tieto etukäteen.

Eettiset ohjeet

Seksuaalikasvattajan eettiset ohjeet, jotka on hyväksytty NACS:n yleiskokouksessa Tartossa 2016, ovat luettavissa kokonaisuudessaan tästä: <http://www.nacs.eu/index.php?1,57>
Alla on tiivis kuvaus ohjeista;

Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus

Jokainen ihminen on yhtä arvokas ja kaikilla tulee olla oikeus olla omanlaisensa. Jokaista seksuaalikasvatukseen osallistujaa tulee kohdella tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti.

Oikeus osallistua

Jokaisella seksuaalikasvatukseen osallistuvalla henkilöllä tulee olla todellinen mahdollisuus päättää ottaako osaa osallistaviin harjoituksiin vaiko ei.

Seksuaalikasvatuksen tulee huomioida osallistujat kokonaisvaltaisesti yksilönä unohtamatta jokaisen ainutkertaista elämäntilannetta

Jokaisen seksuaalikasvatustuokion tulee huomioida osallistujien toiveet, erityisvaatet ja -tarpeet, elämäntilanteiden erilaisuus sekä yksilö- että ryhmätasolla.

Oikeus yksityisyyteen

Jokaisella seksuaalikasvatukseen osallistuvalla henkilöllä on oikeus yksityisyyteen. Seksuaalikasvattajan vastuulla on huolehtia tilanteen turvallisuudesta ja osallistujien mahdollisuudesta pitää kiinni omista rajoistaan sekä säädellä sitä, miten paljon osallistujat itsestään kertovat. Ammatillisesti ja eettisesti toimiva seksuaalikasvattaja ei kerro liian intiimejä asioita itsestään ja huolehtii myös osallistujien integriteetistä.

Stereotyyppien ja myyttien kyseenalaistaminen

Seksuaalikasvatuksen tehtävänä on haastaa ja kyseenalaistaa seksuaalisuuteen ja sukupuoliin liittyvät myytit ja stereotyyppit. Uskomusten ja olettamien tilalle seksuaalikasvatus tarjoaa tutkimukseen perustuvia faktoja.

Jokainen ihminen on ainutkertainen yksilö

Jokainen seksuaalikasvatukseen osallistuva henkilö on ainutkertainen seksuaalinen olento. Ammatillinen seksuaalikasvatus kunnioittaa jokaisen osallistujan erilaisuutta, kokemuksia ja tarpeita sallien jokaisen olla totta omassa seksuaalisuudessaan.

Mahdollisuus ja lupa olla oma itsensä ilman pelkoa väkivallasta, hylätyksi tulemisesta tai syrjinnästä

Jokaisella seksuaalikasvatukseen osallistuvalla on oikeus tuntea itsensä arvokkaaksi. Seksuaalikasvattajan vastuulla on huolehtia siitä, että tuokioissa jokaista osallistujaa kohdellaan kunnioittaen muiden osallistujien, mutta myös seksuaalikasvattajansa itsensä toimesta.

Seksuaalikasvattajan on ylläpidettävä taitojaan, seurattava seksuaalisuuteen liittyvää keskustelua ja tutkimusta sekä huolehdittava työhyvinvoinnistaan

Seksuaalikasvattajan tulee pitää huolta ammattitaidostaan, työhyvinvoinnistaan, turvallisuudestaan ja siitä, että hänellä on käytössään ajantasaisin tieto. Seksuaalikasvattajan tulee noudattaa eettisiä ohjeita.

Lähteet

Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S (toim.)(2010) *Selkee!* Turku: Turun kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 6/2010.

Kirby, D. (2009) Sexuality education: A more realistic view of its effects. *Journal of School Health* 55(10), 421–424.

Näre, S., Ruuhilahti, S., Heimonen, E. (2012) Luottamus nuorten seksuaalisen hyvinvoinnin pohjana. *Nuorisotutkimus* 3/2012, 52-65.

Ruuhilahti, S., Kilpiä, J., Kurka, L. (2011) Nuorten seksuaalineuvonta. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. ja Saarinen, S. (toim.) *Seksuaalineuvonnan tueksi* (s. 71-82). Helsinki: THL.

Ruuhilahti, S. (2012) Ajatuksia seksuaalikasvatuksen merkityksestä ja mahdollisuuksista toisen asteen oppilaitoksissa. Teoksessa Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (toim.) *H.O.T - Huolehdi, Ohjaa, Tue*. Turku: Turun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja, 2012.

Ruuhilahti, S. ja Åhman, S. (2012). *Seksuaalikasvatus*, työpaperi seksuaalikasvattaja-auktorisoinnin valmisteluun.

Ruuhilahti, S. ja Åhman, S. (2016) *Ethical guidelines for sexuality educators*. <http://www.nacs.eu/index.php?1,57>

WAS. (2014) *Declaration of sexual rights*. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf

Ammatillinen raportti: Astu SaTu:n — Hyvinvointi kuuluu kaikille!

Hanna Vilkka, *Alue- ja vapaaehtoistyön koordinaattori, FinFami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry*
 Minna Hotta, *Toiminnanjohtaja, FinFami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry*
 Kirsi Koskela, *Vapaaehtoinen, SaTu-hanke, FinFami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry*

FinFami — Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry aloitti syksyllä 2017 ensimmäisenä Suomessa maksuttomat omaisten ja läheisten vertaistukiryhmät sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöille. Käynnistimme yhden vertaisryhmän äideille, isille, tädeille, sedille, isovanhemmille, aikuisille sisaruksille sekä läheisille, joiden läheinen lapsi tai nuori kuuluu sateenkaari-ihmisiin. Lapsen tai nuoren ei tarvitse olla psyykkisesti sairastunut. Vertaisryhmään osallistumiseen riitti, että aikuisella on huoli lapsen tai nuoren psyykkisestä hyvinvoinnista. Kaksi ryhmää käynnistettiin aikuisille sateenkaariomaisille ja -läheisille, joilla on huoli läheisestä tai läheinen on psyykkisesti sairastunut. Raportissa esittelemme, miksi aloitamme toiminnan FinFami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:ssä.

Ammatillisesti toteutettujen vertaisryhmiemme tarkoitus on luoda puitteet psyykkisesti oireilevien sateenkaari-ihmisten omaisten ja läheisten kohtaamiselle. Tavoitteenamme on myös vahvistaa mielenterveysomaisten kansalaisjärjestötyötä yhdistysten ja järjestöjen kanssa, jotka ajavat sateenkaari-ihmisten hyvinvointia yhteiskunnassa. Koulutus- ja markkinointiyhteistyötä sateenkaari-ihmisten mielenterveysomaisten ja -läheisten asioissa teemme Sateenkaariperheet ry:n Perhesuhdekeskuksen, Aktuaalin, Sinuksi-palvelun, Sexpon sekä FinFami - Mielenterveysomaisten keskusliiton kanssa. Toimintamme ydin on sukupuoli- ja seksuaalisensitiivisessä mielenterveysomaisten ja -läheisten tukemisessa, toivon herättämisessä ja arjen jaksamisen keinoissa.

Tutkimusten mukaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ihmisten psyykinen terveydentila on väestötasolla keskimääräistä alempi. Heillä on valtaväestöön verrattuna enemmän itsetuhoisia ajatuksia, itsetuhoista käyttäytymistä sekä masennus- ja ahdistusoireita. Sateenkaari-ihmisten ahdistus- ja masennusoireet nousevat pitkälti yhteiskunnan ja

ympäristön asenteista. Sateenkaari-ihminen tuntee itsensä ulkopuoliseksi lähes kaikkialla arjessa. Useimmat sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvista ovat kokeneet ahdistelua, kiusaamista ja syrjintää koulussa ja työpaikoilla.

Jokainen nuori ja lapsi haluaa olla vanhemmilleen hyväksytty omana itsenään. Lapsen ja nuoren hyvinvoinnin ja psyykkisen terveyden perusedellytys on se, miten omat vanhemmat heihin suhtautuvat: millaisena nuori kelpaa heille, mitä he heistä ajattelevat ja mitä kertovat lähipiirissä. Sateenkaarinuori kokee keskimäärin muita nuoria useammin suhteet vanhempiinsa huonoksi sekä itsensä perheessä ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. Taustalla voi olla vanhempien torjuvien asenteiden lisäksi se, ettei perheellä ole sanoja keskustella nuoren tilanteesta. Oman lapsen erilainen sukupuolinen tai seksuaalinen suuntautuminen voi olla vanhemmalle hämmäntävää. Tilanne voi herättää huolta ja erilaisia tunteita, joista saattaa olla vaikea puhua ulkopuolisille. Vanhemmalla voi olla huoli lapsen tulevaisuudesta, jos ennakkoluuloista johtuen lasta on kiusattu tai syrjitty koulussa tai harrastuksissa.

Valtaväestöön kuuluvien omaisten ja läheisten asenteilla on sateenkaarinuorelle suuri merkitys. Nuorelle vanhemman hämmennys ja tietämättömyys seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin liittyvistä asioista näyttäytyy usein torjuntana. Tiedon ja tukemisen keinojen puute aiheuttaa sen, että perheellä ei ole sanoja keskustella asiasta ja kaikki kokevat jäävänsä tilanteessa yksin, vaille tukea. Toimintamme tavoite on auttaa perheitä löytämään sanoja niin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuulumisesta kuin keskustelemiseen mielenterveysasioista. Etenkin jälkimmäiseen tartumme sateenkaarevien mielenterveysomaisten vertaisryhmissä.

Professori Juho Saaren (2016) mukaan yksinäisyys on eräs yksittäinen tekijä, joka heikentää suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Se saattaa vaikuttaa myös monen sateenkaari-ihmisen mielenterveysongelman taustalla. Kuten sanottu sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvat yksinäistyvät, koska he ovat sisäistäneet ympäristöstään asenteita, jotka synnyttävät itseinhoa, itsehäpeää, pelkoa, kielteisiä asenteita ja luottamuksen puutetta ympäristöä kohtaan. Sateenkaari-ihminen yksinäistyy, koska suhteiden luominen on haasteellista. Sateenkaari-ihmiset ovat alati huolissaan ympäristön reaktiosta liittyen seksuaaliseen

suuntautumiseensa tai sukupuoli-identiteettiinsä. Siten sateenkaari-ihmiset kantavat mukanaan moninkertaista mielenterveysongelmiin alistavaa häpeää, joka nousee erilaisuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksesta, omasta sukupuolesta tai seksuaalisesta suuntautumisesta, yksinäisyydestä, työttömyydestä, toimeentulon vaikeuksista sekä jatkuvasta pelosta oman seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ilmitulosta ja sen seurauksista.

Edellä mainitut asiat ovat merkittäviä koettua emotionaalista huono-osaisuutta lisääviä psyykkisiä riskitekijöitä. Koettu jatkuva emotionaalinen huono-osaisuus vaikuttaa oleellisesti sateenkaari-ihmisten mahdollisuuksiin opiskella, kouluttautua ja mahdollisuuteen hankkia toimeentulonsa sekä perustaa perhe. Psyykkiset riskitekijät lisäävät sairastumisriskiä. Kuitenkin tärkeintä jokaiselle sairastuneellekin on läheisten ja lähipiirin kanssa eläminen yhdessä sairaudesta riippumatta. Vertaisryhmässä yleensä omaisen tai läheisen syyllisyys ja taakka toisen sairastumisesta kevenevät. Häpeä, masennuksen tai ahdistuksen mystifioiminen ja sairauden uhkaavuus vähenevät. Omaisen tai läheisen saa tietoa siitä, millä tavalla hän ja lähipiiri voivat olla tukea sateenkaarevan läheisensä hyvinvointia ja samalla huolehtia omasta hyvinvoinnistaan. Elämänlaatu saattaa kaikin puolin kohentua jokaisella, kun jokaisella on keinoja huolehtia omasta hyvinvoinnistaan ja tukea läheisen hyvinvointia.

Yhteiskunnassa on heikosti puututtu sekä sateenkaari-ihmisten mielenterveyden kysymyksiin että omaisnäkökulmaan. Käytännössä sateenkaari-ihmisten on vaikea hakeutua syrjinnän ja ennakkoluulojen vuoksi koko väestölle suunnattuihin palveluihin, joissa he eivät voi olla varmoja yhdenvertaisuudestaan. Yhdenvertaisuuden takia tärkeää on, että jokainen voi käyttää palveluja omana itsenään riippumatta seksuaalisesta suuntautumisesta, sukupuoli-identiteetistä, sukupuolen ilmaisusta ja perhemuodosta. Sateenkaari-ihmisten omaisten vertaistukiryhmä on tärkeä myös siksi, että ryhmän sisällä heidän ei tarvitse opettaa ja jakaa tietoa moninaisuudestaan. He voivat keskittyä vertaistensa kanssa voimavarojen etsintään ja arjen hyvinvoinnin löytymiseen. Kaikilla palveluiden tuottajilla ei aina ole riittävästi tietoa siitä, miten sukupuolen ja seksuaalisuuden monimuotoisuus kietoutuvat mielenterveyden ja päihteiden käytön kysymyksiin sateenkaari-ihmisillä sekä miten ne vaikuttavat heidän omaisiinsa ja läheisiinsä. Edelleen yhteiskunnassa joutuu oikaisemaan

käsityksiä muun muassa siitä, että sukupuoleen liittyvä kokemus ja identiteetti tai seksuaalinen suuntautuminen eivät ole sairauksia.

Lyhyesti, läheisen psyykinen sairastuminen on kriisi myös heidän lähipiirilleen. Kriisi muuttaa kaikkien ympärillä olevien ihmisten arkea, kun tuttu ihminen muuttuu käyttäytymiseltään vieraaksi ja etäiseksi. Huoli sairastuneesta astuu osaksi omaisen tai läheisen arkea. Itsestä huolehtiminen jää arjen huolien varjoon. Jatkuvan huolen kanssa eläminen on uuvuttavaa kaikille. Myös läheisellä on silloin riski sairastua. Sateenkaari-ihmisten omaisten ja läheisten vertaistukitoiminnalla haluamme kiinnittää huomio myös sateenkaari-ihmisten läheisten ja omaisten psyykkiseen hyvinvointiin ja emotionaaliseen huono-osaisuuteen ja sen ennalta ehkäisyyn yhteiskunnassa.

Tukeudumme toiminnassa psykoedukaatioon psykososiaalisena opetuksena ja valmennuksena. Keskiössä on omaisen tai läheisen voimavarojen karttuminen. Ryhmätoimintaan kuuluu siksi kongnitiivista työskentelyä, sosiaalisten taitojen harjoittelua ja tunteiden käsittelyä vertaisten kanssa. Psykoedukaation hengessä ajatellamme, että jokaisella omaisella ja läheisellä on omaa sairastumista suojaavia tekijöitä. Alttius sairastua on aina yksilöllinen. Kun tasapaino pettää arjen kuormittavuudessa ja suojaavissa tekijöissä, psyykkisen sairastumisen riski suurenee merkittävästi.

Vertaisryhmätoimintamme tarkoitus on työstää omaisen tai läheisen kanssa yhdessä yksilöllisiä kuormittavuudesta tai arjen paineista kertovia tunteita ja asioita. Tärkeää on oppia myös myöntämään niiden olemassaolo. Kun tunnistaa ja ymmärtää omat oireensa tai surunsa, niihin pystyy vaikuttamaan oppimalla kommunikatiivisia taitoja, stressinhallintaa ja ongelmanratkaisukeinoja. Niiden avulla lisääntyvät keinot arjessa jaksamisesta sairastuneen läheisen kanssa. Myös oman sosiaalisen verkoston ja tukitoimien hyödyntäminen saattavat lisääntyä.

Toiminnassamme lähdemme ajatuksesta, että läheisen mielenterveysongelmista on usein vaikea puhua. Erityisesti uskallusta se vaatii, kun oma elämä on monimuotoista sukupuolisesti tai seksuaalisesti. Yhteiskunnassa herkästi ajatellaan, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön identifioituminen on psyykkisen oireilun syy. Alttius psyykkiseen oireiluun rakentuu arjen kuormittavuudesta, stressistä ja

suojaavien tekijöiden murtumisesta. Olennaisia kuormittavia tekijöitä ovat ympäristön asenteet ja suhtautuminen sateenkaari-ihmisiin. Kenenkään sairastuneen läheisen tai omaisen ei pidä jäädä yksin. Hyvinvointi kuuluu kaikille — myös sateenkaari-ihmisille ja heidän läheisilleen.



Kun yksi sairastuu, monen maailma muuttuu.

SaTu - Sateenkaarevien mielenterveysomaisten vertaistukitoiminta

FinFami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry

www.omaisyhdistys.com

Lähteet

Alanko, K. (2014) *Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa?* Verkkojulkaisu 72, Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimuseura ja Seta-julkaisu 23, Seta.

de Bruijn, T. T. (2006) Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen Lääkärilehti* 41/2006, 4219–4225

Lehtonen, J. (2006) Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt Suomen kunnissa. Keinoja ja ideoita yhdenvertaisuuden tueksi. *ESR-tutkimukset ja -selvitykset* -sarja. Helsinki: Työministeriö.

Nivala, E. ja Ryytänen, S. (2013) Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja* 14, 9–41.

ranneliike.net

Saari, J. (2016) Suomalainen yksinäisyys. Teoksessa Saari, J. (toim.) *Yksinäisten Suomi* (s. 33-51). Helsinki: Gaudeamus.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvien perus- ja ihmisoikeudet Suomessa (2014). Selvityksiä ja ohjeita 34/2014. Helsinki: Oikeusministeriö.

seta.fi

Törrönen, M. ja Vornanen, A. (2002) Emotionaalinen huono-osaisuus peruskoululaisten korostamana syrjäytymisenä. *Nuorisotutkimus* 2/2002, 33– 42

Vilka, H. (1998) *Yhteiskunnan intervention merkitys transseksuaalisuuteen*. Pro gradu. Kuopion yliopisto, Sosiaalipsykologian ja sosiaalipolitiikan laitos.

Vilka, H. (2006) *Keho: Omaa sukupuolta koskeva tiedon ja ymmärryksen muotoutumisen perusta transsukupuolisilla*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta.
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/vilka/kehoomaa.pdf>

Vertaisyhmät syksyllä 2018. Kysy lisää:

hanna.vilka@omaisyhdistys.com

Ennakotieto:

SaTu-seminaari Forssassa 6.9.2018 klo 17-20 yhdessä Aktuaalin, Sinuksi-palvelun, Perhesuhdekeskuksen ja Settlementti ry:n kanssa. Aiheena sateenkaarinuorten jaksaminen ja mielen hyvinvointi. Voit ilmoittautua jo ennakoon

hanna.vilka@omaisyhdistys.com