

Aivovamma osana elämää – miten huomioida seksuaalisuus kuntoutuksessa?

Henna Kekkonen, *toimintaterapeutti YAMK, auktorisoitu seksuaalineuvoja SSS, erityistason seksuaaliterapeutti NACS*

Tiina Manninen, *psykofyysinen fysioterapeutti AMK, auktorisoitu seksuaalineuvoja SSS*

Johdanto

Kuntoutuksen lähestymistavaksi on vakiintunut holistinen eli kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Se käsittää ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kulttuurisen puolen, ja ihminen nähdään laajemmin, kuin vain osiansa summana. Hyvinvointi merkitsee kokonaisvaltaisesti tyytyväisyyttä ihmisenä olemiseen, ihmisyyden toteuttamista sekä hyväksi koettua elämänlaatua. Kuntoutuksessa pyrimme hoitamaan sairauksia ja vammoja, ja tukemaan yksilön ja ympäristön välistä suhdetta, jotta se vahvistaisi ihmisten voimavaroja, selviytymistä ja hyvinvointia. Olemme tottuneet arvioimaan kuntoutusta ensisijaisesti fyysisen toimintakyvyn kautta, kun taas kuntoutujat toivovat tulevaisuutta kohdatuiksi kokonaisvaltaisina ihmisinä. Tämä merkitsee kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa nykyistä avoimempaa käsitystä siitä, mikä on kuntoutusta tai kuntouttavaa. (Hokkanen ym. 2009, s. 289–290; Järvikoski ja Härkäpää 2011, s. 8,14,30)

Halutessamme kohdata ihminen kaikkine elämän osa-alueineen, tulisi kuntoutustyöntekijän huomioida myös seksuaalisuus osana ihmisyyttä. Vakava vammautuminen aiheuttaa usein kriisin, joka vaikuttaa kaikkiin elämän osa-alueisiin ja jonka läpikäyminen voi tarvita aikaa. Sairastumiseen ja vammautumiseen liittyy monenkirjavia tunteita, pelkoja ja pettymyksiä sekä kysymyksiä ja odotuksia. Muuttunut tilanne usein herättää samalla pohdintoja liittyen ihmissuhteisiin, läheisyyteen ja seksuaalisuuteen. Pelloista ja kysymyksistä tulisi saada jutella, eivätkä ne poistu vaikenemalla. (Ilmonen 2006, s. 43; Rosenberg 2006, s. 281, 283; Santalahti ja Lehtonen 2016, s. 165). Usein herkästi ajattelempa seksuaalisuutta vain seksinä tai seksuaalisten toimintojen toteuttamisena, mutta se käsittää ihmisyyttä laajemmin. Seksuaalisuus on meissä jokaisessa elävää elinvoimaa, ja tasapainoinen ja eheä seksuaalisuus näkyy kykyinä olla kontaktissa itsen ja muihin. (Santalahti ja Lehtonen 2016, s. 17) Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa

elämänvaiheissa, ja se muuttuu ja mukautuu elämänvaiheiden ja -tilanteiden myötä (WHO 2006).

Aivovammalla tarkoitetaan ulkoisen voiman aiheuttamaa aivokudoksen vaurioitumista. Yleistä on, että mekanismista riippumatta aivoihin syntyy erilaisia, vaikeusasteeltaan vaihtelevia ja monimuotoisia vaurioita, joita mahdolliset sekundaari- ja liitännäisvaurioihin liittyvät oireet edelleen värittävät. Aivovamman saa Suomessa arviolta noin 20 000 ihmistä vuodessa, mikä on kansanterveydellisesti huomattavaa. Valtaosa vammoista on vaikeusasteeltaan lieviä, mutta joka vuosi noin 2 000–3 000:lle aivovamman saaneelle jää pysyviä jälkioireita. Tärkeä tieto aivovammoista on, että huomattava osa vammautuneista on alle 25-vuotiaita. Suurimmalla osalla aivovamma ei näy ulospäin, vaan sen oirekuva koostuu useista moniulotteisista neuropsykologisista ja neuropsykiatrisista oireista, joiden vuoksi potilaan psykososiaalinen selviytyminen heikkenee. (Turkka 2004, s. 1425; Aivovammat 2017)

Johtuen aivovamman jälkitilojen ja oireiden monista eri ulottuvuuksista ja monimuotoisuudesta, sen vaikutus myös ihmisen seksuaalisuuteen on väistämätön ja ilmeinen. Tässä artikkelissa kokoamme yhteen aivovamman vaikutuksia seksuaalisuuteen, ja sitä, miten kuntoutuksessa pystyisimme huomioimaan enemmän tätä ihmisen herkkää elämänaluetta.

Seksuaalisuuden erityispiirteitä aivovamman saaneella

Vakava vammautuminen aiheuttaa usein kriisin, joka koskettaa elämän ja oman identiteetin eri osa-alueita. Kun vammautumisesta on kulunut vasta vähän aikaa, seksuaalisuus ja seksiä koskevat mietteet voivat jäädä takaa-alalle kuntoutujan pyrkiessä sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Muuttunut elämäntilanne voi nostaa esiin uudenlaisia huolia, mietteitä tai pelkoja omaan seksuaalisuuteen liittyen. (Rosenberg 2006, s. 281-283). Seksuaalisen toimintakyvyn muutokset ovat merkittävästi yleisempiä TBI-kuntoutujilla (traumatic brain injury) keskivertoväestöön verrattuna (Latella ym. 2018, s. 1), ja tutkimusten mukaan jopa yli 50 prosenttia aivovamman saaneista kuntoutujista kokee seksuaalisuuden häiriöitä viisi vuotta vammautumisen jälkeen. (Ponsford 2003, s. 286). Tästä huolimatta seksuaalinen toimintakyky saattaa jäädä kartoittamatta kuntoutuksen aikana, ja saatavilla olevaa tietoa on vähäisesti. Seksuaaliterveyden tukemiseksi seksuaalisuuden huomioiminen ja siihen liittyvän oikean tiedon antaminen on tärkeää kuntoutujille sekä omaisille.

(Latella ym. 2018, s. 1). Kuntoutujan seksuaalisen eheytyksen tukeminen voi myös tukea henkilön kokonaisvaltaista toipumista (Rosenberg 2006, s. 282).

Aivovamma voi vaikuttaa kuntoutujan seksuaalisuuteen monien eri tekijöiden kautta. Aivovaurion seurauksena ilmenevät seksuaalisuuden häiriöt riippuvat aivojen vaurioalueesta ja vaurion vakavuudesta. Kuitenkin täytyy muistaa, että seksuaaliseen libidoon ja säätelyyn osallistuvat keskukset sijaitsevat monissa eri aivokuoren osissa ja hypotalamuksessa. Näin ollen yhden aivoalueen vaurio ei useinkaan estä seksuaalisuuden elpymistä. Erityisesti hypotalamuksen etuosan tumakkeet ovat hyvässä suojassa, ja vaurioituvat harvoin aivojen sairauksissa. Kyky ja mahdollisuus tyydyttävään seksuaalisuuteen säilyykin hyvin usein vammoista huolimatta. (Färkkilä ja Ruutiainen 2003, s. 247; Turku 2011, s. 112). Suurin osa aiheutuvista aivovammoista on lieviä, ja niistä toivutaan oireettomiksi viikoissa tai kuukausissa. Keskeisten ja vaikeiden aivovammojen yhteydessä voi kuitenkin ilmetä pitkäaikaisia tai pysyviä, kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn eri tavoin vaikuttavia oireita (Aivovammat 2017). Erilaiset fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset oireet sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen muutokset vaikuttavat moninaisin tavoin toimintakykyyn eri alueisiin ja ovat väistämättömästi yhteydessä myös seksuaaliseen toimintakykyyn. (Latella ym. 2018, s. 1). Muutokset voivat esimerkiksi vaikuttaa kuntoutujan kykyyn ylläpitää tai rakentaa uusia ihmissuhteita, ilmaista omaa seksuaalisuuttaan tai hänen mahdollisuuksiinsa antaa ja saada rakkautta ja kiintymystä. Muutokset voivat ilmetä myös seksuaalivietin ja kiihottumisen vähentymisenä. Toiminnan muutokset yhdellä osa-alueella heijastuvat usein muuhun toimintakykyyn, minkä vuoksi seksuaalisuutta tulisikin tarkastella kokonaisvaltaisesti, biopsykososiaalisen mallin avulla. Tällöin otetaan huomioon seksuaalisuuteen yhtäaikaisesti vaikuttavina tekijöinä neuropsykologiset ja psykologiset tekijät, lääketieteelliset ja fyysiset tekijät sekä ihmissuhteisiin liittyvät sosiaaliset tekijät. (Moreno ym. 2013, s. 70-71; Ponsford 2003, s. 275).

Kuntoutujan seksuaaliseen selviytymiseen vaikuttavat muun muassa ikä, jolloin vammautuminen on tapahtunut, vamman laatu ja ennuste sekä vammasta kulunut aika. Lisäksi selviytymiseen vaikuttavat kuntoutujan elämäntilanne ja siihen liittyvät haasteet, mahdollinen parisuhde ja sen laatu sekä koettu yksinäisyys. Selviytymiseen heijastuvat myös kuntoutujan aikaisempi suhde omaan kehoon, henkilön persoonallisuustekijät ja seksuaalisuuden merkitys ihmisen elämässä. Kuntoutujalla voi myös olla seksuaalisuuteen ja tilanteeseensa liittyviä ennakkoluuloja ja oikeaa tai vääristynyttä tietoa, joka voi

tukea tai heikentää selviytymistä. (Rosenberg 2006, s. 284). Joissakin tutkimuksissa on todettu, että naisilla on 2,5-kertainen todennäköisyys seksuaalisuuden toimintahäiriöille miehiin verrattuna. Naiset myös kokevat miehiä enemmän alentunutta toimintakykyä liittyen seksuaaliseen kognitioon, fantasiointiin ja kiihottumiseen (Sander ym. 2013, s. 186; Sander ym. 2012, s. 1331). Aivovammat ovat kuitenkin yleisempiä miehillä, joten tutkittua tietoa aivovamman vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen on vähemmän. Tutkitun tiedon puuttuminen voi johtaa siihen, etteivät palvelut ja järjestelmät kykene kohtaamaan heitä riittävän hyvin. (O'Reilly ym. 2018, s. 2331).

Seksuaalisuuteen vaikuttavista fyysisistä oireista fatiikin, sensoristen muutosten, koetun kivun ja nivelliikkuvuuden vähentymisen on todettu heikentävän kuntoutujien seksuaalista hyvinvointia. (Downing ym. 2013, s. 171). Aivovaurion sijainnin mukaan, kuntoutujalla voi esiintyä halvausoireita, koordinaation ja hienomotoriikan häiriöitä, autonomisen hermoston toiminnan muutoksia sekä spastisuutta (Aivovammat 2017), jotka voivat vaikuttaa kykyyn ilmaista omaa seksuaalisuutta. Asentojen vaihtelut ja toteuttaminen voivat vaatia kekseliäisyyttä ja monimuotoisuutta fyysisen toimintakyvyn muuttumisen vuoksi. Seksuaalisuuteen vaikuttavia asioita ovat myös hormonaaliset muutokset ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Seksuaalinen halukkuus voi vähentyä huomattavasti erilaisten syiden vuoksi, mutta se voi myös nousta, ja seksuaaliseen käyttäytymiseen voi liittyä kontrolloimattomuutta. Suurimmat huolet koskevat yleensä kiihottumista (erektiovaikeudet, naisten kostuminen) sekä orgasmin saavuttamista. Nämä voivat olla yhteydessä suoraan hormonaalisiin tai toiminnallisiin muutoksiin, mutta myös psyykkisiin tekijöihin. (Hanks ym. 2013, s. 183; Sander ja Maestas 2014, s. 1801).

Aivovammasta aiheutuvat neuropsykologiset oireet voivat ilmetä erilaisina toiminnanohjauksen ja tarkkaavaisuuden vaikeuksina, tiedonkäsittelykyvyn hidastumisena, impulsiivisuutena, muistihäiriöinä sekä kielen ja puheen tuottamisen tai ymmärtämisen häiriöinä, jolloin oman seksuaalisuuden ilmaiseminen ei onnistukaan totutulla tavalla. (Aivovammat 2017; Moreno ym. 2013, s. 70-71). Esimerkiksi keskittymisvaikeudet voivat vaikuttaa kohtaamisiin muiden kanssa ja oman kiinnostuksen esiin tuomisessa toista ihmistä kohtaan sekä muuttaa kykyä fantasiointiin ja kiihottumiseen. Muistivaikeudet tai sosiaalisen kommunikation haasteet voidaan kokea vastaanottajan taholta loukkaaviksi eleiksi, jos vammautunut unohtaa esimerkiksi suhteeseen liittyviä merkittäviä tapahtumia tai toimii sosiaalisista normeista poikkeavalla tavalla. (Moreno ym. 2013, s. 70-71). Omista seksuaalisuuteen liittyvistä toiveista ja

tarpeista kertominen ja ymmärretyksi tuleminen voi vaikeutua muuttuneen kommunikoinnin vuoksi, ja laskea seksuaalista hyvinvointia. (Downing ym. 2013, s. 171). Neuropsykologisilla ja kognitiivisilla kyvyillä on huomattava merkitys seksuaalikäyttäytymisen ja sen haasteiden kannalta. Erityisesti vakavissa aivovammoissa seksuaalisen riskikäyttäytymisen taso voi olla yleisempää ja riskinotot voivat olla yhteydessä muihin vakaviin emotionaalisiin ongelmiin. (Moreno ja McKerral 2018, s. 34-48; War ym. 2014, s. 31). Riskialttiilla tai kontrolloimattomalla seksuaalisella käyttäytymisellä voi olla vaikutuksensa myös sosiaalisiin tilanteisiin. Epäsopivat kommentit tai ennalta arvaamattomat toiminnot sosiaalisissa tilanteissa voivat vaikeuttaa ihmissuhteiden luontia ja aiheuttaa hämmennystä läheisissä (Pritchard ym. 2012, s. 143).

Aivovamman jälkitilan yhteydessä ilmeneviä yleisiä psyykkisiä oireita voivat olla univaikeudet, mielialan vaihtelut, masennus ja ahdistus sekä itsetunnon madaltuminen, joiden on todettu olevan yhteydessä seksuaalisen hyvinvoinnin vähentymiseen (Aivovammat 2017; Downing ym. 2013, s. 171). Masentuneisuudella ja korkealla iällä on tutkimuksissa havaittu olevan yhteys aivovammakuntoutujien seksuaaliseen tyytymättömyyteen. Kuntoutujat voivat kokea mahdollisuuksien intiemeihin kontakteihin rajoittuneen, ja parempaa seksuaalista toimintakykyä onkin ennustanut runsas sosiaalinen osallistuminen (Downing ym. 2013, s. 171; Sander ym. 2013, s. 186). Bellamkodan ja Zollmanin (2014, s. 1066-1067) tutkimuksessa jopa ilmaistiin huoli työttömyyden ja sen kautta sosiaalisen osallistumisen vähentymisen merkityksestä seksuaaliseen toimintakykyyn. Itsetunnon laskeminen onkin yleinen seuraus vammautumisen yhteydessä, mikä voi vaikeuttaa ja hidastaa kuntoutujan seksuaalista eheytymistä ja minäkuvan korjautumista vammautumisen jälkeen (Rosenberg 2006, s. 282). Vammautuminen vaikuttaa aina sisäiseen ja ulkoiseen minäkuvaan, ja erityisesti sisäisen minäkuvan muutokset voivat jäädä havaitsematta tai tulla vähätellyiksi, jos muutos on näkymätön. Vammautumisen aiheuttamien fyysisen toimintakyvyn muutosten myötä myös ulkoinen minä- ja kehonkuva voi muuttua, mikä voi vaikuttaa kuntoutujan seksuaali-identiteettiin ja oman kehon hyväksymiseen. Minäkuvan muutokset voivat synnyttää häpeän ja huonommuuden tunteita, vähentää sosiaalista kanssakäymistä ja näin ollen estää uusien ihmissuhteiden solmimista tai sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä altistaen kuntoutujaa yksinäisyydelle (Rosenberg 2006, s. 286-287). Masennuksella on havaittu olevan yhteyttä seksuaaliseen tyytyväisyyteen, mutta ei suoraan toimintakykyyn. Myös useiden mielialalääkkeiden todetut vaikutukset

seksuaalisiin toimintahäiriöihin, seksuaaliseen toimintaan ja kiinnostukseen on huomioitava. Kuitenkin vastavuoroisesti masennuksen hoito voi helpottaa seksuaalisia ongelmia, joten hoidossa ja hoitomuodoissa olisi tärkeää löytää tasapaino (Hanks ym. 2013, s. 184; Sander ym. 2013, s. 193).

Kuntoutustyöntekijän mahdollisuudet

Tutkimuksia aivovamman saaneiden ihmisten kokemuksista liittyen seksuaalisuudesta puhumiseen on vähän. Esimerkiksi Moreno, Gan, Zasler ja McKerralin tutkimuksessa (2015, s. 106) kuntoutujat kokivat seksuaalisuudesta puhumisen tärkeänä osa kuntoutusta ja elämää. Samanlaisia tuloksia on monissa esimerkiksi aivohalvausta koskevissa tutkimuksissa, joissa kuntoutujien kokemuksia on kartoitettu suhteessa seksuaalisuuteen ja kuntoutukseen (Bauer ym. 2015, s. 1248; Kedde ym. 2012, s. 71; Lever ja Pynor 2017, s. 2018; Schmitz ja Finkelstein 2010, s. 211). Myös kuntoutustyöntekijöiden sekä terveysalan ammattilaisten keskuudessa seksuaalisuus on laajalti tunnistettu tärkeäksi osaksi terveydenhuoltoa ja ihmisten hyvinvointia. Seksuaalisuuden ja kuntoutuksen kentän tutkimukset ovat usein pohjautuneet ajatukseen, että kuntoutustyöntekijöiden vastuuseen kuuluu seksuaalisuuden nostaminen keskusteluun, mutta ohjeiden siirtyminen konkreettisesti työotteeseen tai käytäntöön on ollut haasteellista ja puutteellista (Arango-Lasprilla ym. 2017, s. 1609; Areskoug-Josefsson ym. 2016, s. 292; Gott ym. 2004, s. 530; Haboubi ja Lincoln 2003, s. 293-294; McGrath ja Lynch 2014, s. 654-655; Mick 2007, s. 671; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, s. 290).

Syitä seksuaalisuuden puheeksi ottamattomuuteen ja sen käsittelyn vaikeuteen on monia. Arango-Lasprilla ym. (2017, s. 1609) tutkimuksessa vain 23,6 prosenttia kuntoutustyön ammattilaisista raportoi puhuvansa seksuaalisuudesta aivovammakuntoutujien kanssa. Puolet tämän tutkimuksen ammattilaisista raportoi suhtautuvansa aiheeseen ymmärtävästi, mutta silti heistäkin useat pelkäsivät loukkaavansa tai nolostuttavansa kuntoutujan asian esiin ottamisella. Tämä pelko ja ennakkoluulo aiheen sopimattomuudesta kuntoutujalle on yksi yleisimpiä syitä, miksi kuntoutustyöntekijä ei ota seksuaalisuutta puheeksi. Usein pelätään, että kuntoutuja kokee sen esimerkiksi seksuaaliseksi häirinnäksi, että se aiheuttaa nolostumista, yksityisyyden rikkomista tai reaktiot vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen negatiivisesti. (Arango-Lasprilla ym. 2017, s. 1609; Areskoug-Josefsson ja Fristed 2017, s. 5; Areskoug-Josefsson ja Gard 2015a, s. 522; Dyer ja das Nair 2014, s. 1434; Moreno ym. 2013, s. 80). Kuntoutusalan ammattilaiset usein

odottavat kuntoutujan itse ottavan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi, mikäli kuntoutujat sitä toivovat (Dyer ja das Nair 2014, s. 1434; Richards ym. 2016, s. 1478). Kuitenkin tutkimuksissa on todettu, että kuntoutuspalveluja käyttävät ihmiset eivät tienneet, kenen kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi puhua, ja toivoivat kuntoutustyöntekijöiden ottavan asian puheeksi. Asian esille ottaminen on kuntoutujille vaikeaa, vaikka nämä haluaisivatkin siitä puhua (Bauer ym. 2015, s. 1247; Fox ym. 2018, s. 6; Gott ja Hinchliff 2003, s. 694). Muita yleisimpiä syitä seksuaalisuudesta puhumattomuudelle kuntoutustyöntekijöiden osalta kuvataan seuraavassa kuviossa (1).

Kuntoutustyöntekijöiden haasteet seksuaalisuuden kohtaamisessa

- **Ammattien ja ammatillisuuden roolien epäselvyys**
Ammattilaiset eivät tunnista, kuuluuko seksuaalisuuden puheeksi otto heidän toimintapiiriinsä vai kuuluuko se jollekin toiselle.
- **Tiedon ja taidon vähäisyys**
Ammattilaiset kokevat, että ei ole tarpeeksi kompetenssia keskustella seksuaalisuudesta
- **Epämukavuus**
Kokemus siitä, että pelkää avaavansa asian, johon ei osaa vastata. Asiakkaan loukkaamisen tai yksityisyyden rajan rikkomisen pelko.
- **Kyvyttömyys käsitellä esiin tuomattomia aiheita**
Asiakkaiden pyynnöt tai vinkit keskusteluun ohitetaan tai jätetään huomiotta
- **Aseksualisointi**
Seksuaalisuuden ei ajatella koskevan tiettyjä asiakasryhmiä esimerkiksi ikääntyneitä tai vammautuneita, tai nimenomaan juuri sitä omaa asiakasta.
- **Ymmärtämättömyys seksuaalisuuden mahdollisesta tärkeydestä asiakkaalle**
Uskotaan, että on tärkeimpiäkin asioita huolehdittavana sairastumisen tai vammautumisen vuoksi tai se ei ole niin suuri välttämättömyys itsenäiselle elämälle.
- **Tiimin tuen puute organisaation tasolla.**
Jos tiimissä tai yrityksessä asia ei koeta tärkeäksi, ei välttämättä haluta poiketa sopivista käytännöistä.

KUVIO 1. Couldrickia (2008) mukailen.

Jotta seksuaalisuuden kohtaaminen ammattilaisena helpottuisi, työntekijän on tärkeää kohdata ensin oma seksuaalisuutensa ja käsitellä siihen liittyviä asenteita, uskomuksia, kysymyksiä ja haasteita. Seksuaalisuuden käsitteleminen omassa työssä voidaan asettaa kehikseen, jossa peruslähtökohtana ovat työntekijän subjektiiviset edellytykset työskentelyyn. Näitä ovat oman seksuaalisuuden kohtaaminen, asenteet, ennakkoluulot sekä tiedot ja taidot seksologian alueella (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 64; Ilmonen 2006, s. 43). Omat seksuaalihistorian kokemukset, seksuaalisuuteen

liittyvät näkemykset tai arvotukset eivät ole yleisiä normeja, jotka automaattisesti palvelisivat myös asiakasta hänen elämässään. Työntekijän on tärkeää tarkastella uteliaasti omia seksuaalisuutta koskevia arvoja, uskomuksia ja asenteitaan jatkuvasti osana omaa työskentelyään. On arvokasta reflektoida sitä, mikä meissä itsessämme resonoi, koska se voi kehittää huomattavasti terapiaprosessia (Hedges 2010, s. 7, 20, 75; Kallio 2011, s. 47; Moreno ym. 2015, s. 107).

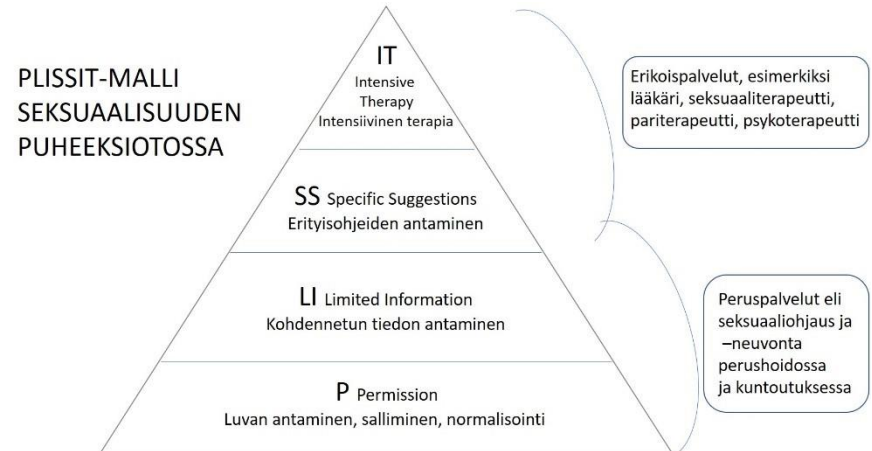
Seksuaalisuuteen liittyen omaa kartoitusta ja pohdintaa voi tehdä seksuaalianamneesin avulla, joka löytyy esimerkiksi tästä verkko-osoitteesta: http://www.syliin.fi/wp-content/uploads/2017/10/seksuaalianamneesi_Marika_Leppanen.pdf. Mikäli huomaa, että pohdinnan ja kartoituksen tuloksena nousee pintaan vaikeita tunteita, voi muistaa, että työntekijänä ei tarvitse pärjätä näiden tunteiden kanssa yksin. Luonnollisesti oma historia, kokemukset ja persoonallisuus vaikuttavat ihmisen ammatilliseen rooliin. Työstettyinä vaikeatkin asiat voivat tuoda auttajan työhön näkökulmaa, empaattisuutta ja vahvistaa omaa persoonaa voimavarana työssä. Auttamistyötä tekevien keskuudessa voi olla ihmisiä, jotka ovat itse kokeneet seksuaalisuuteen liittyviä haasteita, traumaattisia tilanteita tai väkivaltaa. Nämä kokemukset voivat olla altistaa työssä kuormittumiselle, jos ne ovat edelleen käsittelemättä ja aktivoituvat asiakastilanteissa uudelleen. On erittäin tärkeää, että auttajalla itsellään on rohkeutta ja valmiutta hakea apua myös omiin elämän haasteisiinsa. Tämä edistää useimmiten myös työssä jaksamista (Kallio 2011, s. 47).

Dialogiselle keskustelulle on ominaista avoimuus, läsnä oleminen ja toisen kunnioittaminen. Avoin kohtaaminen edellyttää uskallusta ja itsensä alttiiksi asettamista, ja tarve korostaa omaa asiantuntijuutta vaikeuttaa näitä kohtauksia (Haarakangas 2008, s. 26-28). Hädässä olevalla ihmisellä on yhteys sellaisiin ajatuksiin, jotka eivät ehkä tule enää puheeksi helposti. Ovi on ikään kuin auki ydinkokemukseen, mutta se tulee ilmi sivulauseessa, huomaamattomasti. Jos tähän ei tartuta, ovi saattaa sulkeutua pitkäksikin aikaa (Rönkkö 2013, s. 26). Siksi ammattilaisten tulisi olla herkkä näille pienille vihjeille ja sivulauseille ja kysyä rohkeasti lisää. Sivuttaminen ja vastaamattomuus on reaktio jo itsessään. Perusorientaationa kuntoutuksessa on oltava toiselle vastaaminen, mikä ei tarkoita välttämättä vastauksen tietämistä, vaan kuulemisen viestittämistä. Tällainen työskentelytapa mahdollistaa sen, ettei tarvitse etukäteen tietää, miten pitäisi vastata missäkin tilanteessa. Oleellisempaa on antaa asiakkaalle tilaa kertoa asiansa tämän

omista lähtökohdistaan käsin (Arnkil ja Seikkula 2009, s. 126; Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 79). Kerro lisää -kysymys on helppo keino osoittaa asiakkaalle, että työntekijä sitoutuu aktiivisesti ja kuulevasti keskusteluun (Kiviniemi ym. 2007, s. 83).

Keskustelun seksuaalisuudesta tulee olla selkeää ja valmiita kysymyksiä antavaa. Olisi hyödyllistä, jos seksuaalisuus olisi sisällytetty jo rutiinin omaisesti kuntoutusprosessin alkuarviointiin. Jos kuntoutustiimit omaksuvat asenteen, että seksuaalisuus kuuluu perustyöhön ja kaikilla on siinä tärkeä rooli, siitä tulee yhteistoiminnallista toimintaa. Kliinisen työn ohjeet koko organisaatiossa helpottaisivat kaikkien ammattilaisten asian esille ottamista (Dyer ja das Nair 2014, s. 1436; Moreno ym. 2015, s. 108). Oikean ajoituksen löytäminen voi olla hankalaa, ja koska ei ole mitään luotettavaa tapaa määrittellä etukäteen ihmisten tarpeita, olisi hyvä, että aihe nostetaan kuntoutuksessa käsittelyyn säännöllisin määräjain. Usein me kuntoutustyöntekijät olemme keskustelussa avainasemassa, koska teemme asiakkaiden kanssa töitä heidän arjessaan. Kuntoutustyöntekijät tekevät usein pitkiä asiakassuhteita, mikä edesauttaa luottamuksen syntymistä myös seksuaalisuudesta keskusteluun (Richards ym. 2016, s. 1479; Stein ym. 2012, s. 1846).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa tarvitaan ammatillista osaamista, ja osaamisen tasoa suhteessa asiakkaan ongelmiin jäsentää Jack Annonin jo vuonna 1976 kehittämä Plissit-malli (KUVIO 2). Mallissa seksuaalineuvonta ja -terapia on jaettu neljään tasoon, jotka määrittelevät puheeksi ottamisen asian sisältöä ja ammattilaisen osaamista. Malli auttaa ammattilaisia pohtimaan, missä asioissa oma koulutus ja tietotaito riittävät asiakkaan tukemiseen ja missä tilanteissa asiakas tulee ohjata erityisen tuen piiriin. Kaksi ensimmäistä tasoa, ja jossakin määrin kolmas taso, muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan kutsua seksuaalineuvonnaksi (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 94; Ilmonen 2006, s. 45). Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaamisen ja huomioimisen tulee tapahtua kahdella ensimmäisellä tasolla, mikä kuvaa sitä, että suurinta osaa asiakkaista voidaan auttaa vain hyväksymällä seksuaalisuus osaksi elämää ja antamalla seksuaalisuudesta tietoa, tukea ja ohjausta (Ryttyläinen ja Virolainen 2009, s. 3).



KUVIO 2. PLISSIT -malli. Kuvio Ryttyläistä ja Virolaista (2009) mukailten.

Ensimmäinen taso eli *luvan antaminen (permission)* merkitsee seksuaalisen käyttäytymisen normalisointia. Se on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Tällöin asiakkaalle välittyy joko sanallisesti tai sanattomasti tunne siitä, että hänen seksuaalisuuteensa liittyvät tunteensa ja ajatuksensa ovat sallittuja. On lupa ahdistuksen, pelon, häpeän ja syyllisyyden tunteisiin, joita omaan seksuaaliseen käyttäytymiseen tai mielikuviin saattaa liittyä. Kuunnellaan asiakkaan huolenaiheita ja kysymyksiä hänen seksuaalisuuteensa liittyvistä ajatuksistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään. Luvan antamisessa on merkityksellistä se, miten kysymykset muotoillaan. Tulee huolehtia siitä, että ne ovat tarpeeksi avoimia ja normalisoivia eivätkä sisällä arvottamista tai välitä ammattilaisen omien asenteita (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 94-96; Ilmonen 2006, s. 48-49). Odotushuoneen tai yritysten esitteet ovat oivallisia mahdollisuuksia antaa lupa asioista puhumiseen – ne "normalisoivat" aihetta ja samalla luovat luottamusta. Se ei kuitenkaan vielä riitä, vaan tarvitaan myös kohtaamista ja keskustelua. Luvan antaminen sisältää myös sen, että asiakkaalla on mahdollisuus kieltäytyä keskustelusta, jos hän niin haluaa (Davis 2006, s. 37-38).

Rajatun tiedon antaminen (limited Information) on toinen taso, joka tarkoittaa tiedon antamista johonkin asiakkaan huoleen tai kysymykseen. Tällaiset tiedot liittyvät esimerkiksi sukuelinten anatomiaan, fysiologisiin reaktioihin, raskauteen, synnytykseen, ehkäisyyn, seksuaalihäiriöihin, lääkityksiin, seksuaaliseen suuntautumiseen tai sen moninaisuuteen. Rajatun tiedon antaminen kuuluu päivittäin jokaisen ammattilaisen työhön, ja se korostaa heidän tärkeää rooliaan tiedon jakajana ja neuvonantajana (Rytyläinen ja Virolainen 2009, s. 4). Toiselle tasolle ei voi edetä, ellei asiakas ole ensin saanut kokemusta siitä, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi puhua. On myös tärkeää miettiä, mille tasolle omat taidot riittävät, ja tarvittaessa ohjata asiakasta eteenpäin (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 100). Davisin (2006, s. 38) mukaan väärän informaation oikaisu, myyttien purkaminen ja oikean tiedon antaminen on usein aiheellista. On tärkeää, että asiakas saa itselleen tarkoituksenmukaista tietoa oikea-aikaisesti. Tiedon antaminen ei saa pohjautua arvauksiin, oletuksiin tai ennakkoluuloihin potilaan seksuaalisista mieltymyksistä tai suuntauksista.

Erityisohjeiden antamisessa (specific Suggestions), mallin kolmannessa tasossa, neuvon antaja voi antaa käytännön ohjeita oman koulutuksen ja osaamisen rajoissa. Usein ohjeiden antaminen kuitenkin edellyttää, että ammattilaisella on varsin tarkka kuva asiakkaan ongelmasta. Erityisohjeita voivat olla esimerkiksi elämäntapaan liittyvät ohjeet, itsetuntemukseen liittyvät tehtävät, lantionpohjan lihasten harjoitteiden ohjaaminen tai seksivälaineiden ja -tarvikkeiden käytön opastus. Ammattilaisen on syytä pohtia, onko hänellä tarpeeksi tietoa asiakkaan ongelmasta ja onko hänellä riittävää osaamista auttaa siinä. Ammattilaisen on tärkeää tunnistaa oman osaamisensa rajat, jotta asiakkaan voi ohjata eteenpäin tarvitsemansa avun piiriin (Ilmonen 2006, s. 57-58).

Intensiivisen terapian taso (intensive treatment) sisältää pitkäkestoisen ja tiiviin seksuaaliterapian. Valmiudet toimia erityisohjeiden tasolla saadaan täydennyskoulutuksessa, ja intensiivinen terapia vaatii seksuaaliterapeutin tai kliinisen seksologin pätevyyttä. (Davis 2006, s. 38; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, s. 288).

Toinen puheeksi ottamisen malli on Better- malli, jonka ovat kehittäneet Mick, Hughes ja Coheen vuonna 2004. Malli on kehitetty alun perin syöpää sairastavien hoitoon, mutta se soveltuu hyvin myös kaikkiin muihin seksuaaliväiväntilanteisiin. Se tarjoaa Plissit-mallia tarkemman

strukturoidun kehyksen seksuaalisuudesta puhumiseen (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, s. 100; Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, s. 289). Kuviossa 3 on kuvattu mallin kuusi vaihetta, jotka etenevät prosessinomaisesti alun keskustelusta kirjaamiseen sisältöalueineen ja esimerkkikysymyksineen. Ne konkretisoivat vaiheita ja antavat työkaluja ammattilaiselle. Tässä esitellyt mallit Plissit ja Better ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa. Plissit on käsitteellinen malli, joka kuvaa puheeksi ottamisen tasoja ja eri tasoilla toimivien ammattilaisten vähimmäiskompetenssia. Better ei ota kantaa puheeksi ottamisen vaatimaan kompetenssin tasoon, vaan keskittyy puhtaasti ohjaustilanteen jäsentämiseen ja etenemisen suunnitteluun (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016, s. 290-291).

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

KUVIO 3. Better-mallin sisältöalueet ja esimerkkikysymykset (Sinisaari-Eskelinen ym. 2016).

Sanojen löytäminen ja keskustelun avaus helpottuu mitä enemmän sitä tekee. Ensimmäiset kerrat voivat tuntua vaikeilta ja vaivaannuttavilta, mutta ajatus sen helpottumisesta saattaa huojentaa kuntoutustyöntekijän mieltä. Kun ryhtyy tekemään sitä säännöllisesti ja rutiininomaisesti osana kaikkea arviointia, sanat löytävät paikkansa. Better -malli tarjoaa hyviä aloituskysymyksiä ja Ryttyläinen ja Virolainen (2008, s. 6) antaa niitä lisää esimerkiksi:

- Minulla on Teille tietoa (esim. kirjallista ohjausmateriaalia) sairautenne vaikutuksista seksuaalisuuteen ja siitä, kuinka seksuaalisuutta voidaan huomioida sairauden hoidon yhteydessä. Onko Teille nyt sopiva hetki keskustella asiasta?
- Onko nykyinen terveydentilanne on vaikuttanut jollain tavoin läheiseen ihmissuhteeseen / pari- tai monisuhteeseen?
- Sairaus tuo mukanaan toimintakyvyn muutoksia, haluaisitteko keskustella seksuaaliterveyttä ja seksuaalista toimintakykyä edistävästä asioista?
- Oletteko havainneet seksuaalisen toimintakyvyn muutoksia sairauden ja hoitojen aikana? Millaisia nämä muutokset ovat olleet?
- On luonnollista ja tavallista, että sairastuminen ja kehon muutokset aiheuttavat joillekin ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta. Minkälaisia tunteita sairastuminen on Teissä herättänyt?
- Olen huomannut, että potilaille usein herää tässä tilanteessa seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Millaisia kysymyksiä tai ajatuksia Teillä on mielessänne?
- Yleensä tällä sairaudella/toimenpiteellä on vaikutuksia myös seksuaalielämään. Mitä Te ajattelette omasta tilanteestanne?

Täytyy muistuttaa, että kaikkien ammattilaisten ei tarvitse olla kiinnostuneita omasta tai asiakkaan seksuaalisuudesta. Helpottavaa on, ettei kaikkien tarvitse olla asiantuntijoita kaikessa eteen tulevassa. Rohkeus ja taito kohdata seksuaalikeskustelua kasvavat työkokemuksen, osaamisen ja oman seksuaalisuuden kohtaamisen kautta. Aiheen ollessa vaikea ammattilaiselle, on suositeltavaa ohjata asiakasta eteenpäin toiselle kollegalle, jolla on asiantuntemusta aiheesta. Monta epäonnistunutta yritystä voi aiheuttaa asiakkaalle epä mukavuuden tunnetta, jolloin asia voi jäädä kokonaan hoitamatta (Areskoug- Josefsson ja Gard 2015b, s. 392; Kallio 2006, s. 60).

Loppusanat

Traumaattinen aivovamma aiheuttaa yksilöllisiä muutoksia kuntoutujan toimintakyvyn osa-alueille. Muutokset heijastuvat eri tavoin ihmisen seksuaaliseen hyvinvointiin, suhteisiin ja seksuaalisuuden toteuttamiseen yksin tai yhdessä. Seksuaalisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen kuntoutuksessa on kuntoutujan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukemista. Ammattilaisen on hyvä tiedostaa aivovammasta aiheutuneiden mahdollisten oireiden vaikutuksia kuntoutujan seksuaaliseen hyvinvointiin, mutta kohdata jokainen kuntoutuja yksilöllisesti ja avoimesti tämän lähtökohdista ja tarpeista käsin.

Vakava vammautuminen aiheuttaa usein kriisin, jonka läpikäyminen voi tarvita aikaa ja tukea. Seksuaalisuuden alueella koettuihin muutoksiin voi liittyä monenkirjavia tunteita, joiden kokemiselle tulee olla riittävästi tilaa. Surun ja luopumisen tunteet ovat luonnollinen reaktio tilanteessa, joka mahdollisesti muuttaa elämää, identiteettiä, elämän rooleja ja ihmissuhteita. Haasteiden keskellä ammattilaisen on tärkeää herkistyä kuntoutujan toiveille ja tarpeille. Tilanteen salliessa kuntoutujaa voidaan tukea havaitsemaan, mitä on jäljellä, mitä on mahdollista lisätä ja mikä tällä hetkellä onnistuu. Ammattilaisen tuella kuntoutuja voi määrittellä uudelleen nykyhetkestä käsin, miltä oman näköinen ja omien arvojen mukainen seksuaalisuus, kehollisuus ja ihmissuhteet voivat tällä hetkellä näyttää ja pitää sisällään.

Ammattilainen voi sanavalinnoillaan tukea ja antaa lupaa uudenlaisen ja oman näköisen seksuaalisuuden toteuttamiselle sekä tukea kuntoutujaa erilaisten toimintatapojen ja nautintojen löytämisessä. Muuttunut tilanne voi haastaa olemassa olevan ihmissuhteen tai -suhteiden dynamiikkaa, kun suhteen totut roolit muuttuvat. Vammautuminen ja tilanteen tuottama stressi voi heijastua suhteen vuorovaikutukseen, jolloin voi syntyä vääryimmäryksiä ja eripuraa. Yksinäisyyden ja kielteisen erilaisuuden kokemukset tilanteessa ovat mahdollisia. Suhteissa ilmeneviä haasteita voidaan tarkastella aiheeseen perehtyneen ammattilaisen tuella. Seksistä ja nautinnosta keskusteltaessa voidaan pohtia, millaisia käsityksiä seksiin, suhteisiin ja seksuaalisuuteen liittyy. Joskus seksuaalisuuteen liittyvät normatiiviset käsitykset voivat kaventaa käsitystä siitä, millaisia mahdollisuuksia ihmissuhteet sekä seksin ja nautinnon toteuttaminen voivat pitää sisällään. Yhdessä ammattilaisen kanssa voidaan kartoittaa, millaisilla tavoilla kuntoutuja voi löytää seksuaalista iloa ja nautintoa ja elää todeksi omien arvojensa mukaista seksuaalisuutta. Seksuaalinen

nautinto ja seksi eivät kuitenkaan kuulu kaikkien elämään, ja myös tätä tulee kunnioittaa.

Seksuaalisuudesta keskusteltaessa ihminen käy aina samanaikaisesti keskustelua omien asenteiden, uskomusten ja arvojen kanssa. Ammatillaisen on tärkeää olla tietoinen siitä, millä tavoin hänen arvonsa, asenteensa ja uskomuksensa vaikuttavat seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Ammatillainen voi pyrkiä rohkaisemaan kuntoutujaa sanoittamaan omaa seksuaalisuuttaan omanlaisilla tavoilla ja itse valitsemillaan sanoilla. Oikeiden vastausten antamisen sijaan, ammatillainen voi asettua hyväksyvästi kuuntelemaan kuntoutujaa ja luoda turvallisen ja sallivan tilan, jossa kuntoutuja voi jakaa ajatuksiaan. Mitä luontevampaa ammatillisille on keskustella asiasta, sitä kokonaisvaltaisemmaksi kuntoutus muodostuu (Arango-Lasprilla ym. 2017, s. 1609; Richards ym. 2016, s. 1478).

Tulosten merkitys

Traumaattinen aivovamma aiheuttaa yksilöllisiä muutoksia kuntoutujan toimintakyvyn eri osa-alueille. Muutokset voivat heijastua eri tavoin ihmisen seksuaaliseen hyvinvointiin ja seksuaalisuuden toteuttamiseen yksin tai yhdessä. Seksuaalisen hyvinvoinnin huomiointi osana yksilöllistä kuntoutusta on osa kuntoutujan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja hyvän elämänlaadun tukemista. Ammatillaiset tunnistavat seksuaalisuuden merkityksen osana toimintakykyä ja puheeksi ottamisen osaksi työnkuvaansa, mutta vain osa ammatillisista ottaa aiheen puheeksi kuntoutujien kanssa. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voidaan kokea kuntoutustyössä haasteelliseksi ja siihen voi liittyä huolta kuntoutujan loukkaamisesta ja oman osaamisen riittämättömyydestä. Puheeksi ottamista helpottaa, jos seksuaalisuuden arviointi on sisällytetty valmiiksi perustyöhön ja arviointilomakkeisiin. Keskustelun tueksi kaivataan selkeitä ja konkreettisia työkaluja sekä organisaation tukea siihen, kuinka työskennellä aiheen parissa. Usein ammatillaisen tärkein työkalu on kuitenkin hyväksyvä ja läsnä oleva kuunteleminen ja tilan antaminen kuntoutujan pohdinnoille.

Lähteet

Aivovammat 2017. Käypähoito-suositus. Helsinki: Duodecim.

Arango-Lasprilla, J., Olabarrieta-Landa, L., Ertl, M., Stevens, L., Morlett-Paredes, A., Andelic, N. & Zasler, N. (2017) Provider perceptions of the assessment and rehabilitation of sexual functioning after traumatic brain injury. *Brain Injury* 31(12),1605-1611.

Areskoug-Josefsson, K. ja Fristed, S. (2017) Occupational therapy students' views on addressing sexual health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 22, 1-9.

Areskoug-Josefsson, K. ja Gard, G. (2015a) Sexual health as a part of physiotherapy: The voices of physiotherapy students. *Sexuality and Disability* 33, 513-532.

Areskoug- Josefsson, K ja Gard, G. (2015b) Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy Theory and Practice* 6, 390-395.

Areskoug-Josefsson, K., Larsson, A., Gard, G., Rolander, B., Juuso, P. (2016) Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sexuality and Disability* 34(3), 289-302.

Arnkil, T. ja Seikkula, J. (2009) *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Bauer, M., Haesler, E., Fetherstonhaugh, D. (2015) Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations* 19(6), 1237-1250.

Bellamkonda, E. ja Zollman, F. (2014) Relationship between employment status and sexual functioning after traumatic brain injury. *Brain Injury* 28(8), 1063-1069.

Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (2010) *Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä*. Tallinna: Kirjapaja.

Couldrick, L. (2008) Sexual expression, physical disability and professional practice. *Way Ahead* 12(4), 10-11.

Davis, T. (2006) Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 21(11), 35–40.

Downing, M., Stolwyk, R., Ponsford, J. (2013) Sexual changes in individuals with traumatic brain injury: A control comparison. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 28(3), 171-178.

Dyer, K. ja das Nair, R. (2014) Talking about sex after traumatic brain injury: Perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disability and Rehabilitation* 36(17), 1431-1438.

Fox, S., Anthony, R., Foley, M., O'Sullivan, D., Timmons, S. (2018) Healthcare professionals' and patients' views of discussing sexual well-being poststroke. *Rehabilitation Nursing* 45(1), 16-22.

Färkkilä, M. ja Ruutiaisen J. (2003) Seksuaaliongelmät neurologisissa sairauksissa. *Duodecim* 119(3), 247-253.

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., Elford, H. (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 21(5), 528-536.

Gott, M. ja Hinchliff, S. (2003) Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Family Practice* 20(6), 690-695.

Haarakangas, K. (2008) *Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa*. Helsinki: Magentum.

Haboubi, N. ja Lincoln, N. (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation* 25, 291–296.

Hanks, R., Sander, A., Millis, S. R., Hammond, F., Maestas, K. L. (2013). Changes in sexual functioning from 6 to 12 months following traumatic brain injury: A prospective TBI model system multicenter study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(3), 179-185.

Hedges, F. (2010) *The reflexivity in therapeutic practice*. China: Palgrave Macmillan.

Hokkanen, L., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Martin, M., Nikkanen, P., Notko, T., Puumalainen, J. (2009). Asiakkaan äänellä vaikeavammaisten kuntoutuksesta – tulkintoja ja johtopäätöksiä. Teoksessa Järvikoski, A., Hokkanen, L., Härkäpää, K. (toim.) *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. 80/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Ilmonen, T. (2006) Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Oy Duodecim.

Järvikoski, A. ja Härkäpää, K. (2011) *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY.

Kallio, M. (2011) Työnohjaus seksuaalineuvojan työn tukena. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K., Saarinen S. (toim.) *Seksuaalineuvonnan tueksi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kedde, H., Van De Weil, H., Schultz, W., Vanwesenbeck, I., Bender, J. (2012) Sexual health problems and associated help-seeking behavior of people with physical disabilities and chronic diseases. *Journal of Sex and Marital Therapy* 38, 63-78.

Kiviniemi, L., Läksy, M.-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U.-M., Vuokila-Oikkonen, P. (2007) *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Prima.

Latella, D., Maggio, M. G., De Luca, R., Maresca, G., Piazzitta, D., Sciarrone, F., Carioti, L., Manuli, A., Bramanti, P., Calabro, R. S. (2018) Changes in sexual functioning following traumatic brain injury: An overview on a neglected issue. *Journal of Clinical Neuroscience* 58, 1-6.

Lever, S. ja Pynor, J. (2017) The impact of stroke on female sexuality. *Disability and Rehabilitation* 39(20), 2011-2020.

McGrath, M. ja Lynch, E. (2014) Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 36(8), 651-657.

Mick, J. (2007) Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 11(5), 671-675.

Moreno, J., Arango-Lasprilla, J., Gan, C., McKerral, M. (2013) Sexuality after traumatic brain injury: A critical review. *NeuroRehabilitation* 32(1), 69-85.

Moreno, A., Gan, C., Zasler, N., McKerral, M. (2015) Experiences, attitudes and needs related to sexuality and service delivery in individuals with traumatic brain injury. *Neuro Rehabilitation* 37, 99-116.

Moreno, J. ja McKerral, M. (2018) Relationships between risky sexual behaviour, dysexecutive problems, and mental health in the years following interdisciplinary TBI rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 28(1), 34-56.

O'Reilly, K., Wilson, N., Peters, K. (2018) Narrative literature review: Health, activity and participation issues for women following traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation* 40(19), 2331-2342.

Ponsford, J. (2003) Sexual changes associated with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 13(1-2), 275-289.

Pritchard, V., Kordes, T., Hofmann, A. (2012) Traumatic brain injury and sexuality. Teoksessa Hattjar, B. (toim.) *Sexuality and occupational therapy. Strategies for persons with disabilities*. USA: American occupational therapy association AOTA.

Richards, A., Dean, R., Burgess, G., Caird, H. (2016) Sexuality after stroke: An exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. *Disability and Rehabilitation* 38(15), 1471-1482.

Rönkkö, L. (2013) Dialogi on jo muutos. *Ratkes* 1/2013, 22-27.

Rosenberg, L. (2006) Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim.

Ryttyläinen, K. ja Virolainen, L. (2009) *Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Sander, A., Maestas, K., Nick, T., Pappadis, M., Hammond, F., Hanks, R., Ripley, D. (2013) Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: A TBI model systems multicenter study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 28(3), 186-194.

Sander, A., Maestas, K., Pappadis, M., Sherer, M., Hammond, F., Hanks, R. (2012) NIDRR traumatic brain injury model systems module project on sexuality after TBI. Sexual functioning 1 year after traumatic brain injury: findings from a prospective traumatic brain injury model systems collaborative study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93(8), 1331-1337.

Sander, A. ja Maestas, K. (2014) Sexuality after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1801-1802.

Santalahti, T. ja Lehtonen, M. (2016) *Seksuaaliterapia*. Juva: PS Kustannus.

Schmitz, M. ja Finkelstein, M. (2010) Perspectives on poststroke sexual issues and rehabilitation needs. *Topics in Stroke Rehabilitation* 17(3), 204-213.

Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M.-R., Tervo, P., Väisälä, L. (2016) Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 286-293.

Stein, J., Hillinger, M., Clancy, C., Bishop, L. (2012) Sexuality after stroke: Patient counseling preferences. *Disability and Rehabilitation* 35(21), 1842-1847.

Turkka, J. (2004) Tunnistatko aivovamman jälkitilat? *Duodecim* 120, 1425-1427.

Turku, A. (2011) Seksuaalineuvonta laituskuntoutuksessa. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K., Saarinen, S. (toim.) *Seksuaalineuvonnan tueksi*. Raportti 27. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

War, F., Jamuna, R., Arivazhagan, A. (2014) Cognitive and sexual functions in patient with traumatic brain injury. *Asian Journal of Neurosurgery* 9(1), 29-32.

WHO. (2006) *Defining sexual health*. Viitattu 22.3.2019. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/