

# KIRJALLISUUSKATSAUS MASENTUNEEN AIKUISEN SEKSUAALIONGELMISTA JA - OHJAUKSESTA

Tiina Tiainen  
Aino Valkonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2010

Hoitotyö  
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) TIAINEN, Tiina VALKONEN, Aino	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 01.10.2010
	Sivumäärä 45	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi KIRJALLISUUSKATSAUS MASENTUNEEN AIKUISEN SEKSUAALIONGELMISTA JA -OHJAUksesta		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) JAKOBSSON, Maarit		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupungin aikuispsykiatrian poliklinikka 3		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa masennuksen vaikutuksesta aikuisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliohjauksesta masentuneen potilaan hoitotyössä. Tutkimuskysymyksillä pyrittiin selvittämään kuinka usein ja millaisia seksuaaliongelmia masentuneella aikuisella ilmenee, sekä minkälaista on masentuneen potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada hoitotyöntekijöille tietoa masentuneen seksuaaliongelmista ja -ohjauksesta.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, jota sovellettiin vastaamaan koulutustasoa. Kirjallisuushaku tehtiin tutkimuskysymysten pohjalta luotujen hakutermin avulla ja työhön valittiin käsiteltävä tieto ennalta määriteltyjen kriteerien perusteella. Aineisto arvioitiin tutkimuskysymysten näkökulmasta.</p> <p>Masennus sairautena lisää riskiä seksuaaliohjelmiin. Seksuaaliohgelmien esiintyminen on masentuneella kaksi kertaa todennäköisempää kuin normaaliväestöllä. Masennus voi muuttaa potilaan minäkuva, josta saattaa seurata haluttomuutta, eristäytymistä ihmissuhteista, sekä ongelmia sukupuolisuuden kokemiseen. Masentuneet kärsivät keskimääräistä enemmän avio-ongelmista ja avioeroista. Usein masentuneen seksuaaliohgelmat ovat sidoksissa lääkitykseen. Seksuaaliterveydellä on suuri merkitys paranemisprosessissa ja oikeaan aikaan annettu seksuaaliohjaus parantaa potilaan elämänlaatua. Masentuneen seksuaaliohjaus hoitotyössä on luvan ja rajatun tiedon antamista.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että seksuaalisuus on masentuneille tärkeä osa elämää. Seksuaaliohgelmat ovat masentuneilla yleisiä, monimuotoisia, sekä saattavat vaikuttaa masentuneen minäkuvaan ja ihmissuhteisiin. Suomessa ei ole aiemmin tutkittu seksuaaliohjauksen tarvetta tai toteutumista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Masennus, depressio, seksuaalisuus, seksuaaliohgelmat, seksuaaliohjaus, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		



Author(s) TIAINEN, Tiina VALKONEN, Aino	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 01102010
	Pages 45	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title A LITERATURE REVIEW OF DEPRESSED ADULTS' SEXUAL PROBLEMS AND SEXUAL COUNSELLING		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) JAKOBSSON, Maarit		
Assigned by Adult Psychiatric Outpatient Clinic 3 of Jyväskylä City		
Abstract <p>The aim of the thesis was to collect information about the influence of depression on an adult's sexuality and about sexual counselling for the depressed patients in nursing. The research questions were aimed at discovering how often and what kinds of sexual problems are manifested on a depressed adult, and what sexual counselling is like in the nursing of a depressed patient. The objective of the thesis was to collect information for nurses about sexual problems and the related guidance.</p> <p>The research method was a literature review which was fitted to the level of education. A literature search was made with the help of search terms based on the research questions, and the data for the research task was chosen by using pre-determined criteria. The evaluation of the material was made from the point of view of the research questions.</p> <p>Depression as a disease adds the risk for sexual problems. Appearance of sexual problems is twice as likely on the depressed, compared to the normal population. Depression can alter a patient's self image, which can lead to apathy, isolation from human relations, and difficulties with experiencing sexuality. Depressed people suffer more than the average population from marital problems and divorces. Often a depressed patient's sexual problems are linked to his or her medication. Sexual health has a great importance in the healing process, and sexual counselling given at the right time does improve the patients' quality of life. In nursing, sexual guidance for the depressed is giving permission and limited information.</p> <p>As a conclusion of the literary review, it can be stated that sexuality is an important part of life for the depressed. Sexual problems are common, complex and can influence the self-image and relationships of the depressed. The need or actualization of sexual counselling has not been studied in Finland before.</p>		
Keywords Depression, sexuality, sexual problems, sexual counselling, literature review		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	3
2 MASENNUS .....	5
2.1 Masennuksen määrittely.....	5
2.2 Masennus sairautena .....	5
3 SEKSUAALISUUS .....	7
3.1 Seksuaalisuuden määrittely .....	7
3.2 Seksuaaliterveys .....	8
3.3 Seksuaaliongelmät ja hoitokeinot.....	8
3.3.1 Naisten seksuaaliset toimintahäiriöt.....	9
3.3.2 Miesten seksuaaliset toimintahäiriöt .....	10
3.4 Seksuaaliohjaus .....	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	12
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	13
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	13
5.2 Lähdeaineisto .....	14
5.2.1 Hakutermien valinta ja aiheen rajausta.....	14
5.2.2 Tutkimusaineiston haku, valinta ja käsittely .....	15
5.3 Aikataulu .....	17
6 MASENTUNEEN SEKSUAALIONGELMAT .....	17
6.1 Masennus ja seksuaalisuus .....	17
6.2 Masennuksen vaikutus minäkuvaan .....	20
6.3 Masennuksen vaikutus ihmissuhteisiin .....	20

	2
6.4 Lääkkeiden vaikutus masentuneen seksuaalisuuteen .....	24
6.4.1 Masennuslääkkeet Suomessa.....	24
6.4.2 Lääkitys ja seksuaalisuus.....	25
6.4.3 Eri masennuslääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen .....	26
7 MASENTUNEEN SEKSUAALIOHJAUS.....	28
7.1 Yleistä seksuaaliohjauksesta ja -neuvonnasta.....	28
7.2 Seksuaalisuuden kohtaaminen.....	29
7.3 Puheeksiotto.....	30
7.4 Plissit-malli .....	31
7.5 Vuorovaikutus.....	32
7.6 Jatkohoitoon ohjaaminen .....	33
8 POHDINTA .....	34
8.1 Tutkimustulosten pohdinta .....	34
8.2 Opinnäytetyön pohdinta.....	39
8.3 Jatkotutkimukset ja kehitysehdotukset.....	40
LÄHTEET .....	42

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Seksuaaliongelmien yleisyys masentuneiden (M) ja ei-masentuneiden (EM), sekä miesten ja naisten välillä (Angst 1998, 3).....	18
--	----

## 1 JOHDANTO

Ihmisen seksuaaliterveyteen kohdistuva lääkkeiden, sairauksien ja hoitomenpiteiden vaikutus on aina yksilökohtainen. Erittäin usein näillä tekijöillä on kuitenkin jonkinlainen vaikutus yksilön itsetuntoon, seksuaalitoimintoihin ja seksuaaliseen identiteettiin, sekä tämän johdosta koko elämänlaatuun. Ihmisen sairastuessa seksuaalisuus ei katoa mihinkään ja se on edelleen iso osa koko elämää. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2.)

Seksuaalisten toimintojen häiriöt esiintyvät yleisesti psyykkisten häiriöiden yhteydessä, jolloin ne usein liittyvät hoitoihin tai psyykkisen häiriön patofysiologisiin mekanismeihin. Lähes kaikilla psyykenlääkkeillä voi myös olla vaikutusta seksuaalitoimintoihin. (Koponen & Lepola 2003, 255.)

Masennus esiintyy usein seksuaalisten toimintahäiriöiden kanssa samanaikaisesti. Masennus saattaa myös peittää taakseen seksuaalisen toimintahäiriön. Monesti luullaan, että masentunut ei ole kiinnostunut seksuaalisesta toiminnasta. Tutkimusten mukaan 75 % masennuksesta kärsineistä kokee seksuaalisuuden tärkeäksi. Jopa 70 % masentuneista kärsii seksuaalisen halun vähentymisestä. (Koponen & Lepola 2006, 307.)

Angst (1998, 1) käsittelee *International Clinical Psychopharmacology* -lehden artikkelissa tutkimusta seksuaaliongelmien ilmenemisestä terveillä ja masentuneilla ihmisillä. Tutkimukseen haastatelluista jonkin asteisia seksuaaliongelmia koki 26 % terveistä henkilöistä, 45 % hoitamattomista masennuspotilaista ja 63 % hoidossa olevista masennuspotilaista.

Terveystieteiden tutkimuksessa tavoitellusta kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta unohtuu usein seksuaalisuuden huomioiminen. Työntekijät saattavat olettaa potilaan tekevän keskustelunaloituksen ja siirtävät näin vastuun potilaalle. Terveystieteiden tutkimuksen työntekijällä tulisi kuitenkin olla rohkeutta avata keskustelu ja antaa lupa puhua seksuaalikysymyksistä. (Ilmonen 2006, 43.)

Keskustelu potilaan kanssa tämän seksuaalisesta toimintakyvystä on tärkeää, sillä seksuaalinen toimintakyky vaikuttaa potilaan elämänlaatuun parisuhteen ja itsetunnon kautta. Seksuaalinen toimintakyky voi vaikuttaa hoitomyönteisyyteen, sekä estää taudin uusiutumisen tai uudelleen ilmaantumisen. Lisääntyneet ongelmat seksuaalisessa toimintakyvyssä voivat piilevästi viitata lääkeshoidon tason riittämättömyyteen. (Clayton 2001, 7.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Jyväskylän kaupungin aikuispsykiatrian poliklinikka 3. Poliklinikalla hoidetaan ei-psykoottiset häiriöt, kuten masennus, ahdistus ja persoonallisuushäiriöt.

Opinnäytetyössä määritellään keskeiset käsitteet, sekä opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Opinnäytetyön toteutukseen liittyen työssä kerrotaan käytetystä tutkimusmenetelmästä. Opinnäytetyössä esitellään tutkimuksen tulokset ja pohditaan saatuja tuloksia eri näkökulmista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa masennuksen vaikutuksesta aikuisen seksuaalisuuteen, sekä seksuaaliohjauksesta masentuneen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa siitä, kuinka yleisesti masentuneella esiintyy seksuaaliongelmia, sekä millaisia ne ovat ja mistä ne johtuvat. Tavoitteena on jakaa hoitotyöntekijöille tietoa seksuaalisuuden huomiointamisen tärkeydestä ja seksuaaliohjauksen perusteista masennuspotilaan hoitotyössä.

Ammatillisen kehittymisemme näkökulmasta opinnäytetyön tavoitteena on auttaa meitä ymmärtämään paremmin masennuksen monimuotoisuutta ja haasteellisuutta. Työn henkilökohtaisena tavoitteena on antaa meille tietoa seksuaalisuuden merkityksestä sairaan ihmisen elämässä, sekä keinoja masentuneen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Ammatillisen kehittymisemme kannalta tärkeänä tavoitteena on myös saada opinnäytetyön avulla tietoa seksuaaliohjauksen toteuttamisesta hoitotyössä.

## **2 MASENNUS**

### ***2.1 Masennuksen määrittely***

Masennushäiriöön eli depression liittyviä käsitteitä käytetään monessa eri merkityksessä. Sanalla masennus kuvataan montaa eri asiaa, joten onkin tärkeää määrittää, mitä käsitteellä kussakin asiayhteydessä tarkoitetaan. (Iso-metsä 2007, 157.)

Sana masennus saattaa merkitä masentunutta tunnetilaa, eli normaaliin tunte-elämään kuuluvaa hetkellistä masennuksen tunnetta, joka on reaktio menetyksestä tai pettymyksen kokemuksesta. Masentunut mieliala taas kuvaa jopysyväksi muodostunutta virettä tunnetasolla, joka on kestoltaan hyvin vaihteleva, eli päivistä jopa vuosiin. Masennusoireyhtymiksi eli masennustiloiksi tai depressioiksi voidaan kutsua masentunutta mielialaa, kun ohessa ilmenee muitakin oireita. Nämä oireyhtymät ovat varsinaisia mielenterveyden häiriöitä. (Mts. 157.)

Tässä opinnäytetyössä viitataan sanalla masennus eriateiseen mielenterveyden häiriöön, eikä masentuneeseen tunnetilaan tai mielialaan. Työssä käytetään sanoja masennus, masennustila, masennushäiriö ja depressio kuvaamaan masennusoireyhtymiä. Masennusta kuvataan mielenterveyden häiriönä yleistetysti, eli masennuksen kestoa, vaikeusastetta tai syntymekanismia ei eritellä, ellei käytettävässä tutkimuksessa ole tehty selkeää linjausta asiaan.

### ***2.2 Masennus sairautena***

Masennustilojen syntyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten traumaattiset tunnekokemukset, elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat ja ajankohtainen stressi, sekä sisäinen turvallisuudentunne, itsetunto ja temperamentti. Myös perinnölliset ja biologiset tekijät, kuten stressivasteiden herkkyys, glukokortikoidiresis-



tenssi, kortikotropiinin vapauttajahormonin erityis, hippokampuksen pienentyminen ja immuunivasteiden aktivoituminen, vaikuttavat masennustilojen syntymiseen. Lisäksi näiden tekijöiden keskinäiset yhteisvaikutukset ovat altistavia tekijöitä. Vaikuttavien tekijöiden merkitys masennusalttiuteen vaihtelee yksilöiden välillä. Usein masennustilan laukaisee jokin kielteinen muutos elämäntilanteessa, jonka henkilö kokee kuormittavaksi tekijäksi oman kehityshistoriansa vuoksi. (Huttunen 2008a, 93; Isometsä & Melartin 2009, 1771 - 1772.)

Masennustila on hyvin yleinen ja se saattaa uusiutua herkästi. Joillakin potilailta esiintyy myös kroonista masennusoireyhtymää. Yleisyytensä ja aiheuttamiensa haittojen vuoksi masennus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Masennustilasta kärsii vuosittain noin 200 000 suomalaista, eli 5 % väestöstä. Se on naisilla 1,5 - 2 kertaa yleisempää kuin miehillä. (Isometsä & Melartin 2009, 1771; Lemström 2009, 33.)

Masennukselle tyypillinen oire on masentunut mieliala, jolloin masentuneen tunnevire on syvästi alakuloinen suurimman osan aikaa. Masentunut ei koe tyydytystä tai mielihyvää asioista, joista on aikaisemmin tuntenut, vaan on uupunut ja tuntee jatkuvaa väsymystä. Masentunut on menettänyt itsearvostuksen tai itseluottamuksen, jolloin luottamus omasta selviytymisestä on selvästi alentunut ja hän tuntee perusteetonta syyllisyyden tunnetta tai kohtuutonta itsekritiikkiä. Masentuneella voi olla toistuvia ajatuksia kuolemaan ja itsetuhoon tai itsetuhoista käytöstä. Masentunut voi potea keskittymiskyvyttömyyttä tai päättämättömyyttä ja on usein epäröivä ja epävarma jopa tilanteissa, joissa pitäisi tehdä arkisia päätöksiä. Masentuneella saattaa ilmetä psykomotorista hidastumista tai kiihtyneisyyttä, eli jopa pysähtyneisyyttä tai päinvastoin tuskaisuuden tunteeseen liittyvää levottomuutta, kuten raajojen tarkoituksettomia liikkeitä. Masennukseen voi liittyä unihäiriöitä. Ne voivat ilmetä liiallisena nukkumisena ja iltayön nukahtamisvaikeutena tai aamuyön valvomisena ja pinnallisena tai katkonaisena unena. Masennukseen voi liittyä ruokahalun ja painon muutoksia. Masentunut voi menettää ruokahalunsa ja laihtua tai ruokahalu voi vaihtoehtoisesti selkeästi lisääntyä, mikä näkyy usein painon nousuna. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Masennuksen oireet ovat psykologisia ja nähtävissä masentuneen käyttäytymisessä, sosiaalisissa suhteissa, sekä keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Tämän vuoksi masennuksen hoidossa voidaan käyttää psykologisia, biologisia tai masentuneen sosiaaliseen elämään vaikuttavia hoitomenetelmiä. Hoitomuotoina voivat olla muun muassa lääkehoito, yksilöpsykoterapia tai aivojen sähköhoito. Masennuksen vaikeusasteesta riippuen voidaan käyttää vain psykoterapiaa, biologisia hoitoja tai näitä molempia yhdessä. Masennuksen hoito jaetaan kolmeen osaan, jotka ovat akuuttihoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttihoitossa tavoitteena on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen, jatkohoidossa masennuksen välittömän uusiutumisen ehkäisy ja ylläpitovaiheessa masennuksen uudelleen puhkeamisen suojaaminen. (Isometsä 2007, 189 - 182.)

### **3 SEKSUAALISUUS**

#### ***3.1 Seksuaalisuuden määrittely***

Seksuaalisuus on keskeinen ominaisuus ihmisessä läpi elämän. Siihen kuuluu seksuaalisuuden kehittyminen, sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja -rooli, seksuaalisen suuntautuminen, suvunjatkaminen, sekä eroottinen mielenkiinto, intiimiys ja nautinto. Seksuaalisuus voidaan kokea. Se voidaan limaista hyvin yksilöllisesti ja monipuolisesti, kuten fantasioilla, arvoilla, asenteilla, ajatuksilla käyttäytymisellä ja tavalla olla ihmissuhteissa. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8.)

Seksuaalisuus on tärkeä osa-alue ihmisen persoonallisuudesta. Inhimillisten perustarpeiden tyydyttyminen vaikuttaa seksuaalisuuden kehittymiseen. Tällaisia perustarpeita ovat halu hellyyteen, läheiseen suhteeseen, kontaktiin, rakkauteen, mielihyvään ja tunneilmaisuuksiin. Seksuaalisuuden terve rakentuminen on ehto yhteiskunnalliselle, yksilöiden väliselle ja yksilölliselle hyvinvoinnille. (Seksuaalioikeuksien julistus 1999.)

### **3.2 Seksuaaliterveys**

Seksuaaliterveydellä ei tarkoiteta sairauden tai toimintahäiriön puuttumista, vaan käsite kuvaa seksuaalisuuteen liittyvien emotionaalisen, psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin tilaa. Hyvän seksuaaliterveyden edellytyksenä on muun muassa mahdollisuus turvallisiin seksuaalikokemuksiin ja myönteinen asenne seksuaalisuuteen. Se edellyttää myös muiden ihmisten seksuaalioikeuksien suojelua ja kunnioitusta. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 185.)

Seksuaaliterveys on mahdollista saavuttaa sairaudesta tai toimintahäiriöstä riippumatta. Muun muassa oikein kohdennettu tieto, sekä laadukkaat seksuaaliterveyspalvelut auttavat saavuttamaan ja ylläpitämään hyvän seksuaaliterveyden. Kommunikointi, seksuaalisen identiteetin ilmaiseminen ja ihmissuhteet voivat parantua, sekä mielihyvä lisääntyä seksuaalisesti terveiden kokemusten johdosta. Seksuaaliterveyden voi käsittää päämääränä, jonka avulla tavoitetaan elämänlaatu. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 18.)

### **3.3 Seksuaaliongelmien ja hoitokeinot**

Seksuaaliongelmien ovat yleisiä. Ongelmia voi esiintyä esimerkiksi vuorovaikutustaidoissa, jolloin kumppanin löytäminen ja seksuaalielämä voivat vaikeutua. Seksuaalisen halun puute ja fyysinen kykenemättömyys mekaaniseen suoritukseen ovat tyypillisiä seksuaalisia ongelmia, joiden syynä voi olla useat eri tekijät. Orgasmivaikeudet ja ejakulaation ongelmat kuuluvat myös seksuaaliongelmien ilmenemismuotoihin. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 12.)

Ongelmat seksuaalisessa halukkuudessa voivat ilmetä eri tavoin. Seksuaalinen haluttomuus voi ilmetä halun primaarina heikkoutena, seksuaalisena aversiona, seksuaalisena anhedoniana, aseksuaalisuutena tai antiseksuaali-

suutena. Seksuaalinen aversio tarkoittaa sukupuolista vastenmielisyyttä, seksuaalinen anhedonia puutetta sukupuolisessa nautinnossa, aseksuaalisuus sukupuolisuudesta luopumista ja antiseksuaalisuus sukupuolisuuden aktiivista vastustamista. (Virtanen 2002, 168.)

Muita ilmenemismuotoja ovat kiihottumisongelmat ja muut seksuaaliongelmien. Kiihottumisongelmia ovat muun muassa genitaaliset oireet, kuten erektio-ongelmat, ongelmat emättimen kostumisessa, orgasmiongelmat, sekä ennenaikainen siemensyöksy. Muita seksuaaliongelmia ovat muun muassa kivulias yhdyntä, kuukautisten epäsäännöllisyys, hedelmättömyys, sekä emätinkouristus eli vaginismi. (Casteleen 1999, 17.)

Erilaisia hoitokeinoja seksuaaliongelmiin ovat esimerkiksi seksuaaliohjaus, seksuaalineuvonta, seksuaaliterapia ja seksuaalilääketiede. Seksuaaliohjaus on lähinnä tiedon antamista ja keskusteluyhteyden avaamista. Seksuaalineuvonta on ammattimaista ja suunnitelmallista vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa seksuaaliongelmien käsittelyä. Seksuaaliterapia on lyhytterapiaa, jossa pyritään hoitamaan ja ratkaisemaan seksuaaliongelmia. Seksuaalilääketiede taas tarkastelee seksuaaliongelmia lääketieteellisestä näkökulmasta. (Alueellinen seksuaaliterveyden edistämisen toimintamalli – lähtökohtia 2010.)

### **3.3.1 Naisten seksuaaliset toimintahäiriöt**

#### **Sukupuolisen halun ongelmat**

Naisen sukupuolisen halun ongelmia on heikentynyt tai puuttuva seksuaalinen halu ja kiinnostus, vähentyneet tai puuttuvat seksuaaliset fantasiat ja ajatukset, ylenpalttinen sukupuolivietti, sukupuolitoiminnan välttäminen pelon vuoksi tai jopa sukupuolinen vastenmielisyyttä. Haluttomuutta voivat aiheuttaa biologiset syyt, parisuhdeongelmat tai psyykkiset tekijät, kuten masennus. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 163 - 164; Räsänen 2003, 220.)

#### **Kiihottumisongelmat**

Naisen kiihottumisongelmat voivat tulla esiin eri tavoin. Ongelma voi ilmetä yleistyneenä kiihottumisvaikeutena, jolloin sekä psyykinen että sukupuolinen

kiihottuminen uupuvat. Kiihottumisongelman ollessa sukupuolielimissä psyykinen kiihottuminen toimii, mutta sukupuolielimien kiihottuminen puuttuu. Kiihottumiskokemuksen puuttuessa ei nainen havaitse sukuelinten kiihottumisreaktiota, vaikka se tapahtuu normaalisti. Dysforisessa kiihottumisessa sukuelinten reaktiot koetaan epämiellyttäväiksi ja nautinnon puuttuessa orgasmi ja sukupuolinen vaste ovat normaalit ilman mielihyvän tunnetta. Kiihottumisongelma liittyy yleensä haluttomuuteen tai orgasmiongelmaan. (Heikkinen 2007, 406; Ryttyläinen & Valkama 2010, 163 - 169; Räsänen 2003, 220 - 223.)

### **Orgasmiongelmat**

Naisen orgasmihäiriöt voivat ilmetä orgasmin vaikeutena, hitautena tai puuttumisena. Myös orgasmin voimakkuus voi vähentyä tai orgasmin saaminen voi hidastua riippumatta stimulaatiosta. Somaattisperäisiä orgasmiongelmia aiheuttavat yleisimmin psyykenlääkkeet, erityisesti mielialalääkkeet. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 163 - 164; Räsänen 2003, 220.)

### **Kipu seksuaalisessa kanssakäymisessä**

Kipu seksuaalisessa kanssakäymisessä sisältää yhdyntään liittyvän kivun, mutta voi koskea myös muuta sukupuolitoimintaa. Kipua voi olla sukuelimissä yhdynnän lisäksi seksuaalisen kiihottumisen yhteydessä. Yhdyntään liittyviä kiputiloja ovat vaginismi, vulvodynia eli ulkosynnyttimissä esiintyvä kipu, sekä vestibuliitti eli emättimen alueen krooninen kiputila. Kipua voi aiheuttaa psyykkiset tai fyysiset ongelmat, kuten lapsuuden traumat ja parisuhdeongelmat, tai tulehdukset. (Räsänen 2003, 221 - 225.)

## **3.3.2 Miesten seksuaaliset toimintahäiriöt**

### **Sukupuolisen halun ongelmat**

Miehellä sukupuolisen halun ongelma voi tulla esille heikentyneenä tai puuttavana seksuaalisena haluna, ylenpalttisena sukupuoliviettinä tai sukupuolisena vastenmielisyytenä. Seksuaaliseen haluttomuuteen liittyy miehillä usein masennus. Myös erektiohäiriöisillä miehillä vaiva on tutkimusten mukaan yli puolella. Sukupuolisen halun voimakkuuteen vaikuttavat useat välittäjäaineet ja hormonit. (Lukkarinen & Tammela 2001, 1965.)

### **Erektiohäiriöt**

Erektiohäiriöihin kuuluvat kyvyttömyys tyydyttävään erektioon tai sen ylläpitämiseen, sekä pitkittynyt kivulias erektio ilman seksuaalisia haluja. Erektiohäiriön kehittymiseen vaikuttavat usein niin psyykkiset kuin biologisetkin tekijät, ja usein siinä on useampia eri mekanismeja osallisena. Masennushäiriöihin liittyy yleisesti jonkinlaisia erektio-ongelmia. (Lukkarinen & Tammela 2001, 1965.)

### **Siemensyöksyhäiriöt**

Siemensyöksyhäiriöt sisältävät ejakulaation, orgasmin tai molempien puuttumisen, siemensyöksyn pitkittymisen, herkän ja ennenaikaisen siemensyöksyn, sekä siemennesteen määrän vähentymisen. Siemensyöksyhäiriöiden syynä on pidetty psyykkisiä tekijöitä, mutta uusien tutkimuksien mukaan myös biologisilla tekijöillä, kuten serotoniinin pitoisuudella on merkitystä vaivan synnyssä. (Heikkinen 2007, 405; Lukkarinen & Tammela 2001, 1965; Ryttyläinen & Valkama 2010, 183 - 185.)

### **Testosteronivaje**

Miehillä esiintyvään testosteronivajeeseen kuuluu seksihalujen väheneminen ja erektiohäiriöt. Miehen hyvinvointiin testosteroni vaikuttaa sekä psyykkisesti että fyysisesti. Testosteronitasoa voi alentaa masennus ja psyykinen stressi. (Lukkarinen & Tammela 2001, 1965; Ryttyläinen & Valkama 2010, 195 - 196.)

## **3.4 Seksuaaliohjaus**

Seksuaaliohjaus on tilannekohtaista, tavoitteellista, kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa ja kaikkien hoitotyöntekijöiden työnkuvaan kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2; Alueellinen seksuaaliterveyden edistämisen toimintamalli – lähtökohtia 2010). Se on osa myös sairaanhoitajan työtä, jolloin ohjausta tulee toteuttaa normaaleissa hoitokontakteissa osana kaikkia terveystilanteita (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129).

Seksuaaliohjauksessa keskeistä on rajatun tiedon antaminen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, sekä potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Seksua-

aaliohjaukseen liittyy myös olennaisesti luvan antaminen, sekä sen salliminen, että potilas voi vapaasti puhua seksuaalisuudestaan. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2; Alueellinen seksuaaliterveyden edistämisen toimintamalli – lähtökoh- tia 2010.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa kirjallisuuskatsauksen menetel- mällä masennuksen vaikutuksesta aikuisen seksuaalisuuteen. Tarkoituksena on myös kerätä tietoa seksuaaliohjauksen roolista masentuneen hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa siitä, millaisia seksuaaliongelmia masennukseen liittyy ja mitkä tekijät niitä aiheuttavat. Tavoitteena on löytää tietoa siitä, kuinka yleisiä ovat seksuaaliongelmät masentuneilla, sekä jakaa hoitotyöntekijöille tietoa seksuaalisuuden huomioonottamisen tärkeydestä osana masennuspotilaan hoitoa. Tavoitteena on myös löytää keinoja masen- tuneen seksuaaliohjaamiseen hoitotyössä.

Ammatillisen kehittymisemme näkökulmasta opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ymmärrystämme siitä, kuinka monimuotoinen ja haastava sairaus ma- sennus on ja kuinka tärkeä osa seksuaalisuus on sairastuneen ihmisen elä- mää. Tärkeänä tavoitteena ammatillisen kehittymisemme kannalta on myös saada tietoa seksuaaliohjauksesta hoitotyössä, sekä keinoja kohdata masen- tunut potilas kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuksen avulla haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuinka usein ja millaisia seksuaaliongelmia esiintyy masentuneella aikuisel- la?
2. Minkälaista on masentuneen potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytetään opinnäytetyön tarpeisiin sovellettua kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä täsmällinen tarkoitus ja tarkka tutkimusten valinta-, analysointi- ja arviointiprosessi. Menetelmällä onnistuu luotettava tiedon tiivistäminen ja tuotos perustuu siihen, että kootaan yhtenäinen tietopaketti tarkkaan rajatulta alueelta. Useimmiten se tehdään vastaukseksi jonkinlaiseen kysymykseen eli tutkimusongelmaan. (Johansson 2007, 4; Leino-Kilpi 2007, 2; Pekkala 2000, 59.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan periaatteessa jakaa kolmeen osaan. Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan katsauksen suunnittelu, toisessa tehdään katsauksen haut, analysointi ja synteesi, ja kolmannessa toteutetaan katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 5 - 6.)

Suunnitteluvaiheessa otetaan selvää aiemmista aiheesta tehdyistä tutkimuksista, sekä määritellään tutkimuksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Jos kirjallisuuskatsaus ei tuota vastauksia tutkimusongelmiin, voidaan todeta, että ei ole olemassa riittävää tietoa kyseisestä aiheesta. Tämä tulos on tärkeä, vaikka ei sinällään tuota kirjallisuuskatsausta. (Mts. 5 - 6.)

Tutkimuskysymysten määrittelemisen jälkeen päätetään menetelmät, kuten hakutermien ja tietokantojen valinta kirjallisuuskatsauksen tekoon. Tietokantahaun lisäksi katsaukseen on hyvä sisällyttää manuaalista tiedonhakua, jotta saadaan kasattua mahdollisimman kattavat tiedot aiheesta. Tutkimusten valintaa varten on tarvittavaa luoda tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Ne voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon (participants), interventioon (intervention), tuloksiin (outcomes) tai tutkimusasetelmaan (design). (Mts. 5 - 6.)

Tutkimussuunnitelman mukaisesti hankitaan ja valikoidaan ne tutkimukset, jotka otetaan mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Jotta kirjallisuuskatsaus onnis-



tuisi ja tuloksista saadaan relevantteja eli merkityksellisiä, on tarkka kirjaaminen kaikista vaiheista tärkeää. (Johansson 2007, 5 - 6.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnissa ja tulosten tulkinnassa tehdään erillisistä tutkimusten tuloksista kokonaisvaltainen synteesi. Laajasta aineistosta pyritään siis tekemään tiivistelmä, joka on järkevä ja lukijaystävällinen. Merkittävimmät tutkimustulokset erotetaan vähemmän merkityksellisistä. Merkittävimmistä tuloksista luodaan pohdinta-osuuteen yleisempiä päätelmiä ja johtopäätöksiä. Pohdintaan liitetään myös suositukset jatkotutkimuksista, sekä mahdolliset kehitysehdotukset. (Flinkman & Salanterä 2007, 95; Johansson 2007, 6 - 7.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida eri menetelmillä ja arviointiin liittyvät yleisesti käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti kertoo tutkimuksen tulosten toistettavuudesta ja validiteetti tutkimuksen pätevyydestä. Reliabiliteetti ja validiteetti luovat pohjan sille, että tutkija voi tutkimuksen avulla saavuttaa yleispätevän totuuden ja todellisuuden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231; Hurme & Hirsjärvi 2009, 185.)

## **5.2 Lähdeaineisto**

### **5.2.1 Hakutermien valinta ja aiheen rajaus**

Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyrittiin koko aineistonkeruun ajan turvaamaan arvioimalla hakuaineiston ja -termien täsmällisyyttä ja soveltuvuutta. Lisäksi luotettavuutta pyrittiin ylläpitämään määrittelemällä tarkat rajaukset aiheeseen, sekä sisäänotto- ja poissulkukriteereihin.

Hakutermeiksi valittiin seuraavat: masennus, depressio, depression, seksuaalisuus, seksuaaliterveys, seksuaaliohjaus, seksuaaliongelmät, sexuality, sexual problems, sexual dysfunction, sexual counselling, hoitotyö ja nursing. Hakutermit tarkistettiin Hoidokki - hoitotyön asiasanastosta ja englanninkielisestä MeSH - Medical Subject Headings -asiasanastosta.

Haettava aineisto rajattiin siten, että sen tulisi käsitellä masentuneen seksuaaliongelmia, niiden syitä ja seurauksia. Rajausta jouduttiin kuitenkin laajentamaan niin, että se käsittää osittain myös mielenterveyshäiriöitä ja lääkkeiden haittavaikutuksia yleisemmällä tasolla. Seksuaaliohjaukseen liittyvää materiaalia oli vähän saatavilla, joten sitä ei voitu rajata. Seksuaaliohjausta koskevan materiaalin rajaus laajentui käsittämään sitä seksuaalineuvonnan tasoa, jota on mahdollista myös sairaanhoitajan toteuttaa, sekä seksuaalisuuden kohtaamista hoitotyössä.

Sisäänottokriteereinä olivat teoksen julkaisuvuosi ja aiheen riittävä läheisyys opinnäytetyön aihepiiriin. Lisäksi sisäänottoon vaikutti se, onko lähde hyödyllinen hoitotyön näkökulmasta, sekä alustavalla silmäilyllä löydetyt tulokset. Poissulkukriteerien mukaan tutkimukset eivät saaneet koskea vain tiettyä sukupuolista suuntautumista, sillä se olisi laajentanut työtä kohtuuttomasti ja hankaloittanut tutkimusten vertailua toisiinsa. Poissulkukriteerinä oli myös se, etteivät tutkimukset saaneet käsitellä pelkästään laitoshoidossa olevia masentuneita.

Lääkkeitä koskevien teosten kohdalla asetettiin alun perin alarajaksi 2000-luku, mutta siinä jouduttiin joustamaan, koska osa käytettävistä lääkkeistä on ollut pitkään käytössä ja tutkimukset niistä ovat vanhoja. Huomiota kiinnitettiin myös kirjoittajan asiantuntijuuteen, jota arvioitiin muun muassa henkilön tunnettavuuden, sekä opinnäytetyön aihealuetta sivuavien julkaistujen tuotosten, artikkelien ja tutkimusten löytymisen perusteella.

### **5.2.2 Tutkimusaineiston haku, valinta ja käsittely**

Haku aloitettiin suomenkielisillä hakutermeillä masennus & seksuaalisuus ja se kohdistui suomalaisiin hakupalvelimiin Lindaan, Artoon ja Aleksiin. Koska näillä hakuehdoilla löytyi vain yksi suomenkielinen artikkeli, siirryttiin suorittamaan hakua englannin kielellä ja ulkomaalaisiin hakupalvelimiin. Englanninkielisiksi hakusanoiksi valittiin depression & sexuality, depression & sexual problems ja depression & sexual dysfunction. Haut suoritettiin Nelli-portaalin

kautta PubMedissa ja Cinahlissa. Rajaukseksi asetettiin aluksi full text, jolloin PubMedistä löytyi 1432 osumaa, joten haun rajaus muutettiin muotoon free full text.

Useissa löydetyistä julkaisuista viitattiin samoihin tutkimuksiin, jonka vuoksi päätettiin etsiä alkuperäistutkimukset käyttöön. Manuaalista tiedonhakuja suoritettiin koulun kirjastossa ja toimeksiantajan tiloissa alan kirjallisuutta läpikäyden. Manuaalisen haun avulla kertyi vain muutama lähdemateriaaliksi sopiva tuotos. Toimeksiantajan tiloista löydetyistä materiaaleista jäi käyttöön yksi ja koulun kirjastosta löydetyistä kolme. Hakua kokeiltiin vielä yksittäisillä hakusanoilla Terveysportista, Theseuksesta ja Googlesta, joista vain Terveysportin haku tuotti aikaisemmin löytämättömiä tuloksia. Terveysportin kautta löytyi kymmenkunta teosta, joista käyttöön päätyi viisi.

Alustava tutkimusten valinta tehtiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien pohjalta. Valinta suoritettiin ensin otsikon perusteella. Otsikon perusteella Cinahlissa ja PubMedista valituista 73 tutkimuksesta luettiin abstraktit. Jäljelle jääneistä tutkimuksista ja artikkeleista useat oli hyvin samansisältöisiä, joten näistä karsittiin vanhimmat ja suppeimmat tutkimukset pois. Tämän jälkeen siirryttiin lukemaan koko tekstiä, jonka tuli vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Kirjallisuuskatsauksen tuottama aineisto käsiteltiin tutkimuskysymysten näkökulmasta, sekä arvioimalla aineiston laatua. Työssä käsiteltiin masentuneen seksuaaliongelmia parisuhteen, minäkuvan ja lääkkeiden näkökulmasta. Tähän teemoitteluun päädyttiin osittain ennalta arvioidusti ja suunnitellusti, sekä ennen kaikkea kerätyn aineiston ohjaamana.

Hakua yritettiin Lindan kautta sanalla seksuaaliohjaus, mutta osumia ei tullut. Hakutermiä sexual counselling kokeiltiin myös, jolloin tulos oli yksi osuma. Lopulta päädyttiin rajaamaan pois termillä sexual counselling löytyvä aineisto, sillä käännettynä termi tarkoittaa lähinnä seksuaalivertoutusta. Varsinaista englanninkielistä käännöstä seksuaaliohjaus -sanalle ei ole.

### **5.3 Aikataulu**

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin alkuvuodesta 2010 ja se pyrittiin saattamaan päätökseen vuoden 2010 aikana, mieluiten jo alkusyksystä. Tutkimusaineistoa opinnäytetyöhön kerättiin tammi-helmikuusta alkaen. Tutkimusaineiston käsittely oli tarkoitus saada lopulliseen muotoonsa viimeistään heinäkuun aikana, samoin tutkimustulosten pohdintaosuus.

Aikataulu kuitenkin venyi. Kerääminen ja karsiminen jatkuivat aktiivisesti keuhkuuhun saakka ja käsittely saatiin valmiiksi syyskuun alussa. Heti tämän jälkeen aloitettiin opinnäytetyön esityksen tekeminen ja työ esitettiin syyskuun lopussa 2010. Sisällysluettelo, otsikot ja työn ulkoasu muuttuivat jatkuvasti, aivan viime hetkiin asti. Opponointi, itsearviointi ja kypsyysnäyte suoritettiin syys- ja lokakuun aikana.

## **6 MASENTUNEEN SEKSUAALIONGELMAT**

### **6.1 Masennus ja seksuaalisuus**

Mielenterveyspotilaita altistaa seksuaaliongelmille viisi tekijää. Nämä tekijät ovat seksuaalisen, emotionaalisen ja fyysisen hyväksikäytön historia, itsetuho ja depressio, huono itse arvioitu terveys, kardiologiset ongelmat sekä antidepressanttien käyttö. (Kennedy & Rizvi 2009, 147.)

Seksuaaliongelmien esiintyvyys on normaaliväestössä 20 - 30 %, masentuneilla 50 % ja jopa vielä enemmän antidepressanttien käytön aikana (Kennedy & Rizvi 2009, 147; Weizman & Zemishlany 2008, 90). Painopiste seksuaalisuuden tutkimisessa on siirtynyt kohti biolääketiedettä, osittain psykologisen näkökulman kustannuksella (Vuola 2003, 261). Antidepressanttien käytön aikana huomio kiinnittyy usein orgasmin puutteeseen, mutta orgasmihäiriöt voivat esiintyä laajasti myös masentuneilla, joilla ei ole lääkitystä. Seksuaalisen

halun vähentymistä on raportoitu 25 - 75 % masentuneista, joita ei hoideta lääkityksellä. (Reynolds & Williams 2006, 19.)

Angstin tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Sen mukaan seksuaaliongelmia koki 26 % terveistä henkilöistä, 45 % hoitamattomista masennuspotilaista ja 63 % hoidossa olevista masennuspotilaista. Kaikkiaan seksuaaliongelmien ilmeneminen oli kaksi kertaa todennäköisempää masentuneilla kuin verrokkiryhmällä. Nämä seksuaaliongelmät pitivät sisällään emotionaaliset ongelmat, seksuaaliset toimintahäiriöt, sekä vähentyneen ja lisääntyneen libidon. (Angst 1998, 1 - 3.) Seksuaalisen halun lisääntyminen saattaa myös olla yhteydessä diagnosoimattomaan hypomaniaan tai sekamuotoiseen masennukseen (Reynolds & Williams 2006, 19).

TAULUKKO 1. Seksuaaliongelmien yleisyys masentuneiden (M) ja ei-masentuneiden (EM), sekä miesten ja naisten välillä (Angst 1998, 3).

	Miehet		Naiset	
	M	EM	M	EM
Henkilömäärä	47	197	79	168
Lisääntynyt libido	23,30 %	6,90 %	8,80 %	1,70 %
Vähentynyt libido	25,70 %	11,10 %	35,30 %	31,60 %
Seksuaalinen toimintahäiriö	11,10 %	6,90 %	25,70 %	18,00 %
Emotionaalinen ongelma	15,90 %	7,20 %	18,80 %	15,20 %
Jokin seksuaalinen ongelma	48,20 %	17,60 %	50,90 %	31,90 %

Angstin (1998, 1 - 3) tutkimusta varten haastateltiin viidesti viidentoista vuoden aikana yhteensä 591 miestä ja naista heidän ollessa 20 - 35 -vuotiaita. Tietoa seksuaaliongelmista saatiin lähinnä kolmessa viimeisessä haastattelussa haastateltavien ollessa 28 - 35 -vuotiaita. Haastattelut suoritettiin vuosien 1979 ja 1993 välillä. Tutkimuksessa masentuneiden ryhmä sisälsi vaikeasti masentuneet, alakuloisuudesta kärsivät ja toistuvasti masentuneet.

Useat seksuaaliongelmät voidaan yhdistää masennukseen tai sen hoitoon. Yleisimpiä ovat ongelmat halussa, kiihottumisessa ja orgasmissa. (Clayton 2001, 5.) Masentuneista miehistä ja naisista noin 25 % kokee ongelmia erek-

tiossa tai kostumisessa. (Reynolds & Williams 2006, 19.) Masennus saattaa myös aiheuttaa sukupuolista vastenmielisyyttä tai nautinnon puutetta (Virtanen 2002, 171).

Croftin, Dunnin ja Hackettin (1999, 144 - 147) tutkimuksessa selvitettiin miesten ja naisten seksuaaliongelmien yhteyttä sosiaalisiin, psykologisiin ja fysiologisiin ongelmiin. Naisilla tutkittiin kivuliaan yhdynnän, vaginan kuivumisen, estyneen nautinnon, sekä kiihottumisen ja orgasmin ongelmien yhteyttä edellä mainittujen osa-alueiden ongelmiin. Tulokseksi saatiin, että naisilla masennus liittyy kaikkiin näihin seksuaalisuuden ongelmiin, erityisesti kiihottumisen ongelmiin. Miehillä tutkittiin orgasmin saannin, ylläpitämisen ja jäykistymisen ongelmien, sekä ennenaikaisen siemensyöksyn ja estyneen nautinnon yhteyttä sosiaalisiin, psykologisiin ja fysiologisiin ongelmiin. Miehillä erityisesti estyneen nautinnon todettiin olevan yhteydessä masennukseen. Tutkimus toteutettiin Isossa-Britanniassa ja siihen osallistui 789 miestä ja 979 naista, jotka oli valittu satunnaisesti väestöstä. Kysely tehtiin nimettömästi postin välityksellä.

Seksuaalisten toimintahäiriöiden tunnistaminen masennuksen ja sen hoidon yhteydessä on tärkeää potilaiden tyytyväisyyden ja lääkityksen sopivuuden kannalta (Clayton 2001, 5). Heti hoidon alkaessa olisi tärkeää kartoittaa potilaan seksuaalinen toimintakyky, sekä seurata siinä tapahtuvia muutoksia jatkuvasti. Seksuaaliongelmien yleisyydestä tulisi kertoa potilaalle heti hoitosuhteen alussa, koska sillä voi olla vaikutusta potilaan hoitomyöntyvyyteen ja elämänlaatuun. (Koponen & Lepola 2006, 310.)

Seksuaaliterveys on tärkeä osa hyvää elämänlaatua. Vaikeasti masentuneiden potilaiden hoitoon tulisi sisällyttää laaja arvio potilaan elämänlaadusta. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat usein oire vaikeasta masennuksesta, jolloin ne heikentävät potilaiden elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista, sekä viime kädessä jopa lääkehoidon jatkamista. Seksuaaliset toimintahäiriöt olivat kiusallisina koettu ongelma yli neljänsadan SSRI-lääkkeitä noin kolme kuukautta käyttäneiden potilaiden tutkimuksessa, jonka vuoksi yksilöterapiata tulisi käyttää seksuaaliongelmista kärsivän masentuneen hoidossa aina kun mahdollista. (Kennedy & Rizvi 2009, 146 - 147.)

## **6.2 Masennuksen vaikutus minäkuvaan**

Sairauden yhteydessä minäkuvassa tapahtuvat muutokset on hyvin vaikea erottaa. Muutos voi olla joko sisäinen tai ulkoinen. Sisäisessä muutoksessa muutos on vain potilaan itsensä koettavissa ja voi johtua vaikka jonkun kehon toiminnon menettämisestä. Tämä vaikuttaa usein potilaan seksuaalisuuteen ja kehonkuvaan, jolloin potilas saattaa kokea olevansa rikkinäinen. Jos potilaassa on tapahtunut ulospäin huomaamaton muutos, voi ihmissuhteiden muodostaminen vaikeutua salaisuuden ahdistuessa potilasta. Ulkoisessa minäkuvan muutoksessa kaikki voivat huomata muutoksen. (Rosenberg 2006, 286 - 287.) Tällaisilla muutoksilla voi olla suuri vaikutus seksuaali-identiteettiin ja muuttuneen vartalon hyväksymiseen. Minäkuvan muutos voi rajoittaa sosiaalista vuorovaikutusta ja siitä seuraa usein huonommuuden tunteita ja häpeää, koska potilas saattaa kokea olevansa luotaantyöntävä. Haitallisin seuraus minäkuvan muutoksesta voi aiheuttaa ongelmia oman sukupuolisuuden kokemiseen, johtaa haluttomuuteen ja eristäytymiseen ihmissuhteista. (Rosenberg 2006, 286 - 287.)

Mielenterveyshäiriöihin sairastuminen voi aiheuttaa muutoksia potilaan minäkuvaan ja itsetuntoon. Masennuksessa itsetunto-ongelmien aiheuttajana voi olla esimerkiksi seksuaalisen toimintakyvyn lasku. (Koponen & Lepola 2006, 307 - 310; Rosenberg 2006, 297 - 298.) Joskus mielenterveysongelmat ovat potilaalle, omaisille ja hoitohenkilökunnalle niin rankka ongelma, ettei energiaa riitä potilaan seksuaalisuuden ja siinä mahdollisesti esiintyvien ongelmien pohittamiseen. Jos potilaalla on taustalla esimerkiksi seksuaalisia traumoja, kuten hyväksikäyttöä tai seksuaali-identiteetin ongelmia, voi seksuaalisuuden kohtaaminen osana potilaan hoitoa olla entistä vaikeampaa. Joskus myös ammattilainen voi olla neuvoton, ja tällöin nousee kysymykseen tiimityö seksuaalialan ammattilaisten kanssa. (Rosenberg 2006, 297 - 298.)

## **6.3 Masennuksen vaikutus ihmissuhteisiin**

Seksuaaliongelmien taustalla on usein sosiaalisia ongelmia. Masentuneisuudesta kärsivillä on keskimääräistä enemmän avio-ongelmia, avioeroja ja sek-

suaalista tyytymättömyyttä. Yleisesti mielenterveyspotilailla on usein erilaisia sosiaalisiin suhteisiin tai parisuhteen solmimiseen liittyviä ongelmia. (Kontula 1999, 5.)

Sairastuminen vaikuttaa aina jotenkin parisuhteeseen, joskus heikentävästi, joskus lujittavasti. Parisuhteen roolit vaihtuvat helposti ja terve puoliso joutuu toimimaan jopa hoitajana kumppanilleen. Puoliso saattaa olla tukematta sairastunutta ja aiheuttaa potilaalle yksinäisyyden tunnetta ja pettymystä. Myös sairastunut saattaa käyttäytyä sopimattomasti puolisoa kohtaan eristäytymällä tai tuntemalla katkeruutta toisen terveydestä, jonka seurauksena potilas saattaa työntää puolison luotaan. Rakkaus, yhdessäolo, kunnioittaminen, ymmärtäminen ja kumppanin tunteminen ovat selviytymiskeinoja vaikeassa tilanteessa. (Rosenberg 2006, 287.)

Masennuksen haitallisin seuraus parisuhteeseen on henkilökohtaisia ihmissuhteita ylläpitävien vuorovaikutustaitojen romahtaminen. Masennuksesta kärsivällä saattaa mennä kuukusia tai jopa vuosia ennen kuin hän oivaltaa hakea apua sairauteensa. Tällainen tilanne vaikuttaa heikentävästi tyydyttävään seksuaalielämään. Seksuaalitoimintojen häiriöt voivat itse asiassa johtaa siihen, että potilas tai hänen puolisonsa alkaa etsiä apua. (Montejo 2008, 24.)

Mielenterveysongelmien vaikutus parisuhteeseen on alituttu aihe huolimatta siitä, kuinka yleinen haitta mielenterveysongelmat ovat, ja että suuri osa niistä kärsivistä potilaista elää parisuhteessa. Riskinä on, että myös puoliso masentuu stressaavasta kokemuksesta. Joskus puoliso pahentaa ongelmia, joita potilas kokee, mutta voi myös toisaalta lievittää ongelmia. (Crowe 2004, 309.)

Kun kumppani on psyykkisesti sairas, joutuu puoliso usein ottamaan vastuulleen myös sairastuneen normaalit vastualueet. Usein puoliso joutuu kokemaan mielenterveysongelmien aiheuttaman häpeän ja pariskunnan vuorovaikutus huononee. Tällä hetkellä mielenterveyshoitotyössä pyritään pitkittämään sairaalahoidon aloittamista, mutta usein se kostaantuu kotona puolisolle ja perheelle. (Crowe 2004, 316 - 317.)



Ammattilaisten tulisi kasvattaa tietämystään mielenterveysongelmien vaikutuksesta parisuhteeseen ja oppia kohtelemaan puolisoa ymmärtäväisesti, sekä huomioida potilaan parisuhteen pysyvyys osana hoitotyötä (Crowe 2004, 309). Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla sensitiivisiä ja empaattisia parisuhteen molempia osapuolia kohtaan, sillä myös puoliso tarvitsee tukea tullakseen ymmärretyksi. (Crowe 2004, 316 - 317.)

Joskus sairastuneen puoliso saattaa olla liian huolehtiva potilasta kohtaan pahentaen ja pidentäen sairautta. Tämä on tärkeää huomioida hoitotyössä. Vaarana on myös se, että ammattilainen liittoutuu liikaa puolison kanssa ja vaikuttaa potilaan autonomiaan ja jopa vapauteen negatiivisesti. Jos hoitotyöntekijä huomaa parisuhdetilanteen pahentavan potilaan sairautta, kannattaa tehdä lähete pariterapiaan olettaen, että molemmat parisuhteen osapuolet tuntevat siihen tarvetta ja ovat motivoituneita asiasta. (Crowe 2004, 316 - 317.)

Östmanin (2008, 355) tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten potilaiden ja heidän puolisoitensa seksuaalisuus häiriintyy mielisairaudesta ja millaista tukea he kokevat tarvitsevansa mielenterveyspalveluiden piiristä. Tutkimuksessa nousivat vahvasti esille seksuaaliongelmien esiintyminen suhteessa potilaaseen, lääkehoitoon, puolisoon ja mielenterveyspalveluihin. Sekä potilas että puoliso kuvasivat hylätyksi tulemisen tunnetta tuen alullepanossa mielenterveyspalveluissa. He kokivat myös, että potilaiden yksilöterapia sulki puolisoit hoidon ulkopuolelle ja sai heidät tuntemaan itsensä poissuljetuiksi ja ylenkatsotuiksi, jos he olisivat halunneet aktiivisemmän roolin potilaan hoidossa. Tutkimuksessa korostui seksuaalihäiriöiden monimutkaisuus, eikä vain mielenterveysongelmaisten potilaiden, vaan myös heidän puolisoitensa. Mielenterveyspalvelut ovat tutkimuksen mukaan vailla keinoja tukea seksuaalisuutta ja pitkiä parisuhteita.

Tutkimuksessa pystyttiin alleviivaamaan kolme näkökantaa seksuaalisuudesta parisuhteessa, jossa toinen osapuoli kärsii mielenterveyden ongelmista. Ensinnäkin, molemmat osapuolet kokivat tuen puutetta suhteessa mielenterveyspalveluihin. Toiseksi, molemmat osapuolet kokivat riittämättömäksi yksilöltä yksilölle metodin, joka sulkee puolison ulos hoitoprosessista. Kolmanneksi,

seksuaaliongelmia, joita seuraa depressiosta, ovat paljon samoja kuin mitä esiintyy kroonisissa sairauksissa. Tutkimukseen osallistui kuusi potilasta ja neljä kumppania, jotka kaikki olivat iältään 32 - 51 -vuotiaita. Neljä potilaista oli naisia. Kaikissa tapauksissa parisuhde oli kestänyt yli kymmenen vuotta. Kaikkia potilaita oli hoidettu antidepressanteilla yli kahden vuoden ajan. (Mts. 357, 362.)

Seksuaaliongelmia parisuhteessa saattavat aiheuttaa suuria ongelmia molempien parisuhteen jäsenten elämänlaatuun. Ne voivat olla este potilaan toimimiselle ja jopa pahentaa sairautta. Jokapäiväisissä hoitotilanteissa molempien parisuhteen osapuolten tuki ja valistus on välttämätöntä ja niitä tulisi lisätä, jotta vältettäisiin negatiiviset seuraukset parisuhteisiin. (Mts. 362.)

Mielenterveyspotilaalla syrjäytyminen, sekä emotionaalinen ja konkreettinen yksinäisyys ovat iso ongelma, sillä tällöin potilaalta uupuu toisen ihmisen tuki ja kosketus. Irtoisuhteet ovat huono keino tyydyttää tarpeet, mutta parisuhteen löytäminen voi olla vaikeaa. Parisuhteessa elävillä mielenterveysongelmia johtavat usein eroon tai ainakin koettelevat parisuhdetta. Seksuaalisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi mielenterveyspotilaalle tulisi löytää hyvä hoitotase-paino. (Rosenberg 2006, 298.)

Croftin ym. (1999, 145 - 146) tutkimuksessa selvitettiin masennuksen lisäksi aviollisten ongelmien yhteyttä seksuaaliongelmien. Miehen näkökulmasta aviollisilla ongelmilla ei todettu olevan kovinkaan suurta vaikutusta seksuaaliongelmien. Naisen näkökulmasta aviollisilla ongelmilla todettiin olevan suurempi vaikutus kiihottumiseen, orgasmiin ja estyneeseen nautintoon kuin masennuksella.

Joissakin tapauksissa voidaan todeta, että parisuhde on paremminkin masennuksen pääsääntöinen aiheuttaja, eivätkä parisuhdeongelmia seuraus masennuksesta. Naisilla on myös todettu hyvän avioelämän olevan suojaava tekijä masennusta vastaan. (Crowe 2004, 312.)

## **6.4 Lääkkeiden vaikutus masentuneen seksuaalisuuteen**

### **6.4.1 Masennuslääkkeet Suomessa**

Vanhin käytössä oleva masennuslääkeryhmä on trisykliset depressiolääkkeet, mutta niiden käyttö on vähentynyt. Näistä lääkkeistä Suomessa on käytössä amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini ja trimipramiini. Kaikki näistä lääkkeistä ovat tehokkaita noradrenaliinin takaisinoton estäjiä ja kolme ensimmäistä estävät lisäksi serotoniinin takaisinoton. (Isometsä 2007, 187.)

Yleisimpiä masennuksessa käytettyjä lääkkeitä ovat SSRI-lääkkeet (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) eli niin kutsutut selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. Näitä lääkkeitä ovat essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini ja sitalopraami. Uusia lääkkeitä, jotka ovat tulleet käyttöön viime vuosina, ovat serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI-lääkkeet (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor). Näitä ovat venlafaksiini, duloksetiini ja milnasipraani. (Huttunen 2008a, 102 - 103, 106, 109.)

Suomen markkinoilla on edellisten lisäksi myös muita uusia masennuslääkkeitä. Trisyklisten lääkkeiden tapaan mianseriini ja mirtatsapiini ovat rauhoittavia ja ahdistuneisuutta lieventäviä lääkkeitä, jotka vahvistavat noradrenaliinin ja serotoniinin vaikutuksia keskushermostossa. Tratsodoni on rauhoittava ja vahvistaa keskushermoston serotoniinin vaikutuksia. Reboksetiinin vaikutus perustuu noradrenaliinin takaisinoton estämiseen eli se on NRI-lääke (Noradrenaline Reuptake Inhibitor). (Huttunen 2008a, 111 - 112, 114.) Moklobemidi on monoamino-oksidaasin estäjä eli niin sanottu MAO-lääke (Monoamine Oxidase Inhibitors) ja ainoa RIMA-lääkkeisiin (Reversible MAO-A Inhibitor) lukeutuva depressiolääke, joka on käytössä Suomessa (Huttunen 2008a, 113; Isometsä 2007, 187).

Agomelatiini on uusin Suomessa käyttöön otettu masennuslääke, joka otettiin Suomen markkinoille elokuussa 2009 (Agomelatiini on tehokas uutuus ma-

sennuksen hoitoon 2010). Se on ensimmäinen melatoniini antidepressantti. Sen vaikutusmekanismi eroaa täysin muista masennuslääkkeistä. Agomelatini on melatoniinin agonisti ja serotoniinin antagonistti. (Munoz 2009, 175.)

#### 6.4.2 Lääkitys ja seksuaalisuus

Arviolta joka kymmenes miehen erektio- tai impotenssihäiriö johtuu lääkkeistä. Arviointi on kuitenkin vaikeaa, sillä seksuaalisten toimintahäiriöiden taustalla voi olla lääkkeiden käytön lisäksi myös jokin sairaus. Masennus voi olla tällainen sairaus, jolloin masennuslääke saattaa korjata seksuaalisen toimintahäiriön. Aina ei voida tarkalleen sanoa, johtuuko toimintahäiriö sairaudesta vai siihen käytettävästä lääkityksestä. Syy selviää vaihtamalla masennuslääke toiseen lääkkeeseen, jolloin seksuaaliset toimintahäiriöt häviävät ilman, että perussairausten hoito kärsii. (Huttunen 2008b.)

Tarkasteltaessa lääkkeiden vaikutusta seksuaalitoimintoihin on syytä tietää kolme neurobiologista vaihetta. Yksinkertaistetusti voidaan sanoa, että libidoa säätelee pääasiassa dopamiini, kiihottumista asetyylikoliini ja typpioksidi, sekä orgasmia serotoniini ja noradrenaliini. Lääkkeitä ei kuitenkaan tule syyttää enakoivasti seksuaaliongelmista. Lääkkeiden voidaan todeta vaikuttavan seksuaalisuuteen, jos seksuaaliongelmien alkavat lääkityksen aloituksen tai lääkemäärän nostamisen jälkeen. Tärkeätä on kuitenkin selvittää, että ongelmat eivät johdu jostain muusta tilanteesta tai kumppanista, ole elinikäisiä tai toistuvia, eikä niille löydy selvää ei-lääkkeellistä syytä. (Gutierrez & Stimmel 2006, 25.)

Angstin (1998, 3 - 4) tutkimus terveiden ja masentuneiden seksuaaliongelmista ei tue käsitystä, että masennuslääkitys lisää seksuaalisia ongelmia. Tämän tutkimuksen mukaan lääkkeillä hoidetuista masennuspotilaista 62,2 % koki kärsineensä jonkinlaisia seksuaalisia ongelmia, kun taas ilman lääkitystä hoidetuista masentuneista 63,4 %, hoitamattomista masentuneista 45,1 % ja masentumattomista 25,8 %. Lääkkeitä saaneista puolet oli saanut antidepressantteja ja puolet bentsodiatsepiineja. Lääkkeettömänä hoitomuotona oli psykoterapia.

Terveellinen seksuaalinen toiminta on tärkeä saavutus potilaille, joilla on vaikea masennus. Silti suurin osa tällä hetkellä määrätystä masennuslääkkeistä aiheuttaa seksuaalihäiriöitä. Yli 6000 potilaan tutkimuksessa antidepressantteja käyttävistä masentuneista 85 % kokee seksuaalisen toiminnan erittäin tärkeäksi ja vain 3 % ei tärkeäksi. Seksuaalihäiriöt ovat silti usein hoitamaton osa-alue niiden laajalle levinneisyydestä huolimatta. (Kennedy & Rizvi 2009, 147, 149.)

Useat psykiatristen sairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet aiheuttavat tai vahvistavat seksuaalisia toimintahäiriöitä. Orgasmihäiriöt, sekä seksuaalisen halun ja kiihottumisen häiriöt ovat yleisempiä lääkkeiden aiheuttamia seksuaaliongelmia. (Huttunen 2008b.) Vertailtaessa masennuslääkkeiden ryhmiä keskenään voidaan todeta, että seksuaalisia toimintahäiriöitä on raportoitu eniten SSRI-lääkkeiden yhteydessä. Ongelmista on raportoitu jonkin verran vähemmän MAO-lääkkeiden käytön yhteydessä ja vielä vähemmän trisyklisen deppressiolääkkeiden yhteydessä. (Seidman 2002, 7)

Masennuslääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia aliarvioidaan usein. Potilaat eivät yleensä kerro niistä oma-aloitteisesti. Tämän vuoksi seksuaaliongelmien säännöllinen kartoittaminen kuuluu osaksi masennuksen lääkehoidon seurantaa. (Koponen & Lepola 2003, 256.) Lääkkeiden aiheuttamat seksuaalitoimintojen häiriöt vaikuttavat hoitomyönteisyyteen, aiheuttavat stressiä ja ovat yleinen syy lääkkeiden oton lopettamiseen. Potilaille tulisi kertoa hoidon alussa, että lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset seksuaalisuuteen ovat hoidettavissa ilman lääkehoidon lopettamista. (Gutierrez & Stimmel 2006, 24; Sandner & Westenberg 2006, 485.)

### **6.4.3 Eri masennuslääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen**

Orgasmihäiriöt ovat yleisimpiä serotoniiniin vaikuttavien lääkkeiden aiheuttamia seksuaalisia toimintahäiriöitä. Orgasmihäiriöihin kuuluu viivästynyt orgasmi ja ejakulaatio, sekä orgasmin estyminen. (Gutierrez & Stimmel 2006, 24.) Paroksetiin, sertraliini ja sitalopraami on raportoitu aiheuttavan viivästynyttä

tä ejakulaatiota. Venlafaksiini on yhdistetty impotenssiin, sekä epänormaaliin ejakulaatioon ja orgasmiin. Erityisesti venlafaksiinin suurilla annoksilla on todettu olevan seksuaalisia haittavaikutuksia vähintään yhtä paljon kuin paroksetiinilla ja sertraliinilla. (Sandner & Westenberg 2006, 485.) Tratsodonin harvinaisena haittavaikutuksena saattaa esiintyä kivulias erektio eli priapismi (Isometsä 2007, 187). Myös trisyklisen depressoilääkkeiden käytön yhteydessä on ilmennyt kivuliasta ejakulaatiota (Seidman 2002, 5).

Helmikuussa 2010 julkaistussa tutkimuksessa käy ilmi eri masennuslääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen. Tutkimukseen osallistui naimisissa olevia potilaita, joilla oli todettu depressio. Potilaat oli diagnosoitu DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) -kyselyllä ja he olivat käyttäneet antidepressantteja yli kuukauden ajan. Osallistujia tutkimuksessa oli yhteensä 101, joista 46 miestä ja 55 naista, iältään 35 - 49 -vuotiaita. Heidät arvioitiin The Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX), Beck Depression Inventory (BDI) ja State-Trait Anxiety Inventory (STAI) -kyselyillä. Osallistujista 13 käytti fluoksetiinia, 24 paroksetiinia, 20 sitalopraamia, 22 venlafaksiinia ja 22 mirtatsapiinia. Osallistujista 46,5 % oli kokenut seksuaaliongelmia. Eri lääkkeiden välillä seksuaalitoimintojenhäiriöitä oli kokenut 60 % sitalopraamin, 54,5 % venlafaksiinin, 54,2 % paroksetiinin, 46,2 % fluoksetiinin ja 18,2 % mirtatsapiinin käyttäjistä. (Jun, Kweon, Lee, Lee, Lee, Lee & Nam 2010, 55.)

Lähes kymmenen vuotta aikaisemmin julkaistu laajempi tutkimus antaa samansuuntaisia tuloksia eri masennuslääkkeiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tutkimukseen osallistui 28 - 52 -vuotiaita naisia 610 kappaletta ja miehiä 412 kappaletta, eli osallistujia oli yhteensä 1022. Tietoja tutkimukseen kerättiin vuosien 1995 ja 2000 välillä. Haastateltujen masennusta oli hoidettu antidepressanteilla tai antidepressanteilla ja bentsodiatsepiineilla. Heitä oli haastateltu Psychotropic-Related Sexual Dysfunction kyselyllä. Kaikkiaan 59,1 % vastasi kokeneensa seksuaalisia ongelmia, kun kaikki antidepressantit oli käsitelty yhtenä ryhmänä. Eri masennuslääkkeiden aiheuttamia seksuaaliongelmia vastaajat kokivat seuraavasti: fluoksetiini 57,7 %, sertraliini 62,9 % fluvoksamiini 62,3 %, sitalopraami 72,7 %, venlafaksiini 67,3 %, mirtatsapiini 24,4 %, moklobemidi 3,9 % paroksetiini 70,7 %, nefatsodoni 8 % ja amineptiini 6,9 %. (Izquierdo, Llorca, Montejo & Rico-Villademoros 2001, 10.)

## 7 MASENTUNEEN SEKSUAALIOHJAUS

### *7.1 Yleistä seksuaaliohjauksesta ja -neuvonnasta*

Seksuaaliohjaus tulee toteuttaa osana normaalia hoitotyötä. Hoitoyhteisön on hyvä pohtia yhteisesti, mitkä asiat hoitoyksikössä, kuten sairaudet, toimenpiteet, hoidot tai lääkitykset, vaikuttavat asiakkaan seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen. On myös hyvä pohtia, millaiset periaatteet ohjaavat seksuaalisuuden kohtaamista. Yhteiset periaatteet ovat tärkeitä, sillä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä tulee ymmärtää seksuaalisuuden merkityksen tärkeys asiakkaan hoitamisessa, sekä seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan yksilöllinen tarve. Hoitotahon on myös tärkeää välittää asiakkaille tunnetta ja tietoa siitä, että seksuaalisuudesta voi puhua, kysyä ja saada tietoa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 141 - 142.)

Hoitotyöntekijöiden on tärkeää ymmärtää, että seksuaaliterveydellä on suuri merkitys paranemisprosessissa. Sen huomioimatta jättäminen voi aiheuttaa pitkällä aikavälillä asiakkaalle hyvinkin laaja-alaisia ongelmia eri elämänalueilla. Oikeaan aikaan annettu seksuaaliohjaus tai -neuvonta parantaa asiakkaan elämänlaatua, sillä ne ehkäisevät seksuaaliongelmia sekä niiden vaikeutumista ja pitkittymistä. Riittävä tieto sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen voi auttaa ymmärtämään sen tuomia muutoksia, sekä auttaa löytämään keinoja toteuttaa seksuaalisuutta sairaudesta huolimatta. Asiakkaan voi olla helpompi keskustella puolisonsa kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, jos hän on ensin saanut luvan keskustella niistä hoitajan kanssa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 144.)

Seksuaalianamneesi on työväline, joka antaa hoitajalle ja potilaalle kokonaiskuvan potilaan seksuaalisuuden senhetkisestä tilanteesta. Sen pohjalta voidaan suunnitella hoitoa tai se voi toimia luvan antajana seksuaalisuudesta puhumiseen. Koska seksuaaliohjaus on tilannekohtaista ja keskittyy potilaan tilanteen tai ongelman kannalta oleelliseen kysymykseen, seksuaalianamnee-

sia ei käytetä seksuaaliohjauksessa. Seksuaalineuvonnassa sitä voidaan käyttää. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 150 - 151.)

Seksuaalisuuden ja sen ongelmien kartoittamiseen on olemassa useita kyselylomakkeita ja arviointimittareita, kuten Arizona Sexual Experience Scale, Changes in Sexual Functioning Questionnaire, Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire, Sexual Effects Scale ja Short Sexual Scale. Näistä Arizona Sexual Experience Scale ja Short Sexual Scale on käännetty myös suomen kielelle. Ensimmäisessä kyselyssä on yhdet omat kysymykset miehille ja naisille, toinen on tarkoitettu vain naisille. (Kennedy & Rizvi 2009, 147; Koponen & Lepola 2006, 306; Ryttyläinen & Valkama 2010, 155.)

Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 155) mukaan mittareita käyttävän työntekijän tulee olla joko seksuaaliterapeutti tai kyseisen aihealueen lääkäri. Koposen ja Lepolan (2006, 306) mukaan potilaat eivät koe, että itsearviointit olisivat kielteisiä, vaan tuntevat, että asia nostetaan näin tärkeäksi.

## **7.2 Seksuaalisuuden kohtaaminen**

Potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää hänen seksuaalisuutensa huomioonottamista, sekä seksuaaliterveyden edistämistä osana hoitoa. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen tulee huomioida sekä ehkäisevässä, hoitavassa, että kuntouttavassa toiminnassa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44.)

Hoitajan hyvään ammatillisuuteen kuuluu, että hän pystyy kohtaamaan asiakkaan seksuaalisuuden ja käsittelemään siihen liittyviä kysymyksiä. Kyetäkseen kohtaamaan asiakkaan seksuaalisuuden, joutuu hoitaja pohtimaan myös omaa seksuaalisuuttaan. Hoitajan on työstettävä omaa seksuaalisuuttaan sekä yksityisenä persoonana, että hoitotyöntekijän näkökulmasta. On vaikea antaa asiakkaalle lupaa puhua seksuaalisuudesta, jollei ensin ole antanut sitä itselleen. Jos hoitaja on vaivaantunut omasta seksuaalisuudestaan, hän kokee siitä puhumisen vaikeaksi asiakkaan kanssa. Hoitajan oman seksuaalisuuden kohtaaminen tarkoittaa omien seksuaalisuuteen liittyvien arvojen, normien,



asenteiden, uskomusten sekä tunteiden tunnistamista. On myös hyvä pohtia niitä kohtia seksuaalisuudessa, jotka tuntuvat vaikeilta, ahdistavilta, vierailta tai joita ei ymmärrä ja hyväksy tai mitä pitää luvallisena ja nautittavana. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4 - 5.) Hoitaja saattaa myös kohdata asioita, joita ei pidä hyväksyä, kuten seksuaalinen väkivalta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 133).

### **7.3 Puheeksiotto**

Analyttisessä teoriassa seksuaaliasioilla on merkittävä asema, mutta silti vain harva mielenterveyspotilas on keskustellut psykiatrin kanssa seksuaaliasioistaan. Keskusteluun olisi kuitenkin tarvetta jo pelkästään potilaiden vuorovaikutuskykyjen kehittymisen kannalta. Yleinen seksuaalineuvonta olisi myös tarpeellista. (Kontula 1999, 10.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyvät seksuaaliset ongelmat on usein jätetty huomiotta, vaikka ne esiintyvät luonnollisina oireina. Tärkein syy huomiotta jättämiseen on potilaiden ja jopa lääkäreiden haluttomuus keskustella mielenterveysongelmiin liittyvistä seksuaalisista asioista. Usein potilaat puhuvat seksuaalisuudestaan vain jos siitä kysytään suoraan, ja jättävät mainitsematta asian yleispiirteisimmässä kyselyssä. Yli kolmasosa depressio potilaista, jotka aikaisemmissa kyselylomakkeissa olivat kieltäneet seksuaaliset ongelmat, myönsivät lääkäreiden aiheuttavan seksuaalisia ongelmia kysyttäessä suoraan. Erityisesti naiset jättivät kertomatta ongelmista, jollei niistä erikseen kysytä. Samalla tavalla kuin kysytään depressiopotilailta itsemurha-ajatuksesta, tulisi heiltä kysyä aktiivisesti, suoraan ja sukupuolineutraalisti seksuaalisista ongelmista. (Casteleen 1999, 13 - 14; Vuola 2003, 261.)

Usein hoitaja kokee puheeksioton potilaan kanssa hankalaksi. Hoitaja voi ajatella, että potilasta ei sairastuessaan kiinnosta seksuaalisuuteen liittyvät asiat, tai että seksuaalisuus on potilaan yksityisasiat. Seksuaalisuus voi olla myös hoitajalle arkaluonteinen ja vaikeasti käsiteltävä aihe, mutta se ei anna oikeutaa jättää aiheen käsittelyä potilaan vastuulle. Keskustelun voi aloittaa hoitaja, potilas tai potilaan kumppani. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137 - 138.)

Puheeksiotto voi helpoimmin tapahtua potilaan esiin nostamien asioiden tai aloitteen pohjalta. Hoitajalla tulee olla herkkyys havaita, milloin on sopivaa puhua seksuaaliasioista. Usein potilaat lähettävät vihjeitä, joihin hoitajan tarvitsee osata tarttua. Keskustelun aloituksen virikkeenä voi olla opaslehtinen, pieni vihjaus asiasta tai suora kysymys. Kysymysten tulee olla niin sanottuja avaavia tai avoimia kysymyksiä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137 - 139.)

#### **7.4 Plissit-malli**

Vuonna 1976 Jack Annon loi PLISSIT-mallin seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja -terapian tasojen hahmottamiseen. Se toimii työvälineenä arvioitaessa hoitajan oman pätevyyden riittävyttä, potilaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan tai -terapian tasoa tai käytettäviä neuvonta- ja hoitomenetelmiä. (Ilmonen 2006, 43 - 44; Ryttyläinen & Valkama 2010, 51.)

PLISSIT-mallissa on neljä eri tasoa. Tasot kuvaavat erilaisia lähestymistapoja seksuaalisuutta ja sen ongelmia käsiteltäessä. Tasot ovat luvan antaminen (Permission), rajattu tieto (Limited Information), erityisohjeiden antaminen (Specific Suggestions) ja intensiivinen terapia (Intensive Therapy). Sairaanhoidaja toimii PLISSIT-mallin kahdella ensimmäisellä tasolla antaessaan seksuaaliohjausta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 53.)

##### **Luvan antaminen**

Luvan antamisella tarkoitetaan myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sekä sen eri ilmenemismuotoihin. Hoitaja antaa sanallisen tai sanattoman luvan siihen, että potilaan seksuaalisuuteen liittyvät tunteet, tarpeet ja ajatukset ovat tavallisia ja luvallisia. Potilaan annetaan tuntee, että hän on hyväksytty ja niinkin yksityisestä asiasta kuin seksuaalisuus voi puhua. Hoitajan ottaessa puheeksi seksuaalisuutta koskevat kysymykset, voi potilas kokea, että asia on tärkeä ja sallittu. Potilaan on tärkeää tietää, ettei hän ole yksin ongelmineen, ja että muillakin samaa sairautta sairastavilla on samanlaisia ongelmia, tunteita ja käyttäytymistä. Luvan saaminen usein helpottaa potilaan syyllisyyden- ja häpeäntunnetta. Luvan antamiseen liittyy myös tiedon anto

niin sanotuista tavallisista asioista. Usein ei yleisesti puhuta sairastumiseen ja seksuaalisuuteen liittyvistä kuvitelmissä, peloista, sekä poikkeavuuden tunteista, joten hoitajan on tärkeää välittää tietoa näistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 54 - 55.)

### **Rajatun tiedon antaminen**

Luvan ja rajatun tiedon antaminen liittyvät usein läheisesti toisiinsa. Rajattu tieto liittyy henkilön seksuaalisuuteen ja erityistilanteisiin, kuten sairastumiseen. Rajatun tiedon antaminen on yksi tärkeimmistä asioista, kun tuetaan potilaan seksuaalista selviytymistä ja seksuaaliterveyden ylläpitämistä. Se on tiedon antamista potilaan nimenomaiseen huoleen tai kysymykseen, josta hänellä puuttuu tietoa. Tällaisia huolia voivat esimerkiksi olla sairauden aiheuttamat muutokset ja lääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 55.)

## **7.5 Vuorovaikutus**

Hoitotyössä seksuaaliohjauksen perustana on dialogisuus eli vuoropuhelu, sekä luottamuksellinen vuorovaikutus. Auktoriteetivalta ei määritä dialogisuutta, vaan potilaan tarpeet ja voimavarat, joiden avulla hoitaja ja potilas yhdessä etsivät ratkaisuja potilaan kysymyksiin ja ongelmiin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 145.)

Seksuaaliohjauksessa hoitaja tuo vuorovaikutusprosessiin asiantuntemustaan ja huolehtii, että se etenee asetettuja tavoitteita kohti potilaan voimavarojen mukaisesti. Hoitajan ei tarvitse olla neuvonantaja, joka tietää vastaukset kaikkiin kysymyksiin, vaan tarvittaessa potilas ohjataan keskustelemaan lääkärin tai seksuaalineuvojan kanssa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 141, 145.)

Hoitotyöntekijä saattaa pyrkiä vuorovaikutussuhteessa suojelemaan itseään tai potilasta seksuaalisuuden mahdollisesti synnyttäviltä ahdistuksen tai epä-mukavuuden tunteilta ja siksi jättää seksuaalisuuden käsittelemättä osana hoitokokonaisuutta. Hoitajan asennoitumisella, eleillä, sanoilla ja mielipiteillä on vaikutusta potilaan itsensä hyväksymiseen ja siihen, kuinka hän kokee it-

sensä seksuaalisesti eheäksi. Potilaan voi olla vaikea hyväksyä ja ymmärtää itseään, jos hän aistii, ettei hoitaja hyväksy hänen seksuaalisuutteen tai erilaisuuttaan. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 132.)

## **7.6 Jatkohoitoon ohjaaminen**

Sairaudesta johtuvan seksuaaliongelman hoito tulee tapahtua osana kokonaisvaltaista hoitotyötä siellä, missä sairauskin hoidetaan. Myös erikoissairaanhoitotasoa voi yrittää konsultoida seksuaaliongelmasta. Jos seksuaaliongelma on ei-elimellinen tai ei liity sairauteen, tulee potilas ohjata seksuaalialan ammattilaiselle, kuten seksuaalineuvojalle tai -terapeutille. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 29 - 30.) Valtaosaa potilaista pystytään auttamaan tiedolla, ohjeilla ja luvan antamisella. Erityispalvelut otetaan käyttöön kun annetut ehdotukset ja tehtävät eivät auta ja toteudu. (Ilmonen 2006, 43 - 44.)

Seksuaaliongelmiin on mahdollista saada ammattiapua psykiatrilta, psykologilta, seksologilta, sekä psyko- tai seksuaaliterapeutilta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 193). Erilaisia seksuaaliterapiapalveluiden tarjoajia yksityisvastaanottojen lisäksi ovat muun muassa Sexpo-säätiö ja Väestöliitto. Yhtenäistä rekisteriä alan ammattilaisista ei ole, mutta Sexpo-säätiön kautta on mahdollista selvittää paikkakuntakohtainen hoitotaho. (Vuola 2003, 265.)

## 8 POHDINTA

### *8.1 Tutkimustulosten pohdinta*

Angstin (1998, 4) tutkimuksen mukaan täysin hoitamattomista potilaista 45,1 % kärsii seksuaaliongelmista. Terveestä väestöstä vastaava lukema on 25,8 %. Tämä tulos tukee mielestämme tutkittua tietoa siitä, että masennus jo sairautena voi aiheuttaa seksuaaliongelmia. Mielestämme tuloksen voisi kuitenkin selittää myös sillä, että hoitamattomien potilaiden masennus on lievempää kuin hoidon piirissä olevien. Seksuaaliongelmien yhteyden masennukseen voi kuitenkin mielestämme todeta jo masennuksen tautiluokituksesta.

Meistä oli mielenkiintoista huomata, että jo kahden tutkimuksen perusteella voidaan tehdä melko selvä johtopäätös siitä, millaisissa muodoissa seksuaaliongelmia esiintyvät masentuneilla. Lisäarvoa tuloksille antaa mielestämme se, että niissä on eritelty seksuaaliongelmien ilmeneminen molemmille sukupuolille erikseen. Angstin (1998, 3) tutkimuksen mukaan masentuneilla naisilla seksuaaliongelmia aiheuttaa eniten vähentynyt seksuaalinen halu, toiseksi eniten seksuaaliset toimintahäiriöt ja kolmanneksi eniten emotionaaliset ongelmat. Masentuneilla miehillä eniten seksuaaliongelmia aiheuttaa vähentynyt seksuaalinen halu, toiseksi eniten lisääntynyt seksuaalinen halu ja kolmanneksi eniten emotionaaliset ongelmat. Croftin (1999, 144 - 147) tutkimus antoi samansuuntaisia tuloksia. Tutkimuksessa todettiin naisilla masennukseen liittyvän kivuliasta yhdyntää, emättimen kuivumista, estynyttä nautintoa, orgasmin ongelmia, sekä erityisesti kiihottumisen ongelmia. Miehillä todettiin masennuksen liittyvän erityisesti estynyttä nautintoa.

Kuten Koponen ja Lepola (2003, 256; 2006, 310) toteavat, on tärkeää heti hoidon alussa kartoittaa masentuneen senhetkinen seksuaalinen toimintakyky, sekä seurata siinä tapahtuvia muutoksia jatkuvasti. On mielestämme lähes mahdotonta aloittaa seksuaaliongelmien syiden erittely tilanteessa, jossa masennus on kestänyt jo vuosia ja lääkkeet ovat olleet käytössä koko sairastami-

sen ajan. Seksuaaliongelmien yleisyydestä tulisi kertoa potilaalle heti hoitosuhteen alussa, koska tiedonpuute voi aiheuttaa stressiä, vaikuttaa hoitomyönteisyyteen ja lääkehoidon toteuttamiseen, sekä elämänlaatuun (Clayton 2001, 7; Gutierrez & Stimmel 2006, 24; Koponen & Lepola 2006, 310; Sandner & Westenberg 2006, 485). Tämän toteutuminen auttaisi mielestämme potilasta oman sairautensa tuntemisessa. Vaikka varsinaisia tutkimuksia masentuneen seksuaaliohjauksesta ei löytynyt, voidaan jo edellä mainittujen tutkimusten perusteella selkeästi olettaa, että tarvetta seksuaaliohjaukselle olisi. Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 144) teoksen mukaan oikeaan aikaan annettu seksuaaliohjaus kuitenkin parantaa potilaan elämänlaatua, koska se ehkäisee seksuaaliongelmia ja niiden vaikeutumista.

Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 44, 141) mukaan seksuaaliohjaus ja seksuaaliterveyden edistäminen tulee toteuttaa osana hoitotyötä ja ne ovat edellytys potilaan kokonaisvaltaiselle kohtaamiselle ja koko paranemisprosessille. Ilmonen (2006, 43) mukaan terveydenhuollossa kuitenkin usein unohtuu seksuaalisuuden huomioiminen. Syynä huomioimattomuuteen voi olla muun muassa se, että hoitosuhteen eri osapuolet ovat haluttomia keskustelemaan aiheesta tai olettavat toistensa olevan. Hoitaja voi myös odottaa potilaan tekevän keskustelualoitteen aiheesta tai kokea seksuaalisuuden olevan potilaan yksityisasiä. (Casteleen 1999, 13 - 14; Ilmonen 2006, 43; Ryttyläinen & Valkama 2010, 137 - 138; Vuola 2003, 261.) Pohdimme mahdollisia syitä keskusteluhaluttomuudelle seksuaalikysymyksiin liittyen. Mietimme voisiko taustalla olla se, että ongelmia tiedetään olevan, mutta ei viitsitä nähdä vaivaa niistä puhumiseen, koska ongelmat ovat usein monimuotoisia ja raskaita käydä läpi. Yksi syy voisi olla kiire. Kiireen vuoksi hoitokontakteissa pyritään hoitamaan kaikkein akuuteimmat tilanteet ja potilaalle ei ajanpuutteen vuoksi voida antaa tilaa keskustella vapaasti mistä tahansa aiheesta. Mielestämme syynä voisi olla myös puhdas tietämättömyys seksuaaliongelmista ja niiden käsittelyn vaikutuksesta elämänlaatuun ja paranemisprosessiin.

Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 132, 137 - 138) mukaan keskeinen syy keskusteluhaluttomuudelle voi olla se, että seksuaalisuus on hoitohenkilökunnalle arkaluontoinen aihe ja he kokevat tarvetta suojella itseään tai potilasta seksuaalisuuden aiheuttamilta epä mukavuuden tunteilta. Hoitajan ja koko työyhteis-

sön jäsenten ammatillisuuteen kuuluu jokaisen työntekijän oman seksuaalisuuden pohtiminen henkilökohtaisesta ja ammatillisesta näkökulmasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 141 - 142; Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4 - 5). Mietimme sitä, kuinka moni esimerkiksi mielenterveyspuolella työskentelevistä hoitajista oikeastaan tuntee oman seksuaalisuutensa tai millä voidaan edes selvittää onko hoitaja sinut oman seksuaalisuutensa kanssa? Perustuuko tunte oikeanlaisesta suhtautumisesta seksuaalisuuteen hoitajan omaan näkemykseen hänen omasta tilanteestaan? Sairaanhoitajan ammattia ei kuitenkaan mielestämme voida pitää oletuksena sille, että henkilö on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Hoitajan olisi siis myös kyettävä ohjaamaan potilas hoidettavaksi jollekin toiselle henkilölle, jos hän ei itse jostain syystä uskalla tai osaa ottaa seksuaaliasioita esille.

Kyselylomakkeiden käyttöä seksuaaliterveyden kartoittamisessa suositeltiin Ryttyläisen ja Valkaman (2010, 155) kirjassa vain ammattilaisille, mutta mielestämme ne olisivat hyvä apu myös seksuaaliohjauksessa. Niiden avulla saataisiin helposti selville potilaan jatkohoitotarve. Tätä todistaa myös Lepolan (2006, 306) toteamus siitä, että potilaat kokevat itse arviointien nostavan seksuaalikysymykset tärkeäksi osaksi hoitoa. Useimmissa tutkimuksissa oli käytetty apuna jotakin kaavaketta ja tulosten perusteella pystyttiin tekemään selkeitä johtopäätöksiä. Toisaalta Ryttyläinen ja Valkama (2010, 150 - 151) selittävät tilannetta sillä, että seksuaaliohjaus on vain tilannekohtaista ja liittyy potilaan senhetkiseen tilanteeseen.

Pohdimme myös sitä, voiko seksuaaliohjaajan sukupuolella olla merkitystä potilaan avoimuuteen ja rohkeuteen puhua seksuaalikysymyksistä? Epäilemme, että moni ihminen aristelee kertoa seksuaaliongelmista tai seksuaalielämästään eri sukupuolta edustavalle hoitotyöntekijälle. Mielestämme on myös mahdollista, että esimerkiksi jotain miestä saattaa hävettää kertoa erektiohäiriöstään toiselle miehelle. Asian voisi mielestämme ottaa melko vaivattomasti esille joko puhumalla tai vaikka kyselylomakkeessa, jossa muutenkin kysellään seksuaaliasioista. Kaavakkeeseen voisi helposti kehittää kohdan, jossa saisi valita keskusteleeko potilas seksuaalikysymyksistä mieluummin mies- vai naispuolisen hoitotyöntekijän kanssa. Käsityksemme mukaan suurin osa seksuaalialan osaajista Keski-Suomen alueella on naisia. Mielestämme miehiä

tulisikin työyksiköissä kannustaa jatkokouluttautumaan seksuaalisuuden eristysosaajiksi.

Mielestämme Croftin ym. (1999, 145 - 146) tutkimuksesta nousi esiin yllättävä tulos, jonka mukaan naisten näkökulmasta aviollisilla ongelmilla on suurempi vaikutus kiihottumiseen, orgasmiin ja estyneeseen nautintoon kuin masennuksella. Luulisimme, että masennuksen ja ihmissuhdeongelmien syy-seuraussuhdetta on kuitenkin vaikea selvittää. Tätä tukee myös Crowen (2004, 312), jonka mukaan huono parisuhde voi olla syy masennukseen tai päinvastoin seuraus masennuksesta.

Montejon (2008, 24) tutkimuksen mukaan masennuksen haitallisin seuraus parisuhteeseen on henkilökohtaisia ihmissuhteita ylläpitävien vuorovaikutustaitojen romahtaminen. Rosenberg (2006, 298) toteaa, että parisuhteessa elävillä mielenterveysongelmat johtavat usein eroon tai ainakin koettelevat parisuhdetta. Crowen (2004, 309) mukaan ammattilaisten tulisi kasvattaa tietämystään mielenterveysongelmien vaikutuksesta parisuhteeseen ja oppia kohtelemaan puolisoa ymmärtäväisesti, sekä huomioida potilaan parisuhteen pysyvyys osana hoitotyötä. Mielestämme kumppanin tulisi antaa osallistua masentuneen hoitoprosessiin aina kun mahdollista. Heti opintojen alusta meille on painotettu perheen huomioimista ja verkostokeskeistä hoitotyötä. Ei pidä unohtaa, että parisuhteessa elävät ovat toistensa perhe. Masentuneen hoitotyö on yleensä keskusteluhoitoa yksilöltä-yksilölle. Pohdimme sitä, kuinka usein potilaille edes tarjotaan mahdollisuutta tuoda kumppani tai muu perheenjäsen tapaamiseen mukaan? Edellä mainittuja tuloksia vahvistaa Östmanin (2008, 362) tutkimus, jonka mukaan molemmat parisuhteen osapuolet kokevat tuen puutetta mielenterveyspalveluissa. Lisäksi he kokevat, että yksilökeskeinen hoito sulkee kumppanin ulos hoitoprosessista.

Koposen ja Lepolan (2006, 307), sekä Rosenbergin (2006, 297 - 298) mukaan mielenterveyshäiriöön sairastuminen saattaa vaikuttaa potilaan minäkuvaan ja itsetuntoon. Mielestämme masennus aiheuttaa usein ulkoisia ja sisäisiä muutoksia potilaan minäkuvassa. Tästä voisi olla esimerkkinä potilaan ulkonäössä tapahtuva muutos lihomisen seurauksena, sekä muutos potilaan käsityksessä omasta ulkonäöstä huonommuuden tunteen seurauksena. Muutoksista saat-



taa seurata eristäytymistä ihmissuhteista, joka mielestämme voi pahentaa masennusta ja huonontaa elämänlaatua.

Usean eri tutkimuksen (Angst 1998, 3; Izquierdo ym. 2001, 10; Jun ym. 2010, 55) pohjalta voidaan todeta, että potilaista 46 - 62 % kokee masennuslääkkeiden aiheuttavan seksuaaliongelmia. Mietimme kuitenkin, aiheuttavatko masennuslääkkeet näin suuresti seksuaaliongelmia, vai johtuvatko ongelmat masennuksesta sairautena ja tulevat ilmi vasta lääkkeiden käytön yhteydessä? Angstin tutkimus (1998, 3) tukee tätä ajatusta, sillä tutkimuksen mukaan ilman lääkitystä hoidetuista masennuspotilaista 63,4 % koki kärsineensä seksuaaliongelmista ja lääkkeillä hoidetuista taas 62,2 %. Tutkimustuloksen mukaan seksuaalihäiriöitä esiintyy siis yhtä paljon huolimatta siitä, hoidetaanko masentunutta potilasta lääkityksellä vai terapialla. Mielestämme tämä Angstin tutkimuksen tulos voisi myös selittyä sillä, että tutkimuksen aineisto on kerätty vuosien 1979 ja 1993 välillä, jolloin SSRI- ja SNRI- lääkkeet eivät vielä olleet käytössä. Kuten Vuola (2003, 261) toteaa, seksuaalisuuden tutkimistyö on keskittynyt biolääketieteeseen, psykologisten tutkimusten kustannuksella. Asiasta tulisi saada lisätutkimuksia, jotta voidaan tehdä luotettava johtopäätös lääkkeiden osuudesta seksuaaliongelmien todellisena aiheuttajana.

Tutkimusten mukaan lääkkeistä eniten seksuaaliongelmia aiheuttavat SSRI- ja SNRI-ryhmien lääkkeet (Seidman 2002, 7; Jun ym. 2010, 55; Izquierdo ym. 2001, 10). Tämä on mielestämme tärkeää ottaa huomioon masennuksen hoidossa, sillä nämä kaksi masennuslääkeryhmää sisältävät Suomessa yleisimmin käytössä olevia masennuslääkkeitä. Pohdimme myös sitä, olisiko nämä lääkkeet mahdollista vaihtaa sellaisiin lääkkeisiin, joilla on todettu olevan vain vähän tai ei lainkaan vaikutusta seksuaalisuuteen. Oletuksena tässä se, että muista masennuslääkeryhmistä löytyisi tehokkaita, tutkittuja ja toimivia lääkkeitä. Lääkemutoksia olisi mielestämme tärkeää harkita erityisesti sellaisilla potilailla, joilla esiintyy seksuaaliongelmia.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että masentuneet kokevat seksuaalisuuden tärkeäksi osaksi elämää. Seksuaaliongelmien ovat masentuneilla yleisiä, ilmenevät monimuotoisesti erilaisina seksuaalitoiminnan häiriöinä, sekä voivat vaikuttaa masentuneen minäkuvaan ja ihmissuhteisiin, yleensä

sä haitallisesti. Seksuaaliohjauksen tarvetta tai toteutumista ei kuitenkaan ole aiemmin tutkittu Suomessa.

## **8.2 Opinnäytetyön pohdinta**

Opinnäytetyötä tehtäessä meitä hämmennytti se, että käyttämissämme lähteissä seksuaaliset toimintahäiriöt oli luokiteltu eri tavoin. Osa häiriöistä sijoitui eri lähteissä eri luokkiin tai ne eivät edes varsinaisesti sisältyneet mihinkään yläluokkaan. Sekavilla lähdemateriaaleilla seksuaalisten toimintahäiriöiden määritelmästä olisi saattanut tulla hyvin sekava, joten sovelsimme ja yhdistelimme eri lähteiden tietoja mahdollisimman selkeäksi kokonaisuudeksi. Käsite seksuaaliohjaus oli myös ongelmallinen, koska se on aivan tuore, eikä siihen tavoittamamme tiedon mukaan löydy määritelmä kuin yhdestä teoksesta. Monissa lähteissä kerrottiin selkeästi seksuaaliohjauksen menetelmien käytöstä, mutta käsitteenä oli kuitenkin seksuaalineuvonta. Seksuaaliohjausta ei ole aiemmin eritelty omaksi osa-alueekseen, mutta seksuaalineuvonnasta kuitenkin puhutaan virheellisesti kaikille hoitotyöntekijöille mahdollisena menetelmänä.

Oletamme, että opinnäytetyöstä on seksuaaliohjauksen näkökulmasta hyötyä niin toimeksiantajalle kuin muillekin masentuneiden parissa työskenteleville, kuten depressiohoitajille. Koska seksuaaliohjaus on tuore käsite, ovat sairaanhoitajat joutuneet antamaan ohjausta seksuaalineuvonnan menetelmiä käyttäen. Mielestämme tällöin on suuri riski toimia seksuaalineuvojan vastualueella ilman tarvittavaa ammattitaitoa ja pätevyyttä. Opinnäytetyön seksuaaliohjausta käsittelevän osuuden pohjana on pääasiallisesti käytetty Ryttyläisen ja Valkaman (2010) teosta Seksuaalisuus hoitotyössä. Se on suorittamamme tiedonhaun mukaan ensimmäinen teos Suomessa, jossa määritellään seksuaaliohjauksen käsite. Toimeksiantaja voi mielestämme hyötyä opinnäytetyöstä, koska se on kattava tietopaketti masennuksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen, sekä seksuaaliongelmien vaikutuksesta masentuneeseen. Opinnäytetyön tiedoista oletamme olevan hyötyä poliklinikan jokapäiväisessä potilastyössä. Kirjallisuuskatsauksessa tulee esille tärkeää tietoa masennuksen vai-

kutuksesta parisuhteen ja minäkuvan kautta potilaan seksuaalisuuteen ja jopa elämänlaatuun.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa, mutta ajoittain raskasta. Yllätyimme kirjallisuuskatsauksen laajuudesta tutkimusmenetelmänä, mutta sitäkin enemmän olemattomasta tiedosta koulutustasoamme vastaavaa kirjallisuuskatsausta koskien. Kirjallisuuskatsaus on mielestämme parhaimmillaan erittäin antoisa ja hyödyllinen tutkimusmenetelmä. Saimme mielestämme koottua opinnäytetyöhön kattavan paketin ajankohtaista ja tutkittua tietoa asetettujen tutkimuskysymyksien pohjalta. Mielestämme ei ole kuitenkaan meidän tehtävämme soveltaa tutkimusmenetelmää vastaamaan koulutustasoa. Edes aiemmin samalla menetelmällä tehdyistä opinnäytetöistä ei tuntunut olevan apua.

Työn kautta opimme paljon parityöskentelystä ja vastuun jakamisesta. Aikataulu tuntui venyvän yhtenä ja ajoittain oli ongelmana saada työ rajattua järkevästi. Opimme valtavasti opinnäytetyön aiheesta ja uskomme siitä olevan paljon hyötyä tulevaisuudessa. Tutkimuksen tekeminen syvensi ammatillista kehittymistämme. Se sai aikaan kiinnostuksen perehtyä seksuaaliohjaukseen ja sen toteuttamiseen hoitotyössä myös tulevaisuuden työpaikoissamme. Työn avulla saimme tavoitellusti ymmärrystä masennuksen monimuotoisuudesta ja ennen kaikkea sen hoidon haastavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteet ammatillisen kehittymisemme näkökulmasta täyttyivät, sillä saimme tietoa siitä, kuinka merkittävä osa seksuaalisuuden huomioiminen on masentuneen kohtaamista. Lisäksi meille selvisi se, kuinka merkittävää haittaa seksuaaliongelmien voivat masentuneelle aiheuttaa, vaikka se olisi potilaan kokonaisvaltaisella huomioimisella ja aidolla välittämällä vältettävissä kohtalaisen helposti. Mielestämme saimme opinnäytetyön avulla selkeät vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

### ***8.3 Jatkotutkimukset ja kehitysehdotukset***

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousi tarve jatkotutkimuksiin. Jatkotutkimuksia voitaisiin tehdä masentuneen seksuaaliohjauksesta, masennuksen vaikutuk-

sesta ihmissuhteisiin ja parisuhteeseen, masentuneen seksuaaliohjauksesta hoitolaitoksessa, masennuksen vaikutuksesta potilaan kumppaniin ja hänen seksuaalisuuteensa, seksuaaliohjauksesta hoitotyössä yleisesti, sekä lisäksi haastattelututkimuksia seksuaaliongelmien esiintymisestä masentuneilla ja seksuaaliohjauksen toteutumisesta. Eri ikäryhmiin kuuluvien masentuneiden seksuaaliongelmista ja -ohjauksesta olisi tärkeää tehdä tutkimuksia, sillä vanhus tai nuori käy läpi hyvin erilaista seksuaalista kehitysvaihetta kuin aikuinen.

Käytetyistä lähteistä löytyi tietoa seksuaaliongelmien hoitamisesta lääkkeillä ja ilman lääkkeitä. Tietoa löytyi myös siitä, mitä hyötyä masennuslääkkeistä voi olla seksuaaliongelmien hoidossa. Näistä aiheista voitaisiin tehdä omat tutkimuksensa, jolloin mielenterveystyötä tekeville saataisiin lisäkeinoja auttaa masentunutta potilasta seksuaaliongelmien käsittelyssä ja hoitamisessa. Tutkimuksista olisi apua myös seksuaalialan ammattilaisille, sillä useita masennuslääkkeitä käytetään seksuaaliongelmien hoidossa.

Suomessa tarvittaisiin oma sovellettu kaavake seksuaaliterveydestä kaikkien perusterveydenhuollon ammattilaisten avuksi. Sen luomiseen voisi käyttää useita ulkomailla käytössä olevia kaavakkeita, mutta suomalaisten seksologian asiantuntijoiden tuskin olisi mahdotonta kehittää omaa lomaketta juuri suomalaisiin tarpeisiin.

Mielenterveyshoitotyön ammattilaisille olisi tärkeää saada jonkinlainen suunta-antava jatkokoulutus seksuaalisuuden huomioimisesta mielenterveyshoitotyössä. Laajempi tutkimus tai yhteenveto mielenterveysongelmaisten seksuaalisuudesta olisi hyödyllinen apuväline työelämään. Kaikilla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta seksuaalineuvojakoulutukseen, mutta hoitajille kuuluvaa seksuaaliohjausta ei perusopinnoissa käsitellä.

Kehitysehdotuksena on myös mahdollistaa seksuaaliohjauksen opetus osaksi hoitotyön peruskoulutusta. Vain muutamissa oppilaitoksissa on mahdollista opiskella ihmisen seksuaalisuudesta, mutta silti seksuaaliohjaus määritellään kuuluvaksi kaikille hoitotyössä työskenteleville.

## LÄHTEET

Agomelatiini on tehokas uutuus masennuksen hoitoon. 2010. Viitattu 15.6.2010. [Http://www.epressi.com](http://www.epressi.com), Terveys.

Ala-Luhtala, R. 2010. Alueellinen seksuaaliterveyden edistämisen toimintamalli – lähtökohtia. Sähköposti 26.4.2010. Vastaanottaja T. Tiainen. Valmistelu Sekster-hankkeen toimintamalliksi.

Angst, J. 1998. Sexual problems in healthy and depressed persons. International Clinical Psychopharmacology 13, 4, 1 - 4. Suppl. 6.

Casteleen, G. 1999. Seksiongelmat mielen eri sairauksissa. Teoksessa Seksuaalisuus ja mielenterveys. Toim. K. Papp. Vantaa: Printway, 13 - 19.

Clayton, A.H. 2001. Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. Journal of Clinical Psychiatry 62, 5 - 9. Suppl. 3.

Croft, P.R., Dunn, K.M. & Hackett, G.I. 1999. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. Journal of Epidemiology & Community Health 53, 144 - 148. Viitattu 16.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Crowe, M. 2004. Couples and mental illness. Sexual and Relationship Therapy 19, 3, 309 - 318. Viitattu 15.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. A. Axelin, K. Johansson, M. Stolt ja R-L. Ääri. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, 84 - 100.

Gutierrez, M.A. & Stimmel, G.L. 2006. Sexual dysfunction and psychotropic medications. The International Journal of Neuropsychiatric Medicine 11, 8, 24 - 30. Suppl. 9. Viitattu 16.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed, MBL Communications Inc.

Heikkinen, M. 2007. Seksuaalihäiriöt. Teoksessa Psykiatria. 5. uud. p. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Duodecim, 396 - 416.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hurme, H. & Hirsjärvi, S. 2009. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus.

Huttunen, M. 2008a. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

- Huttunen, M. 2008b. Seksuaaliset toimintahäiriöt ja lääkkeet. Lääkkeet mielen hoidossa. Viitattu 15.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveyskirjasto.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä ja K. Kaimola. Helsinki: Duodecim, 41 - 59.
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Psykiatria. 5. uud. p. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Duodecim, 157 - 195.
- Isometsä, E. & Melartin, T. 2009. Miksi ihminen masentuu? Teema: Masennus. Duodecim 125, 16, 1771 - 1779.
- Izquierdo, J.A., Llorca, G., Montejo, A.L. & Rico-Villademoros, F. 2001. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish working group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. Journal of Clinical Psychiatry 62, 10 - 21. Suppl. 5. Viitattu 13.5.2010. [Http://sexualidadysaludmental.com/imagenes/recursos/antidepress01.pdf](http://sexualidadysaludmental.com/imagenes/recursos/antidepress01.pdf).
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. A. Axelin, K. Johansson, M. Stolt ja R-L. Ääri. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, 3 - 9.
- Jun, T-Y., Kweon, Y-S., Lee, C.T., Lee, H-K., Lee, K-U., Lee, Y.M. & Nam, J-M. 2010. Antidepressant-induced sexual dysfunction among newer antidepressants in a naturalistic setting. Psychiatry Investig 7, 1, 55 - 59. Viitattu 16.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Kennedy, S.H. & Rizvi, S. 2009. Sexual functioning and quality of life in patients in remission from depression. Medicographia, 31, 2, 146 - 151. Viitattu 17.5.2010. [Http://www.medicographia.com](http://www.medicographia.com), Latest issue.
- Kontula, O. 1999. Seksuaalisuus ja mielenterveys. Teoksessa Seksuaalisuus ja mielenterveys. Toim. K. Papp. Vantaa: Printway, 5 - 12.
- Koponen, H. & Lepola, U. 2003. Seksuaalisten toimintojen häiriintyminen psykiatrisissa sairauksissa. Teema: Seksuaalilääketiede. Duodecim 119, 3, 255 - 259. Viitattu 12.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti, Duodecim-lehti.
- Koponen, H. & Lepola, U. 2006. Mielenterveysongelmat ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä ja K. Kaimola. Helsinki: Duodecim, 305 - 310.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. A. Axelin, K. Johansson, M. Stolt ja R-L. Ääri. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, 2.

- Lemström, U. 2009. Miten terveydenhuolto ja erikoissairaanhoido voivat yhdessä ja erikseen auttaa masennusta sairastavaa ihmistä. Teoksessa Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Toim. K. Hentinen, A. Iija ja E. Mattila. Helsinki: Tammi, 33 - 39.
- Lukkarinen, O. & Tammela, T. 2001. Miehen seksuaalitoimintojen häiriöt. Duodecim 117, 19, 1965 - 1972. Viitattu 13.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti, Duodecim-lehti.
- Montejo, A.L. 2008. Are sexual disorders core symptoms of depression? Madicography 39, 1, 24 - 29. Viitattu 17.5.2010. [Http://www.medicographia.com](http://www.medicographia.com), Past issues.
- Munoz, C. 2009. Better quality remission in depression: Valdoxan, the first melatonergig antidepressant. Medicographia, 31, 2, 175 - 181. Viitattu 17.5.2010. [Http://www.medicographia.com](http://www.medicographia.com), Latest Issue.
- Pekkala, E. 2000. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Toim. H. Leino-Kilmpi, T. Mikkola, A. Peipponen ja P. Voutilainen. Tampere: Tammi, 58 - 68.
- Reynolds, M. & Williams, K. 2006. Sexual Dysfunction in major depression. CNS spectrums the International Journal of Neuropsychiatric Medicine 11, 8, 19 - 23. Suppl. 9. Viitattu 16.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed, MBL Communications Inc.
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä ja K. Kaimola. Helsinki: Duodecim, 281 - 304.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri.
- Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Teema: Seksuaalilääketiede. Duodecim 119, 3, 219 - 227. Viitattu 18.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti, Duodecim-lehti.
- Sandner, C. & Westenberg, H.G.M. 2006. Tolerability and safety of fluvoxamine and other antidepressants. International Journal of Clinical Practice 60, 4, 482 - 491. Viitattu 16.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Seidman, S.N. 2002. Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. Journal Of Clinical Psychiatry 63, 5 - 12. Suppl. 5.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:17. Toimintaohjelma 2007 - 2011. Viitattu 16.6.2010. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), Julkaisut, Selvityksiä -sarja.

Seksuaalioikeuksien julistus. 1999. Viitattu 18.5.2010. [Http://www.sexpo.fi](http://www.sexpo.fi), Ajankohtaista, Seksuaalioikeuksien julistus.

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Teema: Seksuaalilääketiede. Duodecim 119, 3, 261 - 266. Viitattu 13.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti, Duodecim-lehti.

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Teema: Seksuaalilääketiede. Duodecim 119, 3, 261 - 266. Viitattu 13.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti, Duodecim-lehti.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Viitattu 18.5.2010. [Http://www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi), Seksuaalisuus, Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma.

Weizman, A. & Zemishlany, Z. 2008. The impact of mental illness on sexual dysfunction. Advances in Psychosomatic Medicine 29, 89 - 106. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Östman, M. 2008. Severe depression and relationship the effect of mental illness on sexuality. Sexual and Relationship Therapy 23, 4, 355 - 363. Viitattu 15.5.2010. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl.