

POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anu Haapalainen
Mira Halmepuro

NUOREN NAISEN SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALINEN HALUTTOMUUS
Opaslehtinen seksuaalisesta haluttomuudesta itsehoitopisteen materiaaliksi

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2011



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät

Anu Haapalainen, Mira Halmepuro

Nimeke

NUOREN NAISEN SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALINEN HALUTTOMUUS
Opaslehtinen seksuaalisesta haluttomuudesta itsehoitopisteen materiaaliksi

Toimeksiantaja

Joensuun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, opiskeluterveydenhuolto

Tiivistelmä

Seksuaalinen haluttomuus on yleinen seksuaalihäiriö naisilla. Suomalaisista nuorista naisista noin joka kolmas on kokenut seksuaalista haluttomuutta melko usein. Tavallisimmat seksuaalisen haluttomuuden syyt ovat ongelmat parisuhteessa, sairaudet, lääkitys ja nais- tai mieshormonien puute. Syyn selvitys auttaa valitsemaan oikean hoitomuodon haluttomuuden hoitoon. Käytetyimpiä hoitomuotoja ovat psykologiset terapiat ja hormonihoitot. Seksuaalista haluttomuutta voi hoitaa myös itsehoidollisin keinoin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa opiskelijoille tietoa naisen seksuaalisesta haluttomuudesta ja toimia opiskeluterveydenhoitajan apuna seksuaalista haluttomuutta kokevan opiskelijan ohjauksessa. Tavoitteena oli tuottaa opaslehtinen naisen seksuaalisesta haluttomuudesta itsehoitopisteellä asioivien opiskelijoiden ja opiskeluterveydenhuollon käyttöön.

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin keräämällä tietoa luotettavista kirja- ja Internet-lähteistä. Opaslehtinen sisältää tietoa seksuaalisen haluttomuuden yleisyydestä, syistä, hoidosta ja itsehoidosta. Opiskeluterveydenhuollon asiakkaat antoivat palautetta opaslehtisestä. Palautteen antajat pitivät opaslehtistä selkeänä ja helppolukuisena. Valmis opaslehtinen annettiin tulosteverSIONA ja sähköisessä muodossa toimeksiantajan käyttöön.

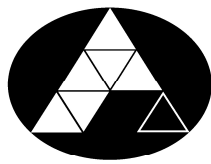
Jatkossa voisi tutkia opaslehtisen hyödynnettävyyttä käytännössä. Lisäksi jatkossa voisi tuottaa naisen seksuaalisesta haluttomuudesta kertovan opaslehtisen, joka olisi suunnattu miehille.

Kieli
suomi

Sivuja 39
Liitteet 4
Liitesivumäärä 7

Asiasanat

seksuaalisuus, seksuaalinen haluttomuus, itsehoito



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
June 2011
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 6600

Authors

Anu Haapalainen, Mira Halmepuro

Title

YOUNG WOMAN'S SEXUALITY AND LOW SEXUAL DESIRE
A Leaflet about Low Sexual Desire for a Self-Care Material.

Commissioned by

City of Joensuu, social and health services, student health care

Abstract

Low sexual desire is a common sexual dysfunction in women. One third of Finnish women have experienced low sexual desire quite often. The most common reasons for low sexual desire are problems in a relationship, diseases, medication and lack of estrogen or androgen. Clarification of the reason helps to choose the right treatment for low sexual desire. The most common treatments are psychological therapies and hormonal treatments. Low sexual desire can be treated also using self-care methods.

The purpose of this thesis was to provide more information about low sexual desire for students. The purpose was also to help public health nurses to advice students with low sexual desire. The target was to produce a leaflet about woman's low sexual desire for students' and public health nurses' use.

This functional thesis was carried out by collecting information from reliable books and Internet sources. The leaflet includes information about prevalence, reasons, treatment and self-care of low sexual desire. The clients and the personnel of student health care gave feedback about the leaflet. The leaflet was viewed as clear and readable. The complete leaflet was given to the employer as a printout version and as an electronic file.

The leaflet's usability in practice could be examined in future. In addition, one could produce a leaflet about woman's low sexual desire for men.

Language

Finnish

Pages 39

Appendices 4

Pages of Appendices 7

Keywords

Sexuality, low sexual desire, self-care

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Seksuaalisuus nuoren naisen elämässä	6
2.1	Naisen seksuaalisuus	6
2.2	Parisuhteen seksuaalisuus	8
2.3	Sinkkunainen ja seksuaalisuus	10
3	Naisen seksuaalinen halu ja haluttomuus	12
3.1	Naisen seksuaalinen halu ja halun muodot	12
3.2	Seksuaalinen haluttomuus	15
3.2.1	Mistä haluttomuus johtuu	17
3.2.2	Diagnosointi ja hoito	21
3.2.3	Itsehoidollinen näkökulma	24
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	28
5	Opinnäytetyön toteutus	28
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	28
5.2	Opaslehtisen suunnittelu	29
5.3	Opaslehtisen toteutus	29
5.4	Opaslehtisen arviointi	30
6	Pohdinta	32
6.1	Opinnäytetyön arviointi	32
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	33
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	34
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	35
	Liitteet	36

Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2	Opaslehtinen
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Opaslehtisen arviointilomake

1 Johdanto

Seksuaalisuus on ihmisen perusominaisuus, joka on läsnä ihmisen koko eliniän. Se on tärkeä voimavara, joka edistää ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. (Kallio & Jussila 2010, 23.) Seksuaalisuus sisältää oman sukupuolen hyväksymisen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit ja seksuaalisen suuntautumisen. Siihen kuuluvat myös erotiikka, halu ja nautinto sekä ihmisen halu kokea hellyyttä, kosketusta ja intiimiyttä. Seksuaalisuus näkyy tietoisesti ja tiedostamatta jokaisen ihmisen käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa. Se myös ohjaa ihmisiä parinvalinnassa ja lisääntymisessä. (Kontula 2008, 15.)

Yleisin seksuaalinen häiriö naisilla on seksuaalisen halun väheneminen eli seksuaalinen haluttomuus. Vuoden 2007 FINSEX-tutkimuksen mukaan seksuaalista haluttomuutta koki melko usein yli 30 % tutkimukseen osallistuneista nuorista naisista. Lisäksi tutkimuksesta kävi ilmi, että seksuaalista haluttomuutta esiintyy naisilla lähes neljä kertaa enemmän kuin miehillä. (Kontula 2008, 62–65.) Seksuaalisen haluttomuuden taustalla voi olla joko yksi tai useampi tekijä. Yksilöön ja ihmissuhteisiin liittyvät syyt, sairaudet ja lääkitys sekä hormonit voivat olla seksuaalisen haluttomuuden aiheuttajia. Naisen seksuaalista haluttomuutta voidaan hoitaa psykologisilla hoitomenetelmillä, hormonihoidolla tai ei-lääkkeellisillä menetelmillä (Virtanen 2002, 158–166). Naisen seksuaalista haluttomuutta voi hoitaa myös itsehoidollisin keinoin. Seksuaalisen haluttomuuden itsehoito koostuu esimerkiksi kumppanin kanssa keskustelusta tai itsehoitokirjallisuudesta. (Huttunen 2010.)

Päätimme tehdä opinnäytetyön jostakin ajankohtaisesta seksuaaliterveyteen liittyvästä aiheesta. Aihevalintaa pohtiessamme huomasimme, että naisen seksuaalinen haluttomuus ja sen hoito herättävät paljon kiinnostusta ja kysymyksiä, mutta siitä ei ole olemassa vielä toistaiseksi paljon tutkittua tietoa. Valitsimme aiheeksemme naisen seksuaalisen haluttomuuden, sillä halusimme tutustua tuohon kiinnostavaan, mutta vielä tänäkin päivänä syyttä vaiettuun ja piiloteltuun aiheeseen.

Rajasimme seksuaaliterveyteen liittyvän aiheen seksuaaliterveyden häiriöihin kuuluvaan seksuaaliseen haluttomuuteen. Käsittelemme opinnäytetyössämme ainoastaan naisen seksuaalista haluttomuutta. Koska opinnäytetyön kohderyhmänä ovat ammattikorkeakouluikäiset naisopiskelijat, käsittelemme naisen seksuaalista haluttomuutta pääosin noin 18–35-vuotiaiden näkökulmasta. Viitekehyksessä käsittelemme naisen seksuaalisuutta sekä seksuaalista halua ja haluttomuutta.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskeluterveydenhuolto (liite 1). Tarkoituksenamme oli tehdä itsehoitopisteen materiaalia ammattikorkeakouluopiskelijoille. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on opaslehtinen (liite 2) valitsemastamme aiheesta. Opaslehtinen on tarkoitettu toimeksiantajan työn tueksi. Opiskeluterveydenhoitaja voi käyttää sitä hyödyksi asiakastapaamisissaan. Lisäksi ammattikorkeakouluopiskelijat voivat tutustua aiheeseen itsenäisesti opiskeluterveydenhuollon itsehoitopisteellä.

2 Seksuaalisuus nuoren naisen elämässä

2.1 Naisen seksuaalisuus

Lapsuuden ja nuoruuden seksuaalinen kehitys luo pohjan naisen seksuaalisuudelle. Lapsuudessa kehittyvät itsetunto, sukupuoli-identiteetti ja kokemus omasta kehosta ohjaavat seksuaalista kasvua (Cacciatore 2007, 24). Murrosiässä seksuaalisuus kehittyy entisestään, kun seksuaalinen minäkuva, itsetunto, ongelmanratkaisukyky ja moraalit kehittyvät. Lisäksi nuori pohtii omaa seksuaalista suuntautumistaan ja seksuaalisia mieltymyksiään. (WHO & BZgA 2010, 24–26.) Myöhäismurrosiässä persoonallisuuden rakenteet, suunnitelmallisuus ja harkintakyky lisääntyvät, mikä mahdollistaa nuoren itsenäistymisen sekä vastavuoroisen ja tasa-arvoisen seurustelusuhteen löytämisen. Kokeilujen kautta nuori etenee ensimmäiseen yhdyntään, kun kokee olevansa henkisesti ja fyysisesti siihen valmis. (Cacciatore 2007, 173–175.) Monet lapsuuden tai nuoruuden tapahtumat voivat vaikuttaa negatiivisesti naisen seksuaalisuuteen ja kykyyn nauttia seksistä. Esimerkiksi lapsen rajojen rikkominen ja lapsuudessa koetut häpeäkokemukset voivat vielä

aikuisiällä olla esteenä oman seksuaalisuuden hyväksymiselle ja seksistä nauttimiselle (Ranta 2008, 30–31).

Raskaudenkeskeytys tai keskenmeno saattaa jättää jälkensä naisen seksuaalisuuteen. Nuoruudessa tehty raskaudenkeskeytys on voinut jäädä käsittelemättä, mikä saattaa aiheuttaa itsesyytöksiä ja muodostaa seksuaalisia estoja. Keskenmenon saanut nainen saattaa pelätä raskaaksi tulemista, eikä halua enää rakastella. Nainen saattaa ajatella, että hän on epäonnistunut naisena. Raskaudenkeskeytyksen tai keskenmenon ja niihin liittyvien tunteiden tunnustaminen ja läpikäyminen vapauttavat kehoa ja mieltä nauttimaan seksuaalisesta kanssakäymisestä. (Ranta 2008, 46–47.) Hedelmättömyys vaikuttaa naisen identiteettiin, minäkuvaan ja seksuaalisuuteen. Nainen joutuu käsittelemään erilaisia vihan, syyllisyyden, pelon ja riittämättömyyden tunteita. Nainen saattaa kokea itsensä puutteelliseksi ja turhaksi, sillä hän kokee epäonnistuneensa naisen tehtävässä synnyttää jälkeläisiä. (Ansamaa 2006, 185–187.) Seksuaalinen nautinto saattaa menettää merkityksensä, jos rakastelun tarkoituksena on pelkästään tulla raskaaksi (Ranta 2008, 47). Avun ja tuen avulla hedelmättömyydestä kärsivä pari voi käydä läpi hedelmättömyyden vaikutusta itseen ja parisuhteeseen. Lisäksi he saavat tietoa hedelmättömyyden hoidosta. (Ansamaa 2006, 189–190.)

Seksuaalisuuden merkitys Suomessa on muuttunut viimeksi kuluneen sadan vuoden aikana. Seksuaalisuudesta puhutaan ja sitä ilmaistaan nykyään vapaammin. Erilaisten ehkäisymenetelmien ansiosta nainen voi nauttia seksistä ilman raskaaksi tulemisen pelkoa. (Kontula 2006, 27–31.) Seksi on naiselle keino ilmentää omaa seksuaalisuuttaan. Se on toimintaa yksin tai muiden kanssa. Seksiä harrastamalla nainen voi miellyttää kumppania, saada itse nautintoa, purkaa seksuaalisia paineita tai hankkia lapsia. Seksiin motivoivia tekijöitä ovat rakkaus, romantiikka, kiihottuminen ja emotionaalinen läheisyys. Seksin osa-alueita ovat muun muassa sukupuolikumppanin valinta, itsetyydytys, esileikki, suuseksi ja yhdyntä. (Kontula 2008, 173–177.) Nainen ei tyydy täyttämään pelkästään miehen toiveita, vaan haluaa myös omien toiveidensa täyttyvän. Jos seksuaaliset toiveet eivät toteudu oman miehen kanssa, nainen saattaa hakea toiveidensa täyttäjää jostain muualta. Tässä vaiheessa nainen saattaa kiinnostua myös biseksuaalisuudesta tai dominoinnista. (Heusala 2001, 161–162.)

2.2 Parisuhteen seksuaalisuus

Kontulan (2009, 10) mukaan parisuhteen määritelmänä voidaan pitää yhdessä asuvaa naista ja miestä, jotka elävät seksuaalista läheisyyttä sisältävässä suhteessa. Parisuhde on pysyvää kumppanuutta ja yhdessä kokemista. Parisuhde on yksi elämän tärkeimmistä ihmissuhteista, johon kuuluvat rakkaus, sitoutuminen ja läheisyys. (Väestöliitto 2011.) Parisuhdemuotoja ovat avioliitto, avoliitto ja erillissuhde (Haavio-Mannila & Kontula 2001, 96). Avioliitolla tarkoitetaan kahta henkilöä, jotka ovat menneet naimisiin. ”Avoliitossa on kyse yksityisestä sitoutumisesta joka on juridista sitoutumista eli avioliittoa helpompi purkaa.” (Kontula 2009, 27.) Avoliittojen suosio onkin lisääntynyt 1990-luvulta lähtien (Haavio-Mannila, Kontula & Kuusi 2001, 9). FINSEX-tutkimuksen mukaan 44,5 prosenttia 20–24-vuotiaista naisista asui avopuolison tai seurustelukumppanin kanssa. Vastaavasti 25–29-vuotiaista naisista avoliitossa oli 42,3 %. (Kontula 2009, 26.) Avioliitto ja avoliitto tarjoavat molemmat toveruutta, seksiä, taloudellista tukea ja turvaa. Avoliitossa on avioliittoon verrattuna enemmän vapautta sekä vähemmän sitoumuksia ja rooli-dotuksia. Nuorille aikuisille erillissuhteet ovat usein avoliiton esiaste. Erillissuhteella tarkoitetaan erillään asuvia, vakituudessa suhteessa eläviä pariskuntia. Erillissuhde tarjoaa fyysistä läheisyyttä, mutta antaa osapuolille myös itsenäisyyttä. (Kontula 2009, 30–31.)

Seksuaalinen aktiivisuus parisuhteessa on kumppaneille keino toteuttaa itseään ja osoittaa omia tunteitaan toiselle. Parisuhteen seksuaalielämä voi lujittaa kumppanien yhteenkuuluvuuden tunnetta ja lisätä koettua onnellisuuden määrää. (Kontula 2009, 85.) Molempia tyydyttävä seksuaalisen aktiivisuuden määrä lisää kumppanien tyytyväisyyttä parisuhteeseen (Kontula 2008, 325). FINSEX-tutkimuksen mukaan hieman yli 70 % naisista piti sukupuolielämänsä ainakin melko tyydyttävänä. Sukupuolielämän tyydyttävyyteen naisilla vaikuttivat yhdyntöjen määrä ja orgasmin kokeminen yhdynnässä. Sukupuolielämänsä olivat tyytyväisimpiä ne naiset, joilla oli runsaammin miellyttäviksi koettuja yhdyntöjä. (Kontula 2008, 322–325.)

Parisuhteen seksuaalielämä vaihtelee elämänvaiheiden mukaisesti. Seksuaalielämä raskauden aikana vähenee yleensä raskauden edetessä. Tähän voivat vaikuttaa odottavan äidin seksuaalisen halukkuuden väheneminen tai sukupuolikumppanin pelko siitä, että yhdyntä vahingoittaisi sikiötä. (Punnonen 2004, 58–59.) Normaalisti etenevän raskau-

den aikana seksin harrastaminen on sallittua ja jopa suotavaa. Yhdyntäasennot tulisi kuitenkin valita odottavan äidin kasvava vatsa huomioiden. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010.) Vanhemmuus muuttaa parisuhteen seksuaalielämää ainakin silloin, kun lapset ovat pieniä. Vanhemmuus vie usein pariskunnan kahdenkeskistä aikaa. Rakastajan ja kumppanin roolit eivät ole tuolloin niin tärkeitä kuin äidin ja isän roolit. Vanhemmuus, työkiireet ja stressi voivat myös tuoda etäisyyttä parisuhteeseen. (Kontula 2009, 81–82.) Parisuhteen ongelmat ja kommunikoinnin vaikeudet näkyvät yleensä pariskunnan seksuaalielämässä. Kumppanien halujen erilaisuus ja seksuaaliongelmien vaikuttavat parin seksuaalielämään. Seksi ja läheisyys voivat muuttua tai loppua jopa kokonaan. (Kallio & Jussila 2010, 16–19.)

Seksuaaliongelmia esiintyy sekä naisilla että miehillä. Miehillä yleisimpiä seksuaaliongelmia ovat erektiohäiriö ja herkkä siemensyöksy. (Kallio & Jussila 2010, 201–202.) FINSEX-tutkimuksessa naisilta kysyttiin, kuinka monen puolisoilla on ollut melko usein erektiovaikeuksia viimeisen vuoden aikana. Tutkimukseen osallistuneista 18–24-vuotiaista naisista kolme prosenttia vastasi, että heidän kumppanillaan on ollut erektiovaikeuksia. Erektiohäiriöt ovat paljolti ikäsidonnaisia, sillä 55–64-vuotiaiden naisten kumppaneilla erektiovaikeuksia oli ollut joka kolmannella. (Kontula 2008, 275–276.) Miehillä erektiohäiriö on usein arka asia, josta on vaikea puhua oman kumppanin kanssa. Mies saattaa kokea erektiohäiriön miehisyysmenetyksenä. Herkkä siemensyöksy tarkoittaa ennen aikaisesta koettua laukeamista. Herkkä siemensyöksy on yleinen ongelma, ja sitä esiintyy noin 20 prosentilla kaikenikäisistä miehistä. (Kallio & Jussila 2010, 201–204.) FINSEX-tutkimuksen mukaan naisista 22 % koki, että heidän kumppaninsa on lauennut liian nopeasti ainakin melko usein viimeisen vuoden aikana. Naisista viisi prosenttia puolestaan koki kumppaninsa laukeyvan liian nopeasti erittäin usein. Herkkä siemensyöksy on yhtä yleistä sekä nuorilla että vanhemmilla miehillä. (Kontula 2008, 316–317.)

Naisilla yleisimmät seksuaalisuuden ongelmat ovat seksuaalinen haluttomuus ja orgasmin puute. Seksuaalinen halu on henkilökohtainen asia, ja haluttomuudesta tulee ongelma vasta sitten, kun nainen kokee sen häiritseväksi. Orgasmin puute ei ole kaikille naisille ongelma. Naiset, jotka eivät tunne kehoaan tai pitävät seksiä suorituksena, kokevat, etteivät saa helposti orgasmia. (Kallio & Jussila 2010, 218–224.) Myös miehen nopea laukeaminen yhdynnässä ja yhdynnän lyhyt ajallinen kesto ovat yleisiä syitä nai-

sen orgasmin puutteeseen (Kontula 2008, 305). Miesten ja naisten seksuaaliongelmien taustalla on usein sekä psyykkisiä että fyysisiä syitä (Kallio & Jussila 2010, 207–224).

2.3 Sinkkunainen ja seksuaalisuus

Sinkku on yleiskielen sana, jota voi käyttää naimaton-sanana asemesta. Nykyään sana sinkku on vakiintunut asiateksteihin käytettäväksi. (Heinonen 2011.) Sinkkunaisella tarkoitetaan naista, jolla ei ole säännöllistä pari- tai seurustelusuhdetta. Sinkkuja on enemmän nuorten naisten keskuudessa kuin keski-ikäisissä naisissa. (Haavio-Mannila & Kontula 2003, 39.) FINSEX-tutkimuksen mukaan 20–24-vuotiaita sinkkunaisia oli 27 % vuonna 2007. Ikäryhmässä 25–29-vuotiaat vastaava luku oli 15,4 %. (Kontula 2009, 26.) Suurimmalla osalla ihmisistä on elämänsä aikana parisuhteita ja avo- tai avioliittoja. Vakiintuminen koetaan yleensä ajankohtaiseksi noin 25–30-vuotiaana. Kolmekymmentvuotiaat tai sitä vanhemmat sinkkunaiset voivat tuntea lievää ahdistusta, jos vakiintuneista parisuhdetta ei vielä tähän ikään mennessä ole solmittu. Aikuisiän saavuttaneella naisella onkin tavallisesti puoliso ja lapsia.

Parisuhteiden lisäksi ihmisen elämään kuuluu myös yksin elämisen kausia. Erotilanteissa ihminen on yleensä hetken yksin ennen kuin on valmis uuteen parisuhteeseen. Toiset ihmiset eivät kaipaa ollenkaan elämäänsä parisuhdetta, vaan nauttivat yksin olosta. (Kontula & Haavio-Mannila 1997, 432–433.) Sinkkunainen voikin valita, haluaako etsiä kumppanin itselleen vai olla yksin. Aina kumppanin löytyminen ei ole itsestään selvää, vaan voi viedä jopa useita vuosia. Toiset ovat haluamattaan yksin, ja toiset viettävät vapaata elämää ilman sitoutumista. (Kontula & Haavio-Mannila 1997, 478.) Sinkkunaisilla on usein tukeva sosiaalinen verkosto ja paljon ystäviä, jotka korvaavat puuttuvan parisuhteen tuoman läheisyyden ja turvan (Rosenberg 2006, 288–304).

Yleisin sinkkuna olemisen syy on se, ettei ihminen ole löytänyt rinnalleen sopivaa kumppania. Sinkkunainen ei välttämättä halua sitoutua ja välttää siten vakituista seurustelua. Aikuisiällä voi olla myös vaikea löytää omiin tarpeisiin sopivaa sukupuolikumppania. Aikaisemmat suhteet ovat voineet jättää kipeitä muistoja, joista on vaikea päästä yli. Useilla avioliitossa olleista naisista voi olla hoidettavanaan pieniä lapsia, jotka rajoittavat äidin uuden suhteen solmimista. (Kontula & Haavio-Mannila 1997, 432–433.)

On olemassa myös naisia, jotka eivät koe tarvitsevansa seksuaalista suhdetta lainkaan. Aseksuaali-ihmisillä ei ole seksuaalista halua eikä heitä kiinnosta seksi (Popp & Björkenheim 2008, 18). Yksinäisyyden takana voi olla myös huono itsetunto ja riittämätön itseluottamus. Tämä vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden solmimista sekä pariutumista. Yksinäisyys on kipeä asia sellaiselle ihmiselle, joka kaipaisi toista ihmistä rinnalleen. (Kontula & Haavio-Mannila 1997, 432–433.)

Sinkkunaisella ei ole välttämättä mahdollisuutta toistuviin sukupuolisuhteisiin toisen ihmisen kanssa. Itsetyydytys on luonteva keino sinkkunaiselle toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan. Itsetyydytys on tervettä seksuaalisuuden ilmentämistä ja kuuluukin monen säännölliseen seksuaalielämään. (Kallio & Jussila 2010, 100–103.) FINSEX-tutkimuksessa kävi ilmi, että 18–24-vuotiaista naisista 65 % oli harjoittanut itsetyydytystä viimeisen kuukauden aikana. Vastaava luku 25–34-vuotiailla naisilla oli 55 % ja 45–54-vuotiailla naisilla 41 %. FINSEX-tutkimuksen mukaan nuoremmat naiset harrasivat itsetyydytystä enemmän kuin keski-ikäiset naiset. (Kontula 2008, 132–133.) Osalle keski-ikäisistä naisista oman kehon tutkiskelu saattaa tuntua vastenmieliseltä ja jopa väärältä. Lapsena saatu kasvatus on voinut lisätä paheksuntaa itsetyydytystä kohtaan. (Kallio & Jussila 2010, 100–103.) Itsetyydytystä kuitenkin suositellaan nykyään oman seksuaalisuuden harjoittelun keinona (Kontula 2008, 125).

Tilapäiset suhteet ovat yleistyneet viimeisinä vuosikymmeninä ja mahdollistavat sinkkunaisen vapaamuotoisemman seksuaalisuuden ilmentämisen. Tilapäisistä suhteista on myös tullut entistä hyväksyttävämpiä kulttuurissamme. Lyhyet tilapäiset suhteet lisäävät ihmisen vapauden tunnetta ja vapautta valita. Tilapäiset suhteet ovat samalla lisänneet ihmisten sukupuolikumppaneiden määrää. (Kontula & Haavio-Mannila 1997, 451–470.) FINSEX-tutkimuksessa selvitettiin sukupuolikumppaneiden kasvua vuodesta 1999 vuoteen 2007. Vuonna 1999 naisten sukupuolikumppanimäärän keskiarvo oli 7,4, ja keskiluku¹ oli 4. Vuoteen 2007 mennessä naisten sukupuolikumppaneiden määrän keskiarvo oli 10,4, ja keskiluku oli 5. Naiset ovatkin hakeutuneet aikaisempaa aktiivisemmin erilaisiin seksuaalisuhteisiin. Miehillä sukupuolikumppaneiden määrät olivat laskeneet vuodesta 1999 vuoteen 2007. Vielä vuonna 1999 miesten sukupuolikumppaneiden keskiarvo oli 16,6, ja keskiluku oli 7. Vuoteen 2007 mennessä sukupuolikumppaneiden keskiarvo oli pudonnut 14,7:ään ja keskiluku oli yhä 7. (Kontula 2008, 148–150.) Etenkin naisten tasa-arvo miehiin nähden on lisännyt vapautta seksuaalisuuden ilmentämi-

¹Keskiluku on tunnusluku, joka kuvaa aineiston keskikohtaa.

sessä. Tilapäisiä suhteita ja erillissuhteita solmitaan sekä vapaiden että varattujen ihmisten kanssa. Erillissuhteissa eläneistä miehistä ja naisista noin 5 % ilmoitti edellisen kumppanin olleen jonkun toisen henkilön vakituinen kumppani. Nuorista 20–24-vuotiaista naisista 20 % oli erillissuhteessa vuonna 2007. Pitkäänkin kestänyt erillissuhde ei enää velvoita suhteen osapuolia muuttamaan yhteiseen asuntoon. Suhde voi kestää, vaikka osapuolet asuvatkin erillisissä asunnoissa. (Kontula 2009, 31–33.)

3 Naisen seksuaalinen halu ja haluttomuus

3.1 Naisen seksuaalinen halu ja halun muodot

Ihmisen seksuaalinen halu eli libido on ihmissuhteiden, biologian ja erilaisten motivaatioiden yhdistelmä (Heusala 2001, 170). Seksuaalinen halu on lähellä käsitettä himo, ja seksuaalisen halun voimakkaampaa muotoa kutsutaan intohimoksi (Kontula 2008, 42). FINSEX-tutkimuksessa selvitettiin, kuinka usein naiset tuntevat seksuaalista halua. Naiset ilmoittivat tuntevansa seksuaalista halua muutaman kerran viikossa. Nuoremmat naiset tunsivat seksuaalista halua enemmän kuin vanhemmat naiset. Naisista 5 % ilmoitti tuntevansa seksuaalista halua useammin kuin kerran päivässä. (Kontula 2008, 56–59.) Seksuaalisen halun tärkein tehtävä on turvata ihmislajin säilyminen. Seksuaalinen halu muodostuu seksuaalisesta motivaatiosta: mielenkiinnosta omaa kehoa ja vastakkaisen sukupuolen kehoa kohtaan. (Kontula 2008, 41–42.)

Seksuaalisen halun syntyyn vaikuttaa aivoissa sijaitseva limbinen järjestelmä, joka on yhteydessä hypotalamukseen. Hypotalamuksen toiminta vaikuttaa myös aivojen seksuaalisten toimintojen säätelyyn. (Sandberg 2010, 25.) Seksuaalinen halu ilmenee toimintana sekä haluna kokea seksuaalista nautintoa. Seksuaaliset mielikuvat, ajatukset, unelmat ja fantasiat kehittyvät seksuaalisen halun kanssa usein yhtä aikaa. (Kontula 2008, 41–42.) Naisilla seksuaaliseen haluun vaikuttavat hormonit, haju-, maku-, tunto-, kuulo- ja näköaisti (Heusala 2001, 170–174). Haluun voivat vaikuttaa myös myönteisesti ja kielteisesti naisen käsitys itsestään ja omasta vartalostaan. Hyvinvointi, itsensä hyväksyminen sekä kumppanin hyväksyntä ovat tekijöitä, jotka edesauttavat seksuaalisen halun syntymistä ja säilymistä. (Ruusuvaara 2006, 198–202.)

Seksuaalista halua voidaan kokea hyvin eri tavoin. Orgasmilla tarkoitetaan syvää seksuaalisen kiihottumisen tilaa, jossa nainen kokee nautintoa fyysisten ja psyykkisten tunteusten kautta. Orgasmi jaetaan Mastersin ja Johnsonin mallin mukaan kiihottumisvaiheeseen, tasannevaiheeseen, orgasmiin ja laukeamiseen. Kiihottumisvaihe sisältää naisen vaginan kostumisen, verenkierron lisääntymisen genitaalialueella sekä häpykielen eli klitoriksen turpoamisen. Tasannevaiheessa naisen emättimen verekkyyys lisääntyy ja emätin kapenee. Orgasmin saaminen edellyttää riittävää seksuaalista kiihottumista, elimistön verekkyyden lisääntymistä ja lihasjännityksen kohoamista. Orgasmi aiheuttaa tunteuksia koko kehossa ja etenkin sukupuolielimissä. Naisen sydämen syke kiihtyy, verenpaine nousee ja hengitystiheys voi nopeutua. Yksi orgasmin tunnusmerkeistä on emättimen supistelu. Tätä ei kuitenkaan esiinny kaikilla orgasmin kokeneilla naisilla. (Masters, Johnson & Kolodny 1994, Heusalan 2001, 52–65 mukaan.) Naisen orgasmi kestää keskimäärin 20–35 sekuntia. Naisilla on kuitenkin miehiä enemmän taipumusta saada moninkertaisia orgasmeja tai orgasmeja, jotka kestävät pitkään. (Kontula 2008, 289.) Laukeamisvaiheessa naisen keho palautuu kiihottumattomaan tilaan muutamien sekuntien kuluessa (Masters ym. 1994, Heusalan 2001, 52–65 mukaan).

Kontulan (2008, 288) mukaan naisen orgasmit jaetaan kolmeen eri tyyppiin: häpyorgasmiin, kohtuorgasmiin ja sekaorgasmiin. Orgasmit luokitellaan sen mukaan, mikä kohta naisen kehosta stimuloituu. Useimmat naiset kokevat orgasmin vaginan tai häpykielen eli klitoriksen stimuloituessa. Myös rintojen, suun ja peräaukon hyväily voivat tuottaa nautintoa naiselle. (Kontula 2008, 288.) Naiset voivat saada orgasmin yhdynnässä tai harrastaessaan itsetyydytystä. FINSEX-tutkimuksen mukaan nuorista ja keskiikäisistä naisista itsetyydytysorgasmin oli kokenut noin 80 % vastaajista. (Kontula 2008, 129–130.) FINSEX-tutkimuksen mukaan naiset kokevat orgasmin yhdynnässä satunnaisemmin kuin miehet. Tutkimuksen mukaan 18–24-vuotiaista naisista 41 % koki orgasmin melkein aina tai useimmiten. Vastaava luku 25–34-vuotiailla naisilla oli 43 %. Iso osa naisista ei koe orgasmia yksittäisissä yhdynnöissä, ja 9 % naisista ilmoitti, ettei ollut koskaan kokenut orgasmia yhdynnässä. (Kontula 2008, 294–297.)

Seksuaalifantasiat ovat yksi seksuaalisen halun muoto, jossa nautintoa saadaan eroottisten mielikuvien, ajatusten ja lukukokemusten kautta. Seksuaalifantasiat voivat olla kokemiamme seksuaalisia asioita, joista haaveilemme. (Heusala 2001, 90–99; Leitenberg & Henning 1995, 469–470.) Usein seksuaalifantasiat eivät täysin vastaa todellisuutta. Nainen on aina tietoisessa tilassa ajatellessaan niitä. Täten unet eivät lukeudu seksuaalifantasioihin. Seksuaalifantasiat ovat hyvä keino lisätä seksuaalisen kiihottumisen tilaa, ja ne voivat auttaa naista orgasmin saamisessa. Fantasiat voivat olla myös tapa muistella koettuja seksuaalisia hetkiä. Seksuaalifantasioita voidaan käyttää seksielämän piristykseenä. Myös itsetyydytyksen apuna fantasiat ovat usein toimivia. Seksuaalifantasioita on hyvin erilaisia naisista riippuen. Kuitenkin yleisimpiä fantasioinnin kohteita ovat yhdyntä oman kumppanin tai ystävän kanssa, yhdyntä vieraan ihmisen kanssa, ryhmäseksi, yhdyntä, johon liittyy voimankäyttöä ja halu tulla vietellyksi. (Heusala 2001, 90–99.)

Naisen seksuaalisen halun kokemiseen vaikuttavat suurelta osin sukupuolihormonit. Sukupuolihormonit erittyvät sukupuolirauhasista. Estrogeenit eli naishormonit ja progesteroni eli keltarauhashormoni muodostuvat naisen munasarjoissa. Naisilla muodostuu myös androgeeneja eli mieshormoneita lisämunuaisten kuorikerroksessa. Mieshormoneista testosteronia erittyy naisella munasarjoista. Aivolisäkkeen etulohkosta erittyvät gonadotropiinit säätelevät sukupuolihormoneiden muodostumista ja erittymistä. (Saure 2002, 29; Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2008, 416.) Hedelmällisessä iässä olevilla naisilla on kuukautiskierron alussa todettu lisääntyntä seksuaalista halukkuutta estrogeenien vaikutuksesta. Seksuaalinen halu taas vähenee kuukautiskierron lopussa progesteronin lisääntyessä. Testosteronin vaikutus seksuaaliseen haluun on merkittävä. Naisilla, joilla on korkeampi veren testosteronipitoisuus, on usein enemmän seksuaalista halua. Seksuaaliseen haluun vaikuttavat sukupuolihormonien lisäksi myös aivojen välittäjäaineet: dopamiini, oksitosiini, serotoniini ja noradrenaliini. (Punnonen 2004, 56–58.) Osa välittäjäaineista, kuten dopamiini ja oksitosiini, lisäävät seksuaalista halua, mutta esimerkiksi serotoniini ja prolaktiini vaikuttavat seksuaalista halua alentavasti (Grönqvist 2010).

3.2 Seksuaalinen haluttomuus

WHO luokittelee seksuaalisen haluttomuuden ei-elimellisiin sukupuolisiin toimintahäiriöihin. Määritelmän mukaan primaarista seksuaalisesta haluttomuudesta on kyse silloin, kun ”seksuaalinen haluttomuus on ensisijainen ongelma, joka ei johdu muista seksuaalisista häiriöistä, kuten erektiohäiriöstä tai yhdyntäkivuista.” Seksuaalisesta haluttomuudesta käytetään myös nimitystä hypoaktiivinen halukkuuden häiriö. (World Health Organization 2007.)

Primaarisesta eli ensisijaisesta seksuaalisesta haluttomuudesta on kyse silloin, kun haluttomuutta esiintyy jatkuvasti koko seksuaalisen elämänkaaren ajan murrosiästä vanhuuteen. Sekundaarisesta eli toissijaisesta haluttomuudesta puolestaan on kyse silloin, kun haluttomuus johtuu jostakin muusta tekijästä, kuten sairaudesta tai lääkityksestä. Halun häiriö voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen, ilmetä satunnaisina yksittäistapauksina, olla kohteesta riippuvainen tai tulla esiin kaikissa seksuaalisissa tilanteissa. Yleistynyt seksuaalinen haluttomuus vaikuttaa kaikkiin seksuaalisuuden osa-alueisiin ja voi pitkittyessään muuttua sukupuoliseksi vastenmielisyydeksi. (Virtanen 2002, 153.) Seksuaalinen haluttomuus on ongelma vain silloin, kun henkilö itse kokee haluttomuuden ongelmaksi. Parisuhteessa haluttomuus on ongelmallista silloin, kun se tulkitaan rakkauden puuttumiseksi tai loppumiseksi. (Väisälä 2006, 245.)

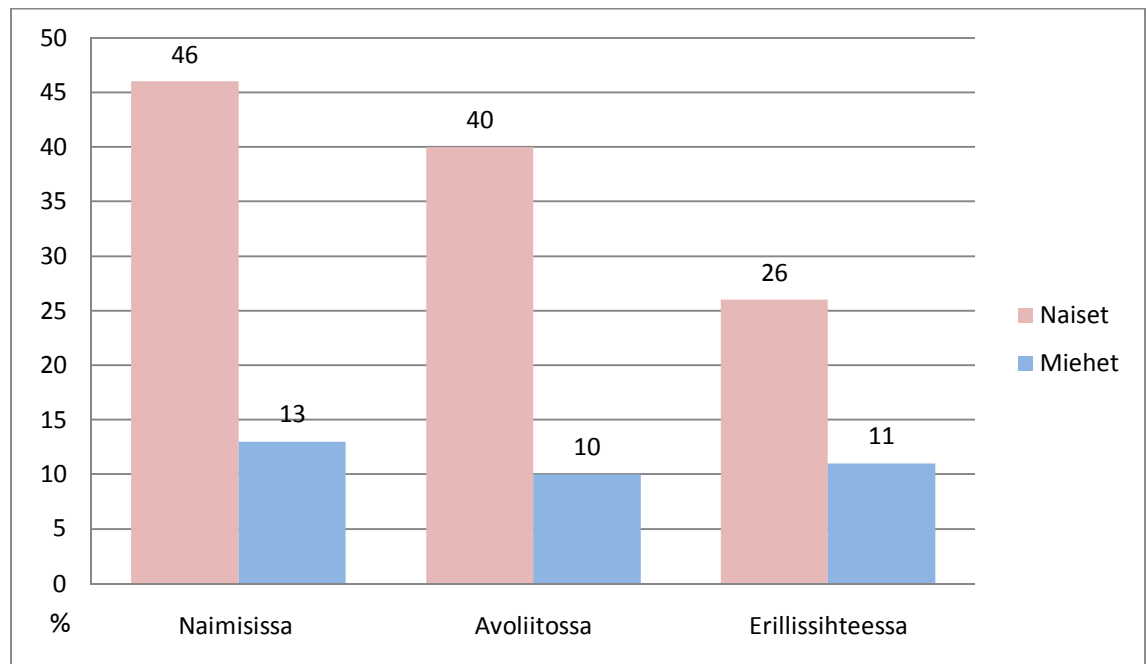
Seksuaalinen haluttomuus on yleinen seksuaalinen häiriö naisilla, sillä 30–40 % naisista kärsii seksuaalisesta haluttomuudesta ainakin melko usein. Laumann, Paik ja Rosen (1999, 538) tutkivat seksuaalisten toimintahäiriöiden esiintymistä Yhdysvalloissa. Tutkimukseen osallistui 1 749 naista ja 1 410 miestä, jotka olivat iältään 18–59-vuotiaita. Seksuaalista haluttomuutta esiintyi noin joka kolmannella yhdysvaltalaisella naisella. Myös laaja englantilainen tutkimus nosti seksuaalisen haluttomuuden yhdeksi naisten yleisimmistä seksuaalisista häiriöistä yhdessä yhdynnän aikaisen orgasmivaikeuden kanssa. Tähän englantilaiseen tutkimukseen osallistui 1 065 naista ja 447 miestä. (Nazareth, Boynton & King 2003, 426.)

Vuoden 2007 FINSEX-tutkimuksen mukaan seksuaalista haluttomuutta esiintyy niin nuorilla aikuisilla kuin ikääntyvilläkin. Tutkimukseen osallistuneista naisista 41 % kertoi kärsineensä seksuaalisesta haluttomuudesta viimeisimmän vuoden aikana ainakin

melko usein. Nuorista ja keski-ikäisistä naisista reilu kolmasosa ilmoitti kärsivänsä melko usein seksuaalisesta haluttomuudesta. Kypsän iän naisilla vastaava osuus oli jo 50 %. Seksuaalisen halun puute on FINSEX-tutkimusten mukaan lisääntynyt vuodesta 1992 vuoteen 2007. (Kontula 2008, 62.)

FINSEX-tutkimuksen mukaan seksuaalinen haluttomuus oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Seksuaalista haluttomuutta esiintyi naisilla lähes neljä kertaa enemmän kuin miehillä. Tutkimuksesta kävi ilmi myös, että miehet eivät olleet täysin tietoisia kumppaninsa haluttomuudesta, sillä miehet ilmoittivat kumppaninsa haluttomuudesta huomattavasti harvemmin kuin naiset raportoivat omasta haluttomuudestaan. Tutkimuksen mukaan naimisissa olevat naiset kärsivät seksuaalisesta haluttomuudesta enemmän kuin muussa vakituksessa parisuhteessa elävät. Miehillä vastaavaa huomattavaa eroa ei ollut nähtävissä. (Kontula 2008, 62–64.) Seuraavassa kuviossa käyvät ilmi naisten ja miesten seksuaalisen haluttomuuden esiintyvyyserot eri parisuhdemuodoissa vuonna 2007.

Kuvio 1. Seksuaalisen halun puutetta melko usein kokeneiden naisten ja miesten osuus eri parisuhdemuodoissa vuonna 2007. (Mukaiillen Kontula 2008, 64–65)



3.2.1 Mistä haluttomuus johtuu?

Seksuaalisen haluttomuuden syiden ymmärtämisen edellytyksenä on seksuaalisen halun mekanismien tunteminen. Sukupuolivietti ja sen ohjaamat seksuaaliset tunteet, reaktiovasteet ja käyttäytyminen muodostavat monimutkaisen prosessin, joka koostuu elimellisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. (Virtanen 2002, 155.)

Sukupuolihormonit vaikuttavat naisen seksuaaliseen haluun. Mieshormonit eli androgeenit vaikuttavat todennäköisesti naisen sukupuoliseen halukkuuteen eli libidoon. Testosteroni ja sen johdokset lisäävät yhdyntähakuista viettikäyttäytymistä, ja niiden puute tai vähäisyys saattaa vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen. (Virtanen 2002, 158.) Androgeenien vaikutusta naisen seksuaaliseen haluun ja haluttomuuteen ei kuitenkaan ole pystytty todistamaan. Androgeenilääkityksellä voi kuitenkin olla seksuaalista aktiivisuutta ja halukkuutta parantava vaikutus niille naisille, joilla on jokin fysiologinen syy androgeenien vähyyteen. Tällaisia syitä ovat muun muassa munasarjojen poisto ja lisämunuaisien vajaatoiminta. (Väisälä 2006, 248.)

Myös naishormoneilla, estrogeenilla ja progesteronilla, on vaikutusta naisen seksuaaliseen haluun ja haluttomuuteen. Naishormonit voivat olla joko sisäsyntyisiä tai ulkosyntyisiä. Sisäsyntyiset hormonit ovat mukana naisen normaalissa kuukautiskierrossa. Ulkosyntyisiä hormoneja nainen saa esimerkiksi ehkäisyyn tai hormonikorvaushoidon yhteydessä. Naishormoneja sisältävä ehkäisyvalmiste saattaa aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. (Virtanen 2002, 158–159.) Italialaisen tutkimuksen mukaan myös prolaktiinin liikaeritys saattaa aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta (Corona, Petrone, Mannucci, Ricca, Balercia, Giommi, Forti & Maggi 2005, 49). Muut hormonaaliset syyt aiheuttavat seksuaalista haluttomuutta harvoin (Väisälä 2006, 248).

Seksuaalisen haluttomuuden taustalla voi olla eri syistä johtuvia parisuhdeongelmia, joita ei ole pystytty ratkaisemaan. Kumppanien keskinäinen valtataistelu tai negatiiviset tunteet kumppania kohtaan voivat aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. Haluttomuus voi johtua myös seksuaalitapojen urautumisesta tai tyydytystä tuottamattomasta seksistä. Lisäksi läheisyys- ja sitoutumisongelmat, seksuaalisen viestinnän ongelmat sekä syyllisyys ja häpeä voivat aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. Haluttomuus voi olla myös terve reaktio puolison hyväksikäyttöön tai väkivaltaan. Se voi olla myös osa parisuhteen normaaleja kasvukipuja. Elämän liiallinen kiireisyys, väsymys, päihteiden

käyttö ja stressi töissä tai kotona ovat tavanomaisia syitä naisen seksuaaliselle haluttomuudelle. (Väisälä 2006, 246.) Lisäksi naisen seksuaalista haluttomuutta esiintyy usein raskauden lopulla ja synnytyksen jälkeen (Piha 2008).

Seksuaalinen haluttomuus lisääntyy iän mukana. Usean tutkimusten mukaan seksuaalinen haluttomuus on tavallisempaa keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla naisilla, kuin nuorilla naisilla (Laumann ym. 1999, 540; West, D'Aloisio, Agans, Kalsbeek, Borisov & Thorp 2008, 1446; Graziottin 2007, 211). Tutkimuksen mukaan vajaa kolmannes premenopausaalisista¹ naisista kärsi halun puutteesta tai sen vähäisyydestä. Vastaavasti menopausaalisista² ja postmenopausaalisista³ naisista yli puolet ilmoitti seksuaalisen halun puutteesta tai sen vähäisyydestä. (West ym. 2008, 1446.) Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan 11–24 % alle 45-vuotiaista naisista kärsi seksuaalisen halun vähäisyydestä. Vastaavat luvut 46–60-vuotiailla olivat 27–41 % ja 61–70-vuotiailla 47–81 %. (Graziottin 2007, 211.)

Yksi masennuksen somaattisista oireista on seksuaalinen haluttomuus. Tutkimusten mukaan seksuaalisen halun vähenemistä esiintyy yli puolella masennusta sairastavista naisista. (McIntyre, Kennedy, Bagdy & Bakish 2002, 235–239; Casper, Redmond, Katz, Schaffer, Davis & Kioslow 1985, 1099.) Kendurkar ja Kaur (2008, 299–305) tutkivat seksuaalisten häiriöiden yleisyyttä ihmisillä, jotka sairastavat masennusta, pakko-oirehäiriötä tai yleistynyttä ahdistushäiriötä. Tutkimus osoitti, että näitä sairauksia sairastavilla naisilla esiintyi terveisiin verrattuna enemmän seksuaalisia häiriöitä. Tutkimukseen osallistuneista masennusta sairastavista naisista lähes 70 % ilmoitti kärsivänsä seksuaalisen halun vähäisyydestä. Vastaavat luvut pakko-oirehäiriötä ja yleistynyttä ahdistushäiriötä sairastavilla naisilla olivat noin 23 % ja noin 39 %. Tutkimukseen osallistuneista terveistä naisista vain 10 % ilmoitti seksuaalisen halun vähäisyydestä.

Monet lääkkeet voivat aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. Tällaisia lääkkeitä ovat muun muassa prolaktiinipitoisuutta suurentavat lääkkeet, opiaatit ja eräät verenpainelääkkeet, jos niitä käytetään isoina annoksina (Hovatta 2006, 138). Tutkimusten mukaan myös psyykenlääkkeet vaikuttavat seksuaalisuuteen (Lee, Lee, Nam, Lee, Kweon, Lee & Jun 2010, 57; Rothschild 1995, 154; Montejo, Llorca, Izquierdo & Rico-Villademoros 2001, 13). Lee ym. (2010, 57) tutkivat antidepressanttien eli masennuslääkkeiden vaikutusta seksuaalisten häiriöiden yleisyyteen. Tutkimukseen osallistui 101

¹Ennen kuukautisten loppumista ²Kuukautisten loppumisesta alle 12 kuukautta

³Kuukautisten loppumisesta yli 12 kuukautta

masennusta sairastavaa ihmistä, jotka olivat käyttäneet jotakin antidepressanttia vähintään yhden kuukauden ajan. Lähes puolella tutkimukseen osallistuneista oli jokin seksuaalinen häiriö. Käytetyllä lääkkeellä oli vaikutusta seksuaalisen häiriöiden yleisyyteen (Lee ym. 2010, 57; Kennedy, Fulton, Bagby, Greene, Cohen & Tafi-Tari 2006, 236; Montejo ym. 2001, 13). Espanjalaisen tutkimuksen mukaan yleisin seksuaalisia häiriöitä aiheuttava masennuksen hoidossa käytettävä lääkeaine oli sitalopraami¹. Tutkimuksen mukaan noin 62 % tutkimukseen osallistuneista sitalopraamin käyttäjistä kärsi seksuaalisen halun vähenemisestä. (Montejo ym. 2001, 13.) Rotschild (1995, 1514) tutki SSRI-lääkkeiden eli selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien vaikutusta seksuaalisten häiriöiden yleisyyteen ihmisillä, jotka sairastavat masennusta. SSRI-lääkkeitä käytetään masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimuksen mukaan joidenkin SSRI-lääkkeiden väliaikainen keskeyttäminen vähensi seksuaalisia häiriöitä. Esimerkiksi puolet sertraliinia² tai paroksetiinia³ käyttäneistä ihmisistä koki seksuaalisen halun lisääntyneen lääkkeen väliaikaisen keskeytyksen aikana.

Tutkimusten mukaan diabetesta sairastavilla naisilla on lisääntynyt todennäköisyys kärsiä seksuaalisesta haluttomuudesta. Abdon, Oliveiran, Moreiran & Fittipaldin (2004, 164) tekemän tutkimuksen mukaan seksuaalista haluttomuutta esiintyi diabetesta sairastavilla naisilla yli kaksi kertaa enemmän kuin naisilla, joilla ei ollut diabetesta. Tyypin 1 diabetesta sairastavista naisista yli kolmannes ilmoitti kärsivänsä jostakin seksuaalisesta häiriöstä. Yleisin seksuaalinen häiriö näillä naisilla oli seksuaalisen halun vähäisyys. (Enzlin, Rosen, Wiegel, Brown, Wessells, Catcomb, Rutledge, Chan, Cleary 2009, 783; Abu Ali, Al Hajeri, Khader, Shegem & Ajlouni 2008, 1580–1581.) Tyypin 2 diabetesta sairastavista premenopausaalisista naisista 41 % ilmoitti kärsivänsä jostakin seksuaalisesta häiriöstä. Yleisimmät seksuaaliset häiriöt näillä naisilla olivat seksuaalisen nautinnon vähäisyys, kiihottumishäiriö ja seksuaalinen haluttomuus. (Esposito, Maiorino, Bellastella, Giugliano, Romano & Giugliano 2010, 179–184.) Diabetekseen liittyvä metabolinen oireyhtymä saattaa myös olla haluttomuuden syynä. Tutkimuksen mukaan metabolista oireyhtymää sairastavat premenopausaaliset naiset kokivat seksuaalisen halun puutetta huomattavasti enemmän kuin naiset, joilla ei ollut metabolista oireyhtymää (Ponholzer, Temml, Rauchenwald, Marszalek ja Madersbacher 2008, 100).

¹Sitalopraamin kaupp nimi on Citalopram ²Setraliinin kaupp nimi on Setraline

³Paroksetiinin kaupp nimi on Paroxetine

Seksuaalista haluttomuutta voi esiintyä naisilla, joilla on ollut rintasyöpä. Barni ja Mondin (1997, 150) tutkivat seksuaalihäiriöiden yleisyyttä potilailla, joilla oli ollut rintasyöpä. Tutkimukseen osallistuneista naisista 64 % koki seksuaalisen halun puutetta, ja lähes puolet naisista ilmoitti seksuaalisen halukkuuden vähenneen. Myös rintasyövän hoidolla voi olla vaikutus seksuaalisuuteen. Tutkimuksen mukaan naiset, jotka olivat käyneet kemoterapiahoidoissa, ilmoittivat kolme kertaa todennäköisemmin seksuaalisen halun vähäisyydestä kuin naiset, joiden hoidossa ei ollut käytetty kemoterapiaa. (Young-McCaughan 1996, 308.)

Syömishäiriöillä voi olla vaikutusta naisen seksuaalisuuteen. Tutkimuksen mukaan noin 67 % naisista, joilla oli syömishäiriö, kärsi seksuaalisen halun vähenemisestä. Anoreksiaa sairastavat naiset ilmoittivat todennäköisemmin seksuaalisen halun vähenemisestä kuin naiset, joilla oli bulimia tai määrittelemätön syömishäiriö. (Pinheiro, Raney, Thornton, Fichter, Berrettini, Goldman, Halmi, Kaplan, Strober, Treasure, Woodside, Kaye & Bulik 2010, 123.) Myös ympärileikkauksella on vaikutusta naisen seksuaalielämään. Egyptiläisen tutkimuksen mukaan ympärileikatuilla naisilla esiintyi seksuaalista haluttomuutta enemmän kuin ympärileikkaamattomilla naisilla. Ympärileikatut naiset tunsivat myös useammin kipua, kuivuutta ja orgasmivaikeuksia yhdynnän aikana. (El-Defrawi, Lofty, Dandash, Refaat & Eyada 2001, 465.) Seksuaaliseen haluttomuuteen liittyviä syitä on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Seksuaalisen haluttomuuden syitä. (Mukaillen Väisälä 2006, 246; Virtanen 2002, 159–161; Hovatta 2006, 138)

Yksilöön liittyvät syyt	Sairaudet ja lääkitys
<ul style="list-style-type: none"> • stressi, väsymys • päihteiden käyttö • synnytyksen jälkitila • kielteiset asenteet ja epäluuloisuus seksuaalisuutta kohtaan • syyllisyys ja häpeä • käsittelemätön seksuaalinen hyväksikäyttö • insesti • seksuaalinen suuntautuminen eri kuin parisuhteessa (homoseksuaalisuus) • huono itsetunto • ympärileikkaus 	<ul style="list-style-type: none"> • masennus • diabetes • metabolinen oireyhtymä • rintasyöpä, aivolisäkkeen kasvain • tahaton lapsettomuus • syömishäiriö • toiminnalliset seksuaaliongelmät (kipu, orgasmivaikeudet) • ehkäisyvalmisteet (harvoin) • psyykenlääkkeet • opiaatit • eräät verenpainelääkkeet isoina annoksina
Ihmisuhteisiin liittyvät syyt	Hormonit
<ul style="list-style-type: none"> • parisuhdeongelmät • seksuaalinen yhteensopimattomuus • tunteiden ristiriitaisuus • seksuaalisen viestinnän ongelmat • urautuminen seksuaalitalvoissa • huono, tyydytystä tuottamaton seksi • läheisyys ja sitoutumisongelmät • henkinen ja fyysinen väkivalta 	<ul style="list-style-type: none"> • testosteronin vähyys • estrogeenin vähyys • hyperprolaktinemia eli prolaktiinin liikaeritys

Hypoaktiiviseen haluttomuuden häiriöön liittyvän seksuaalisen aversion eli vastenmielisyyden taustalla voi olla huonoja seksuaalisia kokemuksia, seksuaalista hyväksikäyttöä tai insestiä (Väisälä 2006, 249).

3.2.2 Diagnosointi ja hoito

Seksuaalisen haluttomuuden diagnostiikka vaatii aikaa ja ammattitaitoa. Hoidon kulmakivenä on perusteellisesti tehty anamneesi eli esitiedot. Anamneesissa selvitetään, onko asiakkaalla koskaan ollut seksuaalista halukkuutta. Jos asiakas on ollut seksuaalisesti halukas, mutta halukkuus on vähentynyt, pyritään tilapäisen haluttomuuden aiheuttaja selvittämään. Samalla selvitetään myös halua ja kiihottumista aiheuttavat asiat ja rohkaistaan asiakasta kyseisten fantasioiden tai kiihotusta lisäävien hyväilyjen ja seksitapojen käyttöön. Anamneesissa selvitetään myös, esiintyykö haluttomuutta vain joissain

tietyissä tilanteissa, esimerkiksi seksuaalisessa kanssakäymisessä tietyn kumppanin kanssa. Lisäksi selvitetään, onko seksuaalisen haluttomuuden taustalla jokin toiminnallinen seksuaalihäiriö. (Väisälä 2006, 246.) Diagnostiikan perusteet voidaan jakaa viiteen kohtaan: anamneesi, fyysiset tutkimukset, laboratoriotutkimukset, erikoistutkimukset (radiologia, tähystys) ja syysuhteiden määrittely. Seksuaalisen haluttomuuden diagnoosi voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon lähete on tarpeen silloin, kun haluttomuuden taustalla epäillään olevan gynekologisia tai psykiatrisia tekijöitä. (Virtanen 2002, 162.)

Seksuaalisen haluttomuuden hoito on spesifistä tai epäspesifistä. Spesifistä hoitoa käytetään silloin, kun hoito kohdistetaan haluttomuuden tunnettuun aiheuttajaan. Epäspesifistä hoitoa käytetään silloin, kun hoito kohdistetaan oireeseen eli haluttomuuteen. Epäspesifisessä hoidossa haluttomuuden aiheuttajaa ei tunneta. Jos kyse on sekundaarisesta haluttomuudesta, kuten yhdyntäkivuista, hoito kohdistetaan siihen. (Virtanen 2002, 165.)

Naisen seksuaalisen haluttomuuden hoidossa voidaan käyttää psykologisia hoitomenetelmiä. Psykologisia hoitomenetelmiä ovat seksuaalineuvonta ja -terapia, ratkaisukeskeinen lyhytterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, psykodynaamiset terapiat, suggestiiviset terapiat, hypnoosi, pariterapia sekä systeemiset ja integroidut terapiat. Näiden hoitojen tarkoitus on vaikuttaa seksuaaliseen haluttomuuteen vaikuttaviin tekijöihin, jotka liittyvät yksilöön itseensä tai hänen ihmissuhteisiinsa. (Virtanen 2002, 165–166.) Seksuaalineuvontaa tai -terapiaa suositellaan silloin, kun seksuaalisen haluttomuuden taustalla on toiminnallinen seksuaalihäiriö tai tyydytystä tuottamattomat seksuaalitavat. Seksuaaliterapiaa suositellaan myös silloin, kun pari on yhdessä motivoitunut hoitoon. Parisuhdeterapia puolestaan on paras vaihtoehto silloin, kun seksuaalinen haluttomuus johtuu parisuhdeongelmista. (Väisälä 2006, 246–248.)

Naisen seksuaalista haluttomuutta voidaan hoitaa myös lääkkeellisillä tai ei-lääkkeellisillä menetelmillä. Hormonihoitoa annetaan yleensä vain menopausaalisille tai postmenopausaalisille naisille, joiden hoidolle ei ole vasta-aiheita. Hormonihoidossa käytetään estrogeeneja tai androgeeneja. Käytetyt estrogeenihoidot ovat peroraaliset estrogeenivalmisteet, estrogeenigeelit, estrogeenilaastarit, paikallinen estriolivoide tai –puikko ja sekventiaalinen estrogeeni-progestiinivalmiste. Androgeenihoidot puolestaan

ovat testosteronivalmisteet ja peroraalinen eli suun kautta nautittava tiboloni, joka on synteettinen steroidi. Hormonihoito kohdistuu ensisijaisesti sekundaarisen haluttomuuden aiheuttajaan, jolloin seksuaalisen halun paraneminen on useimmiten toissijaista. (Virtanen 2002, 165–166.) Lääkitys voidaan tarkistaa ja vaihtaa tarpeen mukaan. Ei-lääkkeellisiä menetelmiä seksuaalisen haluttomuuden hoidossa ovat erilaiset neuvontapalvelut, joita tarjoavat esimerkiksi seurakunnat, organisaatiot ja yhdistykset (Virtanen 2002, 167). Ei-lääkkeellinen menetelmä on myös muutoksen tekeminen partnerien väliin seksuaalikäyttäytymiseen. Ympäristön, esileikin tai rakastelutekniikan muuttaminen, oikea ajoitus, erotiikka ja seksuaaliset fantasiat voivat parantaa seksuaalista halua (Brassil & Keller 2002, 242).

Seksuaalista aversiota hoidetaan seksuaaliterapiassa, yksilöterapiassa tai pariterapiassa. Ahdistavista seksuaalisista traumoista kertominen voi viedä jopa vuosia. Jos aversion taustalla on jokin seksuaalinen trauma, se on läpikäytävä ensin psykoterapiassa ennen seksuaalisen haluttomuuden hoidon aloittamista. (Väisälä 2006, 249.)

Seksuaalisen haluttomuuden hoidosta ja hoitoon hakeutumisesta on tehty erilaisia tutkimuksia. Maserejian, Parish, Shifren, Huang, Gerstenberger ja Rosen (2010, 2004–2006) tutkivat terveydenhuollon palvelujen käyttöä yhdysvaltalaisilla naisilla, joilla oli diagnosoitu hypoaktiivinen halukkuuden häiriö. Tutkimus osoittaa, että yli puolet häiriötä sairastavista naisista ei ollut hakenut apua viralliselta terveydenhuollon taholta. Niistä naisista, jotka hakivat apua viralliselta terveydenhuollon taholta, noin 2/3 ilmoitti saaneensa jonkin hoitokeinon ongelmaansa. Tutkimuksessa esille tulleet hoitokeinot olivat reseptilääkkeet, ammatillinen neuvonta, käsikauppalääkkeet ja muut hoidot. Yleisimmät hoitokeinot olivat liukastusaineet tai kiihotusvoiteet, hormonilääkitys ja henkilökohtainen ammatillinen neuvonta. Yli puolet naisista ilmoitti, että ensimmäinen terveydenhuollon taho, jolle he kertoivat ongelmastaan, oli gynekologi. Noin joka kolmas hoitoon hakeutunut nainen kertoi hakeneensa apua ongelmaansa yhteisöltä tai nimettömistä lähteistä ennen viralliseen hoitoon hakeutumista. Ensisijaisesti apua oli haettu keskustelemalla partnerin kanssa tai etsimällä tietoa Internetistä.

Tutkimuksissa esitettiin myös syitä, joiden vuoksi naiset hakivat tai eivät hakeneet apua seksuaaliseen haluttomuuteensa. Yleisin syy, miksi naiset eivät hakeneet apua ongelmaansa, oli käsitys siitä, että ongelma menee ohi itsestään tai on vain väliaikainen (61

%). Lähes puolet naisista ajatteli, että ongelma on luonnollinen osa vanhenemista tai pitkäaikaista suhdetta. Tutkimukseen osallistuneista naisista 45 % ei mieltänyt ongelmaa lääketieteelliseksi tilaksi, 44 % naisista kertoi syyn olevan henkilökohtainen ja 42 % häpeili puhua ongelmastaan. Lisäksi yli kolmas osa naisista ei ollut varma, mistä apua voi hakea. Tärkein syy, jonka vuoksi naiset hakivat apua, oli halu tuntea itsensä normaaliksi seksuaalisen halun suhteen (70 %). Noin 2/3 naisista kertoi hakeneensa apua ongelmaansa siksi, että seksuaalisen halun väheneminen häiritsi häntä itseään tai hänen partneriaan. Tutkimukseen osallistuneista naisista 45 % puolestaan haki apua siksi, että he tunsivat naiseuden tai seksuaalisen itsetunnon laskeneen seksuaalisen haluttomuuden myötä. (Maserejian ym. 2010, 2004–2006.)

Iranissa tutkittiin, kuinka moni seksuaalisesta toimintahäiriöstä kärsivistä naisista haki apua ongelmaansa. Tutkimukseen osallistui 1 540 naista, joista lähes puolella oli jokin seksuaalinen toimintahäiriö. Kuitenkin vain joka kymmenes oli hakenut apua ongelmaansa lääkäriltä. Tähän oli tutkimuksen mukaan monta syytä. Yli puolet kyselyyn osallistuneista häpeili puhua seksuaalisista ongelmistaan, joka viidennellä ei ollut tarpeeksi tietoa palvelujen tarjoajista tai he eivät uskoneet hoitomenetelmiin, joka neljäs ei kokenut tarvetta hakea apua ongelmaansa, sillä puoliso oli tyytyväinen parin seksuaalielämään tai puoliso ei antanut lupaa hakea apua, noin 4 % tutkimukseen osallistuneista pelkäsi paljastaa salattua ongelmaansa ja noin 4 % koki taloudellisen tilanteensa olevan liian huono avun hakemiseen. (Bagherzadeh, Zahmatkeshan, Gharibi, Akaberian, Mirzaei, Kamali, Pouladi, Yazdanpanah, Jamand, Yazdankhahfard & Khoramroudi 2010, 42.)

3.2.3 Itsehoidollinen näkökulma

Itsehoito on tarkoituksenmukaista hoitoa, jonka toteutuksesta ihminen päättää itse. Se on luonteeltaan inhimillistä, harkittua ja tavoitteellista toimintaa, joka perustuu ympäristöstä omaksuttuihin tietoihin, tottumuksiin ja arvoihin. Itsehoito on menetelmä tai keino terveyden ylläpitämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Se on myös jo todettujen sairauksien hoitoa. (Raatikainen 1986, 180.) Itsehoito mahdollistaa ja sallii ihmisille vastuun ottamisen omasta terveydestä silloin, kun siihen on tilaisuus. Itsehoitoon liittyy myös ihmisen toive saada päättää enemmän omasta elämästään. Jokaisella ihmisellä on itse-

hoitotarpeita, ja jokainen aikuinen on oman itsehoitonsa paras toteuttaja ja samalla itsehoitotarpeidensa tyydyttävä. (Pearson & Vaughan 1994, 77–79.) Itsehoitokykyyn vaikuttaa tietomäärän lisääntyminen sekä ongelmanratkaisu- ja arviointikyvyn kehittyminen. Tällöin ihminen todennäköisesti motivoituu hoitamaan itseään ja huolehtimaan terveydestään entistä paremmin. (Raatikainen 1986, 274.)

Ihminen voi asettaa itsehoidolleen yksilöllisiä tavoitteita ja valita ne hoitomuodot, joiden avulla hän ajattelee tavoitteet saavuttavansa. Hän voi asettaa lyhyen tai pitkän aikavälin tavoitteita, ja arvioida, tarvitseeko hän tavoitteiden saavuttamiseksi muiden apua. Tavoitteiden asettamisen tarkoituksena on muutos nykyisestä terveydentilasta johonkin toivotumpaan tilaan. Ihminen voi arvioida itsehoitoaan esimerkiksi pohtimalla, missä määrin hän on saavuttanut asettamansa tavoitteet, onko hoito vaikuttanut ja onko tavoitteiksi asetettuja muutoksia tapahtunut. (Raatikainen 1986, 73.)

Ihmisellä itsellään on keskeinen tehtävä ja vastuu omasta itsehoidostaan, mutta tarvittaessa hän saa apua lähiyhteisöltä tai erilaisista terveyst- ja sosiaalipalveluista (Raatikainen 1986, 262). Seuraava kuvio esittää ihmisen keskeistä tehtävää ja vastuuta omassa hoidossaan sekä itsehoidon kytkeytymistä lähiyhteisön antamaan apuun, yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja erilaisiin sosiaali- ja terveystpalveluihin.

Kuvio 2. Ihmisen vastuu omasta hoidosta ja itsehoidon kytkennät muuhun tarvittaessa saatavaan apuun. (Mukaiillen Raatikainen 1986, 262)



Itsehoitopiste on kaikille avoin ja maksuton palvelupiste, josta saa tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. Itsehoitopisteellä olevien mittausvälineiden, itsearviointitestien, itsehoitokansioiden ja mukaan otettavien esitteiden avulla ihmisillä on mahdollisuus itseenäiseen oman terveydentilan arviointiin ja seurantaan. Itsehoitopisteen tarkoituksena on tehostaa terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Sen tavoitteena on kannustaa ihmisiä itsehoitoon ja ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Pohjois-Karjalassa toimi 55 itsehoitopistettä vuonna 2008. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008.)

Seksuaalisen haluttomuuden itsehoidossa tärkeää on kumppanin kanssa keskustelu. Jos seksuaalisen halun vähäisyys on ongelma itselle tai aiheuttaa ongelmia parisuhteessa, asiasta kannattaa aina puhua kumppanin kanssa (Huttunen 2010). FINSEX-tutkimuksen mukaan sekä oman että kumppanin haluttomuusongelma oli vahvasti yhteydessä siihen, kuinka helppoa tai vaikeaa sukupuoliasioista keskustelu kumppanin kanssa oli ollut. Noin 40 prosenttia seksuaalisesta haluttomuudesta kärsivistä naisista piti seksuaaliasi-

oista puhumista vaikeana tai vaivaannuttavana. Avoimena ja helppona seksistä keskustelua pitäneiden osuus pieneni 44 prosentista 17 prosenttiin silloin, kun kumppanilla oli ongelmia halun kanssa. Seksuaalisesta haluttomuudesta keskustelu olisi lievittänyt haluttomuusongelmia. (Kontula 2008, 67.) Seksuaalisen halun säilymisen kannalta on tärkeää, että nainen ei osallistu seksuaaliseen kanssakäymiseen vastoin omaa tahtoaan. Seksuaalisesta kanssakäymisestä kieltäytyminen ja seksiä haluamattoman partnerin tahdon kunnioittaminen ovat olennaisia tekijöitä seksuaalisen halun säilymisessä tai sen uudelleen löytämisessä. Hyvää seksuaalista suhdetta ei voi mitata yhdyntöjen määrällä tai tiheydellä. (Huttunen 2010.)

Seksuaalisen halun säilymisessä ja uudelleen löytämisessä auttavat kumppanien väliset pienet kosketukset, lähellä olo ja helliminen. Arvostava, kiinnostunut, välittävä ja läsnä oleva jakaminen on läheisyyden perusta. Olennaista on, että pari uskaltaa olla lähekkäin ilman, että se välittömästi merkitsee seksin tai yhdynnän alkamista. Paine vähenee, kun pari on yhdessä sopinut, että kosketukset ja syleilyt eivät sillä kertaa johda seksiin. (Kallio & Jussila 2010, 252.) FINSEX-tutkimuksen mukaan 54 % seksuaalisesta haluttomuudesta kärsivistä naisista koki läheisyyden ja koskettelun parisuhteessaan liian vähäiseksi. Vastaava osuus naisilla, joilla ei ollut seksuaalista haluttomuutta, oli 18 %. (Kontula 2008, 67.)

Nainen voi löytää apua seksuaaliseen haluttomuuteen halupäiväkirjan, itsehoitokirjallisuuden tai elämäntapamuutosten avulla. Halupäiväkirjaan nainen voi kirjoittaa ylös muun muassa, mitkä asiat vaikuttavat hänen haluunsa, kuinka usein hän tuntee halua tai haluttomuutta ja mihin halu kohdistuu. Näin nainen saa tärkeää tietoa omasta halustaan ja sen muutoksista. (Kallio & Jussila 2010, 253.) Tänä päivänä on olemassa paljon kirjallisuutta, josta nainen voi löytää vastauksia seksuaalista haluttomuutta koskeviin kysymyksiinsä (Huttunen 2010). Elämäntapojen muuttaminen, kuten päihteiden ja stressitekijöiden välttäminen, unen laadun parantaminen ja painonhallinta, voi vaikuttaa positiivisesti seksuaaliseen haluun (Piha 2008).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa ammattikorkeakouluopiskelijoille tietoa naisen seksuaalisesta haluttomuudesta ja sen hoidosta. Työn tarkoituksena on toimia myös opiskeluterveydenhoitajan apuna seksuaalista haluttomuutta kokevan opiskelijan ohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä, kuvitettu ja kiinnostusta herättävä opaslehtinen naisen seksuaalisesta haluttomuudesta itsehoitopisteellä asioivien opiskelijoiden ja opiskeluterveydenhuollon käyttöön.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toteutimme opinnäytetyön toiminnallisena opinnäytetyönä. Ammattikorkeakoulun toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Tärkeää on yhdistää käytännön toteutus ja raportointi käyttäen hyväksi tutkimusviestinnän keinoja. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön tarkoitettu kirjallinen tuotos tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti sisältää tietoperustan, opinnäytetyön prosessin kuvaamisen, tulokset ja johtopäätökset sekä oman arvion prosessista, tuotoksesta ja omasta oppimisesta. (Vilka & Airaksinen 2004, 9, 65.)

Hyvä opinnäytetyön aihe löytyy koulutusohjelman opinnoista. Lisäksi se syventää omia tietoja ja taitoja jostakin itseä kiinnostavasta aiheesta ja luo uusia työelämän yhteyksiä. Työelämästä saadun toimeksiannon avulla voi näyttää laajempaa osaamistaan ja oppia lisää vastuuntuntoa ja projektihallintaa. Lisäksi se tukee ja ohjaa ammatillista kasvua. Opinnäytetyön aiheen valinnassa on tärkeää aiheen rajaus, jotta opintopisteisiin sidottu opinnäytetyö ei laajene liian mittavaksi. (Vilka & Airaksinen 2004, 16–18.)

Valitsimme opinnäytetyön aiheen valmiiden toimeksiantojen joukosta toukokuussa 2010 pidetyssä opinnäytetyöinfossa. Valitsimme aiheeksemme ”Itsehoitopisteen materiaalia nuorille”. Opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistaa opasvihkonen aiheesta, jonka saimme valita oman kiinnostuksemme mukaan. Elokuussa 2010 keskustelimme toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön aikataulusta. Tapaamisessa sovimme, että opinnäytetyö aloitetaan vasta keväällä 2011, sillä olimme kummatkin lähdössä harjoitteluvaihtoon Kreikkaan koko syyslukukaudeksi. Harjoitteluvaihdon aikana mietimme opinnäytetyömme aiheita. Halusimme valita aiheen, joka on ajankohtainen, kiinnostava ja seksuaaliterveyteen liittyvä. Kiinnostuimme aiheesta naisen seksuaalinen haluttomuus. Rajasimme aiheen käsittelemään vain nuorten aikuisten naisten seksuaalista haluttomuutta, jotta opinnäytetyöstä ei tulisi liian laaja. Tammikuussa 2011 käsitelimme opinnäytetyön aihe suunnitelman pienryhmätapaamisessa. Tämän jälkeen aloimme kerätä opinnäytetyön tietoperustaa tutustumalla aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja teoksiin.

5.2 Opaslehtisen suunnittelu

Tietoperustan karttuessa aloimme koota opaslehtistä sen pohjalta. Aluksi pohdimme, mitä naisen seksuaaliseen haluttomuuteen liittyviä asioita meidän olisi hyvä käsitellä opaslehtisessä. Otimme yhteyttä kolmeen alueella toimivaan seksuaaliterapeuttiin, sillä halusimme kuulla heidän mielipiteensä opaslehtisen tulevasta sisällöstä. Seksuaaliterapeuteilla on käytännön kokemusta seksuaalisesta haluttomuudesta kärsivien naisten hoidamisesta, joten heidän mielipiteillään olisi ollut suuri merkitys opaslehtisen sisällön suhteen. Emme kuitenkaan saaneet seksuaaliterapeuttien mielipidettä opaslehtisen sisällöstä. Ohjaajiemme ehdotuksesta aloimme koota alustavan opaslehtisen sisältöä ilman ammattilaisen mielipidettä.

5.3 Opaslehtisen toteutus

Aloimme kirjoittaa opaslehtisen sisältöä huhtikuussa 2011. Halusimme tuoda opaslehtisessä esille haluttomuuden yleisyyden, syyt, hoidon ja itsehoidon. Ajattelimme, että näistä asioista seksuaalisesta haluttomuudesta kärsivä nainen saattaisi olla kiinnostunut.

Lisäsimme opaslehtiseen kaavion seksuaalisen haluttomuuden syistä havainnollistamaan seksuaaliseen haluttomuuteen vaikuttavien tekijöiden runsautta. Koska opaslehtinen tulee itsehoitopisteen materiaaliksi, kerroimme opasvihkosessa myös naisen seksuaalisen haluttomuuden itsehoidosta. Lisäksi kokosimme kirjallisuuslähteitä opaslehtisen takasivulle.

Opaslehden tekstiä kirjoittaessamme huomioimme opaslehtisen lukijan tuottamalla sujuvaa ja helposti ymmärrettävää tekstiä. Pyrimme käyttämään kaikille tuttuja käsitteitä ja välttämään vaikeasti ymmärrettävää ammattikieltä. Tekstin lisäksi mietimme sopivaa kirjasinkokoa ja -tyyppiä. Valitsimme kirjasinkooksi 10. Palautteen perusteella muutimme kirjasinkoon myöhemmin kokoon 12. Tällöin opaslehtisen teksti oli helposti luettavissa, ja teksti asettui sivuille hyvin. Kirjasintyypiksi valitsimme Times New Romanin. Opaslehtinen suunniteltiin alusta alkaen kokoon A5, joka on yleinen esite- ja opaslehtisten koko. Sivuja opaslehtiseen tuli 8. Parkkusen, Vertion ja Koskinen-Ollonqvistin (2001, 20) mukaan terveysaineiston tunnelma vaikuttaa siihen, miten vastaanottaja reagoi aineistoon. Tunnelma voi olla joko ahdistava tai miellyttävä. Halusimme tuottaa mielenkiintoisen ja huomiota herättävän opaslehtisen, jonka ulkoasu ja sisältö miellyttävät kohderyhmää. Kuvituksella pyrimme lisäämään lukijan kiinnostusta opaslehtistä kohtaan. Aiheeseen sopiva kuvitus myös keventää muuten tekstipainotteista opaslehtistä.

Opaslehtisen sisällön valmistuttua aloimme suunnitella opaslehtisen ulkoasua. Valitsimme opaslehtisen väriksi lämpimän oranssin, sillä koimme värin aiheeseen sopivaksi. Suunnittelimme opaslehtisen ulkonäön sekä tekstin ja kuvien asettelun. Kun opaslehtisen ulkoasu oli valmis, otimme yhteyttä Heidi Haapalaiseen, jonka kanssa toteutimme opaslehtisen taiton. Opaslehtisen kuvituksessa käytimme Anu Piironen piirtämiä nais-hahmoja. Opaslehtisen nimeksi valitsimme ”Entä kun ei haluta? Nuori nainen ja seksuaalinen haluttomuus”.

5.4 Opaslehtisen arviointi

Opaslehtisestä on hyvä kerätä palautetta kohderyhmältä, jotta arviointi ei jää subjektiiviseksi. Palaute tukee työn kokonaisarviota. Rakentavia kommentteja voi pyytää opas-

lehtisen käytettävyydestä, toimivuudesta, visuaalisesta ilmeestä ja luettavuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 157.) Opaslehtisen ensimmäisen tulosteversion valmistuttua pyysimme kohderyhmään kuuluvia ammattikorkeakouluopiskelijoita arvioimaan opaslehtistä. Arviointia varten laadimme saatekirjeen (liite 3) ja arviointilomakkeen (liite 4), joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Opaslehtisen arviointi toteutettiin opiskeluterveydenhuollon vastaanotolla, jossa vastaanotolla vieraileet opiskelijat saivat tutustua opaslehtiseen ja antaa siitä palautetta. Saimme palautetta viideltätoista opiskelijalta. Opiskelijoiden lisäksi pyysimme palautetta myös seksuaaliterapeutilta ja opiskeluterveydenhoitajilta. Saimme toimeksiantajamme palautteen lisäksi arvion Pohjois-Karjalan ammattiopistossa työskentelevältä terveydenhoitajalta. Seksuaaliterapeutin arviota emme saaneet. Pyysimme arviota opaslehtisestä myös ulkopuolisilta henkilöiltä, kuten perheenjäseniltämme. Palautteen perusteella teimme opaslehtiseen muutoksia.

Palautteen antajat arvioivat opaslehtisen sisältöä. Opaslehtisen sisältö koettiin riittäväksi ja tarkoitustaan vastaavaksi. Sisällöllisesti opaslehtisestä löytyivät kaikki olennaiset asiat. Etenkin itsehoito-osio sai arvioijilta positiivista palautetta. Lisäksi opaslehtistä oli helppo lukea ja ymmärtää. Vierasperäisiä käsitteitä pidettiin kuitenkin vaikeasti ymmärrettävinä. Palautteen perusteella muutimme vierasperäiset käsitteet helpommin ymmärrettävään muotoon. Arvioijista suurin osa piti opaslehtistä mielenkiintoisena, selkeänä ja hyödyllisenä.

Opaslehtisen tekstin kirjasinkoon, kirjasintyylin ja asettelun sopivuudesta saimme paljon korjausehdotuksia. Palautteen pohjalta totesimme opaslehtisen kirjasinkoon olevan liian pieni. Melkein jokainen arvioija toivoi kirjasinkokoa suuremmaksi. Palautteen perusteella muutimme kirjasinkoon koosta 10 kokoon 12. Yhdessä palautelomakkeessa kirjasintyyliä arvioitiin tietokirjamaiseksi ja tekstin asettelun olisi toivottu olevan virikkeellisempi. Kirjasintyyliä emme kuitenkaan lähteneet muuttamaan, sillä opaslehtinen oli kaikissa palautteissa todettu selkeäksi ja helppolukuiseksi. Tekstin asettelua paransimme tasaamalla tekstin sekä oikeaan että vasempaan reunaan ja muuttamalla kirjasinkokoa suuremmaksi.

Opaslehtisen ulkoasuun ja kokoon arvioijat olivat pääosin tyytyväisiä. Suurin osa arvioijista piti opaslehtisen kuvitusta aiheeseen sopivana. Opaslehtisen kokoa pidettiin hyvänä ja toimivana. Muutamassa palautteessa olisi toivottu opaslehtiseen lisää väriä ja kuvia. Tästä huolimatta säilytimme opaslehtisen ulkoasun, kuvituksen ja värimaailman alkuperäisinä, sillä suurin osa ulkoasua koskevista palautteista oli positiivisia.

Opaslehtisen palautteen perusteella voimme päätellä, että saavutimme opinnäytetyöllemme asetetun tarkoituksen ja tavoitteen. Opinnäytetyön kohderyhmän eli ammattikorkeakouluopiskelijoiden mukaan opaslehtinen oli toimiva ja kiinnostava kokonaisuus. Opaslehtisen koettiin olevan hyödyllinen erityisesti niille opiskelijoille, jotka kärsivät seksuaalisesta haluttomuudesta. Lisäksi terveydenhoitajat kokivat opaslehtisen hyödylliseksi omassa työssään. He voivat käyttää opaslehtistä hyväksi antaessaan ohjausta ja neuvontaa seksuaalisesta haluttomuudesta kärsiville opiskelijoille.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena on osata yhdistää käytäntöön perustuva ammattiosaaminen ja teoreettinen tieto siten, että tiedosta on hyötyä alan ihmisille. Opinnäytetyö on osa ammatillista kasvua, johon sisältyy ajanhallinnan, kokonaisuuksien, yhteistyön sekä kirjallisen ja suullisen ilmaisun harjoittelu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 159–160.)

Mielenkiintoisen aiheen vuoksi sitoutuminen opinnäytetyön tekemiseen oli helppoa. Opinnäytetyön aihe antoi meille myös haasteita, sillä naisen seksuaalisesta haluttomuudesta on olemassa vähän suomenkielisiä tutkimuksia. Englanninkielen taito kehittyi opinnäytetyön etenemisen myötä, sillä suuri osa käyttämistämme naisen seksuaalista haluttomuutta käsittelevistä tutkimuksista oli englanninkielisiä. Myös tiedonhaun osaaaminen kehittyi, sillä etsimme tietoa erilaisista kirja- ja Internet-lähteistä. Lisäksi organisoitaittomme kehittyi koko opinnäytetyöprosessin ajan, mikä näkyi työn sujuvana etenemisenä. Tiivis aikataulu vaikutti osaltaan opinnäytetyöhön sitoutumiseen ja työn nopeaan etenemiseen. Meille kummallekin oli tärkeää, että opinnäytetyö valmistuu

ajoissa. Emme kuitenkaan halunneet tehdä huolimattomaa jälkeä, vaan pyrimme parhaaseen tulokseen tiiviistä aikataulusta huolimatta.

Yhteistyö ja tehtävien jako sujui hyvin. Kumpikin osallistui opinnäytetyön tekemiseen saman verran, vaikka olemme tehneet opinnäytetyötä välillä itsenäisesti ja välillä yhdessä. Olemme jakaneet opinnäytetyön tekemisen osiin ja sopineet, milloin mikäkin opinnäytetyön osa tulee olla ohjaajille esitettävissä muodossa. Olemme onnistuneet hyvin asettamiemme väliaikavoitteiden saavuttamisessa. Olemme vaihtaneet mielipiteitä opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa ja päättäneet yhdessä opinnäytetyötä koskevista tärkeistä asioista.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutustuimme aihetta käsittelevään lähdemateriaaliin laajasti ja pyrimme käyttämään eri lähteitä monipuolisesti. Käytettyjen lähteiden tulisi olla alkuperäisiä ja tuoreita. Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme löytämään alkuperäiset lähteet ja vältämme sekundaarilähteiden käyttöä. Kiinnitimme huomiota myös Internet-lähteiden valintaan ja käytimme vain luotettavien ja tunnettujen yhteisöjen julkaisuja. Pyrimme siihen, että käyttämämme lähteet ovat tuoreita ja ajantasaisia. Käytimme vanhempia lähteitä vain, jos uudempaa tutkimusmateriaalia ei ollut saatavilla. Suhtauduimme kaikkiin käyttämiimme lähteisiin kriittisesti. Pohdimme muun muassa lähdeaineiston kirjoittajan luotettavuutta. Jos lähdemateriaaleissa toistuu useasti sama kirjoittaja, hän on todennäköisesti arvostettu ja tunnettu alallaan. Tällainen kirjoittaja on esimerkiksi Osmo Kontula, joka on julkaissut paljon seksuaalisuuteen liittyvää materiaalia. Hän on ollut toteuttamassa seksuaali-aiheista FINSEX-tutkimusta, jota hyödynsimme paljon opinnäytetyössämme. FINSEX-tutkimuksen lisäksi käytimme opinnäytetyömme lähteinä paljon englanninkielisiä tutkimuksia. Pyrimme siihen, että englanninkielisen tekstin suomentaminen ei muuta alkuperäisen tekstin tarkoitusta. Pyrimme esittelemään opinnäytetyössämme vain sellaisia tutkimuksia, joiden tulokset vastaavat samasta aiheesta tehtyjen muiden tutkimusten tuloksia. Näin varmistimme, että käyttämämme tutkimustulokset ovat luotettavia.

Kun teoriaosuus oli valmis, pyysimme toimeksiantajaa arvioimaan sitä. Opinnäytetyötä kannattaa luetuttaa myös ulkopuolisilla lukijoilla työn eri vaiheissa. Ulkopuolinen lukija voi antaa palautetta muun muassa kirjoitetun tekstin merkityksellisyydestä, kokonaisuudesta ja kieliastasusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 49.) Pyysimme ulkopuolisia henkilöitä, kuten opiskelijoita, arvioimaan opinnäytetyön teoriaosuuden sisältöä.

Opaslehtisen luotettavuutta lisäsi saamamme kattava palaute kohderyhmältä eli ammattikorkeakouluopiskelijoilta. Opaslehtisen luotettavuutta olisi lisännyt, jos olisimme saaneet seksuaaliterapeuttien mielipiteen opaslehtisen sisällöstä ja ulkonäöstä. Heillä olisi ollut tietoa muun muassa siitä, milloin seksuaaliseen haluttomuuteen haetaan apua, mitkä ovat yleisimmät vastaanotolla esille tulevat kysymykset ja miten seksuaalista haluttomuutta hoidetaan. Saamamme tiedon avulla olisimme voineet tuoda opaslehtisessä esille asioita, joista on hyötyä itsehoitopisteessä asioiville asiakkaille. Opaslehtisen luotettavuutta olisi lisännyt, jos olisimme haastatelleet seksuaaliterapeutin vastaanotolla käyviä asiakkaita ja olisimme kuulleet heidän henkilökohtaisen mielipiteensä opaslehtisen suunnitteluvaiheessa. Tämä olisi kuitenkin ollut haastavaa aiheen arkaluontoisuuden vuoksi.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Työskentelimme huolellisesti ja tarkasti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Noudatimme Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun antamia opinnäytetyöohjeita. Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan (2002, 3) mukaan opinnäytetyössä käytetyn lähteen kirjoittajaa ja hänen työtään tulee kunnioittaa ja arvostaa. Pyrimme siihen, että lähdeluettelo ja tekstissä käytetyt viittaukset ovat oikeellisia. Hirsjärvi ym. (2009, 26) toteavat, että hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa plagioinnin, vilpin ja lukijan harhaanjohtamisen välttäminen. Pyrimme rehellisyyteen opinnäytetyön kaikissa vaiheissa, emmekä plagioineet toisen kirjoittamaa tekstiä. Jos lainasimme suoraan toisen kirjoittamaa tekstiä, käytimme tarvittavia lainausmerkkejä tai sisennyksiä ja merkkasimme tekstiviitteen näkyviin. Vältimme tulosten yleistämistä muun muassa kertomalla tutkimuksiin osallistuneiden henkilöiden määrän ja heidän asuinmaansa. Vältimme lukijoiden harhaanjohtamista esittämällä opinnäytetyössä käytetyt tutkimustulokset sellaisina, kuin ne alkuperäisissä tutkimuksissa esiintyivät.

Pyrimme siihen, että opaslehtisen teksti on ymmärrettävää ja selkeää, eivätkä sen sisältämät kuvat tai teksti loukkaa ketään. Tähän tavoitteeseen pääsimme pyytämällä kohde-ryhmän edustajilta arviointia opaslehtisen sisällöstä ja ulkoasusta. Opaslehtisen arviointi tapahtui nimettömänä, eikä vastaajien henkilöllisyys tullut ilmi missään vaiheessa. Palautteen antaminen oli vapaaehtoista. Hävitimme saamamme arviointilomakkeet opinnäytetyön valmistuttua. Opaslehtisessä käytettävät kuvat tehtiin opaslehtistä varten, ja kuvittajan nimi tuli esille sekä opinnäytetyössä että opaslehtisessä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tuotimme opaslehtisen naisen seksuaalisesta haluttomuudesta opiskeluterveydenhuollon käyttöön terveydenhoitajan ohjauksen tueksi. Myöhemmin voisi selvittää opaslehtisen hyödynnettävyyttä käytännössä. Kuinka moni opiskelija on tutustunut itsehoitopisteellä tarjolla olevaan opaslehtiseen? Onko opaslehtisestä ollut hyötyä itsehoitopisteellä vastaanotolla vieraileville asiakkaille? Onko opaslehtisestä konkreettista apua? Myöhemmin opaslehtistä voisi päivittää vastaamaan asiakkaiden tarvetta. Onko terveydenhoitaja pystynyt hyödyntämään opaslehtistä omassa työssään? Jatkossa voisi myös kehittää nuorten aikuisten tietämystä seksuaalisesta haluttomuudesta esimerkiksi esitelmän avulla.

Tietoperustaa kerätessämme huomasimme, miten vähän naisen seksuaalista haluttomuutta on tutkittu Suomessa. Jatkossa naisen seksuaalista haluttomuutta voisi tutkia kvalitatiivisella tai kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Myös miesten tietämystä naisen seksuaalisesta haluttomuudesta voisi lisätä. Jatkossa voisi tuottaa naisen seksuaalisesta haluttomuudesta kertovan opaslehtisen, joka olisi suunnattu miehille. Miesten seksuaalisesta haluttomuudesta on olemassa vähän tutkittua tietoa. Jatkossa miesten seksuaalisesta haluttomuudesta voisi tehdä tutkimuksellisen tai toiminnallisen opinnäytetyön. Myös itsehoidosta ja itsehoitopisteistä on olemassa hyvin vähän ajankohtaista tutkittua tietoa. Jatkossa voisi kehittää niin terveydenhuollon työntekijöiden kuin asiakkaidenkin tietämystä itsehoidosta ja itsehoitopisteiden käytöstä.

Lähteet

- Abdo, C., Oliveira, W., Moreira, E. & Fittipaldi, J. 2004 Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research* 16 (2), 160–166.
- Abu Ali, R., Hajeri, R., Khader, Y., Shegem, N & Ajlouni, K. 2008. Sexual dysfunction in Jordanian Diabetic Women. *Diabetes Care* 31 (8), 1580–1581.
- Ansamaa, O. 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Apter, D. Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 185–190.
- Bagherzadeh, R., Zahmatkeshan, N., Gharibi, T., Akaberian, S., Mirzaei, K., Kamali, F., Pouladi, S., Yazdanpanah, S., Jamand, T., Yazdankhahfard, M. & Khoramroudi, R. 2010. Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Related Factors for Under Treatment in Bushehrian Women of Iran. *Sexuality and Disability* 28 (1), 39–49.
- Barni, S. & Mondin, R. 1997 Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology* 8 (2), 149–153.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Tietoa potilaalle: Raskaus ja seksi. Teoksessa Hannuksela, M., Huttunen, M., Jalanko, H., Lumio, J., Mustajoki, P., Saarelma, O. & Tiitinen, A. (toim.) *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.ncp.fi:8080/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99212&p_haku=seksuaalinen%20halu. 23.3.2011
- Bjälje, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O. V. & Toverud, K. C. *Ihminen fysiologia ja anatomia*. Suom. Meditrans Oy. Helsinki: WSOY.
- Brassil, D. & Keller, M. 2002. Female Sexual Dysfunction: Definitions, Causes, and Treatment. *Urologic Nursing* 22 (4), 237–284.
- Cacciatore, R. 2007. *Huomenna pannaan pussauskoppiin*. Helsinki: WSOY.
- Casper, R., Redmond, E., Katz, M., Schaffer, C., Davis, J. & Koslow, S. 1985. Somatic Symptoms in Primary Affective Disorder. Presence and Relationship to the Classification of Depression. *Archives of General Psychiatry* 42 (11), 1098–1104.
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E., Ricca, V., Balercia, G., Giommi, R., Forti, G. & Maggi, M. 2005. The impotent couple: low desire. *International journal of andrology* 28 (2), 46–52.
- El-Defrawi, M., Lotfy, G., Dandash, K., Refaat, A. & Eyada, M. 2001 Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact. *Journal of Sex and Marital Therapy* 27 (5), 465–473.
- Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessel, H., Gatcomb, P., Rutledge, B., Chan K-L. & Cleary, P. 2009. Sexual Dysfunction in Women With Type 1 Diabetes. Long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 32 (5), 780–785.

- Esposito, K., Maiotino, M., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M. & Giugliano, D. 2010. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research* 22 (3), 179–184.
- Graziottin, A. 2007. Prevalence and evaluation of sexual health problems. HSDD in Europe. *The Journal of Sexual Medicine* 4 (3), 211–219.
- Grönqvist, L. 2010. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.ncp.fi:8080/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk25090&p_haku=seksuaalinen%20halu. 23.3.2011.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2001. *Seksin trendit meillä ja naapureissa*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Haavio-Mannila, E., Kontula, O. & Kuusi, E. 2001. *Trends in sexual life*. Helsinki: Väestöliitto.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2003. *Sexual Trends in the Baltic Sea Area*. Helsinki: Väestöliitto.
- Heinonen, T. 2011. Kysymys opinnäytetyöhön liittyen - kielitoimiston sanakirja. Email. anu.m.haapalainen@edu.pkamk.fi. 27.4.2011.
- Heusala, K. 2001. *Naisen seksuaalisuus*. Helsinki: Like.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hovatta, O. 2006. Seksologiaa. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Nais-tentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 135–143.
- Huttunen, M. 2010. *Seksuaalinen haluttomuus*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00493. 19.4.2011.
- Kallio, M. & Jussila, T. 2010. *Syvyyttä seksiin: kohti elävämpää seksuaalisuutta*. Helsinki: Minerva Kustannus Oy.
- Kendurkar, A. & Kaur, B. 2008. Major Depressive Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Do the Sexual Dysfunction Differ?. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 10 (4), 299–305.
- Kennedy, S., Fulton, K., Bagby, R., Greene, A., Cohen, N. & Rafi-Tari, S. 2006. Sexual Function During Bupropion or Paroxetine Treatment of Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 52 (2), 234–242.
- Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 127–137.
- Kontula, O. 2008. *Tietoa suomalaisesta seksistä. Halu ja intohimo*. Helsinki: Otava.
- Kontula, O. 2009. *Parisuhdeonnen avaimet ja esteet*. Helsinki: Väestöliitto.
<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/8d2ea333d5abed64275adcee954a3d55/1298890894/application/pdf/318644/Perhebarometri%202009.pdf>. 27.2.2011.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. 1997. *Intohimon hetkiä: seksuaalisen läheisyyden kaipuu ja täyttymys omaelämäkertojen kuvaamana*. Juva: WSOY.
- Laumann, E., Paik, A. & Rosen, R. 1999. Sexual Dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association* 281 (6), 537–544.
- Lee, K.-U., Lee, Y., Nam, J.-M., Lee, H.-K., Kweon, Y.-S., Lee, C. & Jun, T.-Y. 2010. Antidepressants-Induced Sexual Dysfunction among Newer Antidepressants in a Naturalistic Setting. *Psychiatry Investig* 7 (1), 55–59.
- Leitenberg, H. & Henning, K. 1995. Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin* 117 (3), 469–496.

- Maserejian, N., Parish, S., Shifren, J., Huang, L., Gerstenberger, E. & Rosen, R. 2010. Healthcare Utilization in Women Diagnosed with Hypoactive Sexual Desire Disorder: Interim Baseline Results from the HSDD Registry for Women. *Journal of Women's Health* 19 (11), 2001–2009
- McIntyre, R., Kennedy, s., Bagby, M. & Bakish, D. 2002. Assessing full remission. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 27 (4), 235–239.
- Montejo, A., Llorca, G., Izquierdo, J. & Rico-Villademoros, F. 2001. Incidence of Sexual Dysfunction Associated With Antidepressant Agents: A Prospective Multicenter Study of 1022 Outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (3), 10–21.
- Nazareth, I., Boynton, P. & King, M. 2003. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *British Medical Journal* 327 (7412), 423–428.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelu ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf. 27.4.2011.
- Pearson, A. & Vaughan, B. 1994. Hoitotyön mallien sovellus. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Piha, J. 2008. Naisten seksuaalinen haluttomuus. http://www.seksuaaliterveysklinikka.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=8. 19.4.2011.
- Pinheiro, A., Raney, T., Thornton, L., Fichter, M., Berrettini, W., Goldman, D., Halmi, K., Kaplan, A., Strober, M., Treasure, J., Woodside, B., Kaye, W. & Bulik, C. 2010. Sexual Functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43 (2), 123.
- Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. 2008. Mikä on itsehoitopiste? Joensuu: Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. <http://www.kansanterveys.info/itsehoitopiste>. 12.4.2011.
- Ponholzer, A., Temml, C., Rauchenwald, M., Marszalek, M. & Madersbacher, S. 2008. Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *International Journal of Impotence Research* 20 (1), 100–104.
- Popp, O. & Björkenheim, P. 2008. Kättä pidempää. Harder Than Rock. Olennainen seksisanasto suomi-englanti-suomi. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy.
- Punnonen, R. 2004. Estrogeeniä koko elämä. Miten sukuhormonit vaikuttavat elimistössä ja ympäristössä. Helsinki: WSOY.
- Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Helsingin yliopisto. Valtiotieteen tiedekunta. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Ranta, T-L. 2008. Naisen nautinto. Helsinki: Minerva kustannus Oy.
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 288–304.
- Rothschild, A. 1995. Selective serotonin reuptake inhibitor – induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday. *American Journal of Psychiatry* 152 (10), 1514–1516.
- Ruusuvaara, L. 2006. Raskauden ehkäisy ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 198–202.
- Sandberg, T. 2010. Mistä halu syntyy? Ja miten se säilyy. Helsinki: Tammi.
- Saure, A. 2002. Nainen ja hormonit. Ajanmukaista käytännön tietoa naisen hormoni-toiminnasta eri ikäkausina. Helsinki: Otava.

- Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>. 8.3.2011.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.
- Väestöliitto. 2011. Parisuhteen lähtökohtia. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_lahtokohtia/ 27.2.2011.
- Väisälä, L. 2006. Seksuaalinen haluttomuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim, 245–249.
- West, S., D'Aloisio, A., Agans, R., Kalsbeek, W., Borisov, N. & Thorp, J. 2008. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Archives of Internal Medicine* 168 (13), 1441–1449.
- World Health Organization. 2007. ICD Version 2007. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>. 10.3.2011.
- World Health Organization & BZgA. 2010. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities. Cologne: WHO. http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_WHO_BZgA_Standards_1_.pdf.
- Young-McCaughan, S. 1996. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nursing* 19 (4), 308–319.



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA: Joensuun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, opiskeluterveydenhuolto,

Yhteystiedot: Opiskeluterveydenhuolto / AMK, Tikkarinne 9 E-talo, 80200 Joensuu

Marjatta Partanen (hallinto, vastaava terveydenhoitaja), marjatta.partanen@jns.fi

Anita Väisänen, (opiskeluterveydenhoitaja), anita.vaisanen@jns.fi

OPISKELIJAT: Anu Haapalainen ja Mira Halmepuro

Yhteystiedot: anu.m.haapalainen@edu.pkamk.fi ja mira.k.halmepuro@edu.pkamk.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Opiskelijat tekevät opaslehtisen nuoren naisen seksuaalisesta haluttomuudesta. Tekijänoikeudet ovat opiskelijoilla.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)


Tekijänoikeudet
Opinnäytetyössä aiheutuviin kustannuksiin toimeksiantaja ei osallistu.
Tekijänoikeudet: Toimeksiantaja vaatii oikeuden opinnäytetyöhön, käyttää sitä työssään ja oikeuden myöhemmin tehdä siihen tarvittavat päivitykset. Asiantuntija-apua annetaan ja yhteyshenkilönä/asiantuntijana on Anita Väisänen, terveydenhoitaja p. 050-913 5831 anita.vaisanen@jns.fi


Kustannukset
Opiskelijat sitoutuvat siihen, että opaslehtinen on valmis sovittuun aikaan mennessä, viimeistään elokuussa 2011. Toimeksiantajalle toimitetaan yksi paperinen ja yksi sähköinen versio opaslehtisestä.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Erja Moore ja Susanna Kinnunen

Päiväys ja allekirjoitukset

24.5.2011


Toimeksiantajan edustaja


Opiskelija



Opaslehtinen

Opaslehtinen perustuu hoitotyön opinnäytetyöhön: Haapalainen, Anu ja Halmepuro, Mira: Nuoren naisen seksuaalisuus ja seksuaalinen haluttomuus. Opaslehtinen seksuaalisesta haluttomuudesta itsehoitopisteen materiaaliksi.

Seksuaalista haluttomuutta käsittelevää kirjallisuutta:

- Heusala, Kari. 2001. Naisen seksuaalisuus. Helsinki: Like.
- Kontula, Osmo. 2008. Halu ja intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsinki: Otava.
- Ranta, Teija-Liisa. 2008. Naisen nautinto. Helsinki: Minerva kustannus Oy.

Sisältö ja ulkoasu

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajaopiskelijat
Anu Haapalainen ja Mira Halmepuro

Taitto

Heidi Haapalainen

Kuvitus

Anu Piironen



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU



Joensuun kaupunki
www.jns.fi

Entä kun ei haluta?

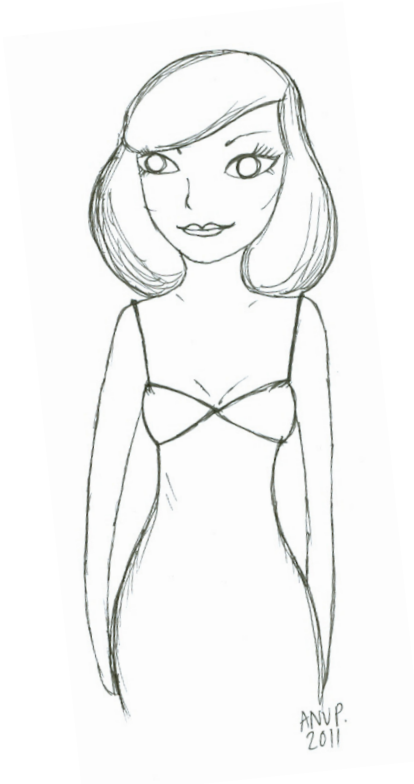
Nuori nainen ja seksuaalinen haluttomuus



Lukijalle

Tämä opaslehtinen on tarkoitettu Sinulle nuori nainen, joka koet seksuaalisen halun vähenemisen ongelmaksi omassa elämässäsi tai haluat saada lisää tietoa seksuaalisesta haluttomuudesta.

Opaslehtinen käsittelee seksuaalisen haluttomuuden yleisyyttä, haluttomuuteen johtavia syitä ja haluttomuuden hoitokeinoja. Opaslehtisen tarkoituksena on myös tuoda esille itsehoidollinen näkökulma seksuaalisen haluttomuuden hoitoon.



Yleisyys

Seksuaalinen haluttomuus on yksi tavallisimpia seksuaalisia häiriöitä. Nuorista naisista noin joka kolmas kärsii seksuaalisesta haluttomuudesta melko usein. Kyse on siis varsin yleisestä ja normaalista ongelmasta.

Seksuaalinen haluttomuus voi olla joko ensisijaista tai toissijaista. Ensisijaisesta seksuaalisesta haluttomuudesta on kyse silloin, kun seksuaalista haluttomuutta esiintyy koko elämänkaaren ajan murrosiästä vanhuuteen. Toissijaisesta haluttomuudesta on kyse silloin, kun haluttomuus johtuu jostakin muusta tekijästä, kuten sairaudesta tai lääkityksestä.

Halun häiriö voi:

- olla lyhyt- tai pitkäkestoinen
- ilmetä satunnaisina yksittäistapauksina
- olla kohteesta riippuvainen
- tulla esiin kaikissa seksuaalisissa tilanteissa.

Yleistynyt seksuaalinen haluttomuus vaikuttaa kaikkiin seksuaalisuuden osa-alueisiin ja voi pitkittyessään muuttua sukupuoliseksi vastenmielisyydeksi.

Seksuaalinen haluttomuus on ongelma vain silloin, kun itse koet sen ongelmaksi!

Syyt

Seksuaaliseen haluttomuuteen vaikuttavat useat tekijät. Usein seksuaalinen haluttomuus on monen tekijän summa. Seksuaalisen haluttomuuden syitä on koottu alla olevaan taulukkoon.

Yksilöön liittyvät syyt	Sairaudet ja lääkitys
<ul style="list-style-type: none"> • stressi, väsymys • päihteen käyttö • synnytyksen jälkitila • kielteiset asenteet ja epäluuloisuus seksuaalisuutta kohtaan • syyllisyys ja häpeä • käsittelemätön seksuaalinen hyväksikäyttö tai inesti • seksuaalinen suuntautuminen eri kuin parisuhteessa (homoseksuaalisuus) • huono itsetunto 	<ul style="list-style-type: none"> • masennus • diabetes • rintasyöpä • aivolisäkkeen kasvain • tahaton lapsettomuus • syömishäiriö • toiminnalliset seksuaaliongelmät (kipu, orgasmivaikeudet) • ehkäisyvalmisteet (harvoin) • psykenlääkkeet • opiaatit • eräät verenpainelääkkeet isoina annoksina
Ihmissuhteisiin liittyvät syyt	Hormonit
<ul style="list-style-type: none"> • parisuhdeongelmat • seksuaalinen yhteensopimattomuus • viha tai tunteiden ristiriitaisuus • seksuaalisen viestinnän ongelmat • urautuminen seksuaalitavoissa • tyydytystä tuottamaton seksi • läheisyys ja sitoutumisongelmat • henkinen tai fyysinen väkivalta 	<ul style="list-style-type: none"> • testosteronin vähyys • estrogeenin vähyys • hyperprolaktinemia eli prolaktiinin liikaeritys

Hoito

Kun haluttomuuden aiheuttaja tiedetään, hoito kohdistetaan siihen. Kun haluttomuuden aiheuttajaa ei tiedetä, hoito kohdistetaan oireeseen eli haluttomuuteen.

Seksuaalisen haluttomuuden hoitomuotoja ovat

Psykologiset hoitomenetelmät:

- seksuaalineuvonta tai -terapia
- ratkaisukeskeinen lyhytterapia
- psykoterapia
- pariterapia
- hypnoosi.

Lääkkeelliset hoitomenetelmät:

- hormonihoito (estrogeeni- ja androgeenihoidot).

Muut hoitomenetelmät:

- seurakuntien, organisaatioiden ja yhdistysten tarjoamat neuvontapalvelut.



Itsehoito

Jos koet seksuaalisen halun vähenemisen ongelmaksi tai se aiheuttaa ongelmia parisuhteessasi, sinun kannattaa keskustella asiasta kumppanisi kanssa. Tärkeää on, että toteutat seksuaalisuuttasi omien tuntemustesi ja mieltymystesi mukaisesti. Kyky sanoa ”ei” ja seksiä haluavan kumppanin kyky kunnioittaa seksiä haluamattoman kumppanin kieltäytymistä ovat olennaisia tekijöitä sekä seksuaalisen halun säilymisessä että sen uudelleen löytämisessä.

Seksuaalista halua voi lisätä muutos kumppaneiden välisessä seksuaalikäyttäytymisessä. Seksuaalisuhteeseen tuovat vaihtelua muun muassa:

- ympäristön tai ajoituksen muutos
- esileikin tai rakastelutekniikan muutos
- erotiikka
- seksuaaliset fantasiat.

Myös elämäntapojen muutoksella voi olla positiivinen vaikutus seksuaalisen halun paranemiseen. Seuraavista asioista voi olla apua:

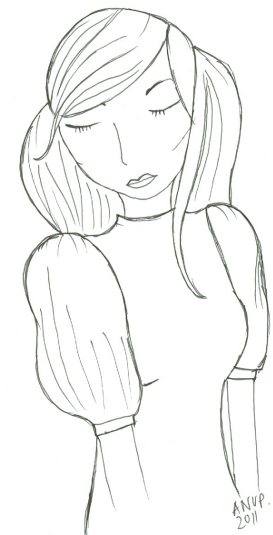
- tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen
- unen parantaminen
- stressin välttäminen
- painonhallinta (vaikuttaa minäkuvaan).

Voit saada tietoa omasta seksuaalisesta halustasi ja sen muutoksista pitämällä halupäiväkirjaa. Halupäiväkirjassa voit käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä ajatuksiasi, tuntemuksiasi ja kokemuksiasi.

Voit pohtia halupäiväkirjassasi seuraavia asioita:

- Missä tilanteissa seksuaalinen halu liikkuu mielessäsi?
- Mitkä tekijät tai asiat saavat halusi värähtämään?
- Mihin halusi kohdistuu?
- Millainen läheisyys tai vuorovaikutus kumppanisi kanssa saa halusi liikautumaan ylös tai alas?
- Millaisella tuulella olet päivinä, jolloin rakasteluun liittyvät asiat liikkuvat enemmän mielessäsi?

Voit pitää halupäiväkirjaa esimerkiksi neljän viikon ajan. Voit keskustella halupäiväkirjassa käsittelemistäsi asioista puolisoosi, läheisesi tai seksuaalisuuteen erikoistuneen ammattilaisen kanssa.



Saatekirje

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta. Olemme tehneet toiminnallisen opinnäytetyön aiheesta nuori nainen ja seksuaalinen haluttomuus. Kohderyhmämme on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun naisopiskelijat. Opinnäytetyön tuotoksena on opaslehtinen, joka valmistuttuaan tulee käyttöön opiskeluterveydenhuollon itsehoitopisteelle. Opaslehtinen on nyt arviointivaiheessa ja toivoisimme, että saisimme sinulta palautetta opaslehtisestä riippumatta siitä, koskeeko aihe sinua vai ei. Palautteen avulla voimme kehittää opaslehtisen sisältöä ja ulkoasua.

Arviointilomakkeeseen vastataan nimettömästi. Vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, ja esille tulleet korjausehdotukset otetaan huomioon opaslehtistä viimeisteltäessä.

Pyydämme sinua arvioimaan opaslehtistä vastaamalla esitettyihin väittämiin. Väittämiin vastaat laittamalla rastin mieluisesti vaihtoehdon kohtaan. Lisäksi voit antaa korjausehdotuksia ja vapaaehtoisen mielipiteen opaslehtisestä. Voit sulkea palautteen kirjekuoreen ja jättää sen opiskeluterveydenhuollon palautelaatikkoon viimeistään 13.5.2011.

Vastauksesi on meille tärkeä!

Terveisin

Anu Haapalainen ja Mira Halmepuro



Opaslehtisen arviointilomake

	Vastaa väittämiin asteikolla 1-4 laittamalla rasti valitsemaasi kohtaan	4 Erittäin paljon samaa mieltä	3 Jonkin verran samaa mieltä	2 Jonkin verran eri mieltä	1 Erittäin paljon eri miel- tä
1	Opaslehtistä on helppo lukea ja ymmärtää				
2	Opaslehtinen on selkeä				
3	Opaslehtisen sisältö on riittävä				
4	Opaslehtinen sisältö vastaa tarkoitustaan				
5	Opaslehtisen tekstin kirjainkoko on sopiva				
6	Opaslehtisen tekstin asettelu on sopiva				
7	Opaslehtisen kuvitus sopii aiheeseen				
8	Opaslehtisen ulkoasu on onnistunut				
9	Opaslehtisen koko on sopiva				

Tähän voit antaa korjausehdotuksia opaslehtistä varten

Tähän voit antaa vapaan mielipiteen opaslehtisestä

Kiitos vastauksestasi!