

**Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden
piirteitä seksologian opetussuunnitelmien
sisällönanalyysin ja asiantuntijakyselyn perusteella**

Sirpa Valkama
Terveyskasvatuksen lisensiaattityö
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä. Piirteitä kuvataan seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen kirjoitettujen opetussuunnitelmien ja asiantuntijakyselyn perusteella. Tutkimuksen laadullisena aineistona ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian ja seksuaaliterveyden (perusteet, ammatilliset erikoistumisopinnot, AMK-jatkotutkintokokeilu) opetussuunnitelmat vuodelta 2003. Määrällinen kyselyaineisto kerättiin seksologian asiantuntijoilta postikyselynä vuonna 2002 koko Suomea kattavasti. Kyselylomakkeena käytettiin kansainvälisen, Seksologia Euroopassa -tutkimusryhmän kyselylomaketta, joka oli pilotoitu Ranskassa professori Alain Giamin johdolla vuonna 1999.

Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmien tavoitteet ja sisällöt analysoitiin erikseen käyttäen menetelmänä sisällönanalyysia. Tavoitteiden analyysissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysin tuloksena kuvataan seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymistä mikä osoittautui useita vuosia kestäväksi oppimis- ja kehittämisprosessiksi, eräänlaiseksi kulturoitumisprosessiksi (yhteensä 100 ov = 150 op). Tavoiteltu tulos on erityisasiantuntijuus, jolla vaikutetaan seksuaaliterveyden edistämiseen yhteiskunnassa luomalla uutta osaamista ehkäisevään, hoitavaan ja kuntouttavaan työhön kehittämis- ja tutkimustoiminnan avulla.

Opetussuunnitelmien sisältöalueiden sisällönanalyysissa käytettiin teorialähtöistä sisällönanalyysia. Analyysirunko muodostettiin IMB-mallin (Information-Motivation-Behavioral skills) osaluista, johon poimittiin soveltuvat opetussuunnitelmien sisältöalueet. Tuloksena on käsittekartta, joka kuvaa opetussuunnitelmien seksuaaliterveyden edistämisen substanssi- ja toimintadimensioita. Opetussuunnitelmien tietoperusta rakentuu Pohjoismaiden asiantuntijoiden näkemyksiin seksuaaliterveyden edistämisen työn kohteesta. Professionaalisuuden tunnusmerkistöön liittyvä systemaattinen tietoperusta rakentuu opetussuunnitelman sisällöissä sirpaleiseksi. Seksologinen omintakeinen, yhtenäinen teoretieto puuttuu. Työn kohteena oleva seksuaaliterveyden edistäminen näyttäytyy opetussuunnitelmissa laaja-alaisena ja -monitasoisena toimintana.

Kyselylomake lähetettiin seksologian parissa työskenteleville suomalaisille asiantuntijoille (n=567). Kyselyyn vastasi asiantuntijoista 64,6 %. Vastanneista naisia oli 76 %. Vastanneiden keski-ikä oli 47 vuotta. Lääkäreitä vastaajista oli 25 %, hoitoalan ammattihenkilöitä 44 %, muita ammattiryhmiä (mm. psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, opettajia, teologeja) oli 31 %. Hoitoalan ammattihenkilöt osoittivat aktiivisinta kiinnostusta seksologian ammatilliseen koulutukseen ja toimintaan. Vastaajista työskenteli 49 % julkisella sektorilla. Perusterveydenhuollossa toimi 23 %. Kliinisen seksologian parissa työskenteli 54 %. Vastanneista omasi 42 % seksologisen ammatti-identiteetin. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuus tietoperustassa toteutui pääammatin liittyen, vain harva teki päätoimisesti seksologista työtä. Professionaalisen työn tunnusmerkki monimuotoinen ja -tasoinen työ osoittautui seksuaaliterveyden edistämisen työn kohteeksi. Miesten ensisijainen tulosyys lääkärin vastaanotolle oli erektiohäiriöt ja naisten seksuaalinen haluttomuus, muiden ammattiryhmien vastaanotolle ensisijaisena tulosyynä olivat tunne-elämän ja parisuhteen ongelmat. Muita keskeisiä ongelmia olivat sekä miehillä että naisilla epätydyttävä avio/avoliitto, orgasmihäiriöt ja ikääntymiseen liittyvät kysymykset. Tutkimukseen osallistuneet asiantuntijat hoitivat ensisijaisesti seksuaalisia toimintahäiriöitä. Asiantuntijat kohtasivat harvoin vastaanotoillaan esimerkiksi seksuaalisen riippuvuuden tai seksuaalisiin erityismieltyksiin liittyviä ongelmia, samoin kuin homoseksuaalisuuteen ja transpersoonallisuuteen liittyviä ongelmia. Kyselytutkimukseen vastanneet olivat koulutautuneet ensisijaisesti lyhytterapeutistien menetelmien hallintaan. Vastaajien eniten toivoma lisäkoulutusaihe oli seksuaaliterapia (60 %). Kyselyaineiston professionaalista toimintaa tarkasteltiin muuttujilla: lääkärit, hoitajat ja ryhmä muut.

Avainsanat: seksuaaliterveyden edistäminen, professionaalisuus, opetussuunnitelma ja ammattikäytännöt

ABSTRACT

The purpose of this survey is to describe the professional characteristics inherent in the promotion of sexual health. These characteristics are portrayed on the basis of both printed curricula for sexology and for the promotion of sexual health and also, on the basis of an inquiry made to experts of the field. The qualitative research material consists of the 2003 curricula for sexology and sexual health at Jyväskylä Polytechnic (basic studies, professional specialisation studies, the polytechnic postgraduate degree experiment). The quantitative material was collected as a nation-wide inquiry by post in 2002. The questionnaire used was the one developed by the international group of researchers Sexology in Europe, previously piloted in France in 1999 under the supervision of Professor Alain Giami.

The curricula for sexology and the promotion of sexual health were separately content analysed. The method chosen for analysing the aims was material related content analysis. The analysis resulted in a description of the development of expertise in the promotion of sexual health, which is a learning and development process taking several years, a kind of culturisation process (150 ECTS credits in all). The desired end result is special expertise affecting the promotion of sexual health in society by generating innovative know how for the preventive treatment and rehabilitative care work through R&D.

For the analysis of the curricula a theory-based content analysis was used. The framework of the analysis was made up of the content areas included in the IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills) model supplemented by the applicable content areas in the curricula. This resulted in a topic map describing the substance and activity dimensions in the promotion of sexual health in the curricula. The knowledge base in the curricula is primarily made up of the views of Nordic experts of how the work to promote sexual health should be targeted. The systematic knowledge base characteristic of professionalism remains fragmental, lacking original, coherent theoretical knowledge of sexuality. In the curricula the promotion of sexual health is seen as a multiply activity comprising several levels.

The questionnaire was sent to Finnish experts working with sexuality (n=567). Of them 64.5 per cent responded to the questionnaire. The proportion of women of the respondents was 76 per cent. The average age of the respondents was 47 years. The proportion of medical doctors was 25 per cent, that of health care professionals 44 per cent, and that of other professional groups (e.g. psychologists, social workers, teachers, theologians) 31 per cent. Health care professionals showed the most active interest in professional education and activities in sexology. The proportion of the respondents employed by the public sector was 49 per cent with 23 per cent of them working in basic health care, and 54 per cent in clinical sexology. Of the respondents 42 per cent had a sexual identity. The professionalism in the promotion of sexual health recorded in the knowledge base was mainly linked to occupation with few respondents working full-time with sexuality. The promotion of sexual health turned out to be carried out in many modes and on several levels, which is typical of professional work. The primary reason for men consulting a doctor was an erectile disorders, and for women sexual desire disorders. The reasons for consulting other professionals were mainly problems with emotional life and couple relationships. Other essential problems faced by both men and women were unsatisfactory marriage or common-law relationships, orgasmic disorder, and problems related to aging and sexuality. The experts participating in the survey were primarily working with sexual dysfunctions. It was only seldom the experts met e.g. problems of sexual addiction or paraphilias, or problems related to homosexuality and transpersonality. The respondents had mainly been trained to use short-term therapeutic methods. The most favoured (60 percent) subject of additional training was sexual therapy. The characteristics related to professional activity in the survey were viewed through the following variables: medical doctors, nurses, and other professionals.

Keywords: sexual health promotion, professionalism, curriculum, professional practice

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	PROFESSIONAALISUUS	4
	2.1 Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuus	4
	2.2 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus.....	6
3	SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	13
	3.1 Seksuaaliterveyden edistämisen työn ydinnäkökulmat.....	14
	3.1.1 Terveyden edistäminen ja seksuaaliterveys	14
	3.1.2 Seksologia ja seksuaalisuus	21
	3.1.3 Seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuudet	22
	3.2 Seksuaaliterveyden edistämisen työn sovellettuja neuvonta- ja toimintamalleja.....	27
	3.2.1 PLISSIT-malli	29
	3.2.2 Seksuaaliterveyden edistämisen teoreettinen lähestymistapa Information-Motivation-Behavioral Skills Approach -malli	30
4	SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISTÄ JA TUTKIMUKSIA 1900-LUVULTA 2000 LUVULLE	33
5	SEKSUAALITERVEYDEN NÄKYMIÄ 2000-LUVUN ALUSSA.....	36
6	TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	39
7	OPETUSSUUNNITELMATUTKIMUS.....	41
	7.1 Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelma- aineiston kuvaus	41
	7.2 Opetussuunnitelmien sisällönanalyysi	47
	7.2.1 Opetussuunnitelmien tavoitteiden analyysiprosessin eteneminen	48
	7.2.2 Opetussuunnitelmien sisällön analyysiprosessi	51
	7.3 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus opetussuunnitelmien kuvaamana.....	54
	7.3.1 Tavoitteet seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kuvaajina	54
	7.3.2 Sisällöt seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kuvaajina	57

8	KYSELYTUTKIMUS.....	61
8.1	Kohderyhmä ja otanta	61
8.2	Kyselyn toteutus ja aineiston kuvaus	61
8.3	Tutkimuksen mittarit ja muuttujat.....	63
8.4	Analyysimenetelmät.....	64
8.5	Kyselytutkimuksen tulokset – Professionaaliset piirteet seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toiminnassa.....	64
8.5.1	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden ammatillinen koulutus.....	64
8.5.2	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologinen koulutus ja seksologinen identiteetti	67
8.5.3	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologinen täydennyskoulutus	71
8.5.4	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toimintaympäristö.....	72
8.5.5	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksuaaliterveyden edistämisen työ.....	73
8.5.6	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden vastaanotolla kohtaamat seksuaaliongelmät	78
8.5.7	Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden hoitosuhteiden haasteet.....	81
9	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	83
10	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	85
	LÄHTEET	96
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian koulutuksen opetussuunnitelmien ja aihealueen asiantuntijoiden toiminnan näkökulmista 2000-luvun alussa Suomessa. Tutkimuksen tietoperusta rakentuu ensisijaisesti terveystieteiden lähtökohdista. Aiemmin Suomessa on tutkittu joitakin seksuaaliterveyden osa-alueita liittyen professioihin (mm. Laitakari ym.1989; Lindvall 1992; Jokela 1992; Nurmi 2000).

Kansainvälinen seksologinen tutkimus on lisääntynyt erityisesti seksuaalilääketieteen ja kansanterveystieteen näkökulmista. Tähän ovat vaikuttaneet mm. HIV/AIDS pandemia sekä farmakologian menetelmien kehittyminen seksuaaliongelmien hoidossa. (Giami 2002; Zucker 2002.) Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen tarpeita osoittavat esimerkiksi Englannissa Read ym. (1997) ja USA:ssa tehdyt tutkimukset, joiden mukaan naisista ja miehistä 31 – 41 % kohtaa seksuaalisia toimintahäiriöitä. Maailmassa arvioidaan olevan noin 40 miljoonaa HIV infektioitunutta, joista alle 15 vuotiaita on 2,2 miljoonaa ja naisia 17,6 miljoonaa. Itä-Euroopassa ja Keski-Aasiassa luvut ovat nousseet dramaattisesti viime vuosina. Näissä maissa HIV tartunnan saaneista 80 % on noin 30-vuotiaita kun taas länsi-eurooppalaisista vain 30 % tartunnan saaneista kuuluu tähän ikäryhmään. (WHO ym.2000; WHO 2003.) Afrikassa arvioidaan esimerkiksi Keniassa ja Zambiassa 65 % tytöistä saaneen HIV tartunnan (Esiet 2005). Seksuaaliterveyden ongelmat ovat maailman laajuisia. Seksuaaliterveys on yhä enenevässä määrin medikalisoitumassa.

World Association for Sexual Health (WAS) on Seksologian maailman järjestön (World Association for Sexology, WAS) uusi nimi. Nimi muutettiin maailman järjestön yleiskokouksessa Montrealin konferenssissa heinäkuussa 2005. Uusi nimi kuvaa paremmin niitä haasteita, joihin järjestö pyrkii maailmanlaajuisesti vaikuttamaan. Maailmankonferenssissa Montrealissa annetussa julistuksessa (liite 1) kiirehditään kaikkia hallituksia, akateemisia instituutioita ja yhteisöjä, erityisesti WAS:in jäsenorganisaatioita tarttumaan seksuaaliterveyden kysymyksiin (vrt. Bangkok Chater 2005). Haasteena on erilaisten esteiden poistaminen yhteiskunnassa, jotta voidaan kehittää professionaalisia käytäntöjä lisäämällä koulutus- ja tutkimustoimintaa. Väestön tarpeisiin vastataan tuottamalla laadukkaita seksuaaliterveyden edistämisen palveluita ja valtaistetaan (empowerment) väestöä ottamaan vastuuta seksuaaliterveyden edistämisestä. Seksuaalinen

tyytyväisyys vapauttaa sekä tuottaa voimavaroja muuhun elämisen toimintaan (Jauho & Helen 2002).

Kosunen (2003) on tutkinut Suomessa lääkäreiden peruskoulutuksen sisältämää seksologian opetusta. Nykänen (1995) ja Ilmonen (2002) ovat tutkineet seksologisen opetuksen laajuutta, sisältöjä, tavoitteita ja menetelmiä ammatillisissa oppilaitoksissa sekä yksityisissä organisaatioissa Suomessa. Edellä mainituissa tutkimuksissa ilmeni opetuksen olevan vähäistä ja sirpaleista. Kanadassa Québecin yliopiston seksologian laitoksen opiskelijat olivat valinneet seksologian pääaineekseen, koska he halusivat auttaa tulevassa työssään asiakkaitaan parempaan seksuaaliseen hyvinvointiin ja he olettivat myös työnantajia kiinnostavan heidän osaamisalueensa (Dupras ym. 2001).

Suomessa ammatillisena täydennyskoulutuksena seksologinen koulutus on kehittynyt 1970-luvulta lyhyistä lisäkoulutuksista laaja-alaisiksi, moniammatillisiksi korkeakoulussa toteutettaviksi täydennyskoulutuksiksi ja vuonna 2003 sosiaali- ja terveystieteiden ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaksi koulutukseksi. Seksologian aihealueelle on koulutautunut Suomessa muutama sata ammattihenkilöä (Ilmonen 2002). Seksuaaliterveyden edistämisen ammatillinen osaaminen on luonut jo terveydenhuollon kentälle uusia toimintatapoja, joilla pyritään vastaamaan väestön tarpeisiin (Nurmi 1993; 2000). Nurmen (2000) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajaopiskelijoiden seksuaaliterveyden asiantuntijuus oli Suomessa parantunut johdonmukaisesti vuodesta 1973 vuoteen 1995.

Terveyskeskuksen henkilökunnan on todettu Suomessa tuntevan vähän asiakkaiden sukupuolielämään ja ihmissuhteisiin liittyviä seikkoja (Laitakari ym.1989). Hoitotieteessä on tutkittu hoitamisen ja seksuaalisuuden ammatillisia kohtaamisia. Esko-Asikaisen (2000) mukaan sisätauti - kirurgisten osastojen ja terveyskeskusten sairaanhoitajista 75 %:lla oli liian vähän tietoa seksuaalikäytännöistä. Aallon (2002) mukaan hoitajat kokivat hoitajan roolin muuttuvan, jos he esittivät seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Toisen suuntaisia tuloksia on saatu USA:ssa (Haboubi & Lincoln 2003) tutkimuksessa, jossa 90 % terveydenhuollon ammattilaisista oli sitä mieltä, että hoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja siihen kuuluu keskustelu seksuaalisuudesta. Kuitenkin tutkimuksen kohdejoukolla oli seksuaalisuuteen liittyvää koulutusta vähän, terapeuteilla vähiten. Tutkimuksen tulosten mukaan lääkärit keskustelivat merkittävästi enemmän kuin muut terveydenhuollon ammattiryhmät seksuaalisuudesta potilaidensa kanssa. Englantilaisessa tutkimuksessa todettiin terveydenhuollon henkilöstön suhtautuvan asenteellisesti homoseksuaalisuutta kohtaan. Henkilöstö oletti kaikkien asiakkaidensa olevan heteroseksuaaleja, homoseksuaalisuutta pidettiin poikkeavana tai sairaana ilmiönä. (Allen 2003.) USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa (Nusbaum ym. 2002) 35 % lääkäreistä kysyi asiakkaan seksuaalihuoltokertomukseen liittyviä tietoja.

Tämä tutkimus rakentuu kahdesta toisistaan täydentävästä osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa on selvitetty seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta opetussuunnitelmien tavoitteiden ja sisällön näkökulmista. Tuloksissa kuvataan seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymistä ja seksuaaliterveyden asiantuntijuuden substanssi- ja toimintadimensioita, jotka ovat keskeisiä tekijöitä professionaalissa työssä. Toisessa osatutkimuksessa kuvataan tutkimukseen osallistuneiden seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toiminnan lähtökohtia näkökulmista, jotka ovat oleellisia tunnusmerkkejä professionaalissa toiminnassa kuten työn organisoitumista, työtä toimintana sekä työn kohteena olevia ongelmia. Toimintaa on tarkasteltu kolmen asiantuntijaryhmän (lääkärit, hoitajat ja ryhmä muut) näkökulmasta. Professionaalistuminen on

osa ammatillistumista, jolloin ammatillistumisessa todetaan tiettyjä piirteitä. (Konttinen 1998.) Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu, joten tutkimus antaa uutta tietoa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittämisestä sekä substanssi- ja toimintadimensioista 2000-luvun alussa Suomessa.

2 PROFESSIONAALISUUS

Professiot ovat ammatteja tai ammattikuntia, joiden edustajat soveltavat erikoistunutta tieteellistä tietoa työtehtäviinsä. Yhteistä profession edustajille erikoistuneen tiedon käytäntöön soveltamisen ohella on toimia työssään yleisön palvelijoina. Tyypillisiä professioita ovat lakimiehen, lääkärin, papin ja upseerin ammatit. (Konttinen 1997.) Lehto (1991) on kritisoinut ammattiauttajien professionaalisen toiminnan tieteen ja ammattietiikan antamaa lupautta vastata väestön ongelmien ratkaisuihin. Väestö maksaa veronsa, jolloin heillä on oikeus odottaa tukea ja apua tarvitsematta juurikaan itse ponnistella asioiden eteen. (Lehto 1991.)

Seksologiaan liittyvää professionaalisuutta on tutkittu Ranskassa vuosina 1998–1999. Ranskalaisessa tutkimuksessa seksologinen asiantuntijuus toteutuu henkilön pääammattiin liittyen. Ranskassa seksologi ei ole suojattu ammattinimike. Näistä ammattihenkilöistä kaksi kolmasosaa oli lääkäreitä. Vastanneet jaoteltiin tutkimuksessa kolmeen ryhmään: 1. yleislääkärit, joilla oli koulutusta seksologiassa ja psykoterapeuttisissa menetelmissä ja jotka kokivat olevansa seksologeja; 2. muut sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt kuten psykologit, sosiaalialan työntekijät ja sairaanhoitajat, jotka kokivat olevansa seksuaaliterapeutteja ja jotka käyttivät yhden kolmanneksen työajastaan seksologisiin kysymyksiin; 3. muut asiantuntijat, joilla oli vähemmän seksologista koulutusta, ja jotka eivät kokeneet itseään seksologeiksi tai seksuaaliterapeuteiksi. (Giami 2003.)

2.1 Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuus

Professio ja professionaalistuminen

Seksologian piirissä on todettavissa professionaalistumispyrkimyksiä eri puolilla maailmaa. Professionaalistumispyrkimys ilmenee muun muassa tarpeena yhdenmukaistaa maailmanlaajuisesti seksologian koulutuksen tietoperustaa, rakennetta ja koulutuksen järjestämistä (NACS 2000; Weerakoon 2005). Seuraavan seksuaaliterveyden maailmankonferenssin yhtenä teemana on professionaalisuus (Australia, Sidney 2007). Keskeinen piirre traditioon perustuvassa funktionaalisessa professioiden tarkastelussa on korkea

koulutustaso, tietoperusta ja kontrollimekanismit. Muita ominaisuuksia ovat erikoistuneiden palveluiden tuottaminen, autonomia, status ja tunnustettu asiantuntemus sekä ammattimonopoli ja pätevyysvaatimukset. (Konttinen 1993; Karvinen 1996; Vuorikoski 1999.)

Konttinen (1997) on määritellyt professionaalisen työn tunnusmerkkejä nyky-yhteiskunnassa.

TAULUKKO 1 Professionaalisen työn tunnusmerkistö (Konttinen 1997)

<p>Työn kohde:</p> <p>Monimutkainen ja – muotoinen ongelma, jossa ilmenee runsaasti ainutkertaisia vaikeasti selitettäviä tekijöitä. Ongelmaa ei voida hoitaa rutiininomaisesti</p> <p>Työn perusta:</p> <p>Teoreettinen, systemaattinen, abstrakti tieto erikoistuneella alueella</p> <p>Työ toimintana:</p> <p>Systemaattisen erikoistuneen tiedon soveltamista, jossa on kolme vaihetta:</p> <ol style="list-style-type: none">ongelman itsenäinen määrittely erikoistuneen tiedon avullatietoon perustuva työskentely ongelman kanssaongelmien tiedollisesta käsittelystä seuraavat toimenpiteet <p>Työn organisaatio:</p> <p>Toiminta edellyttää laajaa itsenäisyyttä, työn suunnittelua ja järjestelyä, jotta tehokas toiminta onnistuisi. Tiukka säätely yksityiskohtaisin ohjein ja normein aiheuttaa tehottomuutta, yhteistyö saman ja eri alojen kollegoiden kanssa on tärkeää</p> <p>Työn vaikutuksia:</p> <p>Jatkuvan koulutuksen periaate on hyvin tärkeä professionaaliossa työssä. Professionaaliossa ammatinharjoittajalle työ ja ammatti muodostuvat tärkeäksi samaistumiskohteeksi ja leimaavat hänen habitustaan</p>
--

Professioiden määrittäminen ammattikunniksi perustuu ammatinharjoittajien järjestäytymiseen ammattikunnan järjestön ympärille. Professioiden ammattijärjestöjen tehtävänä on valvoa jäsentensä ammatillista työtä, turvata yksinoikeus jäsenilleen tiettyihin tehtäviin ja pyrkiä vaikuttamaan poliittisiin päättäjiin ammattikuntansa aseman turvaamiseksi. Ammattijärjestöt järjestävät myös koulutusta. Systemaattinen oma eettinen koodisto kuuluu profession ominaisuuksiin. Eettisellä koodistolla määritellään ja kuvataan potilas – asiantuntija sekä kollega – kollega suhteita.

Tämän päivän käsityksen mukaan professionaaliossa, tietylle ammattialalle erikoistunut asiantuntija ei yksin kykene hallitsemaan yhteiskunnan ja työelämän organisaatioiden muutoksia. Tämän tyyppisten ongelmien ratkaisemiseen tarvitaan asiantuntijatiimejä ja -verkostoja, joissa innovatiivisella toiminnalla ratkaistaan ongelmia. Vähemmälle huomiolle on jäänyt ammatillis-eettisen koodiston purkautuminen professio- ja sektorirajat ylittyvässä verkostotyöskentelyssä. Haasteena on verkostoperustainen yhteistyön etiikka. (Filander 1997.)

Staattista käsitystä professioista mursi 1960-luvulla ammattien dynaamisen kehittymisen, professionaaliossumisen tutkimussuuntaus (Wilensky 1964; Caplov 1966). Suuntauksen jaotteluun perustuen muun muassa Vuorikoski (1999) on tarkastellut sosiaalisuuden professionaaliossumisprosessin vaihteita. Prosessissa erotetaan viisi vaihteita.

Wilenskyn (1964) esittämiä professionaalistumisprosessiin liittyviä piirteitä on näkyvis- sä seksuaaliterveyden edistämisen toiminnassa Suomessa. Ensiksikin Suomeen on luotu pohjoismainen koulutusohjelma ja auktorisointijärjestelmä (auktorisointi = pätevytyminen) (NACS 2000). Toiseksi Suomen Seksologisen Seuran yhtenä tavoitteena on selkiyt- tää seksuaaliterveyden ammatillista toimintaa ja vaikuttaa ammattiaseman legitimointiin. Professionaalistumisen ehto, ammatin harjoittaminen itsenäisesti, etenee Suomessa vä- hitellen. Pyrkimyksenä on erottautua epäpätevistä toimijoista. Kolmanneksi koulutusta toteutetaan virallisessa organisaatiossa, jossa määritellään oppijan ja koulutuksen ehdot. Koulutus toteutuu korkeakoulussa ja yhteistyötä pyritään rakentamaan tiedekorkeakou- luihin. Neljänneksi seuraan kuuluvilla seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoilla on pohjoismainen oma eettinen koodisto. Wilenskyn (1964) esittämä viides ehto, ammatilli- nen järjestö, ei toimi Suomessa, Suomen Seksologisen Seuran toiminta perustuu vapaa- ehtoisuuteen ja harrastuksenomaisuuteen.

Suomessa on käytetty professionaalistumisen rinnalla käsitettä ammatillistuminen. Yhteiskunta- ja kasvatustieteellisessä kirjallisuudessa näiden käsitteiden käyttö on ollut vakiintumatonta. Alasen (1980) mukaan ammatillistuminen merkitsee yhteiskunnassa ta- pahtuvaa toimintaa, jossa ammattialan tehtävät lisääntyvät, eriytyvät ja monimutkaistu- vat. Tehtävät alkavat hiljalleen siirtyä kiintein työehdoin toimiville ammattihenkilöille. Professionalisaatio katsotaan ammatillistumisen erityismuodoksi, jolla on omat erityis- piirteensä. (Alanen 1980; Vuorikoski 1999.)

Ammattilaisuutta ja asiantuntijuutta pidetään myös usein toistensa synonyymeinä. Asiantuntijuuden ja ammattilaisen erottaa kaksi erityisvaadetta. Ensinnäkin asiantuntijan ajatellaan voivan siirtää tietoa yhdestä toimintaympäristöstä – kontekstista - toiseen, kun ammattilaisen tehtävänä on ensisijaisesti suoritua oman ammattinsa edellyttämässä kon- tekstissa. Toiseksi asiantuntija pystyy arvioimaan asioiden merkityksen laajemmasta kuin vain oman työnsä näkökulmasta. (emdt.)

2.2 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus

Konttisen (1997) mukaan moderni professionaalinen tieto on systemaattisesti yleistettyä (teoreettista) tietoa, joka sisältää menetelmiä vaikuttaa työn kohteeseen. Professionaalisen tiedon omaksumiseen liittyy pitkälinen, erityinen oppimisprosessi. Teorian tulee palvella professionaalisuuden rationalisaatiota, johon kuuluvat muun muassa aihealueen omin- takeinen termistö ja toimenpiteiden konkreetti situaatio. Ammattikunta yhtenäistyy tie- teellisen tiedon perustalta. Asiantuntijavalta, joka liittyy profession oikeuttaa sanomaan muun muassa mikä on oikein ja mikä on asiakkaan parhaaksi. Usein profession edustajat kohtaavat asiakkaansa virallisissa instituutioissa. Viralliset instituutiot ja organisaatiot palkkaavat asiantuntijoita heidän kykyjensä vuoksi ja maksavat palkkaa heidän asiantun- tijuudestaan. Näihin organisaatioihin kuuluvat myös opetus-, tutkimus ja kehittämiskes- kukset. (Konttinen 1997.)

Asiantuntijuus on osa professionaalisuutta. Asiantuntijuus koostuu erilaisesta tie- dosta (formaalisesta ja operatiivisesta tiedosta; hiljaisesta tiedosta; henkilökohtaisesta ja kulttuurisesta tiedosta) olkoon kysymys yksilöllisestä/kognitiivisesta tai interaktiivi- sesta/tiimityöstä tai tavasta käyttää asiantuntijuuden tietoa. Asiantuntijuudella katsotaan

olevan kaksi dimensiota: substanssi ja toiminta. Substanssidimensio koostuu subjektin erityistiedosta, joka on hankittu erilaisten oppimisprosessien kautta ja tiedon tietoisesta keräämisen kautta korkeakoulukontekstissa. Toimintadimensio koostuu ihmistieteessä erilaisista interaktiivisista kommunikaatiotaidoista, joiden tavoitteena on tukea yksilöä, asiakkaita/potilaita saavuttamaan heidän voimavarojensa mukainen kehitys. Sisällön osaanmiseen liittyy tavoite tarkoituksenmukaisten tietojen ja taitojen tietoisesta oppimisesta. Toimintadimensio on dominoiva yleensä yhteiskunnallisten ja ihmistieteiden ekspertiisin tavoittelussa. Käytännön toiminnoissa kaikissa ekspertiiseissä on toimittava asiantuntija-verkostoissa. (Laitila 2004.)

Bereiterin & Scardamalian (1993) mukaan asiantuntijuuden kehittämisessä tarvitaan oma tietoperusta. Seksologiassa on osaamisalueita, joissa seksologista tietoa on kehitetty teoreettiseksi malliksi esimerkiksi seksuaaliongelmien käsitteellistämiseen ja hoitoprosessiin kehitetty ”sexoanalyysi” (Parent 2005). Asiantuntijatiedon tulee sisältää käsitteellistä tietoa ja malleja, jotka ovat faktatietoa teoreettisemmalla tasolla. ”Sexoanalyysi” sisältää oman seksuaalikäsitteistön ja seksuaaliongelmien hoitomenetelmän sekä kuvauksen asiakas-terapeutti suhteesta. Sexoanalyysin on kehittänyt kanadalainen tohtori Claude Crépault. Informatio-Motivation-Bahavioral skills (IMB) -mallia on testattu lähinnä HIV/AIDS toiminnan parissa. Annonin (1976) seksuaalineuvonnan mallia käytetään metamallina jäsentämään seksuaalineuvontaa ja -terapiaa.

Asiantuntijan ajattelun perustana reflektio ja metakognitio

Asiantuntijan ajattelun perustana toimii reflektio. Usein refleksiivisyyttä ja reflektiota on käsitelty synonyymeinä kuvaamaan kriittistä arviointia omasta ajattelu- ja tiedonkäsitteilyprosessista. Tieteen historian ja epistemologian näkökulmasta näillä kahdella käsitteellä on kuitenkin oma merkityksensä. Reflektio merkitsee ensisijaisesti kriittistä ajattelua yleensä. Refleksiivisyys merkitsee enemmän keskittymistä oman ajattelun ja tiedon käsittelyn arviointiin. (Laitila 2004.) Tässä tutkimuksessa käsitteet ymmärretään synonyymeina.

Reflektio on myös oppimisen keskeisin väline. Koulutuksessa tunteiden käsittely auttaa saamaan yhteyden itseen, omaan sisäiseen maailmaan ja lisää harjoitusta reflektointiin. (Ora-Hyytiäinen 2004). Ruohotie (2002) jakaa teoreettisesti ihmisen persoonallisuuden ja älykkyyden taksonomiassaan kolmeen osa-alueeseen: affektiivinen, kognitiivinen ja kognitiivinen. Näillä osa-alueilla on merkitystä ihmisen motivaatioon ja toimintaan. Affektiiviseen alueeseen sisältyvät emootiot (emotion), tunteet (feeling) ja mieliala (mood). Tunteet ovat persoonallisuuden ja älykkyyden affektiivisen osan alueita mitkä koetaan toisaalta pysyvinä ja kehollisina, toisaalta ainutlaatuisina, sosiaalisissa yhteyksissä muuntuvina kokemuksina. Tunteiden käsittelyprosessi on moniulotteinen prosessi, jossa todentuu kulttuurinen toimintaympäristö ja toimijan omat pyrkimykset. Seksuaaliterveyden edistäjän työ on emotionaalista työtä, jossa tulee tunnistaa omat tunteet. Omien tunteiden tunnistaminen luo myös mahdollisuuksia kehittää omaa moraalista ajattelua. Omien tunteiden tunnistaminen ja niiden eksplikointi edellyttävät kielen ja tunteisiin liittyvien käsitteiden hallintaa. (Puolimatka 1999; Ora-Hyytiäinen 2004.) Kokemusten tiedostaminen, tunnistaminen ja merkitysten antaminen syventävät reflektointikykyä ja vaikuttavat oppimisprosessin etenemiseen (Ruohotie 2000).

Kokemuksen, tunteen ja tiedon merkityksenannossa syntyy identiteetin kuvaaminen ja määrittäminen. Motiivi toimii ajattelun käynnistäjänä ja sen taustalla halut, tarpeet ja kiinnostukset. Wegner (1998) määrittää identiteetin syvällisesti liittyväksi käytännön toimintaan ja sitä harjoittavaan yhteisöön. Ihminen määrittelee itsensä yhteisön käytännön toimintaan ja sitä harjoittavaan yhteisöön reflektion kautta. (Hänninen 2000).

Motivaatiotekijät ovat ratkaisevia metakognition soveltamisessa ja kehittämisessä. Metakognitio ohjaa oppijan kykyä reflektoida. Metakognition soveltaminen tarkoittaa oman ajattelun ymmärtämistä, kognitiivisten prosessien aktiivista tarkkailua ja säätelyä sekä erilaisten strategioiden soveltamista ongelmatilanteissa. Informaation saaminen meillä olevista kognitiivisista prosesseista on tärkeä edellytys toimintojen arvioinnille ja ohjaamiselle. Erityisesti vaativissa ja ponnisteluja tarvittavissa tehtävissä tarvitaan tahdonalaista omien kognitiivisten prosessien, emootioiden ja toimintojen kontrollia. (Bereiter & Scardamalia 1993; Lehtinen & Hiltunen 2002.)

Hakkarainen ym. (2002) mukaan osaamisen katsotaan muodostuvan tiedoista, valmiuksista, kyvyistä ja kokemuksista. Osaaminen merkitsee sitä, että henkilö suoriutuu työtehtävästään ja kykenee kehittymään. Osaamisen oleellisena osana on kehittynyt arvostelu ja itsearviointi: tällöin pyritään parhaaseen mahdolliseen tulokseen (Kirjonen ym.1996; Rantalaiho 1997). Osaamista pidetään yllä jatkuvalla sopeutumisella muuttuvaan toimintaympäristöön ja toimintatasoa terävöitetään jatkuvasti uudistuvalla oppimisella (transformaatio), jotta pystytään muuttuvassa ympäristössä tuottamaan uudenlaisia ajattelu- ja toimintamalleja (Ruohotie 2000).

Profession tulevaisuus

Tämän päivän yhteiskunnassa professioihin kohdistuu monia uusia paineita, onko asiantuntijuuden organisoituminen professioksi enää tarpeellista? Konttisen (1997) mukaan tulevaisuudessakin tullaan tarvitsemaan pätevyyden osoittimia, epätodennäköistä on, että osoittimet koulutuksen antamasta pätevyydestä tulisi häviämään. Maallikoiden ja asiantuntijoiden suhde muuttuu, raja ei häviä vaan asiantuntijat tarvitsevat työssään tietoa arkipäivän rakenteista ja – kokonaisuuksista, jolloin tarvitaan monimuotoista yhteistyötä. (Konttinen 1997.)

Pohjoismaisen seksologian koulutusohjelma ja professionaalistumisen rakentaminen

Pohjoismaissa seksologista osaamista on kehittänyt Nordic Association for Clinical Sexology, (NACS). Yhdistyksen asiantuntijoita kokoontui suunnittelemaan kliinisen seksologian koulutusohjelmaa vuosina 1997–1999 Pohjoismaiden Neuvoston tuella. Työskentelyn tuloksena rakentui kolmiportainen koulutusprosessi: Seksologia I, Seksologia II ja Seksologia III. Seksologia I opintojen tavoitteena on seksologian käsitteiden ja niiden merkityksien ymmärtäminen. Opinnoissa aloitetaan omakohtainen seksologinen ammatillinen kehitys sekä hankitaan valmiuksia kriittiseen ja eettiseen seksuaalisuuden tarkasteluun. Opintojen laajuus on 20 opintoviikkoa. Opinnot toteutetaan vuoden koulutusprosessina. Koulutuksen tavoitteena on saavuttaa taidot toimia PLISSIT-mallin I-II-tasolla.

Seksologia II opinnoissa laajennetaan ja syvennetään teoreettista tietämystä, opitaan käytäntöjä seksologian tutkimuksista ja seksuaalisten ongelmien hoitamisesta. Koulutuksen tavoitteena on seksuaaliongelmien ammatillinen kohtaaminen Annonin (1976) PLISSIT-mallin kolmella ensimmäisellä tasolla (katso s. 35). Asiakas hyväksytään vastuullisena seksuaalisena olentona. Koulutuksessa hankitaan taitoja ohjata asiakasta seksuaalisuuteen liittyvissä erityiskysymyksissä sekä hankitaan taitoja hoitaa seksuaalisia toimintahäiriöitä.

Seksologia III opinnoissa laajennetaan ja syvennetään osaamista seksologian tutkimuksen ja hoidon piirissä. Koulutuksessa saavutetaan taidot toimia PLISSIT-mallin kaikilla tasoilla (katso s. 30). Koulutuksen tavoitteena on tuottaa erityisasiantuntijuus, jolloin on oikeus toimia myös työnohjaajana ja kouluttajana seksuaalikysymyksissä.

NACS:in auktorisointiryhmä päteväi (auktorisoi) tietyt opintomäärät suorittaneet opiskelijat. Neljäkymmentä opintoviikkoa (Seksologia I ja Seksologia II) suorittuun opiskelijoilla on mahdollisuus hakea NACS:lta nimikettä: Specialist in Sexological Counselling. Kansallisella tasolla hakemukset käsittelee Suomessa Suomen Seksologinen Seura, joka myöntää suomalaiset nimikkeet: Seksuaaliterapeutti, erityistaso (opiskelijalla sosiaali- ja terveysalan tutkinto) tai Seksuaalipedagogi, erityistaso (opiskelijalla kasvatustieteen tutkinto). Opiskelijan suorittuun Seksologia I, Seksologia II ja Seksologia III opinnot, opiskelijalla on mahdollisuus hakea Specialist in Clinical Sexology nimikettä, joka vastaa Suomen Seksologisen Seuran myöntämää kliininen seksologi -nimikettä.

Seksologian koulutusohjelman toteuttamisessa edellytetään muun muassa ekspertitiedon kolme tieto-osa-alueita: 1. Normatiivinen komponentti, ”what”, joka on kuvailevaa tietoa. Eksplisiittinen tieto sisältää opittuja, enemmän tai vähemmän automatisoituneita taitoja. Tiedot sisältävät faktoja, joita on kirjoissa ja dokumenteissa, tätä tietoa voidaan siirtää puheiden, kirjoitusten ja viestimien välityksellä; 2. Käytännön tietoa, joka vastaa kysymykseen miten ”know how”, jota voidaan kutsua prosessitiedoksi, arkikielessä tietotaidoksi. ”Know how” tietoa opitaan käytännössä, jossa samalla opitaan käytäntöön sisältyviä ajattelutapoja sekä tiedon arviointia, johon osana kuuluu itsearviointi ja refleksiivisyys. (Tynjälä 1999; Hakkarainen ym. 2002.) 3. Asiantuntijatietoon sisältyvät metakognitiiviset ja reflektiiviset tiedot ja taidot, joilla tarkoitetaan tietoisuutta omasta oppimisesta ja toiminnasta. (Tynjälä ym. 1997.)

Hiljaisen tiedon (tacit-tiedon) merkitys korostuu osana asiantuntijatietoa, eksplisiittinen tieto ymmärretään ja sovelletaan tacit-tiedon avulla. Täysin puhdas eksplisiittinen tieto ei ole mahdollista. Hiljaisessa tiedossa on sekä kognitiivisia että toiminnallisia elementtejä. Ensimmäiset ovat mielensisäisiä malleja ja uskomuksia, joilla yksilö hahmottaa maailmaa, jälkimmäiset ovat hänen oppimiaan enemmän tai vähemmän automaatisoituneita taitoja. Hyvin kehittyneen hiljaisen tiedon ilmenemistä kuvataan usein intuitiolla. Oikeaan suoritukseen johtava intuitio on sitä tyypillisempää mitä rikkaampia ja monipuolisempia kokemuksia henkilöllä on tilanteeseen liittyvistä kysymyksistä. (Asanti ym. 2002.)

Seksuaaliterapeutti on henkilö, joka hallitsee seksologian teoreettista tietoa ja hänellä on taito toimia PLISSIT -tason kolmella ensimmäisellä tasolla. Lisäksi hänellä on kyky arvioida omaa kompetenssiaan ja ammatillisia asenteitaan. Kliininen seksologi hallitsee syvällisesti seksologista teoretietoa ja hänellä on taito toimia PLISSIT-mallin kaikilla tasoilla. Kliinisellä seksologilla on oikeus toimia myös työnohjaajana ja kouluttajana seksologian kysymyksissä. (Sexological education and authorization by NACS 1997, 2000.) Pohjoismaissa

on auktorisoitu noin 150 seksuaaliterapeuttia ja 50 kliinistä seksologia, joista suomalaisia on noin kolmasosa (Suomen Seksologinen Seura 2005).

TAULUKKO 2 Pohjoismainen seksologian koulutus- ja pätevytymisohjelma. (*) tuntimäärät kuvaavat opiskelijan työtä. (Sexological education and authorization by Nordic Association for Clinical Sexology 1999, 2000)

<p>Seksologia I</p> <p>Seksologian perusteet (800 tuntia *) Yhden vuoden prosessi, 80 % läsnäolo</p> <p>Tuntimäärät sisältävät: 200 tuntia lähiopetusta, 400 tuntia: 2 ryhmätyötä 200 t. sekä kirjallisuuteen tutustumista (2000 sivua). Lopputyö 200 t., voi olla suullinen tai kirjallinen esitys/ tuotos. Pätevyys: PLISSIT-malli tasot I-II</p> <p>Ei NACS pätevytymistä, paikallinen sopimus pätevyydestä</p>
<p>Seksologia II</p> <p>(800 tuntia *) Yhden vuoden koulutusprosessi vähintään, kolme vuotta enintään, läsnäolo 80 %.</p> <p>Edellytykset koulutukseen: Kolme vuotta työkokemusta relevantilla aihealueella. Vähintään kuusi kuukautta kliinistä työkokemusta. Hyväksytysti suoritettut Seksologian perusteet opinnot tai vastaavat. Mahdollisuus työskennellä opintojen aikana kliinisen seksologian parissa.</p> <p>Tuntimäärät sisältävät: 200 tuntia lähiopetusta, johon sisältyy ryhmätyönohjausta 75 t. tai 50 t. yksilötyönohjausta, (SSA-opinnot) 25 t. ammatillisen asenteen kehittyminen, 400 tuntia yksilö tai ryhmätyötä, johon sisältyy käytännön harjoittelu 100 t., josta 15 t. neuvontaa nettissä, puhelimesta tai lehdissä. Vertaisryhmätyöskentelyä 36 t., kirjallisuutta 2000 sivua. 200 tuntia lopputyö, joka voi olla tutkimus/kehittämistyö.</p> <p>Pätevyys: PLISSIT-malli tasot I-III</p> <p>NACS pätevyys: Specialist in Sexological Counselling</p>
<p>Seksologia III</p> <p>(1600 tuntia*), kahden vuoden koulutusprosessi, läsnäolo 80 %</p> <p>Edellytykset koulutukseen: Vähintään neljän vuoden kliininen, korkeakoulututkinto, hyväksytysti suoritettut Seksologia I ja II opinnot tai vastaavat. Kaksi vuotta kliinistä työskentelyä seksologisesti relevantilla kentällä sekä vähintään yhden vuoden ajan kliinistä työskentelyä, johon on sisältynyt työnohjausta/opiskelua. Oppijalla on mahdollisuus kliiniseen seksologiseen työskentelyyn opiskelun aikana. Pätevyys on oltava kliiniseen työskentelyyn ko. maanlakien ja asetusten mukaisesti.</p> <p>Tuntimäärät sisältävät:</p> <p>400 tuntia lähiopetusta, joka sisältää SSA-opintoja 40 t, ryhmätyönohjausta 120 t. tai yksilötyönohjausta 80 t, yksilöterapiaa 48 t. ajanjaksolla yksi vuosi, 1200 tuntia etätyöskentelyä sisältäen vertaisryhmän kanssa työskentelyä tai yksilötyötä, johon sisältyy käytännön harjoittelu 200 t., 4000 sivua kirjallisuuteen ja alan tutkimuksiin perehtymistä sekä lopputyö 400 t., tutkimus tai kehitysprojekti (tieteellinen taso).</p> <p>Pätevyys: PLISSIT-malli tasot I-IV</p> <p>Työnohjaaja- ja kouluttajaoikeus seksuaalikäytännöissä</p> <p>NACS pätevyys: Specialist in Clinical Sexology</p>

Taulukossa 2 kuvataan Pohjoismaiden (NACS 1999, 2000) hyväksymää koulutus- ja pätevyitymisrakennetta. Sisällöt koostuvat keskeisistä seksologian aiheista kuten seksuaalisuuden kulttuurinen, historiallinen ja uskonnollinen näkemys, seksuaalisuuden ilmaiseminen elämänkulun aikana, lisääntymisterveys ja seksuaalinen hyvinvointi, seksuaalinen väkivalta, kehotietoisuus, erotiikka ja rakkaus, sukupuoli- ja seksuaali-identiteettikysymykset, seksuaaliorientaatio, seksuaaliset toimintahäiriöt ja muut seksuaaliset ongelmat jne. Koulutuksen kolmannella tasolla keskitytään syvällisesti klinisiin ongelmiin, erilaisiin potilastapauksiin ja hoitokertomuksiin. Seksologia III tasolla opitaan työskentelemään PLISSIT-mallin kaikilla tasoilla sekä saadaan oikeus toimia seksuaalikeskustelussa työhönsä ja kouluttajana. Jyväskylän ammattikorkeakoulu aloitti ammatillisena lisäkoulutuksena Seksuaalivertaiskoulutuksen (10 ov) vuonna 1995. Koulutus on toteutunut edelleen ammatillisena täydennyskoulutuksena Seksologian perusteet, 10 ov. Suomalaiseen lakiin ja asetukseen (18.6.1998, 12§) perustuva seksologinen täydennyskoulutus alkoi vuonna 1997 seksologian ammatillisina erikoistumisopinnoina (40 ov) Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, vuonna 2003 opintojen laajuus oli 30 ov. Ammattikorkeakoulun jatkokutkintokokeiluna (nykyisin ylempi amk-tutkinto) toteutettiin 2003 – 2005 Seksologia III tason opinnot. Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijat ovat sisällyttäneet opintoihin alusta alkaen seksuaaliterveyden edistämisen opintoja. Seksuaaliterveyden käsite on ollut hyvin vieras pohjoismaisessa kontekstissa, mikä vuoksi kliininen suuntautuminen on hyväksytty ja auktorisoitu tällä hetkellä NACS:in piirissä. Vuoden 2005 NACS:in konferenssissa syyskuussa Jyväskylässä Suomen Seksologinen Seura teki ehdotuksen seksuaaliterveyden edistämisen erityisasiantuntijuuden auktorisoinnista (Specialist in Sexual Health Promotion). NACS:in vuosikokous perusti työryhmän valmistelemaan ehdotusta.

Suomen lisäksi Göteborgin yliopiston psykologian laitoksella toteutetaan pohjoismaista seksologian koulutusmallia. Norjassa Agderin korkeakoulusta on valmistunut ensimmäiset Specialist in Sexological Counselling tason opiskelijat vuonna 2004. Tanskassa ollaan käynnistämässä samankaltaista ohjelmaa Kööpenhaminan Rigsdagssjukhuset sairaalan yhteyteen, psykiatrian klinikalle. Euroopassa toimivassa Euroopan seksologian liitossa (European Federation for Sexology, EFS) ollaan kiinnostuneita Pohjoismaiden koulutus- ja auktorisointimallista, samoin kuin Seksuaaliterveyden maailmanjärjestön piirissä. Useissa maissa eri puolilla maailmaa kuten Australiassa Sydneyn yliopistossa on järjestetty seksologian koulutusta muun muassa terveystieteen opiskelijoille (Weerakoon & Wong 2003; Weerakoon 2005). Hollannissa Rotterdamin syöpäklinikalla kokeiluohjelman toteutuva koulutus on esimerkki työyhteisöjen kouluttamisesta. Pilotissa koulutetaan kuntouttavan toiminnan lääkäreitä, hoitajia, sosiaalityöntekijöitä, fysio- ja puheterapeutteja. Koulutus antaa valmiuksia ottaa seksuaaliasiat puheeksi omassa työtehtävässä.

Suomen Seksologisella Seuralla on ammatillistumista edistäviä tehtäviä. Seura on seksologian alalla toimivien ammattihenkilöiden yhdistys, joka pyrkii aktiivisesti edistämään seksologista osaamista ja seksuaaliterveyden edistämisen legitimiä asemaa yhteiskunnassa. Seuran toiminta ei kuitenkaan pyri professionaalisen järjestön tiukasti määriteltyihin tehtäviin. Suomen Seksologisessa Seurassa toimii viisi jaostoa: tutkimus-, hoito-, ja terapiatyön jaostot sekä lääketieteen ja koulutuksen jaostot.

Seksologisen Seuran jäsenet ovat olleet aktiivisesti mukana alan koulutuksen ja auktorisointijärjestelmän kehittämisessä. Suomessa ei ole auktorisoiduilla henkilöillä lakiin perustuvaa, autonomista asemaa ja keskeistä asiantuntijavaltaa. Suomen Seksologisella

Seuralla ja Pohjoismaisella yhdistyksellä on omat eettiset toimikunnat. Suomen eettinen toimikunta on ottanut kantaa muutamaankin seksologiseen kysymykseen yhteiskunnassa. Pohjoismainen järjestö on laatinut eettiset ohjeet seksologian ammatillisena asiantuntijana toimimisesta. Suomessa alan asiantuntijoita kehoitetaan noudattamaan näitä eettisiä ohjeita.

Suomen Seksologinen Seura kuuluu Euroopan seksologiseen järjestöön, European Federation for Sexology (EFS) sekä maailman seksuaaliterveyden järjestöön, World Association for Sexual Health (WAS). Seksologian asiantuntijat kokoontuvat säännöllisesti konferensseihin, pohjoismainen konferenssi toteutuu kerran vuodessa, Euroopan ja maailman konferenssit vuorottelevat vuosittain. Konferensseissa esitellään uusimpia tutkimustuloksia, koulutuksia sekä tavataan kollegoita ja kehitellään uusia tutkimuksia ja projekteja.

3 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

Seksuaaliterveyden edistämisen arvolähtökohdat ja toiminnan periaatteet

Tämän tutkimuksen seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisen työn perustana ovat terveyden edistäminen ja seksuaaliterveys. Seksuaaliterveyden edistämisen arvolähtökohdat perustuvat seksuaalioikeuksiin. Seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirja hyväksyttiin Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton IPPF:n (International Planned Parenthood Federation) yleiskokouksessa vuonna 1995 (liite 2). Peruskirjan tavoitteena on edistää ja suojella seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä oikeuksia kaikissa yhteiskuntajärjestelmissä. Peruskirjan perustana ovat oikeudet elämään, vapauteen, turvallisuuteen, tasa-arvoon, yksityisyyteen, ajattelun vapauteen sekä oikeudet tietoon ja koulutukseen, asianmukaisiin terveydenhuoltopalveluihin, päätöksiin hankkia lapsia omien päätösten mukaan, oikeus tieteellisyyden tuomaan kehitykseen ja elämään vapaana kidutuksesta.

Seksologian maailman järjestö (WAS) määritteli seksuaalioikeudet vuonna 1999 Hong Kongissa (liite 3). Seksuaalioikeuksien toivotaan olevan perustana kansakuntien seksuaaliterveyden edistämistyössä. Seksuaalioikeuksien julistuksessa lähtökohtana ovat seksuaalinen vapaus, autonomia, eheys ja kehon turvallisuus, oikeuksissa painotetaan erityisesti seksuaalisia oikeuksia korostaen vapauden ja vastuun merkitystä valinnoissa sekä seksuaalisen tunneilmaisun ja mielihyvän kokemuksissa. Seksuaalioikeuksiin liittyy myös oikeus seksuaalisen terveyden hoitopalveluihin. (Ng EML, Borra's-Valls, Perez-Conchillo, Coleman 1999; Coleman 2002.) World Association for Sexual Health (WAS) painottaa yhteiskunnallisten toimenpiteiden merkitystä seksuaalisen terveyden saavuttamiseksi. (Liite 1).

Yhteiskuntatasolla toteutuvassa seksuaaliterveyden edistämässä huomioidaan ja arvioidaan yhteiskunnassa vallitsevia arvoja, sosiaalisia järjestelmiä ja menetelmiä, joilla perusinstituutiot vaikuttavat ihmisen elämään. Tarkastelun kohteena tulee olla erityisesti toiminnot, joissa vaikutetaan kulttuurissa ilmeneviin seksuaalisuuden kielteisiin myytteihin ja uskomuksiin. Laadukkaassa ja tarkoituksenmukaisessa seksuaaliterveyden edistämässä käytetään kohderyhmän kannalta kohdennettua, relevanttia tietoa, motivaation tukemista ja taitojen kehittämistä, joita tarvitaan seksuaalisuuden ilmaisussa ja vastuunottamisessa. Seksuaaliterveyden edistämistä kehitetään tuottamalla ammatillista

seksologian/seksuaaliterveyden koulutusta, luomalla seksuaaliterveyspalveluja, edistämällä ja tukemalla seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden tutkimusta. (WHO ym. 2000.) Kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat, joissa huomioidaan seksuaaliterveys auttavat myös toteuttamaan turvallisia seksuaali- ja lisääntymisterveyskäytäntöjä (Fisher & Fisher 1998). Valtio ja muut merkittävät instituutiot vastuutetaan kantamaan huolta terveydestä ja seksuaaliterveyden edistämisestä (Bangkok Charter 2005; WAS, Montreal Declaration 2005).

Yhteisötasolla tuotetaan seksuaaliterveyspalveluja, joiden tavoitteena on lisätä vastuuntuntoista seksuaalikäyttäytymistä ja vähentää pelkoa sekä epätasa-arvoa. Yhteisötasolla tulee toteuttaa seksuaalikasvatusohjelmia, joissa on huomioitu yhteisössä elävät vähemmistöryhmät kuten vangit, pakolaiset, maahanmuuttajat ja köyhät. (WHO ym. 2000; Ottawa Charter 1986.)

Yksilötasolla seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteena on auttaa yksilöä saavuttamaan positiivisia kokemuksia sekä nauttimaan oman seksuaalisuutensa toteutumisesta. Seksuaaliterveyden edistämisen keskeisenä tarkoituksena on tukea yksilön elämässä seksuaaliterveyden positiivisia puolia (mm. itsearvostus- ja kunnioitus, toisten kunnioittaminen, seksuaalinen nautinto, johon ei liity pakottamista, tyydytystä tuottava parisuhde, ilo toivotusta vanhemmuudesta) ja auttaa välttämään seksuaaliterveyden kielteisiä puolia (mm. ei-toivottu raskaus, sukupuolitaudit, HIV/AIDS, seksuaalinen pakottaminen). (Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003.)

3.1 Seksuaaliterveyden edistämisen työn ydinnäkökulmat

3.1.1 Terveyden edistäminen ja seksuaaliterveys

Taulukkoon 3 on koottu Ottawa ja Bangkok charterin terveyden edistämisen keskeisiin ulottuvuuksiin (yksilö, yhteisö, ympäristö ja yhteiskunta) liittyviä tekijöitä. Taulukossa esitetään myös seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön liittyviä tekijöitä.

TAULUKKO 3 Terveyden edistämisen ulottuvuudet (Ottawa Charter 1986; Bangkok Charter 2005) ja seksuaaliterveyden ehkäisevän työn tekijöitä (Kontula, Lottes 2000; WHO ym. 2000)

Terveyden edistämisen ulottuvuudet	Terveyden edistäminen	Seksuaaliterveys
Yksilö	Tiedon jakaminen ja jatkuva terveyden puolesta puhuminen, elämän taitojen lisääminen. Koko elämänsä ajan pyritään mahdollistamaan täysipainoinen elämä.	Yksilön resurssien kehittäminen ja tukeminen kuten positiivinen käsitys itsestä, hyvä seksuaalinen itsetunto, vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot, riittävät tiedot seksuaaliterveydestä. Panostetaan seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön.
Yhteisö	Hyödynnetään kansalaisten ja yhteisöjen voimavaroja sekä mahdollisuuksia tukea toisiaan. Yhteistoiminnan lisääminen mahdollistaa hyvinvoinnin kasvun. Kumppanuuksien ja liittoumien rakentamista.	Luodaan ja tuetaan vastuullista seksuaalista hyvinvointia tukevaa toimintaa. Tuotetaan verkostomahdollisuuksia toteuttaa ja kehittää taide-, liikunta- ja sosiaalisia harrastuksia. Luodaan alueelliseen toimintasuunnitelmaan ja strategiaan perustuen seksuaalikasvatusohjelmia.
Palvelut	Avointa tiedon vaihtoa eri sektoreiden välillä ja kansalaisten kanssa, tutkimuksen ja opetuksen uudelleen suuntaamista. Siirrytään ”palvelupolitiikasta terveystalouteen”.	Pyritään seksuaalisuhteen laadun parantamiseen kasvatus, neuvonta- ja hoitopalvelujen järjestämisellä. Luodaan seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijaverkostoja toteuttamaan interventioita ja tarjoamaan erilaista toimintaa.
Ympäristö	Huolenpitoa yhteisöstä ja ympäristöstä, luonnon ja rakenteellisen ympäristön suojelemista ja luonnonvarojen säilyttämistä. Voimavarojen vahvistamista.	Suojellaan hedelmällisyyttä muun muassa vähentämällä sukupuolitauteja ja HIV-tartuntoja sekä vähentämällä ympäristön saasteita.
Yhteiskunta	Terveys on perusta yhteiskunnalliselle ja sosioekonomiselle kehitykselle. Hallitusten tehtävänä on edistää väestön terveyttä. Terveystarpeiden vähentäminen. Hyödynnetään lainsäädännön, taloudellisten toimenpiteiden, verotuksen ja hallinnollisten muutosten mahdollisuudet.	Tuetaan ja edistetään seksuaaliterveyttä edistäviä päätöksiä, vaikutetaan kulttuurissa ilmeneviin myytteihin ja uskomuksiin. Hyödynnetään seksuaaliterveyden edistämisen indikaattoreiden antamaa tietoa. Poistetaan yhteiskunnallisia esteitä seksuaaliterveyden edistämisen toiminnassa, tuotetaan laadukasta seksologian koulutusta. Luodaan kansallinen toimintasuunnitelma ja strategia.
Tietoperusta		Monitieteellinen tietoperusta

Terveyden ja seksuaaliterveyden edistämisen yksilötason ulottuvuuksissa pyritään tukemaan yksilöitä mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ja elämänmittaiseen hyvinvointiin. Yhteisötasolla toiminnan edistäminen nähdään yhteisöjen voimavarojen ja verkostojen tukemisena. Yhteiskuntatason toiminnan nähdään liittyvän eri hallintoalojen vastuulliseen

toimintaan, jolloin hyödynnetään tietoa strategioiden luomisessa. Asiantuntijaverkostot toteuttavat interventioita, joiden tavoitteena on eri sektoreiden yhteistyö ja palvelujen laadun parantaminen. Terveyden- ja seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää myös ympäristöstä ja luonnosta huolehtimista.

Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen käsite on muovautunut ensisijaisesti Maailman Terveysjärjestössä. 1980-luvun alussa WHO:n Euroopan aluetoimistossa kehitettiin uutta yhteiskunnallisesti painottunutta ”health promotion” -toiminta-ajatusta. Tässä tulkinnassa nostettiin yhteiskuntatieteiden tuottama tieto lääketieteellisen tiedon rinnalle. Positiivinen terveyden vahvistaminen nousi riskien ja tautien rinnalle. Voimaantumisen (empowerment) tuli terveyden tavoite. (Rimpelä 2005.) Empowerment-käsite on saanut monia merkityksiä suomenkielessä kuten täysivaltaistaminen, omavoimaistaminen, voimaantuminen ja vahvistaminen. Empowerment-mallissa Tones & Tilford (1990, 2001) painottavat erityisesti yksilön ja yhteisön voimavarakapasiteetin rakentamista niin, että yksilöillä ja yhteisöillä on kykyä valita terveyttä edistävää sekä vaikuttaa siten terveytensä edistämiseen. Mallissa nähdään myös terveyspalvelut merkityksellisinä tekijöinä. Palveluiden tulee vastata väestön terveysvaatimusten mukaisia tarpeita. Ihmis- ja voimavarakeskeistä lähestymistapaa kuvaavat terveyden edistämisen osat: ihmis- ja voimavarakeskeisyys, autonomisuus, tasa-arvoisuus, kumppanuus, yhteistyö, neuvottelu, yhteisön osallistuminen ja itsemääräämisoikeus (Ottawa Charter 1986; Latter 1998; Raeburn ja Rootman 1998; Liimatainen 2002).

Vertio (2003) on määrittänyt terveyden edistämistä toimintana, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisen omia mahdollisuuksia vaikuttaa ympäristönsä terveydestä huolehtimiseen. Terveyden edistäminen on yksilön, yhteisön – ja yhteiskunnan terveyden edellytysten parantamista.

Ensimmäisessä terveyden edistämisen konferenssissa Ottawassa, määriteltiin terveyden edistämisen alueet The Ottawa Charter for Health Promotion asiakirjassa (1986). Asiakirjassa painotetaan ihmisten taitojen edistämistä toimia terveyttä edistävällä tavalla, terveellisen yhteiskuntapolitiikan luomista, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen toiminnan tehostamista sekä terveyspalvelujen uudistamista. Bangkokissa 2005 (Bangkok Charter) painotetaan hallitusten tehtävää ja vastuuta edistää väestön terveyttä sekä vähentää terveyseroja. Terveyden edistäminen tulee mieltää strategiseksi painoalueeksi, jossa tarvitaan rakenteiden, johtamisen ja taloudellisten resurssien vahvistamista sekä kansanterveystyön selvittämistä. Terveyden edistämiseksi tarvitaan terveyden ja hyvinvoinnin seuranta, arviointia sekä terveysvaikutusten ennakoarviointia. (WHO 2005.)

Positiivinen näkemys terveydestä painottaa sosiaalisia ja yksilöllisiä voimavaroja samoin kuin fyysisiä edellytyksiä. Käsite terveydestä ohjaa terveyden edistämisen prosessia. Terveys sisältää useita determinanteja, joita voidaan kuvata suhteessa kulttuuriin tai ympäristöön. Näitä determinanteja ovat esimerkiksi fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, seksuaalinen, hengellinen, henkinen ja emotionaalinen osa-alue. (Perttilä 1999; Liimatainen 2002.) Terveys subjektiivisena positiivisena kokemuksena seksuaalisuuden alueella ilmenee taitona tehdä valintoja, jotka edistävät seksuaaliterveyttä sekä seksuaalisuuden tiedostamis-

ta, jossa yhdistyvät toive läheisyyden, lämmön, hellyyden ja rakkauden fyysisestä sekä emotionaalisesta ilmaisusta (Coleman 1998).

Savola & Koskinen-Ollonqvist (2005) ovat määrittäneet terveyden edistämistä arvoihin perustuvaksi tavoitteelliseksi ja välineelliseksi toiminnaksi ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämisen arvolähtökohdat ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, oma-voimistaminen (empowerment), oikeudenmukaisuus, osallistuminen, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Arvolähtökohtien ja terveys -käsitteen määrittämisen lisäksi terveyden edistämisen toteuttamisessa on merkityksellistä yksilön tai yhteisön uskomusten ja normien kokonaisuus (Tones ym.1990; Rush 1997; Liimatainen 2002).

Savolan ym. (2005) mukaan terveyden edistämisen toiminnat ovat promotiivisia ja preventiivisiä. Promotiivinen terveyden edistäminen merkitsee terveyttä suojaavien mahdollisuuksien ja voimavarojen vahvistamista yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Terveyttä suojaavat tekijät jakautuvat sisäisiin ja ulkoisiin suojaaviin tekijöihin. Suojaavia sisäisiä tekijöitä ovat yksilölliset elämäntavat, myönteinen elämän asenne, koherenssin tunne, itsetunnon vahvuus ja myönteisyys, kyky ratkaista konflikteja sekä kyky oppia. Suojaavia ulkoisia tekijöitä ovat perustarpeiden tyydyttyminen, taloudellinen perustoimeentulo, tiedontarpeen tyydyttyminen, sosiaaliset pysyvät verkostot, myönteiset roolimallit, ympäristön turvallisuus ja luotettavuus sekä terveellinen yhteiskuntapolitiikka ja julkiset palvelut. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Preventiivinen toiminta kohdistuu yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen elämän laadun parantamiseen. Preventiivisen toiminnan muodoista primaaripreventio tähtää erityisesti sairauksien ja riskien ehkäisyyn, sekundaaripreventio sairauksien mahdollisimman varhaiseen toteamiseen ja komplikaatioiden ehkäisyyn, tertiaaripreventiossa kuntoutetaan ja vahvistetaan jäljellä olevia voimavaroja. (Koponen ym.2002; Tones & Tilford 2001; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Terveyden edistämisen preventiivinen toimintamuoto on terveystkasvatus, jonka tehtävänä on käyttäytymisen muuttaminen ja terveyttä edistävän toiminnan vahvistaminen. Terveystkasvatus toteutuu suunniteltujen oppimiskokemusten avulla. (Kannas 2005.) Kannas (2005) on kiteyttänyt terveystkasvatuksen lähestymistapoja pääosin Tonesin (Tones & Tilford 2001) kirjoituksiin perustuen. Terveystkasvatuksen lähestymistavat ilmentävät terveystkasvatuksen kasvatusfilosofiaa ja praktista olemusta. Lääketieteellisessä terveystkasvatuksen mallissa tavoitteet jäsennetään riskitekijöiden ja riskien ehkäisemisen näkökulmasta. Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa terveystkasvatuksen keskeisenä tehtävänä on lisätä ihmisten psyykkisiä voimavaroja, sosioemotionaalaisia taitoja sekä yleisimminkin taitoja vaikuttaa omaan elämään ja erityisesti terveyteen. Voimavarakeskeistä lähestymistapaa voidaan tarkastella myös empowerment-käsitteen näkökulmasta, jolloin kasvatuksessa oppijat nähdään oman elämänsä asiantuntijoina. Kasvatuksen tärkeinä osioina nähdään tällöin vastavuoroisuus, oppijoiden tarpeet, heidän selviytymistaitonsa ja voimavaransa, yksilölliset toimintatyylinsä ja sosiaaliset verkostonsa. Oppijaa valtaistetaan ja vastuutetaan mukaan tavoitteiden saavuttamiseen. Oppija on oman elämänsä asiantuntija. Humanistinen terveystkasvatuksen malli korostaa yleissivistävää tehtävää sekä arvopohjaa, jolle terveystkasvatoiminta perustuu. (Kannas 2005.) Promootionäkökulmakin voi olla muutokseen tähtäävää toimintaa. Tiukkaa erottelua promotatiivisen ja preventiivisen lähtökohdan välillä ei voida tehdä (Lahtinen ym.2003; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Terveyden edistämisen preventiiviseen, kasvatukselliseen ja voimavarakeskeiseen lähestymistapaan pyritään käyttämällä jaettua asiantuntijuutta. Tällä tarkoitetaan terveyden edistämisen asiantuntijoiden ja/tai asiakkaiden välistä uudenlaista yhteistyötä ja laadullisesti erilaisen tiedon ja osaamisen jakamista yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (vrt. McWilliam et al.1997; Poskiparta 1997; Hakkarainen ym.2000; Liimatainen 2002). Jaettuun asiantuntijuuteen perustuvassa terveyden edistämisen prosessissa terveyden edistämisen eri toimijat jakavat tietoon, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja saavuttaakseen jotain sellaista, mitä yksittäinen ihminen ei pystyisi saavuttamaan (vrt. Oatley 1991; Hakkarainen ym.2000; Liimatainen 2002).

Terveyden edistämisen oikeutus perustuu Kansanterveyslakiin (1972) ja Perustuslain 19 §:ään (1999), joiden mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Suomalaisessa yhteiskunnassa on tapahtumassa hiljaisesti hyväksytty lain rapautuminen. Kansanterveyslain mukainen kieli on muun muassa muuttunut, muuttuvatko toiminnot sen mukana ilman yhteistä sopimusta ja pohdintaa? (Rimpelä 2005.) Kuntalaissa (1995) kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan. Euroopan Unionin perustuslaki sisältää terveyden edistämisen näkökulman. Lain tavoitteena on kansanterveyden parantaminen, sairauksien ehkäiseminen ja terveyttä vaarantavien tekijöiden torjuminen. Toimintaa toteutetaan yhteistyönä jäsenvaltioiden välillä (Eurooppa-valmistelukunta 2003.)

Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveys on käsitteenä suhteellisen uusi. World Health Organization (WHO) on käyttänyt seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteitä dokumenteissaan ensimmäisen kerran 1970- ja 1980-luvuilla. Kairon väestökongressin asiakirja (1994) oli ensimmäinen, jossa tunnustettiin seksuaalisuus tärkeäksi osa-alueeksi elämässä. Seksuaaliterveys käsite sisältyi asiakirjassa lisääntymisterveyteen. Seksuaaliterveys määritetään päämääräksi, jolla tavoitellaan elämänlaatua. Seksuaaliterveys voidaan nähdä tällöin tavoitteena, jonka saavuttamiseksi työskennellään, eikä se ole ainoastaan neuvonta- ja hoitotyön päämäärä. (Lottes 2000; Giami 2002; Kontula 2004.)

WHO määrittelee seksuaaliterveyden seuraavasti:

“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.” (WHO 2002).

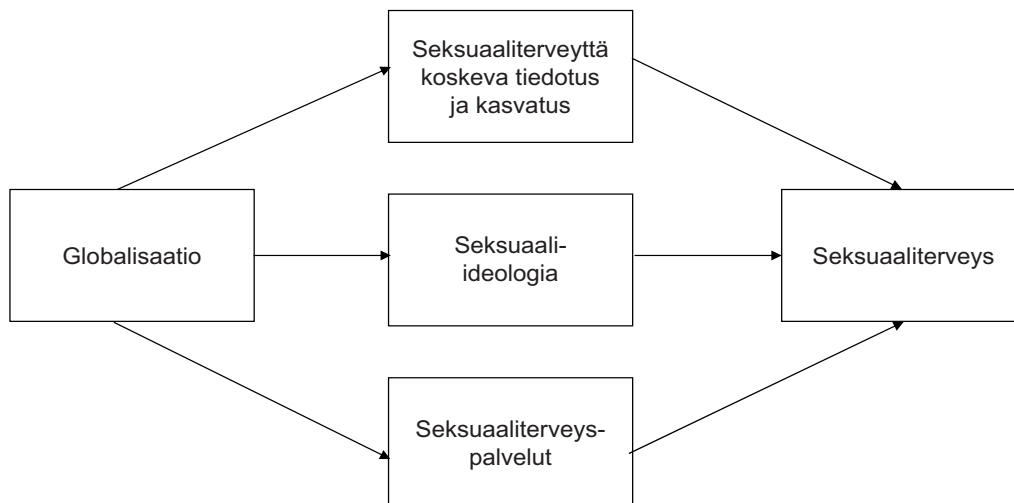
Seksuaaliterveys on tila, jota määrittää fyysinen, emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi suhteessa seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveys voidaan saavuttaa sairauksista, häiriöistä tai vammautumisesta huolimatta. Käsite painottaa positiivista, kunnioittavaa näkemystä seksuaalisuudesta ja seksuaalisuhteista samoin kuin mahdollisuuksista kokemuksiin turvallisesta seksuaalisesta mielihyvistä vapaana vähättelystä,

pakottamisesta tai väkivallasta. Seksuaaliterveys perustuu seksuaalioikeuksiin, joiden toteutumista jokaisen tulee suojella ja kunnioittaa.

Lottesin (2000) mukaan seksuaaliterveys on monimuotoinen ja moniulotteinen käsite, mikä vaikeuttaa selitysmallin kehittämistä. Seksuaaliterveyden yhdenkin ulottuvuuden selittäminen on jo sinänsä haaste. Määritelmän pohjalta on kuitenkin mahdollista määrittää seksuaaliterveyden indikaattoreita. Seksuaaliterveys ei ole pääasia terveydessä, mutta se on uusi, kehittyvä aihe ja ihmisoikeusasia. Tieteellisenä käsitteenä seksuaaliterveyden asema on muuttunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. (Giami 2002; Kontula 2004.)

Seksuaaliterveyttä voidaan tarkastella sekä makro- että mikroperspektiivistä. Makrotason analyysi tarkastelee kokonaisia järjestelmiä sekä tapaa, jolla perusinstituutiot ja arvot vaikuttavat elämisen laatuun, kuvio 1. Mikrotason analyysi keskittyy yksilöiden ja pienryhmien väliseen viestintään, kuvio 2. Seksuaaliterveyttä voidaan tarkastella myös sukupuolisuuden näkökulmasta. Naisten seksuaaliterveys on todettu paremmaksi maissa, joissa naisilla on oikeus helposti saatavilla olevaan, halpaan tai ilmaiseen aborttiin tai ilmaiseen perhesuunnittelupalveluun sekä mahdollisuus koulutukseen ja informaatioon seksuaalisuudesta. Näissä maissa naiset ovat myös saavuttaneet johtoasemia keskeisissä instituutioissa. Miesten seksuaaliterveyteen ja vallankäyttöön liittyvät kysymykset ovat herättäneet vähemmän huomiota. Yleisenä olettamuksena on miehen oikeus nauttia seksuaalisuudestaan. Kaikissa maissa on kuitenkin miesryhmiä, joilla ei ole seksuaalioikeuksia. Näitä ryhmiä ovat muun muassa erilaiset vähemmistöt kuten homoseksuaalit, transseksuaalit ja köyhydessä elävät henkilöt. (Lottes 2000.)

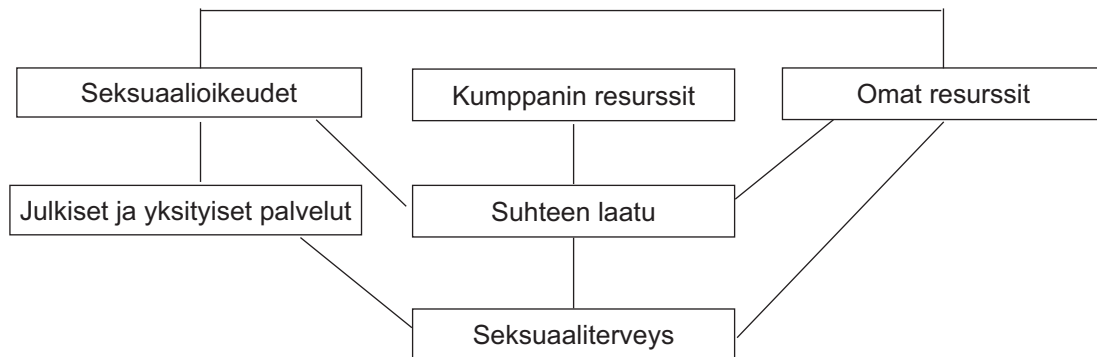
Lottes (2000) on määrittänyt seksuaaliterveyden suorien vaikutussuhteiden mallin. Mallin mukaan seksuaaliterveyteen vaikuttavat maan seksuaali-ideologia, seksuaaliterveyttä koskeva tiedotus ja kasvatustilanne sekä seksuaaliterveyspalvelut. Vaikuttaviin tekijöihin tutkija lisää globalisaation. (Kuvio 1)



KUVIO 1 Seksuaaliterveyden suorien vaikutussuhteiden malli (mukaillen Lottes 2000)

Seksuaaliterveyden muina indikaattoreina voidaan pitää seksuaalista tietämystä, seksuaalista tyydytystä, seksuaaliongelmien ilmaantuvuutta ja vallitsevuutta, yleisiä aborttilukuja, teiniraskauksia ja aborttilukuja, ehkäisyn yleisyyttä, seksuaalisen hyväksikäytön ja väkivallan yleisyyttä sekä äitiys- ja imeväisyyskuolleisuuden yleisyyttä. (Lottes 2000.)

Mikrotason seksuaaliterveyteen vaikuttavia tekijöitä on kuvannut Kontula (2000) kuviossa 2. Hänen mukaansa seksuaaliterveyden välttämätön ehto on seksuaalinen tyydytys, joka toteutuu suhteessa, vuorovaikutuksessa johonkin. Seksuaaliterveyteen sisältyy muun muassa kokemus molemmin puoleisesta tyydytystä tuottavasta turvallisesta ja omaa seksuaalisuutta vapaasti ilmentävästä seksuaalisesta suhteesta. WHO:n (2002) määritelmän mukaan seksuaalisuus on kokemus, joka ilmenee moninaisissa kokemuksissa kuten ajatuksissa, fantasiaissa, toiveissa, uskomuksissa, asenteissa, käytännön tilanteissa sekä erilaisissa rooleissa että suhteissa. Seksuaaliterveys saavutetaan suhteessa edellä mainittuihin tekijöihin. Tällöin eroottista tyydytystä ja mielihyvää voidaan tavoitella monella yksilöllisellä ja luovalla tavalla. Seksuaaliterveyden näkeminen yksilöllisenä, luovana prosessina mahdollistaa tuen tyydyttävän seksuaalielämän toteutumiseen myös vammaisille ja yksinäisille henkilöille. Ihminen voi elää tyydyttävää elämää korvaamalla eroottisen suhteen esimerkiksi lähimmäisenrakkaudella, jolloin seksuaaliterveydessä toteutuu jakamisen, hyväksytyksi tuleminen ja rakkauden henkiset elementit (Ornish 1997; Chopra 2004). Seksuaalikasvatuksen tavoite on rohkaista yksilöitä tavoittelemaan ja elämään oman elämän tilanteen mahdollistamaa seksuaaliterveyttä. Tällöin tarvitaan seksuaalikasvatusta, joka kohdistuu kaikkiin ikäluokkiin ja ihmisryhmiin. Cacciatore (2000) painottaa seksuaaliterveyden edistämisen alkavan jo ennen lapsen syntymää ja liittyvän elämänsä jokaiseen vaiheeseen.



KUVIO 2 Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla (Kontula 2000, s.57)

Raportissa *The Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action* (WHO ym. 2000) allekirjoittaneet organisaatiot ovat erottaneet seksin ja seksuaalisuuden, seksuaaliterveys nähdään määritelmässä prosessina. Seksuaaliterveys on vahvasti aikaan, kulttuuriin, uskontoon ja poliittiseen ilmastoon liittyvä käsite. Seksuaaliterveyden toteutumisessa heijastuvat yhteiskunnan arvot, normit ja uskomukset. WHO ym. (2000) raportissa nähdään seksuaaliterveys toteutuvan yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. (World Health Organization, WHO; Pan American Health Organization, PAHO; World Association for Sexology, WAS 2000.)

Coleman (2002) näkee seksuaaliterveyden toteutumisen haasteeksi yhteiskunnan avoimen ilmapiirin rakentamisen. Avoimessa ilmapiirissä voidaan keskustella seksin, seksuaalisuuden ja vastuullisen seksuaalikäyttäytymisen merkityksestä sekä rakentaa en-

naltaehkäiseviä strategioita, antaa informaatioita, toteuttaa seksuaalikasvatusta, koulutusta sekä tehdä tutkimusta, joilla edistetään seksuaaliterveyttä ja vastuullista seksuaalikäyttäytymistä.

3.1.2 Seksologia ja seksuaalisuus

Tänä päivänä seksologia on laaja asiantuntijuusalue (Gianotten 2003). Sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvät ilmiöt ovat tulleet monimuotoisiksi, minkä vuoksi tarvitaan monimuotoista osaamista. Kehitettäväksi ensisijaisiksi alueiksi seksologiassa Gianotten (2003) on nostanut ehkäisevän työn alueella erityisesti kasvatuksen ja ammattihenkilöiden koulutuksen, hoidollisilla alueilla seksuaalisuuden monimuotoisuudet sekä seksologisen tutkimuksen.

Seksologia tutkii ja käsittelee tietoa sukupuolesta ja seksuaalisuudesta niiden kaikissa ilmenemismuodoissa. Seksologinen tieto rakentuu eri tieteiden kuten lääketieteen, sosiologian, psykologian, filosofian ja terveystieteiden lähtökohdista. Seksologinen toiminta voi toteutua tutkimuksena, koulutuksena, terapiana tai terveyden edistämisen interventiona, jolloin toiminta on ehkäisevää, hoitavaa tai kuntouttavaa. Yhteiskunnan seksuaalisuutta säätelevä lainsäädäntö on myös seksologista toimintaa. (Haeberle, Gindorf 1993; Giami 1999, 2003; Hyde 2001; Virtanen 2002.)

Seksuaalisuus käsitteenä on ilmestynyt kirjallisuuteen 1900-luvulla, 1800-luvulla termiä käyttivät lähinnä biologit ja eläintieteilijät. Termi on lähtöisin latinan kielestä sanasta *sexus*, joka viittaa biologiseen sukupuoleen ja jonka vastakohta on *genus*, sukuun viittaava käsite. Nykyään englanninkielinen termi *sex* ilmaisee biologista sukupuolta ja *gender* - käsite liittyy sosiaaliseen sukupuoleen. (Runkel 2004.)

Seksuaalisuutta on määritetty viettinä, tarpeena, ominaisuutena, tunteena, voimavarana, integroivana ja yhdistävänä voimana tai käyttäytymisen muotona perustuen määrittelijän teoreettisiin lähtökohtiin. Seksuaalisuus käsitteen perintönä ovat käsitteeseen liittyvät ennakoasenteet. Ensimmäiset väestötieteilijät ja psykiatrit 1800-luvulla viitatessaan sukupuolisuuteen, pyysivät anteeksi lukijoidensa huomion kiinnittämistä niin alhaiseen ja vähäpätöiseen seikkaan (Foucault 1998). Foucault'n (1998) mukaan seksuaalisuus on modernin länsimaisen kulttuurin luoma eksistentiaalinen olotila. Seksuaalisuudessa on kyse historiallisesta ontologiastamme, suhteesta elämän tosiasioihin, suhteesta toisiin ihmisiin ja suhteesta itseän.

Greenberg tutkijatovereineen (1989) määritteli seksuaalisuutta personallisuuteen liittyen hyvin kokonaisvaltaisesti. Heidän mukaansa seksuaalisuutta tulee tarkistella biologisesta, psyykkisestä, eettisestä ja kulttuurisista ulottuvuuksista käsin. Ulottuvuudet sisältävät lukemattomia yksittäisiä komponentteja, jotka määrittävät seksuaalisuuden monitahoisuutta. (Greenberg ym.1989.)

Kontula ja Haavio-Mannila (1997) ovat tutkimuksessaan koonneet ihmisten tulkintoja seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus ilmeni ihmisten kirjoitelmissa erotiikan ja jännitteiden jatkuvana läsnäolona (kuuluu kaikkiin elämän vaiheisiin); elämän perustana, perustarpeena, tilana, joka merkitsee kaikkea (välttämättömyys, täytyy kuulua elämään); yhteenkuuluvuutena, lämpönä ja läheisyytenä (sitoutumista ja rakkautta); myrskyisenä intohimona, hehkuna ja nautintona (elämyksiä); voimavarana tai välineenä itsensä uudis-

tamiseen, kasvuun, energian lisäämiseen ja lääkitsemiseen (muutostapahtuma, yhdistävä tekijä); ongelmallisena ja pettymyksiä aiheuttavana tilanteena, vain unelmana (ei pysty toteuttamaan); liian vapaana, toissijaisena asiana (ei halua, ei sovi elämänvaiheeseen).

Seksuaalisuuteen voi liittyä väkivallan ilmenemismuotoja kuten eriasteista hyväksikäyttöä, kielteistä kontrollia ja vaikuttamista toiseen henkilöön. Bailey ja Wilson (2001) nimesivät tämän esityksessään seksualisoimiseksi (sexualization). Seksuaalisuuden kielteisiin ilmauksiin sisältyvät raiskaus, insesti, seksuaalinen työpaikkahäirintä, seksistä pidättäytyminen (suhteessa) ja viettely-flirtti. Seksuaalisuus todentuu myös lisääntymis-terveytenä, johon kuuluvat lisääntymiseen liittyvät asenteet ja käyttäytyminen, huolenpito sukupuoliominaisuuksista ja sukupuolielimestä sekä seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät muut terveystekijät. Seksuaali-identiteetti Baileyn ja Wilsonin (2001) mukaan sisältää seksuaalisuuden yksilöllisen kehityksen sekä kokemuksen siitä kuka olen, kuten sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolin ja seksuaaliorientaation muotoutumisen. Seksuaalisuuteen kuuluu tunne jakamisesta, huolehtimisesta ja rakastamisesta mutta myös rohkeus ottaa riskejä ja haavoittua. Tunteet sisältyvät läheisyyden tarpeeseen ja emotionaaliseen vuorovaikutukseen. Aistillisuus on tietoisuutta omasta kehosta, sen fysiologisista ja psykologisista mahdollisuuksista nautintoon, joka toteutuu esimerkiksi kosketuksessa ja fantasioissa.

Seksuaalisuuden psyykkisiä determinantteja ovat muun muassa rakkaus ja hellyys. Desmond Morris (1972) esitti hellyyden olevan ihmiselle ominaista ja terveydelle välttämätöntä sikiöasteelta viimeiseen hengen vetoon saakka. Hänen mukaansa hellyysvajaus aiheuttaa epätoivoisia ponnistuksia kohti monia korvaavia muotoja. Morris tutki muun muassa tupakan polttoa korvaavana toimintona (Cutler 2001). Anthony Walsh (1996) on tutkinut rakkauden merkitystä sairauksien ja elämän kriisien parantavana voimana ja todennut rakkauden elintärkeäksi ruumiin ja mielenterveydelle. Dean Ornish (1997) on tehnyt lukemattomia tutkimuksia läheisyyden, rakkauden ja lämpimän tukemisen parantavista vaikutuksista sydänpotilaiden kuntoutuksessa.

WHO:n vuoden 2002 määritelmässä seksuaalisuus todetaan keskeiseksi näkökulmaksi läpi koko elämän ja sitä ilmentävät biologinen sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja roolit, seksuaaliorientaatio, erotiikka, mielihyvä, läheisyys ja lisääntyminen. Seksuaalisuus todentuu elämään liittyvissä kokemuksissa:

“Sexuality is central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical and spiritual factors.” (WHO 2002.)

3.1.3 Seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuudet

Konttisen (1997) mukaan professionaalisen työn kohde on monimuotoinen ja – mutkainen. *Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action (2000)* raportissa, World Health Organization (WHO), World Association for Sexology (WAS) ja Pan American

Health Organization (PAHO) korostavat seksuaaliterveyden ja sen edistämiseen liittyvien ominaisten asioiden esiin nostamista. Näitä seksuaaliterveyden ominaisia asioita ovat muun muassa oman kehon arvostaminen, kunnioitus muita kohtaan, vastuullinen käyttäytyminen, kyky rakkauden ilmaisuun ja läheisyyteen, omien arvojen mukainen elämä nauttien seksuaalisuudesta läpi koko elämän ja ehkäisten seksuaalista hyväksikäyttöä sekä edistäen turvallista, vastuullista seksuaalikäyttäytymistä. Raportissa (2000) järjestöt ovat nimenneet seksuaaliterveyden kysymykset ja ongelmat. Tässä tutkimuksessa kysymykset nimetään seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn (primaaripreventio) ulottuvuuksiksi ja ongelmat seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn (sekundaari- ja tertiaaripreventio) ulottuvuuksiksi. Ulottuvuudet ovat sisältönä seksuaaliterveyden edistämisen substanssidimensiossa.

Seksuaaliterveysongelmien ilmeneminen saattaa olla oire myös muista terveysongelmista. Seksuaaliterveyden edistäminen tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollossa niin ehkäisevässä kuin hoitavassa ja kuntouttavassa toiminnassa. Ehkäisevä, hoitava ja kuntouttava seksuaaliterveyden edistäminen edustavat kaikki omaa seksologian erityisosaamisaluetta. Ammatillinen työskentely seksologian osa-alueilla edellyttää ammattihenkilökuntaa, joka on hankkinut laaja-alaista ja syvällistä seksologista koulutusta. Hoitoa ja/tai kuntoutusta edellyttävä tilanne on tulosta erityisistä olosuhteista ja vaatii näin ollen myös erityistoimenpiteitä. Seksologisia hoidon ja kuntoutuksen ongelmia hoitavalla henkilökunnalla tulee olla kliininen (lääketieteellinen, terapeutinen) alan koulutus. (WHO, WAS, PAHO 2000; Gianotten 2003.) Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän (primaaripreventio) alueen asiantuntijat toimivat yksilötasolla seksuaalikasvatus-, -koulutus-, -ohjaus ja -neuvontatehtävissä. Yhteisö- ja yhteiskuntatasolla heidän osaamisalueeseensa sisältyvät erilaisten seksuaaliterveyden edistämisen interventioiden ja projektien suunnittelu ja toteuttaminen. Heidän asiantuntijuutensa lähtökohtina seksologisen asiantuntijuuden lisäksi voi olla esimerkiksi terveys- ja kasvatustieteet.

Taulukoissa 4 ja 5 (s. 24, 28) esitetään WHO ym. (2000) jaottelu seksuaaliterveyden edistämisen (primaari=ehkäisevä, hoidollinen ja kuntouttava = sekundaari ja tertiaari) ulottuvuuksiksi. Seksuaaliterveyden edistämisen ongelmia (sekundaari- ja tertiaariulottuvuudet) on luokiteltu kirjallisuudessa eri tavoin, tämän raportin tapa luokitella ongelmia on yksi tapa.

Professionaalisen työn tunnusmerkistöön sisältyvä työn kohteen monimutkaisuus ja -muotoisuus toteutuu seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuuksissa. Työn ulottuvuudet sisältävät lukemattomia yksityisiä determinanteja, joihin sisältyvä tietoaines on monimutkaista ja runsaasti selittäviä tekijöitä sisältävää tietoainesta. Tekijöiden ainutkertaisuus ja monimuotoisuus ovat haasteita, joita ei voida selittää rutiininomaisesti. Kehon turvallisuus ja eheys, erotiikka, sosiaalinen sukupuoli ja seksuaaliorientaatio, emotionaalinen kiintymys ovat seksuaaliterveyden ulottuvuuksia, jotka liittyvät ihmisen koko elämänsä kuluun.

Lisääntymisterveys katsotaan tässä tutkimuksessa seksuaaliterveyden edistämisen yhdeksi ulottuvuudeksi. Seksuaalinen käyttäytyminen, seksi, ei aina merkitse halua lisääntyä, joten tarvitaan laaja-alainen käsite, seksuaaliterveyden käsite, joka kattaa kaiken toiminnan tällä alueella. (Kontula 2004). Lisääntymisterveyden preventiiviseksi (primaaripreventio) keskeiseksi ulottuvuudeksi nostetaan WHO:n, WAS:in ja PAHO:n raportissa riittävän tiedon saanti.

TAULUKKO 4 Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn ulottuvuudet (WHO ym.2000)

Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn ulottuvuudet	Sisältö
Kehon turvallisuus ja eheys	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen seksuaalikehitys, vapaus väkivallasta, mielen tai ruumiin vammasta huolimatta hyväksytyksi tuleminen seksuaalisena olentona • Seksuaaliongelmien varhainen toteaminen • Seksikontaktissa tarttuvien tautien ehkäisy • Lääkehoidon, kirurgisten operaatioiden tai muun hoidon vaikutusten minimointi seksuaalisuuden toteuttamisessa
Erotiikka	<ul style="list-style-type: none"> • Riittävän tiedon saanti oman kehon toiminnasta, erityisesti seksuaali-reaktioista ja mielihyvän kokemisen lähteistä • Elämän eri vaiheissa turvallisen ja kunnioitettavan seksuaalisen mielihyvän toteutuminen • Turvallisten ja vastuullisten asioiden edistäminen seksissä • Hyväksikäyttöön perustuvien seksuaalisten suhteiden torjunta
Gender (sosiaalinen sukupuoli)	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen sukupuolitasavertaisuus, vapaus sukupuoleen liittyvästä sorrosta • Erilaisten gender -ilmiöiden hyväksyminen
Seksuaaliorientaatio	<ul style="list-style-type: none"> • Vapaus seksuaaliorientaatioon liittyvästä sorrosta • Vapaus ilmaista oma seksuaaliorientaatio seksuaalioikeuksia kunnioittavissa ja turvallisissa olosuhteissa
Emotionaalinen kiintymys	<ul style="list-style-type: none"> • Vapaus pakottavista, hyväksikäyttävistä, väkivaltaisista ja manipuloivista suhteista • Tietoa perheeseen liittyvistä kysymyksistä ja elämän eri tyyleistä • Taitoja päätöksen teossa henkilökohtaisessa suhteessa, kommunikaatiossa, • sitoutumisessa ja neuvottelutaidoissa • Kunnioittavan, luotettavan rakkauden ja läheisyyden tarpeen tyydytyminen • Parisuhteen hyvinvoinnin edistäminen • Erotilanteiden hoitaminen
Lisääntymisterveys	<ul style="list-style-type: none"> • Riittävä tieto tehdä vastuullisia valintoja, saavuttaa riittävät taidot toteuttaa vastuullisia päätöksiä lisääntymisterveyden kysymyksissä • huolimatta iästä, sosiaalisesta sukupuolesta tai aviosäädystä, • Lisääntymisterveydenhuollon palveluiden riittävyys, tasapuolisuus • Turvallisen äitiyden edistäminen • Hedelmällisyyden suojeleminen

Väestö tarvitsee riittävästi tietoa että taitoja vastuullisten päätösten tekemiseen ja toteuttamiseen. Tämä edellyttää seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta. Lisääntymisterveyden aihealueet kuten lisääntymiseen liittyvä biologia ja fysiologia, seksitaudit ja kondomin käyttö ovat perinteisiä suomalaisen seksuaalikasvatuksen aiheita. Lisäksi tarvitaan tasa-puoliset ja riittävät terveydenhuollon palvelut. Lisääntymisterveyden hoidollisia (sekundaari- ja tertiaaripreventio) alueita Suomessa hoitaa kliiniseen työhön erikoistunut henkilökunta. Palveluja on mahdollista saada sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon piiristä.

”Reproductive health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate healthcare services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a health infant.” (WHO ym.2000.)

Lisääntymisterveyttä ovat määrittäneet myös Kuntz (1996) ja Hemminki (1998). Kuntzin mukaan lisääntymisterveyden lähtökohtana ovat fyysinen ja psykososiaalinen hyvinvointi, johon kuuluvat emotionaalinen läheisyys ja persoonallinen kypsyminen. Hemmingin (1998) nimeämiä lisääntymisterveyden osa – alueita ovat: sukupuolinen kypsyminen, lapsettomuuden ehkäisy, raskauden aikaansaattaminen, raskauksien ehkäisy, raskaudet, raskauden ehkäisy, keskenmenot ja kohdun ulkopuoliset raskaudet, raskauden keskeytykset, synnytykset, lapsivuodeaika, imetyksen ja vastasyntyneen terveyden sekä seksuaali- ja perhekasvatuksen kokonaisuus. Lisääntymisterveyteen kuuluvat lisäksi vaihdevuodet sekä sukupuolielinten sairaudet ja sukupuolitaudit. Miesten lisääntymisterveyttä ovat suojautuminen seksitaudeilta, hedelmällisyyden suojeleminen ja säännöstely. Miesten lisääntymisterveyteen sisältyvät myös prostatan hypertrofia ja syöpä (Fisher & Fisher 1998).

Perhesuunnittelu käsitetään tässä tutkimuksessa osaksi lisääntymisterveyttä. Perhesuunnittelu tarkoittaa yksittäisten ihmisten valintoja seksuaalisuutensa toteuttamisessa suhteessa lisääntymiseen. Perhesuunnittelupalvelut ovat ammattiauttajien (lääkäri, hoitohenkilökunta ym.) toimintaa asiakassuhteissa ihmisten tukemiseksi heidän perhesuunnitteluvaihtoehtojensa sekä näihin palveluihin liittyvän toiminnan organisoimista. Perhesuunnittelupalvelujen tavoitteena on edistää seksuaalista hyvinvointia ja terveyttä sekä taata mahdollisimman onnellinen ja turvattu perhe-elämä sekä antaa jokaiselle lapselle mahdollisuus syntyä toivottuna. (Poikajärvi 1998.)

Perhesuunnittelupalveluita tarjoavien ammattihenkilöiden tulee kyetä tunnistamaan ja vastaamaan molempien sukupuolien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tarpeisiin huomioiden ihmisen koko elämänkaari (International Planned Parenthood Federation 1995). Ehkäisykäynneillä tulisi siirtää painopiste lääketieteellisistä kysymyksistä seksuaalivoukuntaan (Rimpelä & Ritamo 1995).

Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevä työ toimintana

Seksuaaliterveyden ehkäisevän työn toimintamuoto on seksuaalikasvatus, jota toteutetaan väestöön kohdistuvana valistuksena, kouluissa opetuksena, terveydenhuollossa ohjaus- ja neuvontatoimintana sekä kotona kasvatuksena. Seksuaalikasvatus on kaikkiin ikäryhmiin kohdennettua toimintaa (Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003). Myös tämän tutkimuksen tuloksiin perustuen kaikki ikäryhmät tarvitsevat seksuaalikasvatusta. Nuoret ovat olleet perinteisesti seksuaalikasvatuksen ensisijainen ikäryhmä. Kannasta mukailleen (1993) nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi voidaan ehkäisyneuvonnalle esittää seuraavia tavoitteita: nuoruusiässä kehitystehtävissä tukeminen, seksuaalisuuteen liittyvien virheellisten käsitysten, ahdistuksen ja pelkojen poistaminen, ymmärryksen lisääminen seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä, sukupuolielämän lykkääminen, kunnes nuori on siihen sosiaalisesti ja psyykkisesti kypsä, itsetunnon vahvistaminen, seksuaalisuutta koskevien päätöksentekotaitojen vahvistaminen, vastuullisuuden lisääminen sekä ennen aikaisten raskauksien ja seksitautien ehkäiseminen.

Yksilöitymisprosessissa nuoret tarvitsevat olemassa olevia taitoja reflektoida yhteiskunnallisten ilmiöiden kanssa. Taidot ovat yhteyksissä elämän hallintaan (Giddens 1994). Reflektiiviset taidot auttavat selviytymään riskeistä ja oman elämän haltuun ottamisessa sekä autonomian rakentumisessa. Näitä taitoja tarvitaan myös seksuaalisen terveyden saavuttamiseksi. Kontulan (2004) mukaan seksuaalikäyttäytymiseen ja raskauden ehkäisyyn liittyvistä kysymyksistä ajankohtaisen ja tarkoituksenmukaisen tiedon saanti edistää nuorten tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä mahdollisuuksista ja riskeistä. Toiseksi nuoret tarvitsevat myös motivaatiota toimiakseen seksuaaliterveyttä edistävällä tavalla välttääkseen riskit. Kolmanneksi he tarvitsevat taitoja toimia tarkoituksen mukaisella tavalla. Seksuaalikasvatuksen vaikutuksia arvioitaessa tutkimukset eivät anna selkeää kuvaa seksuaalikasvatuksen vaikuttavuudesta. Tuloksiin näyttäisi vaikuttavan intervention tai ohjelman piirteet, tutkimuksen asetelma ja laatu (Liinamo 2004). Kansainvälinen nuorten seksuaalikäyttäytymisen vertailututkimus (Darroch ym. 2001) osoittaa, että nuorten raskaudet ja sukupuolitaudit määrittyvät muun muassa yhteiskunnallisesta asennoitumisesta seksuaalisuuteen, useista sosioekonomisista tekijöistä, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuudesta, kasvatuksen tukiohjelmien olemassaolosta sekä seksuaalikasvatuksesta käsin. (Liinamo 2004.)

Suomessa Liinamon (2005) mukaan nuorten seksuaalikasvatuksella on vuosikymmenten perinteet. Vahvuutena on ollut opetustoimen ja terveystoimen yhteistyö. Seksuaalikasvatus tulisi aloittaa jo lapsuudessa, jotta voitaisiin taata mahdollisimman hyvä seksuaalinen terveys. Lasten seksuaalikasvatusta on muun muassa lasten turvataitokasvatus. Lähtökohtana turvataitokasvatuksessa on yhteisöllisyys ja aikuisten vastuullisuus, aikuiset ovat vastuussa vallitsevasta seksuaalisesta ilmapiiristä (Lajunen ym. 2005).

Seksuaaliterveyden edistämisen hoitava ja kuntouttava työ toimintana

Seksuaaliterveyden hoitavan ja kuntouttavan työn ulottuvuuksiin kuuluvia seksuaalisia toimintahäiriöitä voidaan hoitaa lyhytterapeuttisin menetelmin. William Masters ja Virginia Johnson ovat laajalti tutkineet seksuaalifysiologisia reaktioita, minkä pohjalta he kehittivät terapiamenetelmän, jota he sovelsivat pareihin. (Masters & Johnson 1967;

Masters ym. 1982). Terapiamenetelmää on arvioitu 70- ja 80 -luvulla useaan kertaan (mm. Cooper 1971, 1981; Wright ym.1977) sekä hoidon päättymisen jälkeen 1,5 – 5vuoden kuluttua (Johnson 1965; Dekker & Everaerd 1983). Nämä selvitykset totesivat parien seksuaalisen tyytyväisyyden lisääntyneen ja seksuaalisen kommunikaation parantuneen. Tätä klassisista seksuaaliterapiamenetelmää käytetään edelleen ja sitä voidaan käyttää myös ryhmäterapiassa. Nykyään seksuaaliterapian lähestymistavat ovat hyvin moninaiset (Kleinplatz 2001) kuten ratkaisukeskeinen lähestymistapa, kognitiiviset ja psykoanalyttisesti suuntautuneet terapiat, neurolingvistinen (NLP) tai hahmoterapeuttinen lähestymistapa. Lisäksi terapiassa voidaan käyttää kehoterapiaa, bioenergiatekniikoita ja rentoutusta hyväksi. Seksuaalisia toimintahäiriöitä hoitavalla ammattihenkilöllä tulee olla hallinnassa sekä seksologista että terapeuttista osaamista. Parafiliat, pakonomainen käyttäytyminen, gender syndroomat ja seksuaaliseen väkivaltaan liittyvät ongelmat edellyttävät lähes aina hoitotoimenpiteenä intensiiviterapiaa (Virtanen 2002). Viimeksi mainitut aihepiirit kuuluvat kliinisen seksologin osaamisalueeseen. Taulukon 5 (s. 28) seksuaaliterveyden hoidollisen alueen kohta muut tilat voidaan katsoa kuuluvaksi kuntouttavaan seksologiaan (tertiaaripreventio), joka on myös oma erityisalueensa. Ongelmat liittyvät esimerkiksi selkäydinvammautumiseen, eri syöpäsairauksiin, erilaisiin urologisiin ja lantiopohjan leikkauksiin sekä korjauksiin.

Seksuaaliongelmia käsiteltäessä tulee käyttää syndroomaluokitusta. Tällöin on helppompaa saada näkemys ongelman vakavuudesta. Syndroomatason luokitus on ytimekäs. Tilanteita voidaan lähestyä tällöin kansanterveystieteen ja etiologian näkökulmasta ja hyödyntää esimerkiksi tilastoja. (WHO ym. 2000.)

3.2 Seksuaaliterveyden edistämisen työn sovellettuja neuvonta- ja toimintamalleja

Seksuaaliterveyden edistämisen sovelletut neuvonta- ja toiminta mallit ovat menetelmiä seksuaaliterveyden edistämisen toimintadimensiossa, joissa on käsitteellistä, testattua tietoa, mikä on ominaista professionaalille tiedolle. Annonin (1976) mallissa seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn ulottuvuudet sijoittuvat tasoille: ”Permission, luvan antaminen ja Limited information, rajattu tieto”. Hoitavan ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuudet sijoittuvat tasoille: ”Specific suggestion, erityisohjeet ja Intensive Therapy, intensiiviterapia”.

Information-Motivation-Behavioral Skills Approach -malli (IMB -malli) on kehitetty erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen teoreettiseksi viitekehykseksi. Mallin avulla voidaan selittää seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviä ilmiöitä, niihin sisältyviä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita sekä kuvata tarkasti minkälaisissa olosuhteissa mallin teoreettiset lähtökohdat toimivat.

IMB -mallia on käytetty muun muassa kohdennettaessa eri väestö- ja ikäryhmiin seksuaaliterveyden edistämisen ohjelmia (Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003). IMB-mallin testaukset ovat varmistaneet seksuaaliterveyskäyttäytymisen muutoksen ja ylläpitämisen tärkeimmiksi tekijöiksi kohdennetun tiedon, motivaation käyttää tietoa ja käyttäytymistaidot, joihin sisältyy tunne osaamisesta. Tähän liittyviä tuloksia on saatu muun muassa kondomin käyttöä tutkittaessa sekä kohdun kaulakanavan syöpäjoukkotarkastusten yhteyteen liittyvissä tutkimuksissa. (Fisher ym. 1998b.)

TAULUKKO 5 Seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn (sekundaari- ja tertiäripreventio) ulottuvuudet (WHO ym.2000)

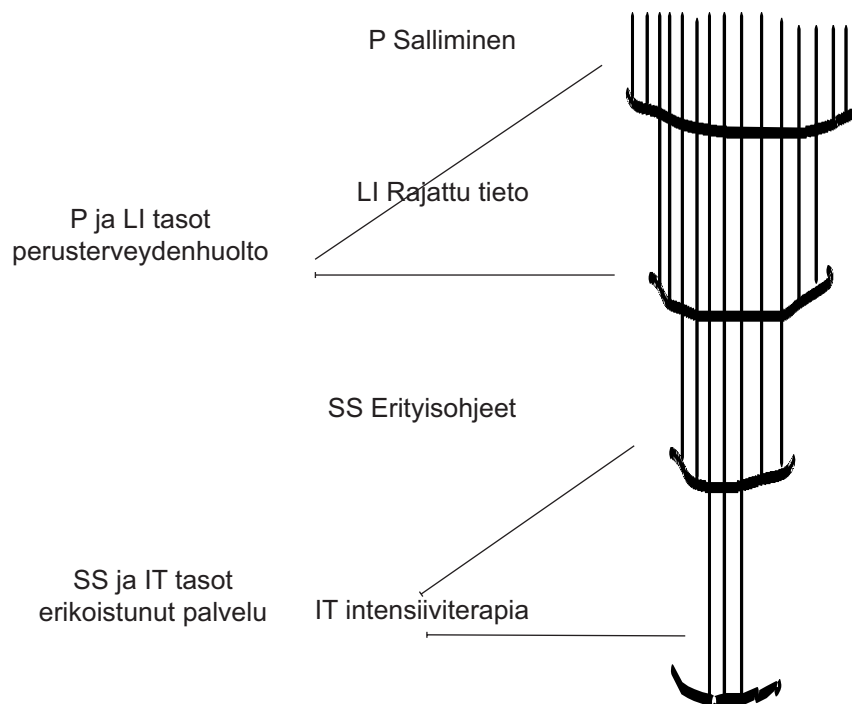
Seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn ulottuvuudet	Sisällöt
Seksuaaliset toimintahäiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoaktiivinen seksuaalisen halun häiriö, seksuaalisuuteen liittyvä vastenmielisyys, • Kiihottumishäiriö • Miehen erektiohäiriöt • Naisen orgasmihäiriöt, miehen orgasmihäiriöt, ennenaikainen siemensyöksy • Vaginismi • Kipusyndroomat
Parafiliat	<ul style="list-style-type: none"> • Exhibitionismi, frotterismi, voyerismi, • Fetisismi, fetisistinen tranvestismi • Pedofilia, • Seksuaalinen masokismi, seksuaalinen sadismi, • Epäspesifit parafiliat
Pakonomainen käyttäytyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Pakonomainen, toistuva uusien kumppaneiden viettely • Pakonomainen autoerotismi, • Pakonomainen suhde kaupalliseen seksiin • Parisuhteessa pakonomaisen seksin harrastaminen
Gender- syndroomat	<ul style="list-style-type: none"> • Lapsuuden gender- dysforia, nuoruuden gender dysforia, aikuisiän gender dysforia, • Interseksuaalisyndroomat • Epätietoisuus gender -identiteetistä
Väkivalta ja uhriutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumaattiset seksuaaliseen väkivaltaan liittyvät ilmiöt, • Seksuaaliseen työpaikkahäirintään liittyvät syndroomat • Kliiniset syndroomat liittyen seksuaaliseen väkivaltaan tai raiskaukseen • Kliiniset fobiat kuten homofobia • Väkivaltainen seksi • iskiäyttyminen esimerkiksi HIV-tartuntaepäilyssä tai muissa seksitautitilanteissa
Lisääntymisterveys	<ul style="list-style-type: none"> • Steriliteetti, hedelmättömyys • Ei-toivottu raskaus • Aortasta johtuvat komplikaatiot • Sukupuolielimien haavaumat • Peräaukon haavaumat • Vammautuminen peräaukkoon, virtsaputkeen, emättimeen • Oireettomat sukupuolitaudit • Immunopuutos sairaus HIV:n seurauksena
Muut tilat	<ul style="list-style-type: none"> • Kliiniset tilat seurauksena vammautumisesta tai loukkaantumisesta • Kliiniset tilat seurauksena fyysisestä tai mielenterveysongelmasta • Lääkehoidon tai kirurgisten operaatioiden jälkiseuraukset, peräsuoliongelmat, muut

3.2.1 PLISSIT-malli

Annon (1976) on luonut seksuaalineuvonnan tasojen hahmottamiseen käsitteellisen PLISSIT-mallin (kuvio 3). Mallin neljä kirjainta kuvaavat seksuaalineuvonnan neljää tasoa seksuaalisuuden ja seksuaaliongelmien kohtaamisessa (Permission, luvan antaminen – Limited information, rajattu tieto – Specific Suggestion, erityisohjeet – Intensive Therapy, intensiiviterapia). Permission tasolla kuullaan asiakkaan huolia hänen ajatuksistaan, fantasioistaan, unelmistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään. Asiakas hyväksytään seksuaalisena olentona ja häntä tuetaan ilmaisemaan seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla. Tämä tarkoittaa luvan antamista olla vastuullinen, seksuaalinen olento. Limited information tasolla asiakkaalle annetaan tietoa erityisistä seksuaalikysymyksistä kuten sukupuolielinten koosta, itsetyydytyksestä ja erilaisista tavoista toteuttaa seksuaalisuutta. Specific Suggestion tasolla hoidetaan seksuaalisia toimintahäiriöitä lyhytterapeuttisin menetelmin. Intensive Therapy tarkoittaa seksuaalisten ongelmien hoitoa, joiden hoitamiseen tarvitaan intensiivistä terapiaa.

PLISSIT-mallin avulla seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntija voi arvioida asiakkaan/potilaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan/terapian tasoa sekä käytettäviä neuvonta- tai hoitomenetelmiä. Lisäksi malli toimii työvälineenä arvioitaessa oman kompetenssin riittävyyttä. Useat hoitotieteen asiantuntijat (Stoklosa & Bullard 1980; Welman 1983; MacLaren 1999) ovat käyttäneet mallia seksuaalikysymysten neuvontatason määrittämiseen. Annonin (1976) PLISSIT-malli perustuu käyttäytymisterapeuttiseen ajatteluun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian ja seksuaaliterveyden koulutusohjelmien seksuaalineuvonnan ja -terapian koulutustavoitteet (Seksologia I, II, III) rakentuvat Annonin (1976) käsitteellisen mallin neuvontatasojen mukaisesti.

Annonin (1976) mukaan suurinta osaa ihmisistä voidaan auttaa lyhytterapeuttisin menetelmin. Annon painottaa auttajan omien seksuaalikysymysten ja ongelmien kohtaamista ja hoitamista ensimmäisenä toimenpiteenä lähdeittäessä kohtaamaan ammatillisesti seksuaalikysymyksiä. PLISSIT-mallia on kuvattu metamalliksi, joka sisältää neljä seksuaalineuvonnan tasoa ja mahdollistaa lukuisten terapeuttisten lähestymistapojen käytön. Mallina se tarjoaa positiivisen, mahdollisuuksia luovan näkökulman seksuaalisuuden kohtaamiseen paremmin kuin perinteiset sairausorientoituneet mallit. (Irwin 1997.) Mallit ovat useampien teorioiden yhteensulautumia ja ovat faktatietoa korkeammalla tasolla olevaa tietoa, jota tarvitaan korkean tason asiantuntijuudessa (Tynjälä ym. 1997).



KUVIO 3 PLISSIT-malli seksuaalineuvonnan ja -terapiaosaamisen jäsentäjänä terveydenhuollossa (Annon 1776; Salmimies 1980; Stoklosa & Bullard 1980; Nurmi 2000)

Perusterveydenhuollossa henkilökunnan tulee pystyä toimimaan ainakin kahdella ensimmäisellä PLISSIT-mallin tasolla (Salmimies 1980; Stoklosa & Bullard 1980; Nurmi 2000). (Kuvio 3)

3.2.2 Seksuaaliterveyden edistämisen teorettinen lähestymistapa Information-Motivation-Behavioral Skills Approach -malli

Information-Motivation-Behavioral Skills Approach -mallin lähtökohdat ovat sosiaali-kognitiivisessa teoriassa sekä atribuutioteoriassa. Tässä tutkimuksessa mallin peruskäsitteitä on käytetty seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmien sisältöalueiden sisällönanalyysin viitekehyksenä. Mallin käyttäminen sisällönanalyysin viitekehyksenä mahdollistaa arvion mallin käyttökelpoisuudesta seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmien viitekehyksenä. Korkeatasoisen asiantuntijuuden kehittyminen tapahtuu kokonaisvaltaisen, refleктоivan, ongelmia ratkaisevan oppimisen myötä. (Tynjälä ym.1997). Mallin keskeiset käsitteet ovat kehittyneet eri testitilanteissa (Byrne ym.1993; Fisher ym.1997; Health Canada 1994; Misovich ym.1998). Mallin alkuperä liittyy ennaltaehkäisevään HIV-ohjelmaan, jonka teorettiset analyysit ja synteesit perustuvat sosiaalipsykologiseen teoriaan (Fisher & Fisher 1992). Mallin keskeiset käsitteet ovat tieto (mm. Misovich, Fisher & Fisher 1996), motivaatiotekijät ja käyttäytymistaidot (mm. Fishbein & Ajzen 1975; Fisher, Byrne ym.1988; Fisher ym.1998a).

Tieto osa-alueena IMB-mallissa

Seksuaaliterveyden edistämisessä käytettävän tiedon tulee olla ajankohtaista, ymmärrettävää, tarkkaa, tutkittua tietoa juuri kohderyhmän näkökulmasta tiedon tulee olla lisäksi käytäntöön sovellettavaa. Tiedon prosessoinnissa huomioidaan tabujen ja myyttien merkitykset. Tiedon strategiseen kohdentamiseen harkitaan huolellisesti kognitiiviset prosessit. Tiedon luonteen vivahteita arvioidaan huolella kuten onko tieto liian suppeaa, ilmeneekö siinä pelottelevia tai seksismiin liittyviä vivahteita. Seksismiin liittyvät vivahteet ovat vaarallisia, koska ne saattavat yllyttää epätoivottuun käyttäytymiseen (Rindskopf 1981). Yllytykseen ohjaavasta tiedosta on tutkimuksellista evidenssiä. (Byrne 1983; Fisher & Fisher 1992; Fisher & Fisher 1993; Fisher ym.1998b.)

Tiedon ympärillä leijuva mystisyys ja pelottavuus ehkäisevät tiedon haltuunottoa, reflektointia ja vaikuttavat negatiivisesti suositusten käyttöön ottoon ja avoimeen keskusteluun aiheesta. Faktatiedon lisäksi tiedon käsittelyyn sisällytetään tietoon liittyvät prosessit sekä niiden reflektointi kuten kondomin käyttöön liittyen faktatieto sekä tilanteiden analysointi ja reflektointi. (mm. Byrne ym. 1993; Fisher ym. 1998b.)

Motivaatio osa-alueena IMB-mallissa

Halu edistää seksuaaliterveyttä liittyä henkilökohtaiseen motivaatioon, johon vaikuttavat erityisesti asenteet (Ajzen & Fishbein 1980; Fisher ym. 1998), sosiaaliseen motivaatioon sisältyvät yhteisön normit ja koettu sosiaalinen tuki sekä seksuaalivihjeitä kohtaan koetut emotionaaliset reaktiot. Motivaation merkitystä on testattu muun muassa ehkäisy pillereiden käyttöön liittyen ja mammografiaan suhtautumisessa. (Fisher 1988; Van Ryn, Lytle & Kirsch 1996; Fisher & Fisher 1996; Misovich, Martinez ym. 1998).

Koetut emotionaaliset tunnereaktiot vaikuttavat erityisesti haluun puhua asioista, koettu epämiellyttävyys estää uuden oppimista. Tutkimuksissa on löydetty erotofiliisiä ja erotofobisia henkilöitä. Tällä tunnereaktioilla on suuri merkitys suhtautumisessa seksuaalikäytöksiin. Pelko eroottisuutta kohtaan vaikuttaa muun muassa raskauden aikaiseen seksuaalielämään, erotofobiset äidit väheksyvät seksiä ja imetyksen aikana yhdyntää. Erotofobiset vanhemmat eivät myöskään kerro lapsilleen seksistä eivätkä isät ole halukkaita mukaan synnytykseen. Erotofobisissa parisuhteissa ei olla tyytyväisiä parisuhteen seksuaalisuuteen, koska puoliset eivät kykene tunnistamaan toisen seksuaalista nautintoa. (Smith ym. 1993.) Erotofobia/erotofilia ovat vaikuttavia seikkoja seksuaaliterveyden edistämisessä, on merkityksellistä, että on löydetty nämä tekijät (Fisher 1984).

Eroottisuuden pelko vaikuttaa myös ammattihenkilöiden käyttäytymiseen, esimerkiksi opettajat eivät käsittele ristiriitaisia asioita seksuaalikasvatuksessa kuten seksuaaliorientaatiota (Yarber & McCabe 1981, 1984). Lisäksi ammattihenkilöiden on todettu väistelevän keskeisenkin tiedon käsittelyä toiminnallisella tasolla esimerkkinä ehkäisy pillereiden hankkiminen ja käyttäminen. Tutkimuksessa todettiin lääketieteen opiskelijoilla, jotka olivat erotofobisia, olevan vähemmän tietoa seksuaalisuudesta kuin muilla opiskelijoilla. Myöskään erotofobiset lääkärit eivät hanki tietoa eivätkä käsittele seksuaalisuuteen liittyvää tietoa asiakkaidensa kanssa vaan välttelevät aihetta. Ammattihenkilöiden asenteet vaikuttavat hoitamiseen ja seksuaaliterveyden kysymyksiin vastaamiseen. (Fisher, Grenier ym. 1988.)

Käyttäytymistaidot osa-alueena IMB-mallissa

Käyttäytymisen taidot ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työkaluja. Käyttäytymisen taidot muodostuvat objektiivisista taidoista ja toiminnasta edistää seksuaaliterveyttä (Byrne 1983; Fisher 1990; Fisher ym. 1998) sekä minä-pystyvyyden tunteesta (self-efficacy), joka suuntaa käyttäytymistä toivottuun suuntaan (mm. Bandura 1992, 1997; Ajzen 1985, 1991) sekä edellä mainittujen yhteisvaikutuksesta (Williams ym. 1998).

Terveyttä edistävässä malleissa käsitellään minä-pystyvyys (self-efficacy) käsitettä. Käsite on peräisin Banduralta (1997). Bandura (1992, 1997) on motivaatiota koskevassa teoriassaan tarkastellut aivan erityistä minätietoisuuden lajia eli niitä uskomuksia, joita meillä on valmiuksistamme selviytyä tietyn tyyppisistä tehtävistä. Tällaista uskomusten joukkoa Bandura kuvasi käsitteellä ”self-efficacy”, josta Lehtinen & Hiltunen (2002) käyttää termiä minä-pystyvyys. Minä-pystyvyyden käsitteellä viitataan niihin uskomuksiin, joita yksilöllä on omista resursseistaan organisoida ja toteuttaa toimintoja selvitäkseen jostain suorituksesta toivomallaan tavalla (Lehtinen & Hiltunen 2002).

Seksuaaliterveyden edistämisen prosessissa yksilön on tärkeä asettaa realistiset tavoitteet. Spesifiksi ja läheiseksi koetut tavoitteet synnyttävät korkeamman minä - pystyvyyden tunteen (Bandura 1997, 1998). Minä-pystyvyys ja asetetut tavoitteet ovat puolestaan yhteydessä sen toiminnan laatuun, johon yksilö ryhtyy tavoitteen saavuttamiseksi. Tehtävään liittyvä toiminta ja tilanteen aikana tapahtuva pystyvyyden itsearviointi ovat vuorovaikutuksessa keskenään. (Lehtinen & Hiltunen 2002.)

Metakognitiivinen valvonta kohdistuu oppimisen tai suorituksen aikana toteutettaviin kognitiivisiin prosesseihin. Informaation saaminen meneillään olevista kognitiivisista prosesseista on tärkeä edellytys toimintojen arvioinnille ja ohjaamiselle. Tietoisuus liittyy myös siihen, miten suorittaja pystyy kontrolloimaan toimintojaan. Hyväkään motivaatio ei aina riitä turvaamaan tarkoituksen mukaista toimintaa. Erityisesti ponnisteluja vaativissa tehtävissä tarvitaan tahdonalaista omien kognitiivisten prosessien, emootioiden ja toimintojen kontrollia. (Lehtinen & Hiltunen 2002.)

Ensimmäinen askel toivottavan tuloksen saavuttamisessa seksuaaliterveyskäyttäytymisessä on hyväksyä itsensä (self - acceptance) seksuaaliolentona. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymysten tunnistaminen seksuaalisena tarpeena ei takaa turvallista seksuaaliterveyskäyttäytymistä. Yksilön luoma seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä käyttäytymisen agenda, ”käsikirjoitus”, toimii hänen käyttäytymisensä mallina ja sen lisäksi hänellä tulee olla usko omaan kyvykkyyteen toimia oman agendan mukaan. Iän mukanaan tuomiin seksuaaliterveyden toimenpiteisiin, kuten syöpää seuloviin joukkotarkastuksiin, on hyvä valmistautua. (Fisher & Fisher 1996.)

Fisher’in ym. (1998) mukaan ammattihenkilöt edistävät asiakkaidensa/potilaidensa seksuaaliterveyttä omaamalla taitoja kuten 1. Kiinnostus ja valmius toimia seksuaalikeskustelun parissa; 2. Verbaaliset taidot ottaa asiakkaan/potilaan seksuaalihistoria; 3. Valmius arvioida omaa ammatillista kompetenssia sekä valmius jatkuvaan kouluttautumiseen aihealueella.

4 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISTÄ JA TUTKIMUKSIA 1900-LUVULTA 2000 LUVULLE

Seksuaaliterveyden asiantuntijuus on Suomessa liittynyt perinteisesti lisääntymisterveyden kysymyksiin. Raskauden keskeytyksistä keskustelu alkoi 1900-luvun alkupuolella. Vuoden 1889 rikoslakiin sisältyvä pakkotilasäännös salli lääkärin tekemän abortin, jos äidin henki oli vaarassa. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuus todentui lääkärin aborttitekniikassa. Sikiönlähdetystä käytettiin tuolloin ehkäisymenetelmänä. Rikollisesta abortista tuli terveydenhuollon ongelma. Menettelyyn johtivat erityisesti yhteiskunnalliset olot, taloudelliset ja sosiaaliset olosuhteet. (Helén & Jauho 2003.)

Naisasialiike ja työväenliike lähtivät taistelemaan naisten aseman kurjuutta vastaan vaatien, että naisille tuli opettaa erityisesti syntyvyyden säännöstelyä. Raskauden ehkäisy tuli väestöpoliittiseksi kysymykseksi 30-luvulla, aikaisemmin se nähtiin sukupuolimoraalisena kysymyksenä. Väestölle kirjoitettiin oppaita, jotka olivat tarkoitettu avioliitossa oleville (Nurmi 2000). Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuteen tuli preventiivisiä elementtejä. Väestöliitto perustettiin vuonna 1941 vahvistamaan erityisesti perheiden asemaa. Ensimmäinen avioliittoneuvola perustettiin Väestöliittoon vuonna 1947. Kirkko oli vakauttamassa sodan jälkeistä tilannetta ja kirkon perheneuvonta käynnistyi vuonna 1944 (Esko 1993). Laillinen raskaudenkeskeytys oli mahdollista lääketieteellisten perusteiden lisäksi lääketieteellissosiaalisin ja eettisin perustein vuodesta 1950. Vuonna 1969 perustettiin Seksuaalipoliittinen yhdistys Sexpo ry, jonka tavoitteena oli edistää tasapainoista ja oikeaan tietoon perustuvaa seksuaalielämää suomalaisessa yhteiskunnassa. (Nurmi 2000.) Seksuaalisuutta käsittelevien tutkimuksien aiheina olivat lähinnä sukupuolimoraaliin ja sosiaaliseen sukupuoleen liittyvät aiheet (Nieminen 1951).

1960-luvulla käynnistynyt keskustelu vaikutti 1970-luvulla lakisäätöihin asioihin. Kouluhallitus muodosti työryhmän, jonka tavoitteena oli tehdä esitys terveystieteiden kokonaissuunnitelmasta, jossa myös käsiteltiin sosiaalista käyttäytymistä, ihmissuhteita ja sukupuolista kehitystä. (Nurmi 2000.) Seksuaalisuuden tasavertaisuus, Seta ry, perustettiin vuonna 1974. Tällöin poistui myös homoseksuaalisuuden rangaistavuus ja yhteiskunnassa otettiin ensimmäisiä askeleita kohti seksuaalista tasa-arvoa. Homoseksuaalisille suhteille jätettiin kuitenkin lakiin heteroseksuaalisia suhteita korkeammat suojaikärajat (Nurmi 2000). Raskauden keskeyttäminen helpottui vuonna 1970, kun voimaan tuli uusi laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970). Laki sallii raskauden keskeyttämisen naisen

pyynnöstä lääketieteellisellä, sosiaalisella, eettisellä, synnytys- ja ikä-, eugeenisella ja lapsenhoitokyvyn rajoitusperusteella. Laki edellytti myös neuvonta- ja ohjausvelvollisuutta ammattihenkilöiltä raskauteen liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisyneuvonta tuli kuntien lakisääteiseksi velvollisuudeksi 1972 kansanterveyslain (66/1972) tullessa voimaan. (Helén & Jauho 2003.)

1970-luvulla toteutettiin useita seksuaalisuutta koskevia tutkimuksia koskien muun muassa sukupuolielämää ja asenteita. Sievers ym. (1974) sekä Leppo (1977) tutkivat suomalaisten terveyttä, elintapoja ja ihmissuhteita sekä raskauden ehkäisyä. Myös yliopistop opiskelijoiden sukupuolielämää tutkittiin (Saari ja Raitasalo 1974, 1975). Sexpo ry aloitti ammattihenkilöiden seksuaaliterapiaa koskevan koulutuksen yhteistyössä evankelisen kirkon kanssa. Lääkintöhallituksen Sukupuolikasvatustyöryhmä teki esityksiä ja ehdotuksia seksuaaliterveyden edistämiseksi sekä painotti yhteistyötä viranomaisten, järjestöjen ja yhteisöiden kesken. Seksuaaliterveyden edistämiseen pyrittiin luomaan suuntaa ja tavoitteita. 1980-luvulla seksuaaliterveyden edistäminen oli tavoitteellista toimintaa.

Lääkintöhallitus yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa toteuttivat KISS-tutkimuksen (Kypsyys, Ihmissuhteet, Seurustelu, Seksuaalisuus). KISS-tutkimuksessa selvitettiin nuorten seksuaalisuutta koskevia asenteita, tietoja ja käyttäytymistä (Kontula 1987, Kontula & Meriläinen 1988, Tirkkonen ym.1989). Tutkimus toistettiin vuosina 1986, 1988 ja 1992. Nurmi (1990) tutki terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliasenteita, -tietoja ja -käyttäytymistä. Ensimmäisen kerran ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus oli terveyskasvatuksen erityisenä painoalueena valtakunnallisessa kansanterveystyön suunnitelmassa 1980 – 1984. Hallituksen terveystieteellisessä selonteossa eduskunnalle (1985) ja Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa (1986) mainitaan ihmissuhde- ja seksuaalikasvatus ihmissuhteita ja mielenterveyttä käsittelevässä luvussa. (Nurmi 2000.)

AIDS:in torjunta käynnistyi Suomessa vuonna 1984. Tällöin koulutettiin terveydenhuollon henkilökuntaa ja uutta materiaalia julkaistiin. Suomessa keskusteltiin yleisesti erotiikasta, seksuaalietiikasta, seksuaalisesta väkivallasta ja häirinnästä sekä yleensä seksuaalipolitiikasta. Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (1989) julkaisi Erotiikka ja terveys-raportin. Raportti tuli tunnetuksi ulkomaita myöten ”seksiloma” idean ansiosta, ulkomaille välittyi muuntunut tieto valtion subventoimista ”seksilomista”. Kontulan ja Kososen (1994) mukaan Helsingin Sanomien otsikoita hallitsivat raiskaukset ja muu seksuaalinen väkivalta. (emdt.)

Seksuaalisuuden kaupallistuminen näkyi vahvasti 1990-luvulla. Vuosikymmenen alussa koetellut lama ja suurtyöttömyys sekä lähialueiden suuret yhteiskunnalliset muutokset olivat vaikuttamassa kaupallisen seksin yleistymiseen. (Nurmi 2000.) Seksuaalisuuteen liittyvää tutkimusta tehtiin 1990-luvulla vilkkaasti. Suomalaisten sukupuolielämän kaksikymmenvuotisseurantatutkimus koottiin 1991 – 1992 (mm. Kontula ja Haavio-Mannila 1993, 1995, 1997). Lisäksi useita väitöskirjoja tehtiin seksuaalisuuden alueelta (Kontula 1991, Papp 1997, Stålström 1997, Helén 1997, Pötsönen 1998). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määrärahalta tuettuja tutkimuksia ovat olleet muun muassa Ehkäisytablettien käyttö ja teini-ikäisten terveys -tutkimus (Kosunen 1996), Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö -tutkimus (Antikainen 1994) ja peruskoulun sukupuolipetäminen -tutkimus (Kontula 1997). Valtakunnalliseen kouluterveydentutkimukseen sisältyy nuorten seksuaalisuutta koskevia osioita, joista on raportoitu erikseen (Liinamo 2005).

Vuonna 1993 Stakes asetti Perhesuunnittelupalvelujen kehittämistyöryhmän, jonka raportti valmistui keväällä 1994 (Perhesuunnittelupalvelujen..1994). Stakes, terveyden-

huollon oikeusturvakeskus, Folkhälsan ja Väestöliitto järjestivät Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla seminaarin, jonka aineisto julkaistiin muutamilla asiantuntija-artikkeleilla täydennettyinä samannimisenä raporttina (Rimpelä & Ritamo 1995). Stakes kehitti ja koordinoi perhesuunnittelua ja ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus- ta Perhesuunnittelu 2000 -hankkeessa. Hankkeen aikana Stakes julkaisi Perhesuunnittelu- lehteä yli tuhannelle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Hankkeen pilottialueena toimi Keski-Suomi. (Nurmi 2000.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu on jatkanut Stakesin julkaisemaa verkostolehteä Seksuaaliterveys–verkostolehtenä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu aloitti seksuaaliter- veyden edistämiseen liittyvän täydennyskoulutuksen ammattihenkilöille vuonna 1995. Keski-Suomen Perhesuunnittelun Osaamiskeskus on toiminut vuodesta 2003 Keski- Suomen Seksuaaliterveyden osaamiskeskuksena. Osaamiskeskus on järjestänyt vuodesta 1994 alkaen valtakunnallisia Perhesuunnitteluseminaareja ja vuodesta 1997 seksuaalisen väkivallan aihepiiriin liittyviä seminaareja vuosittain. Keski-Suomessa tapahtuneen ke- hittämistyön tuloksena Jyväskylän ammattikorkeakoulu aloitti seksologian ja seksuaali- terveyden koulutuksen ammattihenkilöille.

5 SEKSUAALITERVEYDEN NÄKYMIÄ 2000-LUVUN ALUSSA

Seksuaaliterveyden edistämisen palvelut ovat toteutuneet ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon ulkopuolella. Seksuaaliterveyspalveluihin erikoistuneet erityisyksiköt kuten Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikka, Sexpo säätiö, Raiskauskriisikeskus Tukinainen, AIDS-tukikeskukset ja muutamat yksityiset lääkäriasemat toteuttavat ensisijaisesti seksuaaliterveyden edistämisen toimintaa. Virallisiin organisaatioihin on kehittymässä erikoistuneita klinikoita esimerkkinä Kuopion yliopistosairaala, Porvoon aluesairaala ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian opetusklinikka.

Esimerkkejä seksuaalisten toimintahäiriöiden yleisyydestä

Seksuaalisuuden häiriöitä ja sairauksia kuvataan kliinisessä seksologiassa seksuaalilääketieteessä. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yleisiä väestössä. Toimintahäiriöiden vaikeusaste ja merkitys vaihtelevat yksilön sukupuolielämässä. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat sukupuolisen halun, kiihottumisen, sukupuolielinten toiminnan ja yhdynnän häiriöitä, jotka voivat johtua elimellisistä tai ei-elimellisistä syistä (Virtanen 2002.) (Taulukko 6)

TAULUKKO 6 Seksuaalisten toimintahäiriöiden esiintyvyys amerikkalaisessa väestössä (Lauman ym.1994; Virtanen 2002)

Häiriö	Miehet %	Naiset %
Seksuaalinen haluttomuus	16	33
Erektiohäiriö	10	
Emättimen kostumishäiriö		24
Orgasmihäiriö	8	4
Ennenaikainen orgasmi	29	10
Yhdyntäkipu	3	14

Sukupuolisessa haluttomuudessa ovat sukupuoli ja aktiviteetti vähäisiä joko alun alkaen (primaarinen haluttomuus) tai alentunut entiseen verrattuna. Kaplanin tutkimuksessa vuonna 1995 todettiin 72 %:lla oireen olevan sidoksissa yksittäiseen kumppaniin ja 28 %:lla se yleistyi koskemaan kaikkia partnereita. (Virtanen 2002.) Kontula ja Haavio-Mannila ovat tutkineet suomalaisessa väestössä haluttomuuden ilmenemistä. Heidän tutkimustulosten mukaan haluttomuus oli lisääntynyt 1990-luvun aikana. Omasta tai kumppanin melko usein ilmenevästä haluttomuudesta kertoi 20 % miehistä 1992 ja vuonna 1999 31 %. Naisilla vastaavat luvut olivat 30 % ja 39 %.

Koskimäen ym. (2000) mukaan suomalaisilla miehillä esiintyi eriasteisia erektiohäiriöitä 74 %:lla kaikista miehistä, 48 %:lla oli lievä häiriö, 14 %:lla keskivaikea ja 12 %:lla vaikea. Ongelmien määrä ja vaikeusaste kasvoi ikääntymisen myötä (Kontula 2001; Koskimäki ym.2000). Lievistä oireista kärsii 67 % 50-vuotiaista, 76 % 60-vuotiaista ja 83 % 70 vuotiaista. Kontulan ja Haavio-Mannilan (2001) mukaan ajoittaisia erektio-ongelmia oli ollut kolmasosalla alle 35-vuotiaista, joka toisella keski-ikäisellä ja neljällä viidestä yli 54-vuotiaista. Nuorilla miehilläkin oli ilmennyt ajoittaisia erektiohäiriöitä kun taas huomattava osa ikäikäihmisistä kiihottui seksuaalisesti vaikeuksista. Parisuhteessa elävillä oli vähiten ongelmia 5 – 9 vuotta kestäneissä avioliitoissa. Yli 40 vuotta kestävässä avioliitoissa vain viidesosalla miehistä ei ollut erektiohäiriöitä. Sairauksilla todettiin olevan vaikutusta miesten erektiohäiriöihin ja seksuaaliseen kanssakäymiseen yleensä yli 50-vuotiailla.

Kontulan ja Haavio-Mannilan (2001) mukaan seksuaalinelämän tyydyttävänä pitäminen väheni 1992 ja 1999 välillä. He epäilivät ihmisten odotuksien sukupuolielämään kasvaneen joukkotiedotuksen tuodessa julkisuuteen rakkaus- ja seksielämästä erilaisia onnellisuuden malleja. Heidän tutkimustulostensa mukaan seksuaalinen tyytyväisyys on sidoksissa siihen tuottaako yhdyntä orgasmin. Viimeisimmässä yhdynnässä koettu orgasmi oli miehistä 46 %:n mielestä hyvin miellyttävä ja naisista 59 %:n mielestä. Yhdyntöjä, joissa oli koettu useita orgasmeja, yhdynnän arvioi hyvin miellyttäväksi 59 % miehistä ja 83 % naisista. Ilman orgasmia naisista ja miehistä piti yhdyntää kaksi kolmasosaa miellyttävänä ja hyvin miellyttävänä 14 % naisista ja 25 % miehistä.

Noin joka toisella nuorella ja keski-ikäisellä naisella oli esiintynyt sukupuolielinten limakalvojen kostumisongelmia ainakin jonkin verran viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yli 50-vuotiaista naisista niitä oli kokenut jo 70 – 80 %. Melko usein kostumisongelma oli kymmenesosalla nuorista ja keski-ikäisistä naisista ja kolmasosalla yli 55-vuotiailla naisilla. Huomattavaa on, että nuorillakin naisilla on melko usein vaikeuksia saavuttaa riittävää kostumista. (Kontula & Haavio-Mannila 2001.)

Yhdyntäkivut ovat syntyperältään monitahoinen ongelmakenttä. Vasta viime aikoina on alettu ymmärtämään yhdyntäkipujen kompleksisuutta ja tarkastelemaan kipua ensisijaisena ongelmana. Naisten yhdyntäkivut ovat yleisempiä kuin miehillä esiintyvät kivut. Naisten kiputilojen syiksi on osoittautunut 46 %:lla vulvan vestibuliitti, 24 %:lla ei todettu mitään fyysisiä muutoksia, 17 %:lla syy oli moniselitteinen ja 13 %:lla vulvan ja vaginan atrofia. (Meana ym.1997; Virtanen 2002.)

Seksuaalinen väkivalta on kasvanut ja kokemuksen traumaattisuus johtaa monenlaisiin terveydellisiin ongelmiin, joten terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat uhreja / selviytyjiä työssään mitä todennäköisimmin. Lapsuuden seksuaalisuuden hyväksikäytön uhreja on arvioiden mukaan noin 20 % naisista ja 5 – 10 % miehistä. Schachterin ym. (2003) mukaan turvallisuuden tunne on selviytyjälle tärkeää heidän ollessaan tekemisis-

sä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. ”Turvallisuuden sateenvarjo” pidetään auki sensitiivisellä toiminnalla. Selviytyjän kanssa tulee jakaa valtaa toimenpiteissä, koska kontrollin tunne auttaa selviytyjää edistämään omaa turvallisuuden tunnettaan. (Schachter ym. 2003.)

Nurmen (1993) mukaan aikuisväestö ilmoituksensa mukaan tarvitsee neuvontaa tai tietoa raskauden ehkäisystä, sukupuolitaudeista, AIDS:sta, seksuaalisesta haluttomuudesta tai halun lisäämisestä, erektiohäiriöistä, yhdyntä- ja orgasmiongelmistä, seksuaalisuhteen hoitamisesta kiireen ja stressin keskellä, sukupuolielämästä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Lisäksi tietoa halutaan ikääntymiseen liittyvästä seksuaalisuudesta, naisen ja miehen seksuaalisista eroista, sukupuolielämän rikastuttamisesta, esileikeistä, oman seksuaalisuuden kehittämisestä, tunteiden ilmaisemisesta parisuhteessa, miten saadaan toinen puhumaan avoimemmin asioista, miten keskustella vaikeista asioista ja miten kertoa lapsille ja nuorille sukupuoliasioista. (Nurmi 1993.)

6 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Seksuaaliterveyden ongelmien lisääntymisen myötä alan tutkimus on vahvistunut ja ammatillinen koulutus on kehittymässä eri puolilla maailmaa. Tulevaisuudessa seksuaaliterveyden edistämisen toiminta professionalistuu ja eriytyy yhä enenevässä määrin tietyin ehdoin toteutuvaksi ammatilliseksi toiminnaksi. Tämä tutkimus koostuu kahdesta erityyppisestä aineistosta, ensiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian ja seksuaaliterveyden opetussuunnitelmista vuodelta 2003 (tutkimustehtävä 1.) ja toiseksi kyselytutkimusaineistosta, joka kerättiin vuonna 2002, kohderyhmänä seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijat (tutkimustehtävät 2. ja 3.). Laadullisen aineiston tarkoituksena on kuvata kirjoitettujen opetussuunnitelmien tuottamaa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta. Sisällönanalyysin kohteena olivat opetussuunnitelmissa esitetyt seksuaaliterveyden edistämisen/seksologian koulutuksen tavoitteet ja sisällöt. Tavoitteet kuvaavat seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuteen kasvamista. Sisällöt edustavat seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden substanssi- ja toimintadimensiota. Professionaalisuutta ja asiantuntijuutta kuvaavia keskeisiä tunnusmerkkejä ovat muun muassa teoreettinen, abstraktitieto erikoistuneella alueella sekä työn vaatimat erikoistuneet tehtävät ja taidot. Opetussuunnitelmatutkimuksen seikkaperäisempi kuvaus esitetään kappaleessa seitsemän.

Kyselytutkimus toteutettiin postikyselynä pyrkimällä kokonaistutkimukseen, koska perusjoukko on pieni. Kyselylomakkeena käytettiin Ranskassa (Giami 1999) testattua kyselylomaketta (liite 4). Kyselytutkimuksella selvitettiin seksuaaliterveyden edistämisen toimintaan liittyviä professionaalisia piirteitä kuten asiantuntijoiden kouluttautumista, työn organisoitumista, ja -ympäristöä, seksologisia työmenetelmiä, asiakassuhdetta sekä seksologian lisäkoulutustarpeita ja muuta toimintaa seksologian alueella. Kyselytutkimuksen kuvaus esitetään seikkaperäisemmin kappaleessa kahdeksan. Tutkimustehtävät ovat jäsennelly seuraavasti:

Tutkimustehtävät:

1. Millaiseen seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuteen seksologian koulutus ohjaa? (opetussuunnitelma-aineisto)
 - tavoitteet
 - sisällöt
2. Minkälaisia asiantuntijoita ovat seksuaaliterveyden edistämisen palveluita toteuttavat ammattihenkilöt? (kyselyaineisto)
 - Minkälaista ammatillista koulutusta palveluja antavilla asiantuntijoilla on?
 - Miten asiantuntijat edistävät ja kehittävät ammatillista osaamistaan?
 - Minkälaisissa toimintaympäristöissä asiantuntijat toimivat?
3. Minkälaista ammatillista toimintaa seksuaaliterveyden edistäminen on? (kyselyaineisto)
 - Minkälaisia menetelmiä palveluja antavat asiantuntijat käyttävät?
 - Minkälaiden ongelmien kanssa asiakkaat hakeutuvat palveluihin?
 - Minkälaisia erityishaasteita liittyy ammatillisiin kohtaamisiin?

7 OPETUSSUUNNITELMATUTKIMUS

7.1 Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelma-aineiston kuvaus

Tutkimuksen opetussuunnitelma-aineistona käytetyt Jyväskylän ammattikorkeakoulun opetus-suunnitelmat koostuvat 1. Seksologian perusteista, 10 ov (= pohjoismainen Seksologia I); 2. Seksologian ammatillisista erikoistumisopinnoista 30 ov (= pohjoismainen Seksologia II). Opinnot suoritettuaan (40 ov) opiskelija voi hakea NACS:lta Specialist in Sexological Counselling nimikettä. Ammattikorkeakoulussa opinnot ovat toteutettu täydennyskoulutuksina: perusteet oppijoiden kustantamana lisäkoulutuksena ja erikoistumisopinnot opetusministeriön myöntämällä aikuiskoulutuspaikoilla. 3. Terveiden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelma, suuntautumisvaihtoehtona seksuaaliterveyden edistäminen, vaihtoehtoina seksuaaliterveyden edistämisen preventiiviset tai seksuaaliterapeuttiset opinnot, 60 ov (terapeuttiset opinnot 40 ov = pohjoismainen Seksologia III), toteutettiin ammattikorkeakoulun jatkotutkintokokeiluna. Koulutusohjelma oli ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Seksologian perusteiden opetussuunnitelma

Seksologian perusteet koulutuksen kohderyhmä on ihmissuhde-, hoito-, opetus, ja kasvatustyön aloilla toimivat ammattihenkilöt ja opiskelijat. Taulukosta 7 ilmenee seksologian perusteiden sisältöteemat ja niiden laajuudet.

TAULUKKO 7 Seksologian perusteiden (10 ov) sisältöteemat ja laajuus

Sisältöteemat	Laajuus (ov)
Seksuaaliterveys: peruskäsitteet, seksuaaliterveyden edistäminen, toiminnalliset häiriöt, pitkäaikaissairaudet ja seksuaalisuus, vammautuminen ja seksuaalisuus	2
Seksuaalisuuden ulottuvuudet: historiallinen, kulttuurinen, yhteiskunnallinen ja eettinen tarkastelu	2
Seksuaalisuus elämäkullussa: seksuaalisuuden kehitys, aikuisikä ja seksuaalisuus, ikääntyminen ja seksuaalisuus, kehollisuus, aistillisuus, erotiikka, seksuaalisuuden moninaisuus	3
Seksuaalineuvonnan ja terapian perusteita: PLISSIT-malli, seksuaalianamneesi ammatillisuus hoito- ja kasvatustyössä oman seksuaalisuuden kohtaaminen (SSA =Sexual Self Acknowledgement)	2
Kriminalisoitu seksuaalisuus: seksuaalinen väkivalta, (uhrin, tekijän ja hoidon näkökulma)	1

Koulutuksen tavoitteena on saavuttaa valmius tarkastella kriittisesti seksuaaliterveyteen liittyviä ilmiöitä koulutus- ja asiakastilanteissa sekä julkisessa keskusteluissa sekä saada tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä häiriöistä ja niiden hoidosta. Seksuaalineuvoja-nimike on aikaisemmin ollut käytössä vuoden seksologisissa opinnoissa. Nimike ilmentää osaamisen tason olevan omaan ammattiin liittyvää neuvonta- ja ohjaustyötä.

Seksologian ammatillisten erikoistumisopintojen opetussuunnitelma

Koulutuksen kohderyhmä on sosiaali-, terveys-, opetus-, kasvatusta- ja vankeinhoitotyön aloilla toimivat ammattihenkilöt. Seksologian ammatillisiin erikoistumisopintoihin osallistuminen edellytti seksologian perusteiden suorittamista. Valinta seksologian ammatillisiin erikoistumisopintoihin tapahtui hakemusten, kirjoitetun esseen ja haastattelujen perusteella. Muina opiskeluedellytyksinä olivat opisto- tai ammattikorkeakoulututkinto ja vähintään puolen vuoden työkokemus relevantilla aihealueella. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005).

Erikoistumisopintojen opetussuunnitelman mukaan osaaminen ilmenee ammatillisten opiskelijoiden peruskoulutukseen liittyen:

”- taitona toimia seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijana, joka konsultoi sekä toimii työyhteisönsä kouluttajana ja -taitona toimia erityistason seksuaaliterapeuttina, joka ohjaa ja tukee asiakkaita erilaisissa seksuaaliki-symyksissä sekä hoitaa toiminnallisia seksuaaliongelmia (sosiaali- ja terveysalan koulutus)

– taitona toimia erityistason seksuaalikasvattajana ja – ohjaajana, joka hallitsee seksuaalikasvatuksen teoreettisia perusteita, jolloin seksuaalikasvatus nähdään osana elämisen taitoja (kasvatusalan koulutus)

– taitona analysoida seksuaaliterveyden haasteita yhteiskunnassa sekä osaanaisena suunnitella strategioita/interventioita vastaamaan yhteiskunnassa esille tuleviin haasteisiin

– valmiuksina kehittää uusia seksuaalikasvatuksen ohjelmia/interventioita

– taitona luoda alueellisia ja valtakunnallisia verkostoja tukemaan seksuaaliterveyden edistämisen kehittämistä.” (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005.)

Seksologian ammatillisten erikoistumisopintojen opintojaksokuvaukset ja sisältöteemat sekä niiden laajuudet ilmenevät taulukosta 8.

TAULUKKO 8 Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot (30 ov) opintokokonaisuudet, sisältöteemat ja laajuus

Opintokokonaisuudet, sisältöteemat	Laajuus (ov)
Orientoivat opinnot	1
<p>Ammatilliset ydinopinnot: Ammatillisuus ja uudistus osaaminen, Eettinen osaaminen, Yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen ennakointi</p> <p>Seksologinen tietoperusta seksuaaliterveyden edistämässä: Seksuaaliterveys: seksuaalikasvatuksen teoreettisia lähtökohtia, Kliininen seksologia: kehotietoisuus, erotiikka, rakkaus, seksuaalianatomia ja fysiologia, elämänmittainen seksuaalisuus, toiminnalliset häiriöt, vammaisuuden ja sairauden vaikutukset seksuaalisuuteen, seksuaali-identiteetti ja erilaiset seksuaaliorientaatiot, sukupuoliisuuden jäsentymisen, elämän kriisit ja seksuaalisuus, parafiliat ja seksuaaliset erityismielitymykset, terapeutit lähentymistavat, seksuaalinen väkivalta</p> <p>Seksologinen menetelmäosaaminen seksuaaliterveyden edistämässä: terapeutit lähentymistapoja: klassinen seksuaaliterapia, kognitiivinen, ratkaisukeskeinen, NLP, psykodynaaminen terapia, seksuaaliterveyden edistäminen: terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen mallien ja teorioiden soveltaminen seksuaalikasvatuksen suunnittelussa ja toteutuksessa</p>	15
Vapaavalintaiset opinnot	3
Kehitysprojekti	10
Arviointi	1

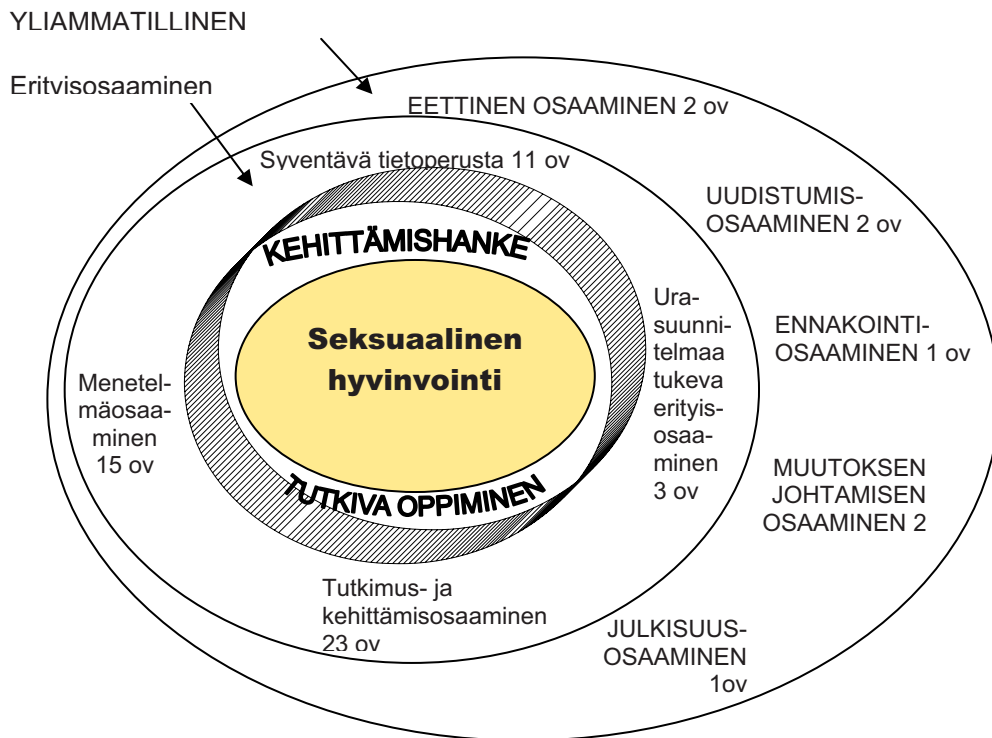
Seksologian erikoistumisopintoihin sisältyvä kehitysprojekti (10 opintoviikkoa) on omassa työyhteisössä toteutettavaa, tavoitteellista kehittämistoimintaa ja siihen liittyvän teoriatietoperustan rakentamista. Kehitysprojekti voi olla esimerkiksi omiin työtehtäviin liittyvien toimintojen kehittämistä ja uusien työmenetelmien kokeilua. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005.)

Erikoistumisopintojen opetussuunnitelmassa käsiteltiin myös koulutuksen lähtökohtia, koulutuksen toteutumisen muotoja, pedagogisia periaatteita, kustannuksia ja informoitiin koulutuksen suunnittelijoista ja kouluttajista.

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokutkintokoulutusohjelman opetussuunnitelma

Jatkokutkintokokeiluun osallistuvilta edellytettiin perusteiden ja erikoistumisopintojen tai vastaavien seksologisten tietojen hankkimista ennen opintojen aloittamista. Valinta tapahtui hakemusten, kirjoitetun esseen ja haastattelujen perusteella. Edellytyksenä oli ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto sekä vähintään kolmen vuoden työkokemus relevantilla aihealueella. (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma, suuntautumisvaihtoehtona seksuaaliterveyden edistäminen 2003 – 2005 (60 ov) opetussuunnitelma rakentui ammattikorkeakoulun jatkokutkinto-opintojen yliammattillisesta osaamisesta ja seksologian erityisopinnoista (kuviot 4). Yliammattilliset opinnot ovat suunnatut kaikille ylemmän amk-tutkinnon suorittajille ja erityisosaaminen on seksologian erityisosaamista.



KUVIO 4 Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelman opintokokonaisuudet (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003–2005.)

Opetussuunnitelman liitteenä oli henkilökohtainen opintosuunnitelma (HOPS). Suunnitelma auttaa ja tukee opiskelijan oppimisprosessin ja tavoiteltavan asiantuntijuuden suunnitelmallista etenemistä. Taulukossa 9 kuvataan jatkotutkintokoulutuskokeilun opintokokonaisuudet, sisältöteemat ja laajuudet.

TAULUKKO 9 Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma (60 ov) seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehto, opintokokonaisuudet, sisältöteemat, laajuus

Opintokokonaisuudet, sisältöteemat	Laajuus (ov)
Yliammatillinen osaaminen: Uudistusosaaminen, Eettinen osaaminen, Yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen ennakointiosaaminen, Muutoksen johtamisen osaaminen, Julkisuus- ja vaikuttavuustyön osaaminen	8
Seksuaaliterveyden edistämisen seksologinen syventävä tietoperusta: Seksuaaliterveyden edistäminen, Seksuaaliterapia, Elämänkulkuun liittyvä seksuaalinen kehitys ja muutos, Seksuaalilääketiede I, Seksuaalilääketiede II, Lisääntymisterveys, Seksuaalinen väkivalta	12
Seksuaaliterveyden seksologinen menetelmäosaaminen: Yksilöterapiaprosessit ja harjoittelu, Pariterapiaprosessit ja harjoittelu, Ryhmäterapiaprosessit ja harjoittelu, Seksuaaliterveyden edistämisen menetelmät yksilö ja ryhmätasolla, Seksuaaliterveyden edistämisen menetelmät yhteisö- ja yhteiskuntatasolla, Oma persoonallisuus terapeuttisena välineenä	14
Urasuunnitelmaa tukeva valinnainen erityisosaaminen	3
Tutkimus- ja kehittämisaosaaminen: Ammatillinen opinnäytetyö, tutkimus- ja kehittämismenetelmätaidot	23

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkotutkintokoulutusohjelman opetussuunnitelmassa osaaminen määritellään erityisasiantuntijuutena seksuaaliterveyden edistämisen preventiivisellä alueella tai seksuaaliterapian vaativan erityistason alueella PLISSIT-mallin neljä tasoon asti. Lisäksi jatkotutkintokoulutuksessa hankitaan taitoja toimia seksuaaliterveyden tutkijana, jolloin tuotetaan uutta tietoa, kehitetään ja arvioidaan terapia-, opetus- ja koulutuskäytänteitä. Erityisasiantuntijuus luo uutta ammatillista osaamista muun muassa perusterveydenhuoltoon, jolloin voidaan hoitaa seksuaalisen väkivallan ja kaupallisen seksuaalisuuden uhreja sekä tekijöitä. Opinnoissa hankitaan myös taitoja vaikuttaa seksuaaliterveyden edistämisen poliittisiin päätöksiin. Seksuaaliterveyden edistämisen erityisasiantuntija osallistuu kansainvälisen verkoston toimintaan. (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Jatkotutkinto (ylempi amk-tutkinto) opetussuunnitelmassa osaamisen näyttö on opinnäytetyö. Opinnäytetyö (20 opintoviikkoa) käynnistyy opiskelujen alkuvaiheessa ja sen työstäminen jatkuu opintojen ajan. Opintoihin liittyy 1 – 3 opintoviikkoa kehittämis- ja tutkimusmenetelmäopintoja koulutustaustasta riippuen. Opinnäytetyö voi liittyä

opiskelijan työorganisaatioon, jolloin laaditaan ns. kolmikantasopimus (työnantaja, opiskelija, ammattikorkeakoulu). (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelman JST 3S, opetussuunnitelma 2003 – 2005.)

Opetussuunnitelmien oppimisen periaatteita ja filosofiaa

Erikoistumisopinnot ja jatkotutkinto-opinnot perustuvat kokemuksellisen ja konstruktivisen oppimisen periaatteille. Oppiminen nähdään jatkuvana, joustavana sekä tavoitteellisena prosessina, käsitysten muuttumisena sekä tieto- että taitoperustan kehittymisenä. Koulutukset rakentuvat tutkivan oppimisen metodiin, toiminnallisten menetelmien hyödyntämiseen sekä toimintaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) ja työelämän yhteisissä hankkeissa sekä projekteissa. Jatkotutkintopilotin oppimisympäristönä käytettiin verkko-opetusta. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005, Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Opiskelijoiden henkilökohtaiset oppimistavoitteet määritellään uusien ammattitaitovaatimusten saavuttamiseksi henkilökohtaisessa opintosuunnitelmassa (erikoistumisopinnot), ura- ja kehityssuunnitelmassa (jatkotutkinto). Ohjauskeskusteluilla ohjataan opiskelijan oppimisen edistymistä ja opintojen tarkentamista. ”*Ohjauksen tulee olla riittävää ja oikea aikaista. Koulutuksessa hyödynnetään opiskelijan omien ajattelu- ja toimintatapojen reflektointia, minkä avulla kytketään yhteen asiantuntijatiedon teoreettisia, menetelmällisiä ja kokemuksellisia osa-alueita.*” Lähiopiskelussa ja opiskelijan oppimistehtävissä edellytetään ajanmukaisen tietoperustan kartuttamista sekä refleктоivan työotteen kehittämistä, oppimismenetelminä toimivat esimerkiksi workshop -työskentely ja kirjoitetut esseet. Jatkotutkinto-opinnoissa edellytetään lisäksi oman käyttöteorian arviointia, jolloin opiskelija tietoisesti ja kriittisesti tutkii ja arvioi kokemustensa sisältöä, prosessia ja lähtökohtia. Käytettävät oppimismenetelmät ovat draamaopetus, työnohjaus ja erilaiset toiminnalliset harjoitukset. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005, Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto-opintojen tavoitteena on korkeatasoisen ammatillisen asiantuntijuuden saavuttaminen ja työelämän kehittäminen (L 351/2003). ”*Oppiminen edellyttää ongelmanratkaisutaitojen ja ajattelukyvyyn kehittymistä, mihin pyritään koulutuksessa sovellettavan tutkivan oppimisen avulla. Tutkiva oppiminen määritellään prosessina, jonka aikana haetaan vastausta sellaiseen haasteeseen, jota ei olisi voitu ratkaista aikaisemman tiedon varassa.*” (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Erikoistumisopinnoissa ryhmätyönohjausta on 75 tuntia ja käytännön harjoittelua 100 tuntia. Jatkotutkinnossa vastaavat lukumäärät ovat 120 tuntia ja 200 tuntia. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005, Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelman JST 3S1, 2003 – 2005.)

Seksologian erikoistumis- ja jatkotutkinnon opetussuunnitelmiin sisältyvien SSA-opintojen (Sexual Self Acknowledgement -opinnot) tavoitteena on tunnistaa omien asenteiden ja rajojen merkitys seksuaalikäytösten kohtaamisessa sekä kykeneminen tunnistamaan ja poistamaan työskentelyn esteitä. ”*Opiskelija oppii erottamaan omat tunteet, asenteet ja käsitykset ammatillisessa kohtaamisessa. Opiskelijalla on taito arvioida*

kriittisesti pätevyyttään seksuaalikäytönsä syvässä hoitamisessa sekä seksuaaliterveyden edistämistyössä.” (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005, Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

Arviointi

Arviointi toteutuu opetussuunnitelmien mukaan jatkuvana, systemaattisena arviointina. Oppiminen nähdään oppimis- ja kehitysprosessina, johon liittyy kehittävä itse-, vertais- ja asiantuntija-arviointi. Arvioinnin kohteena on oppimisprosessi, jota tarkastellaan suhteessa omiin oppimistavoitteisiin sekä oppimisen vaikuttavuuteen omassa työssä. Arviointia toteutetaan palautelomakkeiden, oppimispäiväkirjakoosteiden, ohjaus- ja opetuskeskustelujen sekä vertaisarvioinnin avulla. Jatkotutkintopilotissa kouluttaja arvioi lisäksi opiskelijan oppimista opintojaksoittain arviointiasteikolla 1 – 5. Opettaja antaa myös oppimistehtävistä sanallisen arviointipalautteen. Koulutuksen työelämävastaavuutta arvioidaan ohjausryhmän kanssa. Seksuaaliterveyden edistämisen jatkotutkintopilotin ohjausryhmä oli kansallinen. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003 – 2005, Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

”Arvioinnin reaaliaikaistamiseksi ja koulutuksen läpinäkyvyyden osoittamiseksi luodaan internet-sivustot, joilta koulutusta on mahdollista seurata ja arvioida. Kerätty tieto hyödynnetään lukukausittain. Koulutusohjelmasta vastaava tiimi kokoontuu säännöllisesti arviointikokouksiin. Koulutuksen arviointi koostuu oppimisen/osaamisen arvioinnista, koulutuksen toteutumisen arvioinnista, opetussuunnitelman toteutumisen arvioinnista sekä työelämävastaavuuden arvioinnista.” (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005.)

7.2 Opetussuunnitelmien sisällönanalyysi

Seksologian (perusteet ja erikoistumisopinnot) ja seksuaaliterveyden edistämisen (jatkotutkintokokeilu) opetussuunnitelmien tavoitteet analysoitiin käyttäen sisällönanalyysimenetelmää. Sisällönanalyysi menettelytapana on liitetty kommunikaatioteoriaan. Ajattelussa kirjoitettu dokumentti edustaa inhimillisen toiminnan ja käyttäytymisen tuotetta, jossa nähdään erilaisia kommunikaatioprosesseja. Sisällönanalyysiin perustuvan systemaattisen ja objektiivisen analyysin avulla kiteytetään tutkittavia ominaisuuksia näistä prosesseista. Menetelmää on pidetty jo 50-luvulla (Berelson 1952) tieteellisenä dokumenttien analyysitekniikkana. (Polit & Hungler 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003) Laadullisessa sisällönanalyysissä voidaan erottaa karkeasti seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistämisen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysin lopputuloksena ovat ilmiötä kuvaavat kategoriat (Burns & Grove 1997; Kyngäs, & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2002.) Haluttaessa jatkaa kategorioiden muodostuksen jälkeen, kategoriat voidaan kvantifioida, jolloin lasketaan kategorian sisäl-

tämät asiat (Cavanagh 1997; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Valmista viitekehystä voidaan käyttää myös sisällön analyysissä (Tesch 1990; Sandelowski 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999). Tällöin analyysiä ohjaa teema tai malli, jonka perustana on aikaisempi tieto (Polit & Hungler 1995; Sandelowski 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Tämän aikaisemman tiedon mukaan poimitaan sisällöllisesti sopivia asioita analyysirunkoon (Sandelowski 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Patton 2002). Deduktiivista lähestymistapaa käytetään usein haluttaessa testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa (Kyngäs & Vanhanen 1999).

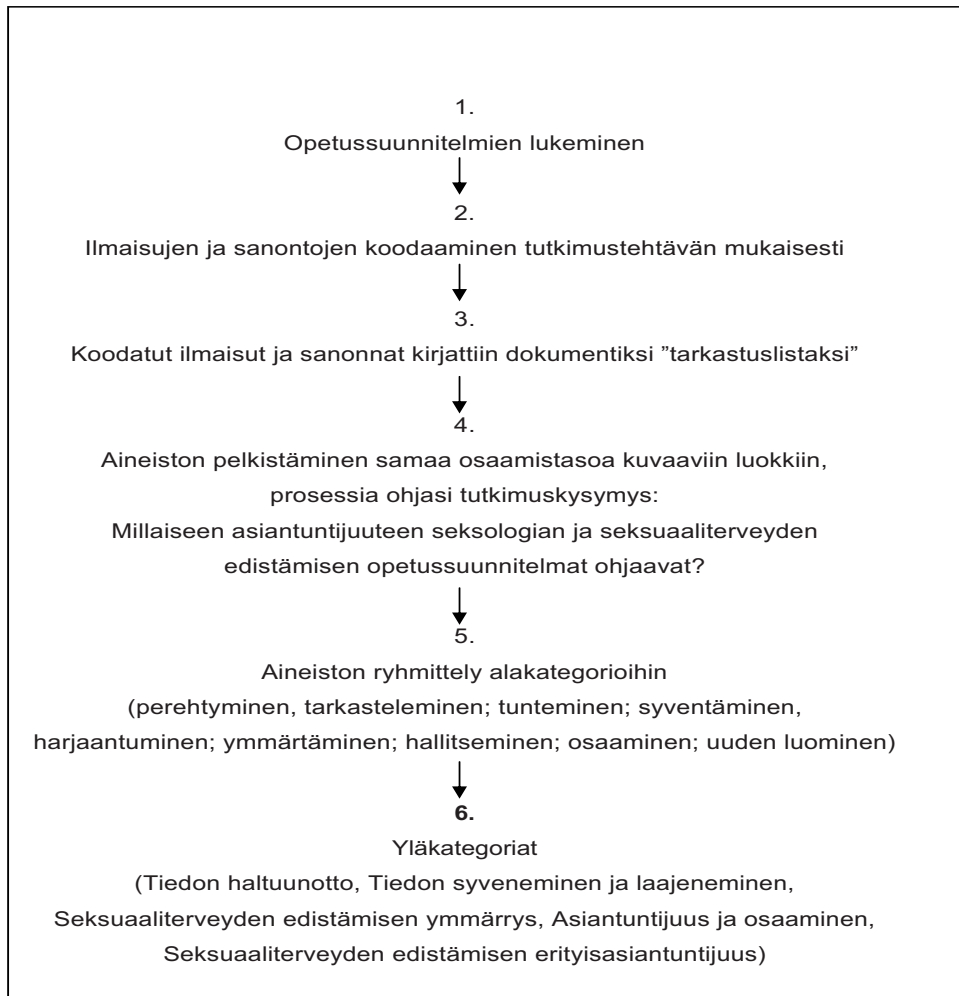
Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysiprosessia ohjasi tutkimuskysymys: millaiseen seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuteen seksologian ja seksuaaliterveyden kirjoitetut opetussuunnitelmat ohjaavat? Työvälineenä toimi tutkija, jonka systemaattiseen ajatteluun tutkimusprosessi perustuu. Tutkimusprosessin kohteena olivat opetussuunnitelmien *tavoitteet* ja *sisällöt*, joiden seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta kuvaava informaatio pelkistettiin asiantuntijuutta kuvaaviksi kategorioiksi (*tavoitteet*) ja käsitekartaksi (*sisällöt*).

7.2.1 Opetussuunnitelmien tavoitteiden analyysiprosessin eteneminen

Opetussuunnitelmien *tavoitteet* analysoitiin aineistolähtöisesti. Analyysiprosessi eteni aineiston lukemisesta, koodaamiseen, aineiston pelkistämiseen, alakategorioiden muodostamiseen ja viimein aineistoa kuvaaviin yläkategorioihin. (Dey 1993; Canagh 1997; Polit & Hungler 1997; Tuomi & Sarajärvi 2002.) Kuviossa 5 kuvataan tavoitteiden analyysiprosessin etenemisvaiheet.

1. Tavoitteiden sisällönanalyysiprosessin ensimmäisenä vaiheena opetussuunnitelmat luettiin huolella ja objektiivisesti moneen kertaan. 2. Tämän jälkeen koodattiin opetussuunnitelmiin ne ilmaisut, jotka muodostivat kuvauksen tavoitteesta kohti asiantuntijuutta. Koodatuista ilmaisuista alla on esimerkkejä:

”tutustuu omaan seksuaalihistoriaan, työstetään omia arvoja ja uskomuksia, tunnistaa asenteidensa ja rajojensa merkityksen seksuaalikysymysten ammatillisessa kohtaamisessa, opiskelija omaksuu seksologian filosofiset ja eettiset perusteet, opiskelija syventää ymmärrystään seksuaalisuudesta kaupallisena ilmiönä, opiskelija ymmärtää syvällisesti ihmisen elämänkulkuun liittyvän seksuaalisen kehityksen ja sen muutosten merkitykset seksuaaliselle hyvinvoinnille sekä hallitsee taidon soveltaa seksuaaliseen kehitykseen liittyvää teoretietoa prevention eri muodoissa, perehtyy uusimpaan tieteelliseen tutkimustietoon arvioiden hoitomuotojen tehokkuutta ja vaikuttavuutta seksuaalisten ongelmien hoidossa.”



KUVIO 5 Tavoitteiden sisällönanalyysiprosessin eteneminen

3. Tämän jälkeen ajatuskokonaisuudet koottiin dokumentiksi (tarkistuslistaksi) koulutuskokonaisuuksittain, josta esimerkkejä

- Seksologian perusteista: ”*perehdyttää seksuaalisiin ilmiöihin, tutustutaan seksuaaliseen peruskäsitteistöön, hankitaan tietoa seksuaalisuudesta elämän eri vaiheissa*”
- Ammatillisista erikoistumisopinnoista: *ymmärtää seksuaalisuuden yhteiskunnallisia, historiallisia ja globaaleja kytkentöjä, hankkii taitoja arvioida ja prosessoida omia ammatillisia valmiuksiaan ja seksuaalisuuteen liittyviä asenteitaan*”
- Jatkotutkintokoulutuskokeilusta: ”*luo innovatiivista kehittämisosaamista valtakunnallisten sosiaali- ja terveystieteiden strategioiden suunnitteluun, arvioi ja kehittää terapia-, opetus-, ja koulutuskäytänteitä*”

4. Tarkistuslistaan koodatut ilmaisut koottiin yhteen ja pelkistettiin. Tutkimuskysymys: Millaiseen asiantuntijuuteen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmat ohjaavat tavoitelauseiden perusteella? ohjasi tutkimuspro-

sessin vaihetta. Huomio kiinnitettiin osaamistasoa kuvaaviin verbeihin ja niiden ilmaisusta muodostuviin asiantuntijuutta kuvaaviin kokonaisuuksiin.

Opetussuunnitelmien *tavoitteiden* pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samaa osaamisen tasoa kuvaaviin kategorioihin, tästä prosessin vaiheesta esimerkkejä:

”- perehdytään seksuaalisuuden moninaisuuteen, perehdytään seksuaalisten toiminnallisten häiriöiden tutkimukseen ja hoitoon, tarkastellaan seksologian ajankohtaisia kysymyksiä ja teemoja - lisätään tietoa tunnistaa erilaisia häiriötiloja, tunnetaan lakiin perustuvat oikeudet ja velvollisuudet

– syvennetään seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustaa, syvennetään osaamista seksuaalifysiologiasta ja anatomiasta

– ymmärtää pornografian yhteiskunnallisia merkityksiä, ymmärtää seksuaaliterveyden edistämisen merkityksiä yhteiskunnallisella tasolla

– osaa soveltaa terveyden edistämisen malleja yksilötasolla, osaa laatia projektisuunnitelman

– hallitsee tietoperustan lisääntymisterveyden edistämisestä, hallitsee seksuaalilääketieteen ydintietoa

– luo seksuaaliterveyden edistämisen ammatillista osaamista perusterveydenhuoltoon, luo alueellisia, kansallisia ja kansainvälisiä verkostoja”

5. Tämä vaihe on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe (Dey 1993; Marshall & Rossman 1995; Polit & Hungler 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999). Alakategoriat kuvaavat opetussuunnitelmissa ilmeneviä seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden tasoja, josta esimerkkejä:

1. Perehtyy, tarkastelee

tarkastelee seksuaalisuuden moninaisuutta, seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijavallan käyttämiseen perehtyminen, seksuaalisuus eri ikäkausina

2. Tunnistaa, tuntee

Seksuaaliterveyteen liittyvien ilmiöiden tunnistaminen, seksuaalisuuteen liittyvät lakiasiat, seksuaaliseen väkivaltaan liittyviä tunnusmerkkejä

3. Syventää, harjaantuu

Seksologian keskeiset sisällöt, seksuaalisuuden eri ilmiöiden kohtaaminen, seksuaaliterveyden edistämisen tietopohja

4. Ymmärtää, saavuttaa taitoja

Seksuaaliterveyteen liittyvät keskeiset mallit, pornografian yhteiskunnallisia merkityksiä metakognitiiviset taidot, reflektio

5. Hallitsee

Seksuaaliterveyden edistämisen eettinen koodisto, neuvonta- ja ohjaustaidot, seksuaaliterapia

6. Osaa

osaa soveltaa terveyden edistämisen malleja yksilö- ja yhteiskuntatasolla, osaa analysoida kriittisesti yhteiskunnassa ilmeneviä seksuaalisuuteen liittyviä ilmiöitä

7. Luo uutta

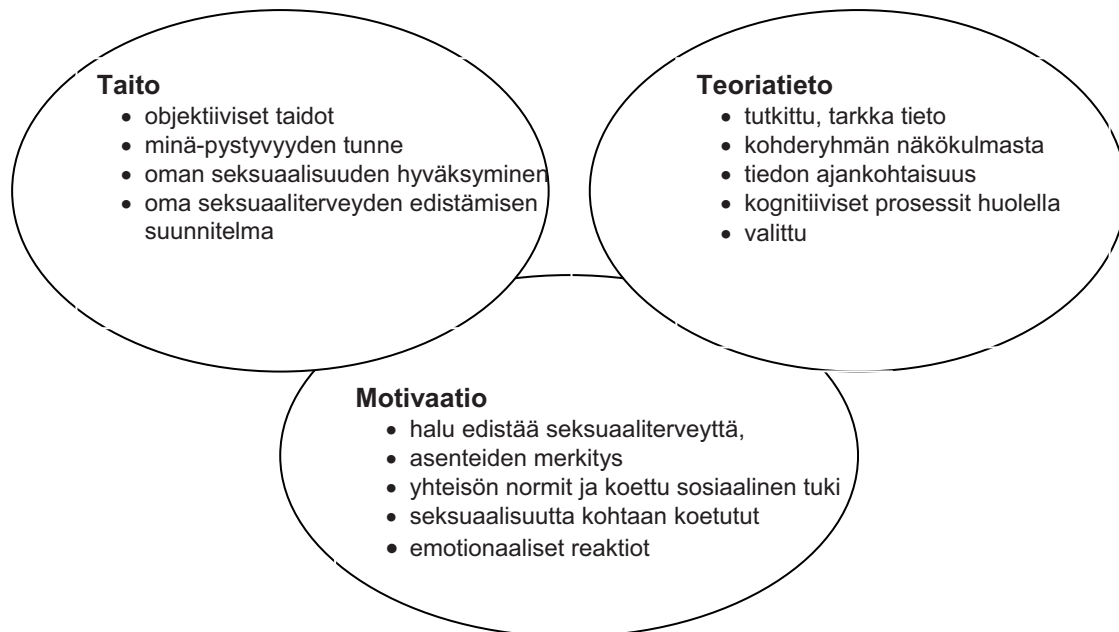
luo uutta osaamista perusterveydenhuoltoon, luo uutta tietoa

6. Loogisen ajattelun ja tulkinnan avulla alakategorioista muodostettiin seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmissa ilmeneviä eri asiantuntijuuden tasoja kuvaavat yläkategoriat (Tiedonhaltuunotto, Tiedon syveneminen ja laajeneminen, Seksuaaliterveyden edistämisen ymmärrys, Asiantuntijuus ja osaaminen, Seksuaaliterveyden edistämisen erityisasiantuntijuus), joihin tiivistettiin alakategorioista saatu seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta kuvaava informaatio. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston käsitteellistämistä eli abstrahointia (Dey 1993; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Kuviossa 6 (s. 52) esitetään esimerkkejä tavoitteiden kategorioiden muodostamisesta.

Tavoitteiden analyysiprosessin yläkategorioihin on yhdistetty alakategorian luokkia, jotka ovat saman sisältöisiä. Yläkategorioihin on tiivistetty tieto opetussuunnitelmien asiantuntijuuden päämääristä. Yläkategorioiden sisältämä tieto kuvataan tarkemmin 7.3.1 kappaleessa.

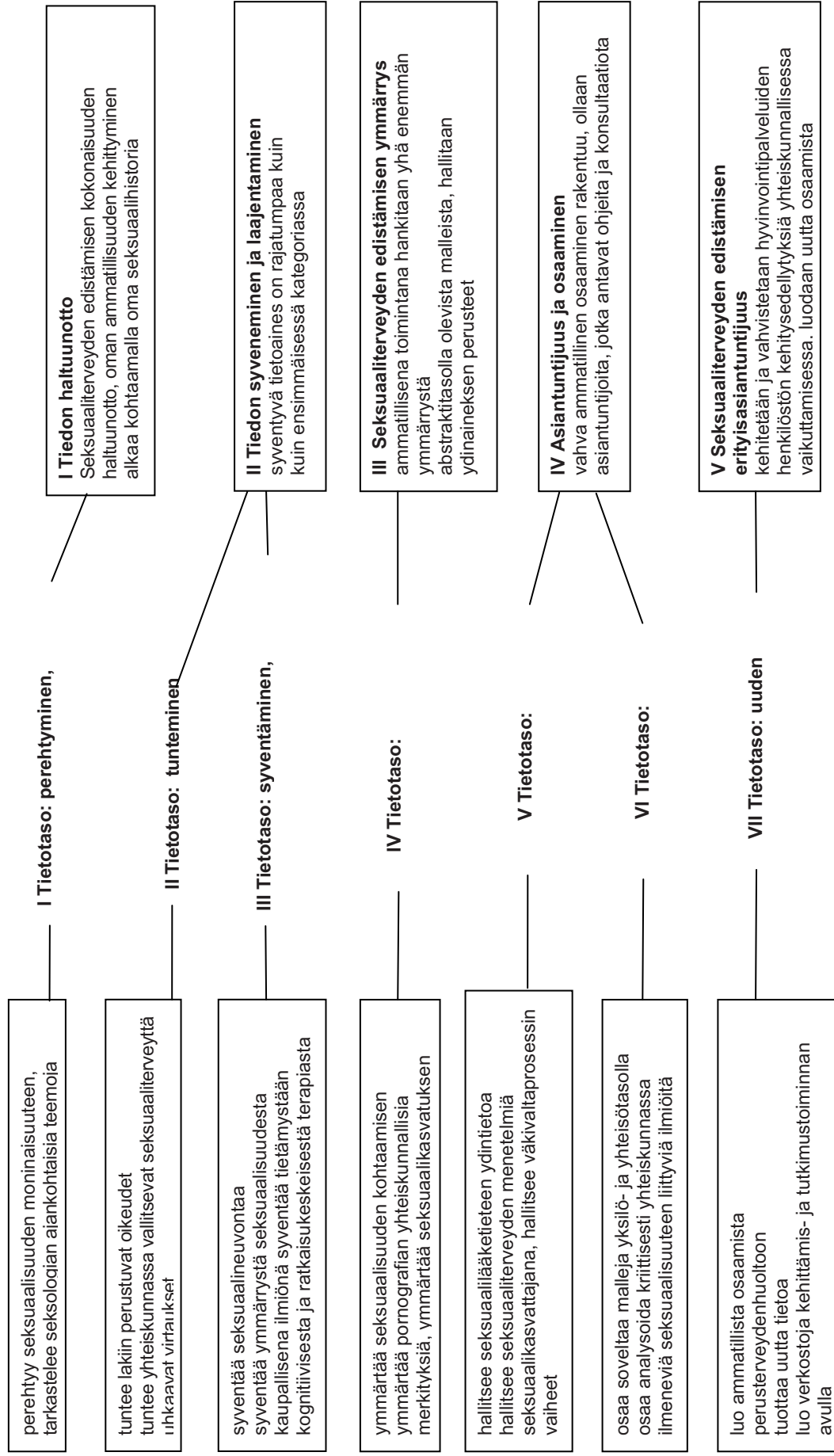
7.2.2 Opetussuunnitelmien sisällön analyysiprosessi

Opetussuunnitelmien *sisällön* analysointi aloitettiin lukemalla IMB -mallin (Informatio-Motivatio-Behavioral skills) teoreettinen viitekehys. Mallin viitekehysten osa-alueiden sisältämä oleellinen tieto poimittiin analyysirunkoon. Kuviossa 7 esitetään IMB -mallin osa-alueet.



KUVIO 7 IMB-mallin osa-alueet (Byrne ym. 1993; Fisher & Fisher 1998; Health Canada 1994; Misovich ym. 1998; Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003)

Tämän jälkeen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmiin koodattiin yliviivauskynällä sisältöjen seksologiset/seksuaaliterveyden aihealueet: punaisella kynällä tietoon liittyvät teemat, keltaisella taitoteemat ja oranssilla motivaatioon liit-



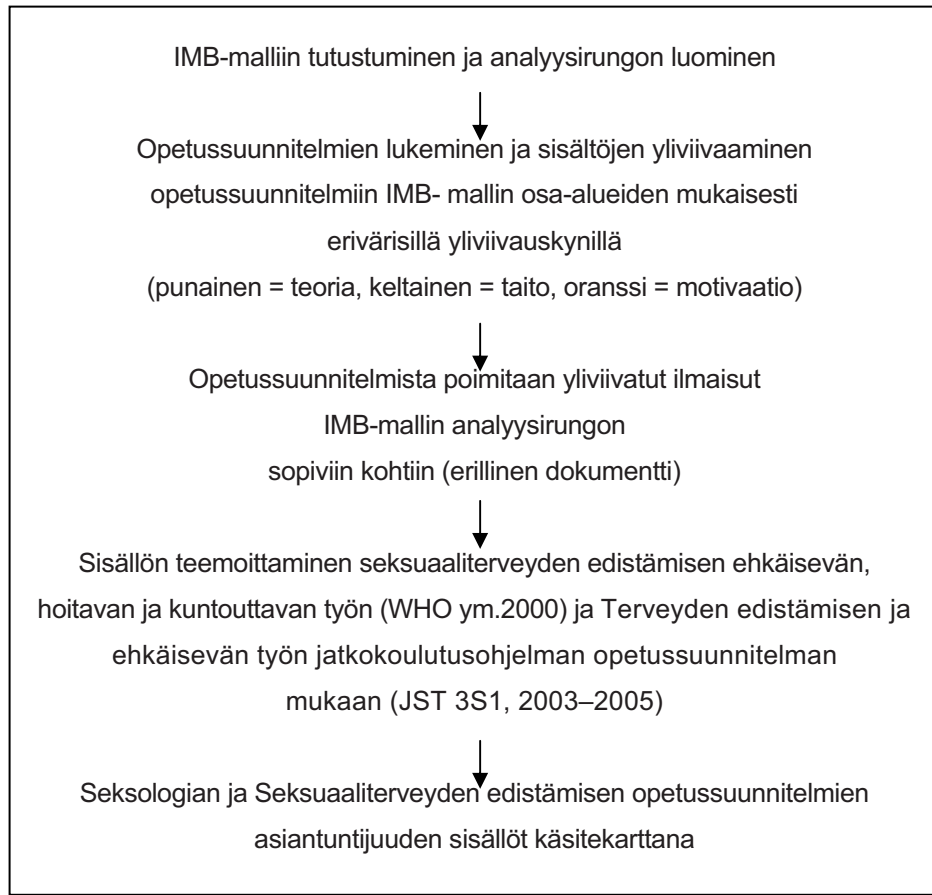
KUVIO 6 Esimerkkejä tavoitteiden analyysiprosessin etenemisestä vaiheista 4-6

tyvä informaatio. Koodaamista helpotti opetussuunnitelmien järjestelmällinen rakenne. Koodatut ilmaiset poimittiin ilman luokittelua erilliseen dokumenttiin IMB-mallin analyysirungon mukaisesti, värin osoittamaan paikkaan (esimerkkejä taulukossa 9).

TAULUKKO 9 Esimerkkejä IMB-mallin analyysirunkoon poimituista sisällöistä

IMB -mallin keskeiset osa-alueet	Opetussuunnitelmien sisällöt
Teoriatieto	seksuaaliterveys, kehotietoisuus, erotiikka, rakkaus, seksuaalianatomia ja – fysiologia, seksuaaliset toimintahäiriöt, seksuaali-identiteettikysymykset, seksuaaliset addiktiot, seksuaalietiikka, moraalifilosofia, ratkaisukeskeinen terapia, seksuaaliset erityismielitymukset ja parafiliat, seksuaalinen väkivalta, hedelmättömyyshoidot, terveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen teoriaperusteita
Taito	seksuaaliterapeuttinen arviointi ja hoito, yksilöterapeuttiset lähestymistavat: kognitiivinen, psykodynaaminen, ratkaisukeskeinen, ryhmäterapian lähestymistavat: kognitiivinen, psykodynaaminen, ratkaisukeskeinen, narratiivinen, viestintä- ja vuorovaikutustaidot seksuaalineuvonnassa, konsultaatio- ja työnohjaustaidot, pedagoginen harjoittelu, case-tapaukset, kliininen (terapeuttinen) harjoittelu, oppijan oma seksuaalisuuden historia SSA-opinnot
Motivaatio	ura- ja kehityssuunnitelma = henkilökohtainen opetussuunnitelma, ohjaus- ja palautekeskustelut, valinnaiset opinnot, oma terapia, työnohjaus

Analyysirunkoon poimittuja *sisältöjä* tarkasteltiin seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden substanssi- ja toimintadimensioiden näkökulmista. Teoriateemat järjesteltiin valmiin mallin mukaiseen järjestykseen (seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan työn ulottuvuudet WHO ym. 2000). Toimintateemat teemoitettiin jatkotutkinto-opetussuunnitelman mukaisesti (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003 – 2005). Kuviossa 8 esitetään *sisällön* analyysiprosessin eteneminen.



KUVIO 8 Opetussuunnitelmien *sisällön* sisällönanalyysiprosessin eteneminen

Sisällönanalyysin lopputuotoksena kuvataan opetussuunnitelmien seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden substanssi- ja toimintadimensiot sivuilla 58 ja 60.

7.3 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus opetussuunnitelmien kuvaamana

Sisällönanalyysin kohteena olivat opetussuunnitelmien *tavoitteet* ja *sisällöt*. *Tavoitteet* kuvaavat seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kehitymisprosessia tässä tutkimuksessa. Tarkasteltaessa professionaalisia tunnusmerkkejä kysymyksessä on työn kohde. Opetussuunnitelmien *sisällöt* puolestaan edustavat professionaalisen työn perustaa ja työtä toimintana. Sisältöteemat kuvaavat teoreettista, abstraktia tietoa seksuaaliterveyden edistämisen alueella. Taitoteemat kuvaavat työtä toimintana, joka toteutuu seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuudessa.

7.3.1 Tavoitteet seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kuvaajina

Seksologian- ja seksuaaliterveyden opetussuunnitelmien tavoitteista rakentuneet yläkategoriat muodostavat kuvauksen seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijaksi kehitymi-

sen etenemisestä. Sisällönanalyysin neljännessä vaiheessa, jossa on pelkistetyt ilmaisut, seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus tulee esiin eri osaamisen tasoina (kuvio 6 ,pelkistetty ilmaus). Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alakategoriat, jotka nimettiin niiden kuvaaman informaation mukaan. Alakategorioiden kuvaamana seksuaaliterveyden asiantuntijuus alkaa seksuaaliterveyden edistämisen ilmiöihin perehtymisenä ja tunnistamisena edeten tietojen ja taitojen syventämiseen, ymmärryksen lisääntymiseen ja taitojen hankkimiseen, seksuaaliterveyden edistämisen osaamiseen sekä uuden tiedon luomiseen tähtääväksi toiminnaksi (kuvio 6, alakategoria). Alakategorioiden informaatio tiivistettiin yläkategorioiksi, joissa tiivistyy informaatio seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijaksi kehittymisestä (kuvio 6, yläkategoria).

Ensimmäinen yläkategoria, tiedon haltuunoton kategoria, kuvaa tilannetta, jossa 'käynnistetään' seksuaaliterveyden asiantuntijuuteen kasvua. Oppija pyrkii saavuttamaan näkemyksen seksuaaliterveyden kokonaisuudesta kuten seksuaaliterveyteen liittyvästä käsitteistöä ja niihin liittyvistä ilmiöistä sekä keskeisistä aihepiireistä. Hän pyrkii saamaan kuvan aihealueella tehtävästä tutkimuksesta sekä perehtyy oikeuteen ja vastuuseen käyttää asiantuntijavaltaa muun muassa asiakas/potilassuhteessa. Hän alkaa hahmottaa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden perusteita itsestä käsin. Tiedontasolla opetellaan seksuaaliterveyden edistämisen tietoon liittyviä asiantuntijuuden arvoja ja normeja. **Toinen yläkategoria**, tiedon syventämisen ja laajentamisen kategoria, kuvaa seksuaaliterveyden edistämisen tiedon syvenemistä. Tietoa syvennetään koskien seksologisia ainutlaatuisia ilmiöitä, eettistä tietoa liittyen seksologiseen ammatilliseen kontekstiin, erityisesti oman alan asiantuntijuuteen. Aikuisopiskelua koskevaan teoreettiseen jäsenyykseen paneudutaan entistä syvällisemmin. Seksuaaliterapian tietoa syvennetään yksilö-, pari- ja ryhmätasolla, seksuaaliterveyden edistämisen tietoa syvennetään yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan työn menetelmiä opitaan. **Kolmannessa yläkategoriassa**, seksuaaliterveyden edistämisen ymmärryksen kategoriassa, seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden saavuttamiseksi hankitaan yhä enemmän ymmärrystä abstraktilla tasolla olevista seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvistä käsitteellisistä malleista. Saavutetaan ymmärrys kulttuurin, uskonnon ja kaupallisuuden sekä seksuaalikasvatuksen vaikutuksista ihmisen seksuaaliterveyteen samoin kuin seksuaalisuuden moninaisuuden merkityksestä. Oppija ymmärtää myös elämän eri tilanteiden vaikutuksen seksuaalisuuden ilmaisussa. Oppimisprosessissa hankitaan metakognitiivisia taitoja tiedon ymmärtämiseksi, reflektion avulla syvennetään käsitystä omasta ajattelusta, oppimisesta ja ammatillisesta toiminnasta. **Neljännessä yläkategoriassa**, joka on asiantuntijuuden ja osaamisen kategoria, pyritään saavuttamaan laaja spesifinen tietovarasto ja tilanteiden tunnistamiskyky sekä valmius viedä asioita eteenpäin. Asiantuntijuuteen liittyvät menetelmälliset taidot auttavat saavuttamaan ymmärryksen toimenpiteiden konteksteille. Oppija on kehittynyt asiantuntijaksi, joka antaa ohjeita ja konsultaatiota. Hän luo urakuvaa. Seksuaaliterveyden edistämisen eettinen koodisto on hallinnassa. Hänellä on oikeus käyttää asiantuntijavaltaa. Kriittinen pyrkimys ohjaa jatkuvan tiedon hankkimiseen ja oppimiseen. **Viidennessä yläkategoriassa** rakennetaan vahva osaaminen, joka perustuu tahdonalaisiin, erityisiin osaamisalueisiin, joita tarvitaan seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan työn erityistehtävissä. Tällöin luodaan uutta tietoa ja saavutetaan vahva pyrkimys vaikuttaa seksuaaliterveyden edistämisen asioihin. Osaaminen on erityisesti ongelmien ratkaisua. (Kuvio 9)

Taso V. Seksuaaliterveyden edistämisen erityisasiantuntijuus

Kehitetään ja vahvistetaan hyvinvointipalveluiden henkilöstön kehitysedellytyksiä yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa ja kehityskohteiden tunnistamisessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä seksuaaliterveyden alueella, toimitaan vaativan erityistason seksuaaliterapeuttina, luodaan ammatillista osaamista perusterveydenhuoltoon, toimitaan seksuaalikasvattajana, joka kehittää uusia seksuaalikasvatuksen ohjelmia/interventioita ja luo uutta osaamista kehittämis- ja tutkimustoiminnan kautta. Työ on jatkuva ongelmienratkaisuprosessi, jossa asiantuntija määrittelee tehtäviään ja joka johtaa asiantuntijuuden jatkuvaan kehittymiseen.



Taso IV. Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus

Tällöin rakennetaan vahva ammatillinen osaaminen, jonka perustaksi kehitetään volitionaalisia kompetensseja ja spesifejä kognitiivisia kompetensseja, joita tarvitaan seksuaaliterveyden edistämisen erityistehtävissä. Seksuaaliterveyden edistämisen sekä seksuaaliterapian alueilla pyritään saavuttamaan laaja, alaspesifitetovarasto ja tilanteiden tunnistamiskyky sekä valmius viedä asioita eteenpäin. Ollaan asiantuntijoita, jotka antavat ohjeita ja konsultaatiota. Luodaan urakuvaa. Tietoa osataan valikoida ja soveltaa sekä muodostaa omia henkilökohtaisia näkemyksiä. Seksuaaliterveyden edistämisen koodisto on hallinnassa. Oikeus käyttää asiantuntijavaltaa. Kriittinen ajattelu ohjaa pyrkimykseen jatkuvan uuden tiedon hankkimisesta ja oppimisesta.



Taso III. Seksuaaliterveyden edistäminen ammatillisena osaamisena

Hankitaan yhä enemmän ymmärrystä abstraktilla tasolla olevista seksuaaliterveyteen liittyvistä käsitteellisistä malleista. Lisäksi hankitaan asiantuntijuuteen liittyviä taitoja, jolloin haetaan ymmärrystä seksuaaliterveyden edistämisen toimenpiteiden konteksteille. Lisäksi pyritään saavuttamaan metakognitiivisia taitoja, jotta pystytään reflektiiviseen työskentelyyn tavoitteena muun muassa syventämään käsitystä omasta ajattelusta, oppimisesta ja toiminnasta. Taidot auttavat valikoimaan ja soveltamaan tietoa sekä suhtautumaan kriittisesti tietoon ja muodostamaan omia henkilökohtaisia näkemyksiä myös oikeudesta käyttää asiantuntijavaltaa. Ajattelu ohjaa myös pyrkimykseen jatkuvan uuden tiedon hankkimiseen ja oppimiseen. Ammatillisessa osaamisessa hallitaan ydinaineksen perusteita ja pystytään analysoimaan omaa osaamista.



Taso II. Tiedon rajautuminen, syveneminen, henkilökohtaisten näkemysten muodostuminen

Tietoa syvennetään koskien seksologisia ainutlaatuisia ilmiöitä, eettistä tietoa liittyen ammatilliseen kontekstiin kuten seksuaaliterveyden edistämisen eettiseen koodistoon ja asiantuntijuuteen. Ammatillisten valmiuksien syventäminen tapahtuu seksuaaliterapian, seksuaalikasvatuksen-, ja seksuaaliterveyden edistämisen sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla. Tiedontasolla syvennetään seksuaaliterveyden edistämisen tietoon liittyviä arvoja ja normeja. Syvennettävä tietoinen on rajatumpaa kuin ensimmäisessä kategoriassa. Opetellaan tiedon soveltamista ja suhtautumista arvioiden tietoa ja pyrkien muodostamaan henkilökohtaisia näkemyksiä.



Taso I. Seksuaaliterveyden edistämisen tietoa "poimitaan" ammatilliseen toimintaan

Seksuaalisuuden tietoa otetaan haltuun. Haltuunotossa saadaan käsitys mistä on kysymys, perustieto- ja motivaatioainekset seksuaaliterveyden edistämisestä syntyvät. Perehdytään oikeuteen käyttää seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijavaltaa sekä luodaan kuvaa asiakas / potilas suhteesta. Toiminta on ohjaus- ja neuvontatyötä. Lähdetään hahmottamaan oman asiantuntijuuden perusteita tutustumalla oman seksuaalisuuden historiaan. Saatua informaatiota muutetaan tiedoksi antamalla hankitulle informaatiolle merkityksiä. Tiedon omaksumista voitaisiin havainnollistaa imeytymisen metaforalla, osmoosilla. Havaintojen tekeminen ja kielelliset kertomukset, anekdotit, ovat merkittäviä - ja ylipäätään eri muodoissa tapahtuva asian liepeillä oleileminen. Toimintaan tulee kuin itsestään mukaan erilaisten variaatioiden huomioiminen, jolloin uusi tieto kommunikoi aikaisempien kokemusten kanssa.

KUVIO 9 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijaksi kehittymisen tasot OPS:ien sisällönanalyysin perusteella

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus saavutetaan opetussuunnitelmien mukaan pitkällisen oppimisprosessin tuloksena. Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntija hallitsee, osaa ja luo seksuaaliterveyden edistämisen tietoa, joka rakentuu oppijan perusopintoihin liittyen. Hän on kriittinen, arvioi ja suunnittelee sekä toteuttaa erilaisia seksuaaliterveyden interventioita kun hänellä on perusopintoina pedagoginen osaaminen. Hänellä on yksilö-, pari- ja ryhmäseksuaaliterapiataidot kun hänellä on sosiaali- ja terveysalan tai vastaavat perusopinnot.

Opinnoissa edetään perusteista asiantuntijuuteen mikä edellyttää tiedoissa ja taidoissa syvenevää prosessia, jossa samalla luodaan ja omaksutaan yhteisiä käytänteitä ja tapoja. Pitkän koulutusprosessin aikana asiantuntijuuden eri elementit integroituvat toisiinsa. Pitkän oppimisprosessin tuloksena syntyy hiljaista tietoa, jota pidetään asiantuntijuustiedon tärkeänä komponenttina. Ymmärrys asiantuntijuudesta syntyy äänettömän ja eksplisiittisen tiedon vuorovaikutuksessa. Tämä merkitsee teoreettisen ja käytännöllisen tiedon sekä taitojen sopusointua asiantuntijan toiminnassa.

Opetussuunnitelmien tavoitteiden analyysin tuloksena syntyi kuvaus seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä. Prosessin keskeisinä tekijöinä ovat seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymisen yhdistyminen. Kuviossa 9 esitetään seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen ja asiantuntijuuden eteneminen perustuen opetussuunnitelmien tavoitteisiin ja asiantuntijuuden kehittymiseen.

7.3.2 Sisällöt seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kuvaajina

Seksuaaliterveyden edistämisen *sisällöistä* koostuu seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmien teoria- ja menetelmäopintojen teemat. Professionaalisessa tunnusmerkistössä teoreettinen, abstraktitieto erikoistuneella alueella on työn perusta. OPS:ien teoreettinen sisältö on teemoitettu seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan työn mukaisesti (WHO ym. 2000). Taulukossa 10 on myös OPS:ien seksuaaliterveyden edistämisen teoreettiset teemat, jotka eivät sisälly ole WHO ym. (2000) ehkäisevän työn ulottuvuuksiin. (Taulukko 10)

TAULUKKO 10 Opetussuunnitelmien (2003) sisältöteemat kuvattuna mukaellen WHO ym. (2000) seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuuksia

Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmien sisältöteemat	
<p><i>I Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn ulottuvuuksien sisällöt OPS:ssa (WHO ym.2000)</i></p> <p>Kehon eheys ja turvallinen seksuaalisuus Seksuaali-identiteetti, kehotietoisuus miehen ja naisen seksuaalisuus, kehonkuva, vammautuminen tai sairastuminen, vammaisuus, pitkäaikaissairaudet, seksuaalinen väkivalta, seksuaalilääketiede</p> <p>Erotiikka</p> <p>Gender Sukupuolisuuden jäsentyminen, sukupuoli-identiteetti</p> <p>Seksuaaliorientaatio Seksuaalinen suuntautuminen</p> <p>Emotionaalinen kiintymys Rakkaus, psykologiset näkökulmat: kehityspsykologia, bio-, psyko-sosiaalinen tietoisuus, elämänmittainen seksuaalisuus, kehonkuva, elämän kriisit ja seksuaalisuus, parisuhteen seksuaalisuus</p> <p>Lisääntymisterveys Seksuaalisuuden anatomia, fysiologia, endokrinologia, perhesuunnittelu, hedelmöityshoidot, sukupuolitaudit ja niiden hoito, HIV / AIDS – kysymykset, suomalaiset uhkat, HPV ym. rokotteet</p> <p>OPS:ien seksuaaliterveyden edistämisen teoreettiset ja yhteiskunnalliset lähtökohdat Terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen teorioita ja malleja, terveystieteitä, terveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen teoreettisia perusteita, seksuaaliterveyden tutkimus</p> <p>Yhteiskunta, kulttuuri ja ympäristö Seksuaalisuus historiallisessa, kulttuurisessa, yhteiskunnallisessa ja uskonnollisessa kontekstissa, moraalifilosofia, seksuaalietiikka, seksuaalisuus mediassa, seksuaalisuus internet ympäristössä, kaupallinen seksuaalisuus, pornografia, lakiin perustuvat kysymykset</p>	<p><i>II Seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn ulottuvuuksien sisällöt OPS:ssa (WHO ym.2000)</i></p> <p>Seksuaalilääketiede</p> <p>Seksuaaliset toimintahäiriöt</p> <p>Väkivalta ja uhriutuminen Seksuaalinen väkivalta: seksuaalinen häirintä ja ahdistelu, raiskaus, seksuaalinen hyväksikäyttö, kaupallinen seksi</p> <p>Parafiliat, Parafiliat ja seksuaaliset erityismieltymykset</p> <p>Pakonomainen käyttäytyminen Seksuaaliset addiktiot</p> <p>Gender-syndromat Epätietoisuus gender-identiteetistä</p> <p>Muut tilat Komplikaatiot ja kliiniset tilat eri sairauksien ja hoitojen jälkitilana</p>

Opetussuunnitelmien seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden sisältöalueet koostuvat monitieteellisistä lähtökohdista. Keskeisiä lähtökohtia ovat lääketieteellinen, yhteiskuntatieteellinen, kasvatustieteellinen ja terveystieteiden tieto. Lääketieteellisen tiedon keskeisiä alueita ovat muun muassa kehollisuus, sairaudet, vammautuminen, vammaisuus, seksuaaliset toimintahäiriöt, parafiliat ja seksuaaliset erityismieltymykset, seksuaalianatomia- ja fysiologia, farmakologia sekä lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset (*Biologinen ulottuvuus*). Psykologisen tiedon keskeisiä alueita ovat muun muassa miehen ja naisen seksuaalisuus, sukupuolisuuden jäsentyminen, seksuaali-identiteetti ja -orientaatio, kehityspsykologinen tieto, kehonkuva, elämän kriisit, rakkaus ja erotiikka (*Psyykkinen ulottuvuus*). Sosiologian näkökulmasta seksuaalisuuden tarkastelun lähtökohtina ovat historiallisuus, kulttuurisuus, internet ympäristö, seksuaalinen kaupallisuus mediassa ja pornografia. Terveystieteiden tieto sisältää terveystieteiden ja terveyden edistämisen teorioita, seksuaalikasvatuksen ja terveystieteiden teoriaa sekä tutkimustietoa seksuaaliterveydestä (*Yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ulottuvuus*). Filosofian näkökulmasta tarkastellaan eettisen työskentelyn periaatteita, oman ammatillisuuden rakentamista ja seksuaalietiikan kysymyksiä (*Filosofinen ulottuvuus*). Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuudessa hallitaan asiantuntijataittoa Greenbergin ym. (1989) kuvaamalla seksuaalisuuden ulottuvuuksilla. Sisältöteemojen tieto on seksologista erityistietoa, josta rakentuu reflektiivien oppimismenetelmien ja tiedonhankinnan kautta oppijalle seksuaaliterveyden edistämisen työn substanssidimensio.

Opetussuunnitelmien terveyden edistämisen taidot kohdistuvat yksilöön, parisuhteeseen, ryhmiin ja yhteiskuntaan. Taidot koostuvat eri tieteiden tuottamasta tiedosta. Sexual Self Acknowledgement (SSA) opinnot sisältävät tunteisiin ja asenteisiin liittyviä opintoja, joilla pyritään ammatillisen identiteetin rakentamiseen. Taidot ovat seksuaaliterveyden edistämiseen suunnatun tiedon soveltamista. Opetussuunnitelmassa olevat taidot ovat interaktiivista toimintaa, jotka sisältävät kommunikaatiotaitoja, joista muodostuu seksuaaliterveyden edistämisen työn toimintadimensio. Opetussuunnitelmien taitoteemat ovat kuvattu taulukossa 11.

TAULUKKO 11 Opetussuunnitelmien taitoteemat (mukaillen jatkokoulutuskokeilun opetus-
suunnitelma 2003–2005, JAMK)

Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen taitoteemat

Seksuaaliterveyden edistämisen menetelmäosaaminen yksilö- ja ryhmätasolla

PLISSIT-malli

Seksuaalianamneesi

Ohjaus- ja neuvontatyö seksuaaliterveyden edistämässä

Viestintä ja vuorovaikutustaidot

Virtuaaliset oppimis- ja viestintäympäristöt

Terveyden edistämisen menetelmät yhteisö- ja yhteiskuntatasolla

Terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen mallien ja teorioiden soveltaminen seksuaalikasvatuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Seksuaaliterveyden tavoitteiden ja sisältöjen luominen terveystieteissä ohjelmissa

Seksuaaliterveyden seksologinen menetelmä osaaminen

Yksilöterapiaprosessit ja harjoittelu

Seksuaaliongelmien terapeutin arviointi ja hoito

Yksilöterapeuttiset lähestymistavat

Pariterapiaprosessit ja harjoittelu

Parisuhteen viestinnässä ja vuorovaikutuksessa ilmenevien ongelmien arviointi ja hoitoprosessit

Ryhmäterapiaprosessit ja harjoittelu

Terapeuttiset lähestymistavat ryhmäterapiassa

Persoonallisuuden tukemisen ryhmäterapiamenetelmät, ryhmän käyttö erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisussa

Sexual Self Acknowledgement (SSA) – opinnot

Oman seksuaalisuuden kohtaaminen

Seksuaalisten ilmiöiden ja oman seksuaalisuuden tarkastelu ammatillisen kehittymisen menetelmänä

Seksologian opetussuunnitelmissa seksuaaliterveyden edistämisen kohteena on yksilö, yhteisö tai yhteiskunta. Kohderyhmiin kohdistuu ehkäisevä, hoitava ja kuntouttava työ. Työn kohteena seksuaaliterveyden edistäminen opetussuunnitelmissa näyttäytyy monimuotoisena, ainutkertaisena haasteellisena kohteena, mikä on ominaista professionaalille työlle. Teoreettista tietoa ei ole jäsenelty opetussuunnitelmissa eikä tieto ole systemaattisesti tutkittua ja jäseneltyä kuin osittain mikä sirpaloi teoreettista perustaa. Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan tietoperustan näkökulmasta muodostuva substanssidimensio on laaja-alaisesti rakentuva työn perusta. Opetussuunnitelmien taitoteemat ovat monipuolisia suuntautuen ehkäisevästä työstä terapeutin työskentelyyn ja monitasoisia suuntautuen yksilöstä, yhteisö- ja yhteiskuntatasolle. Seksuaaliterveyden edistämisen jatkotutkintokokeiluissa mainitaan terapeutin työskentelyn kohderyhmänä myös parisuhde ja ryhmä.

8 KYSELYTUTKIMUS

8.1 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin asiantuntijat, joiden oletettiin työskentelevän kliinisen seksologian ammatillisten kysymysten parissa ja joilla oletettiin olevan seksologian / seksuaaliterveyden edistämisen ammatillista koulutusta. Tutkimusten mukaan (Nykänen 1997; Kosunen 2003) sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksissa sekä lääketieteellisissä opinnoissa on vähän tai ei ollenkaan seksologisia opintoja, joten asiantuntijat pyrittiin löytämään seksologista mielenkiintoa ilmaisevien ammatillisten järjestöjen ja yhdistysten kautta. Kokonaistutkimuksessa pyrittiin mahdollisimman objektiiviseen ja kattavaan tulokseen. Seksologista mielenkiintoa ja erityisosaamista edustavia yhdistyksiä Suomessa ovat: Suomen Seksologinen Seura (255 jäsentä), Suomen Perheterapiayhdistys (seksuaaliterapiajaos, 68 jäsentä), Suomen Urologiyhdistys (112 jäsentä) ja Gynekologiyhdistyksen seksologian pienryhmän kahdeksan jäsentä. Suurin osa asiantuntijoista, jotka ovat seksologiasta kiinnostuneista kuuluvat Suomen Seksologiseen Seuraan kuten gynekologit, hoitajat, opettajat ja sosiaalityöntekijät. Urologit ovat pieni erikoistunut ammattiryhmä, joka hoitaa erektiohäiriöitä, minkä perusteella koko ryhmä otettiin mukaan. Alalle kouluttaneita asiantuntijoita, jotka eivät kuuluneet Suomen Seksologiseen Seuraan, pyrittiin löytämään myös koulutustahojen kautta. Koulutusta järjestäneitä tahoja 2000 vuonna olivat: Sexpo säätiö, yksityinen Metodi-Team ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lisäksi kyselylomake lähetettiin erityisorganisaatioihin kuten Tukinainen -raiskauskriisikeskus, Protukupiste – prostituoitujen neuvonta- ja palvelupiste, Mobile-kriisikeskus ja AIDS-tukikeskus.

8.2 Kyselyn toteutus ja aineiston kuvaus

Kyselytutkimuksen menetelmänä käytettiin survey-menetelmää. Tiedonkeruu toteutettiin keväällä 2002 postikyselynä. Menetelmän valintaa puolsivat tavoite kerätä tietoa koko maasta koskien sekä menetelmän taloudellisuus ja tehokkuus.

Kyselyn ensimmäinen postitus (12.4.2002) sisälsi johdantokirjeen (liite 5), lyhyen vastauskirjeen (liite 6) ja vastauskuoren, kyselylomakkeen (liite 4) sekä palautuskuoren kyselylomakkeelle. Kirje lähetettiin 477 henkilölle. Sexpo ry:n kouluttamille henkilöille jotka, eivät kuuluneet Suomen Seksologiseen Seuraan, kirjeet postitettiin 20.5.2002, yhteensä 161 kirjettä. Yksittäisille henkilöille lähetettiin tai annettiin käteen yhteensä 24 kirjettä. Kyselylomakkeen sai kaikkiaan 662 henkilöä. Muistutuskirje postitettiin 6.5. Muistutuskirjeen sai 187 henkilöä. Aineiston keruu lopetettiin syyskuussa. Aineistosta poistettiin ulkomailla ja eläkkeellä olevat, kuolleet, muuta työtä tekevät sekä henkilöt, joiden osoitetiedot jäivät epäselviksi, yhteensä 95 henkilöä. Tämän jälkeen mahdolliseksi kyselytutkimuksen kohdejoukoksi jäi 567 henkilöä. Heistä vastasi 366 henkilöä, vastausprosentiksi muodostui 64,6 %. Taulukossa 12 esitetään koottuna tiedot aineiston keruusta.

TAULUKKO 12 Tutkimuksen otos, puuttuvat tiedot ja vastanneet

Otos	662
Puuttuvat osoitetiedot, ei työskentele alueella, kuollut	88
Eläkkeellä	7
Eivät vastanneet	201
n	366
Vastausprosentti	64,6 %

Taulukossa 13 esitetään vastaajien lukumäärät sekä heidän seksologinen taustaorganisaationsa. Taulukossa 13 ryhmään muut sisältyy asiantuntijoita erityisorganisaatioista ja muista kuin edellä esitetyistä yhdistyksistä tai organisaatioista.

TAULUKKO 13 Vastaajien lukumäärät ja seksologinen taustaorganisaatio

Vastaajan yhdistys / kouluttajataho	%	(f)
Suomen Seksologinen Seura	44	(160)
Sexpo säätiö (koulutetut, eivät kuulu Seksologiseen Seuraan)	22	(79)
Suomen Urologiyhdistys	12	(45)
Suomen Perheterapia yhdistys, seksuaaliterapiajaos	9	(33)
JAMK (koulutetut, eivät kuulu Seksologiseen Seuraan)	5	(17)
Suomen Gynekologiyhdistyksen seksologian pienryhmä	1	(5)
Muut	7	(27)
Yhteensä	100	(366)

$$\chi^2 = 16,230, df = 2, p = 0,000$$

Kyselyyn vastanneista asiantuntijoista 76 % oli naisia ja miehiä 24 %. Kaksi vastaajaa oli jättänyt ilmoittamatta sukupuolensa. Miesasiantuntijoista yli puolet kuului ikäryhmään 50 - 65 vuotta. Naisia oli eniten ikäryhmässä 36 – 49-vuotiaat. Tutkimuksen kohderyhmän keski-ikä oli 47 vuotta ja mediaani 46 vuotta. (Taulukko 14).

TAULUKKO 14 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden ikäryhmät sukupuolen mukaan

Ikä	Sukupuoli ja ikäryhmät					
	Miehet		Naiset		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)
25 – 35	8,2	(7)	14,3	(39)	12,8	(46)
36 – 49	35,3	(30)	53,5	(146)	49,2	(176)
50 – 65	56,5	(48)	32,2	(88)	38	(136)
Yhteensä	100	(85)	100	(273)	100	(358)

Seksuaaliterveyden asiantuntijoista eli parisuhteessa noin kolme neljäsosaa. Suurimalla osalla heistä oli lapsia, miehillä 83 %:lla ja naisilla 76 %:lla. Asiantuntijoista kolme neljäsosaa työskenteli maantieteellisellä alueella, jonka väestön lukumäärä oli yli 50 000 asukasta. Heistä yksi neljäsosa katsoi toiminta-alueekseen koko Suomen. Kolme neljäsosaa vastaajista ilmoitti uskonnolla olevan kohtuullinen merkitys elämässään, vain harvalle (8,2 %) uskonnolla ei ollut mitään merkitystä, suuri merkitys oli 20,5 %:lle. Kysymykseen jätti vastaamatta 3 %.

8.3 Tutkimuksen mittarit ja muuttujat

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake luotiin Ranskassa. Ranskassa virisi keskustelu seksologiasta ammattina vuonna 1997, jolloin professori Alain Giami INSERM instituutista (sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Pariisissa) ryhmänsä kanssa päätti tutkia asiaa tarkemmin. Professori Giami keskusteli useamman ranskalaisen seksologisen asiantuntijajärjestön puheenjohtajan kanssa suunnitellessaan kyselylomaketta, jonka hän pilotoi tutkimusryhmänsä kanssa Ranskassa vuonna 1999. Vuonna 2000 hän kutsui kokoon seksologian parissa toimivia asiantuntijoita eri puolilta Eurooppaa ja ehdotti tutkimusyhteistyötä. Tutkimuksesta kiinnostuivat kuuden maan asiantuntijat muun muassa Pohjoismaiden asiantuntijat Islantia lukuunottamatta. Asiantuntijaryhmäryhmä antoi itselleen nimen EuroSexoGroup. Ryhmä (kaksi henkilöä Ranskasta, Englannista, Suomesta ja yksi henkilö Norjasta, Tanskasta, Ruotsista ja Italiasta) kokoontui suunnittelemaan ja pohtimaan tutkimusyhteistyötä neljä kertaa, kyselylomake oli esillä kahdessa seminaarissa. Kyselylomaketta oli testattu jo Ranskassa vuonna 1999 ja saadut tulokset mittasivat profession keskeisiä aluita. Ryhmä arvioikin kyselylomaketta ensisijaisesti muiden maiden kulttuurien näkökulmasta. Tohtori Kevan Wylie Englannista (The Central Sheffield University Hospital) ja professori Giami vastasivat englanninkielisestä kyselylomakkeen käännöksestä. Kyselylomake käännettiin mahdollisimman tarkasti suomenkielille vuonna

2001 – 2002, vastuuhenkilönä oli tutkija ja muina osallistujina VTT, Dosentti O. Kontula ja kliininen seksologi J. Virtanen. Suomenkielisen kyselylomakkeen testasi kaksi seksuaaliterapeuttia. Kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia muutoksia koskien suomalaista kouluttautumisyhteistyötä, terapeuttisia lähestymistapoja ja suomalaista vakuutusjärjestelmää (KELA). Lisäksi osallistujien sosiaaliseen taustaan liittyvät kysymykset siirrettiin kyselylomakkeen alkuun. (Taulukko 15, s. 65)

Tutkimuksen asiantuntijaryhmäksi valittiin kolme ryhmää: lääkärit, hoitajat ja ryhmä muut. Lääkärit (n=92) muodostivat selkeästi oman, seksuaalilääketieteellisen ryhmän, hoitajat (n=161) olivat aineiston suurin yhtenäinen ryhmä ja ryhmän muut (n=113) muodostivat sosiaalityöntekijät, joista oli suurin osa perheterapeutteja (n=38), psykologit (n=29), opettajat (n=20), teologit (n=7) sekä muita yksittäisiä asiantuntijoita (n=19) kuten hieroja, merkonomi ja yrityksen johtaja.

8.4 Analyysimenetelmät

Vastanneet koodattiin Excel-tilaukseen asiantuntijayhdistyksen tai koulutustahon mukaisesti. Tämän jälkeen aineisto koodattiin SPSS 11.5 tietojenkäsittelyohjelmaan. Aineiston kuvaus on tehty lukumäärä- ja prosenttijakaumina. Ryhmien tilastollinen merkitsevyys testattiin tarkastelemalla keskinäisiä riippuvuuksia ristiintaulukoinnilla ja khiin neliö-testillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin arvoa $p < 0,05$. Aineiston muuttujien ristiintaulukoinnin merkitsevyytaso on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < 0,05$), tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,01$) tai tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$).

8.5 Kyselytutkimuksen tulokset – Professionaaliset piirteet seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toiminnassa

8.5.1 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden ammatillinen koulutus

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden tutkintokoulutus jakautui lähes tasaisesti korkeakoulututkintoon (30 %), yliopiston jatkotutkintoon (28 %) ja opistotason tutkintoon (36 %), koulutason tutkinto oli 6 %:lla. Miehillä 83 %:lla oli korkeakoulututkinto, jatkotutkinto heillä oli yli puolella (60 %), korkea jatkotutkimäärää selittää tutkimukseen osallistuneet urologit. Naisilla korkeakoulu ja opistotason tutkinto oli lähes yhtä yleinen. Yliopiston jatkotutkinto oli 17 %:lla naisista. Kolme vastaajista ei ilmoittanut tutkintokoulutusta. (Taulukko 16, s. 66)

TAULUKKO 15 Tutkimuksen mittauskohteet ja mittarit

Mittauskohteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Kysymyksen numero suomenkielisessä lomakkeessa (liite 4)
Sosiaalinen tausta	Ikä, sukupuoli, lasten lukumäärä	1, 2, 4
Peruskoulutus	Perustutkinto ja aihealue Osallistuminen työelämään Erikoistumiskoulutus	7, 8, 9
Kouluttautuminen seksologian aihealueella	Osallistuminen seksologian tai seksuaalisuutta käsittelevään koulutukseen Koulutuksen aloitus, paikka, kesto Koulutuksesta saatu todistus: osallistumistodistus, diplomi, maisterin tutkinto Jatkokouluttautuminen seksologiassa Toivotut lisäkoulutusaiheet Osallistuminen terapiakoulutukseen, psykoanalyysiin, psykoterapiaan, työnohjaukseen Seksologinen ammatillinen identiteetti	11, 12,13, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Ammatillinen työskentely	Ammatillisen toiminnan toteutuminen, työn KELA korvaavuus, opettaminen opetussuhteissa, seksologisen toiminnan jakautuminen kliiniseen toimintaan, opettamiseen, kouluttamiseen, tutkimukseen, väestöön kohdistuvaan toimintaan	33, 34, 35, 36, 37, 38, 88
Kliininen toiminta seksologiassa Kysymykset suunnattu henkilöille, jotka työskentelevät kliinisen seksologian parissa	Kliinisen seksologisen toiminnan aloittaminen, asiakasmäärä viikossa, vastaanottoajan pituus, hoitokertojen määrä, asiakasryhmät Ongelmien diagnosointimenetelmät Terapeuttiset hoitomenetelmät Kollegatyöskentely Seksologiset erityisohjeet Määrättävä lääkitys Asiakkaan/potilaan ensimmäisen vastaanotokäynnin syy	39, 40, 42, 43, 45, 446, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59,60 61, 62 Kysymykset 59–60 on suunnattu lääkäreille
Asiakassuhde	Asiakkaan/potilaan hakeutuminen vastaanotolle Asiantuntijan sukupuolen merkitys asiakassuhteessa Suoritettavat tutkimukset Eroottiset tunteet asiakassuhteessa Sildenafilin vaikutus asiakaskäynteihin	59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
Mielipiteitä seksologias-ta ja seksuaalisuudesta	Seksologisia ongelmia hoitavan henkilön on parempi olla lääkäri Seksuaaliongelmien ovat psyykkisiä, fyysisiä vai molempia	73, 74, 75
Muu toiminta seksologian aihealueella	Opetus-/kasvatus-/ohjaustoiminta, valistus-toimintaan osallistuminen, tutkimustoiminta, tieteellisiin konferensseihin osallistuminen, mediaosallistuminen, seksologiseen ammatilliseen seuraan osallistuminen Seksologisen lisätiedon hankkiminen	76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Sosiaaliseen taustaan liittyvät tiedot	Uskonnon merkitys elämässä, työskentely-alueen väkiluku	89, 90, 91

TAULUKKO 16 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden tutkintokoulutus sukupuolen mukaan

Koulutus	Sukupuoli					
	Miehet		Naiset		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Korkeakoulututkinto	22,7	(20)	32,7	(90)	30,3	(110)
Jatkotutkinto yliopistossa (lis., tohtori)	60,3	(53)	17,1	(47)	27,5	(100)
Opistotasontutkinto	13,6	(12)	43,3	(119)	36,1	(131)
II asteen tutkinto	3,4	(3)	6,9	(19)	6,1	(22)
Yhteensä	100	(88)	100	(275)	100	(363)

$\chi^2 = 64,803$, $df = 3$, $p = 0,000$

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden ammatteja ja ikäryhmiä tarkasteltaessa lääkärit sijoittuivat lähes yhtä tasaisesti ikäryhmiin 35 – 49- ja 50 – 65-vuotiaat, samoin sosiaalityöntekijät, psykologeista lähes puolet sijoittui ikäryhmään 35 – 49-vuotiaat, 38 % ikäryhmään 50 – 65-vuotiaat. Hoitajista yli puolet (58 %) sijoittui ikäryhmään 36 – 49-vuotiaat. Opettajien ikä jakautui lähes tasaisesti kaikkiin ikäryhmiin. Ryhmän muut suurimmaksi ikäryhmäksi muodostui 50 – 65-vuotiaat.

TAULUKKO 17 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden ikäryhmät ammattialojen mukaan

Ikä- ryhmät	Ammattialat													
	Lääkärit		Hoitajat		Psykologit		Sos.työn- tekijät		Opettajat		Muut		Yhteensä	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
20 – 34	4,5	(4)	13,6	(22)	15,4	(4)	21,0	(8)	35,0	(7)	4,7	(1)	13,0	(46)
35 – 49	48,3	(43)	58,4	(94)	46,2	(12)	39,5	(15)	25,0	(5)	28,6	(6)	49,3	(175)
50 – 65	47,2	(42)	28,0	(45)	38,4	(10)	39,5	(15)	40,0	(8)	66,7	(14)	37,7	(134)
	100	(89)	100	(161)	100	(26)	100	(38)	100	(20)	100	(21)	100	(355)

Lääkäreistä urologeja oli lähes puolet (49 %), gynekologeja 27 %, muut lääketieteen asiantuntijat olivat muun muassa psykiatreja tai yleislääkäreitä. Hoitajilla oli kolmella neljästä ”vanhamuotoi-nen” opistoasteen sairaanhoitajatutkinto. Heistä lähes kaikki (81 %) oli hankkinut hoitotyön erikois-tumiskoulutuksen kuten psykiatrinen hoitotyö, kätilötyö tai terveydenhoitotyö. Kouluasteen tutkinto (lähihoitaja, perushoitaja) oli 10 %:lla. Hoitotyön ryhmään liitettiin myös fysioterapeutit, joita oli yhdeksän ja toimintaterapeutit, joita oli kaksi. Opettajien ryhmässä oli sekä ammattikorkeakoulun että peruskoulun opettajia ja viisi erityisopettajaa. Taulukon 14 ryhmään muut sisältyivät teologit, hierojat ja kaupallisen koulutuksen saaneet ammattihenkilöt. Yksi henkilö ei ilmoittanut ammattiin.

8.5.2 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologinen koulutus ja seksologinen identiteetti

Tutkimuksen asiantuntijoista 89 % oli osallistunut koulutuksiin, jonka nimessä oli mainittu sekso-logia tai seksuaalisuus. Seksologisen koulutuksen laajuutta tarkasteltiin luokkamuuttujalla: 1. alle puolen vuoden pituiset koulutukset, 2. vuoden mittainen koulutus, 3. puolestatoista vuodesta kolmeen ja puoleen vuoteen ja 4. neljästä vuodesta yhdeksään vuoteen. Seksologisen koulutuksen laajuutta tarkasteltiin muuttujilla: lääkärit, hoitajat ja muut. Lääkäreistä seksologiaan kouluttautuneita oli 42 %. Heistä 46 % oli osallistunut puoli vuotta tai lyhyempiin seksologisiin koulutuksiin, 26 % oli osallistunut vuoden pituisiin koulutuksiin ja noin kolmasosa yli vuoden koulutuksiin. Hoitajista 93 % oli kouluttautunut seksologiassa, heistä 9 % oli osallistunut puolen vuoden tai sen alle oleviin koulutuksiin, 58 % oli osallistunut vuoden mittaisiin koulutuksiin ja 33 % yli puolentoista vuoden laajuisiin koulutuksiin. Asiantuntijaryhmästä muut oli kouluttautunut seksologiaan 88 %, heistä alle puolen vuoden tai puolen vuoden koulutuksiin oli osallistunut 16 %. Vuoden pituisiin koulutuksiin oli osallistunut 44 % ja puolentoista vuoden tai pitempiin koulutuksiin oli osallistunut 40 %. (Taulukko 18). Seksologisen identiteetin omaavista vastasi kysymykseen 88 %. Vastaajista vuoden tai sen alle kestäviin koulutuksiin oli osallistunut 53 %, muut olivat osallistuneet puolestatoista vuodesta keskimäärin kolmen ja puolen vuoden koulutuksiin. Laajempaan koulutukseen osallistuneet omasivat useimmiten seksologin tai seksuaaliterapeutin identiteetin. Vain muutama henkilö oli kouluttautunut yli neljä vuotta seksologiassa.

TAULUKKO 18 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologisen koulutuksen laajuus asiantuntijaryhmien mukaan (% osuudet niistä, jotka olivat osallistuneet joihinkin koulutuksiin)

Koulutuksen laajuus	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
0 – 0,5	46,2	(18)	9,3	(14)	16,0	(16)	16,6	(48)
1	25,6	(10)	58,0	(87)	44,0	(44)	48,8	(141)
1,5 – 3,5	25,6	(10)	26,7	(40)	35,0	(35)	29,4	(85)
4 – 9	2,6	(1)	6,0	(9)	5,0	(5)	5,2	(15)
	100	(39)	100	(150)	100	(100)	100	(289)

Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista asiantuntijoista vastasi kysymykseen 88 %. Vastaajista vuoden tai sen alle kestäviin seksologisiin koulutuksiin oli osallistunut 53 %, muut olivat osallistuneet puolestatoista vuodesta keskimäärin kolmen ja puolen vuoden koulutuksiin. Laajempaan koulutukseen osallistuneet omasivat useimmiten seksologin tai seksuaaliterapeutin identiteetin. Vain muutama henkilö oli kouluttautunut yli neljä vuotta seksologiassa.

Seksologian koulutustahoa koskevaan kysymykseen vastasi 81 %. Asiantuntijoista 18 % oli opiskellut seksologiaa korkeakoulussa, 67 % suomalaisessa oppilaitoksessa tai instituutissa, 11 % ilmoitti opiskelleensa muualla. Vastaajista 2 % oli opiskellut ulkomaalaisessa korkeakoulussa ja 4 % muussa instituutissa. Hoitajista oli opiskellut suomalaisessa oppilaitoksessa tai instituutissa 70 %, korkeakoulussa 8 %, vain yksi oli kouluttautunut ulkomaalaisessa korkeakoulussa. Lääkäreistä oli 20 % kouluttautunut suomalaisessa oppilaitoksessa tai instituutissa, korkeakoulussa 15 %, ulkomaalaisessa instituutissa tai korkeakoulussa 10 %. Ryhmästä muut 60 % oli kouluttautunut suomalaisessa oppilaitoksessa tai instituutissa, 21 % korkeakoulussa ja 11 % muualla. Kaikki yli kolme vuotta kouluttautuneet olivat yli 35 vuotiaita. Suurin osa (79 %) oli hankkinut koulutuksensa 1990 ja 2002 vuosien välillä. Vain harva koulutukseen osallistunut oli saanut koulutuksestaan diplomin tai maisterin tutkinnon. Suurin osa kouluttautuneista oli saanut osallistumistodistuksen koulutuksestaan.

Seksologinen ammatti-identiteetti

Seksologisen ammatti-identiteetin omaisi tutkimuksen kohderyhmästä 43 %. Seksologiseksi ammatti-identiteetiksi luokiteltiin seksologi, seksuaaliterapeutti, molemmat edelliset sekä seksuaalineuvoja ja seksuaalikasvattaja. Kysymykseen vastanneista lääkäreistä 18 % omaisi seksologisen ammatti-identiteetin, hoitajista 62 % ja ryhmästä muut 38 %. Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista lääkäreistä seksuaalineuvojan identiteetin omaisi vain 18 %, hoitajista 65 % ja ryhmästä muut 41 %. Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista lääkäreistä 69 % koki itsensä seksologiksi, heistä 36 % seksologiksi että seksuaaliterapeutiksi, 13 % tunsivat olevansa pelkästään seksuaaliterapeutti. Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista hoitajista 27 % koki itsensä seksuaaliterapeutiksi, seksologiksi 4 % ja molemmiksi edellisiksi 4 %. Ryhmässä muut yleisin identiteetti oli seksuaaliterapeutti (46 %), heistä 22 % koki olevansa sekä seksologi että seksuaaliterapeutti ja 13 % koki olevansa yksinomaan seksologi. Muutama henkilö omaisi seksuaalikasvattajan identiteetin, sosiaalityöntekijöistä 3 % ja opettajista 2 %. Ammatilla oli merkitystä millaisen seksologisen ammatti-identiteetin vastaaja koki omaavansa. Hoitajat kokivat seksuaalineuvojan identiteetin omakseen tilastollisesti merkitsevästi muita enemmän. Kysymykseen vastasi 95 % kohderyhmästä. Taulukko 19 on yhteenveto vastaajien kaikista antamista vastauksista kysymykseen, jossa tiedusteltiin minä asiantuntijana pitää ensisijaisesti itseään tällä hetkellä. Taulukon kohtaan ”muu” vastattiin psykoterapeutti, perheterapeutti, seksuaalikasvattaja ja perheneuvoja. (Taulukko 19)

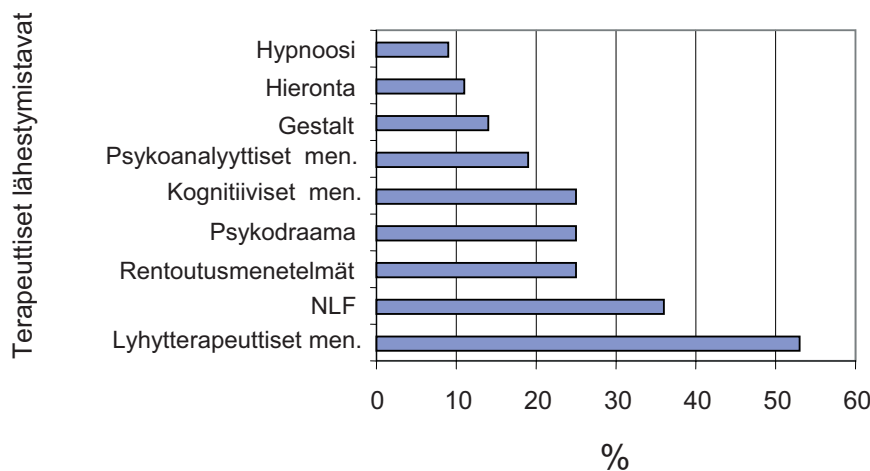
TAULUKKO 19 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologinen ammatti-identiteetti asiantuntijaryhmien mukaan

Seksologinen ammatti-identiteetti	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Seksologi	7,9	(7)	2,6	(4)	4,8	(5)	4,6	(16)
Seksuaaliterapeutti	2,2	(2)	16,4	(25)	13,5	(14)	11,8	(41)
Molemmat	4,5	(4)	2,6	(4)	3,8	(4)	3,5	(12)
Seksuaalineuvoja	3,4	(3)	40,5	(62)	15,4	(16)	23,5	(81)
Muu	82,0	(73)	37,9	(58)	62,5	(65)	56,6	(196)
Yhteensä	100	(89)	100	(153)	100	(104)	100	(346)

$\chi^2=15,498$, $df=2$, $p=0,00$

Kouluttautuminen terapeuttisiin lähestymistapoihin

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista noin neljännes oli hankkinut terapeuttista koulutusta seksologiaan liittyvien opintojen lisäksi. Kuviossa 10 on esitetty yhdeksän yleisintä terapeuttista lähestymistapaa, joihin koulutuksiin vastaajat olivat osallistuneet. Useimmat olivat opiskelleet lyhytterapeuttisia menetelmiä, joihin tässä tutkimuksessa sisältyi muun muassa klassinen seksuaaliterapia (Masters & Johnson 1967; Masters ym. 1982) ja ratkaisukeskeisyys. Vastaajat olivat toiseksi eniten osallistuneet NLP-lähestymistavan koulutuksiin. Muihin terapeuttisiin lähestymistapoihin kouluttautuminen oli harvinaisempaa mutta tällöin kouluttautumisaika oli pidempi. Pidempiaikaista, vuoden tai yli vuoden kestävä koulutus, vastaajat olivat hankkineet mm. psykoanalyttisissä lähestymistavoissa (54 %), Gestalt lähestymistavassa (36 %), kognitiivisessa terapiassa (35 %), psykodraamassa (27 %), lyhytterapeuttisissa menetelmissä (25 %) ja NLP-lähestymistavassa (16 %). Vain muutama asiantuntija oli hankkinut koulutusta psykoanalyysissa, kehoterapioissa, akupunktiossa, hypnoosissa tai suggestoterapeuttisissa menetelmissä ja homeopaattisissa lähestymistavoissa. (Kuvio 10)



KUVIO 10 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden kouluttautuminen terapeuttisissa lähestymistavoissa, $n = 174$

Kaikki asiantuntijat olivat eniten kouluttautuneet lyhytterapeuttisiin menetelmiin (muun muassa klassinen seksuaaliterapia, ratkaisukeskeinen lähestymistapa), lääkäreiden suosimia muita menetelmiä olivat psykodraama, rentoutus, kognitiivinen lähestymistapa ja psykoanalyttiset lähestymistavat, hoitajien NLP, Gestalt ja kognitiivinen lähestymistapa sekä rentoutustekniikat, ryhmän muut NLP, psykodraama, rentoutus sekä psykoanalyttiset lähestymistavat.

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista oli vain harva itse käynyt läpi psykoanalyysin (3 %). Psykoterapiassa oli käynyt yksi viidesosa, molemmissa edellisissä oli käynyt 3 % vastaajista. (Taulukko 20)

TAULUKKO 20 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden osallistuminen omaan psykoanalyysiin ja psykoterapiaan asiantuntijaryhmien mukaan

Psykoanalyysi/ psykoterapia	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Psykoanalyysi	5,3	(4)	1,9	(3)	1,9	(2)	2,7	(9)
Psykoterapia	8,0	(6)	18,1	(28)	34,7	(36)	21,0	(70)
Molemmat	2,7	(2)			6,7	(7)	2,7	(9)
Ei kumpaakaan	84,0	(63)	80,0	(124)	56,7	(59)	73,6	(246)
Yhteensä	100	(75)	100	(155)	100	(104)	100	(334)

Työnohjauksessa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista oli käynyt 68 %. Lääkärit olivat käyttäneet muita enemmän henkilökohtaista työnohjausta, hoitajat enemmän ryhmätyönohjausta ja ryhmä muut olivat käyttäneet lähes yhtä paljon henkilökohtaista ja ryhmätyönohjausta. (Taulukko 21)

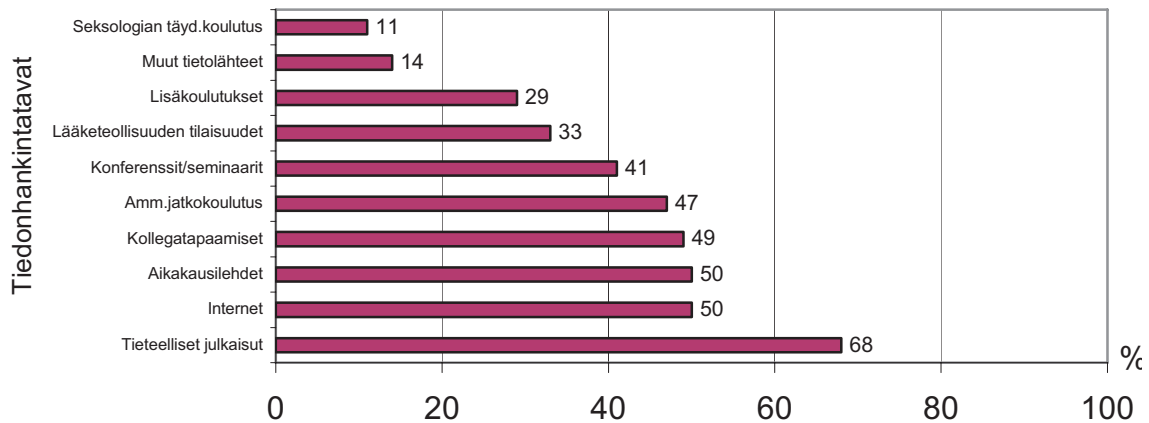
TAULUKKO 21 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden osallistuminen työnohjaukseen asiantuntijaryhmien mukaan

Työnohjauksen muoto	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Henkilökohtainen työnohjaus	15,1	(13)	13,9	(22)	12,4	(13)	13,7	(48)
Ryhmätyönohjaus	10,5	(9)	29,1	(46)	11,4	(12)	19,2	(67)
Molemmat	12,8	(11)	36,1	(57)	62,9	(66)	38,4	(134)
Ei kumpikaan	61,6	(53)	20,9	(33)	13,3	(14)	28,7	(100)
Yhteensä	100	(86)	100	(158)	100	(105)	100	(349)

Asiantuntijaryhmä muut oli osallistunut eniten työnohjauksiin. Ryhmään kuuluu eniten terapiaidentiteetin omaavia ammattihenkilöitä (mm. perheterapeutti, perheneuvoja). Hoitajista osallistui työnohjaukseen 80 %.

8.5.3 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksologinen täydennyskoulutus

Tieteellisiä seksologisia julkaisuja lääkäreistä luki säännöllisesti noin puolet, hoitajista yksi kolmasosa ja ryhmästä muut yksi neljäs osa. Lääkärit hankkivat seksologista lisätietoa myös lääketeollisuuden järjestämistä tilaisuuksista (55 %) sekä tieteellisistä konferensseista (52 %), vähiten he hankkivat lisätietoa seksologian täydennyskoulutuksista (3 %). Kaikista vastaajista tieteellisiin konferensseihin oli osallistunut yli puolet. Heistä 22 % oli esittänyt posterin tai pitänyt suullisen esityksen konferensseissa, lääkäreistä 35 %, hoitajista 15 % ja ryhmästä muut 22 %. Hoitajat hankkivat tietoa eniten seksologian täydennys- (65 %) ja lisäkoulutuksista (55 %), kolmasosa heistä osallistui myös tieteellisiin konferensseihin (29 %). Ryhmä muut hankki tietoa muista lähteistä (39 %), toiseksi eniten he hankkivat tietoa osallistumalla seksologian täydennyskoulutuksiin (33 %). Hoitajien ryhmä osoitti eniten kiinnostusta täydennys- ja lisäkoulutuksiin. (Kuvio 11)



KUVIO 11 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden tiedonhankintatavat, n=366

Vastanneiden seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden eniten toivoma lisäkoulutusaihe oli seksuaaliterapia (60 %). Seuraavina aiheina kiinnostivat psykoterapia (47 %) ja seksuaalikasvatus (37 %). Asiantuntijaryhmiä tarkasteltaessa erikseen lääkärit toivoivat lisätietoa seksuaaliterapian jälkeen endokrinologiasta (32 %), hoitajat psykoterapiasta (69 %) samoin kuin ryhmä muut (48 %). Vastaajista 7 % ilmoitti, ettei kaivannut lisätietoa seksologiasta lainkaan, heistä puolet oli lääkäreitä. Hoitajat ryhmästä vain harva vastaaja ilmoitti, ettei tarvitse täydennyskoulutusta seksologiasta. Suomen Seksologiseen Seuraan, asiantuntijaverkostoon, kuului lääkäreistä 37 %, hoitajista 57 % ja ryhmästä muut 51 %. Puolet asiantuntijoista oli esiintynyt mediassa seksologisen toimintansa johdosta, lääkäreistä 53 %, hoitajista 43 % ja ryhmästä muut 57 %.

8.5.4 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toimintaympäristö

Lääkäreistä harjoitti ammattiaan yli puolet (52 %) sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Pelkästään yksityisenä ammatinharjoittajana toimi yksi neljäsosa. Hoitajat-ryhmä ja ryhmä muut työskentelivät ensisijaisesti julkisen toimintasektorin piirissä. Hoitajista vain muutama (8 %) työskenteli yksinomaan yksityisenä ammatinharjoittajana, samoin ryhmästä muut (14 %). Molempia edellisiä vaihtoehtoja toteutti vain muutama hoitajat sekä ryhmästä muut. (Taulukko 22)

TAULUKKO 22 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toimintasektori asiantuntijaryhmien mukaan

Toimintasektori	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Yksityisenä ammatinharjoittajana	23,9	(22)	7,6	(12)	14,0	(15)	13,8	(49)
Julkisella sektorilla palkkatyössä	16,3	(15)	66,9	(105)	52,3	(56)	49,4	(176)
Molemmat edelliset vaihtoehdot	52,2	(48)	12,8	(20)	15,9	(17)	23,9	(85)
Muulla tavalla	6,5	(6)	10,2	(16)	17,8	(19)	11,5	(41)
Useita vastauksia	1,1	(1)	2,5	(4)			1,4	(5)
Yhteensä	100	(92)	100	(157)	100	(107)	100	(356)

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit toimivat ensisijaisesti (60 %) erikoissairaanhoidossa (sairaalat, yliopistoklinikat). Perusterveydenhuollossa työskenteli seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista vain pieni osa, lääkäreistä 4 %, hoitajista 17 % ja ryhmästä muut 2 %. Hoitajista lähes puolet (43 %) toimi muualla (esimerkiksi järjestöissä) kuin perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Ryhmän muut asiantuntijat toimivat erityislaitoksissa ja -toimipaikoissa kuten mielenterveystoimistoissa, perheneuvoloissa ja perheasianneuvottelukeskuksissa, kouluissa ja vapaaehtoisjärjestöissä. (Taulukko 23)

TAULUKKO 23 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden toimintaympäristö asiantuntijaryhmien mukaan

Toimintaympäristö	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Terveyskeskuksessa	4,3	(4)	17,2	(27)	1,9	(2)	9,3	(33)
Sairaalassa/julkishallinnossa	34,8	(32)	24,8	(39)	12,5	(13)	23,9	(84)
Yliopistoklinikassa	25,1	(23)	5,1	(8)	1,9	(2)	9,3	(33)
Yksityislääkärinä/terapeutina	23,9	(22)	4,5	(7)	11,5	(12)	11,6	(41)
Työterveydenhuollossa			0,6	(1)			0,3	(1)
Muualla	6,5	(6)	43,3	(68)	68,4	(71)	41,1	(145)
Useita vastauksia	5,4	(5)	4,5	(7)	3,8	(4)	4,5	(16)
Yhteensä	100	(92)	100	(157)	100	(104)	100	(353)

Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista toimi yksityisenä ammatinharjoittajana 14 %, julkisella sektorilla 52 % ja molemmissa edellisissä 19 %. (Taulukko 24)

TAULUKKO 24 Seksologisen ammatti-identiteetin omaavien asiantuntijoiden toimintaympäristö seksologisen ammatti-identiteetin mukaan

Toiminta ympäristö	Seksologinen ammatti- identiteetti					
	Seksologi/terapeutti/ molem.		Seksuaalineuvoja		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Yksityisenä ammatinharjoittajana	23,2	(16)	6,3	(5)	14,1	(21)
Julkisella sektorilla palkkatyössä	33,3	(23)	67,5	(54)	51,7	(77)
Molemmat edelliset vaihtoehdot	30,4	(21)	10,0	(8)	19,5	(29)
Muulla tavalla	8,7	(6)	15,0	(12)	12,1	(18)
Useita vastauksia	4,3	(3)	1,3	(1)	2,7	(4)
Yhteensä	100	(69)	100	(80)	100	(149)

Yksityisenä ammatinharjoittajana toimiva seksologisen ammatti-identiteetin omaava asiantuntija oli useimmiten seksuaaliterapeutti, seuraavaksi yleisin vaihtoehto oli seksuaalineuvoja ja harvinaisin vaihtoehto oli seksologi.

8.5.5 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden seksuaaliterveyden edistämisen työ

Tutkimuksen vastaajista (n = 366) työskenteli 54 % kliinisen toiminnan parissa. Heidän kliinistä toimintaa kartoitettiin tässä tutkimuksessa kysymyksillä 39 – 72. Vastaajien muu toiminta (46 %) oli seksuaalikasvatus ja -valistustyötä, seksuaaliohjaus ja -neuvontatyötä (primaaripreventio).

Primaaripreventioon liittyvää työtä teki seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoista 55 %, lääkäreistä 32 %, hoitajista 64 % ja ryhmästä muut 63 %. Asiantuntijaryhmien seksuaalikasvatusta koskevat erot olivat tilastollisesti merkittävät ($\chi^2 = 26,134$, $df = 2$, $p = 0,00$). Asiantuntijaryhmistä hoitajat toteuttivat seksuaalikasvatusta selvästi muita ryhmiä enemmän ja lääkärit vähiten. Seksuaalikasvatusta asiantuntijat toteuttivat eniten muualla kuin kyselylomakkeen vaihtoehtojen puitteissa. Kyselylomakkeen kohtaan ”muu toiminta” asiantuntijat vastasivat toteuttavansa seksuaalikasvatusta erilaisten projektien osana, sairaaloiden osastoilla, neuvoloissa (muu kuin perhesuunnitteluneuvola), vastaanottotilanteissa ja varuskunnassa. Seksuaalikasvatusta ja -valistusta toteuttavista ammattiryhmistä kouluissa seksuaalikasvatusta toteuttivat lääkärit vähiten (24 %), hoitajat (44 %) ja muu ryhmä (60 %). Harva vastaajista toteutti seksuaalikasvatusta AIDS/HIV ehkäisyprojekteissa samoin kuin seksuaalista väkivaltaa ehkäisevässä työssä. Hoitajat (27 %) ja ryhmä muu (66 %) toteuttivat seksuaalikasvatusta erityislaitoksissa. Muutama hoitaja toteutti seksuaalikasvatusta perhesuunnitteluneuvolassa (19 %) samoin harva lääkäri ja asiantuntijaryhmästä muut. Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista asiantuntijoista kolmannes teki koulussa sek-

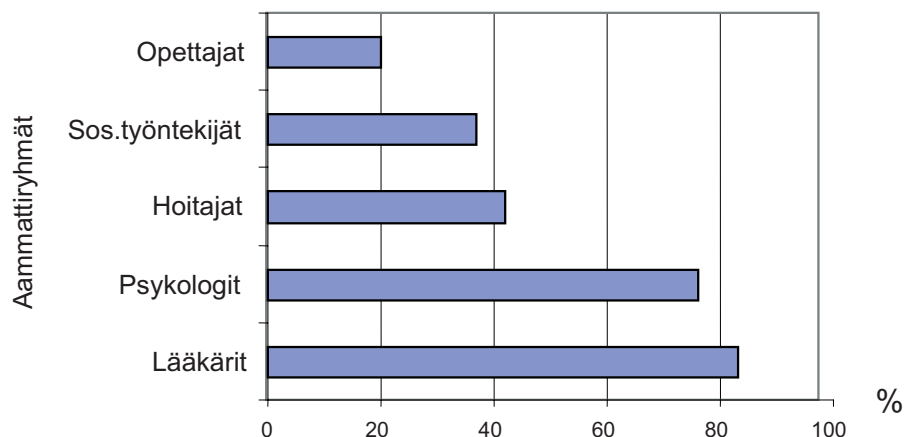
suaalikasvatustyötä, 11 % perhesuunnitteluneuvolassa, 3 % HIV kampanjoissa, 7 % seksuaalisen väkivallan projekteissa ja erityislaitoksissa 18 %.

Kysymykseen kuinka seksologinen toiminta jakautuu omassa työssä vastasi 41,8 % vastaajista. Vastauksia annettiin lähes saman verran kaikista asiantuntijaryhmistä. Lääkäreistä noin puolet käytti seksologisen aikansa pelkästään kliiniseen työskentelyyn, toinen puoli ryhmästä teki kliinistä työtä sekä opetti. Kliinistä seksologista tutkimusta yksinomaan teki yksi lääkäri, opetusta ja kliinistä tutkimusta teki 8 % lääkäreistä. Hoitajista noin yksi kolmasosa toteutti väestöön kohdistuvaa seksuaalikasvatusta tai – valistusta, 14 % teki kliinistä työtä, opetti ja koulutti, vain muutama teki pelkästään kliinistä seksologista työtä (11 %) tai opetti pelkästään (13 %), tutkimusta yksinomaan teki yksi hoitaja, tutkimusta ja opetusta teki 3 %, muuta seksologista työtä 11 %. Asiantuntijaryhmän muu isoin yhtenäinen toiminta oli kliininen työ ja opetus (26 %), opettamista ja kouluttamista teki 19 %, muu toiminta ryhmässä jakautui väestöön kohdistuvaksi toiminnaksi, kliiniseksi toiminnaksi ja muuksi toiminnaksi. Ryhmässä muut ei kukaan tehnyt tutkimusta. Hoitajat toteuttivat seksologisessa työssään ryhmistä eniten seksuaalikasvatus ja -valistustyötä. Seksologin/seksuaaliterapeutin identiteetin omaavista asiantuntijoista puolet käytti seksologisen työaikansa sekä kliiniseen että opetustyöhön, seksuaalineuvojat useimmiten väestöön kohdistuvaan työhön tai opetustyöhön.

Kliininen seksologinen toiminta

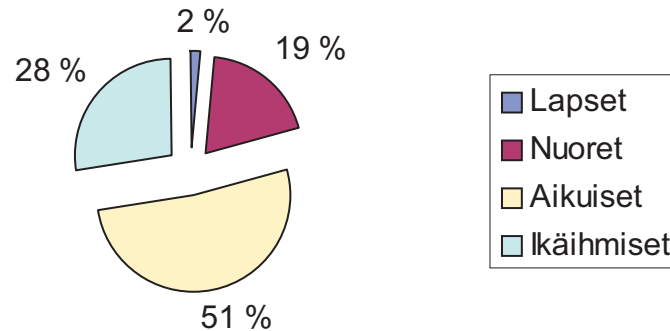
Kyselylomakkeen kysymykset 39 – 72 olivat tarkoitettut ainoastaan kliinistä seksologista työtä tekeville seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoille, joista kysymykset 59 – 60 olivat suunnatut ainoastaan lääkäreille. Lääkäreistä 83 % teki kliinistä seksologista työtä, muissa ryhmissä alle puolet asiantuntijoista teki kliinistä seksologista työtä ($\chi^2 = 41,746$, $df = 2$, $p = 0,00$). Kliinisen työn asiantuntijoista oli lääkäreitä oli 39 %, hoitajia 34 % ja ryhmään muut kuuluvia 27 %.

Hoitajista 42 % vastasi kliinisen seksologian osion kysymyksiin, ryhmästä muut lähes puolet 46 % (psykologeista 76 %, sosiaalityöntekijöistä 37 % ja opettajista 20 %). (Kuvio 12)



KUVIO 12 Kliinistä seksologista työtä tekevät seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijat, n =366

Kliinisen seksologian toiminnasta kohdistui noin puolet aikuisväestöön, noin yksi kolmannes ikäihmisiin ja lähes yksi neljännes nuoriin sekä pieni osa lapsiin. (Kuvio 13)



KUVIO 13 Kliinisen seksologian asiantuntijoiden asiakkaiden ikäluokat, n=195

Kliinisen seksologian asiantuntijoiden lähes kaikki (86 %) asiakkaat olivat heteroseksuaalimiehiä ja -naisia. Asiantuntijoista 70 % arvioi vastaanotollaan käyvän joskus tai harvoin homomiehiä. Vastaajat eivät tavoittaneet vastaanotoillaan juurikaan lesbonaisia. Asiantuntijoista yli puolet ilmoitti, ettei heidän vastaanotoillaan ollut käynyt koskaan transhenkilöitä. Transhenkilöitä tapasi usein tai hyvin usein vain 3 % asiantuntijoista. Asiantuntijoista 5 % tapasi usein biseksuaalimiehiä, neljäsosa kertoi tapaavansa joskus. Biseksuaalinalaisia tavattiin samansuuntaisesti. Asiantuntijoista yli puolet ei ollut koskaan hoitanut HIV-positiivisia henkilöitä tai AIDS-potilaita, heitä tavattiin harvoin vastaanotoilla, vain 3 % asiantuntijoista ilmoitti tapaavansa asiakkaita/potilaita usein tai hyvin usein. Kroonista sairautta potevia potilaita kliinisen seksologian asiantuntijoista hoiti 43 %, vammaisten hoitaminen oli harvinaisempaa, 40 % hoiti vammaisia henkilöitä harvoin ja vain 17 % usein. Seksologisen ammatti-identiteetin omaavista asiantuntijoista 37 % hoiti kroonista sairautta potevia henkilöitä. Harva heistä kohtasi usein HIV-positiivisia henkilöitä/AIDS -potilaita, transhenkilöitä, homoseksuaalinalaisia ja -miehiä tai biseksuaaleja vastaanotoillaan. Muutamat kohtasivat usein vammaisia henkilöitä vastaanotollaan.

Suurin osa kliinisen seksologian asiantuntijoista otti vastaan seksologisia asiakkaita viikossa viisi tai vähemmän, yksi neljäsosa otti vastaan viidestä yhdeksään asiakasta ja muutama asiantuntijoista kaksikymmentä asiakasta viikossa, hyvin harva otti vastaan yli kaksikymmentä asiakasta viikossa. (Taulukko 25)

TAULUKKO 25 Kliinisen seksologian asiantuntijoiden seksologian asiakasmäärät viikossa asiantuntijaryhmien mukaan

Vastaanottokerrat viikossa	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
< kuin 5 asiakasta viikossa	38,4	(28)	73,4	(44)	77,1	(37)	60,2	(109)
5 – 9 asiakasta viikossa	38,4	(28)	20,0	(12)	12,4	(6)	25,4	(46)
10 – 19 asiakasta viikossa	20,5	(15)	3,3	(2)	6,3	(3)	11,1	(20)
20 – 49 asiakasta viikossa	2,7	(2)	3,3	(2)	4,2	(2)	3,3	(6)
Yhteensä	100	(73)	100	(60)	100	(48)	100	(181)

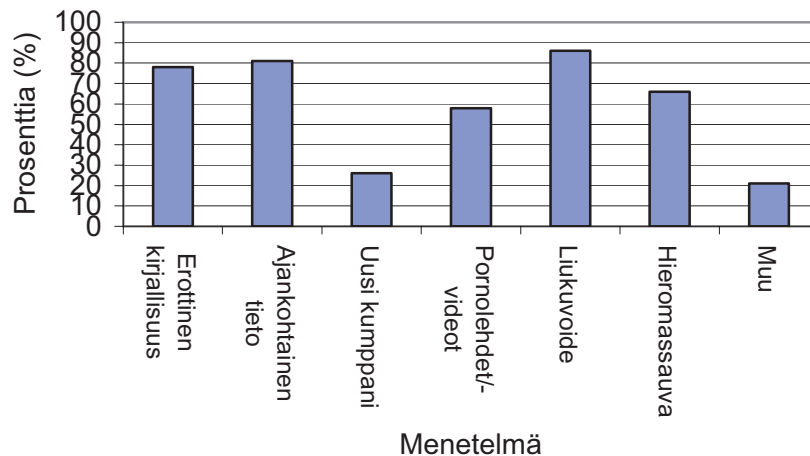
Lääkäreistä yli puolella (57 %) oli puoli tuntia vastaanottoaika samoin hoitajilla (57 %). Asiantuntijaryhmän muut asiantuntijoiden vastaanottoajanpituus oli yleensä tunti (76 %). Yli tunnin kestäviä vastaanottoaikoja oli vain harvalla asiantuntijalla. Lääkäreistä kaksikolmasosaa tapasi asiakkaitaan kahdesta neljään kertaan, samoin hoitajista lähes puolet ja ryhmä muut tapasi asiakkaitaan yleensä viidestä kymmeneen kertaan. Viidestä kymmeneen kertaan tapasi asiakkaitaan yksi kolmasosa hoitajista, lääkäreistä vain muutama. Vain harva asiantuntija tapasi yli kymmenen kertaa asiakkaitaan.

Kliinisen seksologian toimintamenetelmiä

Kliinisen seksologian asiantuntijat työskentelivät useimmiten yksin. Harva asiantuntija työskenteli työparin kanssa, yksi neljäsosa työskenteli joskus, vain muutama asiantuntija (9 %) usein ja puolet asiantuntijoista ei koskaan työskennellyt työparin kanssa. Asiakas/potilas lähetettiin useimmiten gynekologille tai psykiatrille, seuraavina kollegoina tulivat urologi tai psykoterapeutti, psykologi ja yleislääkäri.

Kliinisen seksologisen työn keskeisimmät arviointikohteet olivat: yleistilan arviointi (87 %), seksuaalinen hyvinvointi (seksuaalianamneesi 84 %) ja psyykkisen tilan arviointi (78 %). Lääkäreiden yleisimmin käyttämät menetelmät olivat androloginen tutkimus, cardiovaskulaarisen tilan arviointi, gynekologinen tutkimus ja hormonitutkimukset.

Seksuaalineuvonta- ja ohjaustilanteissa kliinisen seksologian asiantuntijoiden yleisimmät ehdotukset olivat liukuvoide (85 %), ajankohtaisen tiedon (81 %) ja eroottisen kirjallisuuden lukeminen (73 %). (Kuvio 14) Asiantuntijaryhmien erot ohjeiden antamisessa eivät poikenneet merkittävästi toisistaan.



KUVIO 14 Kliinisen seksologian asiantuntijoiden ohjeet neuvonta- ja ohjaustilanteissa (n =195)

Lääkärit hoitivat seksuaaliongelmia eniten lääkehoidoilla (87 %). Seuraavaksi yleisempiä hoitomuotoja olivat kirurgiset hoidot (46 %) ja fysikaaliset menetelmät (32 %). Suun kautta otettava erektiolääke oli lääkäreiden käyttämistä lääkehoidoista käytetyin (64 %). Lääkäreistä puolet määräsi usein tai hyvin usein siittimen paisuaiseen injektoitavaa lääkehoitoa tai psyyken lääkkeitä. Hormonihoitoa usein tai hyvin usein määräsi 45 % lääkäreistä. Verenkiertolääkkeitä määrättiin harvemmin. Lääkehoidon ja terapian yhdistelmähoitoa kyselylomakkeen asteikolla usein tai hyvin usein oli määrännyt 14 % ja ei koskaan yksi kolmasosa. Terapeuttisista lähestymistavoista yleisimmät lääkäreiden käyttämät menetelmät olivat ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja klassinen seksuaaliterapia, joita käytti noin neljäsosa lääkäreistä. Muutamat (9 %) lääkäreistä käytti myös kognitiivisesti ja psykoanalyttisesti suuntutunutta lähestymistapaa sekä rentoutusta, harva käytti psykodraamaa, Gestalt-terapiaa, bioenergiaa, hypnoosia ja psykoanalyysia.

Hoitajien yleisimmät terapeuttiset lähestymistavat hoitaa seksuaaliongelmia olivat ratkaisukeskeinen lähestymistapa (72 %) ja klassinen seksuaaliterapia (66 %), rentoutusta käytti lähes puolet hoitajista. Kognitiivista lähestymistapaa käytti noin yksi kolmasosa, Gestalt-terapiaa ja NLP-lähestymistapaa yksi neljäsosa. Muutamat (10 %) käyttivät psykoanalyttisesti suuntautunutta terapeuttista työtettä, fysikaalisia hoitomenetelmiä ja psykodraamaa. Harva käytti psykoanalyysia, hypnoosia, lääkehoitoa tai bioenergiatekniikoita, yksi hoitajista käytti kirurgisia toimenpiteitä.

Asiantuntijaryhmän muut seksuaaliongelmien hoidon yleisimmät lähestymistavat olivat ratkaisukeskeisyys (92 %) ja klassinen seksuaaliterapia (85 %). Useat (38 %) käyttivät lähestymistapana myös psykoanalyttisesti suuntutunutta terapiaa, kognitiivisen terapian ja NLP:n menetelmiä sekä rentoutusta. Muutamat (16 %) käyttivät psykoanalyysia, psykodraamaa, musiikki- tai kuvataideterapiaa sekä hypnoosia. Harva käytti fysikaalista hoitomenetelmää tai lääkehoitoa. Seksuaaliongelmien terapeuttisessa hoidossa kaikkien asiantuntijaryhmien yleisimmät lähestymistavat olivat ratkaisukeskeisyys ja klassinen seksuaaliterapia.

Kliinisen seksologian asiantuntijoiden selkeästi yleisin käyttämä terapiamuoto oli yksilöterapia (53 %) ja harvinaisin oli ryhmäterapia (1 %). Ryhmä muu eroaa käyttämällä eniten pariterapiamuotoja. (Taulukko 26)

TAULUKKO 26 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden käyttämät terapiamuodot asiantuntijaryhmien mukaan

Terapiamuodot	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Yksilöterapia	81,7	(40)	50,8	(31)	27,5	(14)	52,8	(85)
Pariterapia	6,1	(3)	14,8	(9)	31,4	(16)	17,4	(28)
Ryhmäterapia			1,6	(1)	2,0	(1)	1,2	(2)
Useita muotoja	12,2	(6)	32,8	(20)	39,1	(20)	28,6	(46)
Yhteensä	100	(49)	100	(61)	100	(51)	100	(161)

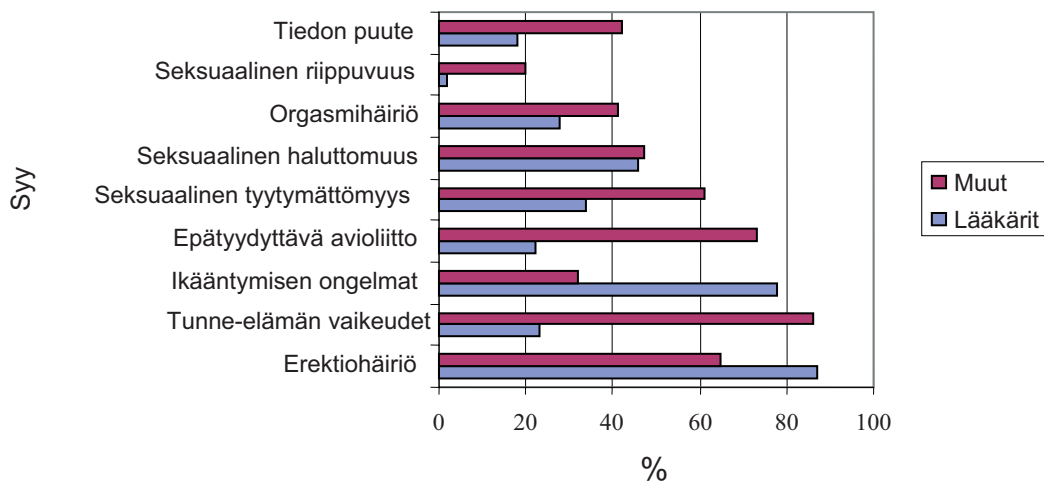
Asiantuntijaryhmässä muut on psyko- ja perheterapeutteja, joten heidän työnkuvaansa kuuluu pari- ja perheterapia.

8.5.6 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden vastaanotolla kohtaamat seksuaaliongelmät

Kliinisen seksologian asiantuntijoilta kysyttiin tutkimuksen kyselylomakkeessa ensimmäistä kertaa asiakkaaksi/potilaaksi hakeutumisen syytä. Tuloksia kuvataan kyselylomakkeen usein tai hyvin usein -asteikolla.

Miesten seksuaaliongelmät

Kuviossa 15 esitetään ensimmäistä kertaa vastaanotolle tulevien miesten yhdeksän yleisintä syytä hakeutua vastaanotolle. Kuvion selkiyttämiseksi muuttujina on käytetty ammattiryhmiä: lääkärit ja muut. Ammattiryhmä muut sisältää hoitajat sekä asiantuntijaryhmän muut.



KUVIO 15 Miesten syyt usein tai hyvin usein tulla ensimmäistä kertaa lääkärin ja ammattiryhmän muut vastaanotolle (lääkärit n = 66, ammattiryhmä muut n = 110)

Miesten ensisijaisena syynä hakeutua hyvin usein lääkärin vastaa vastaanotolle olivat erektiohäiriöt. Hoitajien ja asiantuntijaryhmän muut hyvin usein vastaanotoille hakeutumisen syitä olivat tunne-elämä ja parisuhdeongelmat. Lääkärin vastaanotolle hakeutumisen muita syitä olivat ikääntymiseen liittyvät ongelmat, herkkä siemensyöksy, seksuaalinen haluttomuus ja tyytymättömyys. Miehet hakeutuivat lääkärille myös sukupuolielinten infektioiden sekä tunne-elämä ja parisuhdeongelmien vuoksi, tiedon puute seksuaalisuudesta ja lapsettomuus/hedelmättömyys kysymykset olivat myös syitä tulla usein vastaanotolle. Kyselylomakkeen asteikolla usein tai hyvin usein lääkärit eivät koskaan kohdanneet seksuaalisen väkivallan ja transseksuaalisuuden/transpersoonallisuuden asiakkaita.

Hoitajien vastaanotolle miehet hakeutuivat tunne-elämä ja parisuhdeongelmien jälkeen eniten erektiohäiriöiden vuoksi, epätydyttävän avioliiton/avoliiton ja seksuaalisen tyytymättömyyden vuoksi. Muita yleisiä syitä usein hoitajien vastaanotolle tulemiseen olivat seksuaalinen haluttomuus, herkkä siemensyöksy, tiedon puute seksuaalisuudesta ja ikääntymiseen liittyvät ongelmat. Muita vähemmän esiintyviä syitä usein tulla vastaanotolle olivat lapsettomuus/hedelmättömyys kysymykset, yhdyntäkivut, siemensyöksyn häiriö, toisen puolesta kysyminen, seksuaalinen riippuvuus ja seksuaalinen väkivalta. Harvinaisempia syitä usein vastaanotolle tulon olivat sukupuolielinten infektiot, tunne sukupuolielinten epänormaaliudesta, seksuaaliset erityismieltymykset/parafiliat, homoseksuaalisuuteen ja transseksuaalisuuteen/transpersoonallisuuteen liittyvät syyt.

Asiantuntijaryhmän muut vastaanotolle tunne-elämän ja parisuhdeongelmien jälkeen miehet hakeutuivat useimmiten epätydyttävän avioliiton/avoliiton vuoksi, seuraavana tuli seksuaalinen tyytymättömyys. Usein miehet tulivat myös erektiohäiriöiden ja seksuaalisen haluttomuuden vuoksi vastaanotolle. Muita yleisiä syitä miehillä olivat orgasmihäiriö, tiedon puute seksuaalisuudesta ja ikääntymiseen liittyvät ongelmat. Harvinaisempia syitä olivat seksuaalinen riippuvuus ja seksuaaliseen väkivaltaan liittyvät ongelmat, homoseksuaalisuus ja transvestismi tai transpersoonailmiöt. Muita harvinaisimpia syitä tulla ensimmäistä kertaa vastaanotolle olivat sukupuolielinten infektiot ja tunne sukupuolielinten epänormaaliudesta. Ryhmä muut ei tavannut kyselylomakkeen asteikolla usein tai hyvin usein yhtään miesasiakasta, jolla olisi ollut ongelmana yhdyntäkipu.

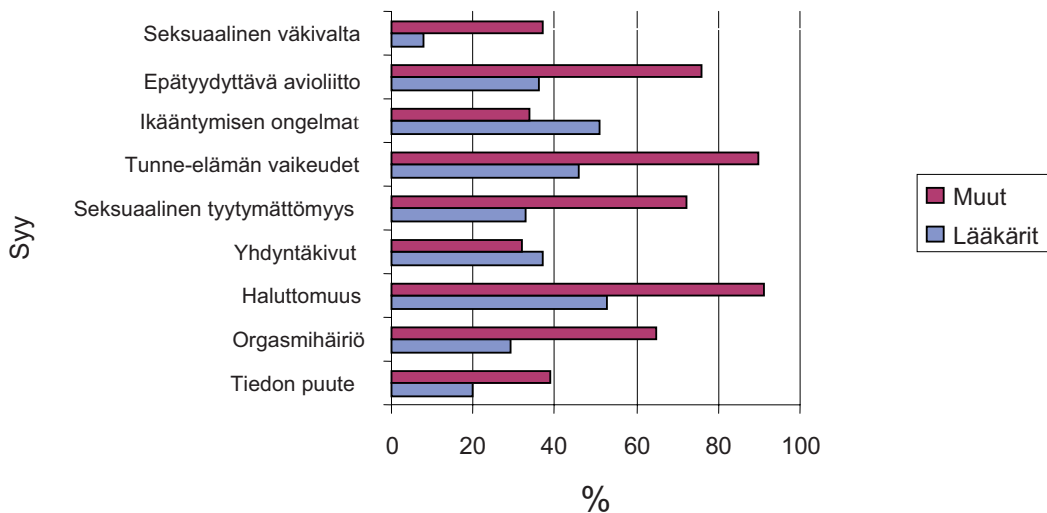
Kliinisen seksologian asiantuntijat olivat kohdanneet vähiten miesasiakkaita/potilaita, jotka olivat transseksuaali-/transpersoonahenkilöitä, noin puolet ei koskaan ollut tavannut edellä mainittua asiakasryhmää. Muita vähän kohdattuja miesasiakasryhmiä olivat seksuaalisen väkivallan asiakkaat, 38 % ei ollut koskaan tavannut heitä samoin kuin seksuaalisen erityismieltymyksen/parafilian miesasiakasryhmää 36 % ei ollut tavannut heitä koskaan. Miesasiakkaan homoseksuaalisuus tuli myös harvoin vastaanottotilanteessa esille, 31 % ei ollut tavannut heitä laisinkaan. Miesten yhdyntäkipuaongelmia hoiti myös harvat lääkärit ja hoitajat, vastaajista 33 % ei ollut koskaan tavannut tätä asiakasryhmää.

Ensimmäistä kertaa vastaanotolle tulevilla miesasiakkaila selkeästi yleisin seksuaaliongelmaksi oli erektiohäiriöt, joita lääkärit tapasivat eniten mutta muut asiantuntijaryhmät tapasivat heitä hyvin usein. Tunne-elämän ja parisuhteen ongelmia kohtasivat asiantuntijaryhmä muut ja hoitajat lähes yhtä paljon mutta myös lääkärit kohtasivat usein tunne-elämän ja parisuhteen ongelmia. Seuraavat miesten ongelmaryhmät olivat epätydyttävä avio-/avoliitto, seksuaalinen haluttomuus, ikääntymiseen liittyvät ongelmat ja orgasmihäiriöt. Verrattaessa eri syitä ja asiantuntijaryhmiä lääkäreiltä haettiin eniten apua

erektiohäiriöihin ja ikääntymisen tuomiin ongelmiin sekä suku-puolielinten infektiioihin, hoitajilta haettiin asiantuntijoista eniten apua seksuaalisiin kiputiloihin, tultiin kysymään toisen puolesta ja hoitajat kohtasivat ryhmistä eniten erityismieltymys/parafilia asiakkaita. Ryhmä muut kohtasivat eniten epätyytyttävässä avio-/avoliitossa eläviä, tunne- ja parisuhdeongelmia ja seksuaalisen tyytymättömyyden miesasiakkaita. Miesten vastaanotolle tu-losyyt vaihtelivat hyvin vähän hoitajat ja ryhmän muut välillä.

Naisten seksuaaliongelmien syyt

Kuviossa 16 esitetään yhdeksän naisten yleisintä syytä tulla ensimmäistä kertaa lääkärin ja tutkimuksen muiden ammattiryhmien vastaanotolle. Kuviossa 16 ammattiryhmään muut sisältyvät hoitajat sekä asiantuntijaryhmä muut.



KUVIO 16 Naisten syyt usein ja hyvin usein tulla ensimmäistä kertaa lääkärin tai ammattiryhmän muut vastaanotolle (lääkärit n = 66, ammattiryhmä muut n = 110)

Naisten seksuaaliongelmista yleisin oli seksuaalinen haluttomuus, joka oli yleisin syy usein tai hyvin usein tulla lääkärin ja hoitajan vastaanotolle. Asiantuntijaryhmässä muut seksuaalinen haluttomuus oli toiseksi yleisin syy vastaanotolle hakeutumiseen tunne-elämän ja parisuhdeongelmien jälkeen. Toiseksi yleisin syy usein tai hyvin usein vastaanottokäynteihin lääkäriellä olivat ikääntymiseen liittyvät ongelmat. Hoitajien vastaanotolle tuleminen toiseksi yleisin syy oli tunne-elämä ja parisuhdeongelmat. Kolmantena asiakkaiden usein toistuvana syynä tulla lääkärin vastaanotolle oli tunne-elämä ja parisuhdeongelmat, hoitajien vastaanotolle seksuaalinen tyytymättömyys ja ryhmän muut vastaanotolle epätyytyttävä avio-/avoliitto. Lääkäreiden vastaanotolla käyntiin neljänneksi yleisin syy oli yhdyntäkivut, hoitajien vastaanotolla käyntiin epätyytyttävä avioliitto ja ryhmän muut seksuaalinen tyytymättömyys. Viidenneksi yleisimpänä ongelmana lääkäreiden asiakkailta oli epätyytyttävä avio-/avoliitto, hoitajien asiakkailta orgasmihäiriö samoin kuin ryhmän muut asiakkailta. Kuudentena tulivat lapsettomuus/hedelmättömyys kysymykset, sukupuolielinten infektiot ja seksuaalinen tyytymättömyys, hoitajien vastaanotolla kuudentena tuli esiin asiakkaiden tiedon puute seksuaalisuudesta sekä ikääntymiseen liittyvät ongelmat ja ryhmällä muut seksuaalinen väkivalta.

Puolet kliinisen seksologian asiantuntijoista ei ollut koskaan tavannut vastaanotollaan seksuaalisia erityismieltymyksiä tai parafilioita omaavia naisasiakkaita eikä myöskään transseksuaali tai transpersoonahenkilöitä. Noin kolmannes ei myöskään ollut tavannut koskaan naispuolista homoseksuaaliasiakasta vastaanotollaan. Naisten ensisijaisia vastaanotolle hakeutumisen syitä olivat tunne-elämän ongelmat, jotka liittyvät tunne-elämän vaikeuteen, seksuaaliseen haluttomuuteen ja epätydyttävään avio/avoliittoon. Orgasmihäiriöt, tiedon puute ja seksuaalinen väkivalta ovat naisten muita syitä hakeutua vastaanotolle. Lääkärin vastaanotolle naiset tulivat myös seksuaalisen haluttomuuden vuoksi, ikääntymiseen liittyvissä ongelmissa ja tunne-elämän pulmissa. Naiset hakeutuivat myös tiedon puutteen vuoksi usein vastaanotolle.

8.5.7 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoiden hoitosuhteiden haasteet

Tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä suurin osa oli sitä mieltä, että sukupuolella on merkitystä asiakkaan valitessa seksuaaliterveyden edistämisen palveluja. Samaa mieltä oli yli puolet asiantuntijaryhmästä muut, hoitajien mielipide jakautui tasapuolisesti kahtia. Kliinisen seksologian asiantuntijoilta kysyttiin asiakassuhteessa esiin tulevasta seksuaalisesta viehäytyksestä tai seksuaalisesta halusta. Kliinisen seksologian asiantuntijat tunsivat äärimmäisen harvoin halua seksisuhteen luomiseen asiakkaan kanssa, ei koskaan vastasi lääkäreistä 90 %, hoitajista 99 % ja ryhmästä muut 77 %. Asiakkaan viettelyn kohteeksi koki joskus joutuneensa noin puolet, toinen puoli vastaajista koki etteivät he olleet koskaan joutuneet viettelyn kohteeksi. Usein vieteltyksi koki tulleensa 2 % vastaajista. (Taulukko 27)

TAULUKKO 27 Kliinisen seksologian asiantuntijoiden arviointi asiakkaan viettelevästä käyttäytymisestä asiantuntijaryhmien mukaan (n = 195)

Arviointi	Asiantuntijaryhmät							
	Lääkärit		Hoitajat		Muut		Kaikki	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Ei koskaan	63,2	(48)	37,9	(25)	36,0	(18)	47,4	(91)
Harvoin	27,6	(21)	36,4	(24)	42,0	(21)	34,4	(66)
Joskus	9,2	(7)	22,7	(15)	18,0	(9)	16,1	(31)
Usein			3,0	(2)	4,0	(2)	2,1	(4)
Yhteensä	100	(76)	100	(66)	100	(50)	100	(192)

Kliinisen seksologian asiantuntijoista puolet koki kyselylomakkeen asteikolla 'joskus' epämiellyttäväksi kohdata seksuaalista väkivaltaa, erityisesti pedofilian kohtaaminen tuntui epämiellyttävältä lääkäreistä ja hoitajista yhden kolmasosan mielestä, ryhmästä muut puolet koki pedofilian epämiellyttävänä kohdata. Homoseksuaalisuus, transseksuaalisuus, transvestismi tai seksuaaliset poikkeavuudet eivät herättäneet epämiellyttävyiden tunteita. Viagran tultua markkinoille lähes kaikki lääkärit olivat huomanneet muutoksen asiakkaan/potilaan vastaanotolle tulemisen syissä. Asiakkaat/potilaat halusivat parempaa seksuaalista toimintatapaa. Hoitajista ja ryhmästä muut huomion oli tehnyt yksi kolmas osa.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimus rakentuu sekä kvantitatiivisesta että kvalitatiivisesta osatutkimuksesta. Osatutkimukset eroavat toisistaan tiedon keruu- ja analyysitavan puolesta. Tiedon yhteinen intressi oli analysoida seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisia piirteitä. Laadullisessa aineistossa kuvaillaan professionaalisen työn tunnusmerkkejä opetussuunnitelmien tavoitteiden ja sisältöjen lähtökohdista käsin. Kyselytutkimuksessa tunnusmerkkejä kuvaillaan käytännön toimintaan liittyen. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiperiaatteet ovat lähentyneet toisiaan mutta edelleenkin mittarin on oltava luotettava, jotta se mittaa haluttua, tarkkaa tietoa. Tämän vuoksi osatutkimusten luotettavuutta arvioidaan eri tavoin.

Laadullisen tutkimuksen analysoitu aineisto koostuu ilmisällöstä (Polit & Hungler 1995). Ilmisällö on tässä tutkimuksessa opetussuunnitelmat. Lukijan tutkimuksen luotettavuuden arviointia auttaa kun analysoinnin kohteena on pelkästään ilmisällö. Tutkija kuvaa mahdollisimman tarkasti aineistoa ja osoittaa sisällönanalyysiprosessin tarkalla kuvaamisella yhteyden tuloksen ja aineiston välillä, mikä on oleellista tutkimuksen luotettavuuden kannalta (Robson 1993; Hickey & Kipping 1996; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Tutkimuksen analyysiprosessin tuloksena syntyneillä kategorioilla ja käsitekartalla tulee olla selkeä yhteys aineistoon. Muodostetun käsitejärjestelmän tulee olla käyttökelpoinen ja järkevä. Opetussuunnitelmat on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tavoitteiden ja sisällön osalta, samoin kuin analyysiprosessien eteneminen, jolloin lukijalla on mahdollisuus arvioida saavutettua tulosta. Monet sisällönanalyysin asiantuntijat (Downe-Wamboldt 1992; Hickey & Kipping 1996; Cavanagh 1997) suosittelivat face-validiteetin tai toisen luokittelijan käyttöä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan päädytty tähän ratkaisuun. Tutkija on ollut itse luomassa analyysin kohteena olevia opetussuunnitelmia. Tällöin tutkijalta edellytetään erityisesti oman tietoisuuden tunnistamista objektiivisen työotteen saavuttamiseksi. Tutkijan lähes 20 vuoden pedagoginen ja kymmenen vuoden seksologinen kokemus olivat merkityksellisiä tutkimusprosessissa aiheuttaen jatkuvasti kysymyksiä tiedon alkuperästä. Tutkija joutui useita kertoja analyysiprosessin aikana kysymään itseltään mistä tieto on peräisin ja miten saatuun lopputulokseen oli päädytty sekä miten tuotettu tieto on osoitettavissa lukijalle.

Ranskassa on tehty tutkimusta seksologian professioon liittyen vuodesta 1976, jolloin siellä tutkittiin terapeutisia lähestymistapoja seksuaaliongelmien hoidossa ja seksologeja

professionaalisenä yhteisönä. Tämän tutkimuksen alkuperäinen kyselylomake on kehitetty juuri Ranskassa. Professori Giami kävi useita keskusteluja vuosina 1997–1998 ranskalaisen seksologien ja seksologiyhdistysten johtajien kanssa (Giami 1999). Kyselylomake luotiin näihin keskusteluihin perustuen ja testattiin Ranskassa 1999 toteutetussa tutkimuksessa: Seksologia professiona Ranskassa. Professori Giami kutsui vuonna 2000 eurooppalaisia seksologeja neuvotteluihin, hän oli kiinnostunut seksologien professionaalisuudesta myös muissa Euroopan maissa. Tutkimukseen sitoutuivat lopulta Pohjoismaat Islantia lukuun ottamatta, Italia ja Englanti. Ranskankielinen kyselylomake käännettiin englannin kielelle professori Giamin ja tohtori Kevan Wylie'n (Englanti, Sheffield, University Hospital) toimesta. Ryhmä kokoontui neljä kertaa ja kyselylomaketta arvioitiin kahdessa kokouksessa osallistuvien maiden näkökulmasta. Ranskassa tehdyssä kansallisessa tutkimuksessa kyselylomakkeen oli todettu mittaavan hyvin professioon liittyviä tunnusmerkkejä, joten kyselylomakkeen asiasisältöä ei juuri muutettu. Tämä tutkimus on Suomen osuus tähän eurooppalaiseen tutkimukseen, minkä vuoksi kyselylomake käännettiin mahdollisimman tarkasti englanninkielestä suomen kielelle. Dosentti O. Kontula ja kliininen seksologi J. Virtanen tarkastivat useampaan kertaan tutkijan käännöstekstiä. Kyselylomakkeen testasi kaksi seksuaaliterapeuttia. He tekivät muutamia muutosehdotuksia kysymysten sanalliseen muotoiluun ja terapiaosioon.

Tämän tutkimuksen mittareiden validiteettia tarkasteltaessa tutkimuksen mittarit mittaavat professionaalisuuden tunnusmerkkejä syvällisemmin kliinisen seksologian aihealueella, erityisesti kuvattaessa työn kohdetta ja työtä toimintana. Kyselylomakkeen kysymyksistä kolmasosa oli suunnattu kliinistä työtä tekeville asiantuntijoille. Mittaristo nostaa ehkäisevän työn esille puuttumatta syvällisemmin työn kohteisiin ja sen menetelmiin. Tutkimuksen teoriaosa käsittelee laajasti seksuaaliterveyden edistämistä ehkäisevän työn näkökulmasta tutkijan teoreettisen lähtökohdan mukaisesti. Seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn osuutta vahvistetaan tässä tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen osiolla. Kyselylomake mittaa kaikkien vastaajien osalta laaja-alaisemmin professionaalisuuden tunnusmerkkejä kouluttautumisen ja työn organisoitumisen osalta.

Lähes kaikki tutkimukseen osallistujat olivat olleet koulutuksessa, jossa oli käsitelty seksuaalisuutta, joten tutkimus oli kohdennettu ryhmälle, joka oli tekemisissä seksuaalisuuden kanssa. Tutkimukseen osallistuneiden kaikkien ammattiryhmien eniten toivoma täydennyskoulutusaihe oli seksuaaliterapia ja 89 % heistä käytti seksuaalianamneesia diagnoosin tekemisessä. Vastaajat olivat myös kiinnostuneita kehittämään seksologista osaamistaan. Seksologi ja seksuaaliterapeutti ovat uusia ammattinimikkeitä, joilla ei ole Suomessa lakiin perustuvaa asemaa, minkä vuoksi seksologinen ammatti-identiteetti on vaikea omaksua. Yksittäisten seksologian asiantuntijoiden löytäminen oli ongelmallista, Suomessa ei ole esimerkiksi keltaisia sivuja, joista heidät voisi tavoittaa (vrt. Ranska). Tutkimus kohdistettiin järjestöihin ja 2000-luvulla seksologista koulutusta toteuttaneisiin organisaatioihin. Asiantuntijoiden joukko ei ole suuri Suomessa, joten tutkimus on kokonaistutkimus, jossa vastausprosentti oli 64,6 %. Tutkimustulokset ovat tällöin suuntaa-antavia.

10 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Seksuaaliterveyden edistäminen työn kohteena tässä tutkimuksessa

Professionaalisen työn yhtenä tunnusmerkkinä kuvaillaan työn kohdetta. Opetussuunnitelmia jatkumona tarkasteltaessa seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta osoittautui laaja-alaiseksi, jossa huomioidaan ehkäisevä, hoitava ja kuntouttava työ. Seksuaaliterveyden edistämisen substanssidimension tietoperusta rakentui monitieteellisistä lähtökohdista ja oppimismenetelmistä, jotka tukivat refleksiivisyyttä ja reflektion oppimista. Toimintadimension sisältämät taidot kohdistuivat yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolle. Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta työn kohteena ilmensi professionaalille työn kohteelle ominaisia piirteitä kuten ainutlaatuisuus, monimuotoisuus ja -tasoisuus. (Konttinen 1997).

Kyselytutkimuksen seksuaaliterveyden edistämisen työn asiantuntijat toimivat ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan työn piirissä. Ehkäisevä työ muodostui seksuaalikasvatus-, valistus-, ohjaus- ja neuvontatyöstä. Hoitavan ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen työn kohteita olivat ensisijaisesti seksuaaliset toimintahäiriöt, parisuhdeongelmat ja tunne-elämän vaikeudet. Asiantuntijoiden tapa käyttää tietoa oli ensisijaisesti yksilöön kohdistuva toiminta mutta usein myös toiminta kohdistui ryhmien opettamiseen ja kouluttamiseen, harvemmin tutkimustoimintaan.

Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta ja työn organisoituminen opetussuunnitelmien näkökulmasta

Opetussuunnitelmien monitieteellinen tietoinen oli kuvailevaa, deklarativista tietoinesta, joka sisälsi käsitteellistä tietoa ja malleja. Tieto on tällöin faktatietoa abstraktimmalla ja käsitteellisemmällä tasolla kuin pelkkä deklarativinen tieto. Opetussuunnitelmien proseduurilla tiedoilla viitataan taitoihin. (Bereiter & Scardamalia 1993.)

Opetussuunnitelmien tavoitteet ja sisällöt ovat syntyneet pohjoismaisen, koulutus-työryhmän tuotoksena, joten seksologista tietoa tulkitaan pohjoismaiseen kulttuuriin perustuen. Giddesin (1984) väite, että toiminnan tekijöillä on toiminnastaan paras tietämys, tukee asiantuntijoiden suunnitteleman tietoinen käyttöä. Perusteluna on asiantunti-

joiden kyky muokata tietoa toiminnan annettuihin ja odotettuihin ehtoihin sekä tehdä toiminnasta intentionaalista ja relevanttia. (Giddens 1984.)

Asiantuntijoiden luomasta opetussuunnitelmien tietoperustasta on muodostunut kuitenkin sirpaleinen, eri tieteen lähtökohdista koottu laaja-alainen tietoaaineisto. Systemaattisen teoreettisen tiedon perusteet, kuten ongelman itsenäinen määrittely erikoistuneen tiedon avulla, tietoon perustuva työskentely ongelman kanssa ja ongelmien tiedollisesta käsittelystä seuraavat toimenpiteet eivät jäsenny johdonmukaisesti. Professionaalisuuteen liittyvä systemaattinen, tutkittuun teoriaan perustuva näkemys kokonaisuudesta seksuaaliterveyden edistämisen substanssi- ja toimintadimensiosta puuttuvat. Koulutuksen tavoitteissa tulee selkeästi ilmaista millaisiin päätetavoitteisiin toiminnassa pyritään. Seksuaaliterveyden edistäminen on valtava asiantuntijuusalue, joka sisältää ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuudet. Tulisiko olla oma koulutusohjelma ja opetussuunnitelma seksuaaliterveyden edistämisen eri työn ulottuvuuksille?

SSA (Sexual Self Acknowledgement)/SAR (Sexual Attitude Reassessment) opinnot ovat ensimmäinen askel oppimisessa kohtaamaan asiakas/potilas professionaalisesti seksuaalisuuden alueella, askel toimia vuorovaikutussuhteisessa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuudessa. Omien asenteiden tunnistaminen ja käsittely ovat yksi niistä taidoista, joita tulee jatkuvasti kehittää. Opetussuunnitelmien mukaan koulutuksessa käytetään seksuaalisuuden tietoa oppimisharjoituksissa ja todellisissa tilanteissa erilaisissa interventioissa, jolloin tavoiteltava tulos syntyy todellisissa läheisissä vuorovaikutustilanteissa. Tällöin ei tarkastella asiantuntijuuden hierarkiaa, vaan todellista dialogia ammatillisessa vuorovaikutuksessa. Opetussuunnitelmien (Seksologia II ja III) mukaan oppijoiden tavoitteena on saavuttaa taidot vaativaan, ammatilliseen työskentelyyn. Koulutuksessa tähän opiskellaan harjaannuttamalla kognitiivisia prosesseja, emootioiden ymmärtämistä sekä toimintojen tietoista kontrollia. SSA-opinnoissa kohdataan tunteita, joita reflektoidaan kokemukseen ja tietoon perustuen. Kokemuksen, tunteiden ja tiedon prosessoinnilla on merkitys ammatti-identiteetin muotoutumiseen. Oppimisprosessin etenemisen myötä oppijalle rakentuu ammatti-identiteetti ja kyky reflektoida omaa ammatillista osaamistaan. Oppimisprosessissa tulee olla tilaa myös tarkastella prosessin etenemistä ja oppimisen motiiveja. Motiivi toimii ajattelun käynnistäjänä samoin kuin halut, tarpeet ja kiinnostukset. Seksologian ammatillisiin erikoistumisopintoihin (Seksologia II) ja Seksuaaliterveyden edistämisen jatkotutkintokokeiluopintoihin (Seksologia III) sisältyvä opintojen ohjaus sekä työnohjaus mahdollistavat yhtenä menetelmänä minä-pystyvyyden tunteen rakentumisen ja itsearviointin oppimisen. Samoin yksilöterapia tukee Seksologia III-tasolla kliinisen suuntautumisen vaihtoehdossa minä-pystyvyyden tunteen rakentumista. IMB-mallin taitoalueeseen sisältyvää minä-pystyvyyden tunnetta ei esiinny nimellisesti opetussuunnitelmissa mutta minä-pystyvyyden kautta rakentuvaa identiteettiä tuetaan mm. edellä mainituin esimerkein. Oppimisen perustana toimivaa motivaatiota arvioidaan jo ennen koulutukseen osallistumista, hakutilanteessa. Opinnoissa prosessoidaan asiantuntijuuden formaalisia ja operationaalisia tiedon alueita, joihin yhdistyy henkilökohtainen ja kulttuurinen tieto sekä pitkässä oppimisprosessissa (Seksologia II, III) myös hiljainen tieto. IMB-mallin käyttö opetussuunnitelmien teoreettisena runkona mahdollistaisi motiivitekijöiden tarkemman analyysin.

Opetussuunnitelmissa mainitut oppimismenetelmät kuten toiminnalliset menetelmät edistävät tiedon taidoksi kehittymistä, asiantuntijuuteen liittyvien taitojen muovau-

tumista toimintadimensioksi. Esseiden kirjoittaminen muokkaa tietokäsitystä ja auttaa oppijaa uuden tiedon luomisessa. Järvisen (1990) mukaan itsenäinen tiedonhankinta, esseiden kirjoittaminen sekä ryhmätyö- ja tutkimusprojekteihin osallistuminen kasvattavat kykyä kriittiseen ajatteluun, reflektioon ja yhteistyötaitoihin sekä asiantuntijuuden interaktiiviseen/tiimityöskentelyyn. Tavoitteena on kasvava halu jatkuvaan oppimiseen. Jatkuvan koulutuksen peruste on tärkeä professionaaliossa työssä (Konttinen 1997).

IMB-mallin osa-alueet seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelman analyysirunkona nosti esiin kysymyksiä, joita joudutaan miettimään rakennettaessa seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmia. Opetussuunnitelmissa opintojen tavoitteet kohdennetaan hyvin laaja-alaisesti, mikä lisää tietoperustan sirpaleisuutta. Jäsentykö laaja-alainen tietoinen oppimisprosessissa tarvittavaksi substanssi- ja toimintadimensioksi ja rakentuu oppijalle uusi ammatillinen identiteetti? Seksuaaliterveyden edistämisen perusteet (Seksologia I) toteutetaan moniammatilliselle kohderyhmälle, koska tavoitteena on poimia seksuaaliterveyden edistämisen tietoa osaksi omaa perustyötä, tavoitteena on toimiminen PLISSIT-mallin ensimmäisellä ja toisella tasolla. Asiantuntijuuteen ja erityisasiantuntijuuteen tähtäävässä ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen osaamisessa tavoitteena on syvälinen ammatti-identiteettiin vaikuttava oppiminen. Seksuaaliterveyden edistämisen eri ulottuvuuksien oppimispolut rakentuvat eri tieteitä painottaen (katso taulukot 4 ja 5, s. 24 ja 28: Seksuaaliterveyden ehkäisevän työn ulottuvuudet ja Seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn ulottuvuudet).

Substanssidimension sisältöteemat ilmaistaan käsittekartassa (taulukko 10, s. 58) niin laaja-alaisina, että on vaikea hahmottaa mitä seksologista erityistietoa sisältöteemoihin liittyy. Sisältöteemoja voisi opetussuunnitelmissa jäsentää ottamalla mukaan WHO:n ym. 2000 esittämiä seksuaaliterveyden edistämisen työn ulottuvuuksia, erityisesti emotionaalisen kiintymyksen ulottuvuudet. Tiedon tulee joka tapauksessa olla systemaattista, yksityiskohtaisesti jäsenneltä halutun tavoitteen saavuttamiseksi. Seksuaaliterveyden edistämisen tieto jäsennetään ongelman määrittelystä, tietoon perustuvaksi työskentelyksi ja tästä seuraaviin toimenpiteisiin. Tarkastelluissa opetussuunnitelmissa ilmaistaan kognitiiviset prosessit joustavasti, jolloin on mahdollista toteuttaa kohderyhmän urakehitystä huomioonottava oppimisprosessi. Taidot tulee kuvata yksityiskohtaisemmin kertomalla haluttu konkreettinen päätetavoite, jolloin arviointi tarkentuu. Opetussuunnitelmissa mainittiin erilaisia tapoja hankkia tarvittavia tietoja/taitoja kuten käytännöllinen harjoittelu ja työnohjaus, joissa muun muassa hiljaista tietoa siirtyy ekspertiltä noviisille. Professionaalisen tiedon omaksuminen tapahtuu pitkässä erityisessä oppimisprosessissa (Konttinen 1997). Suomessa on kuitenkin harvoja asiantuntijoita (Ilmonen 1998), joiden osaamista voidaan koulutuksessa hyödyntää.

Asiantuntijuus edellyttää laajaa itsenäisyyttä, työn suunnittelua ja järjestelyä, jotta tehokas toiminta onnistuisi (Konttinen 1997). Seksologia II ja III opinnot suoritettuaan opiskelijoilla on mahdollisuus PLISSIT-mallin kolmannen ja neljännen tason vaatimusten mukaiseen itsenäiseen työskentelyyn. Opetussuunnitelmissa nostetaan esille verkostoitumisen tärkeys ja asiantuntijuuden jakaminen oman sekä eri alojen kollegoiden kanssa. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan tarvitaan osaamista erityisesti tunne-elämän ja parisuhdekysymysten käsittelyssä, opetussuunnitelmissa ei selkeästi esitetä oppisen tavoitteita tälle aihealueelle. Seksuaaliset toimintahäiriöt olivat ensimmäistä kertaa vastaanotolle tulevien asiakkaiden/potilaiden suurin ongelmaryhmä, opetussuunnitelmissa

on selkeä oppimisenpolku näiden ongelmatilanteiden hoitamiseen. Kyselytutkimuksessa ilmeni myös vastaajien vaikeus kohdata seksuaalisen väkivallan tilanteita, tulos edellyttäisi erityisesti tämän osa-alueen syvällistä huomioimista oppimisprosessissa.

Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta kyselytutkimuksen näkökulmasta

Kyselytutkimukseen osallistuvien asiantuntijoiden ammatillinen työskentely perustui eri tieteen aloihin. Asiantuntijat toteuttivat seksuaaliterveyden edistämisen työtä omaan teoreettiseen viitekehykseensä liittyen. Tästä huolimatta seksuaaliterveyden edistämisen työn laaja-alaisuus todentui myös kyselytutkimukseen osallistuneiden seksuaaliterveyden edistämisen toiminnassa. Aktiivisesti seksuaaliterveyden edistämisen työtä tekevät asiantuntijat toimivat laaja-alaisesti seksuaaliterveyden edistämisen työn kaikilla ulottuvuuksilla.

Aineiston suurimman (44 %) ammatillisen ryhmän, hoitajien, yleisin seksologinen ammatti-identiteetti oli seksuaalineuvoja (65 %). Tällöin voidaan olettaa seksuaaliterveyden edistämisen olevan ensisijaisesti ohjaus- ja neuvontatyötä. Yli puolet hoitajista oli opiskellut seksologiaa vuoden ja yli kolmannes enemmän kuin vuoden. Seksuaalineuvontaja ohjaustilanteissa seksuaalisuus hyväksytään osaksi ihmisenä olemisen kokonaisuutta, mikä ilmenee käytännön toiminnassa ”luvan antamisena” olla seksuaalinen olento ja taitona antaa asiakkaalle/potilaalle erityisohjeita. Seksuaalineuvontaa toteutetaan tällöin osana omaa työtä. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajien ei ole ollut helppo liittää seksuaalisuutta hoitotyöhön ja heidän tietonsa seksuaalisuudesta ovat olleet riittämättömät (mm. Aalto 2002; Esko-Asikainen 2000). Neuvonta- ja ohjaustyö ovat keskeisiä hoitotyön alueita, joten seksuaalineuvojan ammatti-identiteetti on helppo omaksua osaksi hoitotyön toimintaa seksuaalisuutta koskevien tietojen ollessa riittävät. Lähes kolmannes hoitajista koki itsensä seksuaaliterapeutiksi. Yhteenvetona voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa seksuaaliterapeutin ammatti-identiteetin omaavista hoitajista muutamat toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina. Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta rakentuu hoitotyössä ensisijaisesti seksuaaliterveyden perusteista ja seksuaalineuvonnasta, osana hoitotyötä ja sen tietoperustaa.

Lääkärin työ on perinteinen professio, joka perustuu tutkittuun ja testattuun tietoon, ammatti opitaan tiedekorkeakoulussa. Lääkärit hankkivat seksologisen lisätietonsa tieteellisistä lähteistä. Seksologisen identiteetin omaavat lääkärit kokivat itsensä ensisijaisesti seksologeiksi (44 %) mikä tuntuu luonnollista ajatellen heidän tiedekorkeakouluopintoja. Yli kolmannes heistä koki olevansa seksuaaliterapeutti/seksologi ja seksuaaliterapeutti mutta vain harva koki itsensä seksuaalineuvojaksi. USA:ssa (Haboubi & Lincoln 2003) ja Englannissa (Allen 2003) tehdyissä tutkimuksissa ilmeni, että lääkärit ovat näissä maissa kiinnostuneita potilaidensa seksuaalisesta hyvinvoinnista. Tässä tutkimuksessa erityisesti naisiasiakkaat tulivat lääkärin vastaanotolle sekä tunne-elämä että parisuhdeongelmien vuoksi. Tällöin voidaan olettaa, että myös Suomessa lääkärit ovat kiinnostuneita potilaidensa seksuaalisesta hyvinvoinnista. Naisiasiakkaat viittaavat tässä tutkimuksessa erityisesti gynekologien toimintaan. Suomessa ei ole tarkempaa tutkimusta tästä aihepiiristä. Suurin osa lääkäreistä ei halunnut lisäkoulutusta seksologian aihealueelta. Lääkärit, jotka halusivat lisäkoulutusta, halusivat sitä ensisijaisesti seksuaaliterapiasta. Olisiko yliopisto ja erityisesti lääketieteellinen tiedekunta paras seksologisen täydennyskoulutuksen tarjoaja lääkäreille? Hollantilainen Gianotten (2003) on

esittänyt, etteivät lääkärit ole halukkaita opiskelemaan seksologiaa. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden seksuaaliterveyden edistämisen työ on medikalisoitunut, kuitenkin osa lääkäreistä tekee opetus- ja kasvatustyötä. Lääkäreiden seksologinen professionaalisuus rakentuu lääketieteelliseen tietoperustaan.

Asiantuntijaryhmästä muut noin yksi kolmannes omasi seksologisen ammatti-identiteetin, joka jakautui lähes puoleksi seksuaaliterapeutin ja seksuaalineuvojan ammatti-identiteettiin, vain harva koki olevansa seksologi. Ryhmän seksologisen kouluttautumisen laajuus tukee seksologisen ammatillisen identiteetin omaksumista, puolella asiantuntijoista oli vuoden mittainen koulutus ja puolella yli puolentoista vuoden seksologinen koulutus. Tämän ryhmän asiantuntijat olivat usein myös terapiatyön osajia kuten psyko- tai perheterapeutteja tai perheneuvoja. Harvemmin tässä asiantuntijaryhmässä seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustana esiintyivät kasvatustieteet, terveystieteet tai teologinen tietoperusta. Psykologian ja sosiaalityön näkökulmasta seksuaaliterapeutin ammatti-identiteetti on varsin ymmärrettävä. Lisäkoulutusta seksologisiin kysymyksiin tämä ryhmä hankki kollegatapaamisissa sekä ammattilehdistä. Tässä ryhmässä seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta rakentuu ensisijaisesti yhteiskuntatieteellisestä tietoperustasta käsin, ydintietona ensisijaisesti psykologian ja sosiaalityön tietoperusta.

Seksuaaliterveyden edistämisen työn kohteena seksuaalineuvonta ja -terapiatyö

Tutkimukseen osallistuneet asiantuntijat toimivat hyvin yhdensuuntaisesti tutkimuksessa esiintyvissä seksuaalineuvonnan ja -ohjauksen kysymyksissä. Asiantuntijat ohjasivat ensisijaisesti käyttämään liukuvoiteita ja lukemaan eroottista sekä ajankohtaista seksuaalisuutta käsittelevää kirjallisuutta. Pieniä eroja löytyi verrattaessa eri asiantuntijaryhmiä, esimerkiksi hoitajat ja ryhmä muut ohjasivat lääkäreitä innokkaammin käyttämään hieromasauvaa. Seksologian koulutuksessa opitaan apuvälineiden merkitys ja saadaan asiantuntemusta sekä rohkeutta ohjata asiakkaita apuvälineiden käyttöön. Tutkimuksen kyselylomakkeessa esitetyistä vaihtoehdoista vähiten kannatusta sai kumppanin vaihto, lääkärit olivat asiantuntijaryhmistä rohkein ehdottamaan kumppanin vaihtoa. Asiakkaan /potilaan ongelman selvittämisessä yleistilan arvioinnin jälkeen tutkimukseen osallistuneet asiantuntijat käyttivät toiseksi eniten seksuaalianamneesia (89 %) työvälineenään. Tutkimuksen asiantuntijat olivat orientoituneet seksuaalikysymysten kohtaamiseen, kaikkien asiantuntijaryhmien ensisijainen lisäkoulutusaihe oli seksuaaliterapia (60 %).

Hoitajat olivat innostunein ja aktiivisin seksologiaan kouluttautujaryhmä, psykologit olivat pieni ryhmä mutta yli kolmannes heistä oli kouluttautunut perusopintoja pidemmälle. Seksuaaliongelmien hoitamiseksi seksologian opetussuunnitelmat toivat esiin useampia koulutuksessa käsiteltäviä terapeutisia lähestymistapoja kuten klassisen seksuaaliterapian, ratkaisukeskeisyyden, psykoanalyttisen, kognitiivisen sekä NLP lähestymistavan sekä narratiivisuuden ryhmäterapiassa. Terapiaosaaminen karttuu neuvonnasta-intensiiviterapiaan PLISSIT-mallin opetussuunnitelman mukaan. Jatkotutkintokokeilun terapeutiset opinnot tähtäsivät neljännen tason ongelmien hoitamiseen. Tutkimukseen osallistuneilla asiantuntijoilla oli valmiuksia työskennellä erityisesti PLISSIT-mallin kolmella ensimmäisellä tasolla seksuaalisten toimintahäiriöiden parissa. Muutamilla heistä oli valmiuksia työskennellä myös PLISSIT-mallin neljännellä tasolla, intensiivisen terapian parissa. Asiantuntijoiden seksologiset valmiudet vastaavat hyvin tutkimuksen kyselylomakkeen asteikolla 'usein' esiin nousevien ongelmien hoitamista.

Seksuaalisuuden turvallisuuteen ja mielihyvään vaikuttavia tekijöitä asteikolla 'usein' kohtasi jokainen asiantuntijaryhmä olipa kysymys nais- tai miesasiakkaista. Tunne-elämän vaikeudet ja epätydyttävä avioliitto sekä parisuhdeongelmat olivat asiantuntijaryhmän muut niin mies- kuin naisasiakkaiden ensisijainen syy tulla vastaanotolle. Miesasiakkaat tulivat ensisijaisesti myös hoitajien vastaanotolle tunne-elämän ja parisuhdeongelmien vuoksi ja vasta sen jälkeen tulivat erektiohäiriöt. Seksuaalinen haluttomuus oli naisten kohdalla yleisin syy tulla lääkärin ja hoitajan vastaanotolle ensimmäistä kertaa. Naisilla tunne-elämän häiriöt olivat myös lääkärin vastaanotolle tulon syynä yksi kärkipään ongelmista. Kontulan ja Haavio-Mannilan (2001) mukaan seksuaalinelämän tyydyttävänä pitäminen väheni vuosien 1992 ja 1999 välillä sekä seksuaalinen haluttomuus lisääntyi 1990-luvulla. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että trendi on jatkumassa edelleen. Ajankohtaiset jatkuvat ongelmatilanteet elämässä saattavat aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta. Amerikkalaisessa väestössä (Hawton 1998; Lauman ym. 1999; Virtanen 2002) haluttomuus on yleisin naisten seksuaalisista toimintahäiriöistä. Seksuaalisen haluttomuuden taustalla olevat syyt ovat moninaiset. Ongelmaksi muodostuu usein seksuaalinen kiihottuminen (Kaplan 1995). Kontulan ja Haavio-Mannilan (2001) tutkimustuloksissa huomattavaa oli, että nuorillakin naisilla oli melko usein vaikeuksia saavuttaa riittävää kostumista. Myös miesten kohdalla seksuaalinen haluttomuus oli yleinen syy hakeutua vastaanotolle. Kontulan ja Haavio-Mannilan (2001) mukaan seksuaalinen tyytyväisyys on sidoksissa siihen tuottaako yhdyntä orgasmin. Orgasmiongelmat olivat yleisiä vastaanotolla käyntisyytä eteenkin hoitajien ja ryhmän muut asiakkaiden/potilaiden kohdalla. Naisten kohdalla yksi yleisimmistä syistä tulla lääkärin vastaanotolle olivat yhdyntäkivut. Naisten yhdyntäkivut ovat yleisempiä kuin miehillä esiintyvät yhdyntäkivut, mikä ilmeni myös tässä tutkimuksessa. Vasta viime aikoina on alettu ymmärtää yhdyntäkipujen kompleksisuutta. Kipua on ryhdytty tarkastelemaan ensisijaisena ongelmana. Hoitoprosessissa tulee kiinnittää huomiota myös tunne-elämään ja parisuhdeeseen. (Meana ym.1997; Virtanen 2002.)

Miesten erektiohäiriöt ovat yleisin miesten seksuaalinen toimintahäiriö (Lauman ym. 1999; Virtanen 2002). Erektiohäiriö oli miesasiakkaiden yleisin syy tulla lääkärin vastaanotolle. Lääkäreiden mielestä Viagran tulo lääkemarkkinoille oli vaikuttanut heidän asiakaskäynteihinsä. Viagra on hyvä esimerkki seksuaaliterveyden medikalisoitumisesta ja median vaikutuksesta seksuaaliterveyteen. Lääkäreiden mielestä Viagra on auttanut asiakkaita/potilaita puhumaan seksuaaliongelmistaan sekä hakemaan tyydyttävämpiä seksuaalisia toimintatapoja.

Naisiin kohdistuva väkivalta näkyy hoitajien ja ryhmän muut vastaanotolle tulosyynä. Seksuaalinen väkivalta on kasvanut ja kokemuksen traumaattisuus johtaa monenlaisiin terveydellisiin ongelmiin. Lapsuuden seksuaalisen hyväksikäytön uhreja on arvioiden mukaan noin 20 % naisista ja 5 – 10 % miehistä. (Schachter ym. 2003.) Hoitajat ja ryhmä muut kohtasivat seksuaalisen riippuvuuden miesasiakkaita. Seksuaalista riippuvuutta esiintyy ensisijaisesti miehillä, amerikkalaisessa väestössä seksuaalista riippuvuutta on arvioitu esiintyvän 5 % väestössä (Coleman 1992). Suomessa ei ole tehty tutkimusta aihepiiristä mutta yleisenä mielipiteenä on seksuaalisen riippuvuuden lisääntyminen nettimahdollisuuksien kasvaessa. Seksuaaliterveyden asiantuntijat arvelivat olevan merkitystä terapeutin sukupuolella hoitosuhteessa. LoPiccolon ym. (1985) mukaan ei ole vaikutusta seksuaaliterapian tuloksiin onko terapeutti samaa sukupuolta vai ei tai työskentelekö terapeutti yksin vai parin kanssa.

Seksuaaliterveyden edistämisen koulutuksen/työn vaikutuksia

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta syvennetään oppimisprosessissa oppijan peruskoulutuksen mukaisesti (kasvatus-, opetusalan koulutus, osaamista syvennetään ehkäisevään työhön, sosiaali- ja terveystieteiden koulutus, osaamista syvennetään hoitavaan ja kuntouttavaan työhön). Opetussuunnitelman ja HOPS:in tulee mahdollistaa oppijan urakehitys. Erityisasiantuntijuus on seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevän työn toimintaa yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla, hoidon ja kuntouttavan asiantuntijuuden työtä yksilö-, pari- ja ryhmäterapiassa. Seksuaaliterveyspalvelut paranevat eri puolilla maata. Työ ja ammatti muodostuvat tärkeiksi samaistumiskohteiksi ja leimaavat professionaalisen ammatinharjoittajan habitusta (Konttinen 1997). Pohjoismaainen auktorisointiryhmä edellyttää ammatillisen auktorisoinnin saamiseksi jäsenyyttä maan seksologisessa seurassa eli vapaaehtoista toimintaa ja ”oleilua” tavoiteltavan asiantuntijuuden piirissä. Tällöin mahdollistuu verkoston rakentaminen, yhteisen perustan ja seksologisen identiteetin kehittäminen. Asiantuntijuuden lisääntymisen myötä seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevä työ kehittyy. Osaaminen edistää seksuaaliterveyden edistämisen toimintasuunnitelmien ja strategioiden kehittämistä.

Johtopäätöksiä

Seksuaaliterveyden edistäminen on laaja-alainen ja monitahoinen asiantuntijuusalue minkä vuoksi ehkäisevä, hoidollinen ja kuntouttava koulutus tulisi eriyttää. Koulutuksen tavoitteet voidaan kohdentaa tällöin tarkemmin. Koulutuksen tavoitteiden tarkentaminen palvelisi myös oppijoiden motivaatiota. Ehkäisevän, hoidollisen ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen tietoperusta eroaa merkittävästi toisistaan. Ehkäisevässä työssä seksologinen tietoperusta rakentuu ensisijaisesti terveys- ja kasvatustieteiden lähtökohdista, hoitavassa näkökulmassa korostuvat lääketieteellinen ja psykologinen tietoperusta, kuntouttava tietoperusta rakentuu lääketieteellisen, psykologisen ja hoitotieteellisen tietoperustan näkökulmasta.

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuteen kouluttautuminen tulisi toteuttaa virallisissa organisaatioissa, joissa mahdollistuu pitkä koulutusprosessi. Organisaatiolla tulisi olla tahtoa sitoutua edellytyksiin, joita tarvitaan koulutuksen ja asiantuntijuuden kehittämiseksi. Funktionaalisen teorian professionaalissa tarkastelussa professionaalinen kouluttautuminen tapahtuu korkea-asteen koulutusinstituutiossa, joissa luodaan uutta tietoa ja joissa ovat koulutukseen liittyvät kontrollimekanismit. Ammattikorkeakouluissa toteutuviissa koulutuksissa tulee rakentaa yhteistyötä tiedekorkeakoulujen kanssa, mitä onkin jo tapahtunut. Tutkimuksen lisääminen ja systemaattisesti jäsennetyn tietoperustan rakentaminen yhteistyössä ovat tavoiteltavia haasteita seksuaaliterveyden edistämisen työn kehittämiseksi.

Tutkimuksen tuloksena voidaan osoittaa, että aikuisväestö tarvitsee neuvontaa ja tukea erityisesti tunne-elämän ja parisuhteen kysymyksissä sekä seksuaalisten toimintahäiriöiden hoidossa. Ehkäisevän työn haasteena on nuorten seksuaalikasvatus, jossa tulee panostaa sosioemotionaalisiin taitoihin, seksuaalisuuden kielen oppimiseen ja oman kehon seksuaalireaktioiden tunnistamiseen ja erityisesti niiden merkityksen oivaltamiseen seksuaalisen mielihyvän saavuttamisessa. Tutkimuksen tulokset vahvistavat Nurmen (1993) tutkimuksen tuloksia, joiden mukaan tietoa tarvitaan sukupuolielämän

rikastuttamisesta, esileikeistä ja oman seksuaalisuuden kehittämisestä. Myös Nurmen (1993) mukaan ongelmana on tunteiden ilmaiseminen parisuhteessa muun muassa miten saada toinen puhumaan avoimemmin asioista sekä miten kertoa lapsille ja nuorille sukupuoliasioista. Nurmen esittämät aihealueet eivät ole vanhentuneet tänäkään päivänä vaan ovat seksuaaliterveyden edistämisen haasteita edelleen. Tässä tutkimuksessa asiakkaat/potilaat halusivat tietoa ikääntymiseen liittyvistä muutoksista. Ikääntyvä väestö tarvitsee seksuaalineuvontaa ja -ohjausta samoin kuin vanhuksia laitoksissa hoitava henkilökunta tarvitsee hoitotyönsä tueksi ammatillisia valmiuksia kohdata asukkaiden/potilaiden seksuaalisuuteen liittyviä pulmia. Voisiko perhesuunnitteluneuvola kehittyä seksuaaliterveysneuvolaksi, jossa myös ikääntyvät henkilöt voisivat olla asikkaina?

Tutkimuksen mukaan seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmatilanteista asiantuntijoiden oli vaikeinta kohdata seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Ongelman kohtaamisen vaikeus tulisi huomioida koulutuksessa, jolloin annetaan tilaa riittävästi aiheelle. Oppimisprosessissa kiinnitetään erityisesti huomiota reflektioon teoreettisen tiedon, tunteen ja asenteen integroitumiseen taidoksi. Koulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia kohdata seksuaalisen väkivallan kysymyksiä. Seksuaalisen väkivallan hoito sijoittuu PLISSIT-mallin neljännelle tasolle.

Tähän tutkimukseen vastanneista asiantuntijoista vain pieni osa työskenteli PLISSIT-mallin neljännellä tasolla. Kohderyhmän oma terapia oli harvinaista ja työnohjaukseen oli osallistunut alle puolet. Tiedot kuvaavat tilannetta ettei tutkimuksen kohderyhmästä kovinkaan moni tehnyt seksuaaliongelmien liittyvää intensiiviterapiaa. Oletettavasti erityisasiantuntijoiden lukumäärä ei ole kovin iso Suomessa mutta heistäkin vain osa vastasi tähän kyselyyn. Olisiko seksuaaliongelmien intensiiviterapiaa tarvitsevien asiakkaiden kohtaamisen lukumäärä noussut yleisemmäksi, jos psykiatriset hoitoyksiköt olisivat olleet otannassa mukana?

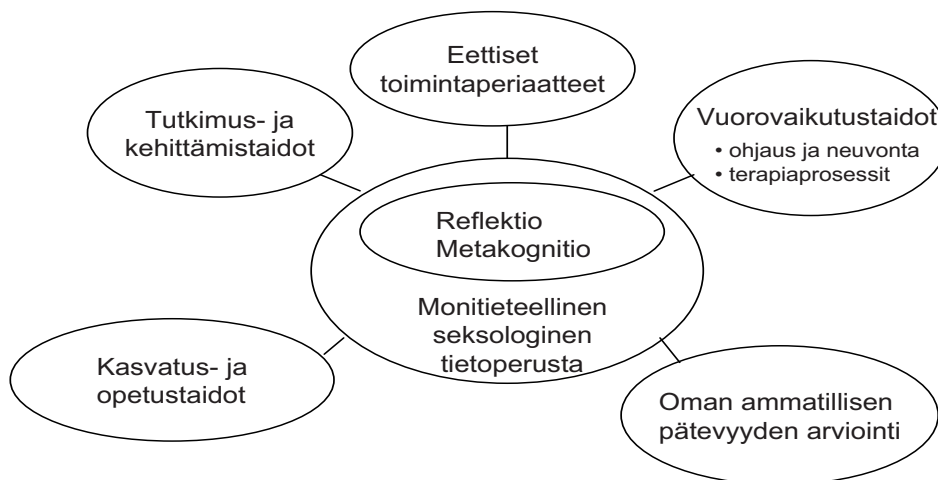
Tutkimuksen asiantuntijoista muutamat olivat siirtyneet koko päiväisesti toimimaan seksuaaliterveyden edistämisen parissa, joten pienimuotoinen ammatillistumisprosessi on todettavissa. Erityislaitokset ja vapaaehtoisjärjestöt olivat toimintaympäristöjä, joissa seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoita toimi eniten. Seuraavina toimintaympäristöinä tulivat sairaalat ja yksityisvastaanotot. Perusterveydenhuollossa toimi vain pieni joukko seksuaaliterveyden asiantuntijoista. Sairaaloiden ja yksityisvastaanottojen osuutta nostavat tutkimukseen osallistuneet urologit ja gynekologit. Hoitajista vain muutamat (13 %) toimivat päätoimen lisäksi yksityisvastaanotolla.

Tämän tutkimuksen mukaan seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuutta käyttävät ensisijaisesti hoitotieteen, yhteiskuntatieteen ja lääketieteen näkökulmista työskentelevät asiantuntijat. Seksuaaliterapeuteista ja seksologeista, jotka olivat opiskelleet yli vuoden, useimmat lähes kolme vuotta tai muutamat vielä enemmän, heistä toimi vain noin kolmannes itsenäisenä ammatinharjoittajana. Alalla toimivat asiantuntijat toimivat laaja-alaisesti seksologian kentällä tehden kliinistä työtä, kouluttaen ja opettaen mutta harvemmin tehden tutkimusta. Seksuaaliterveyden edistäminen on hyväksytty pienimuotoisesti myös virallisiin organisaatioihin erityisosaamisen alueiksi, esimerkiksi Porvoon aluesairaalaan on perustettu seksuaaliterapeutin vastaanotto (Halme 2002) samoin Kuopion yliopistolliseen sairaalaan sekä useita yksityisvastaanottoja toimii yksityisissä lääkärikeskuksissa eri puolilla Suomea. Pienimuotoinen ammatillistuminen on nähtävissä myös siinä, että toimiala siirtyy virallisiin organisaatioihin ja hiljalleen kiintein työehdoin toimiville ammattihenkilöille.

Tämän tutkimuksen mukaan seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus ja ammatti-identiteetti kehittyvät pitkän oppimisprosessin tuloksena. Työn kohteena oleva seksuaaliterveyden edistäminen ei näyttäydä opetussuunnitelmissa rutiininomaisena työnä vaan monimuotoisena ja -tasoisena toimintana. Tarkasteltaessa seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opetussuunnitelmia jatkumona niiden tietoperusta osoittautuu laaja-alaiseksi kentäksi, jossa huomioidaan ehkäisevä, hoitava ja kuntouttava työ. Seksuaaliterveyden edistämisen substanssidimension tietoperusta rakentuu monitieteellisistä lähtökohdista ja oppimismenetelmistä, jotka tukevat refleksiivisyyttä ja reflektion oppimista. Toimintadimensioon sisältyvät taidot kohdistuvat yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolle. Työn kohteena seksuaaliterveyden edistämässä ilmenee professionaalille työn kohteelle ominaisena piirteenä ainutlaatuinen, monimuotoinen ja -tasoinen työkohte.

Kyselytutkimuksen seksuaaliterveyden edistämisen työn professionaalisuuden tunnusmerkkejä tarkasteltaessa tämän tutkimuksen asiantuntijat toimivat sekä ehkäisevänä että hoitavan ja kuntouttavan työn piirissä. Ehkäisevä työ muodostui seksuaalikasvatus-, valistus-, ohjaus- ja neuvontatyöstä. Hoitavan ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen työn kohteita olivat ensisijaisesti seksuaaliset toimintahäiriöt, parisuhdeongelmat ja tunne-elämän vaikeudet. Asiantuntijoiden tapa käyttää tietoa oli yksilöön kohdistuva toiminta mutta usein myös toiminta kohdistui ryhmien opettamiseen ja kouluttamiseen sekä harvoin tutkimukseen. Seksuaaliterveyden edistämisen työn prosessi muotoutui monen tieteen näkökulmasta. Parisuhde- ja tunne-elämän sekä avioliitto-ongelmien noustessa tärkeiksi ongelmakohdiksi kyselytutkimuksessa, voisi miettiä riittääkö koulutuksessa saadut valmiudet näiden kysymysten hoitoon. Seksuaaliongelmien hoitamiseksi opiskellaan ja käytetään yhä enenevässä määrin muita lyhytterapeuttisia lähestymistapoja kuin klassinen (Masters & Johnson 1967; Masters ym. 1982) seksuaaliterapia. Hogan esitti jo vuonna 1987 ajankohtaisten asioiden merkityksen seksuaalisten toimintahäiriöiden synnyssä. Toisaalta Mastersin & Johnsonin luoma behavioraalinen seksuaaliterapiamalli antaa myös mahdollisuuden luovien, eri lähestymistapojen käyttöön terapiaprosessissa.

Kuvio 17 esittää Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden aluita, jotka kehittyvät oppimisprosessissa toimien valmiuksina seksuaaliterveyden edistämisen työssä:



KUVIO 17 Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden alueet

Keskeisinä asioina kuviossa 17 ovat reflektio, metakognitio ja systemaattinen seksuaaliterveyden erityistieto, josta muodostuu oppimisprosessin myötä seksuaaliterveyden edistämisen substanssidimensio. Toimintadimensio koostuu interaktiivisista taidoista, joita tarvitaan mm. neuvonta- ja ohajustyössä, terapiatyössä, oman ammatillisen pätevyyden arvioinnissa, kasvatus- ja opetustyössä sekä tutkimus- ja kehittämistyössä. Lisäksi toiminnan tulee olla eettisesti korkeatasoista.

Jatkotutkimustarpeita

Suomessa ei ole merkkejä HIV-tartuntojen voimakkaasta kasvusta, kuitenkin ei voida todeta Suomen olevan HIV-ongelman ulkopuolella, valistustyötä on jatkettava tehokkaasti, mikä tarkoittaa erilaisten seksuaalikasvatuksen koulutus-, opetus- ja interventio-ohjelmien vaikuttavuuden arviointia. Seksuaaliterveyden edistämisen ammatillisten koulutusten vaikuttavuutta tulee myös arvioida. Seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opiskelijoita on valmistunut 2000-luvun jälkeen myös muista ammattikorkeakouluista kuin Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opetussuunnitelmien jatkokehittelyn kannalta olisi hyödyllistä analysoida kaikkien laaja-alaista seksologian koulutusta toteuttavien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat. Tavoitteena voisi olla kokemuksen ja tiedon jakaminen sekä yhteisten käytäntöjen kehittäminen. Opiskelijoiden syvähaastattelu toisi kokemuksellista tietoa oppimisprosessin toteutumisesta. Toimintatutkimuksen menetelmin voitaisiin kehittää opetussuunnitelmia ja -menetelmiä edelleen sekä seksuaaliterveyden edistämisen systemaattista teoretietoa. Tutkimusta tarvitaan myös selvittämään miten seksologinen tieto elää käytännön toiminnassa, onko käytäntöön syntynyt uusia toimintatapoja ja ovatko opiskelijat hyötynet seksologian opinnoistaan muuten kuin tiedollisesti ja taidollisesti, onko esimerkiksi työnantaja arvostanut osaamista palkkaus- tai palkkakysymyksissä. Osa opiskelijoista on aloittanut yksityisvastaanoton päivätyönsä ohella paikkakuntansa lääkäriasemalla, kuinka paljon yksityinen toiminta on kasvanut ja onko seksuaaliterveyden edistämisen työ lisääntynyt virallisten terveydenhuollon organisaatioiden parissa? Onko toiminta lisääntynyt niin, että se on vähentänyt seksuaaliterveyden edistämisen palvelujen tarjoamisen eriarvoisuutta?

Suomessa tarvitaan seksuaaliterveyden edistämisen työn tutkimusta systemaattisen seksuaaliterveyttä edistävän teoretiedon luomiseen. Systemaattiseen tiedon soveltamiseen tulisi sisältyä ongelman itsenäinen määrittely, tutkittuun tietoon perustuva työskentely ongelman kanssa ja tästä käsittelystä seuraavat toimenpiteet. Systemaattista, erikoistunutta tiedon soveltamista tarvitaan seksuaaliterveyden edistämisen (ehkäisevä, hoitava ja kuntouttava) työssä.

Tutkimusta ja selvityksiä tarvitaan seksuaaliterveyden edistämisen työn ongelmista esimerkiksi yhteisötasolla. Tutkimus edistäisi toimintasuunnitelmien ja strategioiden luomista yksilö-, ja yhteisötasolle. Seksuaaliterveyden edistämisen hoitavan ja kuntouttavan työn näkökulmasta tutkimusta tarvitaan suomalaisen väestön seksuaalisista toimintahäiriöistä kuten seksuaalisesta haluttomuudesta, orgasmiongelmistä ja erilaisista kipusyndroomista. Syvällistä tietoa tarvitaan myös seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvistä tekijöistä. Tässä tutkimuksessa tulivat esiin erityisesti parisuhteen tunne-elämän pulmallisuus sekä tiedon puute ikääntymiseen liittyvistä seksuaalikysymyksistä. Näihin aihepiireihin liittyvää tutkimus- ja kehittämistyötä tarvitaan eri tieteiden lähtökohdista.

Ammatillinen koulutus on lisääntynyt seksologian parissa 2000-luvun aikana, onko lisääntyneellä koulutuksella ja pohjoismaisella pätevytymisjärjestelmällä merkitystä seksologisen ammatti-identiteetin omaksumiseen vai onko seksologin/seksuaaliterapeutin ammatti-identiteetti edelleen yhtä harvinainen kuin 2000-luvun alussa? Tämän tutkimuksen kyselylomake on ollut käytössä useassa Euroopan maassa, joten vertaileva tutkimus kansainvälisen aineiston kanssa toisi hyödyllistä tietoa seksuaaliterveyden edistämisen ammatillistumisen ja professionaalisuuden piirteiden yhtäläisyyksistä Euroopan eri maissa. Vertailututkimuksen tuloksia voitaisiin hyödyntää eurooppalaisen seksologisen/seksuaaliterveyden edistämisen koulutuksen luomisessa ja alan professionaalistumisen kehittämisessä.

LÄHTEET

- Aalto, S. 2002. Sairaanhoidaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla – Hybridinen käsiteanalyysi. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Ajzen, I. 1985. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.) Action control from cognition to behavior. York: Springer-Verlag, 11-39.
- Ajzen, I. 1991. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alanen, A. 1980. Aikuiskasvattaja. Teoksessa K. Huuhka ym. (toim.) Aikuiskasvattaja. Vapaaan sivistystyön XXIV vuosikirja. Painatuskeskus. Helsinki. 29-64.
- Allen, D. 2003. Study calls for better training to overcome homophobic views. October 2003, Vol. 7 No 2. *Mental Health Practice*.
- Annon, J. S. 1976. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education Therapists* 2, 1-15.
- Antikainen, J. 1994. Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö. Ammatilliset haasteet ja työorientaatiot. *Stakes. Tutkimuksia* 46. Gummerrus Kirjapaino. Jyväskylä.
- Anttonen, S. & Riimala, S. 1998. Asiantuntijuus ja asiantuntijavallan ongelma? Teoksessa: Nuutinen, A., Kumpula, H. 1998. Opetus ja oppiminen tiedeyhteisössä. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä. 81-91.
- Asanti, R., Lehtinen, E. & Palonen, T. 2002. Työelämän muutokset ja osaamisen haasteet Teoksessa: Lehtinen E & Hiltunen T. (toim.) Oppiminen ja opettajuus. Painosalama Turku 2002, 87-108.
- Bailey, D. & Wilson, P. 2001. Family systems discourse, sexual beingness model. Presentation in World Association for Sexology conference, Paris.
- Ballou, M., Fetter, M., Saleh, K. & Litwack, L. 1992. Health counseling. Ohio: American School Health Association.
- Bandura, A. 1992. A social cognitive approach to the exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. 1998. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 1998, Vol. 13, 623-649.
- Barnett, R., Parry, G. & Coate, K. 2001. Conceptualizing curriculum change. *Teaching in Higher Education* 6 (4), 435-449.
- Batcup, D. & Thomas, B. 1994. Mixing The Genders, An Ethical Dilemma: How nursing theory has dealt with sexuality and gender. *Nursing Ethics* 1994 1(1), Edward Arnold.
- Berelson, B. 1995. Content analysis in communication research. Free Press, Glencoe IL.
- Bereiter, C. & Scardamalia, M. 1993. Surpassing ourselves. An Inquiry into the nature and implications of expertise. Chicago: Open Court.

- Billet, S. 2001. Knowing in practice: re-conceptualizing vocational expertise. *Learning and Instruction* 11, 431-452.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. N. 1992. *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Burns, N. & Grove, S. 1997. *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Byrne, D. 1983. Sex without contraception. In Byrne, D., Fisher W.A. (Eds.) *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1-31.
- Byrne, D., Kelley, K. & Fisher, W. A. 1993. Unwanted teenage pregnancies: Incidence, interpretation, intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 101-113.
- Cacciatore, R. 2000. Lasten seksuaaliterveys. Teoksessa: Kontula, O., Lottes, I. (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Kustannusyhtiö Tammi. Helsinki, 270-281.
- Cacciatore, R., Ingman-Friberg, S. & Apter, D. 1994. Seksivalistuksen uudet haasteet. *Suomen Lääkärilehti* D25/94, 2471-2475.
- Canadian Guidelines for Sexual Health Education. 2003. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2003. Cat. No H39-300/2003E.
- Caplow, T. 1966. *Sociology of Work*. Minnesota Press. Minneapolis.
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: Concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4, 5-16.
- Coleman, E. 1998. Promoting Sexual Health: the Challenges of Present and Future. In J.J. Borrás-Valls and M. Pérez-Conchillo (Eds.) *Sexuality and Human Rights. Proceedings of the XIIth World Congress of Sexology, Valencia, Spain, June 1997*.
- Coleman, E. 2002. Promoting Sexual Health and Responsible Sexual Behavior: An Introduction. *The Journal of Sex Research*. Volyme 39, Number 1, February 2002: 3-6.
- Cooper, A. J. 1971. Treatments of male potency disorders. *Psychosomatics* 12:235-244.
- Cooper, A. J. 1981. Short-term treatment in sexual dysfunction. *Compr Psychiatry* 22: 206-217.
- Chopra, D. 2004. *Polku rakkauteen*. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Curtis, H. (Eds.) 1992. *Sexual Health Promotion*. Health Education Authority. London: British Medical Association Foundation for AIDS, 121-128.
- Cutler, H. C. 2001. Inhimillinen lämpö ja myötätunto. Teoksessa: Dalai Lama, Cutler H.C. *Onnellisuuden taito. Elämän opaskirja*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 87-163.
- Dekker, J. & Everaerd, W. 1983. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dyfunctions. *Jour Sex Marital Ther* 2, 99-113.

- Diamond, M. 2002. Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1359-1045 (200207) 7:3. Sage Publications London, Thousand Oaks and New Delhi. Vol. 7(3):320-334; 024031.
- Darroch, J. E., Frost, J.J. & Singh, S. 1977. Can more progress be made? Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Occasional Report No 3. New York, NY: The Alain Guttmacher Institute.
- Day, I. 1993. *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists.* Routledge, London.
- Downe-Wamboldt, B. 1992. Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Woman International* 13, 313-321.
- Dupras, A., Lafond, J. S. & Dionne, H. 2001. The motivation to become a human sexuality professional. *The Canadian of Human Sexuality*, Vol.10, Fall/Winter, 3-4
- Elovainio, M., Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes Tutkimuksia* 89/1997. Gummerrus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Esiet, U. 2005. Sexuality in Africa. Suullinen esitys seksologian maailman kongressissa Montrealissa 13.7.2005.
- Esko, M. 1993. Viisi vuosikymmentä avioliitto- ja perheneuvontaa. *Sielunhoidon Aikakausikirja* 6, 13-25.
- Eskola-Asikainen, P. 2000. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla – hoitajan näkökulma. Pro gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
- Filander, K. 1997. Kehittäjät tulevaisuuden verkostoasiantuntijoina. Teoksessa: J. Kirjonen. P. Remes A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus.* Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 136-147.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. 1975. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, J. D. 1988. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS-intervention. *American Psychologist*, 43, 914-920.
- Fisher, J. D., Bryan, A. & Fisher, W. A. 1998a. An empirical test of the IMB model. Manuscript submitted for publication.
- Fisher, J. D., Bryan, A. & Fisher, W. A. 1998b. Testing an IMB enactment model. Manuscript submitted for publication.
- Fisher, J. D., Bryan, A. & Fisher, W. A. 1998c. Testing the Information-Motivation-Behavioral Skills Model to predict HIV risk behavioral among intravenous drug users. Manuscript submitted for publication.
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. 1992. Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. 1996. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS risk behavior change: Empirical support and application. In S. Oskamp & S. Thompson (Eds.) *Understanding and preventing HIV risk behavior.* Thousand Oaks, CA:Sage, 120-127.

- Fisher, W. A. 1984. Predicting contraceptive behavior among university men: The roles of emotions and behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology* ,14, 104-123.
- Fisher, W. A. 1990. All together now: An integrated approach to preventing adolescent pregnancy and STD/HIV infection. *SIECUS Report*, 18 (4), 1-11.
- Fisher, W. A., Byrne, D., Kelley, K. & While, L. A. 1988. Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Fisher, W. A. & Fisher, J. D. 1993. A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. In J. Pryor & G. Reeder (Eds.) *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ:Erlbaum, 127-154.
- Fisher, W.A. & Fisher, J.D. 1998. Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behavior: Theory and Method. *Annual Review of Sex Research*; 1998, Vol.9, p 39, 2 diagrams.
- Fisher, W. A., Grenier, G., Watters, W. W., Lamont, J., Cohen, M. & Askwith, J. 1988. Students' sexual knowledge, attitudes towards sex, and willingness to treat sexual concerns. *Journal Medical Education*, 63, 376-385.
- Foucault, M. 1990. *The history of sexuality*: Harmondsworth: Penguin,1990.
- Foucault, M. 1998. Seksuaalisuuden historia. Tiedon tahto. Nautintojen käyttö. Huoli itsestä. Gaudeamus. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Giami, A. 2002. Sexual Health: The Emergence, Development, and devirsity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, Volyme XIII, 2002, 1-37.
- Giami, A. 2003. Sexology as a Profession in France. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. 4, August 2003, 371-379.
- Giami, A. & de Colomby, P. 1999. Sexology as a Profession in France. Results from National Survey. Poster presented at XXVth meeting of the International Academy of Sex Research (Stony Brook, NY) – 23-27 June 1999.
- Gianotten, W. 2003. Sexology in the 21st century: areas, professions and tasks. *European Journal of Sexology;Sexologies; (XII)*, 45, 33-37.
- Giddens, R. 1984. Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja riskitiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä. Otava. Keuruu.
- Greenberg, J., Bruess, C., Mullen, K. & Sands, D. 1989. *Sexuality, insights and issues*. Vm C Brown Publishers. Dubuque.
- Haavio-Mannila, E., Kontula, O. & Kuusi, E. 2001. Trends in sexual life. Väestöliitto, The Family Federation of Finland. The Population Rearch Institute. Finland.
- Haeberle, E. & Gindorf, R. 1993. *Sexology Today: A brief introduction*. Berlin, DGSS.
- Haboubi, N.H.J. & Lincoln, N. 2003. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability & Rehabilitation*; 3/18/2003, Vol. 25 issue 6, pp. 291.
- Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2000. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo: WSOY.

- Hakkarainen, K., Palonen, S. & Lehtinen, E. 2002. Networked Expertise. Working Papers of the Development of Networked Expertise Group.
- Halme, I. 2002. Seksuaaliterveyden edistäminen tiedoksi, taidoksi ja voimavaraksi. Kuvaus projektista ja sen perusteista. JAMK, Seksologian erikoistumisopinnot 1998-2001.
- Hawton, K. 1998. Sex Therapy. A Practical Guide. Oxford medical publications.
- Health Canada 1994. Canadian guidelines for sexual health education. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare.
- Helén, I. 1997. Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle. Gaudeamus. Tampere.
- Hickey, G. & Kipping, E. 1996. A multi-stage approach to the coding data from openended questions. Nurse Researcher 4, 81-91.
- Hogan, R. 1978. Effectiveness of sex therapy. Teoksessa: LoPiccolo, J., LoPiccolo, L. 1987. Handbook of Sex Therapy. New York: Plenum Press.
- Huhtaniemi, I. 1998. Andrologia ensi vuosituonnilla. Duodecim 114, 9-11.
- Hyde, J.S. 2001. The Next Decade Sexual Science: Synergy From Advances in Related Sciences. The Journal of Sex Research, May 2001, vol. 38, no. 2, 97-101.
- Ilmonen, K. 1994. Anthony Giddensin rakenteistumisteoria ja sen kritiikki. Teoksessa: Heiskala, R. (toim) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Gaudeamus. Tampere, 316-283.
- Ilmonen, T. 2002. Seksuaalivoukunta- ja seksuaaliterapiakoulutuksen kartoitus. Stakes. Sexpo säätiö.
- International Planned Parenthood Federation 1995. Sexual and Reproductive Health. Vision 2000. Family Planning puts promises into practice. London.
- Irwin, R. 1997. Sexual health promotion and nursing. Journal Advanced Nursing vol.25, 170-177.
- Jauho, I. & Helen, J. 2003. Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus. Helsinki.
- Johnson, J. 1965. Prognosis of disorders of sexual potency in the male. Jour Psychosom Res 9, 195-200.
- Johnson, M.E., Brems, C. & Alford-Keating, P. 1997. Personality correlates of homophobia. Journal Homosex 1997;34(1), 57-69.
- Järvinen, A. 1990. Reflektiivisen ajattelun kehittäminen opettajakoulutuksen aikana. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 35.
- Kannas, L. 1993. (toim.) Ihanan tukala seksuaalisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1993:4. Helsinki: Painatuskeskus, 9-40.
- Kannas, L. 2005. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa: Peltonen, H., Kannas, L. (toim.) Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Helsinki: Huhtapaino Oy, Opetushallitus.
- Kaplan, H. 1995. The sexual desire disorders. Brunner Matzel, Bristol.

- Karvinen, S. 1996. Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 34. Kuopio 1996.
- Kirjonen, J. 1997. Asiantuntijaksi työelämään. Teoksessa J. Kirjonen. P. Remes A. Eteläpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 30-47.
- Kirjonen, J., Heiskanen, T., Filander, K. & Hämäläinen, A. 1996. Tilaa ajattelulle. Asiantuntijatyön kehykset julkisella sektorilla. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Kopi-Jyvä Oy. Jyväskylä.
- Kleinplatz, P. J. 2001. *New Directions in Sex Therapy. Innovations and alternatives.* Brunner-Routledge. 325 Chestnut Street Philadelphia, USA.
- Konttinen, E. 1993. Professionäkökulman lupaus. Teoksessa E. Konttinen (toim.) Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio. Jyväskylän yliopiston sosiologian julkaisuja 55. Jyväskylä, 7-13.
- Konttinen, E. 1997. Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa: J. Kirjonen. P. Remes A. Eteläpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 48-61.
- Konttinen, E. 1998. Profioiden aikakausi? Teoksessa J. Mykkänen & I. Koskinen (toim.) Asiantuntemuksen politiikka – professiot ja julkisvalta Suomessa. Yliopistopaino. Helsinki, 29-47.
- Kontula, O. 1987. Nuorten sukupuolimoraali. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 6. Valtion painatuskeskus.
- Kontula, O. 1991. Sukupuolielämän aloittamisen yhteiskunnallisista ehdoista. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 14. VAPK-kustannus. Helsinki.
- Kontula, O. 1997. Yläasteen sukupolikasvatus lukuvuonna 1995-1996. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Edita. Helsinki.
- Kontula, O. 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa: Kontula, O., Lottes, I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 56-63.
- Kontula, O. 2004. Trends in teenage sexual behavior and birth in Europe. *Yearbook of Population Research in Finland* 40, pp. 157-175.
- Kontula, O., Haavio-Mannila, E. (toim.) 1993. Suomalainen seksi, tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksista. WSOY Juva, 272-310.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. 1995. Matkalla intohimoon: Nuoruuden hurma ja kärsimys seksuaalielämäkertojen kuvaamana. WSOY. Porvoo.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. 1997. Intohimon hetkiä. Seksuaalisen läheisyyden kaipuu ja täyttymys omaelämäkertojen kuvaamana. Wsoy. Juva.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. 2000. Seksin trendit – meillä ja muualla. WSOY. Porvoo.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. 2001. Seksin trendit: Meillä ja naapureissa. Helsinki. WSOY.

- Kontula, O. & Kosonen, K. 1994. Seksiä lehtien sivuilla. Painatuskeskus. Helsinki.
- Kontula, O. & Meriläinen, J. 1988. Nuorten kypsyminen seurusteluun ja seksuaalisuuteen. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 9. Valtion painatuskeskus.
- Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveystalvelut. Teoksessa: Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M., Sirola, K. (toim.) Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY. Helsinki, 78-130.
- Koskimäki, J. 2000. Erektiohäiriöiden yleisyys ja yhdyntöjen lukumäärä. *Duodecim* (116) 7, 737-741.
- Kosunen, E.1996. Adolescent Reproductive Health in Finland: Oral Contraception, Pregnancies and abortions from the 1980s the 1990s. University of Tampere 1996.
- Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti 43/2003 VSK 58, 4373-4377.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99, 3-13.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveiden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 15. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laitila, A. 2004. Dimensions of Expertice in Family Therapeutic Process. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 247. Jyväskylä 2004.
- Lajunen, K., Andell, M., Jalava, L., Kemppainen, K., Pakkanen, M., & Ylenius-Lehtonen, M. 2005. Turvataitoja lapselle. Turvataitokasvatuksen oppimateriaali. Stakes. Erikoispaino Oy. Helsinki.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1989. Terveystkasvatus terveystkeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveiden edistäminen. Sarja Tutkimukset 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Latter, S. 1998. Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. *Health Education Research* 13, i-v.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva, 7- 43.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R. & Michaels, S. 1994. *The Social Organization of Sexual Practices in United States*. University of Chicago Press, Chicago.
- Lauman, E.O., Paik, A. & Rosen, R.C. 1999. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 1999;281:537-544.
- Lehto, J. 1991. Professionaalisuuden ansa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 3:28: 181-185.
- Leppo, K. 1977. Contraception in Finland in a public health perspective. Väestöntutkimuslaitos. D 5. Helsinki.

- Levesque, R. J. R. 2002. The Roles and Rules of Law in Sexual Development. *The Journal of Sex Research*. Volume 39, Number 1, February 2002, 46-50.
- Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Liinamo, A. 2004. Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus. Teoksessa: E. Kosunen, M. Ritamo, (toim.) 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. *Stakes. Raportteja 282*. Gummerrus Kirjapano Oy, 125-136.
- Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2005.
- Lindvall, L. 1992. Hoitotyöntekijöiden käsityksiä vanhusten inhimillisten tarpeiden tyydyttämisestä sairaalassa. *Hoitotiede* 4:1, 24-33.
- LoPiccolo, J., Heiman, J., Hogan, D. & Roberts, C. W. 1985. Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sextherapy. *Jour Consult Clin Psychol* 3, 287-294.
- Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa: Kontula, O., Lottes, I. (toim.) 2000. *Seksuaaliterveys Suomessa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13-35.
- Lottes, I. 2000. Seksuaaliterveyden yhteiskunnallinen malli. Teoksessa: Kontula, O., Lottes, I. (toim.) 2000. *Seksuaaliterveys Suomessa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 36-55.
- Macay, J. 2000. *The Penguin Atlas of Human Sexual Behavior. Sexuality and Sexual Practice around the World*. The Hanway Press, London.
- MacLaren, A. 1995. *A History of Contraception from Antiquity to the Present Day*. Blackwell, Oxford & Cambridge.
- Marazziti, D., Akiskal, H., Rossi, A. & Cassano, G.B. 1999. Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychological Medicine* 1999, 29, 741-745.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. 1995. *Designing qualitative research*. Sage Publications, London.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. 1967. *Raportti ihmisen seksuaalisista reaktioista*. W & G. Helsinki.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. & Kolodny, R. C. 1982. *Human Sexuality*. Boston: Little, Brown.
- McCabe MP. 1997. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and woman. *Journal Sex Marital Therapy*. 1997 23(4), 276-290.
- McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, B., McNair, S., Desai, K., Patteron, M.L., Del Maestro, N. & Pittman, B.J. 1997. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 12 (2), 111-123.

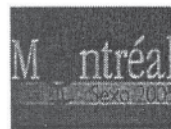
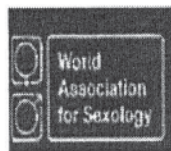
- Meana, M., Binik, Y. & Khalife, S. 1997. Biopsychosocial profile of woman with dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 90, 583-9.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D. & Fisher, W. A. 1996. The perceived AIDS-preventive utility of knowing one's partner well: A public health dictum and individual's risky behaviour. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 83-90.
- Misovich, S. J., Martinez, T., Fisher, J. D., Bryan, A. & Catapano, N. 1998. Predicting breast self-examination: A test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model of behavior change. Manuscript submitted for publication.
- Morris, D. 1972. *Hellyyden anatomia*. Otava. Keuruu.
- NACS (Nordic Association for Clinical Sexology) Educational group 2000. Consensus on Nordic Sexology Education and Authorisation. NACS Annual General Meeting in Helsinki.
- NACS (Nordic Association for Clinical Sexology) Ethics group 2001. Code of Ethics for members of organizations of NACS working as Sexologist. Hyväksytty Visby NACS kongressi 2001.
- Ng EML, Borra's-Valls, Perez-Conchillo & Coleman 1999. *Sexuality in the New Millennium*. Editrice Compositori. Via Stalingrado 97/2-40128 Bologna.
- Nieminen, A. 1951. *Taistelu sukupuolimoraalista. Avioliitto- ja seksuaalikäytöksiä suomalaisen hengenelämän ja yhteiskunnan murroksessa sääty-yhteiskunnan ajoilta 1910-luvulle*. Turku 1951. Uuden Auran Osakeyhtiö.
- Nurmi, T. 1993. Aikuisväestön seksuaaliväestön sairaanhoidossa. Teoksessa Kontula, O. ja Haavio-Mannila, E. (toim.) *Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta*. WSOY. Juva, 410-449.
- Nurmi, T. 2000. *Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja*. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2000:13. Oy Edita Ab Helsinki.
- Nusbaum, M. & Hamilton, C. D. 2002. The Proactive Sexual History. *American Family Physician*, 0002838X, 11/1/2002, vol. 66, issue 9.
- Nykänen, T. 1995. *Perhesuunnittelun opetus terveydenhuolto- ja sosiaalialan koulutuksessa*. Stakes. Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos.
- Oatley, K. 1991. Distributed cognition. In M. W. Eysenck (Eds.) *The blackwelldictionary of cognitive psychology*. Great Britain: Butler & Tanner Ltd, 102-107.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2004. *Auttajasta reflektioivaksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkeakoulun opiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin*. Tampere University Press. Tampere 2004.
- Ornish, D. 1997. *Love & Survival, The Scientific Basis for The Healing Power Of Intimacy*. Harper Collins Publishers, Inc., 10 East 53rd Street, New York, NY 10022.
- Pan American Health Organization, World Health Organization, World Association for Sexology. 2000. *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*.
- Papp, K. 1997. Knowledge of sexual issues, moral values, moral beliefs, and sexual experiences among adolescents in Estonia and Finland. *Stakes. Research Reports* 82. Gummerrus. Jyväskylä.

- Parent, G. 2005. The Sexoanalysis. Suullinen esitys World Association for Sexology, konferenssi 11.7.2005 Montrealissa.
- Patton, M. Q. 1990. Qualitative evaluation and research methods. Sage Publications, Newbury Park.
- Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. 1994. Työryhmän raportti. Stakes. Aiheita 3. Helsinki.
- Perttilä, K. 1999. Terveystieteen edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes tutkimuksia 103. Gummerrus Kirjapaino Oy Jyväskylä.
- Poikajärvi, K. & Mäkelä, M. 1998. Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa onko neuvola-järjestelmää uudistettava? Stakes Aiheita 32/98. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Polit, D. F. & Hungler, B.P. 1997. Nursing research. Principles and methods. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Poskiparta, M. 1997. Terveystieteen neuvonta, oppimaan oppimista. Studies in sport, physical education and health 46. Jyväskylän yliopisto 1997.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12, 3848.
- Puolimatka, 1999. Kasvatus ja filosofia. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1995. Seurustelua ja pelkkää asiaa. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja. Jyväskylän yliopisto.
- Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. People-centred health promotion. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Rantalaiho, K. Osaamisen luonteesta. Teoksessa J. Kirjonen. P. Remes A. Eteläpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 246-252.
- RamaRao, S., Lacuesta, M., Costello, M., Pangolibay, B. & Jones, H. 2003. The Link Between of Care and Contraceptive Use. International Family Planning Perspectives, 2003, 29(2), 76-83.
- Read, S., King, M. & Watsin, J. 1997. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. Journal of Public Health Medicine. Vol. 19, No. 4, pp. 387-391. Oxford University Press 1997.
- Rimpelä, M. 2005. Terveystieteen politiikan uusi kieli – joutuvatko kansanterveystieteen käsitteet historiaan. Yhteiskuntapolitiikka; (70) 1, 54-62.
- Rimpelä, M. & Ritamo, M. 1995. Perhesuunnittelua vuoteen 2000. Kehittämishankkeen tavoitteet ja sisältö. Suomen Lääkärilehti 8 /95, 907-912.
- Rindskopf, K. D. 1981. Subtle signals: A content analysis of sex education books for young children. Paper presented at the meeting of the Society for the Scientific Study of Sex, New York.
- Robson, C. 1993. Real World Research. A resource for social scientists and practitioner-researchers- Blackwell, Oxford.
- Runkel, G. 2004. The Development of Sexuality and Love. Arbeitsbericht Nr. A266c, ISSN 0176-7275. Universität Lueneburg. 3rd edition Lueneburg, June 2004.

- Ruohotie, P. 2000. Kehittävä vuorovaikutus ammatillisen kasvun perustana. Teoksessa: Opettajan professiosta, artikkelisarja. Okka vuosikirja 2000, 1. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 64-71.
- Ruohotie, P. 2002. Research for Vocational Education and Training. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Rush, K. L. 1997. Health Promotion ideology and nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1292-1298.
- Saari, S. & Raitasalo, A. 1974. Opiskelijoiden seksuaalikäyttäytymistä koskeva tutkimus. 1 raportti. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. Helsinki.
- Saari, S. & Raitasalo, A. 1975. Opiskelijoiden seksuaalikäyttäytymistä koskeva tutkimus. Raportteja 2. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. Helsinki.
- Salmimies, P. 1980. Toiminnallisten häiriöiden synty. Teoksessa: Salmimies, P. & Achte, K. Seksuaaliongelmät. Psykiatrian tutkimussäätiö. Jyväskylä, 105-116.
- Sandelowski, M. 1993. Focus on qualitative methods. Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing and Health* 18, 371-375.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja /2005. Terveiden edistämisen keskus ry.
- Schater, C.L., Stalker, C.A. & Teram, E. 2003. Considerations for Health Professional Working Unknownly with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Healthy Weight Journal*, nov/dec 2003, vol. 17 no., 99-94.
- Seksologian perusteet 2003. Opetussuunnitelma: ajanjaksolla 10.2. – 9.12.2003. JAMK.
- Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003. Opetussuunnitelma: ajanjaksolla 2003 – 2005, JAMK.
- Sievers, K., Koskelainen, O. & Leppo, K. 1974. Suomalainen sukupuolielämä. WSOY. Porvoo.
- Smith, E. R., Becker, M. A., Byrne, D., & Przybyla, D.P.J. 1993. Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1011-1034.
- Stakes 1994. Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. Stakes Aiheita 3/1994, Stakesin monistamo, Helsinki.
- Stoklosa, J. & Bullard, D. 1980. Talking about Sex: Suggestion for Professional. *Front Radiat Ther Onc* 14:79-82.
- Stålström, O. 1997. Homoseksuaalisuuden sairausleiman loppu. Gaudeamus. Tampere.
- Suomen Seksologinen Seura, <http://www.seksologinenseura.net>
- Terveiden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma 2003. JST 3S1, 2003-2005. Opetussuunnitelma. JAMK.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989. Erotiikka ja terveys. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tilastot ja selvitykset 4/1989. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Tesch, R. 1990. *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. Falmer. London.

- Tirkkonen, J., Hukkila, K. & Kontula, O. 1989. Tyttöjen ja poikien seksuaalikulttuurit. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja Tutkimukset 15. Helsinki.
- Tones, K. & Tilford, S. 2001. Health Promotion effectiveness, efficiency and equity. Third edition. Nelson Thornes Ltd Delta Place. Cheltenham. United Kingdom.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. 1990. Health Education. Effectiveness and efficiency. London: Campman and Hall.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tynjälä, P. 1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma. Juva: WSOY, 160-179.
- Tynjälä, P., Nuutinen, A., Eteläpelto, A., Kirjonen, J. & Remes, P. 1997. The acquisition of professional expertise – a challenge for educational research. Scandinavian Journal of Educational Research 41, 475-494.
- Van Ryn, M. & Lytle, L. A. 1996. A test of Theory of Planned Behavior for two health-related practices. Journal of Applied Social Psychology, 26, 871-883.
- Van Ryn, M. & Heaney, C. A. 1997. Developing effective helping relationships in health education practice. Health Education & Behaviour 24 (6), 683-702.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä:Tammi.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. WSOY Helsinki.
- Vuorikoski, M. 1999. Sosiaalityön professionaalistuminen ja koulutus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Walsh, A. 1996. The Science of Love, understanding love & its effects on mind & body. Prometheus Books. New York.
- Weerakoon, P. (2005) <http://www.usyd.edu.au/sexualhealth/>
- Weerakoon, P. & Wong, M. 2003. Sexuality Education On-line for Health Professionals. Electronic Journal of Human Sexuality, Volume 6, May 6, 2003.
- Welman, C. 1983. Sexual health and the professional nurse. Curationis 6, 37-39.
- Wenger, E. 1998. Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity. Learning in Doing: Social, Cognitive and Computational Perspectives. Cambridge University Press.
- WHO, Pan American Health Organization (PAHO), World Association for Sexology (WAS) 2000. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Antigua Guatemala in May, 19-22.
- WHO, 2002. Education for Health Promotion: Report of an Intercountry Expert Committee Meeting.
- WHO, 2006. Sexual Health. http://www.who.int/topics/sexual_health/en
- WHO, 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in Globalized World. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/>

- Wight, D., Abraham, C. & Scott, S. 1998. Towards a psychosocial theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research* 1998:13, 317-330.
- Williams, S., S., Doyle, T., M., Pittman, L. D., Weiss, L., H., Fisher, J. D. & Fisher, W. A. 1998. Role-played safer sex skills of heterosexual college students influenced by both personal and partner factors. *AIDS and Behavior*, 2,177-187.
- Wilensky, H. 1964. The Professionalization for Everyone? *The American Journal of Sociology*, vol. LXX, n:o 2, September.
- Wright, J., Perreault, R. & Mathiu, M. 1977. The treatment of sexual dysfunction. *Arch Gen Psychiatry* 34, 881-890.
- Yarber, W. L. & McCabe, G. P. 1981. Teacher characteristics and the inclusion of sex education topics in grades 6-8 and 9-11. *Journal of School Health*, 51, 288-291.
- Yarber, W. L. & McCabe, G. P. 1984. Importance of sex education topics: Correlates with teacher characteristics and inclusion of topics of instruction. *Health Education*, 15, 36-41.
- Zucker, K. 2002. From the Edistor's desk: Receiving the torch in the era os sexology renaissance. *Archive of Sexual Behaviour*, 31, 1-6.



WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

Montreal Declaration

“Sexual Health for the Millennium”

17th World Congress of Sexology, Montreal 2005

We, the participants of the 17th World Congress of Sexology, assert our commitment to the Mission of the World Association for Sexual Health (WAS), to promote sexual health throughout the lifespan. We also reaffirm the 1999 WAS Declaration on Sexual Rights; the recommendations from the Pan-American Health Organization/WAS 2000 report “Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action;” and the 2002 World Health Organization’s Working Definitions of Sexual Health and Sexual Rights. Considering the urgent need for collective action to attain sustainable health and development goals and milestones stated in international agreements, including the Millennium Declaration,

we declare that:

The promotion of sexual health is central to the attainment of wellness and well-being and to the achievement of sustainable development and more specifically to the implementation of the Millennium Development Goals. Individuals and communities who experience well-being are better positioned to contribute to the eradication of individual and societal poverty. By nurturing individual and social responsibility and equitable social interactions, promotion of sexual health fosters quality of life and the realization of peace. Therefore, we urge all governments, international agencies, private sector, academic institutions and society at large, and particularly, all member organizations of the World Association for Sexual Health to:

1. Recognize, promote, ensure and protect sexual rights for all

Sexual rights are an integral component of basic human rights and therefore, are inalienable and universal. Sexual health cannot be obtained or maintained without sexual rights for all.

2. Advance toward gender equity

Sexual health requires gender equity and respect. Gender-related inequities and imbalances of power deter constructive and harmonic human interactions and therefore the attainment of sexual health.

3. Eliminate all forms of sexual violence and abuse

Sexual health cannot be attained until people are free of stigma, discrimination, sexual abuse, coercion and violence.

4. Provide universal access to comprehensive sexuality information and education

To achieve sexual health, all individuals, including youth, must have access to comprehensive sexuality education (Note, could leave this comma) and sexual health information and services throughout the life cycle.

5. Ensure that reproductive health programs recognize the centrality of sexual health

Reproduction is one of the critical dimensions of human sexuality and may contribute to strengthening relationships and personal fulfillment when desired and planned. Sexual health is a more encompassing concept than reproductive health. Current reproductive health programs must be broadened to address the various dimensions of sexuality and sexual health in a comprehensive manner.

6. Halt and reverse the spread of HIV/AIDS and other sexually transmitted infections (STIs)

Universal access to prevention, voluntary counseling and testing, comprehensive care and treatment of HIV/AIDS and other STIs are equally essential to sexual health. Programs that assure universal access must be scaled up immediately.

7. Identify, address and treat sexual concerns, dysfunctions and disorders

Since sexual fulfillment has the capacity of enhancing quality of life, it is critical to recognize, prevent and treat sexual concerns, dysfunctions and disorders

8. Achieve recognition of sexual pleasure as a component of well-being

Sexual health is more than the absence of disease. Sexual pleasure and satisfaction are integral components of well-being and require universal recognition and promotion.

It is essential that international, regional, national and local plans of action for sustainable development prioritize sexual health interventions, allocate sufficient resources, address systemic, structural and community barriers and monitor progress.

Montreal, Canada, XVII World Congress of Sexology, July 15th, 2005

Seksuaalioikeudet (Sexual rights)

Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton (IPPF) vuoden 1995 yleiskokouksessa hyväksyttiin *seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirja*. Peruskirjan tavoitteena on edistää ja suojella seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä oikeuksia ja vapauksia kaikissa poliittisissa, taloudellisissa ja kulttuurisissa yhteiskuntajärjestelmissä.

Peruskirjan 12 oikeutta ovat (Väestöliitto1996):

- 1) Oikeus elämään, joka on perusihmisoikeus. Tähän sisältyy se, ettei yhdenkään naisen hengen tulisi vaarantua raskauden vuoksi;
- 2) Oikeus vapauteen ja turvallisuuteen. Kaikilla ihmisillä on oikeus nauttia ja hallita omaa seksuaalielämäänsä eikä ketään tule pakottaa raskauteen, sterilisaatioon tai aborttiin. IPPF yhdistää tämän kohdan naisten sukupuolielinten silpomiseen, joka loukkaa vakavasti ihmisen oikeutta vapauteen ja turvallisuuteen;
- 3) Oikeus tasa-arvoon ja kaiken syrjinnän kieltäminen. Sisältää myös seksuaalielämän.
- 4) Oikeus yksityisyyteen. Kaikkien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen tulee olla luottamuksellisia ja kaikilla naisilla tulee olla oikeus itsenäiseen ehkäisyvalintaan;
- 5) Oikeus ajattelun vapauteen. Vapaus uskonnollisten tekstien, uskomusten, aatteiden ja tapojen rajoittavista tulkinnoista, joilla pyritään riistämään ajattelun vapautta seksuaali- ja lisääntymisterveydenhoidossa ja muissa asioissa;
- 6) Oikeus tietoon ja koulutukseen, mikä liittyy seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja turvaa ihmisten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin;
- 7) Oikeus päättää itse naimisiinmenosta, perheen perustamisesta ja perhesuunnittelusta;
- 8) Oikeus päättää itse lasten hankinnasta ja ajankohdasta;
- 9) Oikeus terveydenhoitoon ja terveydensuojeluun sisältäen terveydenhuollon asiakkaiden oikeuden tietoon, palvelujen saatavuuteen, vaihtoehtoihin, turvallisuuteen, yksityisyyteen, luottamuksellisuuteen, arvokkuuteen, mukavuuteen, jatkuvuuteen ja mielipiteen ilmaisuun;
- 10) Oikeudet tieteellisen kehityksen tuomiin etuihin. Kaikilla seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden asiakkailla on oikeus saada käyttöönsä uusimmat turvalliset ja hyväksytyt lisääntymisterveysteknologian kehittämät menetelmät;
- 11) Kokoontumisoikeus ja oikeus poliittiseen osallistumiseen. Kaikilla ihmisillä on oikeus pyrkiä vaikuttamaan hallituksiinsa, että ne asettaisivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja niihin liittyvät oikeudet etusija-asemaan;
- 12) Oikeus olla tulematta kidutetuksi tai pahoinpidellyksi mukaan lukien myös lasten oikeudet tulla suojelluiksi seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja pahoinpitelyltä sekä kaikkien ihmisten suojelun raiskaukselta, seksuaaliselta väkivallalta, seksuaaliselta pahoinpitelyltä ja seksuaaliselta häirinnältä.

(ks. Nurmi 2000)



Declaration of Sexual Rights

Sexuality is an integral part of the personality of every human being. Its full development depends upon the satisfaction of basic human needs such as the desire for contact, intimacy, emotional expression, pleasure, tenderness and love.

Sexuality is constructed through the interaction between the individual and social structures. Full development of sexuality is essential for individual, interpersonal, and societal well being.

Sexual rights are universal human rights based on the inherent freedom, dignity, and equality of all human beings. Since health is a fundamental human right, so must sexual health be a basic human right. In order to assure that human beings and societies develop healthy sexuality, the following sexual rights must be recognized, promoted, respected, and defended by all societies through all means. Sexual health is the result of an environment that recognizes, respects and exercises these sexual rights.

1. *The right to sexual freedom.* Sexual freedom encompasses the possibility for individuals to express their full sexual potential. However, this excludes all forms of sexual coercion, exploitation and abuse at any time and situations in life.
2. *The right to sexual autonomy, sexual integrity, and safety of the sexual body.* This right involves the ability to make autonomous decisions about one's sexual life within a context of one's own personal and social ethics. It also encompasses control and enjoyment of our own bodies free from torture, mutilation and violence of any sort.
3. *The right to sexual privacy.* This involves the right for individual decisions and behaviors about intimacy as long as they do not intrude on the sexual rights of others.
4. *The right to sexual equity.* This refers to freedom from all forms of discrimination regardless of sex, gender, sexual orientation, age, race, social class, religion, or physical and emotional disability.
5. *The right to sexual pleasure.* Sexual pleasure, including autoeroticism, is a source of physical, psychological, intellectual and spiritual well being.
6. *The right to emotional sexual expression.* Sexual expression is more than erotic pleasure or sexual acts. Individuals have a right to express their sexuality through communication, touch, emotional expression and love.
7. *The right to sexually associate freely.* This means the possibility to marry or not, to divorce, and to establish other types of responsible sexual associations.
8. *The right to make free and responsible reproductive choices.* This encompasses the right to decide whether or not to have children, the number and spacing of children, and the right to full access to the means of fertility regulation.
9. *The right to sexual information based upon scientific inquiry.* This right implies that sexual information should be generated through the process of unencumbered and yet scientifically ethical inquiry, and disseminated in appropriate ways at all societal levels.
10. *The right to comprehensive sexuality education.* This is a lifelong process from birth throughout the lifecycle and should involve all social institutions.
11. *The right to sexual health care.* Sexual health care should be available for prevention and treatment of all sexual concerns, problems and disorders.

Sexual Rights are Fundamental and Universal Human Rights

SEKSOLOGIA EUROOPASSA

INSERM U292 – 82 rue du Général Leclerc –94276 LE KREMLIN BICÊTRE CEDEX
©Alain Giami; suomeksi Sirpa Valkama, Osmo Kontula

SOSIAALINEN TAUSTA

1. Minä vuonna olette syntyneet?

19__

2. Sukupuolenne

Mies Nainen

3. Elättekö tällä hetkellä kumppanin kanssa?

Kyllä Ei

4. Onko teillä lapsia?

Kyllä Ei

5. Mikä on (tai oli) isänne ammatti?

•

6. Mikä on (tai oli) äitinne ammatti?

•

PERUSKOULUTUKSENNE

7. Mikä on perustutkintonne huomioimatta seksologian tai seksuaalisuuden opintoja

(Vastatkaa vain yhteen kohtaan. Olkaa hyvä ja ilmoittakaa valmistumisvuosi ja aihealue tai erikoistumisalueenne)

		Vuosi	Aihealue/erikoisala
Kandidaattitutkinto/yliopisto (120 ov alempi tutkinto)	1	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Maisteritutkinto/yliopisto (160 – 180 ov ylempi tutkinto)	2	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Muu korkeakoulututkinto (esim. ammattikorkeakoulu)	3	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Lisensiaatti	4	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Tohtori (muu kuin lääketiede)	5	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Lääketieteen tohtori	6	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Opistotason tutkinto	7	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Ammatillinen toisen asteen tutkinto	8	<input type="checkbox"/> 19__	_____
Muu, mikä?	9	<input type="checkbox"/> 19__	_____

8. Oletteko tällä hetkellä...?

- Työelämässä 1
- Eläkkeellä 2
- Muu vaihtoehto, mikä? 3

•

9. Onko Teillä oman alanne erikoistumiskoulutus tai muu suppeampi erityispätevyys?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin tarpeen.)

		Erikoistumis- vuosi	Aihealue
Ei erikoistumisalaa	1	<input type="checkbox"/>	
Synnytys- ja naistentaudit	2	<input type="checkbox"/>	_____
Iho- ja sukupuolitaudit	3	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Kirurgia	4	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Psykiatria	5	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Endokrinologia	6	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Urologia	7	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Muu erikoislääketieteen ala	8	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Lääkäri, muu erityispätevyys	9	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Psykologi, erikoisala	10	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Hoitotyö, erikoistumisala	11	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Sosiaaliala, erikoistumisala	12	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Teologi, erityispätevyys	13	<input type="checkbox"/>	19__ _____
Muu, mikä?	14	<input type="checkbox"/>	19__ _____

•

10. Onko teillä jokin muu kuin kohdassa 7 tai 9 mainittu pätevyys (ei seksologiaan liittyvä)?

- Ei 1
- Kyllä 2
- Titteli

•

KOULUTTAUTUMINEN SEKSOLOGIAN TAI SEKSUAALISUUDEN ALUEELLA

11. Oletteko koskaan osallistunut koulutukseen tai kurssiin, jonka nimessä on viitattu seksologiaan tai seksuaalisuuteen?

- Kyllä 1 Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 12
- Ei 2 Jos ette, siirtykää kysymykseen 22

12. Minä vuonna aloititte opintonne seksologian tai seksuaalisuuden aihealueella?

(koskee sekä monimuotoista -ja päätoimista opiskelua)

Vuonna ___

13. Kuinka kauan nämä ensimmäiset opinnot kestivät?

_____ Vuotta (vähintään 300 – 400 tuntia)

Jos vähemmän, kuinka kauan _____

14. Missä opiskelitte?

(Merkitkää eri vaihtoehdot)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Suomalaisessa yliopistossa / korkeakoulussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ulkomaalaisessa yliopistossa / korkeakoulussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Suomalaisessa oppilaitoksessa / instituutissa / kouluttavassa organisaatiossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Ulkomaalaisessa instituutissa / kouluttavassa organisaatiossa | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Muualla, missä? | 5 | <input type="checkbox"/> |

•

15. Suoritettuanne ed. mainitut opinnot, myönnettiinkö Teille....?

(Vastatkaa vain yhteen kysymykseen, ilmoittakaa myös vuosi, jolloin suoritte opinnot.)

- | | | Vuosi |
|---|---|-------------------------------|
| Osallistumistodistus seksologian koulutukseen | 1 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Diplomi seksologiassa | 2 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Maisterin tutkinto | 3 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Ei tutkintoa | 4 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Muu pätevyys (esim. seksuaalineuvoja, seksuaaliterapeutti) mikä | 5 | <input type="checkbox"/> 19__ |

•

16. Näiden ensimmäisten opintojen jälkeen oletteko suorittanut muita opintoja seksuaalisuuden tai seksologian aihealueella?

- | | | | |
|-------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Kyllä | 1 | <input type="checkbox"/> | Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 17 |
| En | 2 | <input type="checkbox"/> | Jos ette, siirtykää kysymykseen 22 |

17. Minä vuonna aloititte viimeisimmät opintonne seksologian / seksuaalisuuden aihealueella?

Vuonna _____

18. Kuinka kauan viimeisimmät opintonne kestivät?

_____ Vuotta (vähintään 300 – 400 tuntia)

Jos vähemmän, kuinka kauan _____

19. Missä nämä viimeisimmät opinnot toteutuivat?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Suomalaisessa yliopistossa / korkeakoulussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ulkomailla yliopistossa / korkeakoulussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Suomalaisessa instituutissa / kouluttavassa organisaatiossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Ulkomailla instituutissa / kouluttavassa | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Muualla, missä? | 5 | <input type="checkbox"/> |

•

20. Viimeisten opintojen päätyttyä myönnettiinkö teille....?

(Vastatkaa ainoastaan yhteen kohtaan.)

- | | | Vuosi |
|---|---|-------------------------------|
| Osallistumistodistus seksologian koulutukseen | 1 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Diplomi | 2 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Maisterin tutkinto | 3 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Ei tutkintoa | 4 | <input type="checkbox"/> 19__ |
| Muu pätevyys (esim. seksuaalineuvoja, seksuaaliterapeutti) mikä | 5 | <input type="checkbox"/> 19__ |

•

21. Kuinka paljon kaiken kaikkiaan olette suorittanut opintoja seksologian / seksuaalisuuden aihealueella?

22. Mistä seksologian tai seksuaalisuuden aihealueesta haluaisitte lisätietoa?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin on tarpeen.)

En mistään	1	<input type="checkbox"/>
Anatomia ja fysiologia	2	<input type="checkbox"/>
Seksuaalikasvatus	3	<input type="checkbox"/>
Endokrinologia	4	<input type="checkbox"/>
Epidemiologia	5	<input type="checkbox"/>
Tutkimusmenetelmät	6	<input type="checkbox"/>
Neurologia	7	<input type="checkbox"/>
Farmakologia	8	<input type="checkbox"/>
Psykologia ja psykoterapia	9	<input type="checkbox"/>
Seksuaaliterapia	10	<input type="checkbox"/>
Sosiologia, antropologia, sosiaalitieteet	11	<input type="checkbox"/>
Yksilön kehitys	12	<input type="checkbox"/>
Muusta, mistä aiheesta	13	<input type="checkbox"/>

•

23. Oletteko hankkinut koulutusta seksologiaan liittyvien opintojen lisäksi seuraavissa aihealueissa?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin on tarpeen.)

Aihealue			Koulutuksen- kesto vuosissa kuukausissa, viikoissa, päi- vissä
Ei muita koulutuksia	1	<input type="checkbox"/>	_____
Kognitiiviset psykoterapiat	2	<input type="checkbox"/>	_____
Kehoterapia, bio-energiatekniikat	3	<input type="checkbox"/>	_____
Neurolingvistinen ohjelma (NLP)	4	<input type="checkbox"/>	_____
Psykoanalyttisesti suuntautuneet terapiat	5	<input type="checkbox"/>	_____
Psykoanalyysi	6	<input type="checkbox"/>	_____
Rentoutustekniikat	7	<input type="checkbox"/>	_____
Hieronta	8	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnoosi	9	<input type="checkbox"/>	_____
Gestalt-terapia	10	<input type="checkbox"/>	_____
Psykodraama	11	<input type="checkbox"/>	_____
Lyhytterapiat esim. ratkaisukeskeisyys	12	<input type="checkbox"/>	_____
Akupunktio	13	<input type="checkbox"/>	_____
Homeopatia	14	<input type="checkbox"/>	_____
Muut täydentävät hoitomuodot	15	<input type="checkbox"/>	_____
Hallinto ja oikeus	16	<input type="checkbox"/>	_____
Tietojenkäsittely	17	<input type="checkbox"/>	_____
Humanistiset tai sosiaalitieteet	18	<input type="checkbox"/>	_____
Luonnontieteet	19	<input type="checkbox"/>	_____
Muita opintoja mitä?	20	<input type="checkbox"/>	_____

•

24. Oletteko hankkineet koulutusta seksologiaan liittyvien opintojen lisäksi seuraavista hoito- tai terapia-muodoista

Psykoanalyttinen yksilöpsykoterapia	1	<input type="checkbox"/>
Psykoanalyttinen perhe- ja ryhmäterapia	2	<input type="checkbox"/>
Kognitiivinen yksilöpsykoterapia	3	<input type="checkbox"/>
Kognitiivinen perheterapia	4	<input type="checkbox"/>
Muu, mikä?	5	<input type="checkbox"/>

•

25. Oletteko läpi käynyt henkilökohtaisesti...

(Vastatkaa ainoastaan yhteen kohtaan.)

psykoanalyysin	1	<input type="checkbox"/>
psykoterapian	2	<input type="checkbox"/>
molemmat	3	<input type="checkbox"/>
ette kumpaakaan	4	<input type="checkbox"/>

26. Oletteko ammatillisen toimintanne aikana...

(Vastatkaa vain yhteen kysymykseen.)

saanut henkilökohtaista työnohjausta	1	<input type="checkbox"/>
osallistunut ryhmätyönohjaukseen	2	<input type="checkbox"/>
molempiin	3	<input type="checkbox"/>
ei kumpaakaan	4	<input type="checkbox"/>

27. Tällä hetkellä, pidättekö itseänne ensisijaisesti...

(Vastatkaa vain yhteen kysymykseen.)

seksologina	1	<input type="checkbox"/>
seksuaaliterapeuttina	2	<input type="checkbox"/>
molempina	3	<input type="checkbox"/>
ette kumpanakaan	4	<input type="checkbox"/>
muuna, minä	5	<input type="checkbox"/>

•

AMMATILLINEN TYÖSKENTELY

28. Mikä on ollut ensimmäinen pääammatinne?

(Vastatkaa vain yhteen kysymykseen.)

Sosiaalialantyöntekijä	1	<input type="checkbox"/>
Perheneuvoja tai vastaava	2	<input type="checkbox"/>
Erityisopettaja	3	<input type="checkbox"/>
Opettaja	4	<input type="checkbox"/>
Toimintaterapeutti	5	<input type="checkbox"/>
Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	6	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeutti	7	<input type="checkbox"/>
Lääkäri	8	<input type="checkbox"/>
Erikoislääkäri	9	<input type="checkbox"/>
Psykologi	10	<input type="checkbox"/>
Kätilö	11	<input type="checkbox"/>
Seksologi tai seksuaaliterapeutti	12	<input type="checkbox"/>
Muu, mikä?	13	<input type="checkbox"/>

•

29. Minä vuonna aloititte toimintanne ensimmäisessä pääammatissanne?

Vuonna ___

30. Oletteko vaihtanut pääammatianne?

Kyllä	1	<input type="checkbox"/>	Jos kyllä, siirrykää kysymykseen 31
En	2	<input type="checkbox"/>	Jos ei, siirrykää kysymykseen 33

31. Jos olette vaihtanut aikaisemman pääammatinne, työskentelettekö nyt

Seksologina tai seksuaaliterapeuttina	1	<input type="checkbox"/>
Muussa ammatissa, missä?	2	<input type="checkbox"/>

•

32. Minä vuonna aloititte tämän uuden ammatin harjoittamisen, jos olette vaihtanut pääammatianne?

Vuonna ___

33. Miten toteutate ammatillista toimintaanne tällä hetkellä?

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| Yksityisenä ammatinharjoittajana | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Julkisella sektorilla palkkatyössä | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Molemmat edelliset vaihtoehdot | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Muulla tavalla, miten? | 4 | <input type="checkbox"/> |

34. Työskentelettekö pääasiallisesti

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Terveyskeskuksessa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Sairaalassa / julkishallinnossa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Yliopistoklinikassa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Yksityislääkärinä / terapeuttina | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Työterveyshuollossa | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Muulla, missä? | 6 | <input type="checkbox"/> |

35. Jos teillä on yksityisvastaanotto, onko vastaanottotilanne yksityisasuntonne yhteydessä?

- | | | |
|-------|---|--------------------------|
| Kyllä | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ei | 2 | <input type="checkbox"/> |

36. Jos työskentelette kliinisessä asiakas/potilas työssä, onko palvelunne KELA:n korvauksen piirissä?

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|
| Kaikki työ KELA - korvattavaa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Osa työstä KELA -korvattavaa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Ei KELA -korvattavaa työtä | 3 | <input type="checkbox"/> |

37. Opetatteko tällä hetkellä opetussairaalassa?

- | | | |
|-------|---|--------------------------|
| Kyllä | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ei | 2 | <input type="checkbox"/> |

**38. Miten ammatillinen toimintanne seksologiassa ja-
kautuu (%:na)...**

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

- | | | % |
|--|---|-------|
| kliininen toiminta | 1 | _____ |
| opettaminen, kouluttaminen | 2 | _____ |
| tutkimus | 3 | _____ |
| väestöön kohdistuva toiminta esim.
Seksuaalikasvatus tai valistus | 4 | _____ |
| muulla aihealueella, millä? | 5 | _____ |

➤ Jos ette työskentele kliinisessä seksologiassa, olkaa hyvä ja siirtykää kysymykseen 73

KLIININEN TOIMINTA SEKSOLOGIASSA

39. Minä vuonna aloititte hoitamaan asiakkaita/potilaita, joilla on seksuaaliongelmia?

Vuonna _____

40. Kuinka monta asiakasta/potilasta, jolla on seksuaaliongelmia otatte vastaan keskimäärin viikossa?

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| Vähemmän kuin 5 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 5 - 9 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 20 - 49 | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 50 - 70 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Enemmän kuin 70 | 6 | <input type="checkbox"/> |

41. Jos seksologia ei ole ainoa toimialanne, kuinka monta asiakasta/potilasta otatte vastaan kaikkiaan viikon aikana?

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| Vähemmän kuin 5 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 5 - 9 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 20 - 49 | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 50 - 70 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Enemmän kuin 70 | 6 | <input type="checkbox"/> |

42. Mikä on vastaanottoaikanne keskimäärin seksuaalikeskusteluissa?

- | | | |
|--------------------|---|--------------------------|
| alle 15 min | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 15 min - 29 min | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 30 min - 44 min | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 45 min - 1 h | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Enemmän kuin tunti | 5 | <input type="checkbox"/> |

43. Mikä on keskimääräinen hoitokertojen määrä seksuaalineuvonnan tai -ongelmien hoidossa?

Yksi käynti	1	<input type="checkbox"/>
2 – 4 käyntiä	2	<input type="checkbox"/>
5 – 10	3	<input type="checkbox"/>
11 – 20	4	<input type="checkbox"/>
Enemmän kuin 20 käyntiä	5	<input type="checkbox"/>

44. Mikä on käyntikerran keskimääräinen hinta seksuaalikäytöksissä?

Vähemmän kuin 50 €	1	<input type="checkbox"/>
50 – 67	2	<input type="checkbox"/>
68 – 84	3	<input type="checkbox"/>
85 – 99	4	<input type="checkbox"/>
100 – 118	5	<input type="checkbox"/>
Enemmän kuin 118 €	6	<input type="checkbox"/>
Käynti on maksuton	7	<input type="checkbox"/>

45. Asiakkaat/potilaat, jotka tulevat ensimmäistä kertaa hakemaan apua seksuaaliongelmien liittyvissä kysymyksissä ovat (%:na)....

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

Miehiä, jotka tulevat yksin	___%
Naisia, jotka tulevat yksin	___%
Pareja	___%

46. Mitä seuraavista ikäryhmistä otatte hoitaaksenne seksuaalikäytöksissä?

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Lapset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuoret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aikuiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikäihmiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Mistä tuloryhmistä arvioitte asiakkaidenne/potilaidenne tulevan?

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Pienituloiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskituloiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suurituloiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Mitä seuraavia ryhmiä hoidatte seksuaalikäytöksissä?

(Vastatkaa jokaisen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Heteroseksuaaleja miehiä ja naisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homomiehiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbonaisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transhenkilöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV -positiiv. henkilöitä tai AIDS potilaita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vammaisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroonista sairautta potevia henkilöitä (esim. syöpä, diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biseksuaali naisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biseksuaali miehiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hoidatteko asiakkaita/potilaita, jotka ovat määrätty lainsäädäntöön perustuvaan tahdosta riippumattomaan hoitoon?

Kyllä	1	<input type="checkbox"/>
Ei	2	<input type="checkbox"/>

50. Mitä seuraavia menetelmiä käytätte kun teette seksuaaliongelmien liittyen diagnoosin/arvion potilaanne tilasta?

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Psyykkisen tilan arvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalianamneesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleistilan arviointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonitutkimukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologinen tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Androloginen tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuvantamistutkimukset (Doppler, ultraääni ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paisuvaisen lääkeainetestin (injektio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urodynaamiset tutkimukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siittimen pletysmografia mm. RigiScan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculaarisien tilan arvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykometriset testit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita tutkimuksia, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Tapaatteko miesasiakkaan/-potilaan kumppanin kun teette diagnoosin/arvion hänen tilastaan?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Tapaatteko naisiasiakkaan/-potilaan kumppanin kun teette diagnoosin/arvion hänen tilastaan?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Käytättekö työskennellessänne työparia?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Millaisia lähestymistapoja käytätte seksuaaliongelmien hoidossa?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin on tarpeen.)

Fysikaaliset hoitomenetelmät	1	<input type="checkbox"/>
Psykoanalyttisesti suuntautuneet terapiat	2	<input type="checkbox"/>
Psykoanalyysi	3	<input type="checkbox"/>
Kognitiiviset psykoterapiat	4	<input type="checkbox"/>
Lyhytterapiat esim. ratkaisukeskeisyys	5	<input type="checkbox"/>
Klassinen seksuaaliterapia (Masters&Johnson)	6	<input type="checkbox"/>
Neurolingvistinen ohjelma (NLP)	7	<input type="checkbox"/>
Psykodraama	8	<input type="checkbox"/>
Gestalt-terapia	9	<input type="checkbox"/>
Kehoterapia, bioenergiatekniikat	10	<input type="checkbox"/>
Musiikki- tai kuvataideterapia	11	<input type="checkbox"/>
Rentoutus	12	<input type="checkbox"/>
Hypnoosi	13	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito	14	<input type="checkbox"/>
Kirurgiset toimenpiteet	15	<input type="checkbox"/>
Muuta, mitä?	16	<input type="checkbox"/>

50. Mitä seuraavia menetelmiä käytätte kun teette seksuaaliongelmien liittyen diagnoosin/arvion potilaanne tilasta?

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Psyykkisen tilan arvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalianamneesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleistilan arviointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonitutkimukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologinen tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Androloginen tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuvantamistutkimukset (Doppler, ultraääni ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paisuvaisen lääkeainetestin (injektio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urodynaamiset tutkimukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siittimen pletysmografia mm. RigiScan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculaarisien tilan arvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykometriset testit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita tutkimuksia, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Tapaatteko miesasiakkaan/-potilaan kumppanin kun teette diagnoosin/arvion hänen tilastaan?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Tapaatteko naisasiakkaan/-potilaan kumppanin kun teette diagnoosin/arvion hänen tilastaan?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Käytättekö työskennellessänne työparia?

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Millaisia lähestymistapoja käytätte seksuaaliongelmien hoidossa?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin on tarpeen.)

Fysikaaliset hoitomenetelmät	1	<input type="checkbox"/>
Psykoanalyttisesti suuntautuneet terapiat	2	<input type="checkbox"/>
Psykoanalyysi	3	<input type="checkbox"/>
Kognitiiviset psykoterapiat	4	<input type="checkbox"/>
Lyhytterapiat esim. ratkaisukeskeisyys	5	<input type="checkbox"/>
Klassinen seksuaaliterapia (Masters&Johnson)	6	<input type="checkbox"/>
Neurolingvistinen ohjelma (NLP)	7	<input type="checkbox"/>
Psykodraama	8	<input type="checkbox"/>
Gestalt-terapia	9	<input type="checkbox"/>
Kehoterapia, bioenergiatekniikat	10	<input type="checkbox"/>
Musiikki- tai kuvataideterapia	11	<input type="checkbox"/>
Rentoutus	12	<input type="checkbox"/>
Hypnoosi	13	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito	14	<input type="checkbox"/>
Kirurgiset toimenpiteet	15	<input type="checkbox"/>
Muuta, mitä?	16	<input type="checkbox"/>

61. Mitkä ovat ensimmäistä kertaa vastaanotollenne tulevien miesasiakkaiden / potilaiden seksuaaliongelmien syyt?
(Vastatkaa jokaiseen kysymykseen.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Tiedon puute seksuaalisuudesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgasmihäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalinen haluttomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapsettomuus / hedelmättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhdyntäkivut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herkkä siemensyöksy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siemensyöksyn häiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalinen riippuvuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erektiöhäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukupuolielinten infektiot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunne sukupuolielinten epänormaaliudesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalinen tyytymättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaaliset erityismieltymykset / parafiliat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunne-elämä ja parisuhde ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikääntymiseen liittyvät ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homoseksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transseksuaalisuus / transpersoonallisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epätydyttävä avioliitto / avoliitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumppanin puolesta tulee kysymään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita syitä, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

62. Mitkä ovat enimmäistä kertaa vastaanotollenne tulevien naisasiakkaiden/potilaiden seksuaaliongelmien syyt?
(Vastatkaa jokaiseen kysymykseen.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Tiedon puute seksuaalisuudesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgasmihäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalisen halun puute tai häiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalinen riippuvuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapsettomuus / hedelmättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhdyntäkivut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukupuolielinten infektiot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunne sukupuolielinten epänormaaliudesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalinen tyytymättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaaliset erityismieltymykset / parafiliat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunne-elämä ja parisuhdeongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikääntymiseen liittyvät ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksiongelmat synnytyksen jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homoseksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transseksuaalisuus / transpersoonallisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epätyydyttävä avioliitto / avioliitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumppanin puolesta tulee kysymään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita syitä, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

ASIAKASSUHDE

63. Asiakkaat/potilaat tulevat vastaanotollenne...
(Vastatkaa jokaiseen kohtaan)

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
oma-aloitteisesti, he ovat löytäneet osoitteenne esim. netistä, puhelinluettelosta, lehdistöstä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma-aloitteisesti, he ovat kuulleet vastaanotostanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toinen potilas on suositellut Teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolleganne tai joku muu ammattihenkilö on suositellut Teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toisen ammattihenkilön läheteellä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Jos joku kolleganne tai muu ammattihenkilö on lähettänyt asiakkaan luoksenne, onko kolleganne...
(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Yleislääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kätilö/sair. hoitaja/terv. hoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu henkilö, kuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Vaikuttaako Teidän mielestänne sukupuoli asiakkaan ratkaisuun hänen valitessaan seksologin tai seksuaaliterapeutin palveluja?

Kyllä	1	<input type="checkbox"/>
Ei	2	<input type="checkbox"/>

66. Onko asiakkaanne/potilaanne käyttäytynyt koskaan viettelevästi Teitä kohtaan?
(Vastatkaa yhteen kohtaan.)

Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Oletteko koskaan tuntenut halua luoda seksisuhde asiakkaaseenne/potilaaseenne?
(Vastatkaa yhteen kohtaan.)

En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Oletteko koskaan tuntenut oloanne epämiellyttäväksi kohdatessanne asiakkaan/potilaan, jonka ongelmaan liittyy ...

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan.)

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Väkivalta / seksuaalinen hyväksikäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itsensä paljastaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaaliset poikkeavuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transseksuaalisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transvestismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu tilanne, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Onko seksologisessa työskentelyssänne tapahtunut muutoksia, jotka ovat johtaneet hoitamaan asiakkaianne/potilaitanne lisääntyvässä määrin...

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin tarpeen.)

työskentelyni ei ole muuttunut	1	<input type="checkbox"/>
kirurgisin menetelmin	2	<input type="checkbox"/>
lääkehoidolla	3	<input type="checkbox"/>
fysikaalisin hoitomuodoin	4	<input type="checkbox"/>
psykoterapialla	5	<input type="checkbox"/>
yksilöterapia	6	<input type="checkbox"/>
pariterapialla	7	<input type="checkbox"/>
ryhmäterapialla	8	<input type="checkbox"/>
integroidulla menetelmällä esim. lääkehoidon ja jonkin terapian yhdistelmä	9	<input type="checkbox"/>
Muilla menetelmillä, millä?	10	<input type="checkbox"/>

70. Oletteko havainnut sildenafilin (Viagra) markkinoille tulon jälkeen muutoksia asiakasmäärissä? (Vastatkaa vain yhteen kohtaan.)

- Ei muutoksia 1
- Määrä on lisääntynyt 2
- Määrä on vähentynyt 3

71. Onko sildenafilin (Viagra) markkinoille tuleminen aiheuttanut mielestänne muutoksia asiakkaiden/potilaiden vastaanotolle tulon syissä seksuaalikäyskysymyksissä?

- Kyllä 1 Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 72
- Ei 2 Jos ei, siirtykää kysymykseen 73

72. Jos kyllä, oletatteko, että tämä tilanne ...

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin tarpeen)

- on johtanut lisääntyneeseen erektiohäiriöiden hoitoon 1
- on johtanut lisääntyneeseen seksuaaliongelmien hoitoon ylipäänsä 2
- on tehnyt asiakkaalle helpommaksi puhua seksuaaliongelmista 3
- on rohkaissut ihmisiä etsimään parempaa seksuaalista toimintatapaa 4
- muuta, mitä? 5

MIELIPITEITÄ SEKSOLOGIASTA JA SEKSUAALISUUDESTA

73. Oletteko seuraavista mielipiteistä samaa mieltä, melkein samaa mieltä, melkein eri mieltä tai täysin eri mieltä?

(Vastatkaa jokaiseen kohtaan)

Seksuaaliongelmia hoidettaessa ...

	Täysin samaa mieltä	Melkein samaa mieltä	Ei samaa tai eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
on parempi, että on lääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ei välttämättä tarvitse olla lääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ei ole merkittävää onko lääkäri vai ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
on parempi, jos ei ole lääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Ajatteletteko, että miesten seksuaaliongelmien ovat ...

Ainoastaan elimellisiä	Pääasiallisesti elimellisiä	Sekä elimellisiä että psyykkisiä	Pääasiallisesti psyykkisiä	Ainoastaan psyykkisiä
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Ajatteletko, että naisten seksuaaliongelmien ovat ...

Ainoastaan elimellisiä	Pääasiallisesti elimellisiä	Sekä elimellisiä että psyykkisiä	Pääasiallisesti psyykkisiä	Ainoastaan psyykkisiä
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUU TOIMINTA SEKSOLOGIAN AIHEALUEELLA

76. Sisältyykö työhönne tällä hetkellä opetustyötä tai kouluttamista?

- Kyllä 1 Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 77
 En 2 Jos ei, siirtykää kysymykseen 78

77. Jos kyllä, missä toimintanne tapahtuu?

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin tarpeen.)

- Yliopistossa missä oppiaineessa? 1
 •
 Lääketieteellisissä jatko-opinnoissa (erikoistumisopinnoissa tai täydennyskoulutuksessa) 2
 Ammatillisissa korkeakouluissa (esim. sairaanhoitajat, sosionomit, opettajat jne.) 3
 Muissa oppilaitoksissa / instituuteissa / kouluttavissa organisaatioissa 4
 •

78. Toteutatteko tällä hetkellä seksuaalikasvatusta / valistusta?

- Kyllä 1 Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 79
 En 2 Jos ei, siirtykää kysymykseen 80

79. Jos kyllä, toteutatteko ...

(Vastatkaa niin moneen kohtaan kuin tarpeen.)

- Seksuaalikasvatusta koulussa 1
 Perhesuunnitteluneuvolassa 2
 AIDS ja sukupuolitautien ehkäisy/neuvonta kampanjoissa /projekteissa 3
 Seksuaaliseen väkivaltaan ja hyväksikäyttöön liittyvissä tiedottamiskampanjoissa /projekteissa 4
 Erityislaitoksissa (esim. kehitysvammaiset) 5
 Muualla, missä? 6
 •

80. Oletteko koskaan, muuten kuin opiskeluaikananne, tehnyt tutkimusta seksologian aihealueella?

- Kyllä 1 Jos kyllä, siirtykää kysymykseen 81
 En 2 Jos ei, siirtykää kysymykseen 82

81. Jos kyllä, onko tämä sisältänyt...

(Vastatkaa niin moneen kuin tarpeen.)

- Kliinistä tutkimusta perustuen omaan potilasaineistoonne 1
 Epidemiologista tutkimusta 2
 Biolääketieteellistä tutkimusta 3
 Sosiologista tutkimusta 4
 Psykologista tutkimusta 5
 Muun tyyppistä tutkimusta, mitä 6
 •

82. Oletteko koskaan osallistunut tieteellisiin seksologia tai seksuaalisuutta käsitteleviin konferensseihin tai seminaareihin?

- Kyllä 1
 Ei 2

83. Oletteko koskaan seksologian tai seksuaalisuuden aihealueella...

- | | Kyllä | En |
|---|----------------------------|--------------------------|
| Esittänyt posterin tai suullisen alustuksen konferenssissa | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Julkaissut yhden tai useamman tieteellisen artikkelin | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Julkaissut yhden tai useamman kirjan seksologian aihealueelta | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

84. Oletteko koskaan esiintynyt tiedotusvälineissä (lehdissä, radio, televisio jne.) johtuen toiminnastanne seksologian/seksuaalisuuden aihealueella?

- Kyllä 1
 Ei 2

85. Luetteko säännöllisesti yhtä tai useampaa tieteellistä lehteä (journal) seksologian/seksuaalisuuden aihealueelta?

- Kyllä 1
 Ei 2

86. Kuulutteko jäsenenä seksologien tai seksuaaliterapeuttien ammatilliseen seuraan tai yhdistykseen?

- Kyllä 1
 Ei 2

87. Mistä seuraavista lähteistä hankitte tietoa seksologian tai seksuaalisuuden aihealueella?

Tieteelliset konferenssit ja seminaarit	1	<input type="checkbox"/>
Lääketeollisuuden toteuttamat tilaisuudet	2	<input type="checkbox"/>
Kollegatapaamiset	3	<input type="checkbox"/>
Ammatillinen jatkokoulutus	4	<input type="checkbox"/>
Erikoislehdet tai tieteelliset julkaisut	5	<input type="checkbox"/>
Aikakauslehdet	6	<input type="checkbox"/>
Lisäkoulutukset (alle 400 tuntia)	7	<input type="checkbox"/>
Internet	8	<input type="checkbox"/>
Täydennyskoulutus seksologiassa (yli 400 tuntia)	9	<input type="checkbox"/>
Muut tietolähteet, mitkä	10	<input type="checkbox"/>

•

88. Mikä osuus ammatillisesta työpanoksestanne liittyy seksologian/seksuaalisuuden aihealueelle?

alle 10%	1	<input type="checkbox"/>
10 – 24 %	2	<input type="checkbox"/>
25 – 49 %	3	<input type="checkbox"/>
50 – 74%	4	<input type="checkbox"/>
75 – 99%	5	<input type="checkbox"/>
Kaikki ammatillinen toiminta tapahtuu seksologian/seksuaalisuuden piirissä	6	<input type="checkbox"/>

SOSIODEMOGRAFISET TIEDOT

89. Kuinka suuren merkityksen annatte uskonnolle?

En mitään tai olen ateisti	1	<input type="checkbox"/>
Vähän merkitystä	2	<input type="checkbox"/>
Kohtuullinen merkitys	3	<input type="checkbox"/>
Suuri merkitys	4	<input type="checkbox"/>
Ei mielipidettä	5	<input type="checkbox"/>

90. Mikä on väkiluku paikkakunnalla, jossa työskentelette?

Maaseutu, jossa on alle 5000 asukasta	1	<input type="checkbox"/>
5000 – 9 999 asukasta	2	<input type="checkbox"/>
10 000 – 19 999 asukasta	3	<input type="checkbox"/>
20 000 – 29 999 asukasta	4	<input type="checkbox"/>
30 000 – 39 999 asukasta	5	<input type="checkbox"/>
40 000 – 49 999 asukasta	6	<input type="checkbox"/>
50 000 – 99 999 asukasta	7	<input type="checkbox"/>
100 000 – 199 999 asukasta	8	<input type="checkbox"/>
200 000 - miljoona asukasta	9	<input type="checkbox"/>
Yli miljoona	10	<input type="checkbox"/>

91. Mitkä ovat kotitaloutenne vuosittaiset nettotulot ?

Vähemmän kuin 13 499 €	1	<input type="checkbox"/>
13 500 – 16 900	2	<input type="checkbox"/>
17 000 – 25 200	3	<input type="checkbox"/>
25 300 – 33 600	4	<input type="checkbox"/>
33 700 – 42 000	5	<input type="checkbox"/>
Enemmän kuin 42 100 €	6	<input type="checkbox"/>

92. Voitteko kertoa meille lopuksi pidittekö tätä kyselylomaketta mielenkiintoisena?

Kyllä, hyvin kiinnostava	1	<input type="checkbox"/>
Kyllä, aika kiinnostava	2	<input type="checkbox"/>
Ei oikeastaan	3	<input type="checkbox"/>
Ei ollenkaan	4	<input type="checkbox"/>

ONKO TEILLÄ KOMMENTTEJA TAI EHDOTUKSIA LIITTYEN TÄHÄN KYSELYYN TAI KYSELYLOMAKKEESEEN? (ESIM. ULKOASUUN, KYSYMYKSIIN. KIRJOITAKAA KOMMENTITNE ALAPUOLELLE.)

Väestöliiton Väestöntutkimuslaitos
Iso - Roobertinkatu 21
00100 Helsinki

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala/ seksologia
Keskussairaalantie 21 E
40620 Jyväskylä

Päiväys

Hyvä vastaanottaja

Monet ovatkin tietoisia siitä, että teemme seksologian / seksuaaliterapian erityisalueella ensimmäistä kliiniseen työhön liittyvää tutkimusta. Toivomme, että luettuane tämän kirjeemme vastaatte mielellänne kyselyymme ja autatte meitä selvittämään keitä työskentelee tällä erityisalueella ja millainen koulutustausta heillä on. Näin autatte meitä kartoittamaan Suomessa asiantuntijoita, jotka työskentelevät seksologian /seksuaaliterapian alueilla.

Tämä tutkimus on osa Eurooppalaista tutkimusta, jonka pilottitutkimus on toteutettu Ranskassa. Ehkä olettekin tietoisia, että Ranskassa kaksi kolmasosaa tällä erityisalueella työskentelevistä asiantuntijoista on lääkäreitä. Uskomme, että maassamme koulutustausta on paljon laaja-alaisempi. INSERM (French National of Health and Medical Research) organisoii Ranskassa pilottitutkimuksen ja sen johtajana toimi tri Alain Giami. Hän toimii myös tämän tutkimuksen johtajana. Tähän toisen vaiheen tutkimukseen osallistuvat Pohjoismaat sekä Italia.

Olemme pyrkineet kattavasti löytämään henkilöt, jotka työskentelevät tällä erityisalueella. Jos kolleganne ei kuitenkaan ole saanut tätä kirjettä, toivoisimme Teidän ilmoittavan siitä meille. Me todella toivomme saavuttavamme kaikki ammattihenkilöt mm. terapeutit, hoitajat, psykoterapeutit, lääkärit ja muut, jotka työskentelevät seksologian parissa.

Kansainvälisen vertailtavuuden vuoksi olemme kääntäneet mahdollisimman tarkasti alkuperäisen ranskalaisen kyselylomakkeen sopeuttaen vain muutamia kysymyksiä suomalaiseen kulttuuriin. Toivomme Teidän vastaavan kaikkiin kysymyksiin juuri kansainvälisen vertailtavuuden vuoksi, mutta jos jokin kysymyksistä tuntuu liian epämiellyttävältä, voitte jättää vastaamatta. Antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia.

Teidän tulisi tässä kirjekuoressa saada:

- tämä saatekirje
- lyhyt vastauskirje sekä kirjekuori vastauskirjeen palauttamiseksi
- kyselylomake sekä kirjekuori kyselylomakkeen palauttamiseksi

Pyydämme Teitä palauttamaan mahdollisimman pian lyhyen vastauskirjeen, jotta tiedämme Teidän saaneen kyselylomakkeemme. Siinä on koodinnumero, jota voimme verrata postituslistaan, jotta emme ota Teihin enää yhteyttä ellette itse toivo. Jos emme saa lyhyttä vastauskirjettä, lähetämme Teille uuden kirjeen kolmen viikon kuluttua.

Pyydämme Teitä täyttämään huolellisesti kyselylomakkeen, mikä vie aikaanne noin puolituntia. Emme voi mitenkään tunnistaa Teitä kyselylomakkeesta. Kaikki vastaukset tallentaa tilastotieteen laitoksella henkilö, joka ei tunne seksologian / seksuaaliterapian erityisaluetta eikä sillä työskenteleviä henkilöitä. Tämän jälkeen aineistoa käsitellään tilastomuodoissa, joten ketään ei voi tunnistaa yksilöllisesti tulevista tutkimusraporteista.

Toivomme todella Teidän tekevän yhteistyötä kanssamme tässä tärkeässä tutkimuksessa ja toivomme tuloksen palvelevan meitä kaikkia, jotka työskentelemme tällä erityisalueella. Teillä on mahdollista saada tietoa tutkimustuloksista ja muista seksologiaan liittyvistä kysymyksistä lähettämällä meille sähköpostiosoitteenne, joka jää vain meidän tietoomme.

Yhteistyöterveisin

Osmo Kontula
p. 09 228 05123
sähköposti:osmo.kontula@vaestoliitto.fi

Sirpa Valkama
p. 014 444 6919
sähköposti:sirpa.valkama@jypoly.fi

Jos haluatte keskustella tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä voitte ottaa yhteyttä meihin.

Koodinumero.....

Olkaa hyvä ja täyttäkää ja palauttakaa tämä lyhyt vastauskirje, jotta tiedämme, että olette saaneet kirjeemme ja ettemme ota Teihin enää yhteyttä

1) Olen palauttanut tai tulen palauttamaan täytetyn kyselylomakkeeni erillisessä kirjekuoressa säilyttääkseni luottamuksellisuuden.

2) Työskentelen tällä erityisalueella mutta en täytä kyselyä.

Olisimme hyvin kiitollisia, jos kertoisitte, miksi ette halunneet vastata mihinkään tutkimuksen osa-alueen kysymyksiin.

.....
.....
.....

3) En työskentele tällä erityisalueella, joten en täytä kyselylomaketta.

Huolimatta vastauksestanne yllä oleviin vaihtoehtoihin voitte saada tietoa seksologiaan liittyvistä tapahtumista, jos lähetätte sähköpostiosoitteenne, joka jää vain meidän tietoomme.

Sähköpostiosoite.....