

**PALVELUTALON HOITOHENKILÖKUNNAN ASEENTEET IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN
SEKSUAALISUUTTA KOHTAAN**

Katri Lampinen
Pro Gradu -tutkielma
Gerontologia ja kansanterveys
Jyväskylän yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Palvelutalon hoitohenkilökunnan asenteet ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan

Katri Lampinen

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2012

47 sivua, 2 liitettä

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Seksuaalisuus muuttuu ikääntyessä, mutta kyky ilmaista ja nauttia siitä saattavat säilyä. Hoitohenkilökunnan asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan vaikuttaa siihen, miten ikääntyvät ilmaisevat, toteuttavat ja kokevat seksuaalisuutensa. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää miten palvelutalon hoitohenkilökunta asennoituu ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Lisäksi tavoitteena on selvittää, onko hoitohenkilökunnan iällä, siviilisäädyllä, koulutuksella, työtehtävällä tai työkokemuksella yhteyttä heidän asenteisiinsa.

Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Tutkimukseen osallistui 12 Jyväskyläläistä palvelutaltoa. Kyselyyn vastasi 144 henkilöä, joista 133:n vastaukset analysoitiin. Tutkimusaineisto kerättiin The Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS) – mittarilla. ASKAS-mittari koostuu 26 väittämästä, joihin vastataan 5-portaisella Likert-asteikolla. ASKAS-mittarin kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 26–130. Mitä matalammat pisteet, sitä positiivisempi on asennoituminen. Hoitohenkilökunnan sosiodemografiset tiedot selvitettiin kyselylomakkeella. ASKAS-kokonaispistemäärän yhteyttä sosiodemografisiin tietoihin tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella, t-testillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

Keskeiset tulokset

Alle 25-vuotiaiden hoitajien keskimääräinen ASKAS-pistemäärä oli 59.5 (SD 12.5), 26–35-vuotiaiden 51.4 (12.3), 36–45-vuotiaiden 46.0 (10.5) ja 46–55-vuotiaiden 50.4 (11.7) ($p=0.011$). Verrattuna esimiesten ASKAS-pisteiden keskiarvoon (39.9, 6.4), erosi hoitoavustajien keskiarvo (52.9, 16.2, $p=0.018$) ja perus/lähihoitajien keskiarvo (53.2, 11.7, $p=0.001$) siitä tilastollisesti merkitsevästi. Sairaana/terveydenhoitajien keskimääräinen pistemäärä (44.4, 12.5) erosi perus/lähihoitajien keskimääräisestä pistemäärästä (53.2, 11.7, $p=0.017$) tilastollisesti merkitsevästi. Perusasteen koulutuksen käyneiden ASKAS-pisteiden keskiarvo oli 56.3 (14.8), keskiasteen käyneiden 51.21 (11.9) ja korkeakoulun käyneiden 46.79 (12.7). Ryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Johtopäätökset

Tutkimustulokset osoittavat, että palvelutalojen hoitohenkilökunta on suhteellisen positiivisesti asennoitunut ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Negatiivisempiin asenteisiin ovat yhteydessä nuori ikä ja hoitoavustajana tai perus/lähihoitajana toimiminen. Lisätutkimusta tarvitaan siitä, miten hoitohenkilökunnan asennoituminen vaikuttaa ikääntyvien seksuaalisuuden kohtaamiseen.

Asiasanat: ikääntyminen, seksuaalisuus, hoitohenkilökunta, asenteet

ABSTRACT

Attitudes toward sexuality of older people among caregivers in assisted living facilities.

Katri Lampinen

Master's Thesis of Gerontology and Public Health

Jyväskylä University, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2012

47 pages, 2 appendices

Background and Purpose

Sexuality changes throughout the life span, but it remains as an important component of quality of life. The caregivers attitudes towards sexuality of the aged affects the way older people express, fulfill and experience their sexuality. The purpose of this Master's thesis is to investigate the attitudes of caregivers at assisted living facilities regarding sexuality of the aged. A further object is to determine whether the caregivers' age, marital status, education, work task or work experience is associated with their attitudes.

Data and Methods

The study involved 12 assisted living facilities in Jyväskylä. A total of 144 replies were received and 133 of those were analyzed. The data was collected with the Aging Sexuality Knowledge and Attitude Scale (ASKAS). ASKAS consists of 26 statements in a 5-point Likert scale. ASKAS total score ranges from 26 to 130 points. Lower scores represent more positive attitude. The caregivers also answered to a sociodemographic data questionnaire. Association with ASKAS-total score and sociodemographic data were analyzed with Spearman's rank correlation coefficient, t-test and One-Way ANOVA.

Results

Among the caregivers under the age of 25, the ASKAS average score was 59.5 (SD 12.5), 26 to 35 year olds 51.4 (12.3), 36 to 45 years olds 46.0 (10.5) and 46-55 years olds 50.4 (11.7) ($p=0.011$). There were statistically significant difference between the average scores of managers (39.9, 6.4) and nursing assistants (52.9, 16.2, $p=0.018$) and between managers (39.9, 6.4) and practical nurses (53.2, 11.7, $p=0.001$). There was statistically significant difference between the average scores of nurses (44.4, 12.5) and practical nurses (53.2, 11.7, $p=0.017$). Caregivers with the basic education had an average score of 56.3 (14.8), with secondary education (51.21, 11.9) and with higher education (46.79 (12.7) but differences between these groups were not statistically significant.

Conclusion

The caregivers in assisted living facilities have relatively positive attitude toward sexuality of older people. Young age and working as a practical nurse or as a nursing assistant are associated with more negative and restrictive attitudes regarding later life sexuality. Future research should include how the caregivers attitude affects the way they encounter older people's sexuality in practice.

Keywords: aging, sexuality, caregivers, attitudes

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	1
2 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SEKSUAALISUUS.....	2
2.1 Ihmisten seksuaalisuus.....	2
2.2 Ihmisten seksuaaliterveys käsitteenä.....	3
2.3 Ihmisten seksuaalisuuden muutokset ikääntyessä.....	4
2.3.1 Ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden fyysinen ulottuvuus.....	4
2.3.2 Ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden psyykkinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus.....	5
2.3.3 Sairaudet ja ikääntyvien ihmisten seksuaalisuus.....	7
2.4 Ikääntyvien ihmisten seksuaalikäyttäytyminen.....	9
3 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN PALVELUASUMINEN.....	11
4 HOITOHENKILÖKUNNAN SUHTAUTUMINEN IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SEKSUAALISUUTEEN.....	12
4.1 Hoitohenkilökunnan asenteet ja käsitykset ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta.....	12
4.2 Hoitohenkilökunnan asenteisiin ja käsityksiin vaikuttavia tekijöitä.....	13
4.3 Hoitohenkilökunnan asenteiden ja käsityksien vaikutus ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden kohtaamiseen.....	16
5 SEKSUAALISUUTEEN LIITTYVIEN ASETEIDEN MITTAAMINEN.....	19
6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	20
7 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT.....	21
7.1 Tutkimusasetelma.....	21
7.2 Tutkittavat.....	21
7.3 Tutkimusmenetelmä.....	22
7.4 Aineiston analyysimenetelmät.....	23
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	26
8.1 Tutkittavien taustatiedot ja ASKAS-kokonaispistemäärä.....	26
8.2 Iän yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään.....	28
8.3 Siviilisäädyn yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään.....	28
8.4 Koulutuksen yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään.....	29
8.5 Työtehtävän yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään.....	30
8.6 Työkokemuksen yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään.....	30
9 POHDINTA.....	32
9.1 Tutkimuksen päätulokset.....	32
9.2 Tutkimuksen tulosten vertailu aiempiin tutkimuksiin.....	32
9.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	35
9.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet.....	38
LÄHTEET.....	41
LIITTEET.....	1
Liite 1: Tutkimuslupa.....	1
.....	2
.....	3
Liite 2: Kyselylomake ja saatekirje.....	1

1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on käsitteenä laajaa ja sen määrittelemisen voi olla vaikeaa (Niemi 1995). Maailman terveysjärjestö (World Health Organization) ei ole vielä kyennyt luomaan täydellistä määritelmää ihmisen seksuaalisuudelle (WHO 2006). On yleisesti hyväksytty, että seksuaalisuus on ominaisuus, joka kuuluu ihmisyyteen ja on osa yksilöä läpi elämän (Niemi 1995). Seksuaaliterveyden maailman järjestön (World Association for Sexual healthhealth) pyrkimyksenä onkin, että ihmisen oikeus seksuaalisuuteen liitettäisiin osaksi ihmisoikeuksia (WAS 1999).

Ihmisen ikääntymiseen liittyy monimuotoisia muutoksia, ja ikääntyminen vaikuttaa myös ihmisen seksuaalisuuteen (Greenberg ym. 2004, Heikkinen 2008). Ikääntymismuutosten ymmärtäminen on tärkeää yksilölle itselleen ja myös ikääntyvien kanssa toimivien henkilöiden tulisi ymmärtää miten muutokset vaikuttavat yksilön seksuaalielämään (Walker ym. 1998). Seksuaalisuus tulisi nähdä normaalina osana ikääntyvien ihmisten elämää, jotta suhtautuminen ikääntyvien seksuaalisuuteen olisi helpompaa ja mahdollisesti myös positiivisempaa (Kivelä & Salmi 1995).

Ikääntyvät ihmiset kokevat, että seksuaalisuudella on merkittävä rooli heidän elämässään. Ikääntymisen tuomat muutokset vaikuttavat ihmisen seksuaalikäyttäytymiseen ja aktiivisuuteen, mutta kyky ja taito nauttia seksuaalisuudesta säilyvät (Gott & Hinchliff 2003, Ginsberg ym. 2005). Hoitohenkilökunnan tulisi nähdä ja ymmärtää ikääntyvien ihmisten seksuaaliset tarpeet, jotta hoitajat kykenevät tukemaan ja edistämään ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä (Walker ym. 1998). Nykytutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan ammattitaidossa, tiedoissa ja asenteissa näyttäisi olevan parantamisen varaa (Glass & Webb 1995). Siksi onkin merkityksellistä, että tutkimusten avulla kartoitetaan ikääntyvän ihmisen seksuaalisuutta ja hoitohenkilökunnan tietoa, käsityksiä ja asenteita siihen liittyen. Tutkimuksen avulla pystytään puuttumaan epäkohtiin ja etsimään keinoja ikääntyvien seksuaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämän tutkielman tarkoituksena on kartoittaa, miten palvelutalon hoitohenkilökunta on asennoitunut ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan, ja ovatko heidän taustatekijänsä yhteydessä asenteisiin.

2 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SEKSUAALISUUS

2.1 Ihmisten seksuaalisuus

Seksuaalisuutta ja sukupuolisuutta kuvaava käsitteistö on erittäin laaja. Käsitteiden valinnalla annamme asioille merkityksiä ja kuvaamme mielipiteitämme. Käsitteet seksuaalisuudesta ovat muuttuneet ajansaatossa, ja muutosta tapahtuu edelleen. Seksuaalisuutta ei enää käsitellä pelkästään suvunjatkamisena, eikä ainoastaan biologisena ilmiönä (Niemi 1995). Kulttuurit ja yhteiskunnat ovat muokanneet käsitteitä, käsityksiä, asenteita ja tapoja kohdata sekä määrittellä ihmisen seksuaalisuus (Hovatta & Ojanlatva 1995, Ilmonen & Nissinen 2006a).

Seksuaalisuus on kiinnittyneenä ihmisen psyko-fyysis-sosiaaliseen rakenteeseen ja sen ilmenemismuodot vaihtelevat yksilöittäin ja ovat riippuvaisia kunkin yksilön kokemuksista, ympäristöstä ja kulttuurista. Ihmisen seksuaalisuus ei koskaan ole vain peritty ominaisuus, vaan siihen sisältyy paljon koettua ja opittua. Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmisen persoonallisuutta, sitä mitä ihminen kokonaisuudessaan on (Niemi 1995). Greenberg ym. (2004, 4-5) myös näkevät seksuaalisuuden kiinteänä osana ihmisen persoonaa, ja he jakavat seksuaalisuuden kolmeen eri ulottuvuuteen: biologiseen, psykologiseen ja sosiokulttuuriseen. Seksuaalisuus koostuu näiden kolmen ulottuvuuden vuorovaikutuksesta. Seksuaalisuus voidaan määrittellä myös ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa tapahtuvaksi mielihyvän saamiseksi ja tuottamiseksi, johon ei sisälly toisen vahingoittamista (Hovatta & Ojanlatva 1995).

Maailman terveysjärjestö (WHO 2006) on luonut suuntaa antavan määrittelyn, jonka mukaan seksuaalisuus pitää sisällään sukupuolen, sukupuoliset ominaisuudet ja roolit, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisuuden, mielihyvän, läheisyyden ja lisääntymisen. Seksuaalisuutta voidaan ilmaista ja kokea ajatuksina, fantasioina, haluina, uskoina, asenteina, arvoina, käyttäytymisenä ja tekoina, tapoina sekä suhteina. Vaikka seksuaalisuuteen sisältyy kaikki edelle mainitut ominaisuudet ja ulottuvuudet, ei niitä kaikkia aina koeta ja toteuteta. Ihmisen seksuaalisuuteen vaikuttaa sen yhteys biologisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin, poliittisiin, kulttuurisiin, eettisiin, laillisiin, historiallisiin ja uskonnollisiin sekä henkisiin tekijöihin (WAS

2008).

Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen ominaisuus, joka antaa ihmiselle valmiuden ja kyvyn kokea eroottista ja seksuaalista mielihyvää. Se antaa myös taidon ja halun vastata seksuaalisiin, psyykkisiin ja fyysisiin virikkeisiin sekä aistimuksiin. Seksuaalisuutta voidaan kokea, ja sitä voidaan ilmaista kaikessa mitä ihminen on, tekee, tuntee ja ajattelee (Ilmonen & Nissinen 2006b). Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmistä, eikä se vähene tai katoa ikääntyessä. Seksuaalisuus liitetään usein nuoruuteen ja kauneuteen, mutta tulee ymmärtää, että seksuaalisuus on osa myös ikääntyvän ihmisen elämää. Seksuaaliterveyden maailman järjestön seksuaalioikeuksien julistuksessa (WAS 1999) seksuaalisuus kuvataan osaksi ihmisoikeuksia. Julistukseen sisältyy myös seksuaalinen oikeudenmukaisuus ja vapaus, joka pyrkii varmistamaan myös ikääntyvien oikeuden olla seksuaalisia olentoja.

2.2 Ihmisten seksuaaliterveys käsitteenä

Käsitteeseen seksuaalisuus liittyy vahvasti myös seksuaaliterveys. Seksuaaliterveys voidaan suuntaa antavasti määritellä seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Seksuaaliterveys kuvaa myös vapautta pelosta, häpeästä, syyllisyydestä, uskomuksista ja psyykkisistä tekijöistä, jotka rajoittavat seksuaalivastetta ja seksuaalista kanssakäymistä (WHO 2006). Seksuaaliterveys tulisi pyrkiä huomioimaan ihmisiä koskettavassa päätöksenteossa ja tavoitteena on nähdä seksuaalisuus osana kaikkien ihmisten hyvinvointia (Rautasalo 2008, 22).

Maailmanterveysjärjestö WHO suosittelee, että valtiot laatisivat maakohtaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmat. Suomessa seksuaaliterveys nähdään osana kansanterveyttä, ja toimintaohjelma on osa kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011 tukee ja sitouttaa kunnat, terveyskeskukset, sairaanhoitopiirit, sosiaalitoimen, toisen ja kolmannen asteen koulutuksen, lääninhallituksen, sosiaali- ja terveysministeriön ja alan järjestöt sekä muut yhteistyökumppanit seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen (STM 2007).

Hoitohenkilökunta voi edistää ikääntyvien ihmisten seksuaaliterveyttä arkityössään ja näin myös mahdollistaa ikääntyvien ihmisten seksuaalioikeuksien toteutumisen (Rautasalo 2008, 23). Seksuaaliterveyttä on, että ympäristö ja yhteisöt tunnustavat ihmisten seksuaalioikeudet, kunnioittavat niitä ja myös toteuttavat niitä (WAS 2008). Ikääntyvän ihmisen seksuaalinen hyvinvointi on riippuvainen mahdollisuudesta tyydyttää inhimillisiä perustarpeitaan. Hoitohenkilökunnan asenteet, käsitykset, kokemukset, koulutus ja käytännöt voivat olla tukemassa tai rajoittamassa ikääntyvän ihmisen mahdollisuutta tyydyttää nämä perustarpeet (Walker & Harrington 2002, Peate 2004, Rautiainen 2006). Hoitohenkilökunnalla on siis merkittävä rooli ikääntyvien ihmisten seksuaaliterveyden edistämisessä.

2.3 Ihmisten seksuaalisuuden muutokset ikääntyessä

Seksuaalisuus on yhdistelmä biologisesta, psyykkisestä ja sosiokulttuurisesta ulottuvuudesta. Ulottuvuudet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään, ja vaikuttavat seksuaalisuuden kokonaisuuteen (Greenberg ym. 2004, 4-5). Ikääntymisellä tarkoitetaan ihmisen elinikäistä prosessia, jonka aikana tapahtuu biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia (Heikkinen 2008). Ikääntymisellä on vaikutuksensa myös seksuaalisuuteen ja sen eri ulottuvuuksiin. Ikääntyessä ei kuitenkaan menetetä kykyä kokea rakkautta eikä taitoa nauttia seksuaalisuudesta ja seksistä. Kyky ilmaista itseään seksuaalisesti säilyy. Ikääntymismuutoksilla on kuitenkin omat vaikutuksena ihmisen kehoon, mieleen ja tunteisiin. Seksuaalisuus on aina yksilöllinen kokonaisuus, ja niin myös ihmisessä ikääntyessä tapahtuvat muutokset ovat yksilöllisiä (Peate 2004, Ryttyläinen & Valkama 2010, 118).

2.3.1 Ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden fyysinen ulottuvuus

Biologisesta näkökulmasta elimistön rappeutuminen alkaa jo noin 30 vuoden iässä. Aluksi muutoksia tapahtuu hitaasti ja ne alkavat näkyä seksuaalitoiminnoissa hiljalleen, riippuen yksilön perimästä ja fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista (Rautiainen 2006). Ikääntymisen yhteydessä tapahtuvat fyysiset muutokset eivät yksinään tee

seksuaalisesta kanssakäymisestä mahdotonta. Ikääntymisen fysiologiset ja hormonaaliset muutokset voivat vähentää seksuaalista halua ja toimintaa, mutta vähenemiseen vaikuttavat usein myös psykologiset, sairauksiin ja lääkkeisiin liittyvät tekijät (Meston 1997).

Naisilla vaihdevuosi-iässä, keskimäärin noin 50-vuotiaana, estrogeenihormonin nopea lasku vaikuttaa seksuaalireaktiota sääteleviin välittäjäaineisiin. Estrogeenituotannon väheneminen aiheuttaa myös fyysisiä muutoksia, kuten rintojen, häpyhuulien ja kohdun pientymistä sekä synnytyselinten limakalvojen ohenemista. Lisäksi limakalvojen kimmoisuus ja kostuminen vähenevät ikääntymisen yhteydessä. Limakalvojen muutokset ja lantiopohjanlihasten heikentyminen ikääntyessä voivat aiheuttaa tai lisätä virtsankarkailua (Meston 1997, Morley 2006, Ryttyläinen & Valkama 2010, 118–120). Näistä muutoksista voi seurata yhdyntävaikeuksia ja seksuaalireaktioiden hidastumista, mutta niistä ei kuitenkaan aiheudu sukupuolista kyvyttömyyttä, ja taito saavuttaa orgasmi sekä nauttia seksuaalisuudesta säilyvät (Greenberg ym. 2004, 489).

Myös miehillä sukupuolihormonitoiminta muuttuu 50. ikävuoden jälkeen. Hormonitoiminnan muutokset yhdessä muiden tekijöiden kanssa vaikuttavat erityisesti miehen seksuaalireaktiosarjaan (Morley 2006). Erektion saavuttamiseksi tarvitaan enemmän stimulaatiota, ja kiihottumisvaihe pitenee. Erektion ylläpitäminen ja ejakulaation saavuttaminen voivat myös vaikeutua. Vaikka ejakulaationesteen määrä voi merkittävästi vähentyä, miesten hedelmällisyys voi säilyä myöhäiseenkin ikään saakka. Myös palautumisvaihe saattaa pidentyä ja uuden erektion syntymiseen tarvitaan enemmän aikaa. Kyky nauttia seksuaalisuudesta kuitenkin säilyy myös miehillä fyysisistä muutoksista huolimatta (Meston 1997, Greenberg ym. 2004, 490, Ryttyläinen & Valkama 2010, 118–120).

2.3.2 Ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden psyykinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus

Merkittävä vaikutus seksuaalisuuteen ja psyykkiseen hyvinvointiin on yksilön muodostamalla minäkuvalla (Greenberg ym. 2004). Ikääntyminen muuttaa ihmisen ulkonäköä, mikä voi vaikuttaa negatiivisesti yksilön minäkuvaan ja itsearvostukseen. Lähtökohtaisesti tulisi

hyväksyä itsensä ja ikänsä, mutta yhteiskunta luo paineita kauneus- ja nuoruusihanteillaan. Lisäksi seksuaalisuuden suorituskeskeisyys saattaa aiheuttaa ahdistusta, sillä ikääntyessä muutokset ja sairaudet vaikuttavat seksuaaliseen suorituskyvykkyyteen. Seksuaalisuuden ymmärtäminen yhdyntäkeskeisyyttä laajempänä kokonaisuutena voisi helpottaa ikääntyvien psyykkistä painetta (Kiviluoto 2000).

Seksuaalisuuden sosiaalikulttuurinen ulottuvuus pitää sisällään kaikki ne sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, jotka vaikuttavat ajatuksiimme ja käyttäytymiseemme. Ulottuvuus voidaan jakaa eri vaikuttaviin tekijöihin: sosioekonomisiin, uskonnollisiin, multikulttuurisiin, eettisiin, poliittisiin ja median vaikutuksiin. Jokaisella näistä on vaikutuksensa siihen, miten ikääntyvien seksuaalisuuteen suhtaudutaan, ja miten oma seksuaalisuus nähdään ja koetaan ikääntyessä (Greenberg ym. 2004, 11–14).

Yhteiskunnassa harvoin julkisesti käsitellään ikääntyvien seksuaalisuutta tai keskustellaan ikääntyvien rakkaudesta. TV:ssä, lehdistössä ja kirjallisuudessa kuvaillaan mieluummin nuorten suhteita. Tämä tukee mahdollista käsitystä siitä, että ikääntyvä ihminen ei ole lainkaan seksuaalinen. Media kuvaakin usein ikääntyvien seksuaalisuutta epäsovinnaisena tai poikkeavana (Waltz 2002). Ikääntyvä ihminen saattaa omaksua itselleen roolin, jossa ikääntyvä nähdään epäviehättävänä ja ilman seksuaalisuutta. Näin ikääntyvä ihminen voi tehdä itselleen mahdottomaksi hyväksyä itsensä seksuaalisena olentona. Lisäksi tietämättömyys ikääntymisen tuomista muutoksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen, saattaa aiheuttaa yksilössä ahdistusta ja masentuneisuutta, kun entistä seksuaalista aktiivisuutta ei kyetäkään ylläpitämään tai saavuttamaan (Deacon ym. 1995).

Seksuaalisen aktiivisuuden ylläpitämistä saattaa hankaloittaa myös kumppanin puute. Vaikka seksuaalisuuden toteuttamiseen ei vaaditakaan toista osapuolta, usein ikääntyvät ihmiset kokevat, että intiimin suhteen puute vaikuttaa merkittävästi heidän seksuaaliseen hyvinvointiinsa (Ginsberg ym. 2005, Gott 2005, 77–92). Leskeytyminen ja kumppanin puute on yleisempää naisilla, ja usein uuden kumppanin löytämistä hankaloittaa myös menetyksestä johtuva suru, syyllisyys ja viha. Lisäksi omien lasten asenne voi vaikuttaa ikääntyvän ihmisen tekemiin valintoihin (Kivelä & Salmi 1995). Kumppanin puutteen lisäksi myös sosioekonomisen aseman muutoksilla, ja asuinoloilla on vaikutusta seksuaalisuuteen.

Tiedetään, että muun muassa sosiaalisen verkoston muutokset, taloudelliset ongelmat ja työelämästä pois jääminen voivat aiheuttaa ikääntyvillä psyykkistä stressiä, joka voi vaikuttaa seksuaaliseen hyvinvointiin. Asuinolosuhteiden muutokset, kuten muuttaminen erilaisiin laitoksiin ja palvelutaloihin, usein rajoittaa ikääntyvän ihmisen yksityisyyttä ja näin myös luo haastetta seksuaalisuuden toteuttamiselle (Meston 1997, Gott 2005, 77–92, Rheume & Mitty 2008).

Seksuaalisuuteen liittyy paljon opittua ja koettua, ja ikääntyneenä seksuaalisuus saattaa positiivisten kokemusten kautta myös vapautua ja muuttua estottomammaksi. Emotionaalinen kypsyyks ja vahva itsetuntemus saattavat tehdä seksuaalisuudesta entistä nautittavampaa (Ryttyläinen & Valkama 2010, 121). Itsensä hyväksyvä ja sopeutuva yksilö kykenee ymmärtämään sen, että muutokset ovat osa normaalia ikääntymistä, eivätkä ne välttämättä aiheuta hänelle seksuaalisuuden ongelmia (Kivelä & Salmi 1995).

2.3.3 Sairaudet ja ikääntyvien ihmisten seksuaalisuus

Monilla sairauksilla voi olla epäsuotuisa vaikutus hermostollisiin, endokriinisiin tai verenkierrollisiin tekijöihin, jotka välittyvät myös seksuaalitoimintoihin. Sairauksista voi myös aiheutua erilaisia kiputiloja, heikkoutta ja muutoksia minäkuvassa tai itsetunnossa, jotka voivat hankaloittaa seksuaalitoimintoja. Lisäksi monien lääkitysten sivuvaikutusten tiedetään aiheuttavan seksuaalisuuden häiriöitä (Meston 1997, Morley 2006). Joillakin sairauksilla ja ongelmilla on vaikutuksensa niin yksilön omaan seksuaalisuuteen, kuin myös hänen mahdollisen kumppaninsa sukupuolielämään, sillä ne voivat heijastua monin eri tavoin ihmisen parisuhteeseen (Rautasalo 2008, 32–33).

Ikääntyvillä ihmisillä nivelsairaudet voivat aiheuttaa toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä oireita. Nivelsairaudet voivat aiheuttaa kipua, väsymystä ja jäykkyyttä, jotka saattavat vaikuttaa seksuaalielämään (Hill ym. 2003, Morley 2006). Erityisesti uupumus ja kivut vaikuttavat seksuaaliseen vuorovaikutukseen. Oireiden merkitys seksuaalielämää hankaloittavana tekijänä on kuitenkin hyvin yksilöllistä ja jotkut kokevatkin, ettei nivelsairaus vaikuta merkittävästi heidän seksuaaliseen halukkuuteensa tai seksuaalielämäänsä (Hill ym.

2003, DeLamater & Sill 2005).

Verenkiertoelimistön normaalit ikääntymismuutokset ja sydän- ja verisuonisairaudet voivat aiheuttaa seksuaalisuuden ongelmia (Kivelä & Salmi 1995). Sydän- ja verisuonisairaudet voidaan yhdistää erektio-ongelmiin kuin myös seksuaalisen mielenkiinnon vähenemiseen (Vanhanen 2003, Morley 2006). Usein seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat korostuvat akuutin sydäntapahtuman jälkeen (Vanhanen 2003). Neuvonta ja ohjaus auttavat ikääntyviä ymmärtämään sairauttaan ja lievittämään seksuaalisuuteen ja sydänsairauteen liittyviä pelkoja (Dalteg ym. 2011).

Diabeetikot kärsivät muita aiemmin ja useammin erektiohäiriöistä. Taustalla voi olla monta syytä kuten taudin kesto, ikä ja diabeteksen hoitotasapaino (Niskanen ym. 2000). Diabeetikkonaisten seksuaalisuutta on tutkittu vähän, mutta on viittauksia siihen, että diabeteksella voi olla yhteyttä seksuaaliseen haluttomuuteen, kiihottumis- ja orgasmihäiriöihin sekä yhdyntäkipuihin (Enzlin ym. 2009).

Ikääntymisen myötä vanhenevat solut altistavat syövän riskille (Laiho & Saksela 2007, Blagosklonny & Campisi 2008). Useat syöpää sairastaneet ja siihen hoitoja saaneet kokevat sairauden vaikuttaneen heidän seksuaalisuuteensa (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003). Yleisin syövän aiheuttama seksuaalisuuden muutos on haluttomuus. Oman seksuaalisuuden kokemiseen voivat vaikuttaa rankat hoidot, jotka saattavat muuttaa ihmisen minäkuvaa. Lisäksi syövän sijainti ja siihen kohdistetut hoidot voivat aiheuttaa toiminnallisia ongelmia kuten tuntopuutoksia tai erektiohäiriöitä (Rosenberg 2007). Miesten yleisin syöpä on eturauhassyöpä, jonka toteamisen keski-ikä on Suomessa 71 vuotta (Saarelma 2011). Eturauhassyövän hoitomuodot usein aiheuttavat tilapäisen tai pysyvän impotenssin (Rosenberg 2008). Rintasyöpä on puolestaan naisten yleisin syöpä, jonka riski kasvaa ikääntyessä. Rintasyöpää sairastavien keski-ikä on Suomessa 60 vuotta (Vehmanen 2009). Rintasyöpään saattaa liittyä naiseuteen ja seksuaaliseen identiteettiin liittyviä kysymyksiä, erityisesti tilanteissa, joissa joudutaan poistamaan koko rinta tai rinnat (Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011). Syöpä vaikuttaa ihmiseen fyysisellä ja psyykkisellä tasolla, mutta syövän ja sen hoitojen vaikutukset seksuaalisuuteen ovat aina hyvin yksilöllisiä (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003).

Dementiaan liittyvät käytösoireet ja mielenterveydenongelmat ovat ikääntyneillä varsin yleisiä (Koponen 2002). Dementoivilla sairauksilla, joista kärsii joka kahdestoista 65 vuotta täyttäneestä, voi olla vaikutusta seksuaaliseen käyttäytymiseen. Seksuaalisia käytösoireita on noin 20 %:lla dementiaa sairastavista ja niihin saattaa liittyä muun muassa estottomuutta ja epäsovivaa seksuaalista käyttäytymistä (Deacon ym. 1995, Sulkava ym. 1999). Mielenterveyden ongelmista kärsii jopa 30 % yli 65-vuotiaista (Koponen 2002). Mielenterveysongelmilla voi olla vaikutusta seksuaaliseen halukkuuteen ja seksuaalielämän vähenemiseen. Erityisesti masennus on yhdistetty vähentyneeseen seksuaaliseen mielenkiintoon ja kiihottumisen ongelmiin. Mielenterveysongelmien hoito voi lisätä, mutta myös vähentää seksuaalista halukkuutta ja vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti seksuaalitoimintoihin. Dementoivat sairaudet ja mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa sairastuneen seksuaalisuuteen, mutta niillä on usein myös vaikutuksensa parisuhteeseen ja kumppanin hyvinvointiin (Benbow & Jagus 2002, Jagus & Benbow 2002).

2.4 Ikääntyvien ihmisten seksuaalikäyttäytyminen

Seksuaalikäyttäytymisellä voidaan viitata kaikkiin niihin toimintoihin, joilla ihminen pyrkii vastamaan seksuaalisiin tarpeisiinsa (Haeberle 1983). Seksuaalisia tarpeita esiintyy ja niitä voidaan ja halutaan tyydyttää myös myöhemmällä iällä (Meston 1997, Gott & Hinchliff 2003). Tutkimuksia ikääntyvien ihmisten seksuaalikäyttäytymisestä ja sen merkityksistä on tehty suhteellisen vähän, mutta usein niissä on kuitenkin todettu, että seksuaalisuudella on rooli myös ikääntyvien ihmisten elämässä (Gott & Hinchliff 2003, Ginsberg ym. 2005).

Tutkimusten mukaan seksuaalikäyttäytyminen noudattelee samoja kaavoja läpi elämän. Usein ne henkilöt, jotka ovat olleet nuoruudessaan seksuaalisesti aktiivisia, useimmin ovat sitä myös ikääntyessään (White 1982a). Pidetään myös mahdollisena, että tulevat sukupolvet ovat ikääntyneenäkin seksuaalisesti aktiivisempia kuin aiemmat sukupolvet (Burgess 2004). Vanhemmiten miehet näyttäisivät olevan naisia aktiivisempia, mutta ero ei ole merkittävä kaikkein iäkkäimpien joukossa. Seksuaalisen aktiivisuuden väheneminen näyttäisi usein liittyvän kumppanin puutteeseen (Ginsberg ym. 2005, Kontula 2009) tai sairastavuuteen

(Lindau ym. 2007).

Iäkkäämmät henkilöt, joilla on mahdollisuus parisuhteeseen, vaikuttaisivat arvostavan seksuaalielämää enemmän, kuin henkilöt, joilla ei ole kumppania. Gott ja Hinchliff (2003) toteavat, että iäkkäämmät henkilöt, joiden seksuaalielämää vaikeuttavat useat tekijät, kuten kumppanin puute ja sairaudet tai huono terveydentila, useimmiten myös arvioivat, että seksuaalisuus ei ole niin tärkeä osa elämää. Pelkkä ikääntyminen ei kuitenkaan muuta seksuaalisuuden merkitystä elämässä, vaan suurempi rooli on sillä, kuinka monta seksuaalielämää hankaloittavaa tekijää ihmisellä on (Ginsberg ym. 2005, Lindau ym. 2007). Ainoastaan fyysiset muutokset ja sairaudet eivät muovaa ikääntyvän ihmisen seksuaalikäyttäytymistä, vaan siihen heijastuu myös psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden muutokset (DeLamater & Moorman 2007) sekä kulttuuri (Dello Buono ym. 1998).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että seksuaalinen aktiivisuus ja intiimien suhteiden sekä yhdyntöjen määrä vähenevät iän myötä, mutta halu läheisyyteen ja seksuaalisuhteisiin säilyvät (Ginsberg ym. 2005, Mitty & Flores 2008). Kontulan ja Haavio-Mannilan (2009) mukaan iällä voidaan ennustaa seksuaalista aktiivisuutta, mutta ei seksuaalista halukkuutta. Seksuaalisen hyvinvoinnin nähdään myös ikääntyneenä vaikuttavan yksilön elämänlaatuun (Morley 2006) ja onnellisuuteen (Lauman ym. 2006). Vaikka yhdyntöjen määrä usein vähenee, pyritään seksuaalisuutta ilmaisemaan muilla tavoin. Tutkitusti ikääntyvät ihmiset usein nauttivat koskettelusta, suutelusta ja halailusta. Ikääntyvät usein myös toivovat, että olisivat seksuaalisesti aktiivisempia, mutta useat kärsivät jostain seksuaalielämää hankaloittavasta ongelmasta, mutta harvoin ottavat sitä puheeksi tavatessaan hoitohenkilökuntaa tai lääkäriä (Jokela 1992, Ginsberg ym. 2005, Lindau ym. 2007).

3 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN PALVELUASUMINEN

Palveluasumista voidaan järjestää palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä tai yksittäisissä palveluasunnoissa. Palveluasuminen on suunnattu päivittäistä ulkopuolista apua ja tukea tarvitseville ikääntyville. Siihen tulee sisältyä asunnon ja palveluiden järjestäminen. Palveluasumisessa on kyse avohuoltona tuotetusta palvelusta. Palveluasumista voivat tuottaa niin kunnat, järjestöt kuin myös yksityiset yrittäjät. Kunnilla voi olla ostopalvelusopimuksia tai asiakaskohtaisia maksusitoumuksia yksityisen palvelutuottajan kanssa. Palveluasumisessa voidaan hyödyntää myös palvelusetelimallia ja asiakas voi halutessaan myös rahoittaa palveluasumisensa kokonaan itse (STM 2008, Kuluttajavirasto 2011).

Palveluasumisella voidaan tarkoittaa niin sanottua tavallista tai tehostettua palveluasumista. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on asumisyksikössä paikalla vain päiväsaikaan. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu niille ikääntyneille, jotka tarvitsevat runsaasti hoitoa ja palvelua, joten henkilökunta on paikalla asumisyksikössä ympäri vuorokauden. Erityisesti tehostetun palveluasumisen asiakkaiden osuus laitos- ja asumispalveluiden käyttäjistä on viime vuosina kasvanut. Vuoden 2010 lopulla 75 vuotta täyttäneistä 5,6 % (28 644 henkilöä) asuivat tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja 1,4 % (14 033 henkilöä) hyödynsi muita palveluasumisen muotoja (Kuluttaja virasto 2011, Väyrynen & Kuronen 2011). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2008) mukaisesti tavoitteena olisi, että 75 vuotta täyttäneistä 5-6 % olisi tehostetun palveluasumisen piirissä.

Tavoitteena on, että palvelutaloissa toimivalla henkilökunnalla on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä lisäkoulutuksella hankittua gerontologista asiantuntijuutta. Henkilömitoitukseen lasketaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat työntekijät, kuten koulutetut kotiavustajat, kodinhoitajat, perus- ja lähihoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja -kasvattajat, sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit ja lähiesimiehet. Henkilöt, joilla ei ole sosiaali- ja terveysalan koulutusta tarvittaessa sisällytetään henkilömitoitukseen vain sillä osuudella, millä he voivat osallistua hoitotyöhön (STM 2008).

4 HOITOHENKILÖKUNNAN SUHTAUTUMINEN IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SEKSUAALISUUTEEN

4.1 Hoitohenkilökunnan asenteet ja käsitykset ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta

Tutkimusten mukaan ihmisillä on väärinkäsityksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta (Walker & Harrington 2002, Allen ym. 2009). Länsimaisissa yhteiskunnissa esiintyy myös negatiivista asennoitumista ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan, vaikka asenneilmapiiri onkin muuttunut viime vuosina positiivisempaan suuntaan (Bouman ym. 2006). Ikääntyvien ihmisten kanssa toimiva hoitohenkilökunta ei ole irrallaan muusta yhteiskunnasta, joten vallitsevat käsitykset ja asenteet vaikuttavat myös hoitohenkilökunnan ajatuksiin (Hayter 1996). On todettu, että hoitohenkilökunnan asennoituminen vaikuttaa myös ikääntyvien ihmisten omiin asenteisiin ja käsityksiin omasta seksuaalisuudestaan. On siis merkityksellistä, millaiseksi ikääntyvät ihmiset kokevat vallitsevan asenneilmapiirin, sillä se vaikuttaa heidän seksuaaliseen hyvinvointiinsa (Aizenberg ym. 2002, Watters & Boyd 2009).

Rautasalon väitöstutkimuksen (2008, 113) mukaan hoitohenkilökunta näkee ikääntyvän seksuaalisuuden kokonaisvaltaisena osana elämää. Hoitohenkilökunta saattaa asennoitua ikääntyvien seksuaalisuuteen hyväksyvästi (Jokela 1992) ja tunnistaa, että ihminen säilyy seksuaalisena olentona, vaikka seksuaalisuus muovaantuu ikääntymisen myötä (Bouman ym. 2006). Yleisesti hoitohenkilökunnan ihmiskäsitys on muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi, joten seksuaalisuus nähdään ja ymmärretään osana ikääntyvää ihmistä yhä useammin. Valtaosa hoitohenkilökunnasta myös ymmärtää, että seksuaalisuuden ilmaisemisen mahdollisuus on myös ikääntyvälle tärkeää ja sillä on positiivinen vaikutus yksilön elämänlaatuun (Holmes ym. 1997, Weeks 2002, Bouman ym. 2006). Silti hoitohenkilökunnan keskuudessa elää osittain ajatus siitä, että ikääntyvät ihmiset eivät ole seksuaalisia (Roach 2004). Hoitohenkilökunta saattaa myös tunnistaa ikääntyvien seksuaalisuutta häiritseviä tai ilmaisua estäviä tekijöitä, mutta eivät koe tarvetta puuttua niihin (Bauer 1999).

Tutkittaessa hoitohenkilökunnan asennoitumista ja käsityksiä ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan, on ilmennyt viittauksia siitä, että hoitohenkilökunnan asennoituminen voi olla

suhteellisen negatiivista ja tieto ikääntyvien seksuaalisuudesta vähäistä (Walker & Harrington 2002, Bouman ym. 2006) sekä rajoittunutta (Glass & Webb 1995). Vaikka ikääntyvien seksuaalisuudesta olisi tietoaakin, hoitohenkilökunta saattaa kokea ikääntyvien seksuaalisuuden ilmaisut taakaksi hoitotyössä (Low ym. 2005). Osa hoitohenkilökunta voi näkeä seksuaalisuuden ilmaisemisen enemmän käytöshäiriönä, kuin rakkauden tai läheisyyden kaipuuna (Miles & Parker 1999).

Uusimmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että suhtautuminen ja asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan ovat muuttuneet positiivisemmaksi (Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2006). Bouman ym. (2007) kertovat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunnan asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan oli suhteellisen positiivista ja sallivaa. Asennoituminen kuitenkin vaihteli sen mukaan, millaisia potilaita tai asiakkaita työssä kohdataan. Glass & Webb (1995) toteavat, että tieto ikääntyvien seksuaalisuudesta on melko vähäistä, mutta asennoituminen on kuitenkin positiivista. Hoitohenkilökunnalla saattaa olla jopa positiivisempi asennoituminen ja enemmän tietoa ikääntyvien seksuaalisuudesta kuin ikääntyvillä itsellään (Walker ym. 1998).

Hoitohenkilökunta koostuu yksilöistä, jotka ovat osana muuta yhteiskuntaa ja ympäristöllä on vaikutuksensa heidän mielipiteisiinsä. On myös vaikea uskoa siihen, että hoitohenkilökunta kykenee hoitosuhteissaan täysin irtaantumaan omista mielipiteistään ja asenteistaan, joten ne saattavat herkästi heijastua myös käytäntöön (Hayter 1996). Hoitohenkilökunta on heterogeeninen ryhmä asenteineen ja taustoineen, joten hoitohenkilökunnan sisällä voi olla suurta ajatusmaailmallista vaihtelua (Bouman ym. 2006).

4.2 Hoitohenkilökunnan asenteisiin ja käsityksiin vaikuttavia tekijöitä

Useat tekijät voivat vaikuttaa siihen, miten hoitohenkilökunta suhtautuu ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuteen (Allen ym. 2009). Hoitohenkilökunnan sosiaalinen, moraalinen, kulttuurinen, koulutuksellinen ja uskonnollinen tausta vaihtelee, mikä voi vaikuttaa heidän käsityksiinsä, suhtautumiseensa ja asenteisiinsa ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan (Bouman

ym. 2006). Tutkimusten avulla on pyritty kartoittamaan joitakin niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat henkilökunnan asennoitumiseen (Walker & Harrington 2002, Bouman ym., 2006, Allen ym. 2009). Yleisesti tiedossa on se, että yhteiskunnan ilmapiirillä, kulttuurilla ja medially on oma roolinsa asenteiden muodostumisessa. Lisäksi henkilön persoonalliset tekijät vaikuttavat siihen, miten asioihin, henkilöihin tai ilmiöihin suhtaudutaan (Hayter 1996, Allen ym. 2009).

Tiedolla yleensä näyttäisi olevan positiivinen yhteys asennoitumiseen (Hillman & Stricker 1994). Walker ja Harrington (2002) havaitsivat interventiotutkimuksessaan, että tieto lisäsi hoitohenkilökunnan ymmärrystä ja vaikutti positiivisesti ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoitumiseen. Glass ja Webb (1995) eivät tutkimuksessaan kuitenkaan löytäneet yhteyttä tiedon ja asenteiden välillä. Ristiriitaisia tuloksia on myös hoitohenkilökunnan ja esimiesten asenteiden välisistä eroista. Bouman ym. (2007) toteavat, että esimiestehtävissä toimivilla henkilöillä saattaa suhtautuminen olla muuta henkilökuntaa positiivisempaa ja sallivampaa, mutta tätä Archibald (2002) ei ole kyennyt todentamaan omassa tutkimuksessaan.

Tiedon ja asenteiden positiivista yhteyttä puoltaa kuitenkin se, että usein koulutuksella näyttäisi olevan asennoitumista parantava vaikutus (Deacon ym. 1995, Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007). Koulutuksen lisäksi myös työkokemus muuttaa asenteita ja suhtautumista positiivisemmaksi (Bouman ym. 2007). Tähän vaikuttaa myös ikä, sillä nuorimmilla hoitohenkilökunnan jäsenistä on todettu olevan vähiten tietoa (Glass & Webb 1995) ja negatiivisimmat asenteet (Bouman ym. 2007). Tieto seksuaalisuudesta ja tietoisuus (Roach 2004) sekä tyydyttävät kokemukset omasta seksuaalisuudesta (Allen ym. 2009) myös vahvistavat positiivista asennoitumista. Hoitohenkilökunnasta he, jotka tunnistavat seksuaalisuuden ja eivät pidä siihen liittyviä asioita epämukavina, osaavat myös suhtautua ikääntyvien seksuaalisuuteen paremmin (Roach 2004).

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan asenteisiin mahdollisesti vaikuttaa se, millaisen asiakas- tai potilasryhmän kanssa he työskentelevät. Ikääntyvän ihmisen terveydentilalla näyttäisi olevan vaikutusta siihen, miten hänen seksuaalisuuteensa suhtaudutaan. Asenteet ovat sitä negatiivisempia, mitä hauraammista ja fyysisesti tai psyykkisesti riippuvaisemmista ikääntyvistä puhutaan (Bouman ym. 2007). Erityisesti kognitiivisen toimintakyvyn

aleneminen on tekijä, joka vaikuttaa seksuaalisuuteen asennoitumiseen, ja saattaa tehdä siihen suhtautumisen haasteelliseksi (Mitty & Flores 2008, Allen ym. 2009). Myös se, miten ikääntyvät ihmiset seksuaalisuuttaan ilmaisevat, ja millainen on intiimin suhteen laatu, vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin. Henkilökunta suhtautuu suopeammin, jos seksuaalisuutta ei toteuteta julkisesti vaan omassa rauhassa. Lisäksi hoitohenkilökunnan on helpompi suhtautua intiimeihin suhteisiin, jos ne ovat tunnepitoisia (Watters & Boyd 2009). Erityisesti laitosympäristössä elävien ikääntyvien seksuaalisuuden huomioiminen on puutteellista ja siihen suhtautuminen negatiivisempaa (Bauer ym. 2009).

Tutkimuksissa on usein noussut esiin uskonnollisuuden vaikutus ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoitumiseen (Allen ym. 2009). Hoitohenkilökunnasta he, jotka ovat uskovia, kokevat ikääntyvien seksuaalisuuteen suhtautumisen vaikeammaksi ja usein heidän asenteensakin on negatiivisempi kuin muun henkilökunnan (Glass & Webb 1995). Bouman ym. (2007) viittaavat muun muassa Le Gall:n ja kollegoiden (2002) tutkimukseen todetessaan, että uskonnollisuus usein yhdistetään negatiivisempiin ja rajoittavampiin asenteisiin. Bouman ym. (2007) ja Walker (1998) eivät omissa tutkimuksissaan kuitenkaan löytäneet merkitsevää yhteyttä seksuaalisuuteen asennoitumisen ja uskonnollisuuden välillä.

Hoitohenkilökunnan asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan on hyvä tunnistaa, koska sillä on vaikutuksensa käytännön toimintaan (Bouman ym. 2007). Omien käsitysten ja asenteiden tarkasteleminen mahdollistaa myös työilmapiirin objektiivisemmän tarkastelun, sillä työyhteisön yleinen asennoituminen vaikuttaa siihen, miten hoitohenkilökunta myös yksilötasolla suhtautuu ikääntyvien seksuaalisuuteen (Roach 2004). Lisäksi hoitohenkilökunnan itsereflektointi ja asenteiden tiedostaminen auttavat havainnoimaan omaa työskentelyä ja käyttäytymistä (Hayter 1996) sekä auttavat seksuaalisuuteen liittyvien eettisten haasteiden kohtaamisessa (Mattiasson & Hemberg 1998).

4.3 Hoitohenkilökunnan asenteiden ja käsityksien vaikutus ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuden kohtaamiseen

Hoitohenkilökunnan asenteet ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan näkyvät heidän omassa käyttäytymisessään (Hayter 1996) ja vallitsevissa käytännöissä sekä suunnitelmissa (Bouman ym. 2006). Lisäksi ne heijastuvat ikääntyvien ihmisten omiin käsityksiin ja asenteisiin (Roach 2004) sekä siihen, miten ikääntyvät kokevat, ilmaisevat ja toteuttavat itseään seksuaalisesti (Bouman ym. 2006, Watters & Boyd 2009). Ikääntyvien ihmisten seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta on merkityksellistä, millainen asenneilmapiiri heidän ympärillään vallitsee (Deacon ym. 1995).

Hoitohenkilökunnan mukaan suhtautuminen ikääntyvän seksuaalisuuteen normaalina ilmiönä vähentää ikääntyvien seksuaalisuuteen liittyviä tabuja. Hoitohenkilökunnassa kuitenkin tunnustetaan käyttäytymistä, joka ei riittävästi tue tai kunnioita ikääntyvän ihmisen seksuaalisuutta (Rautasalo 2008, 113). Ikääntyvät ihmiset itse kokevat, ettei hoitohenkilökunta tue heitä riittävästi (Walker ym. 1998), eikä heidän kanssaan keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (Aizenberg ym. 2002). Watters & Boyd (2009) ovat sitä mieltä, että negatiivinen asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan vähentää hoitohenkilökunnan valmiutta keskustella siihen liittyvistä asioista. Jokelan (1992) mukaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kysellään ikääntyneiltä harvoin tai ei koskaan. Low ym. (2005) viittaavat Butleriin ja Lewisiin (1987) todetessaan, että aikaisemmissa tutkimuksissa hoitohenkilökunnan negatiivinen asennoituminen on ilmennyt ikääntyvän seksuaalisen käyttäytymisen paheksuntana, sen leimaamisena epäsovivaksi tai jopa siitä rankaisemisena. Tällaista hoitohenkilökunnan käyttäytymistä ja asennoitumista mahdollisesti esiintyy edelleen.

Käytännössä väärät käsitykset ikääntyvien seksuaalisuudesta voivat johtaa siihen, että hoitohenkilökunta ei kunnioita ikääntyvien yksityisyyttä. Ikääntyvän elämä voi olla hoitoympäristössä julkista ja asiakkaan henkilökohtaisista, seksuaalisuuteenkin liittyvistä asioista, saatetaan keskustella hoitohenkilökunnan keskuudessa epäkunnioittavasti. Lisäksi ikääntyvällä ihmisellä ei ole välttämättä mahdollisuutta viettää aikaa yksin toteuttaakseen seksuaalisia tarpeitaan (Bauer 1999, Bouman ym. 2006). Usein hoitohenkilökunta suhtautuu

paremmin pariskuntien väliseen seksuaalisuuteen (Watters & Boyd 2009). Deacon ym. (1995) viittaavat Browniin (1989) todetessaan, että useinkaan pariskunnille ei anneta mahdollisuutta jakaa yhteistä sänkyä tai edes huonetta. Hoitohenkilökunta saattaa rajoittaa pariskunnan mahdollisuutta osoittaa toisilleen hellyyttä ja saattaa jopa erottaa heidät (McLean 1994). Tämä johtuu siitä, että osa hoitohenkilökunnasta saattaa sivuuttaa ikääntyvien seksuaaliset tarpeet, koska ei pidä niitä ikääntyvälle ihmiselle tärkeinä (Low ym. 2005). Rautasalon (2008, 71) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kuitenkin pyrkii luomaan yksityisyyttä ja antamaan ikääntyville omaa tilaa.

Ikääntyvä ihminen aistii ja kokee ympäröivän ilmapiiriin, ja usein asennoituu itsekin sen mukaisesti (Aizenberg ym. 2002). Ikääntyvä ihminen saattaa nähdä itsensä epäviehättävänä (Bouman ym. 2006) ja saattaa vähätellä omia seksuaalisia tarpeitaan ja kokea olonsa epätäydelliseksi (Watters & Boyd 2009). Ikääntyvillä ihmisillä itsellään saattaa olla riittämättömästi tietoa seksuaalisuuden ikääntymismuutoksista, mikä saa heidät omaksumaan herkemmin ympäröivät asenteet (Deacon ym. 1995). Ikääntyvät haluaisivat saada lisätietoa (Bouman ym. 2006), mutta mahdollisuudet sen saamiseksi ovat vähäiset (Hillman & Stricker 1994).

Tiedetään, että hoitohenkilökunnan päätöksissä saattaa näkyä ikään liittyvää syrjintää, eli ageismia (Tonks 1999). Tehtyihin päätöksiin ja toimenpiteisiin, sekä käsityksiin vaikuttavat niin hoitohenkilökunnan yksilölliset asenteet, mielipiteet ja tiedot, kuin myös työyhteisön yleinen ilmapiiri (Walker & Harrington 2002, Roach 2004). Hoitohenkilökunta saattaa myös vältellä ikääntyvien seksuaalisuuteen liittyviä aiheita, sillä asian kohtaaminen voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa epämukavuuden tunnetta. Ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden välttäminen suojelee henkilökuntaa epämiellyttäviltä tilanteilta. Seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin reagoiminen ja asennoituminen vaikuttavat myös suoraan ikääntyvien seksuaaliseen käyttäytymiseen ja ilmaisuun (Roach 2004). Hoitohenkilökunnan vähättelevä, välttelevä tai jopa seksuaalisuuden kieltävä käyttäytyminen ja asennoituminen antaa hoitohenkilökunnalle valtaa määrätä, miten ikääntyvät ihmiset toteuttavat itseään seksuaalisesti (Watters & Boyd 2009).

Usein hoitohenkilökunnan on helpompaa hyväksyä rakkauden ja hellyyden kaipuu, mutta

suhtautuminen intiimejä suhteita kohtaan on vaikeampaa. Ikääntyvien ihmisten suhteita saatetaan pitää koomisina (Watters & Boyd 2009) ja ikääntyviä ihmisiä kohdellaan kuin lapsia. Tilanteissa tulisi aina käydä eettistä pohdintaa, sillä hoitohenkilökunnan tulee myös suojella asiakkaitaan ja potilaitaan psyykkiseltä ja fyysiseltä hyväksikäytöltä (Ehrenfeld ym. 1999). Hoitohenkilökunnalta vaaditaan ammatillisuutta, joka on kykyä nähdä ihminen kokonaisvaltaisesti, mutta se on myös taitoa asettaa rajoja (Mattiasson & Hemberg 1998).

5 SEKSUAALISUUTEEN LIITTYVIEN ASETEIDEN MITTAAMINEN

Seksuaalisuuden ja siihen liittyvien ilmiöiden, kuten asenteiden tutkimiseen, on kehitetty runsaasti erilaisia mittareita ja menetelmiä (Davis ym. 1998). Fisher & Hall (1988) kehittivät Attitudes Toward Sexuality Scale (ATSS) mittarin kartoittamaan ja vertailemaan nuorten ja heidän vanhempiensa asenteita seksuaalisuutta kohtaan. Hendrick ym. (2006) pyrkivät The Sexual Attitudes Scale -mittarillaan kartoittamaan seksuaalisuuteen liittyviä asenteita kattavammin, huomioimalla seksuaalisuuden moniulottuneisuuden. The Sex Knowledge and Attitude Test (SKAT) on suunniteltu mittamaan erityisesti lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden tietojen ja asenteiden muutoksia ihmisen seksuaalisuuteen liittyvän koulutuksen tai kurssin jälkeen (Miller & Lief 1979). The Sexual Attitude Scale (SAS) on puolestaan englanninkielinen mittari, jonka tarkoituksena on luokitella asenteita liberaaleiksi tai konservatiivisiksi. Sen kääntäminen toisella kielellä on kielletty (Hudson & Murphy 1998).

Myös erityisesti ikääntymiseen ja seksuaalisuuteen liittyvien asenteiden mittaamiseen on kehitetty omia mittareita. Muutamissa tutkimuksissa (Walker ym. 1998, Walker & Harrington 2002) on käytetty The Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality (KATES) mittaria, joka sisältää 70 väittämää, johon tutkiva vastaa olevansa "samaa mieltä" tai "eri mieltä tai "en tiedä". Useammin (White & Catania 1982, Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007, Langer-Most & Langer 2010) käytetty mittari on The Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS), joka on kehitetty ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen liittyvien tietojen ja asenteiden tutkimiseen erilaisissa instituutioissa. Mittari perustuu aiempaan tutkimukseen ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta. Mittaria kehittäessä on tehty katsausta kirjallisuuteen ja tutkimukseen, joissa on tutkittu ja käsitelty ikääntymisen ja seksuaalisuuden fyysisiä sekä psykososiaalisia ulottuvuuksia (White 1982b). ASKAS-mittari poikkeaa muista mittareista sen vuoksi, että se keskittyy ikääntyviin ihmisiin ja heidän seksuaalisuutensa ainutlaatuisuuteen.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa palvelutalon hoitohenkilökunnan asenteita ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan.

Tutkimuskysymykset

1. Miten palvelutalon hoitohenkilökunta on asennoitunut ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan?
2. Onko hoitohenkilökunnan iällä, siviilisäädellä, koulutuksella, työtehtävällä tai työkokemuksella yhteyttä heidän asenteisiinsa ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan?

7 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT

7.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus on kuvaileva poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin kahdessatoista Jyväskyläläisessä palvelutalossa. Aineisto kerättiin joulukuun 2011 ja tammikuun 2012 välisenä aikana. Kvantitatiivinen tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä kyselylomaketta, joka koostui sosiodemografisia tekijöitä kartoittavasta osiosta ja ASKAS-mittarista. Määrällisen aineiston analysointiin käytettiin tilastollisia menetelmiä.

7.2 Tutkittavat

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Jyväskylän kaupungin palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunta. Tutkimukseen otettiin mukaan palveluasumisen yksiköt, joista löytyi kuvaus Jyväskylän kaupungin Internet-sivustoilta. Tutkimukseen rekrytointi tapahtui puhelimitse ja sähköpostitse syksyn 2011 aikana. Tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä oli yhteyshenkilö, jonka kanssa sovittiin tutkimuksen käytännön toteutuksesta. Lomakkeet toimitettiin yksiköihin joko tutkijan toimittamana tai postitse. Aineiston keräämisestä vastasi yksiköiden yhteishenkilö, joka toimitti täytetyt lomakkeet sovitusti tutkijalle.

Kyselylomake toimitettiin osallistuviin yksiköihin joulukuun 2011 aikana. Vastausaikaa hoitohenkilökunnalla oli 1-3 viikkoa, yksikön koosta riippuen. Kaikista Jyväskylän 18:sta tuetun ja tehostetun palveluasumisen yksiköistä tutkimukseen osallistui 12, joissa ilmoitettiin olevan hoitohenkilökuntaa arviolta yhteensä 225 henkilöä. Sovitusti kyselylomakkeita toimitettiin 209 kappaletta, joista täytettynä palautui 144. Tutkittavat olivat terveydenhuollon ammattilaisia ja heidän työtehtävinään oli joko hoitotyössä avustaminen, sairaan- tai terveydenhoitajana toiminen tai esimiestehtävät. Kaikki osallistuivat palvelutalossa tapahtuvaan hoitotyöhön.

Tutkimukseen myönnettiin lupa Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksesta (Liite 1). Tutkittavat vastasivat kyselyyn nimettömästi, ja vastauksia ei voida yhdistää yksittäiseen henkilöön, eikä raportoinnissa tuloksia voida yhdistää yksittäiseen palvelutaloon. Tutkittavien antamia tietoja ei tulla käyttämään muuhun kuin tutkimustarkoitukseen, eikä tietoja tulla antamaan sivullisille. Aineistoa käsittelevät vain tutkimuksen tekijä ja pro gradu -työn ohjaajat. Aineisto ja tutkittavien antamat tiedot ovat vain tutkijan hallussa ja niitä säilytetään huolellisesti 1.1.2013 saakka, jolloin aineisto ja muut kerätyt tiedot hävitetään. Tulokset käsitellään huolellisesti ja lopullinen raportti on kaikkien nähtävissä Jyväskylän yliopiston internetsivustolla. Pro gradu -tutkielman tekemisessä on noudatettu Jyväskylän yliopiston eettisiä periaatteita (2012).

7.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin The Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS) (White 1982b) mittarin suomenkielistä versiota (Liite 2). ASKAS on suunniteltu mittamaan ihmisten tietoja ja asenteita ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta. Mittari on erityisesti suunnattu ikääntyville ja heidän omaisilleen sekä ikääntyvien ihmisten kanssa työskenteleville tai toimiville. Mittarin kysymykset pohjautuvat aiempaan tutkimukseen ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta (White 1982b). ASKAS-mittarin kehittäjä Charles B. White antoi sähköpostitse suostumuksensa mittarin käyttöön ja suomentamiseen syksyllä 2011.

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia asenteita, joten ASKAS-mittarista hyödynnettiin vain asenteita mittaavia kysymyksiä. ASKAS sisältää 26 väittämää (White 1982b), joihin vastattiin viisiportaisella (1=täysin samaa mieltä - 5= täysin eri mieltä) Likert-asteikolla. Vastaajan tuli ympyröidä omaa näkemystä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero. ASKAS-mittarin 26 väittämästä voidaan laskea vastauksien perusteella kokonaispistemäärä, joka kuvaa tutkittavan asenteita ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Vastauksissa tutkittava arvioi väittämän todenmukaisuutta joko kuvitteellisen tai todellisen omaisen avulla, tai pohtii yleisellä tasolla palvelutalossa asuvan ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuden toteutumisen

mahdollisuuksia, moraalisuutta ja seksuaalisia tarpeita. Kokonaispistemäärä voi vaihdella 26:n (positiivinen ja salliva asenne) ja 130:n (negatiivinen ja rajoittava asenne) pisteen välillä (White 1982b).

ASKAS-mittaria suomennettaessa, väittämistä tehtiin useita käänkösvastineita, joista karsittiin esitestauksen kautta selkeimmät ja parhaiten alkuperäistä väittämää vastaavat vaihtoehdot. Tarkoituksena oli, ettei ASKAS-mittari muutu suomentaessa sisällöllisesti. Kokonaisuudessaan suomenkielinen mittari esitettiin viidellä hoitotyön ammattilaisella, jotka ovat työuransa aikana työskennelleet ikääntyvien ihmisten parissa, mutta eivät toimi tutkimukseen osallistuvissa tuetun tai tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Esitestaajilta saadun palautteen perusteella kyselylomaketta kehitettiin edelleen lopulliseen muotoonsa.

ASKAS-mittarin lisäksi kyselylomakkeella kartoitettiin vastaajien sosiodemografisia tietoja. Tutkittavan tuli valita itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero tai täydentää vastaus sille varattuun tilaan. Taustatiedoista ikä ja työkokemus olivat avoimia kysymyksiä, joihin tutkittavan tuli vastata vuosina. Siviilisääty oli valmiiksi luokiteltu seitsemään luokkaan (1 Naimaton, 2 Avioliitossa/rekisteröidyssä parisuhteessa, 3 Avoliitossa, 4 Parisuhteessa, 5 Eronnut, 6 Leski, 7 Muu, mikä?). Koulutuksesta annettiin viisi vastausvaihtoehtoa (1 Perusaste, 2 Keskiaste, 3 Alempi korkeakoulututkinto, 4 Ylempi korkeakoulututkinto, 5 Muu, mikä?). Työtehtävät olivat jaettu viiteen luokkaan (1 Hoitoavustaja tms., 2 Perus- tai lähihoitaja, 3 Sairaalan- tai terveydenhoitaja, 4 Osastonhoitaja tai esimiestehtävissä, 5 Muu, mikä?), joista vastaajan tuli valita itseään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jokaisen luokitellun kysymyksen viimeisenä vaihtoehtona oli "Muu, mikä?", johon oli varattu tila, mihin tutkittava sai halutessaan täydentää vastaustaan.

7.4 Aineiston analyysimenetelmät

Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmiston versiota 19.0. Jatkuvien muuttujien yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään analysoitiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Kaksiluokkaisten muuttujien ja vastemuuttujien välinen

yhteys analysoitiin t-testillä, ja useampi luokkaisten selittäjien ja vastemuuttujien välinen yhteys yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Taulukko 1).

Yhteensä täytettyjä vastauslomakkeita saatiin 144, joten vastausprosentti oli 69 %. Näistä jätettiin analysoinnin ulkopuolella neljä opiskelijan täyttämää lomaketta ja yksi mediaanista selkeästi poikkeava havainto (Metsämuuronen 2011, 601). Lisäksi poistettiin kuuden tutkittavan tiedot, koska heille ei voitu muodostaa ASKAS-kokonaispistemäärää kyselylomakkeessa olleiden puuttuvien tai epäselvien merkintöjen vuoksi. Analysoitavaksi jäi 133 ASKAS-kokonaispistemäärän saanutta vastaajaa, joista oli ilmoittanut sukupuolen 132, iän 131, siviilisäädyn 133, koulutuksen 131, työtehtävän 133 ja työkokemuksen 131 tutkittavaa (Taulukko 2).

Analyysissä tarkasteltiin ikää ja työkokemusta jatkuvina muuttujina, mutta ne myös uudelleen luokiteltiin varianssianalyysiä varten viiteen yhtä suuren luokkaan. Koulutus muuttujassa alempi ja ylempi korkeakoulututkinto luokat yhdistettiin, koska vastaajista vain yksi oli ilmoittanut suorittaneensa ylemmän korkeakoulututkinnon. Lisäksi koulutus ja työtehtävä muuttujien "5. muu, mikä?" vastaukset sisällytettiin niitä parhaiten kuvaaviin luokkiin 1-4. Esimerkiksi "5. muu, mikä?": "palveluvastaava" siirrettiin luokkaan "4. Osastonhoitaja/Esimiestehtävissä". Näin saatiin muodostettua neljä lähes yhtä suurta luokkaa (Metsämuuronen 2011, 345). Siviilisäätystä tarkasteltiin alkuperäisenä, 6-luokkaisena muuttujana, mutta se myös luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan, jossa "yksin"-luokkaan yhdistettiin vastaajat, jotka ilmoittivat olevansa joko naimattomia, eronneita tai leskiä. "Yhdessä"-luokkaan ryhmiteltiin vastaajat, jotka kertoivat olevansa avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, avoliitossa tai parisuhteessa.

ASKAS-mittarin väittämistä muodostettiin kokonaispistemäärä laskemalla väittämien vastausvaihtoehtojen numerot yhteen eli ASKAS-kokonaispistemäärä on kysymysten 7 - 32 vastausvaihtoehtojen summa. Kokonaispistemäärän laskemista varten väittämät: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 27, 29, 31, 32 muutettiin käänteisiksi eli vastausvaihtoehdon arvot muuttuivat (5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5). Näin ASKAS-kokonaispistemäärä saatiin vaihtelevaan välille 26–130 (White 1982b). ASKAS-kokonaispistemäärä voitiin muodostaa ainoastaan tutkittaville, jotka olivat valinneet vain yhden vaihtoehdon kysymyksissä 7 - 32.

Muuttujista muodostettiin kuvailevia tietoja ja tunnuslukuja (frekvenssit, prosenttiosuudet, keskiarvot, luottamusvälit ja keskihajonnat) sekä analysoitiin sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä ASKAS-mittarista saatuun kokonaispistemäärään. Muuttujien normaalijakautuneisuus tarkistettiin havainnoimalla muuttujien histogrammeja ja Kolmogorov-Smirnov testillä. ASKAS-kokonaispisteet olivat normaalisti jakautuneet ($p=0.20$) mutta ikä ($p=0.003$) ja työkokemus ($p<0.001$) eivät noudattaneet normaalijakaumaa, joten jatkuvina muuttujina iän ja työkokemuksen tarkasteluun käytettiin ei-parametrista testiä. Ryhmiä vertailtiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) ja sen vaatimusten mukaisesti ryhmät olivat likimain samansuuruisia ja muuttujan jakauman varianssi kaikissa ryhmissä yhtä suuri, josta poikkeuksena oli siviilisääty muuttuja, jossa ryhmien koko oli erisuuri. Varianssin yhtäsuuruus varmistettiin Levenen testillä. Kaikki yksisuuntaisen varianssianalyysin Post Hoc vertailut tehtiin LSD-testillä. ASKAS-kokonaispistemäärien eroja kahden ryhmän välillä tarkasteltiin t-testillä. Kaikki testaukset tehtiin 0.05 riskitasolla.

Taulukko 1. Sosiodemografisten tietojen ja ASKAS-kokonaispisteiden yhteyden testauksessa käytetyt analyysimenetelmät

Muuttujat	Analyysimenetelmä
Iän (jatkuvana) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin
Iän (5-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	1-suuntainen varianssianalyysi
Siviilisäädyn (6-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	1-suuntainen varianssianalyysi
Siviilisäädyn (2-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	t-testi
Koulutuksen (3-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	1-suuntainen varianssianalyysi
Työtehtävän (4-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	1-suuntainen varianssianalyysi
Työkokemuksen (jatkuvana) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin
Työkokemus (5-luokkaisena) yhteys ASKAS-kokonaispisteisiin	1-suuntainen varianssianalyysi

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Tutkittavien taustatiedot ja ASKAS-kokonaispistemäärä

Valtaosa (n=126, 95 %) vastaajista oli naisia ja vain kuusi (5 %) oli miehiä, joten sukupuolijakauma oli aineistossa epätasainen. Naisten ASKAS-kokonaispistemäärän keskiarvo oli 51.0 (SD 12.4) ja miesten 55.3 (11.1). Nuorin kaikista tutkittavista oli 19-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 41.0 vuotta (SD 12.0). Lähes puolet (48 %) tutkittavista vastasi olevansa avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Pääosin (83 %) vastaajat olivat saaneet keskiasteen koulutuksen ja suurin osa (77 %) heistä toimi perus- tai lähihoitajan tehtävissä. Työkokemuksen pituus vaihteli puolesta vuodesta lähes 40 vuoteen ja työkokemuksen keskiarvo oli 10.7 vuotta. ASKAS-kokonaispistemäärien keskiarvo oli 51.4 (SD 12.4). Matalin saatu ASKAS-kokonaispistemäärä oli 30 ja korkein 84. Kaikki taustamuuttajat, vastausten määrät, mahdolliset keskiarvot ja -hajonnat sekä vastausten jakautuminen on nähtävissä taulukossa 2.

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

	n	%	x	SD
Sukupuoli	132			
Nainen	126	95		
Mies	6	5		
Ikä	131		41.0	12.0
<25	16	12		
26-35	32	24		
36-45	27	21		
46-55	37	28		
>56	19	15		
Siviilisääty	133			
Naimaton	13	10		
Avoliitossa/Rekisteröidyssä parisuhteessa	64	48		
Avoliitossa	33	25		
Parisuhteessa	10	7		
Eronnut	11	8		
Leski	2	2		
Koulutus	131			
Perusaste	8	6		
Keskiaste	109	83		
Korkeakoulu	14	11		
Työtehtävä	133			
Hoitoavustaja tms.	9	6		
Perushoitaja/Lähihoitaja	102	77		
Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja	12	9		
Osastonhoitaja/Esimiestehtävissä	10	8		
Työkokemus	131		10.7	8.1
Alle 5 vuotta	32	24		
yli 5- alle 10 vuotta	28	21		
yli 10- alle 15 vuotta	36	28		
yli 15- alle 20 vuotta	14	11		
yli 20 vuotta	21	16		

8.2 Iän yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään

Vastaajien ikä ei korreloinut ($\rho = -0.124$, $p=0.157$) tilastollisesti merkitsevästi saattuihin ASKAS-kokonaispisteisiin. Kun aineisto luokiteltiin iän suhteen jakaumaperustaisesti viiteen yhtä suureen ryhmään, oli nähtävissä, että ikäryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0.011$) ASKAS-kokonaispistemäärien keskiarvoissa (Taulukko 3). Vanhemmissa ikäryhmissä, lukuun ottamatta yli 56-vuotiaiden ryhmää, ASKAS-kokonaispistemäärien keskiarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.05$) matalampia kuin kaikkein nuorinten vastaajien ryhmässä. Kaikkein iäkkäimpien ja nuorimpien hoitajien ASKAS-pisteiden keskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.75$).

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvojen vaihtelu eri ikäryhmien välillä.

<u>ASKAS-kokonaispisteet</u>					
Ikä	n	Keskiarvo	95%:n luottamusväli	F-testi, p	LSD, p
1. <25v.	16	59.5	52.9 - 66.1	0.011	1>2,3,4; $p<0.05$
2. 26-35v.	32	51.4	47.0 - 55.8		
3. 36-45v.	27	46.0	41.9 - 50.2		
4. 46-55v.	37	50.4	46.5 - 54.2		
5. >56v.	19	52.4	46.6 - 58.2		

8.3 Siviilisäädyn yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään

Siviilisäätty oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ($p=0.027$) ASKAS-kokonaispistemäärään keskiarvoihin (Taulukko 4) Leskeytyneiden ASKAS-kokonaispistemäärään keskiarvo oli tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.05$) korkeampi kuin muissa siviilisäättyryhmissä olevien ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvot. Yhdessä kumppanin kanssa olevien ASKAS-kokonaispisteiden ($n=107$, $ka=51.2$) ja yksin olevien ($n=26$, $ka=52.2$) hoitajien ASKAS-kokonaispistemäärissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.712$).

Taulukko 4. Hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvojen vaihtelu siviilisäädyn mukaan.

<u>ASKAS-kokonaispisteet</u>					
Siviilisääty	n	keskiarvo	95 %:n luottamusväli	F-testi, p	LSD, p
1. Naimaton	13	52.2	45.3 - 59.0	0.027	
2. Avioliitossa/Rekisteröidyssä parisuhteessa	64	49.8	47.1 - 52.6		
3. Avoliitossa	33	53.6	48.6 - 58.6		
4. Parisuhteessa	10	51.5	42.4 - 60.6		
5. Eronnut	11	47.5	40.2 - 54.8		
6. Leski	2	78.0	1.8 - 154.2		6>1,2,3,4,5; p<0.05

8.4 Koulutuksen yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään

Vastaajien koulutusasteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää ($p=0.207$) yhteyttä ASKAS-kokonaispistemäärän keskiarvoihin. Kokonaispisteiden keskiarvoissa oli laskeva trendi suhteessa koulutuksen pituuteen (Taulukko 5). Keskiasteen koulutuksen saaneiden vastaajien keskiarvo oli noin viisi pistettä vähemmän, kuin perusasteen käyneillä samoin kuin korkeakoulutuksen saaneiden keskiarvo oli noin viisi pistettä pienempi kuin keskiasteen koulutuksen käyneiden.

Taulukko 5. Hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvojen vaihtelu koulutusasteen mukaan.

<u>ASKAS-kokonaispisteet</u>					
Koulutus	n	keskiarvo	95 %:n luottamusväli	SD	F-testi, p
1. Perusaste	8	56.2	43.9 - 68.6	14.8	0.207
2. Keskiaste	109	51.2	48.9 - 53.5	11.9	
3. Korkeakoulu	14	46.8	39.5 - 54.1	12.7	

8.5 Työtehtävän yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään

ASKAS-kokonaispistemäärät olivat tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.002$) yhteydessä työtehtävään (Taulukko 6). Osastonhoitajien tai esimiestehtävissä toimivien ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvo oli tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.018$) matalampi kuin hoitoavustajien tai muissa avustavissa tehtävissä työskentelevien ASKAS-pisteiden keskiarvo. Lisäksi osastonhoitajien tai esimiesten ASKAS-kokonaispistemäärän keskiarvo oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p=0.001$) pienempi kuin perus- ja lähihoitajien. Tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.017$) matalampi keskiarvo oli myös sairaan- ja terveydenhoitajilla verrattuna perus- ja lähihoitajiin.

Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvojen vaihtelu työtehtävän mukaan.

ASKAS-kokonaispisteet					
Työtehtävä	n	Keskiarvo	95 %:n luottamusväli	F-testi, p	LSD, p
1. Hoitoavustaja tms.	9	52.9	40.5 - 65.3	0.002	
2. Perushoitaja/Lähihoitaja	102	53.2	50.9 - 55.5		
3. Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja	12	44.4	36.5 - 52.4		3<2; $p<0.05$
4. Osastonhoitaja/Esimiestehtävissä	10	39.9	35.3 - 44.5		4<1,2; $p<0.05$

8.6 Työkokemuksen yhteys ASKAS-kokonaispistemäärään

Työkokemus vuosina ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi ($\rho = -0.097$, $p=0.272$) ASKAS-kokonaispistemäärän kanssa. ASKAS-kokonaispistemääriä tarkasteltaessa viidessä luokassa keskiarvot pienenevät työkokemuksen lisääntyessä, poikkeuksena kaikkein pisimpään hoitoalalla olleiden keskiarvo, joka on kaikista ryhmistä toiseksi suurin. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0.354$) (Taulukko 7).

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispisteiden keskiarvojen vaihtelu työkokemuksen mukaan.

ASKAS-kokonaispisteet					
Työkokemus	n	Keskiarvo	95 %:n luottamusväli	SD	F-testi p,
1. Alle 5 vuotta	32	54.6	49.8 - 59.5	13.5	0.354
2. yli 5- alle 10 vuotta	28	50.8	46.0 - 55.5	12.3	
3. yli 10- alle 15 vuotta	36	49.4	45.7 - 53.1	10.8	
4. yli 15- alle 20 vuotta	14	48.3	42.5 - 54.1	10.0	
5. Yli 20 vuotta	21	53.1	46.4 - 59.8	14.7	

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen päätulokset

Ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen asennoitumista on Suomessa tutkittu hyvin vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten palvelutalon hoitohenkilökunta asennoituu ikääntyvien seksuaalisuuteen ja onko hoitavan henkilön sukupuolella, iällä, siviilisäädellä, koulutuksella, työtehtävällä tai työkokemuksella yhteyttä asenteisiin.

Tutkimuksen päätulokset osoittivat että palvelutalon hoitohenkilökunta on suhteellisen positiivisesti ja sallivasti asennoitunut ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Tulosten mukaan kaikkein negatiivisimmin asennoituvat kaikkein nuorimmat, alle 25-vuotiaat, hoitajat. Positiivisempiin asenteisiin oli yhteydessä esimiestehtävissä toimiminen. Lisäksi sairaanhoitajilla tai terveydenhoitajilla oli positiivisempi asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan kuin perushoitajilla, joiden asenteet olivat kaikkein negatiivisimpia.

9.2 Tutkimuksen tulosten vertailu aiempiin tutkimuksiin

Bouman ym. (2007) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan asennoitumista käyttäen tutkimuksessaan ASKAS-mittaria. Heidän tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan ASKAS-kokonaispistemäärän keskiarvo oli 59.9 (SD 12.2) ja heidän johtopäätöksensä olivat tämän pro gradu -tutkielman tulosten kanssa samansuuntaisia. Glass ym. (1986) puolestaan tutkivat 57 hoitajan asenteita Yhdysvalloissa Pohjois-Carolinan osavaltiossa. He saivat hoitajien ASKAS-kokonaispistemäärän keskiarvoksi 121.9 ja heidän johtopäätöksensä oli, että hoitohenkilökunnan asenteet olivat erittäin negatiivisia. Suomalaisissa tutkimuksissa Jokela (1992) ja Rautasalo (2008) ovat kuitenkin todenneet, että hoitajien ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoituminen on hyväksyvää, ja seksuaalisuus nähdään osana ikääntyvän ihmisen elämää. Tämän pro gradu -tutkielman tulokset tukevat uudempien tutkimusten

(Walker ym. 1998, Öberg & Tornstam 2003, Bouman ym. 2006) tavoin ajatusta siitä, että ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoituminen on muuttumassa ja muuttunut positiivisemmaksi. Tulokset eivät kuitenkaan kerro siitä, miten käytännössä ikääntyvän ihmisen seksuaalisuus huomioidaan ja miten se kohdataan. Positiivinen asennoituminen ei välttämättä johda seksuaalisuutta tukeviin käytäntöihin (Bauer ym. 2009). Tulokset kertovat vain, miten hoitohenkilökunta ajatuksen tasolla asennoituu ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen. Lisäksi hoitohenkilökunnan sisällä saattaa olla suuriakin ajatusmaailmallisia eroja.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitohenkilökunnan ikä ei ole suoraan yhteydessä asennoitumiseen, mutta ikäryhmien välillä on eroja. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007) kaikkein negatiivisimmin ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoitui nuorin ikäryhmä. Nuoreen ikään saattaa liittyä kokemattomuutta ja epävarmuutta omaa seksuaalisuutta kohtaan, mikä voi olla yhteydessä muiden seksuaalisuuteen asennoitumiseen (Roach 2004). Lisäksi usein tieto seksuaalisuudesta vaikuttaa asenteisiin (Hillman & Stricker 1994, Walker & Harrington 2002). On mahdollista, että nuori ikä on yhteydessä vähäisempään tietoon seksuaalisuudesta ja ikääntymisestä, joka näkyy negatiivisena suhtautumisena ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Lisäksi on mahdollista, että nuorena hoitajana on vaikeampaa samaistua ikääntyviin ihmisiin, ja nähdä sekä huomioida heidän seksuaalisuutensa (Bouman ym. 2007). Tässä tutkimuksessa kaikkein vanhin ikäryhmä ei kuitenkaan ollut asenteiltaan positiivisin, vaan sallivimmat asenteet olivat 36–45-vuotiailla. Langer-Most & Langer (2010) toteavat tutkimuksessaan, jossa kartoitettiin gynekologien tietoja ja asenteita ikääntyvien naisten seksuaalisuutta kohtaan, että asennoituminen muuttui iän myötä negatiivisemmaksi. Negatiivisempaan asennoitumiseen saattaa vaikuttaa omaan seksuaalisuuteen tai yleisesti seksuaalisuuteen asennoituminen (Allen ym. 2009) sekä oman ikääntymisen tiedostaminen ja sen pelkääminen (Sachs 1983).

Tulosten mukaan ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen asennoitumiseen ei ole yhteydessä se, onko tutkittava parisuhteessa vai elääkö hän yksin. Bouman ym. (2007) tekivät tutkimuksessaan saman johtopäätöksen. Tulosten mukaan lesket ovat negatiivisemmin asennoituneita ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan kuin muissa siviilisäätiryhmissä oleva. Tätä tulosta ei voida pitää kuitenkaan täysin luotettavana, koska vain kaksi tutkittavaa edusti

aineistossa leskiä. Leskeytymiseen voi kuitenkin liittyä moraal- ja lojaliteettikysymyksiä (Pankarinkangas 2011), jotka voivat vaikuttaa myös muiden seksuaalisuuteen suhtautumiseen.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan, palvelutalon hoitohenkilökunnan koulutus ei selitä heidän asenteitaan ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Tuloksista on kuitenkin nähtävissä, että ASKAS-kokonaispistemäärien keskiarvot laskevat korkeammin koulutettujen ryhmissä. Tämä tukee aiempien tutkimusten tuloksia (Deacon ym. 1995, Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007), joissa korkeammalla koulutuksella on yhteys positiivisempiin asenteisiin. On mahdollista, että koulutukset poikkeavat sisällöllisesti maittain, eikä suomalaista hoitoalan koulutusta, ja näin ollen koulutusasteen eroja voida sellaisenaan verrata ulkomaisten tutkimuksien tuloksiin. Tässä tutkielmassa korkeampaa koulutusta vaativissa työtehtävissä toimivien hoitajien asennoituminen ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan oli positiivisempaa, kuin vähemmän koulutusta vaativissa tehtävissä toimivien hoitajien. Tämä myös tukee ajatusta koulutuksen ja asenteiden välisestä yhteydestä olettaen, että Suomessa vaativimmissa tehtävissä toimivat ovat myös korkeammin koulutettuja.

Aiempien tutkimuksien tavoin (Walker & Harrington 2002, Bouman ym. 2007) tässä tutkielmassa on nähtävissä yhteys työtehtävän ja asenteiden välillä. Positiivisimmin suhtautuvat esimiestehtävissä toimivat ja negatiivisimmin perus- ja lähihoitajat. Asennoitumista tarkasteltaessa tulee huomioida se, että usein perus- ja lähihoitajat sekä hoitoavustajat tekevät palvelutaloissa eniten perushoitotyötä, ja mahdollisesti myös eniten joutuvat käytännössä käsittelemään ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Perushoitotyössä saattaa joutua kohtamaan myös epäsovivaa seksuaalista käytöstä. Esimiehellä tai sairaan- ja terveydenhoitajalla saattaa olla enemmän koulutusta ja tietoa ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta, mutta käytännön työssä voi joutua harvemmin pohtimaan ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta ja siihen liittyviä, jopa eettisiä kysymyksiä. Asenteisiin kuitenkin vaikuttaa se, millaisen asiakas- tai potilasryhmän kanssa työskennellään (Bouman ym. 2007) ja se, miten ikääntyvät ihmiset seksuaalisuuttaan ilmaisevat (Watters & Boyd 2009).

Työkokemus ei ollut yhteydessä ASKAS-kokonaispisteisiin. Aikaisempien tutkimusten mukaan asenteet näyttäisivät muuttuvan positiivisemmaksi työkokemuksen lisääntyessä

(Walker & Harrington 2002, Bouman ym. 2007). Tässä aineistossa kuitenkin kaikkein pisimpään työelämässä olleiden ASKAS-pisteiden keskiarvo ei ollut matalin. ASKAS-pisteiden keskiarvot pienentyivät työkokemuksen lisääntyessä, mutta yli 20 vuotta työelämässä olleiden keskiarvo on aineiston toiseksi suurin. Työkokemuksen kohdalla esiintyy siis sama ilmiö kuin ikäryhmien välillä. Tämä poikkeaa aiempien tutkimuksien tuloksista, joissa korkeampi ikä ja kokemus olivat yhteydessä positiivisempiin asenteisiin (White & Catania 1982, Walker & Harrington 2002, Bouman ym. 2007). On mahdollista, että pisimpään työelämässä olleet työskentelevät perus- ja lähihoitajan tehtävissä, millä on tämän tutkimuksen mukaan yhteys negatiivisempiin asenteisiin.

9.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

ASKAS-mittaria ei ole Suomessa käytetty aiemmin, joten mittari jouduttiin suomentamaan. Suomentaessa pyrittiin siihen, ettei ASKAS-mittari muutu sisällöllisesti. Suomentaminen tehtiin huolellisesti ja tarkasti, mutta lopullisen version arviointiin ei hyödynnetty äidinkieleltään englanninkielisen osaamista. Englantia äidinkielenään puhuvan henkilön tai kielenkääntäjän arviointi olisi tuonut mittarille lisää luotettavuutta, ja sillä olisi voitu varmistaa, että ASKAS-mittarin väittämät eivät ole muuttuneet käännettäessä sisällöllisesti. Suomenkielinen ja alkuperäinen version kuitenkin arvioitiin kahden muun henkilön toimesta, itse tutkijan lisäksi. Suomenkielinen mittari myös esiteltiin, millä pyrittiin varmistamaan, että väittämässä on käytetty ymmärrettävää ja hyvää suomenkieltä.

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen siinä käytetyn mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2011, 125). White (1982b) on tutkimuksessaan todennut, että ASKAS-mittari on reliabeli ja validi mittaamaan ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen asennoitumista. White (1982b) on tarkastellut ja testannut alkuperäisen mittarin luotettavuutta ja pätevyyttä useilla eri otoksilla, puolitusmenetelmällä, toistomittauksilla ja Cronbachin alfalla, joiden kertoimet olivat tyypillisesti yli 0.85. ASKAS-mittari on kehitetty mittaamaan ikääntymiseen liittyviä tietoja ja asenteista, sekä niiden välistä yhteyttä. Tässä tutkimuksessa käytettiin vain asenteita mittaavaa osiota ja suomenkielisen mittarin luotettavuutta tai

pätevyyttä ei testattu erikseen. Suomenkielisellä ASKAS-mittarilla kuitenkin saatiin samansuuntaisia tuloksia, kuin aikaisemmin samalla mittarilla tehdyissä tutkimuksissa, joissa oli tutkittu terveys- ja sosiaalialalla toimivien henkilöiden asenteita (Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007, Dogan ym. 2008).

Tämän tutkimuksen vahvuutena on, että sen tuloksia voidaan verrata aiemmin ASKAS-mittarilla tehtyihin tutkimuksiin. Vertailun luotettavuutta kuitenkin heikentää se, että ASKAS-mittarin käyttö on vaihdellut eri tutkimuksissa. Joissakin tutkimuksissa (Steinke 1994, Glass & Webb 1995, Goldstein-Lohman & Aitken 1995, Dogan ym. 2008, Langer-Most & Langer 2010) käytettiin koko ASKAS-mittaristoa, sisältäen tietoa mittaavan ja asenteita mittaavan osion, kun taas joissakin tutkimuksissa (Bouman ym. 2007, Milline 2007) käytettiin vain asenteita mittavaa osaa. Lisäksi jotkut tutkijat (Steinke 1994, Goldstein-Lohman & Aitken 1995, Dogan ym. 2008, Langer-Most & Langer 2010) käyttivät 7-portaista, kun taas toiset tutkijat (Glass ym. 1986, Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007) käyttivät vain 5-portaista Likert-asteikkoa. Näin asenteista mittaavasta osiosta saatava kokonaispistemäärä vaihteli tutkimuksien välillä. Lisäksi joissakin tutkimuksissa (Glass ym. 1986, Glass & Webb 1995, Bouman ym. 2007) käytettiin asenteiden kokonaispistemäärissä katkaisupistettä, jonka käytön perusteluja ei ollut luotettavasti raportoitu.

Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa on otettava huomioon se, että tutkimuksessa käytetty mittari on kehitetty 30 vuotta sitten. WHO on antanut seksuaalisuudelle uuden suuntaa antavan määrittelyn vuonna 2006. ASKAS-mittaria kehitettäessä näkemys seksuaalisuudesta on voinut olla erilainen kuin nykypäivänä. Myös tässä tutkimuksessa seksuaalisuus ymmärretään moniulotteisena ja monimuotoisena ilmiönä, ja voidaan pohtia sitä, otetaanko ASKAS-mittarin 26 väittämässä huomioon ikääntyvän ihmisen seksuaalisuus psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. ASKAS-mittarin vahvuutena on se, että se pohjautuu aiempaan tutkimukseen ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta, mutta samanaikaisesti sen heikkoutena on se, että se pohjautuu 30 vuotta sitten tehtyyn tutkimukseen. On mahdollista, että mittari ei luotettavasti mittaa 2010-luvun palvelutalon hoitohenkilökunnan todellisia asenteita.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka on taloudellinen vaihtoehto kerätä riittävän kokoinen aineisto. Kyselylomake on hyvä tapa lähestyä mahdollisesti vaikeakin ja

herkkäluontoista aihetta, eikä tutkija läsnäolollaan vaikuta vastauksiin. Kyselylomake mahdollisti sen, että tutkittavat saivat rauhassa ja anonyymisti miettiä vastauksiaan. Kyselylomakkeen täyttämiseen ei mennyt kohtuuttomasti aikaa, vaikka lomakkeeseen sisältyi kaikki 26-väittämää ja sosiodemografisia tietoja kartoittava osio. Kyselylomake pyrittiin pitämään mahdollisimman yksinkertaisena ja ulkonäöltään selkeänä. Tämä mahdollisesti madalsi kynnystä vastata kyselyyn. Toisinaan kyselylomakkeen käytön heikkoutena voi olla matala vastausprosentti, mutta tässä tutkimuksissa vastausprosentti oli suhteellisen korkea eli 69 % (Valli 2001).

Kyselylomakkeen käyttö kasvattaa riskiä väärinymmärtämiselle. Koska tutkija ei ole läsnä tutkimustilanteessa, ei tutkittavilla ole mahdollisuutta esittää tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi on mahdollista, että tutkittavien käsitys seksuaalisuudesta ei vastaa tutkijan tai mittarin kehittäjän näkemystä. Kyselylomaketta käytettäessä ei voida olla varmoja siitä, kuka lomakkeen on täyttänyt, tai onko vastaaja ollut rehellinen ja täyttänyt kyselyn yksin sekä tarkasti. Lisäksi on mahdollista, että kyselylomakkeen käyttäminen valikoi hoitohenkilökunnasta ne, jotka ovat kiinnostuneet ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta sekä suhtautuvat positiivisesti tutkittavaan aiheeseen. On mahdollista, että aineistosta on valikoitunut pois se osa hoitohenkilökunnasta, joiden asennoituminen ja suhtautuminen ikääntyvien seksuaalisuuteen on ollut kaikkein negatiivisinta. Tämä on voinut vääristää lopullisia tuloksia (Valli 2001).

Tämän tutkimuksen aineisto edusti hyvin palvelutalojen hoitohenkilöstön rakennetta. Jyväskylän seudun vanhuspalveluista tehdyn selvityksen (Jyväskylän seutu 2008) mukaan, Jyväskylän seudun palvelutaloissa työskentelevästä henkilökunnasta 8 % oli sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneita ja 80 % työskenteli lähi-, perus- ja kodinhoitajan tehtävissä. Lisäksi loppuun 2 prosenttiin sisältyi esimies- tai muissa tehtävissä toimiva henkilöstö. Stakesin (nykyinen THL) (Voutilainen ym. 2007) kunnissa ja kuntayhtymissä tehdyn selvityksen mukaan, karkeasti arvioituna palvelutalon henkilökunnasta 2 % on esimiehiä, 12% sairaan- ja terveydenhoitajia, 67 % perus- ja lähihoitajia ja 15% kodinhoitajia ja -avustajia. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkasteltu erikseen koulutettuja ja kouluttamattomia hoitoavustajia. Palvelutaloissa kuitenkin hoitotyötä tekee myös henkilöstö, jolla ei ole hoitoalan koulutusta. Lisäksi osastonhoitajien- ja esimiestehtävissä toimivien osuus oli tässä

tutkimuksessa suurempi kuin henkilöstörakenteessa yleensä, mikä mahdollisesti johtui siitä, että usein esimiestehtävissä toimiva hoitaja oli myös tutkimuksen yhteyshenkilö ja todennäköisesti vastasi kyselyyn.

Tutkimuksen aineiston perusteella ei tehty johtopäätöksiä siitä, onko naisten ja miesten välillä eroja ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen asennoitumisessa. Hoitoala on naisvaltainen, joten miesten ja naisten välisiä eroja ei ole tulkittu aiemmissakaan hoitohenkilökunnan asenteita kartoittavissa tutkimuksissa (Walker & Harrington 2002, Bouman ym. 2007). Naisvaltaisuus on alakohtaista, koska esimerkiksi Suomen sosiaali- ja terveysalan ammattiliiton (Tehy 2012) jäsenistä vain noin 7 % on miehiä, joten todennäköisesti myös palvelutaloissa työskentelevästä henkilökunnasta selkeä vähemmistö on miehiä. Aineistosta ei voitu myöskään tehdä luotettavia johtopäätöksiä siitä, eroavatko eri siviilisäätyryhmien asenteet ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Aineistossa vain muutama vastaaja ilmoitti olevansa leski, joten yksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset eivät olleet voimassa. Siviilisääty olisi voitu uudelleen luokitella esimerkiksi yhdistämällä lesket eronneiden luokkaan, mikä olisi mahdollisesti vääristänyt tuloksia. Siviilisäädyn tarkastelussa päädyttiin tulkitsemaan vain yhdessä ja yksin elävien henkilöiden asenteiden eroja, koska oma elämäntilanne ja parisuhde voi olla yhteydessä yleisesti seksuaalisuuteen asennoitumiseen (Allen ym. 2009).

9.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että palvelutalon hoitohenkilökunta on suhteellisen positiivisesti asennoitunut ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Tulokset eivät kuitenkaan kerro, miten palvelutalon hoitohenkilökunnan asenteet vaikuttavat käytäntöön. Positiivinen asennoituminen ei välttämättä takaa sitä, että ikääntyvien ihmisten seksuaalisuus huomioidaan vallitsevissa käytänteissä. Olisi hyvä kartoittaa, miten ikääntyvien ihmisten seksuaalisuus kohdataan ja miten seksuaaliset tarpeet huomioidaan palvelutaloissa. Jatkotutkimusta tarvittaisiin myös seksuaalisuuteen asennoitumisen kartoittamiseksi ikääntyvien ihmisten omasta näkökulmasta. Olisi hyvä selvittää, miten ikääntyvät ihmiset itse asennoituvat

ikäntymiseen ja seksuaalisuuteen, sekä miten ja millaisiksi he kokevat hoitohenkilökunnan asenteet.

Tulosten mukaan asenteisiin olivat yhteydessä nuori ikä ja työtehtävä. Jatkotutkimuksissa voisi pyrkiä selvittämään, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että nuorten hoitajien asenteet ovat negatiivisempia, ja mitkä tekijät työnkuvassa vaikuttavat ikääntyvien ihmisten seksuaalisuuteen asennoitumiseen. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin vain osa tutkittavien taustatiedoista, joten jatkotutkimuksessa voitaisiin kartoittaa myös esimerkiksi uskontotaustaa, koska palvelutalon hoitohenkilökunnassa voi olla useiden eri uskontokuntien edustajia. Eri uskonnoissa voi olla erilainen arvomaailma ja käsitys seksuaalisuudesta. Koska ihmisen kokemus omasta seksuaalisuudesta saattaa olla myös yhteydessä muiden seksuaalisuuteen asennoitumiseen, voisi jatkotutkimuksessa kartoittaa myös tutkittavien omaa seksuaalihistoriaa.

Tutkimuksen aineisto kerättiin palvelutalojen hoitohenkilökunnalta, joten jatkotutkimusta voitaisiin tehdä erityyppisissä ikääntyville ihmisille tarkoitetuissa palveluissa. On mahdollista, että henkilökunnan asenteet vaihtelevat erilaisten palvelumuotojen välillä. Olisi syytä kartoittaa, mitkä tekijät vaikuttavat mahdollisiin asenteiden vaihteluihin eri laitosten välillä. Jatkotutkimuksessa voitaisiin kartoittaa tarkemmin koulutuksen yhteyttä ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan asennoitumiseen. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin vain tutkittavien koulutusaste, mutta jatkossa voisi selvittää tarkemmin millainen koulutustausta ja mahdollisen lisäkoulutus tutkittavilla on, ja onko se yhteydessä heidän asenteisiinsa. Tässä tutkimuksessa ei kartoitettu hoitohenkilökunnan tietoja ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta, mikä voisi olla myös jatkotutkimuksen aiheena, sillä tiedolla saattaa olla yhteyttä asenteisiin. Lisäksi jatkotutkimuksessa voitaisiin huomioida eri ammattikuntien asenteet. Ikääntyvien ihmisten parissa työskentelee runsaasti eri ammattikuntien edustajia, kuten lääkäreitä, erilaisia terapeutteja ja kuntoutuksen asiantuntijoita, joiden asenteet voivat vaikuttaa ikääntyvän ihmisen mahdollisuuteen toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan.

Tässä tutkimuksessa ei vertailtu naisten ja miesten asenteiden eroja ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Jatkotutkimuksessa voisi pyrkiä kartoittamaan eroavatko asenteet sukupuolen mukaan. Lisätutkimusta vaatisi myös se, onko ikääntyvän naisen tai miehen

seksuaalisuuteen asennoituminen erilaista. Tulevaisuudessa palvelutaloissa mahdollisesti seksuaalivähemmistöjen edustajien määrä kasvaa, joten olisi myös hyödyllistä tietää, miten hoitohenkilökunta asennoituu ikääntyvän homoseksuaalisuuteen.

Vaikka ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuteen asennoituminen olisikin suhteellisen positiivista, tulisi jatkossa kuitenkin kiinnittää huomiota vallitsevaan asenneilmapiiriin. Työyhteisössä tulisi pyrkiä tukemaan nuoria hoitajia, joille ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuden kohtaaminen voi olla haastavampaa kuin vanhempien hoitajien. Lisäksi palvelutaloissa olisi suotavaa keskustella ja kehittää ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuden kohtaamisen taitoja myös perushoitotyössä, ja luoda avoin ilmapiiri haasteellisten tilanteiden ja mahdollisesti ikääntyvän epäsovivan seksuaalisen käyttäytymisen käsittelemiselle. Seksuaalisuus on luonnollinen osa ihmisyyttä, mikä tulisi osata ottaa huomioon ikääntyvää ihmistä hoidettaessa. Hoitohenkilökunnan asenteet ja käsitykset ikääntymisestä ja seksuaalisuudesta, eivät saisi olla ikääntyvän ihmisen seksuaalisuuden toteuttamisen esteenä, vaan hoitohenkilökunnan tavoitteena olisi tukea ja edistää ikääntyvien ihmisten seksuaaliterveyttä. Tulevaisuudessa ikääntyvät ihmiset saattavat olla enemmän tietoisia omasta seksuaalisuudestaan, joten hoitohenkilökunnalla tulisi olla myös valmiuksia ja oikea asenne kohdata ikääntyvien ihmisten seksuaalisuus ja taitoa vastata ikääntymiseen ja seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin.

LÄHTEET

Aizenberg D, Weizman A, Barak Y. Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sex Disabil* 2002;20:185-89.

Allen RS, Petro KN, Phillips LL. Factors influencing young adults' attitudes and knowledge of late-life sexuality among older women. *Aging Ment Health* 2009;13:238-45.

Archibald C. Sexuality and dementia in residential care - whose responsibility? *Sexual Relationship Therapy* 2002;17:301-9

Bauer M, Nay R, McAuliffe. Catering to love, sex and intimacy in residential aged care: What information is provided to consumers? *Sex Disabil* 2009;27:3-9.

Bauer M. Their only privacy is between their sheets. *J Gerontol Nurs* 1999;25:37-41.

Benbow S, Jagus CE. Sexuality in older women with mental health problems. *Sexual Relationship Therapy* 2002;17:261-70.

Blagosklonny MV, Campisi J. Cancer and aging. More puzzles, more promises? *Cell Cycle* 2008;7:2615-18.

Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham Study of Sexuality & Ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual Relationship Therapy* 2006;21:149-161.

Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual Relationship Therapy* 2007;22:45-60.

Burgess EO. Sexuality in midlife and later life couples. Teoksessa Harvey JH, Wenzel A, Sprecher S (toim.) *The handbook of sexuality in close relationships*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates 2004:437-54.

Dalteg T, Benzein E, Fridlund B, Malm D. Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. *Eur Jour Cardiovasc Nurs* 2011;10:140-49.

Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL. *Handbook of sexuality-related measures*. California: SAGE,1998.

Deacon S, Minichiello V, Plummer D. Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. *Educ Gerontol* 1995;21:497-513.

DeLamater J, Moorman SM. Sexual behavior in later life. *J Aging Health* 2007;19:921-45.

DeLamater J, Sill M. Sexual desire in later life. *JSR* 2005;42:138-49

Dello Buono M, Zaghi PC, Padoani W, Scocco P, Urciuoli, Pauro P, De Leo D. Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106-years-old. *Arch Gerontol Geriatr suppl* 1998;6:155-62.

Ehrenfeld M, Bronner G, Tabak N, Alpert R, Berman R. Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nurs Ethics* 1999;6:144-49.

Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessel H, Gatcom P, Rutledge B, Chan KL, Cleary PA. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:780-85.

Fisher TD, Hall RG. A scale for the comparison of the sexual attitudes of adolescent and their parents. *J Sex Research* 1988;24:90-100.

Glass JC, Mustitian RD, Carter LR. Knowledge and attitudes of healthcare providers toward sexuality in the institutionalized elderly. *Educ Gerontol* 1986;12:465-76.

Glass JC, Webb ML. Health care educators' knowledge and attitudes regarding sexuality in the aged. *Educ Gerontol* 1995;21:713-33.

Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feely V. Sexuality in older adults: behaviors and preferences. *Age Ageing* 2005;34:480-85.

Goldstein-Lohman H, Aitken MJ. Influence on knowledge and attitude toward older adult sexuality. *Phys Occup Ther Geriatr* 1995;13:51-62.

Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 2003;56:1617-28.

Gott M. Sexuality, sexual health and ageing. *Rethinking sexuality*. Maidenhead: Open University Press, 2005.

Greenberg JS, Bruess CE, Haffner DW. Exploring the dimensions of human sexuality. 2. painos. USA: J & B Publishers, 2004.

Haeberle EJ. *The sex atlas*. New York: Continuum, 1983.

Hayter M. Is non-judgmental care possible in the context of nurses' attitudes to patients' sexuality? *J Adv Nurs* 1996;24:662-66.

Heikkinen E. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia*. 2. uud. painos. Helsinki: Duodecim, 2008:333-45.

Hendrick C, Hendrick SS, Reich DA. The brief sexual attitudes scale. *J Sex Research* 2006;43:76-86.

Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 2003;42:280-86.

Hillman JL, Stricker G. A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: Not necessarily a uniform relationship. *Gerontologist* 1994;32:256-60.

Holmes D, Reingold J, Teresi J. Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study. *Int J Geriatric Psych* 1997;12:695-701.

Hovatta O, Ojanlatva A. Seksuaalisuus kuuluu elämään, opetukseen ja työhön. Teoksessa Hovatta O, Ojanlatva A, Pelkonen R, Salmimies P (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 1995:7-11.

Hudson WW, Murphy GG. Sexual attitude scale. Teoksessa Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL (toim) *Handbook of sexuality-related measures*. California: SAGE,1998:83-4.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu, STM 2008:3. Helsinki: yliopistopaino.

Ilmonen T, Nissinen J. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 2006a:432-57.

Ilmonen T, Nissinen J. Sanasto. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 2006b:432-57.

Jagus CE, Benbow S. Sexuality in older men with mental health problems. *Sexual Relationship Therapy* 2002;17:271-79.

Jokela V. Iäkkäiden seksuaalisuus - hoitohenkilökunnan käsityksiä ja asenteita. *Hoitotieteen pro gradu -työ*. Turun yliopisto, 1992.

Jyväskylän yliopiston eettiset periaatteet. Hyväksytty yliopiston hallituksen kokouksessa 25.1.2012. https://www.jyu.fi/hallinto/strategia/periaatteet/eettiset_periaatteet/view

Kellokumpu-Lehtinen P, Väisälä L, Hautamäki K. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 2003;119:237-46.

Kivelä SL, Salmi T. Seksuaalisuus ja ikääntyminen. Teoksessa Hovatta O, Ojanlatva A, Pelkonen R, Salmimies P (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 1995:69-76.

Kiviluoto P. Ikääntyvien seksuaaliterveys. Teoksessa Kontula O, Lottes I (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Helsinki: Tammi 2000:307-18.

Kontula O. Ikäihmistenkin seksielämä on aktiivista ja tyydyttävää. *Duodecim* 2009;125:749-56.

Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging in human sexual activity and sexual desire. *JSR* 2009;46:46-56.

Koponen H. Vanhusten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja hoito. *Suom Laakaril*

2002;48:4925-7.

Laiho M, Saksela E. Perimän vauriot, vanheneminen ja syöpä - erottamaton kolmikko. *Duodecim* 2007;123:1535-6.

Langer-Most O, Langer N. Aging and sexuality: How much do gynecologists know and care. *J Women Aging* 2010;22:283-9.

Lauman EO, Paik A, Glasser DB, Kang J-H, Wanf T, Levinson B, Moreira ED, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Arch Sex Behav* 2006;35:145-61.

Lindau ST, Schum P, Lauman EO, Levinson W, C O'Muicheartaigh, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762-74.

Low LPL, Lui MHL, Lee DTF, Thompson DR, Chau JPC. Promoting awareness of sexuality of older people in residential care. *Electronic J Hum Sex* 2005;24:8.

Mattiasson AC, Hemberg M. Intimacy - Meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nurs Ethics* 1998;5:527-34.

McLean AH. What kind of love is this? *Sciences* 1994;34:36-9.

Meston CM. Aging and sexuality. *Successful aging. West J Med* 1997;167:285-290.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. [e-kirja] Opiskelijalaitos 2011 [haettu 12.3.2012] Helsinki: International Methelp oy.

Miles SH, Parker K. Sexuality in the nursing home: Iatrogenic Loneliness. *Generations* 1999;23:36-43.

Milline CM. Attitudes of nursing staff in a long term care facility regarding sexual expression in the elderly. Masters thesis of Nursing science. University of Alaska Anchorage, 2007.

Miller WR, Lief HI. The sex knowledge and attitude test (SKAT). Abstract. *JSMT* 1979;5:3.

Mitty E, Flores S. Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatr Nurs* 2008;5:342-49.

Morley JE. Sexuality and aging. Teoksessa Pathy JMS, Sinclair AJ, Morley JE (toim) *Principles and practice of geriatric medicine*. 4. painos. [elektroninen kirja] 2006 [haettu 19.10.2010] DOI: 10.1002/047009057X.

Niemi M. Seksuaalisuus, suvunjatkaminen ja arvot. Teoksessa Hovatta O, Ojanlatva A, Pelkonen R, Salmimies P (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 1995:12-16.

Niskanen L, Haanpää M, Partanen J, Pikkarainen P, Rönnemaa T, Taari K, Tulokas T,

Vähätalo M. Diabeettisen neuropatian diagnostiikka- ja hoitosuositus Osa II: Autonominen neuropatia. *Suom laakaril* 2000;55:179-86.

Pankarinkangas K. Leskien keski-iässä tai myöhemmällä iällä solmimat uudet avioliitot: seurantatutkimus. Itä-Suomen yliopisto. *Dissertations in education, humanities, and theology*: 2011;19.

Peate I. Sexuality and sexual health promotion for older person. *Brit J Nursing* 2004;13:188-93.

Pellinen S, Rosenberg-Ryhänen L. Rintasyöpäpotilaan opas. Rintasyöpä ja sen hoito, sairauden vaikutukset elämään, seksuaalisuus ja parisuhde. Suomen Syöpäpotilaat ry. Redfina 2011.

Rautasalo E. Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja 2008;19.

Rautiainen H. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 2006:226-237.

Rheume C, Mitty E. Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatr Nurs* 2008;29:342-49.

Roach SM. Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses. *J Adv Nurs* 2004;48:371-79.

Rosenberg L. Eturauhassyöpäpotilaan opas, eturauhassyöpä ja sen hoito ja sairauden vaikutukset elämään. Suomen Syöpäpotilaat ry. Painotalo Miktor, 2008.

Rosenberg L. *Seksuaalisuus ja syöpä*. Suomen Syöpäpotilaat, 2007.

Ryttyläinen K, Valkama S. *Seksuaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Edita, 2010.

Saarelma O. *Eturauhassyöpä*. Lääkärikirja Duodecim 2011.

Sachs BC. Aging well. *Psychosomatic* 1983;24:225-30.

Seudulliset vanhuspalveluiden strategiset linjaukset vuoteen 2030. Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kuntien vanhuspalveluiden kehittämishanke. Julkaisu 1/2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Sosiaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011*. Helsinki: STM:n julkaisuja 2007;17.

Steinke E. Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: a comparison of two studies. *J Adv Nurs* 1994;19:477-85.

Sulkava R, Viramo P, Eloniemi-Sulkava U. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Pdf-versio.

Espoo: Janssen-Cilag, 1999.

Tehy. Tietoa tehystä. [www-dokumentti] 2012 [haettu 23.5.2012] <http://www.tehy.fi/tehy/>.

Tonks A. Medicine must change to serve an ageing society. *BMJ* 1999;319:1450-51.

Vanhanen H. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja seksuaalisuus. *Duodecim* 2003;119:229-34.

Vanhusten palveluasumista koskevat elinkeinoharjoittajan ja kuluttajan väliset sopimukset. Kuluttajaoikeuden linjauksia. Kuluttajavirasto 2011.

Vehmanen L. Rintasyöpä:toteaminen ja ennuste. Lääkärikirja *Duodecim* 2009.

Voutilainen P, Kauppinen S, Sinervo T, Finne-Soveri H, Laine M, Ailasmaa R. Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Voutilainen P (toim) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakesin raportteja 2/2007.

Väyrynen R, Kuronen R. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010. Tilastoraportti 26:2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Walker BL. The relationship between staff religiosity and attitudes toward elderly sexuality. *Julkaisematon tutkimus*, 1998.

Walker BL, Harrington D. Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educ Gerontol* 2002;28:639-54.

Walker BL, Osgood NJ, Richardson JP, Ephross PH. Staff and elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. *Educ Gerontol* 1998;24:471-89.

Waltz T. Crones, dirty old men, sexy seniors: Representations of sexuality of older persons. *J Aging Ident* 2002;7:99-112.

Watters Y, Boyd TV. Sexuality in later life: opportunity for reflections for healthcare providers. *Sexual & Relationship Therapy* 2009;24:307-15.

Weeks DJ. Sex for the mature adult: health, self-esteem and countering ageist stereotypes. *Sexual & Relationship Therapy* 2002;17:231-40.

White CB. Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Arch Sex Behav* 1982a;1:11-21.

White CB. A Scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Arch Sex Behav* 1982b;6:491-502.

White CB, Catania JA. Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int J Aging Hum Dev*

1982;15:121-38.

World Association For Sexual Health. Declaration of sexual rights. Hong Kong: WAS 1999.

World Association For Sexual Health. Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document. Minneapolis, MN, USA: WAS 2008.

World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva: WHO 2006.

Öberg P, Tornstam L. Attitudes toward embodied old age among Swedes. *Int J Aging Hum Dev* 2003;56:133-53.

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa



JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI
1 (3)

Sosiaali- ja terveystieteiden keskus

Tutkimuslupahakemus

ANOMUS ASIAKKAITA KOSKEVIEN TIETOJEN KÄYTTÖÖN TIETEELLISESSÄ TUTKIMUKSESSA

1) Tutkimuksen nimi:

Hoitohenkilökunnan asenteet ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan palvelutalo ympäristössä.

2) Tutkimuksen toteuttaja, tekijät ja ohjaajat:

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.

Tutkimuksen tekijä: Katri Lampinen, Taitoniekantie 13 J 120 40740 Jyväskylä, katri.s.lampinen@jyu.fi, puh. 044-0775099

Ohjaaja: Harri Suominen LitT, dos. Liikuntagerontologian professori, Rautpohjankatu 8 LL-224 40700 Jyväskylä, harri.k.suominen@jyu.fi, puh. 040-8053595

3) Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja ajoitus:

Seksuaalisuus muuttuu ikääntymisen myötä, mutta kyky ilmaista ja nauttia siitä säilyvät. Hoitohenkilökunnan asennoituminen ja käsitykset ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta vaikuttavat siihen, miten ikääntyvät ihmiset ilmaisevat, toteuttavat ja kokevat seksuaalisuuden. Mahdollisuus toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan on yhteydessä ikääntyvän ihmisen hyvinvointiin. Suomessa on tutkittu hyvin vähän hoitotyöntekijöiden asennoitumista ikääntyvien seksuaalisuutta kohtaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella palvelutalo ympäristössä toimivien hoitotyön ammattilaisten asennoitumista ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa onko hoitohenkilökunnan taustoilla (iällä, sukupuolella, siviilisäädellä, koulutuksella, työtehtävällä, työkokemuksella) yhteyttä ikääntyvien seksuaalisuuteen asennoitumiseen. Aineisto kerätään vuoden 2011 loppuun mennessä, ja analysoidaan kevään 2012 aikana. Lopullinen raportointi tapahtuu viimeistään kesän 2012 loppuun mennessä.

4) Tutkimusaineisto:

Aineisto kerätään Jyväskylän kaupungin tehostetun ja tuetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunnalta. Tutkimusaineiston keräämiseen käytetään kyselylomaketta, joka on suomennettu Charles B. White:n luvalla hänen kehittämästään ASKAS (Aging and Sexuality Knowledge and Attitude Scale) (1982) -mittariston asenteita mittaavasta osiosta. Kyselyyn vastataan anonyymisti, eikä palvelutalojen tietoja yksilöidä tutkimuksen raportoinnissa. Hoitohenkilökunta vastaa 26:een väittämään, jotka liittyvät ikääntyvien seksuaalisuuteen. Lisäksi kartoitetaan vastaajien sukupuoli, siviilisäätty, ikä, koulutus, työtehtävä ja työkokemus. Char-



JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI
2 (3)

Tutkimuslupahakemus

Sosiaali- ja terveystalvelukeskus

Ies B. White (1982) on todennut ASKAS-mittariston olevan validi ja reliaabeli mittari tarkastelemaan erityisesti ikääntyvien kanssa työskentelevin asenteita. Kyseistä mittaria ei ole käytetty Suomessa aiemmin. Tavoitteena olisi kerätä aineisto loppuvuoden 2011 aikana. Aineisto käsitellään ja analysoidaan kevään 2012 aikana. Tutkimustulokset raportoidaan viimeistään kesällä 2012.

5) Tutkimusaineiston suojaus, säilyttäminen ja hävittäminen:

Aineistoa tulee käsittelemään ainoastaan tutkimuksen tekijä ja pro-gradu tutkimuksen ohjaaja. Aineisto tulee olemaan vain tutkijan hallussa, ja sitä säilytetään tutkimuksen raportointiin ja sen hyväksymiseen saakka eli kesän 2012 loppuun. Aineisto hävitetään silppurilla viimeistään 1.1.2013. Aineistoon liittyviä tietoja ei tulla välittämään ulkopuolisille henkilöille missään muodossa.

6) Palaute tuloksista.

Pro-gradu tutkimuksen hyväksymisen jälkeen, Jyväskylän yliopiston kirjasto julkaisee tutkimusraportin sähköisessä muodossa. Tutkimusraportti on siis kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tahojen nähtävissä internetissä.

7) Sitoumukset

Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. En myöskään käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus. En luovuta henkilötietoja sivulliselle. Tietoja käytän vain kohdassa 4 määriteltynä aikana ja suojaan, säilytän ja hävitän tiedot edellä kuvatusti.

Päiväys 10.11 / 2011

Kalle Lampinen

Allekirjoitus

Lupa voidaan postittaa vain yhdelle henkilölle, jos on useampi hakija ei kyllä, kenelle:

Nimi ja osoite:



JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI
3 (3)

Sosiaali- ja terveystalvelukeskus

Tutkimuslupahakemus

Liitteenä Tutkimussuunnitelma

Tutkimuslupa myönnetty:

Jyväskylässä 18 / 11 20 11

Sosiaali- ja terveystalvelukeskus
Vastuualuejohtaja

Liite 2: Kyselylomake ja saatekirje

Arvoisa vastaaja!

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa palvelutaloympäristössä työskentelevän hoitohenkilökunnan asenteita ikääntyvien ihmisten seksuaalisuutta kohtaan. Tutkimukseen osallistuu Jyväskylän kaupungin tehostetun ja tuetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunta. Kysely liittyy Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen Pro gradu - tutkielmaan

Vastaukset annetaan nimettömästi ja tietoja käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Tietoja käsitellään täysin luottamuksellisesti ja vastaajien yksityisyyttä kunnioittaen. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät ole raportoinnissa tunnistettavissa. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta vastaaminen on toivottavaa riittävän aineiston ja luotettavan tuloksen saavuttamiseksi.

Lomakkeen täyttämiseen menee noin 10-15 minuuttia. Kyselylomake koostuu 6:sta vastaajan taustoja kartoittavasta kysymyksestä ja 26:sta ikääntymiseen ja seksuaalisuuteen liittyvästä väittämästä. Sinun tulee ympyröidä sinua tai omaa näkemystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Toiveena on, että jokainen täyttää lomakkeen itsenäisesti, ja kyselyyn vastattuaan palauttaa täytetyn lomakkeen sille varattuun kirjekuoreen. **Vastaukset toivotaan xx.xx.2011 mennessä.**

Pro gradu tutkielman valmistumisen ja hyväksymisen jälkeen tutkimustulokset ja raportti ovat kaikkien kyselyyn osallistuneiden luettavissa Jyväskylän yliopiston kirjaston internetsivustolla. Jokaista tutkimukseen osallistunutta yksikköä informoidaan tutkimusraportin valmistumisesta kevään 2012 aikana. Lisätietoja tutkimuksesta saa allekirjoittaneelta.

Etukäteen vastauksistanne ja ajastanne kiittäen:

Katri Lampinen
Gerontologia ja kansanterveys
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
katri.s.lampinen@jyu.fi

Ohjaaja:
Harri Suominen LitT, dos
Liikuntagerontologian professori
harri.k.suominen@jyu.fi
040-8053595

Vastaa rengastamalla sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto. Muutamassa kysymyksessä vastaus tai vastauksen tarkennus kirjoitetaan sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli

1 Nainen

2 Mies

2. Ikä: _____ vuotta**3. Siviilisääty**

1 Naimaton

2 Avioliitossa/rekisteröidyssä parisuhteessa

3 Avoliitossa

4 Parisuhteessa

5 Eronnut

6 Leski

7 Muu, mikä? _____

4. Koulutus

1 Perusaste (kansa-, keski- ja peruskoulun tutkinnot)

2 Keskiaste (1-3 -vuotiset ammatilliset tutkinnot ja ammatilliset perustutkinnot)

3 Alempi korkeakoulututkinto (AMK)

4 Ylempi korkeakoulututkinto (YAMK, maisteri)

5 Muu, mikä? _____

5. Työtehtävä

1 Hoitoavustaja tms.

2 Perushoitaja/Lähihoitaja

3 Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja

4 Osastonhoitaja/Esimiestehtävissä

5 Muu, mikä? _____

6. Palvelusvuodet/Työkokemus: _____ vuotta

Vastaa rengastamalla omaa näkemystäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero (asteikolla 1= täysin samaa mieltä - 5=täysin eri mieltä).

Vastaa jokaiseen väittämään vain **yhdellä vaihtoehdolla**.

Jos erehdyksestä tai muusta syystä merkitset **väärän vaihtoehdon, mitätöi se yliviivaten**.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
7. Ikääntyneiden ihmisten kiinnostus seksuaalisuuteen on vähäistä (ikäntynyt = 65+ vuotta).	1	2	3	4	5
8. Ikääntynyt ihminen nolaa itsensä, jos osoittaa seksuaalista mielenkiintoa.	1	2	3	4	5
9. Laitosten kuten palvelutalojen ei tulisi rohkaista tai kannustaa asukkaitaan minkäänlaiseen seksuaaliseen toimintaan.	1	2	3	4	5
10. Palvelutaloissa miesten ja naisten tulisi asua erillään, esimerkiksi eri kerroksissa tai eri osissa osastoa.	1	2	3	4	5
11. Palvelutaloilla ei ole velvollisuutta järjestää yksityisyyttä asukkaille, jotka haluavat olla yksin tai kumppaninsa kanssa.	1	2	3	4	5
12. Ikääntyessä (yli 65-vuotiaana) ihmisen kiinnostus seksuaalisuuteen vääjäämättä katoaa.	1	2	3	4	5
	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
13. Jos omaiseni asuisi palvelutalossa ja hänellä olisi seksuaalinen suhde toisen asukkaan kanssa, valittaisin siitä palvelutalon johdolle.	1	2	3	4	5
14. Jos omaiseni asuisi palvelutalossa ja hänellä olisi seksuaalinen suhde toisen asukkaan kanssa, siirtäisin omaiseni toiseen palvelutaloon.	1	2	3	4	5
15. Jos omaiseni asuisi palvelutalossa ja hänellä olisi seksuaalinen suhde toisen asukkaan kanssa, en puutuisi tilanteeseen, koska se ei ole minun huoleni.	1	2	3	4	5

Vastaa rengastamalla omaa näkemystäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero (asteikolla 1= täysin samaa mieltä - 5=täysin eri mieltä).

Vastaa jokaiseen väittämään vain **yhdellä vaihtoehdolla**.

Jos erehdyksestä tai muusta syystä merkitset **väärän vaihtoehdon, mitätöi se yliviivaten.**

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
16. En sijoittaisi omaistani sellaiseen palvelutaloon, jossa asukkaiden seksuaalinen toiminta sallitaan ja sitä tuetaan.	1	2	3	4	5
17. Ikääntyneiden ihmisten on moraalitonta harrastaa seksiä.	1	2	3	4	5
18. Haluaisin tietää enemmän ikääntymiseen liittyvistä seksuaalitoimintojen muutoksista.	1	2	3	4	5
19. Koen, että tiedän kaiken mitä tarvitsee tietää ikääntyneiden seksuaalisuudesta.	1	2	3	4	5
20. Jos tietäisin asukkaiden välillä olevan seksuaalisia suhteita, valittaisin siitä palvelutalon johdolle.	1	2	3	4	5
21. Kannattaisin palvelutaloissa ikääntyneille suunnattua seksuaalikasvatusta.	1	2	3	4	5
22. Kannattaisin palvelutalon henkilökunnalle suunnattua seksuaalikasvatusta.	1	2	3	4	5
23. Itsetyydytys on hyväksyttävää seksuaalista toimintaa miehillä.	1	2	3	4	5
24. Itsetyydytys on hyväksyttävää seksuaalista toimintaa naisilla.	1	2	3	4	5
25. Laitosten, kuten palvelutalojen, tulisi tarjota riittävän leveitä vuoteita pariskunnille, jotka haluavat nukkua vierekkäin.	1	2	3	4	5
26. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi koulutusta ikääntyvien/toimintarajoitteisten seksuaalisuudesta.	1	2	3	4	5

Vastaa rengastamalla omaa näkemystäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero (asteikolla 1= täysin samaa mieltä - 5=täysin eri mieltä).

Vastaa jokaiseen väittämään vain **yhellä vaihtoehdolla**.

Jos erehdyksestä tai muusta syystä merkitset **väärän vaihtoehdon, mitätöi se yliviivaten.**

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
27. Palvelutalon asukkaiden ei tulisi harjoittaa minkään tyyppistä seksuaalista toimintaa.	1	2	3	4	5
28. Laitosten kuten palvelutalojen tulisi luoda mahdollisuuksia miesten ja naisten välisellä sosiaaliselle kanssakäymiselle.	1	2	3	4	5
29. Itsetyydytys on haitallista ja sitä tulisi välttää.	1	2	3	4	5
30. Laitosten kuten palvelutalojen tulisi varmistaa, että asukkailla on riittävästi yksityisyyttä toteuttaa seksuaalisia tarpeitaan ilman pelkoa siitä, että heitä häiritään tai tarkkaillaan.	1	2	3	4	5
31. Jos omaiset eivät halua heidän leskeytyneen sukulaisensa olevan seksuaalisessa suhteessa toisen asukkaan kanssa, on hoitohenkilökunnan ja esimiesten tehtävä huolehtia, ettei tämän tyyppisiä suhteita pääse muodostumaan.	1	2	3	4	5
32. Avioliiton ulkopuoliset seksuaalisuhteet ovat aina väärin.	1	2	3	4	5

TARKISTATHAN vielä, että vastasit kaikkiin kysymyksiin.

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄ!