



Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksiin on Suomessa kiinnitetty huomiota ja niiden edistämiseksi on julkaistu kansallinen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksessa saadaan perusvalmiudet muun muassa seksuaalisuuden puheeksiottoon asiakkaiden kanssa. Toisaalta kuitenkin näyttää siltä, että käytännön tasolla tarvitaan lisää osaamista seksuaalisuutta koskevien kysymysten käsittelyyn. Potilaat ja asiakkaat odottavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa ja valmiuksia kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Keskustelua käydään harvoin ja useimmiten potilaan aloitteesta, vaikka aloitetta odotetaan ammattilaisilta. Ammattilaisilla on useita puheeksi ottamisen malleja apuvälineeksi käytännön työhön. Puheeksi ottamisen välineenä on Suomessa käytetty Plissit-mallia, joka määrittää puheeksi ottamisen tasoja ja ammattilaisilta edellytettävää osaamista. Vähemmän käytetty Better -malli taas tukee ohjaustilanteen rakenteen jäsentämistä ja ohjaustilanteen systemaattista etenemistä. Better-mallin avulla ohjaustilanne jäsentyy yksityiskohtaisesti ja malli sisältää myös kirjaamisen veloitteen, jolloin hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden seuranta mahdollistuu. Terveydenhuollon koulutuksissa tulee systemaattisesti vahvistaa seksuaalisuuden puheeksi ottamisen menetelmällistä osaamista.

Asiasanat: seksuaalisuus, seksuaalineuvonta, PLISSIT-malli, Better-malli

**MAARIT SINISAARI-ESKELINEN, MAIJA-RIITTA JOUHKI, PIRJO TERVO,
LEENA VÄISÄLÄ**

JOHDANTO

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä. Yhdistyneiden kansakuntien Maailman terveysjärjestö eli World Health Organization (WHO) on määritellyt seksuaalisuuden siten, että se pitää sisällään sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja -roolin, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, intimititeetin ja lisääntymisen (1). Seksuaalisuus koetaan ja ilmaistaan muun muassa ajatusten, fantasioiden, halujen, käyttäytymistapojen, erilaisten roolien ja ihmissuhteiden kautta. Seksuaalisuutta voidaan tarkastella myös biologisesta, psykologisesta ja sosiokulttuurisesta näkökulmasta (2). WHO:n seksuaaliterveyden määritelmä noudattelee yleistä terveyden määritelmää pitäen sisällään fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin (1).

Seksuaaliterveys ei ole vain sairauden tai toimintakyvyn poissaoloa, vaan positiivista ja kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuutta, seksuaalisia suhteita ja kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia kohtaan.

Suomessa seksuaaliterveyteen ja sen edistämiseen on kiinnitetty huomioita jo pitkään; Suomi on ensimmäinen eurooppalainen maa, jossa julkaistiin kansallinen toimintaohjelma väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi vuonna 2007 (3). Toimintaohjelman väliarviointi julkaistiin vuonna 2010 (4) ja sen perusteella toimintaohjelma päivitettiin vuonna 2014 (5). Molempien toimintaohjelmien päätavoitteena on väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos nostaa uusimmassa

toimintaohjelmassaan (5) keskeisiksi ohjauksen painopistealueiksi lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksen ja -ohjauksen, monikulttuurisuuden huomioimisen ohjauksessa, miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä hyvän syntymän.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistetään seksuaalikasvatuksella (5). Seksuaalikasvatuksen määrittämään olevan ohjausta, valistusta, opetusta ja neuvontaa (6). Palvelujärjestelmän tasolla tämä tarkoittaa seksuaalisuutta koskevien asioiden puheeksi ottamista suunnitelmallisesti niin ennaltaehkäisevässä työssä kuin peruspalveluissa sekä erikoissairaanhoidossa asiakkaiden kaikissa elämänvaiheissa (5). Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten toimintana tämä tarkoittaa muun muassa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kykyä ottaa seksuaalisuus puheeksi tutkimus-, hoito- ja ohjaustilanteissa. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on aiheen esille nostamista ja siihen liittyvää ohjausta. Se voi olla seksuaalikasvatus, -ohjausta, -neuvontaa tai -terapiaa monenlaisissa vuorovaikutustilanteissa, joita toteuttaa koulutuksen saanut henkilö. Tässä artikkelissa keskitytään ammatilliseen seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen terveydenhuollossa.

Lukuisissa kansainvälisissä, mutta myös kansallisissa seksuaalisuutta ja sen puheeksi ottamista koskevissa tutkimuksissa tuodaan selkeästi esille, että erilaiset potilasryhmät odottavat terveydenhuollon ammattilaisilta tukea, tietoa ja lupaa kysyä myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (7,8,9,10,11,12). Asiakkaiden syyt hakea apua ja hoitoa seksuaali- ja ihmissuhdeongelmiinsa kohdistuvat muun muassa parisuhdeasioihin, omaan tunne-elämään ja tyytymättömyyteen omaan kehoon ja sen toimintaan (7, 9, 11). Toimintakykyyn liittyviä miesten ongelmia ovat muun muassa erektio-ongelmat, siemensyöksyihin liittyvät ongelmat (13) ja seksuaalinen riippuvuus. Naisilla yleisempiä syitä avun ja neuvonnan hakemiseen ovat seksuaalinen haluttomuus, tyytymättömyys omaan kehoon, orgasmihäiriöt ja yhdyntäkivut (14), jotka liittyvät vahvasti seksuaaliseen toimintakykyyn ja omaan käsitykseen siitä. Miesten ja naisten yhteisiä yleisiä syitä hakea apua ovat parisuhdeongelmat, tunne-elämän ongelmat ja heikko itsetunto (9, 11, 15).

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat liittyvät usein myös ikääntymiseen ja erilaisiin sairauksiin. Ohjattaessa potilaita sairauksien, kuten diabe-

teksen, syövän tai sydän- ja verisuonitautien seurauksista ja hoidoista, tulisi käsitellä myös niiden vaikutuksia seksuaalisuuteen. Potilaat kokevat tarvitsevansa enemmän tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen kuin mitä he saavat. Tutkimusten mukaan (11) he myös odottavat, että terveydenhuollon ammattilaiset tekevät aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Ohjauksen toivotaan olevan yksilöllistä, ammatillista ja osana hoitosuunnitelmaa (7, 11, 16). Ohjauksessa tulee huomioida myös potilaan kumppani ja lähiomaiset (11). Terveydenhuollon ammattilaiset tietävät seksuaalisuuteen liittyvän keskustelun potilaiden kanssa kuuluvan työhönsä, mutta silti todellisuudessa keskustelua käydään harvoin. He arvioivat tämän johtuvan muun muassa ajan ja koulutuksen puutteesta (11, 16).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksessa seksuaalisuuden puheeksiottoa käsitellään jonkin verran. Varsinainen seksologian osaaminen hankitaan täydennyskoulutuksena, joka pohjautuu pohjoismaiseen seksologian alan NACS (Nordic Association for Clinical Sexology) koulutusohjelmaan (17). Koulutus on rakennettu kolmiportaisen mallin mukaisesti: seksuaalineuvonta-, seksuaaliterapia- ja kliininen seksologia-koulutus. Täydennyskoulutus on alkanut Sexpo-säätiön toimesta vuonna 1971 (18). Seksologian alan täydennyskoulutuksen kehittymistä Suomessa on ollut mahdollista seurata kahden ammattikunnalle suunnatun kyselyn avulla (19). Näiden kyselyiden mukaan kiinnostus seksologian alan kouluttautumiseen on lisääntynyt 2000-luvulla jatkuvasti. Täydennyskoulutukseen hakeudutaan useasta eri terveydenhuollon ammattiryhmästä (19). Tulosten perusteella näyttää sille, että suomalaisen seksologian ydinryhmän muodostavat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, lääkäreiden osuus näyttäisi vähentyneen. Kyselyyn (19) vastanneista suurin osa kykeni soveltamaan seksologian alan koulutuksen tuomaa osaamista päivittäin työssään. Tämä tarkoittaa sitä, että valmiuksia seksuaaliongelmiin liittyvään neuvontaan ja hoitoon on ollut viime vuosina saatavilla. Toisaalta mm. (20) Hautamäen tulosten mukaan asiakkaat eivät kuitenkaan ole saaneet tarpeitaan vastaavaa palvelua, minkä kerrottiin johtuvan muun muassa ajan ja koulutuksen puutteesta. Koulutuksen tarpeen ovat nostaneet esille myös mm. Vuola

(21) ja Väisälä (15), jonka mukaan seksologista osaamista tulisi kehittää systemaattisesti lisäämällä asian opetusta niin peruskoulutuksessa kuin jatko-opinnoissa. Näyttää siltä, että tarvitaan koulutusta ja tukea seksuaalisuuden johdonmukaiseen puheeksi ottamiseen (14, 15) ja lisäksi ohjaustilanteet tulisi jäsentää käyttämällä puheeksi ottamisen malleja.

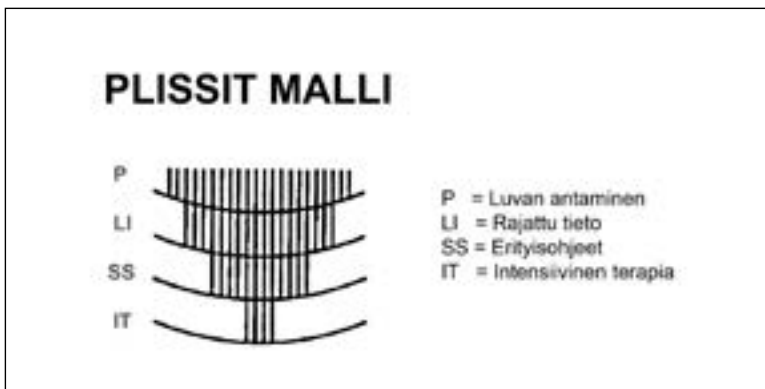
Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata kahta yleisimmin käytettyä ja tunnetuinta seksuaalisuuden puheeksi ottamisen ja ohjaus- ja neuvontatilanteiden jäsentämisen mallia ja pohdita niiden käyttöä seksuaalisuuden puheeksiottos- ta. Tavoitteenamme on edistää näyttöön perustavaa puheeksi ottamista teoreettisten mallien avulla.

PLISSIT-MALLI

Suomessa tunnetuin ja käytetyin seksuaalisuuden puheeksiottamisen malli näyttää olevan amerikkalaisen Jack Annonin vuonna 1976 (22) kehittämä Plissit-malli (3, 5, 11, 23, 24, 25, 26). Mallia ovat myöhemmin kehittäneet edelleen mm. Taylor ja Davis (27). Tässä artikkelissa keskitymme alkuperäiseen Jack Annonin kehittämään malliin. Annonin malli (kuvio 1) sisältää neljä eri tasoa, joilla seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia ja kysymyksiä voidaan lähestyä. Tasot ovat **P = Permission** (luvan antaminen), jolla annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta ja normalisoidaan huolenaiheita, **LI = Limited Information** (rajattu tieto), joka tarkoittaa tiedon antamista johonkin asiakkaan tai potilaan rajattuun ongelmaan, **SS = Specific Suggestions** (erityisohjeet) tasolla annetaan erityisohjeita tai harjoituksia, joiden avulla

pyritään muutokseen potilaan tai asiakkaan tilassa. **IT = Intensive Therapy** (intensiivinen terapia) taso tarkoittaa pitkäkestoista seksuaaliongelman hoitamista erilaisilla terapiamenetelmillä, joiden teoreettiset lähtökohdat voivat olla erilaisia. Mallin tasoilla (ks. kuvio 1) oleva pylväiden määrä kuvaa asiakastapauksia eli suhteellista asiakasmäärää ja heidän esille ottamiaan seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä kullakin tasolla. Kuvios- ta voidaan havaita, että suurinta osaa asiakkaista voidaan auttaa jo mallin ensimmäisellä tasolla. Luvan antaminen ja Rajattu tieto kuuluvat joka- päiväiseen hoitotyöhön ja potilaan kohtaamiseen. Valmiudet Luvan antamisen – ja Rajatun tiedon tasolla toimimiseen ja potilaan ohjaamiseen terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat peruskoulutuksessa. Valmiudet toimia Erityisohjeiden tasolla saadaan täydennyskoulutuksessa. Intensiivinen terapia edellyttää terapeutilta seksuaaliterapeutin tai kliinisen seksologin osaamista.

Plissit-malli on todettu tehokkaaksi ja toimivaksi puheeksi ottamisen välineeksi (28, 29). Tämän mallin erityinen hyöty on siinä, että se jäsentää seksuaalisuuden puheeksiotossa tarvittavaa ammatillisen osaamisen tasoa suhteessa asiakkaiden ongelmiin. Mallia on käytetty ja tutkittu erilaisilla potilas- ja asiakasryhmillä. Mallia on hyödynnetty seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa ja hoidon suunnittelussa mm. sydän- sairautta (30) ja eturauhassyöpää (13, 31) sairastavien sekä suuren leikkauksen läpi käyneiden potilaiden (32) kanssa. Lisäksi sitä on käytetty seksuaaliongelmista kärsivien naisten diagno- soinnissa ja hoidossa (33). Avannepotilaiden (34, 35) ahdistus ja huoli omasta seksuaalisesta



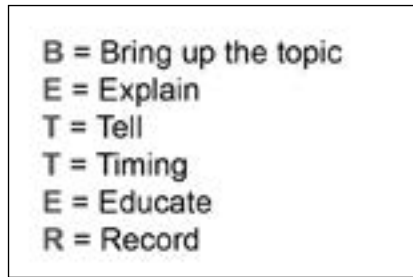
Kuvio 1. Plissit-malli: neljä seksuaalisuudesta puheeksiottamisen tasoa (Annon 1976)(22)

kyvykkyydestä ja viehättävyydestä väheni (28) ja elämän loppuvaiheen elämänlaatu parani, kun mallia hyödynnettiin potilaiden hoidossa (36). Gynekologista syöpää sairastaville naisille on kehitetty opetusmateriaalia Plissit-mallia käyttäen (37, 38) ja mallia on käytetty työvälineenä myös synnytysvalmennuksen kehittämisessä (39).

Plissit-malli määrittää sekä terveydenhuollon ammattilaisten osaamista että asiakkaiden huolenaiheiden tasoa, mutta se ei anna välineitä ohjaustilanteen rakenteelliseen suunnitteluun, kuten puheeksi ottamisen kulkuun ja vaiheisiin. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä olisi hyvä olla selkeä jäsenitys ohjaustilanteessa kuinka seksuaalisuus otetaan puheeksi ja kuinka ohjaustilanne etenee (7, 40).

BETTER-MALLI

Mickin kehittämä Better-malli (kuvio 2) on suunniteltu konkretisoimaan puheeksi ottamisen kulkua ja vaiheita jäsentämällä sen vaiheet yksityiskohtaisesti. Better-malli (41, 42, 43, 44), muodostuu kuudesta vaiheesta, jotka seuraavat toisiaan prosessinomaisesti. Ensimmäinen vaihe on **Asian puheeksiotto (Bring up the topic)**, jossa luodaan otollinen ilmapiiri seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen. Toisessa vaiheessa, **Huolen ilmaisu (Explain)**, asiakkaalle kerrotaan, miksi asian esille ottoa pidetään tärkeänä sekä tarjotaan hänelle mahdollisuus kertoa eri huolenaiheistaan. **Asiasta kertomisen vaiheessa (Tell)** käsitellään asiakkaan esille tuomia huolenaiheita sekä niiden ratkaisutapoja. Tässä vaiheessa ammattilainen kuvaa oman osaamisensa rajoja ja myös sen, että asiakkaan tarvitsemaa tietoa on aina mahdollista selvittää lisää. **Oikea-aikaisuuden vaiheessa (Timing)** puheeksi ottamista tarkastellaan asioiden käsittelyn ajoituksen näkökulmasta. Asiakkaan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että hän tietää voivansa ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä asioita silloin, kun se sopii hänelle parhaiten. Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta herkkyyttä tunnistaa puheeksi ottamisen oikea-aikaisuus (40). Seksuaalisuutta tulee käsitellä hoidon eri vaiheissa ja annettua tietoa syventää potilaan yksilöllisessä tilanteessa (43). **Ohjauksen vaihees-**



Kuvio 2. Better-malli: ohjaustilanteen vaiheet (43)

sa (Educate) asiakkaalle kerrotaan muun muassa sairauden ja hoitojen vaikutuksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista, ohjataan esimerkiksi erilaisten apuvälineiden ja liukasteiden käyttöä tai/sekä erilaisia hellyysharpoituksia. **Kirjaamisen vaihe (Record)** sisältää käydyin ohjauskeskustelun ja käsiteltyjen asiasisältöjen kirjaamisen ja ohjaustilanteen arvioimisen potilasasiakirjoihin (40).

Better-mallin on todettu vahvistavan asiakaslähtöisyyttä ja helpottavan seksuaalisuuden puheeksiottamista. **Se tarjoaa hyvän jäsennyksen ohjaustilanteelle.** Lisäksi malli on yksinkertainen ja helposti omaksuttava, minkä vuoksi sen käyttöönotto ei vaadi pitkäkestoista kouluttautumista (45). Better-malliin kuuluu ohjaustilanteen viimeisenä rakenteellisenä vaiheena ohjauksen kirjaaminen, jolla asiakkaan hoidon jatkuvuus ja yksilöllisyys turvataan. Laadukas kirjaaminen antaa kuvan asiakkaan ongelmista, hoidon tavoitteista ja tuloksista, jolloin tehtyjen interventioiden vaikutuksia voidaan seurata (46).

Taulukossa 1. esitetään konkreettisia ehdotuksia keskustelussa käytettävistä lauseista kun puheeksi otossa käytetään Better-mallia.

Better-mallia on käytetty vähemmän kuin Plissit-mallia, mutta sitä on hyödynnetty mm. syöpä- (43) ja mielenterveysasiakkaiden ohjauksessa (45, 47). Mallin rakennetta on kritisoitu ohjaustilanteen kulkua määrääväksi, toisaalta rakenteen on todettu helpottavan seksuaalisuuden puheeksiottamista terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta (45).

Taulukko 1. Better-mallin sisältöalueiden esimerkkikysymykset

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

POHDINTA

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (5) korostetaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmien olevan yhteydessä muihin hyvinvointiongelmiin. Seksuaalisuus on läsnä ihmisen koko elämänkaaren ajan, aina – jokaisessa tilanteessa. Kun ihminen voi fyysisesti hyvin ja tuntee tulleen hyväksytyksi omansa itsenään niin henkilökohtaisesti kuin myös yhteisön jäsenenä, hän voi hyvin.

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tärkeydestä alkaa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa olla yksimielisyys. Se kuuluu osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja se tulee huomioida hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tutkimusten mukaan asiakkaat ja potilaat toivovat ammattilaisten ottavan keskustelussa aktiivisen roolin, mikä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon henkilöstöllä on vastuu seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. Henkilöstöltä toivotaan potilaslähtöisyyttä, ammatillista

otetta ja suunnitelmallisuutta (11). Henkilöstö kokee kuitenkin yhä puheeksi ottamisen haastavaksi (11), sillä se koskettaa asiakkaan yksityisyyttä ja tarvittavaa osaamista ja aikaa puheeksi ottamiseen ei aina ole. Terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee konkreettisia välineitä seksuaalisuuden puheeksiottoon. Tässä artikkelissa olemme käsitelleet kahta puheeksiottamisen mallia ja niiden keskinäistä hierarkkista suhdetta. Plissit-malli jäsentää ohjaajan osaamista ja asiakkaan ongelmien tasoa ja yleisyyttä. Kun asiakkaan ongelmien laatu ja sen ohjaamiseen tarvittava osaaminen on määritelty, siirrytään itse ohjaustilanteen toteuttamiseen. Better-malli antaa työkalun konkreettisen ohjaustilanteen kulkuun.

Käsitellyt mallit (Plissit ja Better) ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa. Plissit-malli on käsitteellinen malli, joka kuvaa puheeksi ottamisen tasoja sekä eri tasoilla toimivien ammattihenkilöiden vähimmäiskompetenssia. Better-malli ei ota kantaa ammattihenkilön puheeksiottamisen

kompetenssin tasoon. Better-malli keskittyy puhtaasti rakenteen jäsentämiseen ja ohjaustilanteen etenemisen suunnitteluun. Better-malli (41) tarjoaa konkreettisen rakenteen ohjauksen toteuttamiseen. Mallissa esitetään ohjaustilanteen looginen eteneminen vaiheittain (taulukko 1), joka ohjaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista (44). Better-mallia käytettäessä asiakkaan yksilöllinen tarve huomioidaan ja terveydenhuollon ammattilainen tuo esiin paneutumisensa asiakkaan tilanteeseen. Yhtenä mallin hyötynä voidaan nähdä, että asiakas voi rauhassa valmistautua keskusteluun, joka toteutetaan hänelle sopivana ajankohtana. Ohjaustilanteen ajoituksesta sopimisen jälkeen siirrytään varsinaiseen sisällölliseen ohjaukseen. Tässä vaiheessa (educate) käsitellään yhdessä tärkeäksi todettuja asioita.

Better-mallin viimeinen vaihe (record) vahvistaa seksuaalisuutta käsittelevän ohjauksen näkyväksi tulemistä. Mallin ohjausrakenteen mukaan ohjauksen ja neuvonnan kulku ja sisältö tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Päätös kirjaamisen sisällöistä pohjautuu asiakkaan ja ammattihenkilön yhteiseen näkemykseen. Systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa ohjauksen etenemisen seurannan sekä vaikuttavuuden arvioinnin myöhemminkin.

Ohjaustaitoja tarvitaan ja kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla mahdollisuus kehittää ja vahvistaa seksologian osaamistaan täydennys – ja jatko-opinnoissa kuten mm. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden

toimintaohjelmassa suositellaan (5). Lisäksi täydennyskoulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden osaamista tulee hyödyntää systemaattisesti ja entistäkin laaja-alaisemmin asiakkaiden ja potilaiden hoidossa (3, 5). Seksuaaliohjauksessa ja -neuvonnassa tulee jatkossa käyttää seksuaaliohjaukseen kehitettyjä malleja kuten Plissit- ja Better-mallia. Seksuaaliohjausta tulisi kehittää menetelmällisesti vielä lisää. Ohjauksessa vaadittavien kompetenssitasojen ja ohjaustilanteen rakenteen jäsennyksen jälkeen olisi mielenkiintoista pohtia ohjauksessa huomioon otettavia asiasisältöjä (48).

KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIOT

MSE on osallistunut Better-mallin kuvaukseen, kirjallisuuden hakemiseen ja läpikäymiseen, käsikirjoituksen kaikkien osien työstämiseen, suomenkielinen ja englanninkielinen tiivistelmän kirjoittamiseen ja tehnyt pyydytyt korjaukset. MRJ on osallistunut Plissit-mallin kuvaukseen, kirjallisuuden hakemiseen ja läpikäymiseen, käsikirjoituksen kaikkien osien työstämiseen, suomenkielinen ja englanninkielinen tiivistelmän kirjoittamiseen ja tehnyt pyydytyt korjaukset.

PT on substanssi-asiantuntija, joka on osallistunut käsikirjoituksen johdannon kirjoittamiseen, kirjallisuuden hakemiseen ja läpikäymiseen sekä kommentoinut artikkelia. LV on substanssi-asiantuntija, joka on osallistunut käsikirjoituksen kommentointiin.

Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki M-R, Tervo P, Väisälä L. Tools for sexual counselling: from Plissit to Better. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2016;53: 286–293

Sexual and reproductive health is an important part of health and well-being. In Europe, Finland was the first country which published its own action plan to promote sexual and reproductive health. There is also a long tradition of educating sexual counsellors and therapists in Finland. On the other hand, it seems that more tools are needed to handle patients' sexuality issues. The most common reasons for the need of sexual counselling are relationship issues, emotional problems and dissatisfaction with one's own body and its functions. Patients and clients expect support, information and the permission to ask about sexual related issues but they also expect

health care professionals to take the initiative in discussing sexuality. However, it seems that the discussion is rare and usually initiated by the patients. Although the discussing does not necessarily require special training, healthcare workers feel that they lack the competence and education to provide sexual health counselling. They also consider the topic challenging due to lack of time. In Finland, the best known and most widely used sexual counselling model is probably the PLISSIT model. The model includes four different levels; Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy. The PLISSIT model can be used as a basis for discussion and it defines

the needed competence level of counsellors, but it cannot be used as a structure in a counselling situation. Instead, a sexual counselling situation could be structured by utilizing the Better-model which consists of six stages; Bring up the topic, Explain, Tell, Timing, Educate and Record. The Better model obligates the counsellor to record

the given information. The Recording stage guarantees the continuity and evaluation of counselling. More competence is needed for practical professionals.

Keywords: sexuality, sexual counseling, Plissit model, Better model

KIRJALLISUUS

- (1) WHO. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopanalue toimisto ja BZgA. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittiselle päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Alkuperäinen teos: Standards for Sexuality. Education in Europe. A framework for policy makers, educational health authorities and specialists. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu: 22.8.2016 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085324>
- (2) Greenberg J.S., Bruess C.E., Conklin S.C. Exploring of Dimension of Human Sexuality. Sixth Edition. Jones and Bartlett Publishers; 2017.
- (3) Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236–2050, 2007:17.
- (4) Ritamo M, Pelkonen M, Nikula M. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Väliarviointi Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Avauksia 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Luettu 16.6.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085322>
- (5) Klemetti R, Raussi-Lehto E. toim. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Tampere: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Opas 33/2014.
- (6) Bildjuschkin K. toim. Seksuaalikasvatuksen tueksi. Työpäpaperi 35/2015. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2015. Luettu 16.6.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-542-4>
- (7) Areskoug-Josefsson K, Gard G. Sexual Health in Patients with Rheumatoid Arthritis: Experiences, Needs and Communication with Health Care Professionals. *Musculoskeletal Care* 2012;10:78–89.
- (8) Cormie P, Chambers SK, Newton RU ym. Improving sexual health in men with prostate cancer: randomised controlled trial of exercise and psychosexual therapies. *BMC Cancer* 2014;199; 3–9.
- (9) Soderberg LH, Johansen PP, Herning M ym. Women's experience of sexual health after first-time myocardial infarction. *J CLIN NURS* 2013;22:3532–3540
- (10) Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA. ym. Sexual Counselling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners. A Consensus Document From the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J* 2013; 34:3217–3235.
- (11) Hautamäki-Lamminen K. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa - tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Akateeminen väitöskirja, Acta Universitatis Tamperensis; 1716, Tampere University Press, Tampere 2012. ISBN 978-951-44-8759-0, ISSN 1455–1616.
- (12) Phillips A, Kahn KE. Assessment and support of women with sexual dysfunction. *Diabetes Evidence Based Management* 23. *Pract Nurs* 2010;21:474–477.
- (13) Monturo CA, Rogers PD, Coleman M ym. Beyond Sexual Assessment: Lessons Learned from Couples Post Radical Prostatectomy. *J Am Acad Nurse Pract* 2001;13:511–516.
- (14) Venhola M, Brusila P. Naisen seksuaalinen haluttomuus. *Suom Lääkäril* 2006; 61:4703–4707.
- (15) Väisälä L. Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta? *Suom Lääkäril* 2011;66:2505–2512.
- (16) Quinn C, Happell B, Welch A. The 5-As Framework for Including Sexual Concerns in Mental Health Nursing Practice. *Issues Ment Health Nurs* 2013;34:17–24.
- (17) Fugl-Meyers KS, Almås E, Benestad E ym. Nordic Sexology Education and Authorisation (NACS). *Scandinavian Journal of Sexology* 2001;4:1:6–68.
- (18) Sundell H. Oikealla asialla, oikeaan aikaan. *Sexpo* 1969–2014. *Sexpo-säätiö*. 2014, 50–52.
- (19) Kontula O, Paalanen T, Valkama S. Seksologian ammatillinen erikoistuminen Suomessa 2000-luvulla. Kirjassa: Harviainen JT, Brusila P, Kontula O, Vilkkä O, (toim.) *Seksologinen aikakauskirja* 1(1), 1.painos. Helsinki: Suomen Seksologinen Seura ry; 2014, 29–43.
- (20) Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L ym. Opening communication with cancer patients about sexuality related issues. *Cancer Nursing* 2007;30:399–404.
- (21) Vuola T. Mitä seksuaaliterapia on? *Duodecim* 2003;119:261–266.

- (22) Annon JS. The Plissit –Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther* 1976;2:1–15.
- (23) Ilmonen T. Seksuaalineuvonta. Kirjassa: Apter D, Väisälä L, Kaimola K, (toim.) Seksuaalisuus, 1. painos, Helsinki: Duodecim; 2006, 41–59.
- (24) Ilmonen, T. Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutuksen kartoitus 2002. Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. STAKES, Työpapereita 26/2008, 25–39.
- (25) Ryttyläinen K, Valkama S, Ritamo M ym. Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen. Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalveissa. STAKES, Työpapereita 26/2008, 7–24.
- (26) Ryttyläinen-Korhonen K. Mitä on seksuaalineuvonta? Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 27/2011, 10–13.
- (27) Taylor B, Davis, S. The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sex Disabil* 2007;25:135-139.
- (28) Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nur* 2008;18:89–98.
- (29) Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs* 2011;41: 471–480. (vain abstrakti)
- (30) Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25:159–164.
- (31) Johnson BK. Prostate Cancer and Sexuality: Implications for Nursing. *Geriatr Nurs* 2004; 25:341–346.
- (32) Dixon KD, Dixon PN. The Plissit Model: Care and Management of Patients' Psychosexual Needs Following Radical Surgery. *Lippincotts Case Manag* 2006;11:101–106.
- (33) Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *Am Fam Physician* 2008;77:635–642.
- (34) Ayaz S. Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. *SEX DISABIL* 2009;27:71–81.
- (35) Sprunk E, Alteneider RR. The Impact of an Ostomy on Sexuality. *Clin J Oncol Nurs* 2000;4:85–88.
- (36) Stausmire JM. Sexuality at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21:3–9.
- (37) Cleary V, McCarthy G, Hegarty J. Development of educational intervention focused on sexuality for women with gynecological cancer. *Psychosoc Oncol* 2010; 30:535–555.
- (38) Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing the Sexual Health Needs of Patients with Gynecologic Cancers. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12:457–463.
- (39) Allen L, Fountain L. Addressing Sexuality and Pregnancy in Childbirth Education Classes. *J Perinat Educ* 2007;16:32–36.
- (40) Ayaz S. Sexuality and Nursing Process. A Literature Review. *Sex Disabil* 2013;31:3–12.
- (41) Mick J, Cohen MZ. Sexuality & Cancer. A BETTER approach to nursing assessment of ontology patient's sexuality concerns. *Hematology Oncology News & Issues* 2003;2:10:30–31.
- (42) Mick J. Sexuality Assessment: 10 Strategies for Improvement. *Clin J Oncol Nurs* 2007;11;5: 671–675.
- (43) Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clin J Oncol Nurs* 2004;8:84–86.
- (44) Mick J. Oncology Nurses and the sexuality of cancer patients. *Hematology Oncology News & Issues*. May 2005:18–23.
- (45) Quinn C, Happell B. Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspect Psychiatr Care* 2013; 49:13–20.
- (46) Suhonen, R. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Kirjassa: Hallila L (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi 2005, 36–50.
- (47) Quinn C, Happell B. Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *Int J Ment Health Nurs* 2012; 21:154–162.
- (48) Audette C, Waterman J. The Sexual Health of Women after Gynecologic Malignancy. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2010;55:357–362.

MAARIT SINISAARI-ESKELINEN

SH, kättilö, TtM, auktorisoitu seksuaalineuvoja, lehtori

Terveiden edistämisen palvelut, Metropolia ammattikorkeakoulu, Metropolia Ammattikorkeakoulu

MAIJA-RIITTA JOUKKI

SH, kättilö, TtM, auktorisoitu seksuaalineuvoja, lehtori

Terveiden edistämisen palvelut, Metropolia ammattikorkeakoulu, Metropolia Ammattikorkeakoulu

PIRJO TERVO

SH, kättilö, psykoterapeutti, KM, lehtori

Terveiden edistämisen palvelut, Metropolia ammattikorkeakoulu, Metropolia Ammattikorkeakoulu

LEENA VÄISÄLÄ

LL, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, kliininen seksologi (NACS)

Naisten Aava