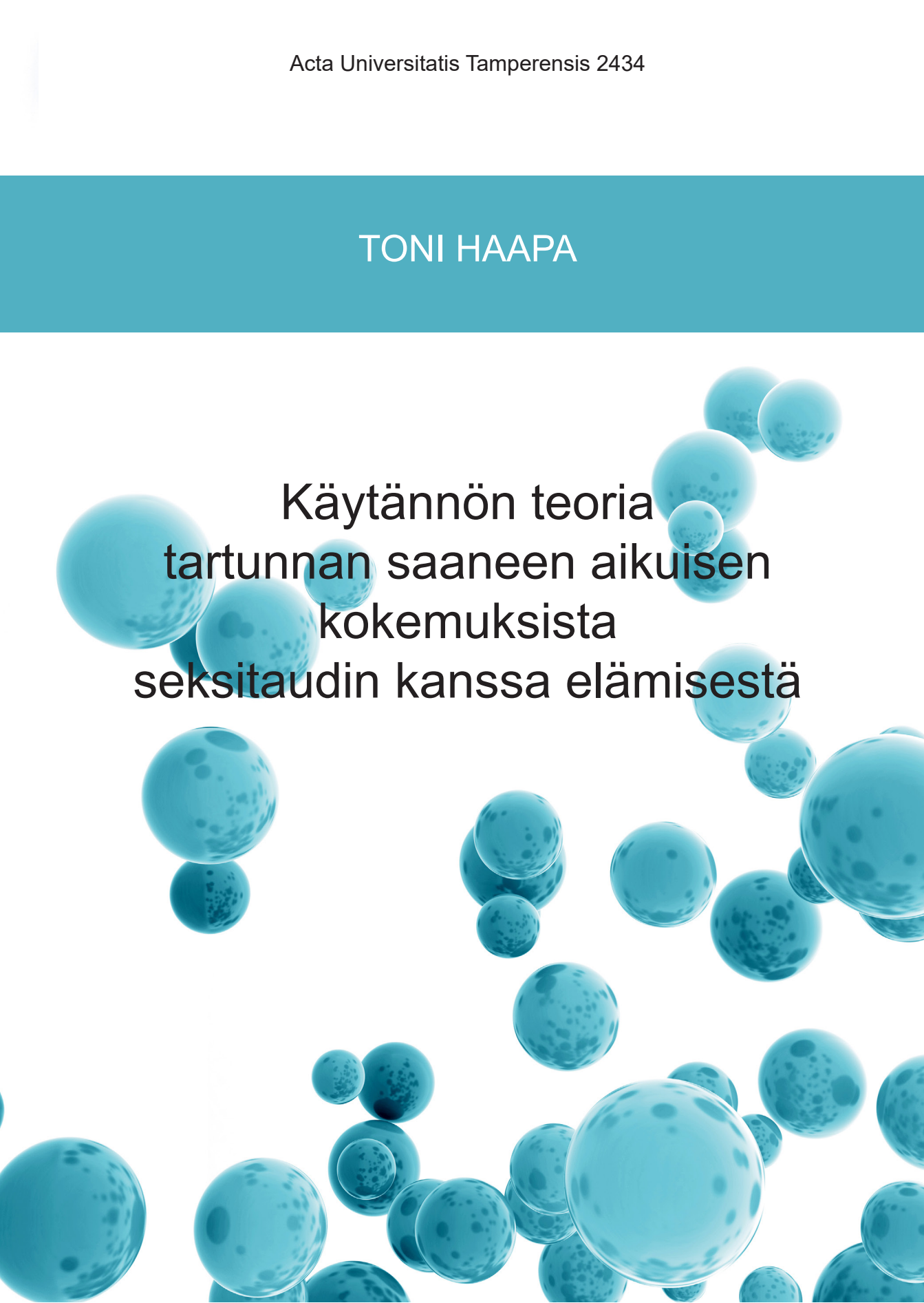


TONI HAAPA

Käytännön teoria
tartunnan saaneen aikuisen
kokemuksista
seksitaudin kanssa elämisestä

The background of the cover features a collection of numerous blue, semi-transparent spheres of varying sizes. These spheres are scattered across the white background, with some appearing in the foreground and others receding into the distance, creating a sense of depth. The spheres have a slightly textured surface and are rendered with soft shadows, giving them a three-dimensional appearance.



TONI HAAPA

Käytännön teoria
tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista
seksitaudin kanssa elämisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan
tiedekuntaneuvoston suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen keltaisessa salissa F025,

Arvo Ylpön katu 34, Tampere
5. päivänä joulukuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

TONI HAAPA

Käytännön teoria
tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista
seksitaudin kanssa elämisestä

Acta Universitatis Tamperensis 2434
Tampere University Press
Tampere 2018

Ohjaajat

Dosentti Jari Kylmä
Tampereen yliopisto
Professori Tarja Suominen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Satu Elo
Oulun yliopisto
Dosentti Päivi Kankkunen
Itä-Suomen yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2434
ISBN 978-952-03-0893-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1947
ISBN 978-952-03-0894-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

KIITOKSET

”Success is a science: if you have the conditions, you get the result.” (Oscar Wild). Tämän väitöskirjatutkimuksen tekeminen ja tutkijaksi kasvaminen ei olisi ollut mahdollista ilman akateemista, sosiaalista ja taloudellista tukiverkkoa.

Syvimmät ja nöyrimmät kiitokseni haluan osoittaa väitöskirjatutkimukseni ohjajille dosentti Jari Kylmälle ja professori Tarja Suomiselle. Heiltä saatu ohjaus ja tuki on ollut korvaamatonta tämän tutkimusprosessin aikana. Olen kiitollinen siitä, että olen saanut kasvaa tutkijaksi juuri heidän ohjauksessaan, joka on ollut kollegiaalista, määrätietoista, johdonmukaista ja kärsivällistä. Kiitän heitä myös siitä, että he ovat luoneet uskoa tämän väitöskirjatutkimuksen valmistumiseen.

Haluan osoittaa parhaimmat kiitokseni väitöskirjatutkimukseni seurantaryhmään kuuluneille TtT Tuija Rinkiselle ja TtT Riitta Vuoriselle. Heidän asiantuntemuksensa seksuaaliterveyden ja infektiosairauksien saralla auttoi minua asemoimaan tätä tutkimusta osaksi laajempaa kokonaisuutta. Lisäksi haluan kiittää heitä tuesta sekä aidosta kiinnostuksesta väitöskirjatutkimukseni etenemistä kohtaan.

Kohteliaimmin kiitän myös väitöskirjani yhteenveto-osan esitarkastajia dosentti Satu Eloa ja dosentti Päivi Kankkusta. Heidän perusteellinen paneutuminen työhöni, kriittiset huomiot ja rakentava palaute auttoivat minua yhteenveto-osan viimeisteilyssä. Heidän ansiostaan yhteenveto-osasta tuli aiempaa jäsenyöneempi kokonaisuus.

Haluan kiittää myös Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitoksen tiedeyhteisöä siitä, että sain tehdä väitöskirjatutkimustani opiskelijamyönteisessä ja kollegiaalisessa ilmapiirissä. Erityisesti haluan kiittää professori Päivi Åstedt-Kurkea ja professori Marja Kaunosta heidän objektiivisista näkemyksistään tohtoriopiskelijoiden seminaareissa, jotka auttoivat minua rajaamaan ja toisaalta fokuoimaan tutkimusaihetani. Lisäksi haluan kiittää professori Eija Paavilaista erittäin hyvästä yhteistyöstä integratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa sekä kolmannen osajulkaisun kirjoittamisessa. Haluan kiittää myös tohtoriopiskelijoiden seminaariryhmää vertaistuesta ja kannustuksesta tutkimusprosessin aikana. Lämpimät kiitokseni osoitan TtT Minna Törnävälle rakentavasta palautteesta seminaarien yhteydessä, joka auttoi minua jäsentämään väitöskirjatutkimustani. Haluan lisäksi kiittää häntä myötäelämisestä tutkimusprosessiin liittyvissä niin pienissä kuin suurissa kysymyksissä. FM Anna-

Maija Koivistoa kiitän konsultaatioavusta tilastotieteellisissä kysymyksissä sekä hyvästä yhteistyöstä neljännen osajulkaisun kirjoittamisessa.

Minulla on ollut ilo ja kunnia tutustua kahteen hoitotieteen tutkijaan, jotka ovat omalla esimerkillään ja viisaudellaan inspiroineet minua tämän väitöskirjatutkimuksen aikana. Ensimmäiseksi haluan kiittää professori Riitta Meretojaa tieteellisen osaamisen jakamisesta ja kannustavista kommentteista tutkimusprosessin aikana. Toiseksi haluan kiittää dosentti Mari Kangasniemeä haastamisesta tieteelliseen ajattelutapaan sekä kannustuksesta pohtimaan tutkimusmenetelmällisiä kysymyksiä.

Haluan kiittää työnantajaani Helsingin yliopistollista sairaalaa (HUS) siitä, että hoitotieteellistä tutkimusta on arvostettu ja sen tekemistä on tuettu. Lämpimästi kiitän lähiesimiestäni TtM Tarja-Leena Nefflingiä tutkimustyön mahdollistamisesta oman työni ohella sekä kannustuksesta ja uskomisesta kykyihini. TtM Leena Timosta haluan kiittää avusta kyselytutkimuksen teknisessä toteutuksessa. Tässä yhteydessä haluan kiittää myös kollegoitani TtM Katariina Aralaa, TtM Elina Kootaa ja TtM Satu Rautaa rohkaisevista kommentteista ja vertaistuesta väitöskirjatutkimuksen teossa. Erityisesti haluan kiittää TtM Netta Pohjamiestä niistä lukuisista reflektiivistä keskusteluista, jotka ovat auttaneet tutkijaksi kasvamisessa ja toisaalta luoneet uskoa tämän väitöskirjatutkimuksen toteutumiseen.

Tätä väitöskirjatutkimusta ovat taloudellisesti tukeneet: Hoitotieteiden tutkimusseura (HTTS) ry., Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Sukupuolitautien vastustamisyhdistys ry., Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Tampereen kaupungin tiederahasto ja Tampereen yliopisto. Haluan kiittää edellä mainittuja tahoja saamastani taloudellisesta tuesta, joka mahdollisti osittain päätoimisen tutkimustyön tekemisen sekä tohtoriopintoihin osallistumisen. Erityisen kiitollinen olen HUSille hoitotieteen väitöskirjatutkijan paikasta, jonka turvin oli mahdollista saattaa tämä väitöskirjatutkimus loppuun.

Viimeisenä muttei vähäisimpänä, haluan kiittää kaikkia väitöskirjatutkimukseeni osallistuneita seksitaudin saaneita henkilöitä. Ilman heitä tämän tutkimuksen tekeminen ei olisi ollut mahdollista. Haluan kiittää myös Helsingin ja Lapin yliopistojen ylioppilaskuntia, Hivpointia, Positiiviset ry.:tä, Pro-tukipistettä, Väestöliittoa ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä sekä lukuisia ystäviäni siitä, että he jakoivat tutkimustiedotetta sosiaalisessa mediassa ja siten edistivät tutkimusaineistojen keruuta. Lisäksi haluan osoittaa kiitokseni yhteisesti kaikille niille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka tavalla tai toisella edesauttoivat tämän väitöskirjatutkimuksen toteuttamista eri organisaatioissa.

Helsingissä 17.10.2018, *Toni Haapa*

TIIVISTELMÄ

Seksuaalisuuden ilmaiseminen on yksi ihmisen perustarpeista. Suojaamattoman seksin välityksellä kuitenkin leviää sukupuolitauteja eli seksitauteja, jotka aiheuttavat kantajalleen moninaisia vaikutuksia elämän eri osa-alueille. Seksitaudit voivat olla joko parantuvia tai parantumattomia. Pelkästään parantuvat seksitaudit koskettavat Suomessa vuosittain yli kymmentä tuhatta ihmistä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna seksitaudit, tartuntatauteina, ovat uhka väestön terveydelle ja hyvinvoinnille, joten niiden ennaltaehkäisystä ja hoidosta onkin säädetty laissa. Aiemman tutkimustiedon perusteella tiedetään yksittäisten tautien vaikutuksista, mutta tartunnan saaneiden geneerisen kokemustiedon kuvaus on puutteellista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä ja testata se tilastollisesti. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä ymmärrystä sekä kansainvälisesti että kansallisesti vähän tutkitusta ilmiöstä ja kehittää seksitautien ennaltaehkäisyä, seksitautia sairastavan aikuisen ja hänen läheistensä hoitotyötä sekä hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden osaamista. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli hoitotieteellisen tietoperustan laajentaminen ja lähtökohtien tuottaminen aihealueen jatkotutkimukselle.

Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa lähtökohtana oli teoriaa tuottava tutkimus (*theory generatig research*), jossa lähestymistapa oli induktiivinen. Laadullisen tutkimuksen (8 osallistujaa) ja kirjallisuuskatsauksen (33 artikkelia) avulla kuvattiin tartunnan saaneiden kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä induktiivisesti ja deduktiivisesti. Menetelmätriangulaation avulla muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat. Tutkimuksen toisessa vaiheessa lähtökohtana oli teoriaa testaava tutkimus (*theory testing research*), jossa lähestymistapa oli deduktiivinen. Teorian testaamista varten hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteet operationalisoitiin muodostamalla Kokemukset Seksitaudin Kanssa Elämisestä (KoSKE) -mittari. Mittarin sisältövaliditeettia arvioitiin asiantuntijoiden (n=5) avulla ja mittari pilotoitiin tartunnan saaneilla (n=48) ennen määrällistä tutkimusta. Määrällisessä tutkimuksessa kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden (n=213) arvioimana sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi aineistoa käytettiin

teorian tilastollisessa testaamisessa. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia tilastomenetelmiä sekä monimuuttujamenetelmiä.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tuloksena esitettiin hypoteettinen käytännön teoria. Hypoteettisessa käytännön teoriassa oli viisi osa-aluetta, jotka sisälsivät yhteensä 14 pääkäsitettä. Tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä olivat kaksijakoisia laadullisen tutkimuksen perusteella. Kirjallisuuskatsaus puolestaan osoitti kokemusten olevan pääosin negatiivisia. Menetelmätriangulaatiossa teoreettinen jäsenyys sekä vahvistui että täydentyi teorian jokaisella osa-alueella.

Tutkimuksen toisen vaiheen tuloksena esitettiin tilastollisesti testattu käytännön teoria. Käytännön teoriassa on viisi osa-aluetta, jotka sisältävät yhteensä 11 pääkäsitettä. KoSKE[®]-mittari osoittautui kohtalaiseen toimivaksi ja luotettavaksi seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien geneeristen kokemusten mittaamisessa. Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden arvioimana olivat moninaisia ja useimmin niihin olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä seksitauteja koskevat taustatekijät.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella käytännön teoria oli pääosin paikkansa pitävä. Kokemukset seksitaudin saamisesta sisältävät tiedonjanon heräämisen, taudin vankiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen. Kokemukset seksitaudin hoidosta pitävät sisällään vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista ja ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta. Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen sisältävät arjen muuttamisen. Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen pitävät sisällään muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden. Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät ympäristön vaihtelevan suhtautumisen ja haavoittuneen seksielämän.

Tutkimuksessa tuotetun hoitotieteellisen käytännön teorian avulla voidaan lisätä ihmisten tietoisuutta seksitaudin kanssa elämiseen liittyvistä kokemuksista. Teorian avulla voidaan kehittää seksitautien ennaltaehkäisyä sekä tartunnan saaneiden ja heidän läheistensä hoitamista entistä asiakaslähtöisemmäksi. Lisäksi teoriaa voidaan käyttää lähtökohtana hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksessa. Tutkimuksen tuottama tieto laajentaa hoitotieteen tietoperustaa seksitautia sairastavien kokemustiedon kuvauksen osalta. Tulevaisuudessa on tarpeen edelleen kehittää ja testata käytännön teoriaa tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä.

Avainsanat: elämä, hoitotieteen teoria, kokemustieto, seksitaudit, sukupuolitaudit, tartunta

ABSTRACT

Expressing one's own sexuality is one of the basic human needs. However, due to unprotected sex, sexually transmitted diseases (STDs) may be spread. STDs as an infection can have multiple effects on the infected person's life. STDs vary in terms of their prognosis, they can be either curable or incurable. Over ten thousand curable STDs are diagnosed every year in Finland. STDs can be considered as a societal problem since they pose a threat to the health and well-being of the population. Therefore, the prevention and care of STDs are regulated by law. Based on previous research the effects of certain STDs are well established, but the generic experiences of those infected have not been investigated.

The purpose of this research was to formulate a hypothetical situation-specific theory of the infected person's experiences of living with an STD and to test it statistically. The goal of this research was to conduct knowledge which can be used to deepen the understanding of this poorly studied phenomenon. The knowledge produced by this research will help develop the preventive work and the care of infected persons and their close ones, as well as developing the competence of the healthcare personnel involved. Moreover, the research looks to broaden the knowledge base of nursing science and produce starting points for further research.

This research was conducted in two phases. The starting point of the first phase was *theory generating research* (TGR) using an inductive approach. The experiences of infected persons living with an STD were described in a qualitative study (8 participants) and literature review (33 articles). The datasets were analysed with content analysis inductively as well as deductively. The concept hierarchies of the hypothetical situation-specific theory were formulated with methodological triangulation. The starting point of the second phase was *theory testing research* (ITR) using a deductive approach. In order to statistically test the hypothetical theory, the main concepts of the theory were operationalized by employing the Experiences of Living With an STD (EoLWSTD) instrument. The content validity of the instrument was evaluated by experts (n=5) and the instrument was pilot-tested with infected persons (n=48) before conducting the quantitative research. The experiences of living with an STD were evaluated by infected persons (n=213), and the associated factors were quantitatively described. The study data was also used to statistically test the hypothetical

situation-specific theory. Descriptive statistics and multivariate methods were used to analyze the data.

The first phase of the research presented the hypothetical situation-specific theory. The theory consisted of five elements which held 14 main concepts. Based on the qualitative study, the experiences of infected persons were two-folded. In turn, the literature review highlighted mainly negative experiences that were associated with living with an STD. The theoretical structure was confirmed as well as enriched by using the process of methodological triangulation.

The second phase of the research presented the statistically tested situation-specific theory. The theory consisted of five elements which held 11 main concepts. The EoLWSTD-instrument showed a moderate level of functionality and reliability when measuring the generic experiences of living with an STD. The experiences of living with an STD varied overall, and STD-related factors were most often statistically significantly associated with the person's experiences.

The situation-specific theory was mainly verified using the data collected in this research. Experiences of becoming infected with an STD encompass a thirst for knowledge, being trapped by the STD, and reviewing of one's own sex history. Experiences regarding the treatment of an STD include taking a responsible attitude towards the treatment, getting the upper hand on STD through painful treatments, and having mixed experiences about the clinical pathways. Experiences of an STD in relation to everyday life reflected changes in everyday life. Experiences of an STD in relation to the future concern the immutability of the future, as well as having an unknown future. Experiences of an STD in relation to others encompass varying responses from surrounding people and the experience of a wounded sex life.

The situation-specific nursing theory constructed in this research can be used to increase the awareness of experiences related to living with an STD at the population-level. The theory can be utilized when developing preventative interventions for addressing STDs and in developing the care of infected persons and their close ones to be more patient-centered. In addition, the theory can be used as a framework of continuing education for healthcare personnel. The empirical knowledge of persons infected with an STD will broaden the knowledge base of nursing science. However, there is a need to further develop and test the situation-specific nursing theory of infected persons' experiences of living with an STD.

Keywords: empirical knowledge, infection, life, nursing theory, sexually transmitted diseases

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	19
2	Tutkimuksen lähtökohdat.....	23
2.1	Kirjallisuushaut.....	23
2.2	Seksuaalisuus aikuisen elämässä.....	25
2.3	Aikuisen seksuaalikäyttäytyminen	27
2.4	Aikuisen seksuaali- ja lisääntymisterveys.....	30
2.5	Seksitautien ennaltaehkäisy.....	32
2.6	Seksitaudin saaneen aikuisen hoito	35
2.7	Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista	38
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät.....	40
4	Tutkimuksen toteutus.....	43
4.1	Tutkimusasetelma ja tutkimuksen vaiheet	43
4.2	Vaihe I: Hypoteettisen käytännön teorian muodostaminen	46
4.2.1	Laadullinen tutkimus	46
4.2.2	Kirjallisuuskatsaus	47
4.2.3	Menetelmätriangulaatio	48
4.3	Vaihe II: Hypoteettisen käytännön teorian tilastollinen testaaminen	50
4.3.1	Mittarin kehittäminen	50
4.3.2	Määrällinen tutkimus	57
5	Tulokset	62
5.1	Hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Vaihe I).....	62
5.1.1	Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden kuvaamina	63
5.1.2	Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä aiemman tutkimustiedon perusteella.....	66
5.1.3	Hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat osa- alueittain.....	68
5.2	Tilastollisesti testattu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Vaihe II)	75
5.2.1	Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä (KoSKE®) - mittarin pilotointi	76

5.2.2	Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden arvioimana ja kokemuksiin yhteydessä olevat tekijät sekä KoSKE [®] -mittarin rakennevaliditeetti.....	78
5.2.3	Hypoteettisen käytännön teorian paikkansapitävyys empiirisen aineiston perusteella	84
5.3	Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	89
6	Pohdinta	91
6.1	Tutkimuksen eettisyys	91
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	93
6.2.1	Vaiheen I luotettavuuden arviointi	93
6.2.2	Vaiheen II luotettavuuden arviointi	96
6.2.3	Käytännön teorian arviointi.....	101
6.3	Tutkimustulosten tarkastelu	104
6.3.1	Vaiheen I tulosten tarkastelu	104
6.3.2	Vaiheen II tulosten tarkastelu.....	108
6.4	Päätelmät ja suositukset	112
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	114
	Lähteet	116
	Litteet	133
	Osajulkaisut.....	150

Taulukot

- Taulukko 1. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen vaiheet
- Taulukko 2. Menetelmätriangulaation tulokset
- Taulukko 3. Käsitehierarkia kokemuksista seksitaudin saamisesta
- Taulukko 4. Käsitehierarkia kokemuksista seksitaudin hoidosta
- Taulukko 5. Käsitehierarkia kokemuksista seksitaudista suhteessa arkeen
- Taulukko 6. Käsitehierarkia kokemuksista seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen
- Taulukko 7. Käsitehierarkia kokemuksista seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin
- Taulukko 8. KoSKE[©]-mittarin pilotoinnin tulokset (n=48)
- Taulukko 9. Tutkittavien kokemukset seksitaudin saamisesta ja hoidosta (n=213)
- Taulukko 10. Tutkittavien kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin (n=213)
- Taulukko 11. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudin saamisesta kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=172)
- Taulukko 12. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudin hoidosta kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=68)
- Taulukko 13. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksista seksitaudista suhteessa arkeen kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=81)

- Taulukko 14. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksiä seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=72)
- Taulukko 15. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksiä seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=85)
- Taulukko 16. KoSKE[®]-mittarin rakenne sekä sisäinen johdonmukaisuus ennen konfirmatorista faktorianalyysii ja sen jälkeen

Kuviot

- Kuvio 1. Kuvaus kirjallisuushakujen toteuttamisesta
- Kuvio 2. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista
- Kuvio 3. KoSKE[©]-mittarin kehittäminen prosessina
- Kuvio 4. Hypoteettisen käytännön teorian, tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä, operationalisointi
- Kuvio 5. Sähköisen kyselylomakkeen rakenne
- Kuvio 6. Hypoteettisen käytännön teorian osa-alueet ja pääkäsitteet
- Kuvio 7. Tilastollisesti testatun käytännön teorian osa-alueet ja pääkäsitteet

Liitteet

- Liite 1. Tutkimustiedote potilaille/asiakkaille – laadullinen tutkimus
- Liite 2. KoSKE®-mittarin sisältövaliditeetin arvioinnin tulokset ja palautteen perusteella tehdyt muutokset
- Liite 3. Tutkimustiedote potilaille/asiakkaille – pilottitutkimus
- Liite 4. Tutkimustiedote sosiaalisessa mediassa – pilottitutkimus
- Liite 5. Tutkimustiedote potilaille/asiakkaille – määrällinen tutkimus
- Liite 6. Tutkimustiedote sosiaalisessa mediassa – määrällinen tutkimus
- Liite 7. Tutkittavien sosiodemografiset taustatiedot ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen (n=213)
- Liite 8. Tutkittavien seksitauteja koskevat taustatiedot (n=213)
- Liite 9. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudin saamisesta -osa-alueen osalta (n=172)
- Liite 10. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudin hoidosta -osa-alueen osalta (n=68)
- Liite 11. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen -osa-alueen osalta (n=81)
- Liite 12. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen -osa-alueen osalta (n=72)
- Liite 13. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin -osa-alueen osalta (n=85)

Lyhenteet

α	Cronbachin alfa-kerroin
AIC	Akaike's Information Criteria
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Comparative Fit Index
CMIN	Minimum discrepancy
CVI	Content Validity Index
df	Degree of freedom
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
Hiv	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simplex Virus
I-CVI	Item-level Content Validity Index
Ka	Aritmeettinen keskiarvo
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin-testi
KoSKE [©]	Kokemukset Seksitaudin Kanssa Elämisestä –mittari [©]
LGV	Lymphogranuloma venereum
Md	Mediaani
ML	Maximum Likelihood
N	Kokonaisotoksen määrä
n	Aliotoksen määrä
NFI	Normed Fit Index
p	Todennäköisyys
PCA	Principal Component Analysis
PEP	Post-Exposure Profylaxis
PrEP	Pre-Exposure Profylaxis
Q ₁ -Q ₃	Ala- ja yläkvartiili
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
S-CVI/Ave	Scale-level Content Validity Index (average)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organisation
χ^2 -testi	Khiin neliö -testi

OSAJULKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin alkuperäisartikkeleihin. Tekstissä niihin on viitattu roomalaisilla numeroilla.

- I Haapa T., Suominen T. & Kylmä J. (2015) Sukupuolitaudin saaminen ja hoito tartunnan saaneen kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* **13**(2), 31–39.
- II Haapa T., Suominen T. & Kylmä J. (2018) Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. *Seksologinen Aikakauskirja* **3**(1), 3–15.
- III Haapa T., Suominen T., Paavilainen E. & Kylmä J. (2018) Experiences of living with a sexually transmitted disease: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **32**(3), 999–1011, doi: 10.1111/scs.12549.
- IV Haapa T., Suominen T., Koivisto A-M. & Kylmä J. (2018). Experiences of living with a sexually transmitted disease: a cross-sectional descriptive survey. *Nordic Journal of Nursing Research* (painossa).

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osassa esitetään myös artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

1 JOHDANTO

Ihmisen perustarpeisiin kuuluu seksuaalisuuden ilmaiseminen ja seksuaalikokemusten jakaminen yhdessä, joko vakituisen ja/tai tilapäisen kumppanin kanssa (Kontula 2016). Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa ja se sisältää muun muassa sukupuolen, sukupuoli-identiteetin, sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, mielihyvän, intiimisuhteet sekä lisääntymisen (WHO 2010, WAS 2014). Näin ollen seksuaali- ja lisääntymisterveys nähdäänkin olennaisena osana ihmisen terveyttä ja hyvinvointia sekä myös osana kansanterveyttä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Kuitenkin suojaamattoman seksin välityksellä leviää joukko erilaisia seksitauteja, toisin sanoen sukupuolitauteja. Seksitaudeilla on joko lyhyt- tai pitkäkestoisia vaikutuksia tartunnan saaneen ja hänen läheistensä elämään. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, WHO 2016, Mapp ym. 2017).

Seksitaudit kuuluvat tartuntatauteihin, ja ne jaetaan niiden patologian perusteella bakteeriperäisiin sekä virusperäisiin tauteihin. Toisaalta ne voidaan jakaa ennusteensa mukaan joko parantuviin tai parantumattomiin seksitauteihin. (WHO 2016, Mapp ym. 2017, Jaakola ym. 2018, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Tartuntatautilaissa (FINLEX 1227/2016) tartuntataudit jaetaan yleisvaarallisiin- ja valvottaviin tartuntatauteihin. Valtioneuvoston asetuksessa tartuntataudeista (FINLEX 146/2017) määritellään yksityiskohtaisemmin, että seksitaudeista yleisvaarallisia on kuppua ja valvottavia puolestaan hepatiitit B ja C, hiv, klamydia, sankkerit ja tippuri. On mahdollista, että seksitauteihin luetaan kuuluviksi myös seuraavia liitännäissairauksia tai genitaalialueen erityisongelmia, kuten iho- ja limakalvosairaudet, uretriitti, epididymiitti, prostatiitti sekä sisäsynnyttin tulehdus (Seksitaudit. Käypä hoito -suositus 2018). Tässä tutkimuksessa seksitaudeilla tarkoitetaan seuraavia seksin välityksellä tarttuvia tauteja: klamydia, kuppua, tippuri, sankkerit (LGV), genitaalierpes (HSV), ihmisen papilloomaviruksen (HPV) aiheuttamat kondyloomat, hiv/aids, hepatiitti B (HBV) ja hepatiitti C (HCV).

Vuonna 2017 Suomessa on tilastoitu seksitautitartuntoja seuraavasti: (kpl) klamydia 14 461, kuppua 182, tippuri 597, LGV 5, hiv 158, HBV 6 akuuttia ja 258 kroonista infektiota sekä HCV 1111. Aids-vaiheessa olevia hiv-infektioita tilastoitiin vuonna 2017 yhteensä 18 kappaletta. (Jaakola ym. 2018, THL 2018.) Genitaalierpes ja HPV-infektion aiheuttamat kondyloomat kuuluvat muihin seksitauteihin eli niistä ei tehdä

erillistä tartuntatauti-ilmoitusta, jolloin niiden esiintyvyydestä ei ole saatavissa valtakunnallista tietoa (Vuorenmaa ym. 2012, Seksitaudit. Käypä hoito -suositus 2018). On kuitenkin arvioitu, että nuorista aikuisista genitaalierpestä kantaa noin joka neljäs ja kondyloomia aiheuttavaa ihmisen papilloomavirusta joka kolmas (Hannuksela-Svahn 2014). Lisäksi on mainittava, että seksitautien esiintyvyyttä kuvaavat luvut voivat olla todellisuudessa vielä suuremmat, koska kaikki seksitautitartunnat eivät aiheuta oireita ja näin ollen tartunnan saaneet eivät osaa hakeutua tutkimuksiin (THL 2017). Esimerkiksi vuoden 2016 lopussa arvioitiin, että elossa olevia hiv-tartunnan saaneita on 3800, joista diagnosoimattomien tartuntojen osuus oli noin 13 prosenttia (Läitsola ym. 2017).

Yhteiskunnallisesti seksitaudit ovat merkittävä tartuntatautien ryhmä. Seksitaudit ja niiden aiheuttamien jälkiseurausten hoitaminen aiheuttavat huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle (Vuorenmaa ym. 2012, WHO 2016), joskaan näistä kustannuksista ei ole tehty Suomessa selvitystä (Vuorenmaa ym. 2012). Toisaalta myös yhteiskunnalliset poikkeusolot voivat vaikuttaa seksitautien leviämiseen. Esimerkiksi 1940-luvun puolivälissä, sotien aikana, kupan ilmaantuvuus on ollut suurimmillaan Suomessa. (Rostila & Leinikki 2003, Vuorenmaa ym. 2012.) Lisäksi tiedetään, että seksitautien ilmaantuvuudessa on eroja eri väestöryhmien välillä (Mark ym. 2015) ja ihmisten liikkuvuus vaikuttaa tartuntojen leviämiseen. Seksitautien yhteiskunnallinen tautitaakka on tunnistettu jo varhain ja siksi niiden leviämistä on pyritty kontrolloimaan kaikin keinoin. (Vuorenmaa ym. 2012.) Esimerkiksi Tartuntatautilailla (FINLEX 1227/2016) pyritään ehkäisemään myös seksitautien leviämistä sekä niistä ihmisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Tiedetään, että järjestelmällisellä seksitautien ennaltaehkäisyllä on ollut vaikutusta esimerkiksi siihen, että aikaisemmin kansanterveydellisesti merkittävät kuppataartunnat ovat vähentyneet huomattavasti (Vuorenmaa ym. 2012). Uutena haasteena ovat kuitenkin voimakkaasti lisääntyvät tippuritartunnat. Vuonna 2017 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin toistaiseksi suurin vuosittainen tippuritartuntojen määrä (597 tartuntaa). (Jaakola ym. 2018.)

Aiempi kansainvälinen tutkimustieto seksitautien vaikutuksista tartunnan saaneelle on hyvin tautikeskeistä rajoittuen tyypillisesti yhden taudin vaikutusten kuvaamiseen. Tiedetään, että hiviä on tutkittu suhteessa sen aiheuttamaan stigmatisoitumiseen (Herrmann ym. 2013, Berg & Ross 2014, French ym. 2015) sekä sen vaikutuksiin tartunnan saaneen seksuaaliseen toimintakykyyn (Bova & Durante 2003, Wilson ym. 2010), seksuaalielämän laatuun (Rose ym. 2005, El Fane ym. 2011), seksuaaliterveyteen (Taylor ym. 2017), seksuaalikäyttäytymiseen (Da ym. 2018), seksuaalisiin toimintahäiriöihin (Bouhnik ym. 2008), elämänlaatuun (mm. Okuno ym. 2015, Soares ym. 2015, Osei-Yeboah ym. 2017) ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Hondien

ym. 2006, Eriksson & Berglund 2007). HPV-infektion aiheuttaman kondylooman vaikutuksia on tutkittu suhteessa elämänlaatuun (Wang ym. 2011, van der Snoek ym. 2013, Camargo ym. 2017), terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Woodhall ym. 2008, Drolet ym. 2011), seksuaalielämän laatuun (Rose ym. 2005) ja seksuaaliseen hyvinvointiin (Foster & Byers 2013 ja 2016, Vriend ym. 2014). Klamydian osalta aiempi tutkimus on kuvannut taudin vaikutuksia seksuaalielämän laatuun (Cai ym. 2011) ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Sri ym. 2017). Genitaalierheksen kohdalta tiedetään taudin vaikutukset psykososiaaliseen hyvinvointiin, elämänlaatuun (Mark ym. 2009) sekä seksuaaliseen hyvinvointiin (Foster & Byers 2013 ja 2016). Myös C-hepatiitin osalta tutkimukset ovat kohdistuneet terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Foster 2009, Mhatre & Sangiry 2016) ja seksuaaliseen toimintakykyyn (Triantos ym. 2017).

Seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia on tutkittu kansainvälisesti vain hiviä (Leyva-Moral ym. 2015), b-hepatiittia (Ezbarami ym. 2017) ja c-hepatiittia sairastavien osalta (Sgorbini ym. 2009, Jiwani ym. 2013, Hill ym. 2014). Lisäksi hiviä sairastavien kokemuksia on kuvattu tartunnan saaneiden miesten (Bailaile ym. 2008) ja naisten näkökulmasta (Paudel & Baral 2015).

Kansainvälisesti on löydettävissä vain yksittäisiä tutkimuksia, joissa on pyritty kuvaamaan seksitauteja sairastavien kokemuksia yleisellä tasolla. Esimerkiksi on kuvattu kokemuksia seksitaudin saamiseen (East ym. 2010, East ym. 2017) ja hoitoon (East ym. 2011a) liittyen. Lisäksi East ja kumppanit ovat kuvanneet eri seksitauteja sairastavien naisten kokemuksia kondomin käytön neuvottelusta (2011b), stigmatisoitumisesta (2012) ja sosiaalisen tuen lähteistä (2015). On kuitenkin otettava huomioon, että Eastin ja kumppaneiden tekemistä tutkimuksista on rajattu ulkopuolelle veriteitse tarttuvia seksitauteja, kuten hiviä, sairastavat ihmiset.

Suomessa on tehty vain hiv-tartunnan saaneisiin kohdistuvaa tutkimusta. Aiempi tutkimus on käsitellyt hivin kanssa elävien kokemuksia (Nobre ym. 2012), sosiaalisia verkostoja (Nobre ym. 2016), elämänlaatua (Nobre ym. 2017) ja hiviin liittyvää stigmaa (Nobre ym. 2018). Näin ollen myös aiempi kansallinen tutkimustieto on ollut tautikeskeistä keskittyen hivin vaikutusten kuvaamiseen. Yhteenvetona voidaan todeta, että kansainvälistä ja kansallista hoitotieteellistä tietoa seksitaudin kanssa elämiseen liittyvistä geneerisistä kokemuksista ei ole. Tästä syystä seksitautia sairastavien tai sairastaneiden geneeristen kokemusten tutkiminen on erittäin perusteltua.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on muodostaa hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä ja testata se tilastollisesti. Kokemuksilla tarkoitetaan ihmisen muodostamia merkityksiä omasta

elämäntilanteestaan, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. Kokemusta voidaan pitää myös suhteena, jolloin kokemus sisältää niin tajuavan subjektin, kuin kohteen, johon toiminta suuntautuu. (Perttula 2008, Laine 2010.) Tässä tutkimuksessa kokemuksilla tarkoitetaan tartunnan saaneen aikuisen muodostamia merkityksiä seksitaudin kanssa elämisestä. Kokemuksen geneerisyydellä puolestaan viitataan siihen, että kokemus ei ole riippuvainen tietystä seksitaudista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä ymmärrystä sekä kansainvälisesti että kansallisesti vähän tutkitusta ilmiöstä ja kehittää seksitautien ennaltaehkäisyä, seksitautia sairastavan aikuisen ja hänen läheistensä hoitotyötä sekä hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden osaamista. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on hoitotieteellisen tietoperustan laajentaminen ja lähtökohtien tuottaminen aihealueen jatkotutkimukselle.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen yhteenveto-osan lähtökohdissa tarkastellaan käsitteitä: seksuaalisuus, seksuaalikäyttäytyminen, seksuaali- ja lisääntymisterveys sekä kuvataan seksitautien ennaltaehkäisyä ja seksitaudin saaneen aikuisen hoitoa. Lopussa esitetään yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista. Seksitautitartunnan saaneen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä on tehty integroitu kirjallisuuskatsaus (33 artikkelia) ja se esitetään tutkimuksen tuloksissa (Osajulkaisu III).

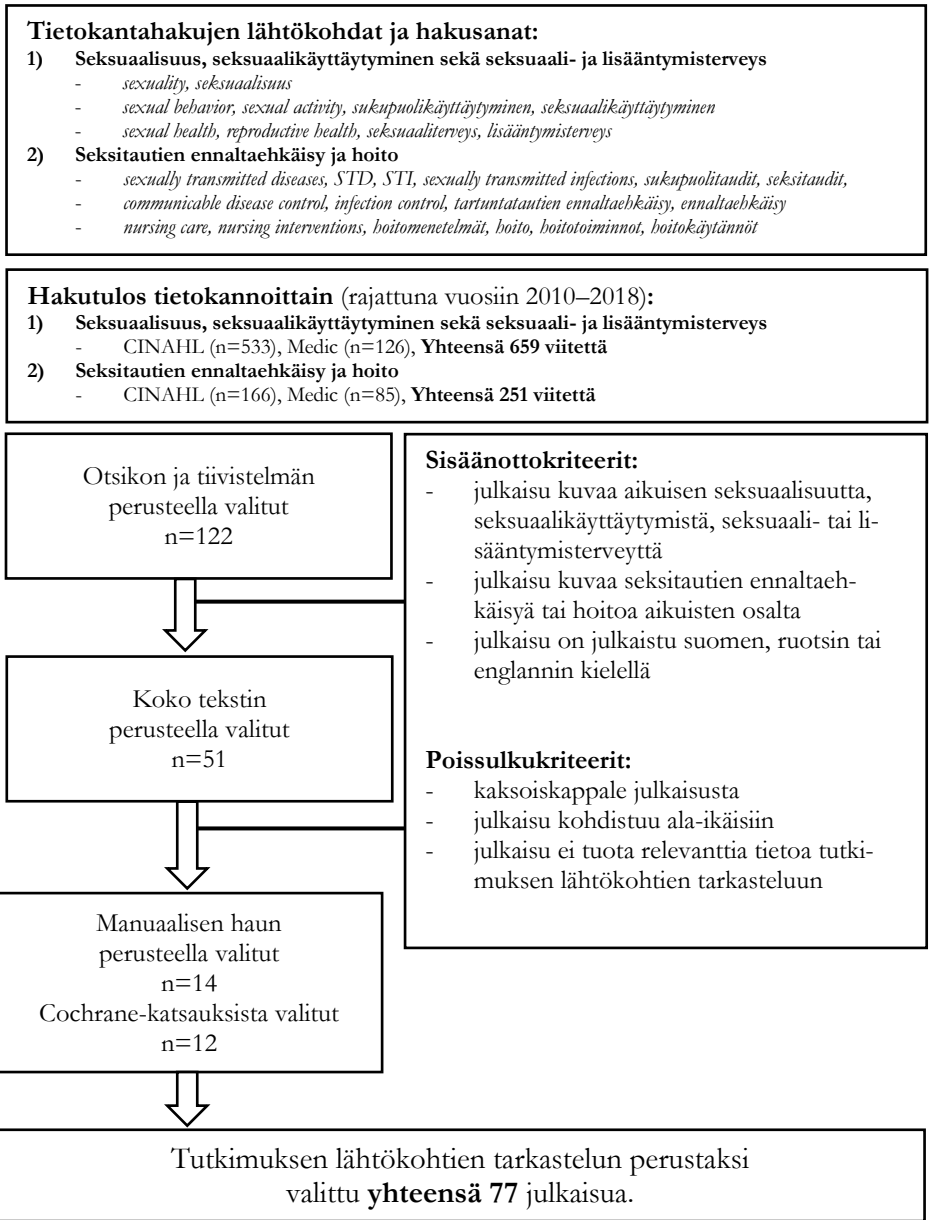
2.1 Kirjallisuushaut

Tutkimuksen yhteenveto-osan lähtökohdientarkastelua varten tehtiin kirjallisuushaku vuonna 2018. Tietokantahaut toteutettiin CINAHL ja Medic tietokannoista.

Englanninkielisinä MeSH (Medical Subject Headings) hakusanoina käytettiin: *sexuality, sexual behavior, sexual health, reproductive health, sexually transmitted diseases, communicable disease control, infection control* ja *nursing care*. Suomenkielisinä MeSH hakusanoina käytettiin: *seksuaalisuus, sukupuoliikäyttäytyminen, seksuaaliterveys, lisääntymisterveys, sukupuolitaudit, tartuntatauti-ehkäisy ja hoitomenetelmät*. Suomenkielisinä HOIDOKKI-sananon hakusanoina käytettiin: *hoito, hoitotoiminnot ja hoitokäytännöt*.

Tietokantahakua laajennettiin seuraavilla englanninkielisillä vapaasanoilla: *sexual activity, STD, STI, sexually transmitted infections* ja *nursing interventions*. Tietokantahakua laajennettiin seuraavilla suomenkielisillä vapaasanoilla: *seksuaalikäyttäytyminen, seksitaudit, ja ennaltaehkäisy*.

Hakustrategioissa käytettiin hakusanojen erilaisia katkaisupisteitä ja yhdistelmiä Boolean operaattoreiden ”and”, ”or”, ja ”not” mukaisesti. Haut rajattiin vuosiin 2010–2018. Julkaisujen valinta tapahtui vaiheittain käyttäen sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Tietokantahakua täydennettiin manuaalisilla hauilla valittujen julkaisujen lähdeluetteloihin. Lisäksi käytiin läpi aihetta käsittelevät Cochrane-katsaukset vuosilta 2010–2018 (sexually transmitted disease n=37, HIV/AIDS n=85). Tutkimuksen lähtökohdientarkastelu perustuu yhteensä 77 julkaisuun (Kuvio 1).



Kuvio 1. Kuvaus kirjallisuushakujen toteuttamisesta

2.2 Seksuaalisuus aikuisen elämässä

Seksuaalisuus on olennainen osa ihmisyyttä ja sitä pidetään yhtenä ihmisen perustarpeista (Ryttyläinen & Valkama 2010, WHO 2017). Ihmisellä on tarve kokea hellyyden, aistillisuuden, yhteenkuuluvuuden, kontaktin, läheisyyden ja fyysisen tyydytyksen tunteita, jotka ilmentävät hänen seksuaalisuuttaan. Näin ollen seksuaalisuus liittyy oleellisesti hyvinvointiin, elämänlaatuun ja terveyteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, Brusila 2011.) WHO:n (2017) määritelmässä seksuaalisuus on läsnä läpi koko ihmisen elämän. Seksuaalisuus pitää sisällään sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja -roolit, seksuaalisen suuntautumisen, intiimiyden, erotiikan ja mielihyvän. Lisääntymisen katsotaan myös ilmentävän aikuisen seksuaalisuutta. (WHO 2017.)

Aikuisen seksuaalisuutta voidaan määrittää sen ulottuvuuksien kautta. Ryttyläinen ja Valkama (2010) esittävät teoksessaan Greenbergin ja kumppaneiden (2004) jäsenyyksen seksuaalisuuden biologisesta, sosiokulttuurisesta ja psykologisesta ulottuvuudesta. Biologinen ulottuvuus sisältää muun muassa lisääntymisen, seksuaalisen kiihottumisen ja reagoinnin sekä fyysisen ulkonäön. Seksuaalisuuden sosiokulttuurinen ulottuvuus tarkoittaa kulttuuria, informaatiovälineitä ja läheisiä ihmisiä. Psykologinen ulottuvuus puolestaan pitää sisällään tunteet, kokemukset, minä- ja kehonkuvan. (Ryttyläinen & Valkama 2010.)

Seksuaalisuutta koetaan ja ilmaistaan muun muassa ajatusten, fantasioiden, halujen, käyttäytymisen sekä suhteiden kautta. Toisaalta ihmisen elämän eri vaiheissa seksuaalisuus saa erilaisia merkityksiä ja on tilanteita, jolloin seksuaalisuutta ei koeta tai ilmaista. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, WHO 2017.) Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset, eettiset, uskonnolliset ja historialliset tekijät ovat yhteydessä seksuaalisuuden kokemiseen ja ilmaisemiseen (WHO 2017). Esimerkiksi useimmissa kulttuureissa seksuaalisuus mielletään yksityiseksi ja intiimiksi asiaksi. Lisäksi kulttuurissa vallitsevat normit voivat vaikuttaa muun muassa siihen kuinka ihminen suhtautuu ehkäisyn käyttöön. (Ryttyläinen & Valkama 2010.) Ihmisen seksuaalisuutta voidaan siis määrittellä eri tavoin, mutta oleellista on, ettei sitä määritetä pelkästään seksuaalisen toimintakyvyn, seksin tai parisuhteen kautta (Ryttyläinen & Valkama 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014).

Seksuaalisuus on myös jokaisen ihmisen perusoikeus. Seksuaalioikeudet (*sexual rights*) on määritellyt Seksuaaliterveyden maailmanjärjestö (*World Association for Sexual Health*, WAS) ja niiden tarkoituksena on suojella ihmisen oikeutta muun muassa seksuaaliseen turvallisuuteen ja vapauteen, sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuteen sekä seksuaaliseen hyvinvointiin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, WHO 2017.) Seksuaalioikeuksien määrittäminen aloitettiin vasta

1990-luvulla, kun muun muassa seksitautien hoidon ohella alettiin tarkastella laajemmin ihmisen seksuaaliterveyteen liittyviä seikkoja (Coleman 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Lisäksi seksitaudit, erityisesti hiv, ovat merkittävästi vaikuttaneet siihen, kuinka ajattelemme ja puhumme seksuaalisuudesta (Cáceres & Race 2010).

On tärkeä tiedostaa, että vaikka seksuaalisuus on pohjimmiltaan nautinnon lähde, niin siihen voi sisältyä kärsimystä ja ongelmia (Ryttyläinen & Valkama 2010). Esimerkiksi miesten kanssa seksiä harrastavilla miehillä suhde omaan seksuaalisuuteen voi sisältää ongelmia, kuten negatiivisen suhtautumisen omaan seksuaaliseen orientaatioon (Kylmä ym. 2014a). Lisäksi aikuisella voi esiintyä erilaisia seksuaaliongelmia, jotka vaikuttavat seksuaalisuuden ilmentämiseen. Seksuaaliongelmia voivat liittyä seksuaalisen haluun, kiihottumiseen ja/tai laukeamiseen. Naisilla voi esiintyä lisäksi yhdyntäkkipua ja emättimen kouristuksia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, Väisälä 2011.)

Aikuisen sairastuminen vaikuttaa joko välittömästi tai välillisesti hänen seksuaalisuuteensa. Vaikutukset voivat olla seurausta itse sairaudesta, siihen liittyvistä toimenpiteistä tai lääkityksestä. Sairaus voi vaikuttaa myös ihmisen minäkuvaan, joka puolestaan heijastuu seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, Brusila 2011, Hautamäki-Lammisen 2012.) Esimerkiksi naisilla esiintyvän vulvodynian tiedetään aiheuttavan naiselle fyysisiä ja psykoseksuaalisia toimintahäiriöitä (Törnävä ym. 2013). Lisäksi Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksessa todettiin, että syöpään sairastuminen aiheuttaa moninaisia muutoksia seksuaalisuudessa. Eturauhassyöpäpotilaiden seksuaalisuus kärsi eniten sairauden myötä. (Hautamäki-Lammisen 2012). Sairauden vaikutukset ihmisen seksuaalisuuteen heijastuvat luonnollisesti myös parisuhteisiin, jotka voivat vahvistua tai heikentyä sairastumisen myötä (Hautamäki-Lammisen 2012, Törnävä ym. 2013).

Potilaat ja asiakkaat odottavat terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa ja valmiuksia ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi (Brusila 2011, Väisälä 2011, Sini-saari-Eskelinen ym. 2016). Esimerkiksi Hautamäki-Lammisen ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa syöpäpotilaat odottivat saavansa tietoa seksuaalisuuteen liittyen ollessaan sairaalassa. Syöpään sairastuneiden naisten tiedontarpeet kohdistuivat mielialaan, minäkuvaan ja ihmissuhteisiin liittyvään tietoon. Syöpään sairastuneet miehet pitivät puolestaan sukupuolielämään liittyvää tietoa tarpeellisenä. (Hautamäki-Lammisen ym. 2011.) Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että syöpään sairastuneet odottavat seksuaaliohjaukselta potilaslähtöisyyttä, suunnitelmallisuutta ja ammatillisuutta. Lisäksi he odottavat seksuaaliohjauksen sisältävän muun muassa myönteisen minäkuvan vahvistamista ja puolison ohjaamista. (Hautamäki-Lammisen ym. 2010.)

Kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja hoitoon terveydenhuollossa kuuluu ihmisen seksuaalisuuden huomioon ottaminen ja seksuaalisuudesta keskusteleminen on osa terveydenhuollon ammattilaisten työtä (Ryttyläinen & Valkama 2010, Väisälä 2011). Tiedetään kuitenkin, että seksuaalisuuteen liittyvää keskustelua käydään harvoin ja yleensä potilaan tai asiakkaan aloitteesta. Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevatkin lisää osaamista ja koulutusta seksuaalisuuden puheeksi ottoon. (Brusila 2011, Väisälä 2011, Sinisaari-Eskelinen ym. 2016.) Lisäksi seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen, ohjaukseen ja neuvontatilanteisiin on kehitetty erilaisia apuvälineitä, kuten PLISSIT- ja BETTER-mallit (Ryttyläinen & Valkama 2010, Väisälä 2011, Sinisaari-Eskelinen ym. 2016). On tärkeää myös tiedostaa, että suurin osa potilaista tai asiakkaista saa avun jo siitä, että saa luvan puhua seksuaalisioista (Väisälä 2011).

2.3 Aikuisen seksuaalikäyttäytyminen

Seksuaalikäyttäytyminen on aikuiselle luonteenomaista toimintaa, jonka seuraukset voivat joko ylläpitää ja vahvistaa tai heikentää hänen seksuaaliterveyttään (Pakarinen ym. 2014). Seksuaalikäyttäytyminen pitää sisällään oman seksuaalisuuden monipuolisen ilmaisun, kontaktien hakemisen, seksuaalisen nautinnon tavoittelemisen ja kokemisen joko yksin tai kumppanin kanssa sekä yhdynnät (Ryttyläinen & Valkama 2010). Seksuaalisen halun voidaan katsoa kuuluvan osaksi seksuaalikäyttäytymistä. Kontula & Väisälä (2013) määrittelevät seksuaalisen halun tiedostetuksi kaipuuksi sellaiseen seksuaaliseen toimintaan, joka tuottaa ihmiselle tyydytystä. Seksuaalinen halu puolestaan tuottaa psyykkisen sekä fyysisen kiihottumisen. (Kontula & Väisälä 2013.)

Aikuisen seksuaalikäyttäytyminen voi olla turvallista, jolloin puhutaan turvaseksikäyttäytymisestä tai se voi sisältää riskejä, jolloin puhutaan riskikäyttäytymisestä. Seksi on turvallista, kun siemennestettä, esiliukastetta, emättimen eritteitä tai verta ei pääse kumppanin limakalvoille tai rikkinäiselle iholle (Kylmä ym. 2014b, Hivpoint 2018). Seksin turvallisuus edellyttää kondomin käyttöä emätin- ja anaalilyhdynnöissä vesiliukoisien tai silikonipohjaisen liukuvoiteen kanssa. Lisäksi suuseksissä on suositeltavaa käyttää kondomia tai suuseksisuoja. (Hivpoint 2018.) Turvaseksikäyttäytymistä ovat myös suutelu ja käsillä hyväily (Hivpoint 2018) sekä kieltäytyminen sellaisesta seksistä, jota ei halua (Kylmä ym. 2016a). Santos ja kumppanit (2018) tarkoittavat seksuaalisella riskikäyttäytymisellä suojaamattoman seksin harrastamista, seksin harrastamista päihteiden vaikutuksen alaisena ja tilapäisten kumppaneiden kanssa.

Leikko ja kumppanit (2015) ovat puolestaan määritelleet seksuaalikäyttäytymisen riskitekijöiksi varhain aloitetut yhdynät, yhdyntäkumppanien lukumäärän, ehkäisyn käyttämättömyyden ja alkoholin käytön humaltumiseen saakka.

Suojaamattoman seksin seurauksia voivat olla seksitaudin tarttuminen, sairastumisen pelko tai suunnittelematon raskaus (Hiltunen-Back & Apter 2011, Leikko ym. 2015, Santos ym. 2018). Turvaseksikäyttäytyminen on paras keino välttää suojaamattoman seksin mahdollisilta seurauksilta, mutta siihen tarvitaan lisäksi itsearvostusta ja halua vaalia omaa seksuaaliterveyttään (Hiltunen-Back & Apter 2011).

Aikaisempien tutkimusten perusteella on tunnistettu useita aikuisen seksuaalikäyttäytymiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Ensinnäkin yksilön tiedot ja asenteet vaikuttavat hänen seksuaalikäyttäytymiseensä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Pakarinen ym. 2017, Santos ym. 2018). Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen on todettu olevan heikkoja. Esimerkiksi tietämys hivin tai muiden seksitautien oireettomuudesta on heikkoa. Toisaalta on todettu myönteistä asennoitumista seksuaalikäyttäytymistä kohtaan. (Pakarinen ym. 2017.)

Seksuaalikäyttäytymisen asenteita kuvaavat muun muassa luottamus kondomin käyttökykyihin ja kommunikaatiokyvyt (Pakarinen ym. 2017). Kondomin käytöstä neuvottelun kumppanin kanssa tiedetään olevan harvinaista ja sisältävän erilaisia haasteita (East ym. 2011b, Lejelind ym. 2017). Jopa seksitautitartunnasta huolimatta kondomin käytöstä neuvottelemisen voidaan kokea ylivoimaiseksi ja mieluummin päädytään jatkamaan riskikäyttäytymistä (East ym. 2011b). Toisaalta kondomin käytöstä neuvottelemiselle ei välttämättä nähdä tarvetta, jos ihminen elää vakituudessa suhteessa ja kokee luottavansa kumppaniin (East ym. 2011b). On kuitenkin todettu, että vakituudessa parisuhteessa elävillä on korkeampi riski saada seksitauti, koska kondomin tilalla käytetään muita ehkäisymenetelmiä (Santos ym. 2018). Kondomin tiedetään olevan ainut ehkäisymenetelmä, joka suojaa seksitaudeilta (Hivpoint 2018).

On myös tärkeä tiedostaa, että kun ihminen arvioi omaa riskiään saada seksitautitartunta, niin se edellyttää luotettavaa tietoa kumppanin riskikäyttäytymisestä ja hänen tautitilastaan (Witte ym. 2010). Joskus tämän tiedon keräämiseen käytetään kuitenkin strategioita, joita ei voida pitää luotettavina, kuten tehdään arvio kumppanin ulkonäön perusteella (Lejelind ym. 2017).

Toiseksi, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden on tunnistettu olevan yhteydessä seksuaalikäyttäytymiseen. Yksilön seksikäyttäytymiseen vaikuttavat aina hänen sosiaaliset suhteensa sekä yhteisölliset ja yhteiskunnalliset normit (Kippax 2010, Lejelind ym. 2017, Santos ym. 2018.) Esimerkiksi ystäväpiiristä saatavat vaikutteet voivat altistaa yksilön seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen (Santos ym. 2018). Kolmanneksi, ul-

komailla matkustelun on tunnistettu olevan eräs merkittävä seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen yhteydessä oleva tekijä (Hiltunen-Back & Apter 2011, Lejelind ym. 2017). Tiedetään, että joka viides matkailija harrastaa seksiä ulkomailla ollessaan ja näistä seksikontakteista puolet on suojaamattomia. Tämä mahdollistaa myös resistenttien mikrobikantojen sekä harvinaisten seksitautien leviämisen helposti maasta toiseen. (Hiltunen-Back & Apter 2011.) Lejelind ja kumppanit (2017) ovat tutkineet syitä miksi ihmisten seksikäyttäytyminen ulkomailla on erilaista. Tutkimuksessa todettiin, että ulkomailla matkustaminen vapauttaa sosiaalisista rajoitteista ja lisää alkoholin kulutusta, nämä puolestaan ovat omiaan lisäämään seksuaalista riskikäyttäytymistä. Kondomien vaikea saatavuus ulkomailla oli myös kondomin käyttöä estävä tekijä. Lisäksi tutkittavien mielestä ulkomailla ollessa heidän ei tarvinnut ottaa vastuuta omasta seksikäyttäytymisestään samalla tavalla kuin kotimaassa, johtuen anonymitteetistä ulkomailla. (Lejelind ym. 2017.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 yhtenä tavoitteena on, että suomalaisten aikuisten seksuaalikäyttäytymisestä tuotetaan enemmän tietoa (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Viime vuosina seksuaalikäyttäytymistä onkin tutkittu miesten, joilla on seksiä miesten kanssa (Kylmä ym. 2014b, 2016a, 2016b), nuorten ammattiin opiskelevien (Pakarinen ym. 2014) ja nuorten naisten näkökulmasta (Leikko ym. 2015). Miesten välisessä seksissä on tunnistettu useita riskitekijöitä (Kylmä ym. 2014b, 2016a, 2016b). Suuseksissä käytetään harvoin kondomia edes satunnaisten kumppaneiden kanssa. Satunnaisia seksisuhteita on paljon ja oman tai kumppanin hiv-statusuksen puheeksi ottaminen niissä on harvinaista. (Kylmä ym. 2014b.) Toisaalta miesten kanssa seksiä harrastavilla miehillä on todettu olevan myös useita vakituisia kumppaneita samanaikaisesti (Kylmä ym. 2016b). Lisäksi suojaamattomat anaaliryhdyntä ovat tavallisia miesten välisessä seksissä. Miesten välistä seksiä harrastavat miehet arvioivat kuitenkin seksinsä olevan juuri niin turvallista kuin sen haluavat olevan. (Kylmä ym. 2016a.) Myös nuorten ammattiin opiskelevien seksikäyttäytymisessä suojaamaton suuseksi ja suojaamattomat anaaliryhdyntä ovat yleisiä (Pakarinen ym. 2014). Nuorten naisten turvaseksikäyttäytymisessä on myös todettu puutteita, joskin vähäisesti. Kondomin käyttö on vähäistä niiden naisten kohdalla, jotka eivät seurustele vakituisesti. Lisäksi naiset solmivat seksisuhteita uusien kumppaneiden kanssa verrattain aktiivisesti. Varhaisessa vaiheessa (≤ 14 -vuotiaana) aloitettujen ryhdyntöjen on todettu olevan yhteydessä seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. (Leikko ym. 2015.)

2.4 Aikuisen seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteiden keskinäisestä suhteesta ei ole olemassa yksimielisyyttä. Tässä luvussa niitä tarkastellaan molempia käsitteitä, koska tutkimuksen lähtökohtien tarkoituksena on tarkastella tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Osajulkaisussa III seksuaaliterveys puolestaan nähdään lisääntymisterveyden yläkäsitteenä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.) Lisäksi WHO (2017) on määritellyt seksitauteiden ennaltaehkäisyyn kuuluvaksi ensisijaisesti seksuaaliterveyden toimintakenttään, vaikka sillä on yhteyksiä myös lisääntymisterveyteen.

Seksuaaliterveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, joka on yhteydessä ihmisen seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveys ei tarkoita pelkästään sairauden, toimintahäiriön tai heikkouden puuttumista. (WHO 2017.) Seksuaaliterveyttä voidaan pitää osana ihmisen terveyttä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Gissler 2016, WHO 2017). Lisääntymisterveys puolestaan sisältää mahdollisuuden vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään sekä mahdollisuuden lisääntyä ja vapauden päättää siitä milloin ja kuinka usein se tapahtuu. Lisäksi siihen sisältyy oikeus sopiviin ja hyväksyttäviin itse valittuihin ehkäisyvälineisiin ja pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, WHO 2018.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ulottuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoille (Ryttyläinen & Valkama 2010, Kuorti & Halonen 2018). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen perimmäisenä tavoitteena on, että väestöllä on riittävästi tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävästä ja toisaalta heikentävistä tekijöistä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Lisäksi yksilöllä on oikeus parhaaseen mahdolliseen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, mutta sen saavuttaminen edellyttää eri osa-alueiden onnistumista. Ihminen tarvitsee muun muassa laadukasta seksuaalikasvatusta, jotta hän pystyy ottamaan vastuuta omasta (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Puharic ym. 2015, Kuorti & Halonen 2018) ja kumppanin seksuaaliterveydestä (Hiltunen-Back & Apter 2011, Pakarinen ym. 2014). Aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin todettu, ettei väestöllä ei ole riittäviä tietoja esimerkiksi seksuaaliterveydestä ja ehkäisystä. Lisäksi seksitauteja koskevan tietämyksen tiedetään olevan heikkoa esimerkiksi nuorten ja yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa. (Rathfisch ym. 2012, Puharic ym. 2015, Karamouzian ym. 2017.) Seksuaalikasvatuksen sisältöjä sekä menetelmiä tuleekin arvioida kriittisesti (Puharic ym. 2015). Lisäksi on kehitettävä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä toimintaohjelmia ja kiinnitettävä huomioita siihen, että luotettavaa tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on kaikkien saatavilla (Rathfisch ym. 2012, Karamouzian ym. 2017).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä on varmistettava tasa-arvon toteutuminen. Kaikilla aikuisilla tulee olla samat mahdollisuudet ja edellytykset huolehtia omasta terveydestään, eikä siihen saa vaikuttaa esimerkiksi sosioekonomiset tai kulttuuriset erot. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Puharic ym. 2015, Kuortti & Halonen 2018.) Seksitautien yhteydessä on tärkeä tiedostaa, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sisältää myös moraalisen ulottuvuuden. Terveydenhuollon ammattilaisten toteuttama seksuaalikasvatus on todennäköisesti vaikuttavampaa, jos he tunnistavat tartunnan saaneen subjektiivisen kokemuksen ja moraalisen ulottuvuuden, sen sijaan, että ohjaus olisi pelkästään kliinistä ja faktoihin perustuvaa. (Cook 2014.) Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä tulisi välttää ihmisten jyrkkää kategorisointia erilaisiin riskiryhmiin, esimerkiksi seksuaalisen suuntautumisen perusteella, koska se voi johtaa yksipuolisiin ja tehottomiin interventioihin. (Ripley 2011, Kuortti 2012, Kylmä ym. 2016b.)

Seksuaaliterveyden edistämisen sisällöissä on kuitenkin syytä ottaa huomioon miesten välinen seksi ja erityisesti siihen liittyvä turvaseksi (Kylmä 2016b). Toisaalta tulee huomioida myös naiset, joilla on seksiä naisten kanssa. Nimittäin vastoin yleistä käsitystä myös naisten kanssa seksiä harrastavilla naisilla on yhtäläinen riski saada seksitautitartunta. Näin ollen tätä ryhmää ei tule unohtaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä. (Ripley 2011.) Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden sisältöihin on tärkeä sisällyttää pähteiden ja lääkeaineiden käyttö, koska niiden käyttö seksin yhteydessä voi johtaa seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen (Kylmä ym. 2014c).

Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen yhteisöllisellä tasolla toteutuu osana kuntien toimintaa (Ryttyläinen & Valkama 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Keskeisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palvelujen, kuten seksitautien ehkäisyn, tutkimuksen ja hoidon, raskauden ehkäisyneuvonnan sekä seksuaalineuvonnan järjestämisellä on pitkät perinteet suomalaisessa perusterveydenhuollossa (Sannisto 2011, Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaa pidetään lisäksi hyvänä, joskin toimintakäytäntöjen ja laadun osalta esiintyy vaihtelua. Hoitotyön johtamisella on todettu olevan keskeinen rooli laadukkaiden seksuaaliterveyspalvelujen tuottamisessa. (Sannisto 2011.)

Yhteiskunnallisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät asiat on otettu osaksi poliittista päätöksentekoa ja tunnistettu keskeiseksi strategiaksi edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia (Coleman 2010, Gissler 2016). Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistetään muun muassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 avulla (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Gissler 2016, Kuortti & Halonen 2018). Toimintaohjelmaan on sisällytetty yli 100 tavoitetta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi tuleville vuosille. Seksitauteja koskien

toimintaohjelmaan tavoitteiksi on kirjattu muun muassa seksitautitartuntojen vähentäminen, väestön tietoisuuden lisääminen seksitaudeista, sujuvan pääsyn varmistaminen seksitautitesteihin ilman leimautumisen pelkoa, terveydenhuollon toimijoiden asiantuntemuksen lisääminen seksitaudeista ja seksitautien ehkäisyn toteuttaminen eri tahojen kanssa kiinteässä yhteistyössä. Lisäksi toimintaohjelmassa esitetään seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kohdistuvan tutkimuksen painopistealueita. Toimintaohjelmassa kehoitetaan muun muassa toteuttamaan kohdennettuja tutkimuksia väestöryhmissä, joissa seksitauteja esiintyy paljon. Lisäksi nostetaan esille tarve seksitauteihin liittyvän käyttäytymistiedon tutkimukselle. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.)

2.5 Seksitautien ennaltaehkäisy

Maailmanlaajuisesti seksitautien ennaltaehkäisyä ohjataan maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 2016 julkaiseman strategian avulla. Strategian ydintavoitteena on kansanterveydellisenä huolenaiheena olevien seksitautiepidemioiden lopettaminen vuoteen 2030 mennessä. (WHO 2016.) Kansallisella tasolla tartuntatautiin, mukaan lukien seksitautien, torjuntatyöstä on säädetty Tartuntatautilaissa (FINLEX 1227/2016). Tartuntatautiin torjunnan yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) puolestaan toimii tartuntatautiin torjunnan kansallisena asiantuntijalaitoksena (FINLEX 1227/2016), joka on julkaissut seksitautien ennaltaehkäisyä ohjaavat toimenpideohjelmat ja strategiat, kuten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014) ja Suomen hiv-strategia (Liitsola ym. 2017). Suomen hiv-strategian tavoitteena on vähentää uusia hiv-tartuntoja sekä tartuntojen aiheuttamaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Lisäksi tavoitteena on minimoida hivin vaikutuksia tartunnan saaneiden, heidän lähipiirinsä ja yhteiskunnan tasolla. (Liitsola ym. 2017.)

Seksitautien ennaltaehkäisyn lähtökohtana tulee olla koko väestön seksuaalitietoisuuden lisääminen (Vuorenmaa 2012, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Liitsola ym. 2017) ja ihmisten tulee olla tietoisia omasta seksitautistatuksestaan sekä välttää riskikäyttäytymistä (WHO 2016). Lisäksi kansallisella tasolla seksitautien esiintyvyyttä tulee säännöllisesti seurata (WHO 2016) ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tulee kohdentaa niihin väestöryhmiin, jotka ovat haavoittuvia seksitautitartunnoille (Liitsola ym. 2017). Seksitautien ennaltaehkäisyssä korostuu myös tartuntaketjun katkaisemi-

nen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Vuorenmaa ym. 2012) sekä seksitautitesteihin ja hoitoon liittyvien esteiden poistaminen (Deblonde ym. 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Liitsola ym. 2017).

Kondomin käyttöä pidetään tehokkaana seksitautien ehkäisymenetelmänä (Hiltunen-Back & Apter 2011, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, von Sadovszky ym. 2014). Kondomien käyttöä edistetään muun muassa ilmaisjakelulla tapahtumien yhteydessä ja valistuskampanjoiden avulla (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Näissä käyttäytymistapojen muutokseen tähtäävissä interventioissa tulee huomioida myös kondomin käyttöön liittyvä opastus, jotta saavutetaan luottamus omiin kondomin käyttötaitoihin (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, von Sadovszky ym. 2014). Lisäksi strategioita, kondomin käytöstä neuvottelemiseen kumppanin kanssa, on syytä myös korostaa seksitautien ehkäisyn näkökulmasta (East ym. 2011b). Matkailun tiedetään altistavan seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle. Matkailijoita tulee valistaa kondomin käytöstä ja käydä läpi kohdemaan seksitautitilanne esimerkiksi silloin, kun henkilö tulee hakemaan matkalla tarvittavia rokotuksia. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Liitsola ym. 2017.)

Seksitautien aktiiviset testauskäytännöt ovat keskeinen osa seksitautien leviämisen ehkäisyä. Ihmisillä voi olla kuitenkin korkea kynnys hakeutua seksitautitesteihin tiedon puutteen ja leimautumisen pelon vuoksi. Uusien testausmenetelmien kehittäminen on keskeistä, jotta testaukseen liittyvää kynnystä pystytään madaltamaan. (Deblonde ym. 2010, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Jokiranta ym. 2017, Liitsola ym. 2017). Esimerkiksi kotona tapahtuvan näytteenoton on todettu soveltuvan hyvin klamydian ja tippurin testaukseen, koska se madaltaa kynnystä seksitautientestaukseen ja säästää terveydenhuollon ammattilaisten aikaresursseja (Jokiranta ym. 2017). Toisaalta tutkimusnäyttö ei tue sitä, että kotinäytteenoton avulla pystyttäisiin toteamaan määrällisesti enemmän seksitautitartuntoja (Fajardo-Bernal ym. 2015). Lisäksi seksuaalisesti aktiivisten nuorten aikuisten klamydiaseulontojen avulla pyritään ehkäisemään seksitautien leviämistä, joskin niihin liittyvä tutkimusnäyttö on heikkoa. Kohtalaista näyttöä on kuitenkin siitä, että klamydiaseulonnoilla voidaan vähentää yksilötasolla naisten riskiä sairastua sisäsynnytintulehdukseen. (Low ym. 2016.)

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat lisäkoulutusta seksitautien testaustoiminnan tehostamiseksi (Bazia ym. 2017). Terveydenhuollossa asiakkaiden seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä riskejä tulisi kartoittaa vastaanottoilanteessa, mutta tässä tiedetään esiintyvän puutteita. Riskikartoituksen tekemättä jättämisen vuoksi oireettomia seksitautitartuntoja jää tunnistamatta. (Tillman & Mark 2015, Bazia ym. 2017.) Seksitautien testausilanne tulisi myös nähdä mahdollisuutena lisätä asiakkaan seksuaalitietoutta, joskin se toteutuu huonosti (Kylmä ym. 2016c, Bazia ym. 2017). Lisäksi Kylmän ja kumppaneiden

(2016c) tutkimuksen mukaan hiv-testauksen yhteydessä saatuun ohjaukseen ei oltu tyytyväisiä.

Seksitauteja ennaltaehkäistään myös rokotusten avulla. Tällä hetkellä on olemassa toimivat rokotteet B-hepatiittia ja papilloomavirusta vastaan. Rokotusten avulla pystytään tuntuvasti vähentämään seksitauteihin liittyvää tautitaakkaa. (Hiltunen-Back & Apter 2011, Klemetti & Raussi-Lehto 2014.) Lisäksi tartuntojen aktiivisella jäljityksellä on merkittävä rooli seksitautien leviämistä ehkäisevänä menetelmänä. Tartunnan jäljityksen tarkoituksena on ohjata seksitautitartunnalle altistuneet henkilöt tutkimuksiin ja tarvittaessa hoitoon. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.) Tartunnan jäljitystä tehostamalla pystytään vähentämään seksitautien alidiagnostiikkaa ja siten katkaisemaan tartuntaketjuja (Pakarinen ym. 2014).

Seksitautien ehkäisyssä on huomioitava ne ryhmät, joilla on korkeampi riski saada tartunta, kuten seksityötä tekevät henkilöt, vangit ja miesten kanssa seksiä harrastavat miehet (Liitsola ym. 2017). Lisäksi oman ryhmänsä muodostavat parit, joista toisella kumppanilla on seksitauti ja toisella ei. Esimerkiksi hivin antiretroviraalista lääkehoitoa voidaan käyttää estämään hivin tarttuminen hiv-positiiviselta kumppanilta hiv-negatiiviselle kumppanille. (Anglemyer ym. 2013.) Hivin tarttumista voidaan ennaltaehkäistä myös altistuksen jälkeen otettavalla PEP-lääkityksellä (*Post-Exposure Prophylaxis*) sekä riskiryhmiin kuuluvien kohdalla voidaan käyttää PrEP-lääkitystä (*Pre-Exposure Prophylaxis*) ennen altistusta (Liitsola ym. 2017). Seksitautien hoitoa käsitellään tarkemmin luvussa 2.6. Miehen sperman pesua voidaan käyttää myös menetelmänä, jonka avulla on mahdollista ehkäistä hivin tarttuminen naiseen hedelmöityksen yhteydessä (Eke & Oragwu 2011). Yleisenä periaatteena on, että seksitautien ennaltaehkäisyssä tulee huomioida haavoittuvien väestöryhmien erilaiset tarpeet (O'Byrne 2012, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Liitsola ym. 2017). Tämä edellyttää, että ymmärretään myös kulttuurisia normeja, jotka vaikuttavat näihin väestöryhmiin kuuluvien ihmisten käyttäytymiseen (Severe ym. 2014).

Seksitautien ennaltaehkäisy on kokonaisvaltaista kun siinä yhdistyvät ihmisten käyttäytymistapoihin, biolääketieteellisiin ja rakenteellisiin tekijöihin kohdistuvat interventiot (WHO 2016). Käyttäytymistapoihin, kuten seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen ja kondomin käyttöön, kohdistuvat interventiot on todettu tutkimuksissa vaikuttaviksi (Carvalho ym. 2011, von Sadvoszky ym. 2014, Althoff ym. 2015). Lisäksi interventiot, joissa on hyödynnetty erilaisia mainoskampanjoita, ovat onnistuneet sitouttamaan ja motivoimaan terveyskäyttäytymisessä (Pedrana ym. 2014) sekä edistämään seksitautitestausta miesten kanssa seksiä harrastavien miesten keskuudessa (Wei ym. 2011, Pedrana ym. 2014). Toisaalta on myös todettu, ettei käyttäytymistä-

poihiin kohdennettujen interventioiden vaikuttavuudesta ole riittävästi tutkimusnäyttöä seksityötekevien ihmisten keskuudessa (Ota ym. 2011). Rakenteellisiin tekijöihin, kuten kondomien saatavuuteen, kohdistuvien interventioiden vaikuttavuudesta yhteisöllisellä tasolla ei myöskään ole riittävä tutkimusnäyttöä (Moreno ym. 2014). Yhtä kaikki, seksitautien ennaltaehkäisyyn tähtäävien interventioiden vaikuttavuuden arviointi on keskeistä, jotta seksitauteja ja niihin liittyvää tautitaakkaa onnistutaan vähentämään (Carter 2016, Kroeger ym. 2016). Toisaalta seksitautien esiintyvyyden ohella interventioiden vaikuttavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon niiden vastaavuus suhteessa tulevaisuuden tarpeisiin ja käytössä oleviin resursseihin (Kroeger ym. 2016). Lisäksi interventioita tulisi testata mahdollisimman autenttisessa arkipäivän ympäristössä, joissa seksitautien leviämiseen vaikuttavat aina kunkin yksilön henkilökohtaiset, yhteisölliset ja tautispesifiset tekijät. (O’Byrne 2011.)

2.6 Seksitaudin saaneen aikuisen hoito

Aiempaa tutkimustietoa tartunnan saaneiden kokemuksista seksitaudin hoidosta on kuvattu osajulkaisussa III. Tässä luvussa seksitaudin saaneen aikuisen hoitoa tarkastellaan puolestaan hoidon järjestämisen, hoitoa koskevien suositusten sekä seksitauteihin liittyvän hoitotyön näkökulmasta.

Seksitautien varhaisella toteamisella ja hoidon aloituksella pystytään vähentämään seksitautien mahdollisia jälkiseurauksia, niihin liittyvää inhimillistä kärsimystä, mutta myös yhteiskunnan kustannuksia (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Seksitautien hoidon järjestämisestä säädetään Tartuntatautilaissa (FINLEX 1227/2016). Tartuntatautilain mukaan kuntien velvollisuutena on järjestää alueellaan tartuntatautien vastustamistyö, johon sisältyy myös seksitautien hoito (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, FINLEX 1227/2016). Hiv-tartuntojen hoito ja seuranta on keskitetty erikoissairaanhoidon (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Liitsola ym. 2017). Suomessa yleisvaarallisten ja valvottavien seksitautien hoito on tartunnan saaneille maksutonta. Sen sijaan genitaalierpeksen ja papilloomaviruksen hoidossa tartunnan saanut noudattaa normaaleja maksukäytäntöjä, koska nämä kuuluvat muihin seksitauteihin. (FINLEX 1227/2016, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.)

Suomessa seksitautien diagnostikasta ja hoidosta on annettu käypä hoito suositus. Suosituksen tavoitteena on muun muassa vähentää seksiteitse tarttuvien tautien esiintyvyyttä, edistää seksuaaliterveyttä ja suojata ihmisten hedelmällisyyttä. Lisäksi suosituksen tavoitteena on ohjata seksitautitestien valintaa, näytteidenottoa, hoitoa, hoidon tulosten varmistamista sekä tartunnan jäljitystä. (Seksitaudit: Käypä hoito -

suositus 2018.) Hiv-työtä, mukaan lukien hoitoa, ohjataan hiv-strategian avulla. Hiv-strategiassa esitetään hivin hoitoa koskevia toimenpide-ehdotuksia, joita ovat esimerkiksi tartunnan saaneiden muiden sairauksien ja ikääntymisen huomioiminen sekä nykyisellään toimivan hoitoonohjaus- ja hoitojärjestelmän säilyttäminen tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa. (Liitsola ym. 2017.)

Seksitauteja diagnosoidaan erite-, veri- ja virtsanäytteiden avulla sekä kliinisen kuvan perusteella. Luotettavan näytteidenoton toteuttamiseksi seksitautia epäilevältä tulee ensin haastatella selvittää mahdollinen tartuntariski- ja ajankohta. Tärkeää on huomioida, että näytteenottoaika (virtsaputki, kohdunkaulakanava, peräsuoli, nielu, silmä) valitaan asiakkaan seksihistorian perusteella. (Hiltunen-Back 2017, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Osa seksitaudeista on parannettavissa mikrobilääkityksen avulla. Klamydian, tippurin, kupan ja LGV:n hoidossa käytetään mikrobilääkitystä joko suun kautta otettuna tai lihakseen pistettynä. Hoidon sekä kliininen että mikrobiologinen onnistuminen varmennetaan hoidon päätyttyä. (Mark ym. 2015, Hiltunen-Back 2017, Hiltunen & Puolakkainen 2018, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Sen sijaan osa seksitaudeista on parantumattomia, mutta niitä voidaan kuitenkin hallita viruslääkityksellä. Genitaalisherpeksen oireita voidaan lievittää viruslääkityksellä ja sen avulla voidaan myös vähentää merkittävästi taudin tartuttavuutta. Ihmisen papilloomaviruksen aiheuttamia kondyloomia hoidetaan joko paikallisvalmisteiden tai invasiivisten menetelmien (nestetyyppiäjädytys, hiilidioksidilaser tai kirurgia) avulla. Toisaalta yksittäisiä kondyloomia ei välttämättä tarvitse hoitaa. (Mark ym. 2015, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Kroonisen C-hepatiitin hoitona käytetään perinteistä interferonia sisältävää lääkehoitoa (STM 2016). Hivin hoidossa antiretroviraalinen lääkehoito on osoittautunut tehokkaaksi. Valtaosalla tartunnan saaneista, jotka ovat lääkehoidon piirissä, ei ole virusta osoitettavissa veressä. (Liitsola ym. 2017.)

Hivin hoidon onnistumisessa keskeistä on tartunnan saaneiden sitoutuminen elinikäiseen lääkehoitoon (Liitsola ym. 2017). Lääkehoitoon sitoutumisessa on kuitenkin tiedetty olevan haasteita siihen liittyvien haittavaikutusten vuoksi. Hoitoon sitoutumista on pyritty edistämään erilaisin interventioin. Esimerkiksi satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten avulla on saatu vahvaa näyttöä siitä, että viikoittaiset muistutustekstiviestit sitouttavat hivin kanssa eläviä lääkehoitoonsa. (Horvath ym. 2012.) Lääkehoidon ohella tartunnan saaneiden kokonaisvaltaista hyvinvointia on tuettava, esimerkiksi tarjoamalla psykososiaalista tukea, johon sisältyy neuvontaa, vertaistukea sekä seksuaaliterapiaa (East ym. 2015, Liitsola ym. 2017). Toisaalta psykososiaalista tukea tarjoavien ryhmäinterventioiden vaikuttavuudesta ei ole vahvaa tut-

kimusnäyttöä (van der Heijden ym. 2017). Hiv-tartunnan saaneiden hyvinvointia voidaan tukea myös liikunnan avulla. Nimittäin on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että 20 minuutin aerobinen harjoittelu kolme kertaa viikossa viiden viikon ajan parantaa hiv-tartunnan saaneiden kuntoa, kehon koostumusta sekä hyvinvointia. (O'Brien ym. 2010.)

Seksitauteihin liittyvän hoitotyön on todettu olevan moniulotteista ja sisältävän muutakin kuin ohjauksen ja näytteidenottamisen (Bungay ym. 2014). Hoitotyöllä on keskeinen rooli tartuntojen ehkäisyssä, hoidon toteuttamisessa sekä tartunnan saaneiden tukemisessa ja heidän seksuaaliterveytensä edistämässä (Mark ym. 2015, Bungay ym. 2017). Tartunnan saanut tarvitsee emotionaalista ja tiedollista tukea. Tiedollisen tuen avulla voidaan vähentää seksitautien tautitaakkaa ja edistää tartunnan saaneiden kykyä selvitä tartunnan kanssa elämisestä. (East ym. 2011a.) Hoitotyöntekijät voivat auttaa myös lievittämään sosiaalisen stigman vaikutusta tarjoamalla luotamuksellista ja sensitiivistä hoitoa (Mark ym. 2015). Seksuaalisen riskikäyttäytymisen puheeksi ottamisella voidaan ehkäistä seksitaudin edelleen leviämistä, mutta toisaalta myös uusien seksitautien saaminen. Seksuaalisuudesta keskusteleminen, esimerkiksi hiv-hoitotyössä, on keino edistää tartunnan saaneen seksuaaliterveyttä. Toisaalta aiemmissa tutkimuksissa on kuvattu esteitä seksuaalisuudesta keskustelemiselle, kuten puheeksi ottamisen epämukavuus tai muiden hoitoon liittyvien asioiden priorisoituminen seksuaalisuuden edelle. (de Munnik ym. 2017.)

Seksitauteihin liittyvää hoitotyötä tehdään niin hoitajavastaanoilla, avoterveydenhuollossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa kuin päivystyshoitotyössä. Laajasta toimintakentästä huolimatta seksitauteihin liittyvää hoitotyötä on vähän tutkittu. (Bungay ym. 2017.) Keskeisiä seksitautien hoitotyön interventioita ovat potilaan seksihistorian kartoittaminen, testitulosten kertominen potilaalle, lääkeshoidon toteuttaminen, ohjaus, raportointi sekä tartunnan jäljitys (Bungay ym. 2014). Suomessa tartuntojen raportoinnista ja jäljityksestä osana seksitautien hoitoa säädetään Tartuntatautilaissa. Lääkäri tekee ilmoituksen uusista yleisvaarallisista ja valvottavista seksitautitartunnoista THL:n ylläpitämään tartuntatautirekisteriin, paitsi klamydiatapauksissa mikrobiologinen laboratorio tekee ilmoituksen. Lisäksi lääkäriellä on oikeus ilmoittaa tartuntalähdettä ilmaisematta ja salassapitosäännösten estämättä todennäköisestä tartuntavaarasta niille henkilöille, jotka ovat mahdollisesti altistuneet yleisvaaralliselle tai valvottavalle seksitaudille. Perinteisin tapa kuitenkin on, että tartunnan saanut itse informoi omia kumppaneitaan tartunnasta. (FINLEX 1227/2016, Hiltunen & Puolakkainen 2018, Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) On myös mahdollista, että tartunnan saanut toimittaa tarvittavan lääkityksen kumppaneilleen. Ferreiran ja kumppaneiden (2013) tekemän meta-analyysin perusteella ei pystytä yksilöimään yhtä

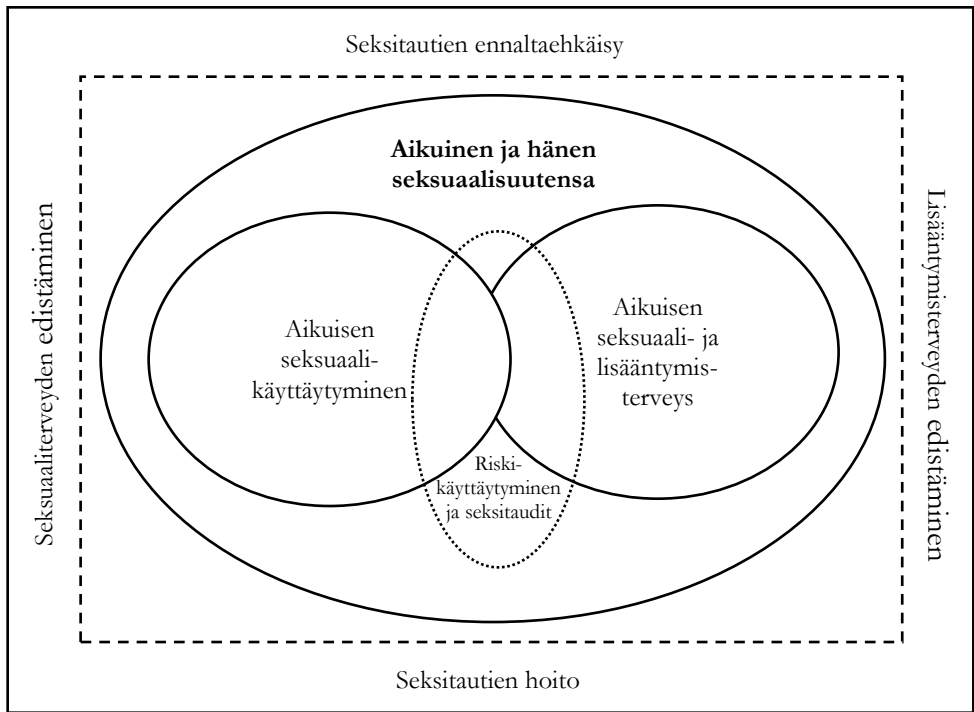
ainoa optimaalista strategiaa tartunnan jäljitykseen, joka sopisi mille tahansa seksitaudille.

2.7 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Seksuaalisuus on yksi aikuisen perustarpeista ja -oikeuksista. Seksuaalisuus on yhteydessä aikuisen hyvinvointiin ja terveyteen. Näin ollen sairastuminen heijastuu väistämättä myös aikuisen seksuaalisuuteen. Aikuinen kokee ja ilmaisee omaa seksuaalisuutta suhteessa ympäristöönsä, joka todentuu viime kädessä seksuaalikäyttäytymisenä. Aikuisen seksuaalikäyttäytyminen voi olla luonteeltaan turvallista tai siihen voi sisältyä riskienottoa. Aiemmissa tutkimuksissa on tunnistettu joukko riskitekijöitä, jotka altistavat seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle. Seksuaalikäyttäytymisen seurauksilla on puolestaan yhteys aikuisen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Aikuisen seksuaali- ja lisääntymisterveys on kokonaisvaltainen hyvinvointitila, joka on sidoksissa hänen seksuaalisuuteensa.

Seksitaudin saaminen suojaamattoman seksin seurauksena on uhka aikuisen seksuaali- ja lisääntymisterveydelle, vaikka seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ei määritellä pelkästään sairauden puuttumisen kautta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sekä seksitautien ennaltaehkäisy ja hoito muodostavat kokonaisuuden, jonka yhteisenä nimittäjänä on aikuisen seksuaalisuus. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämällä ja seksitautien ennaltaehkäisyllä tähdätään aikuisten seksuaalietoisuuden lisäämiseen, jotta heillä on mahdollisuus tehdä seksuaaliterveyttä edistäviä ja ylläpitäviä valintoja. Toisaalta seksitautien hoidolla tähdätään myös seksitautien ennaltaehkäisyyn ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen. Seksitautien ennaltaehkäisyllä on pitkät perinteet ja sen toteutumista edistetään lainsäädännön sekä kansallisten ja kansainvälisten strategioiden avulla. Seksitautien ennaltaehkäisyyn tähtäävistä interventioista sekä niiden vaikuttavuudesta on jonkin verran tutkimustietoa saatavilla.

Ottaen huomioon seksuaalisuuden keskeisen roolin aikuisen elämässä, ei sitä voida ohittaa hoitotyössä eikä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tiedetään kuitenkin, että hoitohenkilökunnan osaamista tulee vahvistaa aikuisen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden osalta. Lisäksi seksuaalisuuteen, seksuaalikäyttäytymiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä seksitauteihin kohdistuva hoitotieteellinen tutkimus on vielä vähäistä. Kuviossa 2 esitetään yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.



Kuvio 2. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on muodostaa hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä ja testata se tilastollisesti. Tässä tutkimuksessa kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä tarkastellaan seuraavien osa-alueiden kautta: kokemukset seksitaudin saamisesta ja hoidosta sekä kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin.

Hoitotieteessä teorioita voidaan määrittellä eri tavoin. Teoriassa määritellään tietyn todellisuuden ilmiön luonne, rakenne, käsitteet ja käsitteiden väliset suhteet. (Lauri & Kyngäs 2005, McKenna ym. 2014, Polit & Beck 2018.) Hoitotieteessä nämä kohdistuvat ihmistä, ympäristöä, terveyttä tai hoitamista koskeviin ilmiöihin. Hoitotieteen teoria muodostaa tietoperustan, joka kuvaa, selittää tai ennustaa käytännön ilmiötä ja siten antaa hoitotyölle merkityksen ja relevanssin. (McKenna ym. 2014.) Hoitotieteen teorioita voidaan luokitella teoriatyyppeihin ja tasojen mukaan (Lauri & Kyngäs 2005, Kanste ym. 2010, McKenna ym. 2014). Teoriatyyppeihin teoriat jaetaan kuvaileviin, selittäviin, ennustaviin ja ohjaaviin teorioihin. Teorian tasojen eli abstraktion ja laajuuden mukaan teoriat jaetaan metateorioihin, käsitteellisiin malleihin, keskitason teorioihin ja käytännön teorioihin. (Im & Chang 2012, McKenna ym. 2014.)

Käytännön teorat ovat nimensä mukaisesti teorioista kaikkein lähimpänä hoitotyön käytäntöä ja niistä voidaan myös käyttää nimitystä mikroteoria tai tilannesidon-nainen teoria. Laajuudeltaan nämä ovat kapeampia kuin keskitason teorat rajautuen tyypillisesti tiettyyn kontekstiin, ilmiöön tai sen osaan. Nykyään hoitotieteen kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti käytännön ja keskitason teorioiden kehittäminen (Kanste ym. 2010, Im & Chang 2012). Tässä tutkimuksessa keskiössä olivat tartunnan saaneiden aikuisten kokemukset liittyen seksitaudin kanssa elämiseen, koska aikaisempi tutkimus aiheesta ei ollut pystynyt tuottamaan riittävän kokonaisvaltaista tietoperustaa hoitotyön ja prevention tarpeisiin. Ottaen huomioon ilmiön rajauksen ja tiedon tuottamisen lähtökohdan, oli käytännön teorian muodostaminen perusteltua.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä ymmärrystä sekä kansainvälisesti että kansallisesti vähän tutkitusta ilmiöstä ja kehittää seksitautien ennaltaehkäisyä, seksitautia sairastavan aikuisen ja hänen läheistensä hoitotyötä sekä hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden osaamista. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on hoitotieteellisen tietoperustan laajentaminen ja lähtökohtien tuottaminen aihealueen jatkotutkimukselle.

Vaihe I: Hypoteettisen käytännön teorian muodostaminen

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli muodostaa hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Lähtökohtana oli teoriaa tuottava tutkimus (*theory generating research*), jossa lähestymistapa oli induktiivis-deduktiivinen (McKenna ym. 2014). Ensimmäisen vaiheen tutkimustehtävinä olivat:

1. Kuvata laadullisen tutkimuksen avulla tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä (Osajulkaisu I ja II).
2. Kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä (Osajulkaisu III).
3. Muodostaa hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat osa-alueittain (Yhteenveto).

Vaihe II: Hypoteettisen käytännön teorian tilastollinen testaaminen

Toisen vaiheen tarkoituksena oli testata tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tuotettu hypoteettinen käytännön teoria tilastollisesti. Lähtökohtana oli teoriaa testaava tutkimus (*theory testing research*), jossa lähestymistapa oli deduktiivinen (McKenna ym. 2014). Toisen vaiheen tutkimustehtävinä olivat:

4. Kehittää mittari seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien kokemusten mittaamiseen (Yhteenveto).
5. Kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden aikuisten arvioimana (Osajulkaisu IV).
6. Kuvata taustatekijöiden yhteyttä kokemuksiin seksitaudin kanssa elämisestä (Osajulkaisu IV).
7. Testata hypoteettisen käytännön teorian paikkansapitävyys (Yhteenveto).

Teorian tilastolliselle testaamiselle asetetut hypoteesit olivat:

1. Kokemukset seksitaudin saamisesta sisältävät tiedonjonon heräämisen, taudin vangiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen.
2. Kokemukset seksitaudin hoidosta sisältävät vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista ja ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta.
3. Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen sisältävät arjen muuttumattomuuden ja muuttumisen.
4. Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen sisältävät muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden.
5. Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät seksitaudista kertomisen dilemman, ympäristön vaihtelevan suhtautumisen, haavoittuneen ja haavoittumattoman seksielämän.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen vaiheet

Tämä tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin hypoteettinen käytännön teoria ja toisessa vaiheessa se testattiin tilastollisesti (Taulukko 1). Hoitotieteen teorian muodostuksessa teorian ja tutkimuksen välinen suhde vaihtelee vaiheittain. Voidaan erottaa neljä tutkimuksen ja teorian välistä suhdetta: teoriaa tuottava tutkimus (*theory generating research*, TGR), teoriaa testaava tutkimus (*theory testing research*, TTR), teoriaa arvioiva tutkimus (*theory evaluating research*, TER) ja teorialähtöinen tutkimus (*theory framed research*, TFR). (McKenna 1997, McKenna ym. 2014.) Muodostettaessa teorioita voidaan joko käyttää induktiivista tai deduktiivista lähestymistapaa. Lähestymistavat on myös mahdollista yhdistää, josta käytetään termiä menetelmätriangulaatio (Lauri & Kyngäs 2005, Bekhet & Zauszniewski 2012.) Teorian muodostuksessa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: käsitteiden valinta, analyysi tai synteesi, käsitteiden välisten suhteiden määrittely, hypoteesien asettaminen ja testaaminen sekä teorian esittäminen ja todentaminen käytännössä (Lauri & Kyngäs 2005).

Teoriaa tuottavan tutkimuksen (TGR) lähtökohtana on, että ilmiöstä ei ole tai siitä on hyvin vähän tietoa saatavilla (McKenna 1997). Lähestymistapa on tyypillisesti induktiivinen. Tutkimuksen avulla tuotetaan ilmiötä kuvaavia käsitteitä käsitteanalyysin tai laadullisen tutkimuksen (Morse ym. 1996a, Morse ym. 1996b) menetelmin sekä määrittellään niiden väliset suhteet. (McKenna ym. 2014, Polit & Beck 2018.)

Teoriaa testaavan tutkimuksen (TTR) tarkoituksena on osoittaa teorian hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus käytännössä (McKenna 1997). Teorian käsitteet ovat alustavia ja väittämät ennusteita todellisuudesta, joten testaamisella pyritään hallitsemaan tätä epävarmuutta (Kanste ym. 2010, Polit & Beck 2018). Teorian testaaminen on prosessi, jossa teoreettisten väittämien paikkansapitävyyttä testataan todellisuudessa ja tulosten perusteella väittämiä modifioidaan sekä jalostetaan edelleen (Kääriäinen ym. 2011). Teorioiden testaaminen tapahtuu tyypillisesti määrällisesti, mutta teorioita voidaan testata myös laadullisin menetelmin. Teorian testaamisessa tutkimusasetelman valintaan vaikuttavat teoriatyypit ja tutkimuskysymykset. (Lauri & Kyngäs 2005,

McKenna ym. 2014.) Testattavuutta empiirisellä aineistolla pidetään teorian keskeisenä ominaispiirteenä (Kanste ym. 2010).

Käytännön teoriat soveltuvat hyvin empiiriseen testaamiseen, sillä niissä käsitteet on tyypillisesti ilmaistu konkreettisesti ja mitattavin termein. Hoitotieteessä teorioiden tuottaminen on vielä yleisempää kuin niiden systemaattinen testaaminen. Näin ollen teorioiden testaamista koskeva tieto on tarpeen myös hoitotieteen tietoperustan kehittymisen näkökulmasta. (Kanste ym. 2010, McKenna ym. 2014.)

Vaiheessa I muodostettiin hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Ensin kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia. Tavoitteena oli tunnistaa ne käsitteet, jotka kuvaavat tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä. Tartunnan saaneiden aikuisten (n=8) kokemuksia kuvattiin laadullisen tutkimuksen avulla. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä haastatteluteemojen sisällä, jotka oli tunnistettu alustavien kirjallisuushakujen perusteella. Seuraavaksi tuotettiin kirjallisuuskatsaus, jonka avulla kuvattiin tartunnan saaneiden aikuisten kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä aiemman kansainvälisen tutkimustiedon perusteella. Katsaus toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Katsauksen aineisto (33 artikkelia) analysoitiin deduktiivisesti ja induktiivisesti. Tavoitteena oli vahvistaa laadullisen tutkimuksen tuloksena syntynyttä teoreettista jäsenystä (deduktio) ja toisaalta rikastuttaa sitä (induktio). Lopuksi menetelmätriangulaation avulla muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat osa-alueittain yhdistämällä laadullisen tutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen tulokset. Tutkimuksen lähtökohta vaiheessa I oli teoriaa tuottava tutkimus (TGR), jossa lähestymistapa oli induktiivis-deduktiivinen.

Vaiheessa II hypoteettinen käytännön teoria testattiin tilastollisesti. Ensin operationalisoitiin käytännön teorian pääkäsitteet kehittämällä Kokemukset Seksitaudin Kanssa Elämisestä (KoSKE[©]) -mittari. Mittarin sisältövaliditeettia arvioitiin paneeliarvioinnissa (5 asiantuntijaa) ja se pilotoitiin tartunnan saaneilla aikuisilla (n=48) ennen määrällisen tutkimuksen toteuttamista. Mittarilla kerättiin määrällinen aineisto, jonka avulla kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden aikuisten arvioimana (n=213) sekä kokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi osoitettiin teorian tilastolliselle testaamiselle asetettujen hypoteesien paikkansapitävyyttä (verifiointi) tai paikkansapitämättömyyttä (falsifiointi) empiirisessä aineistossa. Tämä tapahtui pilottitutkimuksessa ja määrällisessä tutkimuksessa kerättyjen aineistojen avulla ja käyttäen tilastollisen testaamisen menetelmiä. Tutkimuksen lähtökohta vaiheessa II oli teoriaa testaava tutkimus (TTR), jossa lähestymistapa oli deduktiivinen.

Taulukko 1. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen vaiheet

Tarkoitus	Tutkimustehtävät	Menetelmät ja aineistot	Raportointi
Vaihe I			
Muodostaa hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä.	Kuvata laadullisen tutkimuksen avulla tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä.	Teemahaastattelu, tartunnan saaneet (n=8) - induktiivinen sisällönanalyysi haastatteluteemojen sisällä	Osajulkaisu I, II
	Kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä.	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus (33 artikkelia) - deduktiivinen ja induktiivinen sisällön analyysi	Osajulkaisu III
	Muodostaa hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat osa-alueittain.	Menetelmätriangulaatio	Yhteenveto
Vaihe II			
Testata tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tuotettu hypoteettinen käytännön teoria tilastollisesti.	Kehittää mittari seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien kokemusten mittaamiseen.	Mittarin kehittäminen - väittämien muodostaminen - mittarin paneeliarviointi, asiantuntijat (n=5) - pilottitutkimus, tartunnan saaneet aikuiset (n=48) - kuvailevat tilastomenetelmät - mittarin alustava sisäinen johdonmukaisuus (Cronbachin alfa-kerroin)	Yhteenveto
	Kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden aikuisten arvioimana. Kuvata taustatekijöiden yhteyttä kokemuksiin seksitaudin kanssa elämisestä.	Määrällinen tutkimus, tartunnan saaneet aikuiset (n=213*) - kuvailevat tilastomenetelmät - ei-parametriset testit ja korrelaatiot - monimuuttujamenetelmät (PCA) - mittarin sisäinen johdonmukaisuus (Cronbachin alfa-kerroin) <i>* Pilottitutkimuksen aineisto (n=48) sisältyy määrällisen tutkimuksen aineistoon</i>	Osajulkaisu IV ja yhteenveto
	Testata hypoteettisen käytännön teorian paikkansapitävyys.	Määrällisen tutkimuksen aineisto, tartunnan saaneet aikuiset (n=213) - monimuuttujamenetelmät (CFA) - mittarin sisäinen johdonmukaisuus (Cronbachin alfa-kerroin)	Yhteenveto

4.2 Vaihe I: Hypoteettisen käytännön teorian muodostaminen

4.2.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella tutkimuksella kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden näkökulmasta. Laadullinen tutkimus valittiin menetelmäksi (Holloway ym. 2010, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018), koska aiemmat tutkimukset eivät olleet riittävän monipuolisesti tuoneet esille tartunnan saaneiden geneerisiä kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä. Aiempi tutkimus oli tautikeskeistä, jolloin kokemuksia kuvattiin yhden tietyn seksitaudin näkökulmasta. Hypoteettisen käytännön teorian muodostuksen näkökulmasta laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa ne käsitteet (Morse ym. 1996a, Morse ym. 1996b, McKenna 1997, Lauri & Kyngäs 2005), jotka kuvaavat tartunnan saaneiden geneerisiä kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä.

Tutkimuksen osallistujaryhmänä oli seksitautia sairastavat aikuiset, joilla oli kokemustietoa seksitaudin kanssa elämisestä. Tutkimuksen kohderyhmän valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, sillä yleistettävän tiedon sijaan tavoitteena oli tuottaa tartunnan saaneiden kokemuksia kuvaavia käsitteitä (Morse ym. 1996a, Morse ym. 1996b, Polit & Beck 2018). Osallistujat rekrytoitiin erään yliopistolaisen sairaalan sukupuolitautien ja infektiosairauksien poliklinikoilta. Osallistujien rekrytointia varten tuotettiin tutkimustiedote (Liite 1), jota hoitohenkilökunta jakoi tutkimus- ja hoitokäyntien yhteydessä potentiaalisille osallistujille. Tutkimustiedotteessa seksitautia sairastavia aikuisia ohjeistettiin ottamaan tutkijaan yhteyttä, mikäli he halusivat osallistua tutkimukseen. Lisäksi osallistujien rekrytoinnissa hyödynnettiin niin kutsuttua lumipallo-menetelmää, jonka tiedetään soveltuvan arkaluontoisiin tutkimusaiheisiin (Magnani ym. 2005, Abrams 2010, Kylmä & Juvakka 2012) eli haastatteluiden yhteydessä osallistujia kehoitettiin toimittamaan tutkimustiedotetta eteenpäin omille verkostoilleen.

Tutkimuksen tavoitteellinen osallistujamäärä oli 20, mutta lopulta tutkimukseen osallistui kahdeksan seksitaudin kanssa elävää miestä (n=8). Tutkimusaiheen arkaluontoisuus todennäköisesti vaikutti seksitautia sairastavien halukkuuteen osallistua tutkimukseen (Aho & Kylmä 2012). Tutkimustiedon perusteella tiedetään, että seksitauteja sairastavat ihmiset muodostavat niin kutsutun *'hard-to-reach'* (vaikeasti tavoitettavien) ryhmän (Magnani ym. 2005, Abrams 2010, Curtis 2014), joka vaikeuttaa tutkimukseen osallistuvien rekrytointia (Aho & Kylmä 2012, Gelinäs ym. 2017). Toisaalta tutkimusaineiston saturoituminen oli havaittavissa jo kahdeksan haastattelun

jälkeen ja aineiston katsottiin olevan riittävän rikas tuottamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin (Holloway ym. 2010, Kyngäs ym. 2011, Kylmä & Juvakka 2012).

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla keväällä 2012. Haastatteluteemat muodostettiin aihealuetta koskevien aiempien tutkimusten perusteella. (Holloway ym. 2010, Kylmä & Juvakka 2012, Grove ym. 2015.) Haastatteluteemoina olivat kokemukset seksitaudin saamisesta ja hoidosta sekä kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. Haastatteluista neljä toteutettiin puhelimesta ja neljä yliopistollisen sairaalan tiloissa. Mahdollisuudella puhelinhaastatteluun haluttiin madaltaa kynnystä osallistua tähän sensitiiviseen tutkimukseen (Aho & Kylmä 2012).

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä deduktiivinen ja induktiivinen lähestymistapa yhdistettiin siten, että ylhäältä analyysia ohjasivat haastatteluteemat, mutta niiden sisällä aineistoa analysoitiin induktiivisesti. (Kyngäs ym. 2011, Kylmä & Juvakka 2012, Vaismoradi ym. 2013.) Aineiston analyysiprosessi sisälsi haastatteluiden nauhoittamisen, tekstiksi kirjoittamisen, aineiston pelkistämisen, luokittelun ja abstrahoinnin (Holloway ym. 2010, Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimusaineisto sisälsi tutkimuskysymyksiin vastaavia pelkistyksiä yhteensä 838 kappaletta. Osajulkaisuissa I ja II kuvataan esimerkit aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta. Aineiston abstrahointi ja sen tuloksena muodostuneet pää-, ylä- ja alaluokat on kuvattu osajulkaisuissa I ja II.

4.2.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia aiemman kansainvälisen tutkimustiedon perusteella (Whittemore & Knafl 2005, Hopia ym. 2016). Hypoteettisen käytännön teorian muodostuksen näkökulmasta kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli vahvistaa laadullisen tutkimuksen tuloksena syntyntä teoreettista jäsenystä (käsitteistöä), mutta toisaalta rikastuttaa sitä tuottamalla uusia käsitteitä (McKenna 1997, Lauri & Kyngäs 2005, Meleis 2005).

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus valittiin kirjallisuuskatsauksen menetelmäksi, koska sen avulla oli mahdollista tuottaa kokonaisvaltainen kuvaus tartunnan saaneiden kokemuksista eri seksitauteihin liittyen. Lisäksi katsaukseen voitiin sisällyttää eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin Whittemoren ja Knaflin (2005) esittämää lähestymistapaa ja sen vaiheita: ongelman tunnistaminen, kirjallisuushaut, aineiston arviointi, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen. (Whittemore & Knafl 2005, Hopia ym. 2016.)

Integratiivista kirjallisuuskatsausta varten muotoiltiin tutkimuskysymykset tutkimusryhmässä ja hakustrategiat yhdessä informaattikon kanssa. Tietokantahaut tehtiin CINAHL, Medline (Ovid), PsycINFO ja PubMed tietokantoissa. Näiden lisäksi tehtiin täydentävä manuaalinen haku. Tietokantahakujen ja manuaalisen haun tuloksena oli yhteensä 1161 viitettä. Näistä valittiin vaiheittain (otsikot, abstraktit ja koko tekstit), käyttämällä etukäteen määriteltyjä sisäänotto- ja poissulkukriteerejä, yhteensä 33 tieteellistä vertaisarvioitua artikkelia katsaukseen. (Osajulkaisu III.)

Katsaukseen valituille artikkeleille tehtiin laadun arviointi kahden toisistaan riippumattoman tutkijan toimesta. Laadun arvioinnissa käytettiin Joanna Briggs Instituutin (2014) arviointikriteerejä (*MAStARI Descriptive/Case Series Studies*, *QARI Qualitative Assessment and Review Instrument* ja *MAStARI Comparable Cohort/Case-control Studies*). Laadun arviointi vaihteli yhden ja kahdeksan pisteen välillä. Myös heikompitasoiset artikkelit sisällytettiin mukaan katsaukseen, koska ne tuottivat sisältöä tutkimuskysymyksiin ja integratiivinen kirjallisuuskatsaus mahdollisti niiden mukaan ottamisen. (Whittemore & Knafel 2005.) Osajulkaisussa III esitetään laadun arvioinnin tulokset artikkelikohtaisesti.

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin yhdistelmää. Deduktiivisen analyysin valintaa puolsi se, että aiheesta oli olemassa laadullisen tutkimuksen tuottama teoreettinen jäsennys (Osajulkaisu I ja II). Sisällönanalyysi aloitettiin katsaukseen valittujen artikkeleiden taulukoimisella (bibliografiset tiedot, tarkoitukset, menetelmät ja aineistot sekä keskeiset tulokset). Deduktiivista analyysistä varten muodostettiin analyysirunko, johon sisällytettiin laadullisen tutkimuksen yläluokkataso (Osajulkaisu I ja II). Tämän jälkeen aineistosta haettiin analyysirunkoon sopivia ilmaisuja sekä myös niitä, jotka olivat aiheen kannalta merkityksellisiä, mutta eivät asettuneet olemassa olevaan analyysirunkoon. Ajatuskokonaisuudet pelkistettiin ja niitä ryhmiteltiin analyysirungon luokkien sisällä muodostaen niistä alaluokkia. Pelkistyksistä, jotka eivät sisällöllisesti sopineet analyysirunkoon, tehtiin uusia ala- ja yläluokkia ja niille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. (Kyngäs ym. 2011, Kylmä & Juvakka 2012, Vaismoradi ym. 2013.) Sisällönanalyysin luokittelu ja abstrahointi esitetään osajulkaisussa III.

4.2.3 Menetelmätriangulaatio

Tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaation avulla muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat (pää-, ylä- ja alakäsitteet) osa-alueittain. Menetel-

mätriangulaation tavoitteena oli lisätä ymmärrystä tartunnan saaneen aikuisen koke-
muksista seksitaudin kanssa elämisestä eli täydentää teoreettista jäsenystä, mutta
toisaalta vahvistaa jo saatuja tutkimustuloksia. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tri-
angulaatiolla tarkoitetaan menetelmien ”*methodological triangulation*”, tutkijoiden ”*re-
searcher triangulation*”, aineistojen ”*data triangulation*”, teorioiden ”*theory triangulation*”,
analyysiyksiköiden ”*unit of analysis triangulation*” tai analyysimenetelmien ”*data-analysis
triangulation*” yhdistämistä yhdessä tutkimuksessa. Triangulaation hyötyinä voidaan pi-
tää aineiston validointia, täydentämistä, vahvistamista, syventämistä, rikastamista ja
kokonaiskuvan saamista tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Hoitotieteellisen
tutkimuksen kohdistuessa ihmisen ja terveyden välisiin suhteisiin, on triangulaation
käyttäminen perusteltua, ja joskus jopa välttämätöntä. (Thurmond 2001, Risjord ym.
2002, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu
esille, että triangulaation käytön raportointi keskittyy lähinnä käytetyn triangulaatio-
tyypin nimeämiseen ja sen perusteluihin. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta
on kuitenkin tärkeää, että triangulaation käytöstä raportoitessa tuodaan esille myös
triangulaatioprosessin vaiheittainen eteneminen. (Farmer ym. 2006, Casey & Murphy
2009.)

Tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaatiota käytettiin kahdella eri tavalla ”*within
method*” eli useiden samaa tutkimusperinnettä edustavien aineistonkeruumenetelmien
käyttäminen tutkimuksessa ja ”*across method*” eli laadullisten ja määrällisten aineiston-
keruumenetelmien käyttäminen tutkimuksessa (Thurmond 2001, Casey & Murphy
2009, Bekhet & Zauszniewski 2012). Menetelmätriangulaation käyttö tässä tutkimuk-
sessa oli sekä samanaikaista ”*simultaneous*” että peräkkäistä ”*sequential*”. Vaiheessa I
käytettiin sekä laadullista tutkimusta että kirjallisuuskatsausta kuvaamaan tartunnan
saaneiden kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä, jolloin nämä menetelmät täy-
densivät toinen toistaan. Menetelmätriangulaation käyttö oli toisaalta peräkkäistä kun
vaiheessa I käytettiin laadullisia menetelmiä teorian muodostamiseen ja sen jälkeen
vaiheessa II määrällisiä menetelmiä teorian testaamiseen. (Casey & Murphy 2009.)

Tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaatio prosessina noudatteli pääpiirteissään
Farmer ym. (2006) havainnollistamaa vaiheistusta menetelmätriangulaation toteutta-
misesta. Ensin sekä laadullisen tutkimuksen että kirjallisuuskatsauksen tulokset jär-
jestettiin omiin tiedostoihinsa. Seuraavaksi tuotettiin jokaiselle teorian osa-alueelle
(kokemukset seksitaudin saamisesta ja hoidosta sekä kokemukset seksitaudista suh-
teessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin) oma tiedosto, joihin yhdistettiin ylä-
ja alaluokkatason tulokset sekä laadullisesta tutkimuksesta että kirjallisuuskatsauk-
sesta (Osajulkaisut I-III). Tämän jälkeen vertailtiin näiden tutkimustulosten yhtäläi-

syyksiä ja eroavaisuuksia. Yhtäläisyyksien osalta laskettiin kuinka paljon oli niitä käsitteitä, jotka tuotettiin sekä laadullisella tutkimuksella että kirjallisuuskatsauksella. Eroavaisuuksien osalta laskettiin kuinka paljon oli niitä käsitteitä, jotka oli tuotettu vain joko laadullisella tutkimuksella tai kirjallisuuskatsauksella. (Farmer ym. 2006, Casey & Murphy 2009.) Vertailun tavoitteena oli osoittaa teoreettisen jäsenyyksen vahvistuminen ja toisaalta sen täydentyminen.

Lopuksi hypoteettisen käytännön teorian käsitteet muotoiltiin niiden lopulliseen muotoonsa. Ylä- ja alakäsitteet luokiteltiin osajulkaisuissa I ja II kuvattujen pääkäsitteiden alle. Tässä yhteydessä muodostettiin yksi uusi pääkäsite, haavoittumaton seksielämä, joka kuvaa kokemuksia seksitaudista suhteessa ihmisiin.

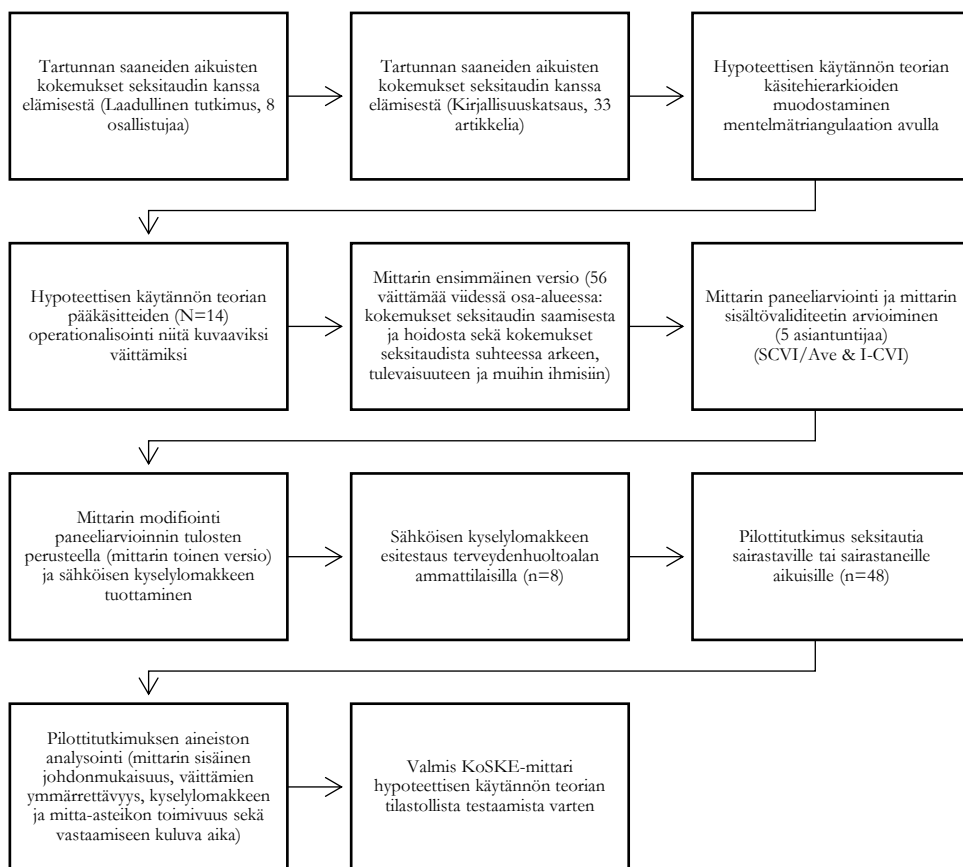
Koska teorian muodostuvat käsitteistä ja niiden välisistä suhteista, määriteltiin myös tässä tutkimuksessa hypoteettisen käytännön teorian käsitteiden väliset suhteet. Yleensä teorian muodostuksen yhteydessä käsitteiden väliset suhteet ilmaistaan väittäminä, jotka voivat olla yhteen käsitteeseen sisältyviä väittämiä tai niiden suhteita ilmaisevia väittämiä. Väittämien tarkoituksena on yhdistää käsitteet toisiinsa. (Lauri & Kyngäs 2005, McKenna ym. 2014, Polit & Beck 2018.) Tässä tutkimuksessa käsittehierarkiat ilmaisevat käsitteiden välisiä suhteita. Käsittehierarkioissa ylemmän tason käsitteet muodostuvat alemman tason käsitteistä. Pääkäsitteet ovat hierarkioiden ylin taso ja ne yhdistettiin toisiinsa väittämien avulla. Esimerkkinä väittäjä, joka kuvaa teorian osa-alueen rakennetta: kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät seksitaudista kertomisen dilemman, ympäristön vaihtelevan suhtautumisen, haavoittuneen ja haavoittumattoman seksielämän.

4.3 Vaihe II: Hypoteettisen käytännön teorian tilastollinen testaaminen

4.3.1 Mittarin kehittäminen

Tässä tutkimuksessa kehitettiin uusi KoSKE[®]-mittari seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien kokemusten mittaamiseen ja hypoteettisen käytännön teorian tilastolliseen testaamiseen (Räsänen ym. 2007, Kanste ym. 2010, McKenna ym. 2014). Määrällisen tutkimuksen yhtenä tarkoituksena on tutkia hoitotieteen käsitteitä sekä validoida ja tarvittaessa muokata niitä (Morse ym. 1996a). Käsitteiden todentaminen empiriassa edellyttää ensin niiden empiiristen indikaattorien nimeämistä eli operationalisointia

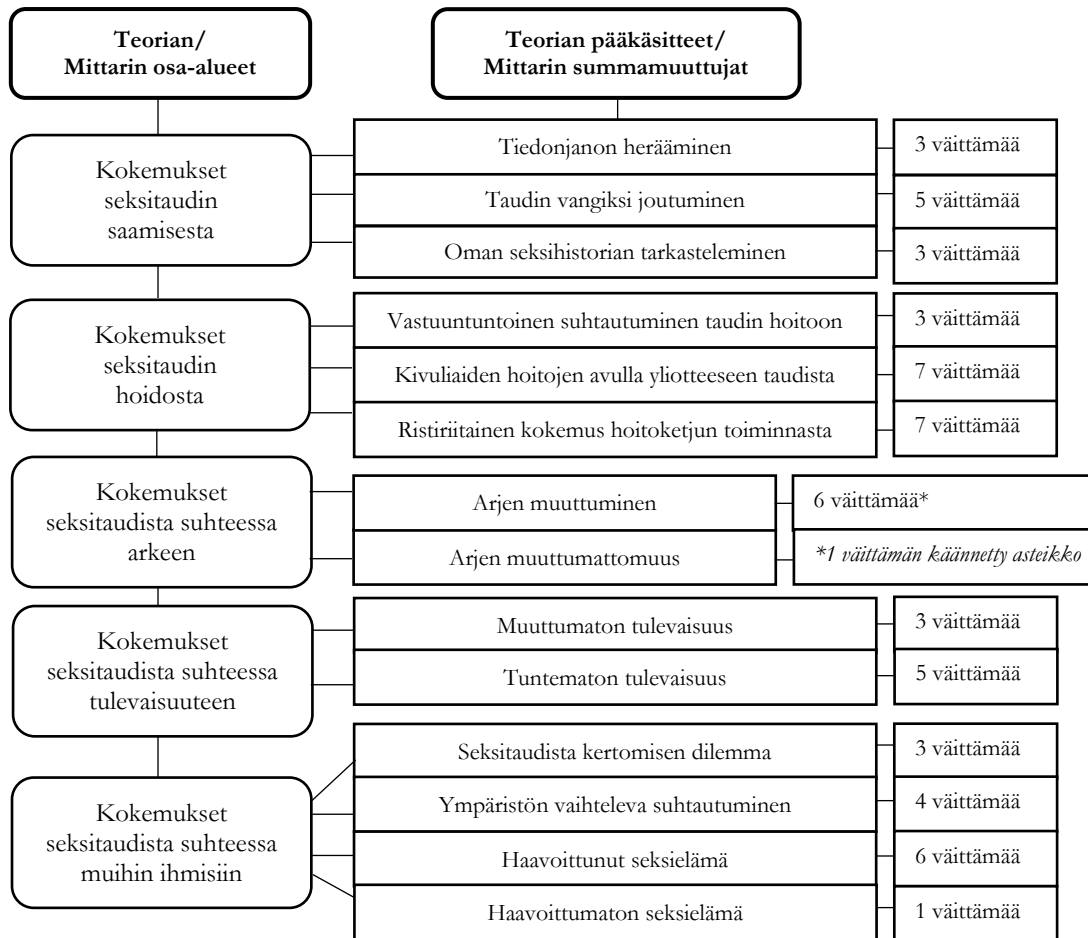
mitattavaan muotoon (Morse ym. 1996b, Lauri & Kyngäs 2005). Tässä tutkimuksessa tuotettujen käsitteiden todentaminen edellytti uuden tutkimusinstrumentin kehittämistä, koska aihealueen aikaisemmissa tutkimuksissa oli käytetty pääsääntöisesti tautispesifejä mittareita, jolloin ne eivät soveltuneet tartunnan saaneiden generisten kokemusten kuvaamiseen. KoSKE[®]-mittarin kehittämisprosessi muodostui useasta eri vaiheesta, jotka esitetään kuviossa 3.



Kuvio 3. KoSKE[®]-mittarin kehittäminen prosessina

Mittarin teoreettinen rakenne perustui tämän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tuotettuun hypoteettiseen käytännön teoriaan. Mittarin rakentaminen toteutettiin operationalisoimalla teorian pääkäsitteet (N=14) niitä kuvaaviksi väittämiksi, eli tuotettiin käsitteiden operationaaliset määritelmät. Pääkäsitteet sijoittuivat mittarin eri osa-alueisiin. (Kuvio 4). (Rattray & Jones 2007, Laanterä ym. 2012, Polit & Beck

2018.) Mittarin ensimmäinen versio sisälsi viisi (hypoteettisen käytännön teorian eri osa-alueita mittaavaa) osa-aluetta, joissa oli yhteensä 56 Likert-asteikollista väittämää (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin erimieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä ja 0=ei koske minua). Ensimmäinen osa-alue mittasi tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin saamisesta (11 väittämää). Toinen osa-alue mittasi tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudin hoidosta (17 väittämää). Kolmas osa-alue mittasi tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen (6 väittämää). Neljäs osa-alue mittasi tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen (8 väittämää). Viides osa-alue mittasi tartunnan saaneen aikuisen kokemuksia seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin (14 väittämää).



Kuvio 4. Hypoteettisen käytännön teorian, tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä, operationalisointi

Seuraavassa vaiheessa toteutettiin paneeliarviointi mittarin sisältövaliditeetin arvioimiseksi. Paneeliarviointia varten laadittiin erillinen väittämäkohtainen arviointilomake ohjeineen, joka perustui sisällönvaliditeetti-indeksin (*Content Validity Index*, CVI) käyttöön. Tässä tutkimuksessa väittämäkohtainen indeksiarvo muodostettiin asiantuntijoiden kullekin mittarin väittämälle antamista arvoista (1=ei tarpeellinen, 2 = jokseenkin tarpeellinen, 3 = tarpeellinen ja 4 = erittäin tarpeellinen) huomioimalla väittämäkohtaisesti saatujen arvojen kolme ja neljä lukumäärät jaettuna asiantuntijoiden määrällä. Arviointi pyydettiin yhteensä kuudelta asiantuntijalta, joista viisi oli arvioinut väittämäkohtaisen indeksin. Paneeliarvioinnin asiantuntijat koostuivat seksuaaliterveyden ja tartuntatautien parissa työskentelevistä henkilöistä. (DeVon ym. 2007, Rattray & Jones 2007.) Paneeliarvioinnin (5 asiantuntijaa) perusteella koko mittarin sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave) arvioitiin tässä tutkimuksessa kohtalaiseksi, 0.84. Mittarin osa-alueiden kohdalla sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave) vaihteli 0.78–0.94 välillä. Uuden mittarin kehittämisessä sisältövaliditeetti-indeksiä 0.80 voidaan pitää hyväksyttävänä rajana, kun taas erinomaista sisältövaliditeettia osoittavat ≥ 0.90 arvot (Davis 1992, Polit ym. 2007). Yksittäisten väittämien tasolla sisältövaliditeetti-indeksi (I-CVI) vaihteli tässä tutkimuksessa 0.40–1.0 välillä. Menetelmäkirjallisuuden mukaan mittarin sisältövaliditeettia voidaan pitää erinomaisena, jos sen väittämäkohtaiset sisältövaliditeetti-indeksit (I-CVI) ovat 0.78–1.00 (Polit & Beck 2006, Polit ym. 2007). Yhtään väittämää ei kuitenkaan poistettu mittarista matalien sisältövaliditeetti-indeksien (I-CVI) perusteella, koska tarkoituksena oli tuottaa mittari hypoteettisen käytännön teorian tilastollista testaamista varten. Paneeliarvioinnin yhteydessä saadun avoimen palautteen perusteella yhteensä kymmenen väittämän kieliasua modifioitiin. Näin ollen mittarin toinen versio sisälsi edelleen viisi osa-aluetta, joissa oli yhteensä 56 väittämää. Liitteessä 2 esitetään mittarin sisältövaliditeetin arvioinnin tulokset ja saadun palautteen perusteella tehdyt muutokset.

Seuraavassa vaiheessa mittarin toisen version perusteella tuotettiin sähköinen kyselylomake Questback Essentials® -ohjelmistolla. Kyselylomake sisälsi yhteensä 2 tietoon perustuvaa suostumusta varmistavaa kysymystä ja 26 tutkittavan taustatietoja koskevaa kysymystä. Taustatiedoilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin tutkittavan sosiodemografisia (7 kysymystä) ja seksitauteja koskevia taustatietoja (16 kysymystä) sekä seksuaalista riskikäyttäytymistä viimeisen kuukauden aikana (3 kysymystä). Lisäksi sähköinen kyselylomake sisälsi KoSKE®-mittarin. Kuviossa 5 esitetään sähköisen kyselylomakkeen rakenne. Pilottitutkimusta varten sähköisen kyselylomakkeen loppuun lisättiin kolme avointa kysymystä koskien kyselyn toteutusta (kysymysten ymmärrettävyys, kyselyn toimivuus ja vastaamiseen kulunut aika). Ennen pilottitut-

kimuksen toteuttamista sähköisen kyselylomakkeen toimivuus esitestiä terveydenhuoltoalan ammattilaisilla (n=8). Esitestauksen palautteen perusteella kahta seksitauteihin liittyvää taustatietokysymystä sekä kyselyn instruktiota modifioitiin. (Rattay & Jones 2007, Laanterä ym. 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Tuomisto ym. 2014.)



Kuvio 5. Sähköisen kyselylomakkeen rakenne

Lopuksi toteutettiin pilottitutkimus seksitautia sairastaville tai sairastaneille aikuisille (n=48). Pilottitutkimuksen tarkoituksena oli saada alustavaa tietoa KoSKE®-mittarin sisäisestä johdonmukaisuudesta, väittämien ymmärrettävyydestä, kyselylomakkeen ja mitta-asteikon toimivuudesta sekä vastaamiseen kuluvasta ajasta. (Hertzog 2008,

Laanterä ym. 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Tuomisto ym. 2014.) Pilottitutkimus toteutettiin marraskuussa 2017 – tammikuussa 2018 sähköisenä kyselynä, jossa käytettiin harkinnanvaraista otantaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018).

Tutkittavat rekrytoitiin kahden yliopistollisen sairaalan infektio- ja/tai sukupuolitautilien poliklinikoilta/vastaanotoilta. Tutkittavien rekrytointia varten tuotettiin erilliset tutkimustiedotteet, joihin sisällytettiin linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen. Hoitohenkilökunta jakoi tutkimustiedotetta (Liite 3) seksitautidiagnoosin saaneille, yli 18-vuotiaille potilaille, testi- ja hoitokäyntien yhteydessä. Osa tutkimustiedotteista sijoitettiin poliklinikoiden tai toimipisteiden odotustiloihin potilaiden saataville. Tutkittavien rekrytointia toteuttavalle henkilökunnalle pidettiin etukäteen noin 45 minuutin infotilaisuus tutkimuksesta. Lisäksi tutkimustiedotetta jaettiin sosiaalisessa mediassa (Liite 4). Tutkimusta varten perustettiin sivustot Internetpohjaisiin palveluihin, kuten Facebook®, Instagram®, Twitter® sekä muutamille keskustelupalstoille (Suomi24, Anna- ja Vauva-lehtien verkkosivustot). Keskustelupalstojen ylläpitäjiltä pyydettiin etukäteen lupa sijoittaa tutkimustiedote heidän keskustelupalstalleen. (Magnani ym. 2005, Curtis 2014, Terkamo-Moisio ym. 2016.)

Pilottitutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 24 for Windows -ohjelmalla. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssejä, prosentteja sekä keski- ja hajontalukuja (Metsämuuronen 2009, Heikkilä 2014). Frekvenssijakaumien sekä keski- ja hajontalukujen perusteella tarkasteltiin väittämien vastausten hajontaa ja asteikon toimivuutta. KoSKE®-mittarin summamuuttajat (12 kappaletta) muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteiden pohjalta, siten että summamuuttujan yhteenlaskettu arvo jaettiin siihen kuuluvien väittämien määrällä. Tällöin summamuuttujien arvoja oli mahdollista vertailla keskenään. Summamuuttujien alustavaa sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimen ja osioanalyysin avulla. Ennen summamuuttujien muodostamista vastausvaihtoehdon ”ei koske minua” saaneet arvot koodattiin puuttuviksi tiedoksi. Lisäksi kunkin summamuuttujan rakennetta tarkasteltiin pääkomponenttianalyysin avulla (Watson & Thompson 2006), jonka tarkoituksena oli löytää negatiivisesti latautuneet väittämät, jotta ne voitiin kääntää ennen summamuuttujien muodostamista ja Cronbachin alfa-kertoimien laskemista. (Metsämuuronen 2009, Plichta & Kelvin 2013.)

4.3.2 Määrällinen tutkimus

Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018), jonka avulla kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden arvioimana ja kokeemukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi määrällisessä tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytettiin hypoteettisen käytännön teorian tilastollisessa testaamisessa (Lauri & Kyngäs 2005, Kanste ym. 2010, McKenna ym. 2014). Määrällinen tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa käytettiin edellisessä tutkimusvaiheessa kehitettyä ja pilotoitua Kokemukset Seksitaudin Kanssa Elämisestä (KoSKE[©]) -mittaria. Mittari sisälsi, hypoteettisen käytännön teorian eri osa-alueiden testaamiseksi, viisi osa-alueita. Osa-alueet mittasivat kokemuksia seksitaudin saamisesta ja hoidosta sekä kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015.)

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat seksitautia sairastavat tai sairastaneet aikuiset. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otosta eli näytettä (*convenience sampling*), koska tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa kuvailevaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta kaikista seksitautitartunnoista ei ole olemassa kansallista tilastotietoa, jolloin perusjoukkoa ei pystytty määrittämään tätä tutkimusta varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Heikkilä 2014, Polit & Beck 2018.) Lisäksi tutkimusaiheen sensitiivisyys oli tunnistettu tämän tutkimuksen aiemmissa vaiheissa sekä muissa tutkimuksissa, jonka vuoksi päädyttiin keräämään aineisto sähköisellä Internet-kyselyllä tutkittavien tavoittamiseksi ja toisaalta heidän anonymiteettinsa turvaamiseksi. (Maganani ym. 2005, Gelinas ym. 2017.)

Kyselytutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin tammi-huhtikuussa 2018 sähköisellä kyselylomakkeella (Kuvio 5). Kyselytutkimukseen toivottiin seksitautia sairastavia tai sairastaneita, jotka olivat iältään yli 18 vuotiaita, pystyivät vastaamaan kyselyyn suomenkielellä ja antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa osallistua tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.) Tutkittavat rekrytoitiin kolmen yliopistollisen sairaalan infektio- ja/tai sukupuolitautilin poliklinikoilta/vastaanotoilta. Lisäksi tutkittavia rekrytoitiin opiskelijaterveydenhuollon neljästä toimipisteestä. Tutkittavien rekrytointipaikat valittiin sen perusteella, että suurin osa suomalaisten seksitautitartunnoista todetaan näissä kaupungeissa (THL 2018). Opiskelijaterveydenhuollon mukaan ottamista puolsi se, että Terveydenhuoltolaki (FINLEX 1326/2010) ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa käsittelevä Valtioneuvoston asetus (FINLEX 338/2011) sisällyttävät seksuaaliterveyttä edistävät palvelut osaksi opiskelijaterveydenhuoltoa. Tutkittavien rekrytointia

varten tuotettiin erilliset tutkimustiedotteet terveydenhuollon toimipisteisiin sekä sosiaaliseen mediaan ja ne sisälsivät linkin sähköiselle kyselylomakkeelle (Liitteet 5–6). Muutoin tutkittavien rekrytointiprosessi eteni samalla tavalla kuin pilottitutkimuksessa.

Pilottitutkimuksen tutkittavien (n=48) vastaukset sisällytettiin kyselytutkimuksen aineistoon, koska mittariin ei tehty muutoksia pilottitutkimuksessa. Näin ollen aineisto muodostui 227 vastauksesta. Analyysiin hyväksyttiin yhteensä 213 vastausta. 14 vastausta jouduttiin hylkäämään runsaiden puuttuvien tietojen takia (yli puolet kysymyksistä vastaamatta) tai siksi, että tutkittavilta ei saatu tietoon perustuvaa suostumusta osallistua tutkimukseen (tutkittava ei ollut ilmaissut halukkuutta osallistua tutkimukseen tai lähettää vastauksiaan tutkijalle). Aineisto analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 24 for Windows -ohjelmalla.

Kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä analysoitiin kahdessa osassa. Ensimmäisessä osassa mittarin väittämistä tehtiin dikotomisita siten, että Likert 1-5 = on kokemus ja Likert 0 = ei ole kokemusta. Tämän tarkoituksena oli selvittää mistä mittarin väittämistä tutkittavilla on kokemusta. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosentteja. Toisessa osassa, ”ei koske minua” (Likert 0) saaneet arvot koodattiin puuttuviksi tiedoksi, jolloin tarkoituksena oli kuvata tutkittavien kokemuksia. Summamuuttujat (12 kappaletta) muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteiden pohjalta. Summamuuttujat muodostettiin siten, että summamuuttujien yhteenlaskettu arvo jaettiin kutakin pääkäsitettä mittaavien väittämien määrällä. Näin ollen summamuuttujien arvojen tulkinta vastasi väittämien alkuperäisiä arvoja. Aineiston kuvailussa käytettiin keski- ja hajontalukuja sekä kvartiileja. Summamuuttujien jakaumia tarkasteltiin vinouden (*skewness*) ja huipukkuuden (*kurtosis*) kertoimien sekä Kolmogorov-Smirnovin -testin avulla. Kokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä analysoitiin ei-parametrisilla testeillä sekä korrelaatiokertoimilla. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin p-arvoa < 0.05. (Plichta & Kelvin 2013, Heikkilä 2014, Polit & Beck 2018.)

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa menetelmätriangulaation avulla tuotettuja käsittehierarkioita tutkittiin monimuuttujamenetelmien avulla. Tässä tutkimuksessa monimuuttujamenetelminä käytettiin pääkomponenttianalyysiä (PCA) ja konfirmatorista faktorianalyysiä (CFA). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Plichta & Kelvin 2013, Grove ym. 2015.) Kaikki analyysit toteutettiin osa-alueittain ja analyysit varten Likert-asteikon arvot 0 koodattiin puuttuvaksi tiedoksi.

Pääkomponenttianalyysiä käytettiin tarkasteltaessa KoSKE®-mittarin rakennevaliditeettia sekä etsittäessä niitä väittämiä, jotka soveltuvat mittaamaan testattavan teorian käsitteitä (*pre-test*). Aluksi otannan tarkoituksenmukaisuus varmistettiin kuitenkin

KMO-mitalla (*Kaiser-Meyer-Olkin measures of sampling adequacy*) ja Bartlettin testillä (*Bartlett's test of sphericity*). Hyväksyttävänä raja-arvoina pidettiin: $KMO \geq 0.60$ ja Bartlettin testin p-arvo < 0.05 . Pääkomponenttianalysissä käytettiin Varimax-rotatiota ja faktorien lukumäärä määriteltiin *a priori* taustateorian pääkäsitteiden lukumäärän mukaisesti. Esimerkiksi KoSKE[®]-mittarin ensimmäisen osa-alueen oletettiin mittavaan kolmea ilmiötä (tiedonjonon herääminen, taudin vangiksi joutuminen ja oman seksihistorian tarkasteleminen), joten faktorien määräksi pakotettiin kolme ja laskettiin mikä on pakotetun faktorimallin tuottama selitysosuus. Hyväksyttäväksi faktorilataukseksi asetettiin ≥ 0.40 . (Watson & Thompson 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015).

Konfirmatorisen faktorianalyysin (CFA) avulla testattiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa muodostetun hypoteettisen käytännön teorian sopivuutta empiirisen aineiston kanssa ($n=213$). Tarkoituksena oli osoittaa teorian tilastolliselle testaamiselle asetettujen hypoteesien paikkansapitävyys (verifiointi) tai paikkansapitämättömyys (falsifiointi). Konfirmatorista faktorianalyysiä pidetään sopivana silloin kun tutkijalla on olemassa valmis malli, ja aineistosta haetaan varmistusta kehitetylle mallille. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin SPSS AMOS ohjelmalla (versio 24) ja analyysissä edettiin mallien spesifioinnista, identifiointiin, estimointiin, arviointiin ja modifiointiin. (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013, Pituch & Stevens 2016.)

Konfirmatorinen faktorianalyysi aloitettiin testattavien mallien spesifioinnista (*specification of models*). Testattavaksi määriteltiin viisi mallia hypoteettisen käytännön teorian (kokemukset seksitaudin saamisesta, kokemukset seksitaudin hoidosta, kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin) ja tutkimushypoteesien mukaisesti. Tässä tutkimuksessa mallit valittiin teoreettisin perustein, koska tarkoitus oli testata laadullisen tutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen avulla tuotettujen mallien sopivuutta empiiriseen aineistoon. Mallit olisi voitu valita myös empiirisin perustein (esimerkiksi pääkomponenttianalyysin perusteella), mutta tuolloin olisi tarvittu uusi aineisto ristikkäisvalidointia varten. Tässä tutkimuksessa aineistoa ei ollut mahdollista jakaa kahteen osaan ristikkäisvalidoinnin toteuttamiseksi sen verrattain pienen koon vuoksi. Mallit määriteltiin AMOS -ohjelmaan. Malleissa latentit muuttujat olivat hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteitä ($N=14$). (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013, Pituch & Stevens 2016.)

Seuraavaksi mallit identifioitiin (*identification of models*), koska CFA:n tekeminen edellyttää yksilöityvää mallia. Tavoitteena CFA:ssa on mallien yli-identifioituvuus, jolloin niiden vapausaste ($df > 0$). Identifiointi toteutettiin kiinnittämällä jokaisella faktorilla yksi latauksista ykköseksi ja loput nolliksi. Lisäksi määritettiin jokaisen parametrin estimaatit ja virhetermit. Mallien identifioinnin yhteydessä todettiin, ettei

kahta mallia pystyttyä sellaisenaan teknisesti identifioimaan ja tilastollisesti estimoimaan. Nimittäin kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen ja kokemuksia seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin kuvaavat mallit sisälsivät sellaisia latentteja muuttujia, joita edusti vain yksi väittämä. Lisäksi kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen kuvaavassa mallissa yksi väittämä ("*arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin saamisen seurauksena*") sijoittui kahdelle latentille muuttujalle (arjen muuttuminen ja arjen muuttumattomuus). Yksilöityvässä mallissa tulee olla vähintään kolme väittämää jokaisella latentilla muuttujalla. (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013, Pituch & Stevens 2016.) Tämän vuoksi testattavista malleista jouduttiin jättämään pois seuraavat ulottuvuudet: arjen muuttumattomuus ja haavoittumaton seksielämä.

Tämän jälkeen mallit olivat testattavissa. Mallien estimoinnissa (*estimation of models*) käytettiin suurimman uskottavuuden menetelmää (*Maximum Likelihood*, ML). Mallien yhteensopivuutta empiirisen aineiston kanssa arvioitiin seuraavien yhteensopivuustestien avulla (*evaluation of model*): χ^2 -testi, CFI (*Comparative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) ja RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Tässä tutkimuksessa yhteensopivuustestien hyväksyttäväksi raja-arvoiksi asetettiin: χ^2 -testin (*probability level*) p-arvo >0.05 tai suhteellinen χ^2 -testi (CMIN/DF) <3.00 , CFI >0.80 , NFI >0.90 ja RMSEA <0.10 . (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013.) Tässä tutkimuksessa malli saatettiin todeta yhteensopivaksi aineiston kanssa vaikka χ^2 -testin p-arvo oli tilastollisesti merkitsevä. Tuolloin edellytettiin, että suhteellinen χ^2 -testi <3.00 ja CFI >0.90 . (Plichta & Kelvin 2013.)

Hyväksyttävän mallin saavuttamiseksi malleja modifioitiin analyysien edetessä (*modification of the model*). Mallien modifiointi perustui osaltaan CFA:n tuottamaan tietoon väittämien standardoiduista regressiokertoimista. Väittämät, joiden standardoidut regressiokertoimet olivat matalat (<0.40), poistettiin tarvittaessa mallin sopivuuden parantamiseksi. Lisäksi mallien modifioinnissa hyödynnettiin pääkomponenttianalyysin tuottamaa tietoa faktorirakenteesta sekä niistä väittämistä, jotka soveltuvat hyvin mittaamaan kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä. Väittämiä poistettiin tarvittaessa mallin sopivuuden parantamiseksi seuraavien kriteerien mukaan: heikko korrelaatio muiden väittämien kanssa ($r <0.30$), heikko faktorilataus (<0.40) tai voimakas latautuminen (>0.40) useammalle faktorille pääkomponenttianalyysissä. Mallien modifiointia ohjasi tutkijan teoreettinen ymmärrys aiheesta. Modifioitujen mallien sisällöllistä mielekkyyttä suhteessa taustateoriaan pidettiin yhtä tärkeässä asemassa tilastollisten tulosten kanssa ja mallien vastaavuutta taustateorian kanssa tarkasteltiin kaikissa vaiheissa. Lopuksi modifioitujen mallien hyvyttä arvioitiin modifikaatioindeksin avulla AIC (*Akaike's Information Criteria*), jonka mukaan mitä matalampi arvo, sen parempi malli. (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin

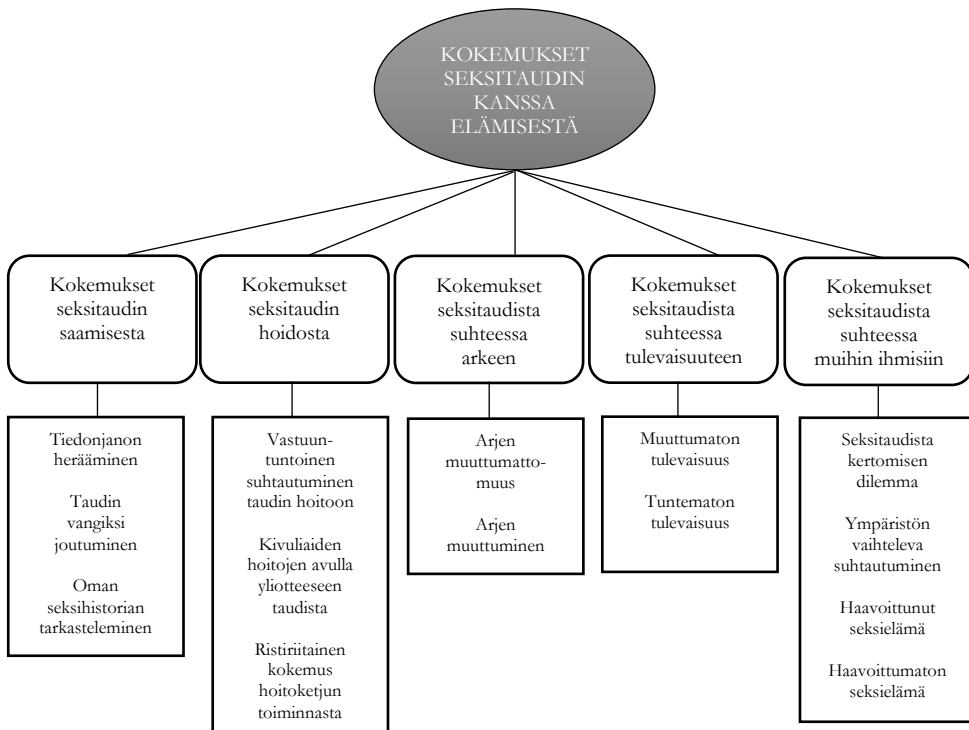
2013, Pituch & Stevens 2016.) Tässä tutkimuksessa CFA:n tulokset raportoitiin taulukoiden avulla, joissa esitettiin mallien sopivuutta kuvaavat tunnusluvut (Kääriäinen ym. 2011).

Aineiston analyysin kaikissa vaiheissa KoSKE[®]-mittarin osa-alueiden ja summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimen (α) avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2018). Ensin kunkin mittarin osa-alueen ja summamuuttujan rakennetta tarkasteltiin pääkomponenttianalyysin avulla. Tämän tarkoituksena oli löytää negatiivisesti latautuneet väittämät, jotta ne voitiin kääntää samansuuntaisiksi muiden summamuuttujan väittämien kanssa ennen summamuuttujien muodostamista ja Cronbachin alfa-kertoimien laskemista. Väittämien käännökset toteutettiin myös teoreettista harkintaa käyttäen. (Metsämuuronen 2009, Plichta & Kelvin 2013.) Sisäistä johdonmukaisuutta pidettiin hyvänä, kun $\alpha \geq 0.70$ (DeVon 2007) riittävänä, kun $\alpha \geq 0.60$ tai heikkona, kun $\alpha < 0.60$ (Metsämuuronen 2009, Hair ym. 2010).

5 TULOKSET

5.1 Hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Vaihe I)

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tuloksena esitetään hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Kuvio 6). Teoria sisältää viisi osa-aluetta, joiden alla on 14 pääkäsitettä. Käsitteiden teoreettiset määritelmät kuvaillaan yksityiskohtaisemmin seuraavissa kappaleissa. Roomalaiset numerot tekstissä ja taulukoissa viittaavat osajulkaisuihin.



Kuvio 6. Hypoteettisen käytännön teorian osa-alueet ja pääkäsitteet

5.1.1 Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden kuvaamina

Vaiheessa I laadullisen tutkimuksen aineisto koostui kahdeksan seksitautia sairastavan miehen (n=8) kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Osallistujien ikäkauma oli 24 vuodesta 53 vuoteen, keski-ikä ollessa 40 vuotta. Osallistujista kahdella oli todettu genitaalierpes, neljällä hiv, yhdellä kondylooma ja yhdellä klamydia. Parantumattomia seksitauteja (genitaalierpes, hiv) oli sairastettu pisimmillään 20 vuotta ja lyhimmillään 2 vuotta, keskiarvon ollessa 8 vuotta. Puolet osallistujista oli ollut vakituudessa parisuhteessa seksitaudin saamisen aikaan. Tutkimusajankohtana osallistujista puolella oli vakituinen parisuhde. Yhdellä osallistujalla oli ollut aiemmin myös muita seksitauteja. (Osajulkaisut I ja II.)

Tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin saamisesta muodostuivat tiedonjonon heräämisen, taudin vangiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen kokemuksista. Tartunnan toteamisen yhteydessä heräsi paljon kysymyksiä. Toisaalta, jo ennen diagnoosin saamista, osallistujat kuvasivat tarvetta selvittää omaa seksitautistatustaan sekä siihen liittyvää epävarmuuden tunnetta. Diagnoosin varmistuttua käynnistyivät pohdinnat siitä, mistä seksitaudissa on kyse ja keneltä tartunta oli saatu. Taudin vangiksi joutuminen tarkoitti sitä, että tieto tartunnasta järkytti hetkellisesti sisäistä tasapainoa. Puhtauden ja kontrollin menettämisen kokemukset olivat tavallisia. Varsinkin parantumattomien seksitautien hyväksyminen osaksi itseä koettiin erityisen hankalana. Hivin toteaminen toi elämän rajallisuuden esille. Toisaalta jo pelkkä epäily seksitaudista saatettiin yhdistää hiviin ja sitä kautta heräsi voimakkaita pelon tunteita. Seksitaudin saamisen yhteydessä osallistujat kuvasivat myös oman seksihistorian tarkastelemista. Tartunta oli herättänyt osallistujat suojaamattoman seksin vaaroihin ja katumus oli hyvin yleistä osallistujien keskuudessa. Toisaalta omassa seksihistoriassa oli saattanut olla tietoista riskikäyttäytymistä, jolloin seksitauti ei tullut yllätyksenä ja siihen suhtauduttiin neutraalisti. (Osajulkaisu I.)

Tiedonjonon herääminen: *”Sitä lähti kelaan kaikkia viime aikojen tapahtumia, et keitä on ollu.”* (klamydia), taudin vangiksi joutuminen: *”Jotenkin tuntuu, että syöpä olis ollu parempi vaihtoehto ku tämä (hiv).”*, oman seksihistorian tarkasteleminen: *”Mä olen sellainen riskikäyttäytyjä ollut jo aikaisemminkin että tämä hiv ei tullut yllätyksenä”* (hiv).

Tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin hoidosta käsittivät vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla yliotteen saamisen taudista sekä ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta. Seksitaudin hoitoon

suhtauduttiin vastuuntuntoisesti, joka merkitsi ylhäältä huolestuneisuutta hoidon tuloksista tai sivuvaikutuksista. Toisaalta vastuuntuntoa hoidossa kuvasi aktiivinen rooli hoidon toteuttamisessa ja sitoutuminen pitkiin hoitoihin. Hoitojen avulla oli mahdollista saada yliote taudista, joka tarkoitti parantuvien seksitautien kohdalla sitä, että hoito vapautti kiusallisista oireista. Toisaalta hoidot mahdollistivat parantumattoman seksitaudin kurissa pitämisen. Hoidot kuitenkin nähtiin kivuliaina, joka tarkoitti sekä fyysistä kipua että henkistä kipua, esimerkiksi häpeän muodossa. Seksitaudin hoitoketjun toiminnasta osallistujilla oli ristiriitaisia kokemuksia. Myönteistä hoitoketjun toiminnassa oli hoitohenkilökunnan ammattimainen suhtautuminen, hoidon kokonaisvaltaisuus sekä hoidon vaivattomuus. Toisaalta hoitoa kuvattiin pirstaleisena vaihtuvien hoitosuhteiden ja henkilökunnan kiireen takia. (Osajulkaisu I.)

Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon: *”Mulle on ehdotettu aikaisemminkin (lääkityksen) vaihtoa mutta mä en ole luopua mistään tepsivästä yhdistelmästä”* (hiv), kivuliaiden hoitojen avulla yliotteen saaminen tartunnasta: *”Inbottavinta on se vastaanottotila sukupuolitautilien poliklinikalla kaikki käyttää kaikkia.”* (hiv), ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta: *”Hoitohenkilökunnan suhtautuminen oli mielestäni hyvin korrektia niin terveysasemalla kuin sukupuolitautilien klinikallakin.”* (genitaalierpes).

Tartunnan saaneen kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen muodostuivat arjen muuttumattomuuden ja toisaalta arjen muuttumisen kokemuksista. Kokemus arjen muuttumattomuudesta liitettiin tilanteisiin, joissa seksitauti oli kokonaan parannettu. Toisaalta arjen muuttumattomuutta kuvattiin myös tilanteissa, joissa seksitaudin niin sanottu aktiivinen vaihe oli parannettu, mutta tauti ei kuitenkaan ollut poistunut elimistöstä. Arjen muuttumisen kokemuksilla tarkoitettiin arjen rutiinien muuttumista seksitaudin saamisen seurauksena ja toisaalta suoriutumista arjen askareista oman voinnin mukaan. Seksitauti (genitaalierpes) muistutti olemassa olostaan aktivoitumalla silloin tällöin, joka näyttäytyi muutoksena arjessa. Parantumattoman seksitaudin hoito edellyttää usein säännöllistä lääkitystä, jolloin tämä tarkoittaa lääkityksen mukana kantamista arjessa. Tällöin arki muotoutuu lääkkeiden ottorutiinien kautta. (Osajulkaisu II.)

Arjen muuttumattomuus: *”En mä nää, että tää (genitaalierpes) mitenkään vaikuttais minun arkeen.”* (genitaalierpes), arjen muuttuminen: *”Jos silloin kun lähtee kuppilaan tapamaan ystäviä tai näin niin mietin että otanko mä lääkkeet mukaan...”* (hiv).

Tartunnan saaneen kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen käsittivät muuttumattoman tulevaisuuden ja toisaalta tuntemattoman tulevaisuuden kokemuksia. Tulevaisuutta pidettiin muuttumattomana, kun seksitauti oli jo parannettu ja sen ei katsottu vaikuttavan tulevaisuuteen. Toisaalta muuttumaton tulevaisuus tarkoitti sitä, että tartunnan kanssa elämiseen oli sopeuduttu ja se pystyttiin hyväksymään osaksi tulevaisuutta. Tuntematon tulevaisuus tarkoitti sitä, että tartunnan saanut ei pystynyt suuntaamaan ajatuksiaan tulevaisuuteen vaan keskittyi elämään tässä ja nyt. Tulevaisuuden teki tuntemattomaksi myös se, että toivottiin muutosta nykyiseen elämään ja pohdittiin mahdollisuuksia löytää kumppania, joka pystyy hyväksymään seksitaudin. (Osajulkaisu II.)

Muuttumaton tulevaisuus: *”Emmä tiää, tulevaisuus näyttää ihan hyvältä. Eipä tämä tauti nyt mitenkään tulevaisuuteen vaikuta.”* (klamydia), tuntematon tulevaisuus: *”Sitä mieltä et löytyykö tulevaisuudessa sellanen kumppani joka hyväksyy tämän tai joku jolla myös on vastaava.”* (genitaalierpes).

Tartunnan saaneen kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin muodostuivat seksitaudista kertomisen dilemmasta, ympäristön vaihtelevasta suhtautumisesta sekä haavoittuneesta seksielämästä. Osallistujat kuvasivat seksitaudista kertomista asiana, joka herätti paljon pohdintoja. Kertomiseen liittyi valikointia suhteessa siihen, kenelle taudista kerrotaan ja kenelle ei. Osallistujilla oli myös pyrkimys salata tartunta muilta ihmisiltä. Toisaalta suotuisat olosuhteet mahdollistivat taudista kertomisen, joka puolestaan saattoi helpottaa omaa oloa. Ympäristön suhtautuminen tietoon tartunnasta oli osallistujien mukaan vaihtelevaa. Etukäteen pelättiin ympäristön huonoa suhtautumista, joka näyttäytyi pelkona leimautumisesta. Ympäristön huono suhtautuminen tarkoitti ihmissuhteiden katkeamista. Toisaalta pelko ympäristön huonosta suhtautumisesta saattoikin osoittautua turhaksi. Ympäristön huonosta suhtautumisesta saattoi saada tukea ja pystyttiin elämään normaalisti. Seksielämän haavoittuminen tartunnan myötä tarkoitti sitä, että seksielämä kuihtui. Toisaalta osallistujien mukaan, ajan kulumisen eheytti seksielämää. Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa kuvasi tartunnan tekemää haavaa seksielämään. Seksitaudin saamisen myötä osallistujien seksikäyttäytymisessä tapahtui muutos turvallisempaan suuntaan. Toisaalta osa osallistujista kuvasi riskikäyttäytymisen jatkamista seksitaudista huolimatta, koska kondomin käyttämistä pidettiin ikävänä. (Osajulkaisu II.)

Seksitautista kertomisen dilemma: *”Jostain kumman syystä ei se (kertominen) sitten lop-
pujen lopuks tuntunu vaikeelta.”* (genitaalierpes), ympäristön vaihteleva suhtautumi-
nen: *”... kyllä nekin vapaasti heittää pillereitä (hiv lääkkeet) nassuun ja jatkaa hommia.”*
(hiv), haavoittunut seksielämä: *”Piti vältellä kumppanin kanssa läheisyyttäkin, ettei se
sitten olis johtanu mahdolliseen kanssakäymiseen, johon en olis voinu ryhtyä kuitenkaan.”*
(klamydia).

5.1.2 Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä aiemman tutkimustiedon perusteella

Vaiheessa I integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 33 tieteellisestä vertaisarvioidusta artikkelista, jotka käsittelivät seksitaudin vaikutuksia tartunnan saaneen elämään eri näkökulmista. Suurin osa tutkimuksista oli julkaistu vuosina 2007–2011. Eniten tutkimusta oli tehty Yhdysvalloissa, Kiinassa ja Brasiliassa. Aiempi tutkimus oli selvästi painottunut hiviin (n=21) ja HP-viruksen aiheuttamiin kondyloomiin (n=6). Muista seksitaudeista löytyi vain yksittäisiä tutkimuksia: C-hepatiitti (n=2), klamydia (n=2), genitaalierpes (n=2), hiv + HPV-infektion aiheuttama kondylooma (n=1). Valtaosa tutkimuksista oli luonteeltaan kuvailevia (n=28), joista laadullisia 8 ja määrällisiä 20. (Osajulkaisu III.)

Kokemukset seksitaudin saamisesta tutkimustiedon perusteella liittyivät tiedon tarpeisiin, menettämisen kokemuksiin, minuuden haavoittumiseen ja seksin vaaroihin havahtumiseen. Tartunnan saaneilla on tarve saada tietää oma seksitautistatus, johon sisältyy tunne seksitautitestiä tarpeellisuudesta. Seksitaudin saamiseen liittyy myös tarve saada lisää tietoa seksitaudeista, jota toivotaan saatavan erityisesti hoitohenkilökunnalta. Seksitaudin saamisen yhteydessä tartunnan saanut kokee myös erilaisia tunteita, kuten pelkoa, ahdistusta ja toivottomuutta, jotka liittyvät sisäisen tasapainon hetkelliseen menettämiseen. Puhtauden menettämistä kuvaavat likaisuuden ja häpeän tunteet. Lisäksi tartunnan saaneen minuus haavoittuu, joka näyttäytyy itsetunnon heikkenemisenä, itseinhon kokemisenä ja minäkuvan muuttumisena negatiiviseksi. Seksitaudin saamisen kokemuksia kuvaa myös se, että tartunnan saanut havahtuu seksin vaaroihin ja voi kokea katumusta aiemmasta riskikäyttäytymisestä. (Osajulkaisu III.)

Kokemukset seksitaudin hoidosta tutkimustiedon perusteella liittyivät huoliin hoidon onnistumisesta, omaan aktiivisuuteen hoidossa, hoidon kivuliaisuuteen, kärsimykseen hoidon haittavaikutuksista sekä hoitohenkilökunnan epäammattilliseen toimintaan. Huolta hoidon onnistumisesta kuvaa se, että hoitotulosten suhteen koetaan

myös epävarmuutta ja hoidot ovat psyykinen taakka varsinkin pitkien hoitajaksojen kohdalla. Seksitaudin hoidossa tarvitaan aktiivisuutta ja sitoutumista. Seksitaudin hoidon yhteydessä voidaan kokea sekä fyysisistä kipua että häpeän tunteita. Lisäksi seksitaudin hoidoilla voi olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia haittavaikutuksia, joita tartunnan saaneet pyrkivät hallitsemaan sopeutumalla niihin. Tartunnan saaneet voivat kokea hoitohenkilökunnan epäammattillista toimintaa, joka ilmentyy hoitohenkilökunnan tietämättömyytenä seksitaudin ominaispiirteistä sekä ymmärtämättömyytenä potilaan näkökulmaa kohtaan. (Osajulkaisu III.)

Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen tutkimustiedon perusteella tarkoittivat arjen askareista selviytymistä voinnin mukaisesti, voimavarojen hyödyntämistä arjen muutosten keskellä sekä elämänlaadun huononemista seksitaudin seurauksena. Yleinen vointi rytmittää tartunnan saaneen arjen askareita, joka näyttäytyy taudin oireiden yhteytenä toimintakykyyn. Lisäksi seksitaudin fyysiset ja psyykkiset oireet, kuten masennus ja pelkotilat vaikuttavat tartunnan saaneen arkeen. Tartunnan saaneen omien voimavarojen hyödyntäminen arjen muutoksessa on keskeistä. Voimavaroja tartunnan saaneet löytävät toivosta, omasta perheestä, selviytymisen tunteesta sekä toisaalta siitä, että arvostaa arjen tavallisia asioita ja elämää itsessään. Lisäksi tyytyväisyyttä, oireettomuutta ja hyvää toimintakykyä pidetään elämänlaatua lisäävinä tekijöinä. Nämä ovat tärkeitä, koska seksitautien tiedetään vaikuttavan negatiivisesti itsearvioituun elämänlaatuun sekä elämäntyytyväisyyteen. (Osajulkaisu III.)

Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen tutkimustiedon perusteella tarkoittivat tartunnan hyväksymistä osaksi tulevaisuutta sekä erilaisia toiveita ja huolia tulevaisuuteen liittyen. Tartunnan hyväksyminen osaksi tulevaisuutta koetaan vaikeana. Tulevaisuutta voi olla vaikea edes ajatella. Tartunnan saanut toivoo tulevaisuudelta esimerkiksi taudin parantumista tai perheen perustamista. Lisäksi seksitaudin kanssa eläminen merkitsee huolestuneisuutta tulevaisuudesta. Huolet kohdistuvat muun muassa terveyteen, seksitaudin komplikaatioihin sekä lapsen tartuttamiseen mahdollisen raskauden yhteydessä. (Osajulkaisu III.)

Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin tutkimustiedon perusteella liittyvät seksitaudista kertomiseen, leimautumisen pelkoon sekä tartunnan vaikutuksiin seksielämään ja seksikäyttäytymiseen. Seksitaudin kanssa elämistä määrittävät taudista kertomiseen tai salaamiseen liittyvät seikat. Taudista kertominen kuvataan vaikeaksi ja pelottavaksi. Seksitaudista kertomiseen suhtaudutaan siksi varoen ja usein tartunta päädytään salaamaan muilta. Pelko leimautumisesta tai torjutuksi tulemisesta on läsnä seksitaudin saaneen elämässä ja se voi muuttaa tartunnan saaneen toimintaa sosiaalisissa tilanteissa. Lisäksi seksitauteihin liittyvän stigman vuoksi tartunnan saanut voi kokea kärsivänsä taudista yksin. Seksitauti vaikuttaa tartunnan

saaneen seksielämään, joka näyttyy esimerkiksi seksuaalisena haluttomuutena sekä seksielämän nautinnollisuuden häviämisenä. Lisäksi tartunnan saaneen seksuaalisessa toimintakyvyssä voi esiintyä häiriöitä. Seksitauti voi muuttaa tartunnan saaneen seksuaalikäyttäytymistä, joka ilmenee turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumisena ja huolina toisen tartuttamisesta. Tartunnan saanut voi kuitenkin jatkaa riskikäyttäytymistään esimerkiksi laiminlyömällä kondomin käyttöä seksisuhteissa. (Osajulkaisu III.)

5.1.3 Hypoteettisen käytännön teorian käsitehierarkiat osa-alueittain

Menetelmätriangulaation avulla muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian käsitehierarkiat (pää-, ylä- ja alakäsitteet) osa-alueittain yhdistämällä laadullisen tutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen tulokset. Menetelmätriangulaation tuloksena teoreettinen jäsenys sekä vahvistui että täydentyi jokaisella teorian osa-alueella (Taulukot 2-7).

Hypoteettisen käytännön teorian osa-alueista eniten yhtenevyyttä eri menetelmillä tuotettujen käsitteiden välillä oli kokemuksissa seksitaudin saamisesta (80 % yläkäsitteiden ja 19 % alakäsitteiden tasolla) sekä kokemuksissa seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin (71 % yläkäsitteiden ja 21 % alakäsitteiden tasolla). Näillä osa-alueilla teemahaastatteluiden pohjalta tuotettu teoreettinen jäsenys vahvistui eniten aikaisemman kansainvälisen tutkimustiedon avulla (Taulukko 2).

Eniten eroavaisuutta eri menetelmällä tuotettujen käsitteiden välillä oli kokemuksissa seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen (57 % yläkäsitteiden ja 92 % alakäsitteiden tasolla), kokemuksissa seksitaudin hoidosta (43 % yläkäsitteiden ja 90 % alakäsitteiden tasolla) sekä kokemuksissa seksitaudista suhteessa arkeen (43 % yläkäsitteiden ja 85 % alakäsitteiden tasolla). Näillä osa-alueilla teemahaastatteluiden pohjalta tuotettu teoreettinen jäsenys täydentyi eniten aikaisemman kansainvälisen tutkimustiedon avulla (Taulukko 2).

Taulukko 2. Menetelmätriangulaation tulokset

Hypoteettisen käytännön teorian osa-alue	Käsitteiden määrä	Yhtäläisyydet ¹ (n, %)	Eroavaisuudet ² (n, %)
Kokemukset seksitaudin saamisesta	Yläkäsitteet: n=10 Alakäsitteet: n=43	(n=8, 80 %) (n=8, 19 %)	(n=2, 20 %) (n=35, 81 %)
Kokemukset seksitaudin hoidosta	Yläkäsitteet: n=14 Alakäsitteet: n=42	(n=8, 57 %) (n=4, 10 %)	(n=6, 43 %) (n=38, 90 %)
Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen	Yläkäsitteet: n=7 Alakäsitteet: n=27	(n=4, 57 %) (n=4, 15 %)	(n=3, 43 %) (n=23, 85 %)
Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen	Yläkäsitteet: n=7 Alakäsitteet: n=25	(n=3, 43 %) (n=2, 8 %)	(n=4, 57 %) (n=23, 92 %)
Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin	Yläkäsitteet: n=14 Alakäsitteet: n=68	(n=10, 71 %) (n=14, 21 %)	(n=4, 29 %) (n=54, 79 %)

¹ sekä laadullisella tutkimuksella että kirjallisuuskatsauksella tuotetut käsitteet

² joko laadullisella tutkimuksella tai kirjallisuuskatsauksella tuotetut käsitteet

Käsittehierarkia **kokemuksista seksitaudin saamisesta** muodostuu 3 pääkäsitteestä, joiden alla on 10 yläkäsitettä ja niiden alla 43 alakäsitettä (Taulukko 3). Hypoteettisen käytännön teorian mukaan kokemukset seksitaudin saamisesta sisältävät tiedon janon heräämisen, taudin vangiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen.

Taulukko 3. Käsittehierarkia kokemuksista seksitaudin saamisesta

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
TIEDONJANON HERÄÄMINEN (I)	Tarve saada tietää seksitautistatus (I, III)	Epäiltävän tartunnan lisäksi myös muiden seksitautien testaaminen (I) Testitulosten odottaminen (I) Testitulosten saaminen (I) Tunne testauksen tarpeellisuudesta (III)
	Tarve saada lisätietoa seksitaudeista (I, III)	Puutteelliset tiedot seksitaudeista (I, III) Lisätiedon hakeminen omatoimisesti internetistä (I) Lisätiedon kaipaaminen hoitohenkilökunnalta (III) Lisätiedon tarve seksitaudin vaikutuksista seksuaalisuuteen (III) Lisätiedon tarve seksitaudin vaikutuksesta hygienian toteuttamiseen (III) Lisätiedon tarve seksitaudin psyykkisistä vaikutuksista (III)
	Tarve saada tietää tartunnan lähde (I, III)	Tartunnan lähteen selvittäminen (I, III) Tartuttajan selviäminen (I)

Taulukko 3 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 3 jatkuu edelliseltä sivulta.

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
TAUDIN VANGIKSI JOUTUMINEN (I)	Sisäisen tasapainon hetkellinen menettäminen (I, III)	Tartuttajan syyllistäminen (I, III)
		Kaoottiset ajatukset (I, III)
		Järkyttävä yllätys (I)
		Paniikkiin joutuminen (I)
		Internetistä löydetty tieto lisäsi ahdistusta (I)
		Shokki (III)
Puhtauden menettäminen (I, III)	Kaoottiset tunteet (III)	Pelon tunteet (III)
		Ahdistuksen tunteet (III)
		Toivottomuuden tunteet (III)
		Elämälaadun huononeminen diagnoosin saamisen jälkeen (III)
		Saastutetuksi tulemisen tunne (I, III)
		Likaisuuden tunne (I, III)
Kontrollin menettäminen (I, III)	Pahan olon tunne (I)	Häpeän tunne (III)
		Halu päästä eroon taudista (I)
		Pelot taudin näkymisestä ulospäin (I)
		Vaikeus hyväksyä tautia osaksi itseä (I)
		Tartunnan hallitsemattomuus (III)
		Hiv:n kokeminen kuolemantuomiona (I, III)
Minuuden haavoittuminen (III)	Pelot taudin näkymisestä ulospäin (I)	Vaikeus hyväksyä tautia osaksi itseä (I)
		Tartunnan hallitsemattomuus (III)
		Kuoleman pelon herääminen (I, III)
		Seksitautitartunta itsessään herättää pelon hiv:stä (I)
		Helppotus, ettei kyseessä ole elämää lyhentävä hiv (I)
		OMAN SEKSIHISTORIAN TARKASTELEMISEN (I)
OMAN SEKSIHISTORIAN TARKASTELEMISEN (I)	Tartunta riskikäyttäytymisen luonnollinen seuraus (I)	Itseinhon kokeminen (III)
		Taudin negatiivinen vaikutus minäkuvaan (III)
		Katumus riskikäyttäytymisestä (I, III)
		Aiemman seksikäyttäytymisen reflektointi (I)
		Tartunta herätti ajattelemaan seksin ja seksitautien yhteyttä (III)
		Oman riskikäyttäytymisen tiedostaminen (I)
		Tartunnan hyväksyminen osaksi kohtaloa (I)
		Seksitauti vain tauti muiden joukossa (I)

Roomalaiset numerot I–III viittaavat osajulkaisuihin.

Käsitetierarkia **kokemuksista seksitaudin hoidosta** muodostuu 3 pääkäsitteestä, joiden alla on 14 yläkäsitettä ja niiden alla 42 alakäsitettä (Taulukko 4). Hypoteettisen käytännön teorian mukaan kokemukset seksitaudin hoidosta sisältävät vastuuntuntoisen suhtautumisen hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista ja ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta.

Taulukko 4. Käsittehierarkia kokemuksista seksitaudin hoidosta

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
VASTUUN-TUNTOINEN SUHTAUTUMINEN TAUDIN HOITOO (I)	Huoli hoidon onnistumisesta (I, III)	Toivottomuus hoitojen suhteen (I) Huoli hiv:n lääkeshoidon sivuvaikutuksista (I) Epävarmuus hoitotulosten suhteen (III) Vaihteleva asennoituminen hoitotuloksiin (III) Hoitojen psyykinen taakka (III)
	Oma aktiivisuus hoidon toteuttamisessa (I, III)	Itsehoidon toteuttaminen (I) Sitoutuminen lääkeshoidon toteuttamiseen (I) Hoitoon sitoutumisen haasteet (III) Oman aktiivisuuden puuttuminen hoidossa (III)
KIVULIAIDEN HOITOJEN AVULLA YLIOTTEESEEN TAUDISTA (I)	Hoitoon liittyvät häpeän tunteet (I, III)	Genitaalialueen paljastamisen nolous (I) Hoitoon menemisen nolous (I) Hoitoon mentäessä pelkona leimautuminen (III)
	Tuskallinen hoito (I, III)	Tuskalliset hoitotoimenpiteet (I, III) Tuskalliset testienottolanteet (I)
	Hoidon vapauttava vaikutus (I, III)	Hoito paransi tartunnan (I) Kiusallisista oireista vapautuminen (I) Hivin lääkeshoidon edistykset ovat tehneet turvaseksin vähemmän tärkeäksi (III)
	Hoidot tuovat mahdollisuuden kontrolloida parantumatonta tautia (I, III)	Lääkehoito taudin esiintymisen hillitsijänä (I, III) Toimivat hiv:n yhdistelmä lääkkeet (I, III) Hoitotoimenpiteet taudin esiintymisen hillitsijänä (III)
	Ikävät muistot terapiakeskusteluista (I)	Ensimmäistä kertaa elämässä terapiaan hiv-tartunnan seurauksena (I) Epämiellyttävät terapiakeskustelut (I)
	Kärsimystä hoitojen haittavaikutuksista (III)	Fyysiset haittavaikutukset (III) Sosiaaliset haittavaikutukset (III) Psyykkiset haittavaikutukset (III)
RISTIRIITAINEN KOKEMUS HOITOKETJUN TOIMINNASTA (I)	Hoitojen haittavaikutusten hallinta (III)	Sopeutuminen hoitojen haittavaikutuksiin (III)
	Hoidon pirstaleisuus (I, III)	Kiireessä kohdatuksi tuleminen (I, III) Toive pysyvistä hoitosuhteesta (I) Hoidon epäjohdonmukaisuus (III) Ei mahdollisuutta osallistua hoidolliseen päätöksentekoon (III) Horjuva luottamus terveydenhuoltoon (III)
	Hoidon tukea antava vaikutus (I, II)	Hoidon kokonaisvaltaisuus (I) Hoidon kannustavuus (I) Tuen saaminen hoitajilta ja lääkäreiltä (III) Seksuaalisuudesta keskusteleminen tartunnan saamisen jälkeen (III)
	Hoidon mutkattomuus (I)	Lääkeshoidon vaivattomuus (I) Seksitaudin hoito ei poikkea muiden tautien hoidosta (I)
	Hoitohenkilökunnan ammattimainen suhtautuminen (I)	Hoitajien ystävällinen suhtautuminen (I) Hoitohenkilökunnan hienovarainen suhtautuminen (I) Turhaksi osoittautuneet ennakkoluulot hoitohenkilökunnan suhtautumisesta (I)
	Hoitohenkilökunnan epäammattimainen suhtautuminen (III)	Hoitohenkilökunnan tietämättömyys (III) Hoitohenkilökunnan ymmärtämättömyys (III)

Roomalaiset numerot I–III viittaavat osajulkaisuihin.

Käsittehierarkia **kokemuksista seksitaudista suhteessa arkeen** muodostuu 2 pääkäsitteestä, joiden alla on 7 yläkäsitettä ja niiden alla 27 alakäsitettä (Taulukko 5). Hypoteettisen käytännön teorian mukaan kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen sisältävät arjen muuttumattomuuden ja muuttumisen.

Taulukko 5. Käsittehierarkia kokemuksista seksitaudista suhteessa arkeen

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
ARJEN MUUTTUMATTO- MUUS (II)	Parantunut seksitauti ei vaikuta arkeen (II)	Taudilla ei ole vaikutuksia arkeen (II)
ARJEN MUUTTUMINEN (II)	Arjen rutiinin muuttuminen (II, III)	Arjen toimintojen uudelleen opetteleminen hivin kanssa (II) Hivin vuoksi työelämästä poisjääminen helpotus (II) Kysymys ammatinvaihdosta hiv-tartunnan seurauksena (II) Kysymys työhön soveltuvuudesta tartunnan seurauksena (III)
	Suoriutumisen arjen askareista voinnin mukaan (II, III)	Yleinen vointi rytmittää arjen askareita (II, III) Työ osana normaalia arkea (II, III) Pirstävät vapaa-ajan askareet (II, III) Itsensä aktivoiminen päivittäisiin askareisiin (II) Terveystarvostaminen (III) Fyysiset oireet arjessa (III) Psyykkiset oireet arjessa (III) Jatkuvan oireilun negatiivinen vaikutus arkeen (III)
	Parantumattoman seksitaudin aktivoituminen muistuttaa sen olemassaolosta (II, III)	Genitaaliherpeksen uusiutuvien oireiden tunnistaminen osana arkea (II) Genitaaliherpeksen puhkeaminen palauttaa tartuntaan liittyvät hämmästyttävät tunteet (II) Visvasyylien uudelleen puhkeaminen palauttaa tartuntaan liittyvät hämmästyttävät tunteet (III) Tautia ei voi unohtaa sen parantumattoman luonteen vuoksi (III)
	Lääkkeet arjen kumppanina (II, III)	Lääkkeet rytmittävät arkea (II, III) Lääkityksen mukana kantaminen (II)
	Elämänlaadun huonontuminen (III)	Taudin negatiiviset vaikutukset koettuun elämänlaatuun (III) Yleinen tyytymättömyys elämään heikkenee taudin seurauksena (III)
	Arjen muutoksen kannattelijat (III)	Voimavarojen löytyminen toivosta (III) Voimavarojen löytyminen perheestä (III) Selviytymisen tunne voimavarana (III) Arjen arvostuksen kohteet voimavarana (III) Elämän arvostaminen voimavarana (III) Elämänlaatua lisäävät tekijät (III)

Roomalaiset numerot II–III viittaavat osajulkaisuihin.

Käsittehierarkia **kokemuksista seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen** muodostuu 2 pääkäsitteestä, joiden alla on 7 yläkäsitettä ja niiden alla 25 alakäsitettä (Taulukko 6). Hypoteettisen käytännön teorian mukaan kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen sisältävät muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden.

Taulukko 6. Käsittehierarkia kokemuksista seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
MUUTTUMATON TULEVAISUUS (II)	Hyväksytyt tulevaisuus (II, III)	Tartunnan sisäistäminen osaksi tulevaisuutta (II, III) Tulevaisuus näyttää hyvältä (II) Hyvä terveydentila luo uskoa tulevaisuuteen (II) Lääkehoito tulevaisuuden mahdollistajana (II) Taudin hyväksymisen vaikeus (III)
	Parantunut seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen (II)	Taudilla ei ole vaikutusta tulevaisuuteen (II)
TUNTEMATON TULEVAISUUS (II)	Elämä tässä ja nyt (II, III)	Tulevaisuutta ei osaa ajatella (II, III) Hetkessä eläminen (II) Ei tiedä lyhentääkö tauti elinikää (II)
	Toive elämänmuutoksesta (I, III)	Halu saada muutosta elämään (II) Toiveena kivuton tulevaisuus (II) Toive taudin parantumisesta (III) Toiveena ylläpitää arjen tasapaino (III)
	Parisuhteen kaipausta (II)	Taudin hyväksyvän kumppanin löytyminen mietityttää (II) Parisuhde luo turvallisuutta (II)
	Kaipausta perheen perustamisesta (III)	Toiveena perheen perustaminen (III)
	Huolet huomisesta (III)	Yleinen huolestuneisuus (III) Huolet talouden ylläpitämisestä (III) Huolet taudin vaikutuksesta perheen tulevaisuuteen (III) Huolet taudin vaikutuksesta kehoon (III) Huolet terveydestä (III) Huolet taudin uusiutumisesta (III) Huolet taudin komplikaatioista (III) Huolet taudin vaikutuksesta seksielämään (III) Pelko lapsen tartuttamisesta mahdollisen raskauden yhteydessä (III)

Roomalaiset numerot II–III viittaavat osajulkaisuihin.

Käsittehierarkia **kokemuksista seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin** muodostuu 4 pääkäsitteestä, joiden alla on 14 yläkäsitettä ja niiden alla 68 alakäsitettä (Taulukko 7). Hypoteettisen käytännön teorian mukaan kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät seksitaudista kertomisen dilemman, ympäristön vaihtelevan suhtautumisen, haavoittuneen ja haavoittumattoman seksielämän.

Taulukko 7. Käsittehierarkia kokemuksista seksitaidista suhteessa muihin ihmisiin

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
SEKSITAUDISTA KERTOMISEN DILEMMA (II)	Valikoitu kertominen (II, III)	Läheisimmille kertominen (II, III) Seksikumppanille kertominen (II, III) Edellisten seksikumppaneiden informointi tartunnasta (II) Työntajalle kertominen (II) Hoitohenkilökunnan informointi hivistä (II) Varovaisuus taudista kertomisen suhteen (III)
	Pyrkimys tartunnan salaamiseen (II, III)	Työyhteisössä ei voi kertoa (II) Seksikumppaneille ei halua kertoa (II) Taudin salaaminen kumppanilta ahdistaa (II) Perheelle kertominen vain pakon edessä (II) Lääkkeiden ottaminen salaa muilta (II) Kertomisesta katumus (II) Kertomisen vaikeus (III) Salaamisen pyrkimyksenä säilyttää suhteet lähimpiin ihmisiin (III) Valittu salailu (III)
	Lupa kertomiselle (II)	Luottamus toiseen helpottaa kertomista (II) Kertominen helpottaa (II) Taudista kertominen ei ollut vaikeaa (II)
YMPÄRISTÖN VAIHTELEVA SUHTAUTUMINEN (II)	Leimautumisen pelko (II, III)	Tutustuminen uusiin ihmisiin varovaista (II, III) Huoli lasten suhtautumisesta (II) Pelko tartuntaan liittyvistä kysymyksistä (II) Pelko uuden kumppanin suhtautumisesta (II) Pelko torjutuksi tulemisesta (III) Pelko leimautumisesta (III) Pelko menetyksistä taudin paljastuttua (III)
	Turhaksi osoittautunut pelko muiden huonosta suhtautumisesta (II, III)	Työnantajan hyvä suhtautuminen (II) Kumppanin hyvä suhtautuminen tietoon tartunnasta (II) Omien lasten hyvä suhtautuminen (II) Hiv lääkkeet voi ottaa vapaasti seurueessa (II) Myönteiset muutokset ihmisuhteissa (III)
	Mureneva ympäristö (II, III)	Ystävien hylkäämäksi tuleminen (II, III) Kysymykset kumppanin luotettavuudesta (II, III) Suhteen päättymisen tartunnan myötä (II) Läheisten järkyttyminen (II) Yksin kärsiminen (III) Haavoittunut parisuhde (III)
	Tuen saaminen ympäristöltä (II, III)	Läheisten antama tuki (II, III) Hiviä sairastavien vertaistuki (II) Vertaistuesta voimaa jaksamiseen (II) Saadun tuen tärkeys (III)
HAAVOITTUNUT SEKSIELÄMÄ (II)	Seksielämän kuihtuminen (II, III)	Oma seksuaalinen haluttomuus (II, III) Seksin hiipuminen harmittaa (II, III) Seksin saamisen vaikeus (II, III) Seksuaalisuuden tukahduttaminen (III) Seksielämän nautinnollisuuden häviäminen (III)
	Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa (II, III)	Huoli toisen tartuttamisesta (II, III) Tartuntariskin punnitseminen kumppanin kanssa (II)

Taulukko 7 jatkuu seuraavalla sivulla.

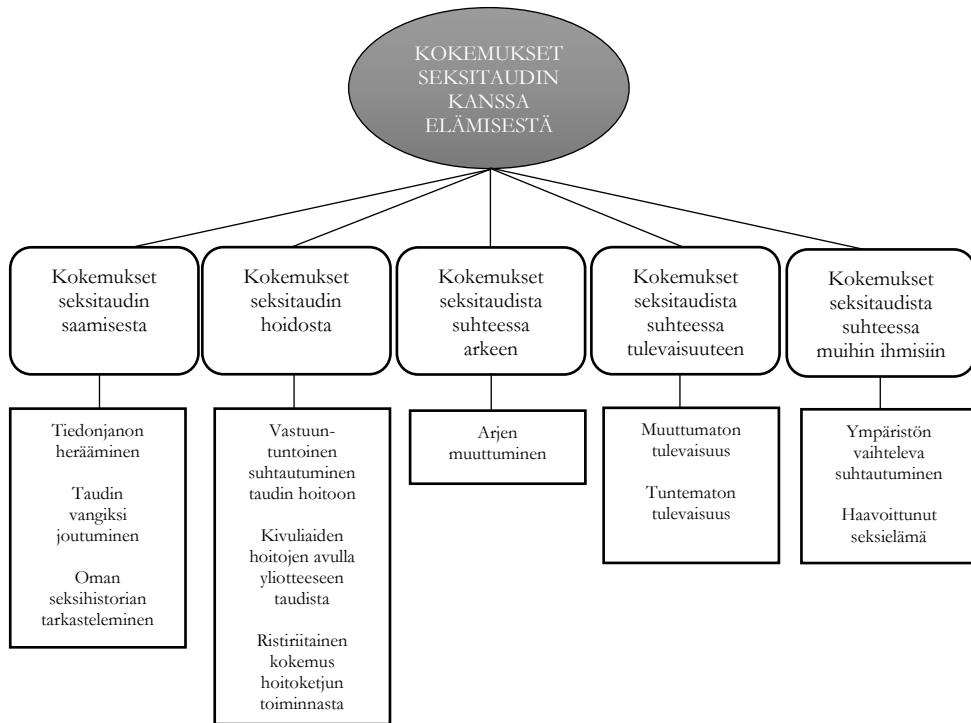
Taulukko 7 jatkuu edelliseltä sivulta.

Pääkäsitteet	Yläkäsitteet	Alakäsitteet
	Riskikäyttäytymisen jatkaminen (II, III)	Uskomus lääkehoidon itsessään ehkäisevän tarttumisen (II, III) Välinpitämättömyys kondomin käytön suhteen (II, III) Kondomin käyttäminen ikävää (II) Molempien hiv-positiivisuus syynä kondomin käyttämättömyydelle (III) Vastuun siirto kumppanille syynä kondomin käyttämättömyydelle (III) Tartunnan salaaminen syynä kondomin käyttämättömyydelle (III)
	Turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksuminen (II, III)	Syntynyt varovaisuus seksisuhteissa (II, III) Kondomin käyttö on itsestäänselvyys (II, III) Keskustelu kumppanin kanssa kondomin käytöstä (II) Parisuhde luo turvaa uudelta seksitaidilta (II)
	Ajan kulumisen eheyttävä vaikutus seksielämään (II)	Jännittävä ensimmäinen yhdyntä tartunnan jälkeen (II) Seksielämän normalisoituminen ajan myötä (II) Seksin väheneminen ei vaikuta häiritsevästi (II)
	Seksuaaliset toimintahäiriöt (III)	Seksuaalisen toimintakyvyn häiriöt (III) Seksuaalisen kiihottumisen häiriöt (III) Yhdyntäkivut (III) Siemensyöksyn häiriöt (III) Ahdistuneisuuden aiheuttamat seksuaaliset toimintahäiriöt (III)
HAAVOITTUMATON SEKSIELÄMÄ (yhteenvedo-osa)	Edelleen nautinnollinen seksielämä (III)	Seksuaalinen aktiivisuus säilyi tartunnasta huolimatta (III) Tyytyväisyys seksisuhteiden laatuun (III)

Roomalaiset numerot II–III viittaavat osajulkaisuihin.

5.2 Tilastollisesti testattu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Vaihe II)

Tutkimuksen toisen vaiheen tuloksena esitetään tilastollisesti testattu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä (Kuvio 7, vrt. Kuvio 6). Teoria sisältää viisi osa-aluetta, joiden alla on 11 pääkäsitettä. Käsitteiden operationaaliset määritelmät ja teorian tilastollisen testaamisen tulokset kuvailaan yksityiskohtaisemmin seuraavissa kappaleissa. Roomalaiset numerot tekstissä viittaavat osajulkaisuihin.



Kuvio 7. Tilastollisesti testatun käytännön teorian osa-alueet ja pääkäsitteet

5.2.1 Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä (KoSKE®) -mittarin pilotointi

Tutkittavat (n=48) kokivat KoSKE®-mittarin väittämät pääosin selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Sähköisen kyselylomakkeen toimivuudessa ei todettu ongelmia. Mitta-asteikko (Likert 1-5 ja Likert 0 ”ei koske minua”) toimi hyvin pilottitutkimuksessa, sillä vastaukset jakautuivat koko asteikolle. Summamuuttujien keskiarvot ja mediaanit olivat pääosin lähellä toisiaan. Lisäksi mitta-asteikko tuotti arvokasta tietoa teorian testaamiselle ”ei koske minua” vastausten osalta. Kyselyn keskimääräinen vastausaika oli 15 minuuttia (vaihteluväli: 3 minuuttia – 1 tunti 30 minuuttia). Pilottitutkimuksen aineisto pystyttiin sisällyttämään osaksi määrällisen tutkimuksen aineistoa, koska mittariin ei ollut tarvetta tehdä muutoksia pilottitutkimuksen tulosten perusteella.

Pilottitutkimuksen perusteella parhaiten kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä kuvasivat vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon (ka=4.15), seksitaudista kertomisen dilemma (ka=4.15), tiedonjonon herääminen (ka=4.05) ja arjen

muuttumattomuus (ka=4.03). Pilottitutkimuksen perusteella mittarin alustava sisäinen johdonmukaisuus oli melko hyvä. KoSKE®-mittarin summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat huonosta ($\alpha=0.29$) hyvään ($\alpha=0.92$). Kolmen summamuuttujan alustava sisäinen johdonmukaisuus pilottitutkimuksessa oli toivottua heikompi: tiedonjanon herääminen ($\alpha=0.35$), vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon ($\alpha=0.29$) ja seksitaudista kertomisen dilemma ($\alpha=0.48$).

Osioanalyysin perusteella minkään väittämän poistaminen ei olisi parantanut tiedonjanon herääminen -summamuuttujan Cronbachin alfa-kerrointa. Osioanalyysin perusteella yhden väittämän ”*minulla on huoli seksitaudin hoidon onnistumisesta*” poistaminen olisi parantanut vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon -summamuuttujan Cronbachin alfa-kerrointa ($\alpha=0.29 \rightarrow \alpha=0.75$). Lisäksi yhden väittämän ”*kerron valikoivasti ihmisille seksitaudistani*” poistaminen olisi parantanut seksitaudista kertomisen dilemma -summamuuttujan Cronbachin alfa-kerrointa ($\alpha=0.48 \rightarrow \alpha=0.95$). Yhtään väittämää ei kuitenkaan poistettu pilottitutkimuksen perusteella, koska Cronbachin alfa-kertoimet laskettiin pienellä aineistolla (n=48) ja mittaria oli tarkoitus käyttää hypoteettisen käytännön teorian testaamisessa. Pilottitutkimuksen kuvailevat tulokset summamuuttuja-tasolla sekä summamuuttujien sisäinen johdonmukaisuus kuvataan taulukossa 8.

Taulukko 8. KoSKE®-mittarin pilotoinnin tulokset (n=48)

Mittarin osa-alue Summamuuttuja	Väit- tämien lkm	On kokemus asiasta n (%)	Ka (kh)	Md	Min–Max	α
Kokemukset seksitaudin saamisesta						
Tiedonjanon herääminen	3	41 (85)	4.05 (0.89)	4.33	1.67–5.00	0.35
Taudin vangiksi joutuminen	5	45 (94)	3.17 (1.30)	3.60	1.00–5.00	0.92
Oman seksihistorian tarkasteleminen	3	43 (90)	3.04 (1.17)	3.00	1.00–5.00	0.68
Kokemukset seksitaudin hoidosta						
Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon	3	39 (81)	4.15 (0.64)	4.33	2.67–5.00	0.29
Kivuliaiden hoitojen avulla yliotteen taudista	7	19 (40)	2.53 (0.94)	2.43	1.00–4.29	0.79
Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta	7	15 (31)	3.53 (0.65)	3.57	2.14–4.43	0.66

Taulukko 8 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 8 jatkuu edelliseltä sivulta.

Mittarin osa-alue Summamuuttuja	Väit- tämien lkm	On kokemus asiasta n (%)	Ka (kh)	Md	Min–Max	α
Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen*						
Arjen muuttuminen	6	19 (40)	3.39 (0.97)	3.67	1.17–4.50	0.76
Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen						
Muuttumaton tulevaisuus	3	34 (71)	3.27 (1.26)	3.33	1.00–5.00	0.76
Tunteeton tulevaisuus	5	10 (21)	3.52 (0.63)	3.30	3.00–4.60	0.65
Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin **						
Seksitaudista kertomisen dilemma	3	41 (85)	4.15 (0.83)	4.33	1.00–5.00	0.48
Ympäristön vaihteleva suhtautumi- nen	4	31 (65)	2.77 (0.79)	2.75	1.25–4.50	0.61
Haavoittunut seksielämä	6	28 (58)	3.56 (0.84)	3.67	1.67–4.83	0.74
Yksittäisen väittämän käännetyllä asteikolla mitattu käsite						
*Arjen muuttumattomuus	–	38 (79)	4.03 (1.35)	5.00	1.00–5.00	–
Yksittäisellä väittämällä mitattu käsite						
**Haavoittumaton seksielämä	1	39 (81)	3.13 (1.64)	3.00	1.00–5.00	–

5.2.2 Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden arvioimana ja kokemuksiin yhteydessä olevat tekijät sekä KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti

Tutkittavista (n=213) yli puolet oli naisia. Tutkittavista vajaa puolet oli iältään 19–29 vuotiaita. Yli puolella tutkittavista oli korkeakoulututkinto ja vajaa puolet ilmoitti olevansa työssä. Yli kolmasosalla tutkittavista oli ollut tartuntahetkellä satunnainen kumppani, kun taas tutkimukseen osallistumisen hetkellä yli puolella oli vakituinen kumppani. Yli puolet tutkittavista ilmoitti seksuaalisen suuntautumisensa olevan heteroseksuaali. Tutkittavista lähes kolme neljäsosaa oli harrastanut suojaamatonta suuseksiä viimeisen kuukauden aikana. Yli puolella oli myös ollut suojaamattomia emätin- tai anaalisyhdyntöjä. Lähes kolme neljäsosaa tutkittavista ei ollut harrastanut suojaamatonta seksiä päihtyneenä. (Osajulkaisu IV: Taulukko 1.)

Yli kolme neljäsosaa tutkittavista oli käynyt aiemmin seksitautitesteissä ja puolella oli aiemmin todettu jokin seksitauti. Yli puolella viimeisin seksitauti oli parantumaton. Vajaa puolet tutkittavista raportoi, että tartunnan lähde oli ollut satunnainen kumppani. Yli puolessa tapauksista tartunta oli saatu eri sukupuolta olevalta kumppanilta. Puolet tartunnoista oli saatu emätinyhdyntäessä. Vajaa puolet tutkittavista raportoi, että heidän seksitautinsa oli parantunut. Puolessa tapauksista parantuneen seksitaudin kesto oli ollut alle kuukauden, kun taas yli puolella parantumattoman seksitaudin kesto oli yli vuoden. Kolme neljäsosaa tutkittavista oli hakeutunut seksitautitesteihin omasta aloitteestaan. Tutkittavista reilu kolmannes raportoi, että heidän seksitautiaan oli hoidettu perusterveydenhuollossa. Neljä viidesosaa tutkittavista raportoi, että seksitaudin hoitomenetelmänä oli ollut lääkkeelliset hoitomenetelmät. (Osajulkaisu IV: Taulukko 2.) Liitteissä 7–8 kuvataan tutkittavien (n=213) luokittelemattomat sosiodemografiset sekä seksitauteihin liittyvät taustatiedot ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen viimeisen kuukauden aikana.

Kokemukset seksitaudin saamisesta osa-alueella (Taulukko 9) tutkittavilla oli määrällisesti eniten kokemuksia taudin vangiksi joutumisesta (n=202, 95 %). Tutkittavat arvioivat, että tiedonjonon herääminen kuvasi parhaiten kokemuksia seksitaudin saamisesta (Md=4.33, Q₁=3.67, Q₃=5.00). Tutkittavien taustatekijöistä kouluksella, aikaisemmillä seksitautitesteillä, viimeisimpänä todetulla seksitaudilla ja sen vaiheella oli eniten tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kokemuksiin seksitaudin saamisesta. (Osajulkaisu IV.)

Kokemukset seksitaudin hoidosta osa-alueella (Taulukko 9) tutkittavilla oli määrällisesti eniten kokemuksia vastuuntuntoisesta suhtautumisesta taudin hoitoon (n=181, 85 %), jonka myös arvioitiin parhaiten kuvaavan seksitaudin hoitoon liittyviä kokemuksia (Md=4.00, Q₁=3.67, Q₃=4.33). Tutkittavien taustatekijöistä iällä, viimeisimpänä todetulla seksitaudilla ja sen vaiheella sekä itsearvioidulla tietämyksellä seksitaudeista oli eniten tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kokemuksiin seksitaudin hoidosta. (Osajulkaisu IV.)

Taulukko 9. Tutkittavien kokemukset seksitaudin saamisesta ja hoidosta (n=213)

MITTARIN OSA-ALUE Summamuuttuja Väittäjä ¹	On kokemus asiasta n (%) ²	Kuvailevat tulokset kokemuksista	
		Md (Q ₁ –Q ₃)	Ka (Kh)
KOKEMUKSET SEKSITAUDIN SAAMISESTA			
Taudin vangiksi joutuminen	202 (95)	3.20 (2.00–4.20)	3.12 (1.22)
Tunsin menettäneeni hetkellisesti henkisen tasapainoni	210 (99)	4.00 (2.00–5.00)	3.44 (1.47)
Tunsin itseni likaiseksi	210 (99)	4.00 (2.75–5.00)	3.66 (1.47)
Tunsin menettäneeni kontrollin omasta kehosta	209 (99)	3.00 (2.00–4.00)	3.09 (1.38)
Tunsin minuuteni haavoittuneen	208 (98)	3.00 (2.00–4.00)	3.00 (1.48)
Seksitaudin saaminen tuntui kuolemantuomiolta	207 (98)	2.00 (1.00–4.00)	2.38 (1.42)
Oman seksihistorian tarkasteleminen	198 (93)	3.33 (2.67–4.00)	3.27 (1.02)
Seksitaudin saaminen tuntui väistämättömältä seuraukselta aiemman seksikäyttytymiseni perusteella	206 (97)	2.00 (1.75–4.00)	2.68 (1.40)
Seksitaudin saamisen jälkeen havahduin riskialttiin seksin vaaroihin	204 (96)	4.00 (3.00–4.00)	3.55 (1.27)
Seksitaudin saamisen jälkeen ymmärsin, että olen ottanut riskejä seksissä	203 (95)	4.00 (3.00–5.00)	3.54 (1.33)
Tiedonjonon herääminen	187 (88)	4.33 (3.67–5.00)	4.16 (0.80)
Tarvitsin lisätietoa juuri todetusta seksitaudista	208 (98)	5.00 (4.00–5.00)	4.17 (1.25)
Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei	202 (95)	5.00 (4.00–5.00)	4.41 (1.16)
Seksitaudin toteamisen jälkeen minulla oli tarve selvittää mistä olen saanut sukupuolitaudin	195 (92)	4.00 (3.00–5.00)	3.88 (1.35)
KOKEMUKSET SEKSITAUDIN HOIDOSTA			
Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon	181 (85)	4.00 (3.67–4.33)	3.99 (0.64)
<i>Minulla on huoli seksitaudin hoidon onnistumisesta</i>	193 (91)	3.00 (2.00–4.00)	3.16 (1.44)
Olen motivoitunut seksitaudin hoitoon	192 (90)	5.00 (4.00–5.00)	4.52 (0.79)
Toteutan hoitoa hoitohenkilökunnalta (hoitajilta ja lääkäreiltä) saamieni ohjeiden mukaan	190 (89)	5.00 (4.00–5.00)	4.61 (0.64)
Kivuliaiden hoitojen avulla yliotteeseen taudista	100 (47)	2.43 (1.71–3.00)	2.38 (0.86)
Tunnen häpeää seksitaudin hoidossa	202 (95)	4.00 (2.00–5.00)	3.26 (1.50)
Hoitoon liittyvät keskustelut ovat epämiellyttäviä	197 (93)	3.00 (1.00–4.00)	2.76 (1.41)
Seksitaudin hoito on kivuliasta	189 (89)	1.00 (1.00–3.00)	1.94 (1.31)
<i>Hoidot ovat belpottaneet oloani</i>	177 (84)	5.00 (3.00–5.00)	4.07 (1.18)
<i>Hoitojen avulla on mahdollista pitää seksitauti kurissa</i>	152 (72)	4.00 (3.00–5.00)	4.01 (1.18)
Hoitojen häiritsevät vaikutukset aiheuttavat minulle kärsimystä	139 (65)	2.00 (1.00–3.00)	2.19 (1.37)
<i>Tunnen pystyväni hallitsemaan hoitojen häiritsevien vaikutusten</i>	113 (53)	4.00 (2.50–5.00)	3.38 (1.37)
Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta	94 (46)	2.29 (1.86–2.71)	2.31 (0.71)
<i>Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun asiallisesti</i>	189 (89)	5.00 (4.00–5.00)	4.37 (0.86)
<i>Seksitaudin hoito on minulle väkivalloita</i>	183 (86)	4.00 (3.00–5.00)	3.86 (1.17)
Hoitohenkilökunnan tietämys seksitaudistani on riittämätöntä	182 (86)	1.00 (1.00–2.25)	1.87 (1.18)
Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun ennakkoluuloisesti	177 (83)	1.00 (1.00–2.00)	1.79 (1.12)
Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitohenkilökunnasta	153 (72)	3.00 (2.00–4.00)	2.98 (1.28)
Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitopaikasta	136 (64)	3.00 (2.00–4.00)	2.86 (1.23)
<i>Hoidot tukevat jaksamista</i>	124 (59)	4.00 (3.00–4.75)	3.56 (1.16)

¹ väittämät, jotka käännettiin summamuuttujien muodostamista varten, on kursivoitu

² tulokset esitetään prosentuaalisesti laskevassa järjestyksessä, sen suhteen, että tutkittavilla on kokemus asiasta

Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen osa-alueella (Taulukko 10) tutkittavat raportoivat määrällisesti eniten kokemuksia arjen muuttumattomuudesta (n=177, 83 %), joka myös arvioitiin parhaiten kuvaamaan kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen (Md=5.00, Q₁=3.00, Q₃=5.00). Tutkittavien taustatekijöistä työllisyystilanteella, viimeisimpänä todetulla seksitaudilla ja sen vaiheella oli eniten tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kokemuksiin seksitaudista suhteessa arkeen. (Osajulkaisu IV.)

Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen osa-alueella (Taulukko 10) tutkittavat raportoivat määrällisesti kokemuksia muuttumattomasta tulevaisuudesta (n=150, 70 %), jonka myös arvioitiin parhaiten kuvaavan kokemuksia seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen (Md=3.67, Q₁=2.33, Q₃=4.33). Tutkittavien taustatekijöistä viimeisimpänä todettu seksitauti ja sen vaihe olivat useimmin tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kokemuksiin seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen. (Osajulkaisu IV.)

Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin osa-alueella (Taulukko 10) tutkittavat raportoivat määrällisesti eniten kokemuksia liittyen seksitaudista kertomisen dilemmaan (n=171, 80 %), joka myös arvioitiin parhaiten kuvaamaan kokemuksia seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin (Md=4.00, Q₁=3.67, Q₃=4.67). Tutkittavien taustatekijöistä ikä, aiemmin todetut seksitaudit, viimeisimpänä todettu seksitauti, tartunnan lähde (kumppanin sukupuoli/seksin muoto), taudin vaihe ja taudin hoitopaikka olivat useimmin yhteydessä kokemuksiin seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin. (Osajulkaisu IV.)

Taulukko 10. Tutkittavien kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin (n=213)

MITTARIN OSA-ALUE Summamuuttuja Väittämä ¹	On kokemus asiasta n (%) ²	Kuvailevat tulokset kokemuksista	
		Md (Q ₁ -Q ₃)	Ka (Kh)
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA ARKEEN*			
Arjen muuttuminen	81 (38)	3.33 (2.83–3.67)	3.18 (0.87)
Elämänlaatuni on huonontunut seksitaudin myötä	179 (84)	2.00 (1.00–4.00)	2.72 (1.54)
Arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin seurauksena	177 (83)	1.00 (1.00–3.00)	2.01 (1.36)
Arjessa seksitauti muistuttaa olemassa olostaan oireilemalla silloin tällöin	153 (73)	4.00 (1.00–5.00)	3.04 (1.67)
Lääkkeet ovat minulle osa arkea	147 (69)	3.00 (1.00–5.00)	2.85 (1.70)
Suoriudun arjen askareista vointini mukaan	119 (56)	4.00 (3.00–5.00)	3.79 (1.33)
Löydän keinoja kestää arjen muuttumisen seksitaudin seurauksena	110 (52)	3.00 (2.00–4.00)	3.06 (1.36)

Taulukko 10 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 10 jatkuu edelliseltä sivulta.

MITTARIN OSA-ALUE Summamuuttuja Väittäjä ¹	On kokemus asiasta n (%) ²	Kuvailevat tulokset kokemuksista	
		Md (Q ₁ -Q ₃)	Ka (Kh)
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA TULEVAISUUTEEN			
Muuttumaton tulevaisuus	150 (70)	3.67 (2.33–4.33)	3.28 (1.28)
Seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteeni	209 (98)	4.00 (1.50–5.00)	3.23 (1.62)
Suhtaudun tulevaisuuteen myönteisesti seksitaudista huolimatta	179 (84)	5.00 (3.00–5.00)	3.98 (1.29)
Hyväksyn sen, että joudun elämään seksitaudin kanssa	153 (72)	4.00 (1.50–5.00)	3.20 (1.60)
Tuntematon tulevaisuus	72 (34)	3.60 (2.85–4.00)	3.46 (0.71)
<i>Pyrin elämään tässä hetkessä</i>	189 (89)	4.00 (3.00–5.00)	4.06 (1.07)
Tulevaisuus huolettaa minua	175 (83)	3.00 (1.00–4.00)	2.65 (1.45)
Toivon elämäni muuttuvan vielä tulevaisuudessa toisenlaiseksi	161 (76)	4.00 (3.00–5.00)	3.62 (1.43)
Toivon voivani vielä jonain päivänä perustaa perheen	123 (58)	5.00 (3.00–5.00)	3.95 (1.36)
Toivon löytäväni kumppanin, joka hyväksyy seksitaudin	100 (47)	5.00 (4.00–5.00)	4.48 (0.96)
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA MUIHIN IHMISIIN**			
Seksitaudista kertomisen dilemma	171 (80)	4.00 (3.67–4.67)	3.99 (0.83)
Kerron valikoivasti ihmisille seksitaudistani	197 (93)	5.00 (4.00–5.00)	4.37 (1.13)
Pyrin salaamaan seksitautini ihmisiltä	189 (89)	5.00 (4.00–5.00)	4.12 (1.25)
Kerron seksitaudista silloin kun siitä ei aiheudu minulle haittaa	177 (83)	4.00 (3.00–5.00)	3.39 (1.40)
Ympäristön vaihteleva suhtautuminen	130 (61)	3.25 (2.50–3.75)	3.18 (0.88)
<i>Pelkään tulevani torjutuksi seksitaudin takia</i>	179 (84)	4.00 (2.00–5.00)	3.61 (1.47)
Pelkoni muiden huonosta suhtautumisesta seksitautiin osoittautuu yleensä turhaksi	162 (77)	3.00 (3.00–4.00)	3.18 (1.13)
Saan tukea ympärilläni olevilta ihmisiltä	158 (75)	4.00 (3.00–5.00)	3.67 (1.16)
<i>Ihmiset ympärilläni ovat kadonneet seksitaudin paljastuttua heille</i>	150 (71)	2.00 (1.00–3.00)	2.11 (1.28)
Haavoittunut seksielämä	109 (51)	3.67 (2.91–4.17)	3.56 (0.80)
<i>Minulla ei ole tarvetta muuttaa seksikäyttäytymistäni seksitaudin saamisesta huolimatta</i>	181 (86)	2.00 (1.00–3.50)	2.52 (1.42)
Seksielämäni kuihtuu seksitaudin takia	176 (83)	2.00 (1.00–4.00)	2.70 (1.44)
Haluan muuttaa seksikäyttäytymistäni turvallisemmaksi seksitaudin saamisen seurauksena	174 (82)	4.00 (3.00–5.00)	3.77 (1.25)
Minulla on vaikeuksia toteuttaa halujeni mukaista seksielämää seksitaudin takia	172 (81)	3.00 (1.00–5.00)	2.94 (1.61)
Tiedostan, että voin mahdollisesti tartuttaa seksitaudin (seksi)kumppanilleni	160 (75)	5.00 (4.00–5.00)	4.45 (0.96)
<i>Seksielämäni normalisoituu ajan myötä</i>	150 (71)	4.00 (3.00–5.00)	3.52 (1.41)

Taulukko 10 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 10 jatkuu edelliseltä sivulta.

Yksittäisillä väittämällä mitatut käsitteet Väittäjä ³	On kokemus asiasta n (%)	Kuvailevat tulokset kokemuksista	
		Md (Q1-Q3)	Ka (Kh)
*Arjen muuttumattomuus			
Arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin seurauksena	177 (83)	5.00 (3.00–5.00)	3.99 (1.36)
**Haavoittumaton seksielämä			
Seksielämäni nautinnollisuus vähentyy seksitaudin takia	170 (80)	3.00 (2.00–5.00)	3.15 (1.55)

¹ väittämät, jotka käännettiin summamuuttujien muodostamista varten, on kursivoitu

² tulokset esitetään prosentuaalisesti laskevassa järjestyksessä, sen suhteen, että tutkittavilla on kokemus asiasta

³ väittämät on käännetty, jotta ne mittaavat arjen muuttumattomuutta ja haavoittumatonta seksielämää

KoSKE[®]-mittarin rakennevaliditeetti sai osittain vahvistusta pääkomponenttianalyysissä. Liitteissä 9–13 kuvataan pääkomponenttianalyysin yksityiskohtaiset tulokset kunkin KoSKE[®]-mittarin osa-alueen osalta.

Ensimmäisen osa-alueen (kokemukset seksitaudin saamisesta) rakennevaliditeetti osoittautui hyväksi pääkomponenttianalyysissä. Kolme faktoria selittivät yhteensä 65 % väittämien vaihtelusta ja ratkaisu vastasi identtisesti mittarin ensimmäisen osa-alueen taustalla olevaa teoreettista rakennetta. Ainoastaan yhdellä väittämällä oli heikko kommunaliteetti (<0.30) ja faktorilataus (<0.40), muuten väittämien kommunaliteetit vaihtelivat välillä 0.526–0.820 ja faktorilataukset 0.658–0.904.

Toisen osa-alueen (kokemukset seksitaudin hoidosta) rakennevaliditeetti ei osoittautunut hyväksi pääkomponenttianalyysin perusteella. Kolmen faktorin ratkaisu selitti yhteensä 43 % väittämien vaihtelusta ja se ei vastannut mittarin toisen osa-alueen taustalla olevaa teoreettista rakennetta. Väittämien kommunaliteetit vaihtelivat välillä 0.335–0.750 ja faktorilataukset 0.420–0.848.

Myöskään kolmannen osa-alueen (kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen) rakennevaliditeetti ei ollut hyvä. Yhden faktorin ratkaisu selitti yhteensä 36 % väittämien vaihtelusta ja se ei ollut mittarin kolmannen osa-alueen taustateorian mukainen. Kahdella väittämällä oli heikko kommunaliteetti (<0.30) ja yhdellä heikko faktorilataus (<0.40). Muuten väittämien kommunaliteetit vaihtelivat 0.385–0.591 ja faktorilataukset 0.513–0.769.

Neljännän osa-alueen (kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen) kohdalla rakennevaliditeetti osoittautui hyväksi. Kahden faktorin ratkaisu selitti yhteensä 57 % väittämien vaihtelusta ja se vastasi melko hyvin mittarin neljännän osa-alueen taustalla olevaa teoreettista rakennetta. Väittämien kommunaliteetit vaihtelivat 0.401–0.730 ja faktorilataukset 0.479–0.845.

Pääkomponenttianalyysi ei tukenut teoreettista rakennetta mittarin viidennen osa-alueen (kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin) kohdalla, vaikka neljän faktorin ratkaisu selitti yhteensä 62 % väittämien vaihtelusta. Väittämät latautuivat jokseenkin epätasaisesti faktoreiden kesken. Väittämien kommunaliteetit vaihtelivat 0.452–0.882 ja faktorilataukset 0.436–0.927.

Pääkomponenttianalyysin tulosten perusteella mittariin ei tehty muutoksia, koska tutkimuksen toisen vaiheen perimmäisenä tarkoituksena oli teorian tilastollinen testaaminen konfirmatorisella faktorianalyysillä. Tuloksia käytettiin sen sijaan konfirmatorisen faktorianalyysin yhteydessä, kun malleja modifiointiin poistamalla huonosti toimivia väittämiä.

5.2.3 Hypoteettisen käytännön teorian paikkansapitävyys empiirisen aineiston perusteella

Testattavassa hypoteettisessa käytännön teoriassa **kokemukset seksitaudin saamisesta** pitivät sisällään tiedonjonon heräämisen, taudin vangiksi joutumisen sekä oman seksihistorian tarkastelemisen. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin tälle kolmen faktorin mallille. Modifioimaton kolmen faktorin malli sai ensimmäisessä konfirmatorisessa faktorianalyysissä kohtuullista sopivuutta osoittavat tunnusluvut. Toisaalta χ^2 -testin p-arvo hylkäsi mallin aineistoon sopimattomana, NFI <0.90 ja mallin tunnusluvut eivät olleet erityisen korkeita, joten mallia päätettiin modifioida (Taulukko 11).

Pääkomponenttianalyysin perusteella tiedettiin, että mallissa oli väittämä ”*Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei?*”, joka korreloi heikosti muiden väittämien kanssa ($r < 0.30$), jonka faktorilataukset olivat <0.40 ja kommunaliteetti <0.30. Lisäksi kyseisen väittämän standardoidu regressiokerroin CFA:ssa oli <0.40. Näin ollen mallia päätettiin modifioida poistamalla kyseinen väittämä, joka sijoittui tiedonjonon herääminen latentin muuttujan alle. Ensimmäisen modifioidun mallin sopivuuden tunnusluvut olivat niukasti huonompia kuin modifioimattoman mallin. Lisäksi χ^2 -testi (p-arvo ja suhteellinen χ^2 -testi) hylkäsi mallin jälleen aineistoon sopimattomana (Taulukko 11).

Tässä yhteydessä tarkasteltiin myös summamuuttujan tiedonjonon herääminen sisäistä johdonmukaisuutta ja todettiin, ettei Cronbachin alfa-kerroin parantuisi riittävästi, vaikka kyseinen väittämä poistettaisiin ($\alpha=0.28 \rightarrow \alpha=0.40$). Näin ollen ensimmäistä modifioitua mallia ei voitu hyväksyä. Mallin modifiointia ei myöskään jatkettu,

koska modifioimattomassa kolmen faktorin mallissa suurin osa (kolme viidestä) tunnusluvusta osoitti mallin sopivan aineistoon, vaikka mallin sopivuuden tunnusluvut eivät olleet erityisen korkeita (Taulukko 11).

Konfirmatorisen faktorianalyysin tuloksen perusteella ensimmäisen teorian testaamiselle asetetun hypoteesin paikkansapitävyys todentuu tämän aineiston perusteella. Kokemukset seksitaudin saamisesta sisältävät tiedonjonon heräämisen, taudin vangiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen.

Taulukko 11. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudin saamisesta kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=172)

Malli	χ^2 -testi				CFI	NFI	RMSEA	AIC
	χ^2	df	p	CMIN/DF				
Kolmen faktorin malli	115	41	0.001	2.80	0.91	0.87	0.09	187
1. modifioitu kolmen faktorin malli ¹⁾	107	32	0.001	3.34	0.91	0.88	0.11	173

¹⁾ 1 väittämää poistettu

Testattavassa hypoteettisessa käytännön teoriassa **kokemukset seksitaudin hoidosta** pitivät sisällään vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista sekä ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin tälle kolmen faktorin mallille. Modifioimattoman kolmen faktorin mallin kohdalla kaikki mallin sopivuutta kuvaavat tunnusluvut osoittivat huonoa sopivuutta aineistoon (Taulukko 12). Näin ollen kolmen faktorin malli edellytti modifiointia.

Ensimmäisessä vaiheessa mallista poistettiin kaksi väittämää, joiden standardoidut regressiokertoimet olivat <0.40. Näistä ensimmäinen ”*Minulla on huoli seksitaudin hoidon onnistumisesta*” sijoittui vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon latentin muuttujan alle ja toinen ”*Hoidot tukevat jaksamista*” ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta alle. Ensimmäisen modifioidun mallin sopivuuden tunnusluvut eivät olleet riittäviä, joten mallia tuli modifioida. (Taulukko 12.)

Toisessa vaiheessa mallista poistettiin yksi väittämä ”*Seksitaudin hoito on minulle vaivatonta*”, joka pääkomponenttianalyysissä latautui voimakkaasti (<0.40) kahdelle faktorille. Kyseinen väittämä sijoittui ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta latentin muuttujan alle. Myöskään toisen modifioidun mallin tunnusluvut eivät olleet hyväksyttävissä, joten mallin modifioimista jatkettiin. (Taulukko 12.)

Kolmannessa vaiheessa jatkettiin standardoitujen regressiokertoimien tarkastelua ja poistettiin viisi väittämää, joiden kertoimet olivat <0.50. Näistä kaksi sijoittui ki-

vuliiaden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista latentin muuttujan alle: ”*Seksitaudin hoito on kivuliasta*” ja ”*Hoitojen avulla on mahdollista pitää seksitauti kurissa*”. Kolme poistettua väittämää sijoittui ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta latentin muuttujan alle: ”*Hoitohenkilökunta subtautuu minuun asiallisesti*”, ”*Hoitohenkilökunnan tietämys seksitaudistani on riittämätöntä*” ja ”*Hoitohenkilökunta subtautuu minuun ennakkoluuloisesti*”. Kolmannen modifioidun mallin tunnusluvuiosta suurin osa (neljä viidestä) osoitti mallin sopivan aineistoon. (Taulukko 12.)

Lisäksi kolmannen modifioidun kolmen faktorin mallin pohjalta muodostettiin summamuuttujia ja niiden sisäistä johdonmukaisuutta arviointiin Cronbachin alfa-kertoimilla. Tarkastelun yhteydessä todettiin, että modifioinnin ansiosta seuraavien summamuuttujien sisäinen johdonmukaisuus parantui: vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon ($\alpha=0.30 \rightarrow \alpha=0.78$) ja ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta ($\alpha=0.72 \rightarrow \alpha=0.90$). Sitä vastoin, kivuliaden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista -summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus heikentyi ($\alpha=0.75 \rightarrow \alpha=0.68$).

Konfirmatorisen faktorianalyysin tuloksen perusteella toisen teorian testaamiselle asetetun hypoteesin paikkansapitävyys vahvistuu tämän aineiston perusteella. Seksitaudin hoitoon liittyvät kokemukset sisältävät vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivuliaden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista ja ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta.

Taulukko 12. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudin hoidosta kuvaavien mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=68)

Malli	χ^2 -testi				CFI	NFI	RMSEA	AIC
	χ^2	df	p	CMIN/DF				
Kolmen faktorin malli	540	116	0.001	4.66	0.52	0.48	0.13	648
1. modifioitu kolmen faktorin malli ¹⁾	384	87	0.001	4.41	0.61	0.56	0.13	478
2. modifioitu kolmen faktorin malli ²⁾	298	74	0.001	4.03	0.66	0.61	0.12	388
3. modifioitu kolmen faktorin malli ³⁾	71	24	0.001	2.96	0.88	0.84	0.07	131

¹⁾ 2 väittämää poistettu

²⁾ Lisäksi 1 väittämä poistettu

³⁾ Lisäksi 5 väittämää poistettu

Testattavassa hypoteettisessa käytännön teoriassa **kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen** pitivät sisällään arjen muuttumattomuuden ja arjen muuttumisen. Arjen muuttumattomuus jouduttiin jättämään tilastollisen testaamisen ulkopuolelle mallin identifiointivaiheessa. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin siis yhden

faktorin mallilla, joka kuvasi arjen muuttumista. Modifioimattoman mallin kohdalla yksikään mallin sopivuuden tunnusluvuista ei osoittanut mallin sopivuutta aineiston kanssa (Taulukko 13) tarkoittaen sitä, että malli vaati modifiointia.

Ensimmäisessä vaiheessa poistettiin kaksi väittämää. Ensimmäisen poistettavan väittämän ”*Löydän keinoja kestää arjen muuttumisen seksitaudin seurauksena*” standardoitu regressiokerroin oli <0.40 . Toisella poistettavalla väittämällä ”*Suoriudun arjen askareista vointini mukaan*” oli myös matala regressiokerroin (<0.40). Lisäksi pääkomponenttianalyysin perusteella se korreloi heikosti muiden väittämien kanssa ($r < 0.30$) ja sen faktorilataus oli heikko (<0.40). Ensimmäisen modifioidun yhden faktorin mallin sopivuuden tunnusluvuista suurin osa (kolme viidestä) saavutti hyväksyttävät raja-arvot osoittaen mallin sopivan aineistoon. χ^2 -testi hylkäsi mallin aineistoon sopimattomana, mutta otoskoon vaikutusta arvioiva NFI >0.90 (Taulukko 13).

Lisäksi tässä yhteydessä ensimmäisen modifioidun yhden faktorin mallin pohjalta tehtiin summamuuttuja, jonka sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Tarkastelussa todettiin, että modifioinnin ansiosta arjen muuttuminen -summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus parantui ($\alpha=0.63 \rightarrow \alpha=0.68$).

Konfirmatorisen faktorianalyysin tuloksen perusteella kolmannen teorian testaamiselle asetetun hypoteesin paikkansapitävyys saa tukea arjen muuttumisen osalta tässä aineistossa. Sen sijaan arjen muuttumattomuutta ei ollut mahdollista testata tilastollisesti, koska sama väittämä ei voinut olla sijoittuneena kahdelle faktorille. Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen sisältävät arjen muuttumisen.

Taulukko 13. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=81)

Malli	χ^2 -testi			CFI	NFI	RMSEA	AIC	
	χ^2	df	p					CMIN/DF
Yhden faktorin malli	37	9	0.001	4.11	0.77	0.74	0.12	73
1. modifioitu yhden faktorin malli ¹⁾	7	2	0.029	3.50	0.95	0.93	0.11	31

¹⁾ 2 väittämää poistettu

Testattavassa hypoteettisessa käytännön teoriassa **kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen** pitivät sisällään muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin tälle kahden faktorin mallille. Modifioimaton malli ei saavuttanut hyväksyttäviä sopivuuden tunnuslukuja, joten malli edellytti modifiointia (Taulukko 14).

Ensin modifioidusta kahden faktorin mallista poistettiin kaksi väittämää, joiden standardoidut regressiokertoimet olivat <0.40 . Molemmat väittämät ”*Toivon löytäväni*

kumppanin, joka hyväksyy seksitaudin” ja ”Toivon voivani vielä jonain päivänä perustaa perheen” sijoittuivat tuntematon tulevaisuus latentin muuttujan alle. Ensimmäisen modifioidun kahden faktorin mallin osalta kaikki viisi sopivuuden tunnuslukua osoittivat mallin yhteensopivuutta aineiston kanssa (Taulukko 14).

Lisäksi tässä yhteydessä ensimmäisen modifioidun kahden faktorin mallin pohjalta muodostettiin summamuuttujat, joiden sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Tarkastelussa todettiin, että modifioinnin ansiosta tuntematon tulevaisuus -summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus parantui ($\alpha=0.60 \rightarrow \alpha=0.73$).

Konfirmatorisen faktorianalyysin tulosten perusteella neljännen teorian testaamiselle asetetun hypoteesin paikkansapitävyys todentuu tämän aineiston perusteella. Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen sisältävät muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden.

Taulukko 14. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=72)

Malli	χ^2 -testi				CFI	NFI	RMSEA	AIC
	χ^2	df	p	CMIN/DF				
Kahden faktorin malli	60	19	0.001	3.16	0.91	0.88	0.10	110
1. modifioitu kahden faktorin malli ¹⁾	20	8	0.009	2.50	0.97	0.95	0.09	58

¹⁾ 2 väittämää poistettu

Testattavassa hypoteettisessa käytännön teoriassa **kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin** pitivät sisällään seksitaudista kertomisen dilemman, ympäristön vaihtelevan suhtautumisen, haavoittuneen ja haavoittumattoman seksielämän. Haavoittumaton seksielämä jouduttiin jättämään tilastollisen testaamisen ulkopuolelle mallin identifiointivaiheessa. Konfirmatorinen faktorianalyysi toteutettiin siis kolmen faktorin mallilla. Modifioimaton kolmen faktorin malli ei myöskään ollut sellaisenaan identifioitavissa, joka osoitti tarpeen modifioida mallia (Taulukko 15).

Kolmen faktorin mallia ryhdyttiin modifioimaan pääkomponenttianalyysin tuotaman tiedon perusteella. Pääkomponenttianalyysi oli osoittanut, että malli sisältää neljä väittämää, jotka korreloivat heikosti muiden väittämien kanssa ($r < 0.30$). Näin ollen nämä neljä väittämää poistettiin mallista. Kolme väittämistä sijoittui seksitaudista kertomisen dilemma latentin muuttujan alle: ”*Kerron valikoivasti ihmisille seksitautistani*”, ”*Pyrin salaamaan seksitautini ihmisiltä*” ja ”*Kerron seksitaudista silloin kun siitä ei aiheudu minulle häitää*”. Yksi väittäjä sijoittui haavoittunut seksielämä latentin muut-

tujan alle: ”Haluan muuttaa seksikäyttäytymistäni turvallisemmaksi seksitaudin saamisen seurauksena”. Ensimmäisessä modifioidussa kolmen faktorin mallissa suurin osa (neljä viidestä) sopivuuden tunnuslukuista saavutti hyväksyttävän mallin raja-arvot, joten mallia ei modifioitu enempää. (Taulukko 15).

Lisäksi tässä yhteydessä ensimmäisen modifioidun kolmen faktorin mallin pohjalta muodostettiin summamuuttujia, joiden sisäinen johdonmukaisuus varmistettiin Cronbachin alfa-kertoimien avulla. Mallin modifioinnin yhteydessä seksitaudista kertomisen dilemma -summamuuttujan kaikki väittämät poistettiin. Toisaalta kyseisen summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus oli ollut lähtökohtaisesti heikko ($\alpha=0.39$). Modifioinnin ansiosta haavoittunut seksielämä -summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus parantui ($\alpha=0.69 \rightarrow \alpha=0.76$).

Konfirmatorisen faktorianalyysin tulosten perusteella viidennen teorian testaamiselle asetetun hypoteesin paikkansapitävyys saa vahvistusta ympäristön vaihtelevan suhtautumisen ja haavoittuneen seksielämän osalta tässä aineistossa. Sen sijaan seksitaudista kertomisen dilemmaa ja haavoittumatonta seksielämää kuvaavat väittämät poistettiin analyysien edetessä, joten näitä käsitteitä ei voitu tunnistaa tilastollisin menetelmin. Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät ympäristön vaihtelevan suhtautumisen ja haavoittuneen seksielämän.

Taulukko 15. Konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset kokemuksia seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin kuvaavien -mallien sopivuuden tunnuslukuina (n=85)

Malli	χ^2 -testi				CFI	NFI	RMSEA	AIC
	χ^2	df	p	CMIN/DF				
Kolmen faktorin malli	-	-	-	-	-	-	-	-
1. modifioitu kolmen faktorin malli ¹⁾	52	26	0.002	2.00	0.95	0.91	0.07	108

¹⁾ 4 väittämää poistettu

5.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen päätuloksena oli hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Teoria sisälsi viisi kokemuksia kuvaavaa osa-alueita: 1. kokemukset seksitaudin saamisesta, 2. kokemukset seksitaudin hoidosta, 3. kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen, 4. kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen ja 5. kokemukset seksitaudista suh-

teessa muihin ihmisiin. Hypoteettisessa käytännön teoriassa oli 14 pääkäsitettä. Laadullisen tutkimuksen perusteella tartunnan saaneet kokivat seksitaudin kanssa elämisen kaksijakoisesti. Tartunnan saaneiden kokemukset sisälsivät toisilleen päinvastaisia ulottuvuuksia, kuten arjen muuttumista ja muuttumattomuutta sekä positiivisia ja negatiivisia kokemuksia hoidosta. Aiemman kansainvälisen tutkimustiedon perusteella kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä olivat enimmäkseen negatiivisia. Negatiiviset kokemukset näyttäytyivät esimerkiksi minuuden haavoittumisena ja elämänlaadun huononemisenä tartunnan saamisen jälkeen. Teemahaastatteluiden pohjalta tuotettu teoreettinen jäsenitys vahvistui eniten aikaisemman kansainvälisen tutkimustiedon avulla kokemukset seksitaudin saamisesta -osa-alueella. Toisaalta teemahaastatteluiden pohjalta tuotettu teoreettinen jäsenitys täydentyi eniten aikaisemman kansainvälisen tutkimustiedon avulla kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen -osa-alueella.

Tutkimuksen toisen vaiheen päätuloksena oli tilastollisesti testattu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Tilastollisesti testattu käytännön sisälsi viisi osa-aluetta ja yhteensä 11 pääkäsitettä. Seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä geneerisiä kokemuksia mitattiin tässä tutkimuksessa kehitetyllä KoSKE[®]-mittarilla, jonka psykometriset ominaisuudet todettiin kohtalaitseksi. Tartunnan saaneiden arviot kokemuksistaan seksitaudin kanssa elämisestä olivat moninaisia. Kokemuksiin oli useimmiten tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä viimeisimpänä todettu seksitauti ja sen vaihe. Hypoteettisen käytännön teorian paikkansapitävyys pystyttiin pääosin todentamaan tämän tutkimuksen määrällisen aineiston perusteella.

Käytännön teorian mukaan:

- kokemukset seksitaudin saamisesta sisältävät tiedonjonon heräämisen, taudin vankiksi joutumisen ja oman seksihistorian tarkastelemisen.
- kokemukset seksitaudin hoidosta pitävät sisällään vastuuntuntoisen suhtautumisen taudin hoitoon, kivulioiden hoitojen avulla saatavan yliotteen taudista ja ristiriitaisen kokemuksen hoitoketjun toiminnasta.
- kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen sisältävät arjen muuttumisen.
- kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen pitävät sisällään muuttumattoman ja tuntemattoman tulevaisuuden.
- kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin sisältävät ympäristön vaihtelevan suhtautumisen ja haavoittuneen seksielämän.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tämä tutkimus toteutettiin Helsingin julistuksen (Declaration of Helsinki 2013) ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) eettisten ohjeiden edellyttämällä tavalla. Lisäksi tässä tutkimuksessa otettiin huomioon EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (*General Data Protection Regulation*, GDPR) sisältämät henkilötietojen käsittelyyn liittyvät periaatteet (EU 2016/679).

Tässä tutkimuksessa eettisten näkökulmien huomioon ottaminen oli erittäin keskeistä tutkimusaiheen sensitiivisyyden vuoksi, koska seksitaudit ovat stigmatisoivia sairauksia (East ym. 2012). Tutkimuksen molemmissa vaiheissa empiiristä aineistonkeruuta edellyttäenille tutkimuksille (laadullinen ja määrällinen tutkimus) haettiin ja saatiin eettisen toimikunnan puoltavat lausunnot. Lisäksi haettiin ja saatiin tutkimusluvut kustakin tutkimuksen kohdeorganisaatiosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018).

Tutkimusaihe oli perusteltu, sillä tartunnan saaneiden geneerisistä kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä oli vain vähän kansainvälistä tutkimustietoa. Aihealueen aiempi tutkimus oli pirstaleista rajoittuen tautispesifeihin ja lääketieteellisiin tutkimuksiin. Kansallisesti aihetta ei ollut tutkittu aiemmin tästä näkökulmasta. Tartunnan saaneiden hoidossa ja preventiivisessä työssä tarvitaan kuitenkin kokonaisvaltaista tietoa siitä, millaista elämä on joko parantuvan tai parantumattoman seksitaudin kanssa. Näin ollen käytännön teorian muodostaminen aiheesta oli perusteltua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.)

Tutkimukseen osallistumisesta oli ensisijaisesti hyötyä seksitautia sairastaville, koska tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää seksitautitartunnan saaneiden hoitotyössä ja sen kehittämisessä. Tutkimukseen osallistuminen saattoi olla myös helpottavaa seksitautia sairastavalle, sillä sen yhteydessä oli mahdollista eritellä ja tuoda esille omaa kokemustaan. Lisäksi tutkimukseen osallistuminen mahdollisti tietoisuuden lisääntymisen itsestä ja omasta terveydestä, jolla saattoi olla myönteisiä vaikutuksia tämän tutkimuksen osallistujien seksuaaliterveydelle ja seksuaalikäyttäytymiselle. Toisaalta tutkimusaiheen sensitiivisyys on toisaalta asia, joka saattoi olla haittana ja

palauttaa ikäviä asioita mieleen esimerkiksi tartunnan saamisesta raiskauksen yhteydessä. Tutkimuksesta oli hyötyä myös terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyöntekijät pystyvät paremmin tukemaan ja ohjaamaan seksitautien saanutta asiakasta. Lisäksi seksitautien preventiivistä työtä voidaan kehittää tulosten perusteella entistä vaikuttavammaksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.)

Tutkittavien oikeuksien toteutuminen turvattiin tutkimuksen molemmissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen kohdeorganisaatioiden hoitohenkilökunta rekrytoi tutkittavia testi- ja hoitokäyntien yhteydessä jakamalla tutkimustiedotteita (Liitteet 1,3 ja 5) seksitautitartunnan saaneille. Lisäksi tutkimuksen toisessa vaiheessa (määrällinen tutkimus) tiedottamisessa hyödynnettiin sosiaalista mediaa sekä keskustelupalstoja, joiden ylläpitäjiltä pyydettiin etukäteen luvat tutkimustiedotteiden (Liitteet 4 ja 6) sijoittamisesta keskustelualueille. Tutkimustiedotteet oli laadittu siten, että niistä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus ja kulku, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietosuoja-aratkaisut sekä tutkijan yhteystiedot. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.) On huomioitava, että tutkimuksen empiiriset aineistot kerättiin ennen kuin tietosuoja-asetusta alettiin soveltamaan 25.5.2018. Tämän vuoksi tutkittavien rekrytoinnissa käytettyjä tutkimustiedotteita ei päivitetty tietosuoja-asetuksen vaatimusten mukaisiksi.

Tutkittavien oikeuksia turvattiin myös tietoon perustuvalla suostumuksella. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa (laadullinen tutkimus) tutkittavat ottivat tutkimuksen tekijään yhteyttä siinä vaiheessa kun he olivat saaneet tarvittavat tiedot tutkimuksesta ja kokivat halukkuutta osallistua tutkimukseen. Yhteydenoton jälkeen sovittiin haastattelun muoto tutkittavan valinnan mukaan. Lisäksi tutkimuksen tekijä vielä varmensi, että tutkittava on ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen ja haluaa osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen toisessa vaiheessa (pilottitutkimus ja määrällinen tutkimus) tutkittavat antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa osallistua tutkimukseen vastaamalla sähköiseen kyselyyn. Tietoon perustuva suostumus varmennettiin kyselylomakkeen alussa siten, että päästäkseen eteenpäin kyselyssä, tutkittavan oli vahvistettava ymmärryksensä tutkimuksen tarkoituksesta ja halunsa osallistua tutkimukseen. Lisäksi kyselylomakkeen lopussa varmennettiin, että haluaako tutkittava lähettää vastauksena tutkijalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavien anonyymiteetin turvaamiseen ja tutkittavien henkilötietojen asianmukaiseen käsittelyyn kiinnitettiin erityistä huomiota, sillä tutkimusaiheen tiedettiin olevan sensitiivinen (Magani ym. 2005, Gelinan ym. 2017). Tutkittavien anonyymiteettiä kunnioitettiin siten, että tutkimuksen kohdeorganisaatioiden

hoitohenkilökunta rekrytoi tutkittavia. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tutkittaville annettiin myös mahdollisuus puhelinhaastatteluun anonymiteetin turvaamiseksi. Tutkimuksen toisessa vaiheessa Internet-kyselyyn vastaaminen oli täysin anonyymiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.) Kyselylomakkeen linkki rakennettiin, niin ettei siitä välittynyt tutkittavien IP-osoitteita. Lisäksi kyselylomakkeen lopussa tutkittavia kehoitettiin huolehtimaan lokitietojensa poistamisesta, jotka olivat muodostuneet kyselyyn vastaamisen yhteydessä. Tutkittavien anonymiteetistä huolehdittiin myös aineistojen analyysin ja raportoinnin yhteydessä. Tässä tutkimuksessa tutkittavilta kerätyt henkilötiedot olivat arkaluontoisia, koska ne sisälsivät tietoja tutkittavien terveydestä, seksuaalisesta suuntautumisesta ja seksuaalikäyttäytymisestä. Toisaalta henkilötietojen käsittelyn perusteena oli yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus. Lisäksi tutkittavilta kerättiin vain tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavat henkilötiedot ja niitä käytettiin vain tutkimustarkoituksessa. (EU 2016/679.)

Tutkimuksen molemmissa vaiheissa aineistot ja niihin liittyvät tutkimuksen raportit tallennettiin tutkijan tietokoneelle ja tiedostot suojattiin salasanalla. Tämän tutkimuksen ja mahdollisten jatkotutkimusten jälkeen aineistot säilytetään anonymisoiduna tutkijan tietokoneella viisi vuotta. Aineiston anonymisoinnissa tutkittavien epäsuoria taustatietoja sisältävät muuttujat poistetaan, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, työllisyystilanne ja seksuaalinen suuntautuminen. (Kuula 2011.)

Tämän tutkimuksen empiiristen vaiheiden (laadullinen ja määrällinen tutkimus) sekä kirjallisuuskatsausten toteuttaminen on raportoitu siten, että ulkopuolinen lukija voi arvioida menetelmällisiä ratkaisuja sekä niiden perusteita. Lähdemateriaalin käyttö kaikissa osajulkaisuissa ja yhteenveto-osassa on kuvattu asianmukaisin kirjauksin sekä tekstiin että lähdeluetteloon. Lisäksi väitöskirjan yhteenveto-osa on tarkastettu sähköisellä plagiaatintunnistusohjelmalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Grove ym. 2015, Polit & Beck 2018.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

6.2.1 Vaiheen I luotettavuuden arviointi

Tämän tutkimuksen ensimmäisen vaiheen luotettavuutta tarkastellaan suhteessa laadulliseen tutkimukseen, kirjallisuuskatsaukseen ja menetelmätriangulaatioon. Laadul-

lisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan seuraavin kriteerein: **uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys** (Kylmä & Juvakka 2012, Polit & Beck 2018). Kirjallisuuskatsauksen ja menetelmätriangulaation luotettavuutta tarkastellaan menetelmäkirjallisuudessa esitettyjen, luotettavuutta varmistavien, strategioiden näkökulmasta (Whittemore & Knafl 2005, Frammer ym. 2006, Casey & Murphy 2009).

Laadullisella tutkimuksella kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia tartunnan saaneiden näkökulmasta. Tutkimustulosten **uskottavuutta** tässä tutkimuksessa lisättiin eri keinoin. Teemahaastattelun teemat pohjautuivat aiempaan tutkittuun tietoon, jolloin se ohjasi väljästi niihin asioihin, joilla tiedettiin olevan merkitystä tartunnan saaneen elämässä. Toisaalta teemahaastattelu menetelmänä mahdollisti sen, että osallistujat pystyivät tuomaan esille niitä ainutkertaisia kokemuksia, joita ei aiemmissa tutkimuksissa ollut kuvattu. Aineistonanalyysi tehtiin ajallisesti lähellä aineiston keräämistä, jolloin tutkimuksen tekijällä oli syvälinen käsitys osallistujien kokemusmaailmasta. Analyysin tuloksia tukevat alkuperäisilmaukset haastatteleuaineistosta. Tässä tutkimuksessa ei nähty tarpeelliseksi keskustella tuloksista osallistujien kanssa, joka olisi toisaalta lisännyt tulosten uskottavuutta. **Vahvistettavuutta** lisättiin kuvaamalla tutkimusprosessi niin, että ulkopuolinen pystyy sitä seuraamaan ja arvioimaan. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat raportoitiin perusteelluineen. Aineiston analysointiin käytettiin paljon aikaa ja tehtiin aaltoliikettä pelkistämisen, luokittelun ja abstrahoinnin tasoilla. Lisäksi aineiston analyysin eri vaiheissa tutkimusryhmän kesken käytiin keskustelua analyysin alustavista tuloksista. **Refleksiivisyys** tässä tutkimuksessa tarkoitti tutkimuksen tekijän jatkuvaa reflektointia suhteessa tutkimusmenetelmään, osallistujiin sekä aineiston käsittelyyn ja raportointiin. Lisäksi haastattelutilanteissa tutkimuksen tekijän kaksoisrooli tunnistettiin. Omaan tietoisuuttaan suhteesta aineistoon tutkimuksen tekijä pyrki lisäämään tekemällä muisiinpanoja analyysin ohella. Tutkimustulosten **siirrettävyyttä** on lisätty kuvaamalla tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja. Tässä tutkimuksessa ei ollut yhtään naisosallistujaa, joten se on otettava huomioon tulosten siirrettävyydessä. Tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä geneerisiä kokemuksia, joten tutkimusta ei rajattu koskemaan tiettyjä seksitauteja, mutta tulosten siirrettävyys huomioiden on tulosten yhteydessä alkuperäisilmauksiin lisätty maininta osallistujan seksitaudista. Lisäksi mikäli vain tiettyyn seksitautiin liittyen esiintyi kokemuksia, niin se mainittiin erikseen tuloksissa. (Kylmä & Juvakka 2012, Polit & Beck 2018.)

Kirjallisuuskatsauksella (Osajulkaisu III) kuvattiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia aiemman kansainvälisen tutkimustiedon perusteella. Integrativisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen liittyvät kysymykset koskevat tutkimus-

tehtävien muotoilua, kirjallisuushakujen toteuttamista, artikkelien valintoja, aineistonanalyysiä ja tutkimuksen raportointia. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta parantaa se, että tutkimustehtävät muotoiltiin tutkimusryhmässä ja hakusanat sekä -strategiat päätettiin informaatikon kanssa. Tietokantahaut tehtiin terveystieteellisistä tietokannoista (CINAHL, MEDLINE(Ovid) ja PubMed), mutta näiden lisäksi tietoa haettiin myös psykologian tietokannasta (PsycINFO). Katsauksen luotettavuutta parantaa myös se, että tietokantahakua täydennettiin manuaalisella haulla. Katsauksen aineiston (33 artikkelia) valinnat tehtiin vaiheittain etukäteen asetettujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa artikkeleiden laadun arvioinnin tiedetään olevan haasteellista, koska artikkeleiden tutkimusasetelmat voivat olla erilaisia. Tässä katsauksessa valittujen artikkeleiden laatu arvioitiin kahden toisistaan riippumattoman tutkijan toimesta käyttäen Joanna Briggs Instituutin (2014) kehittämiä arviointikriteerejä, jotka valittiin kunkin artikkelin tutkimusasetelman mukaisesti. Laadunarviointipisteitä ei kuitenkaan käytetty poissulkukriteereinä, koska on otettava huomioon, että käytössä oli kolme erilaista arviointikriteeristöä. Lisäksi artikkelien valinnassa haluttiin painottaa niiden sisällöllistä antia tutkimusaiheelle integratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmän mukaisesti. Analyysi toteutettiin sekä deduktiivisesti että induktiivisesti, jotta pystyttiin vahvistamaan laadullisella tutkimuksella tuotettuja käsitteitä, mutta toisaalta tuottamaan myös uusia seksitaudin kanssa elämistä kuvaavia käsitteitä. Aineiston analyysin eri vaiheissa tutkimusryhmässä käytiin keskusteltua analyysissä esiin nousseista seikoista. Integratiivisen katsauksen luotettavuutta lisää se, että aineiston valintaprosessi (Osajulkaisu III, Kuvio 1) ja menetelmälliset ratkaisut raportoitiin yksityiskohtaisesti. (Whittemore & Knafel 2005, Polit & Beck 2018.) Kesällä 2018 katsaukseen tehtiin päivityshaku, jonka yhteydessä löydettiin kahdeksan sisäänottokriteerit täyttävää julkaisua (n=8), joita on käytetty perustana yhteenveto-osan tutkimustulosten tarkastelussa.

Menetelmätriangulaation avulla muodostettiin hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat (pää-, ylä- ja alakäsitteet) osa-alueittain. Triangulaation käyttäminen tutkimuksessa lisää itsessään jo tutkimustulosten luotettavuutta (Thurmond 2001, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2018). Lisäksi on todettu, että triangulaation käyttäminen on välttämätöntä teorian rakentamisen kannalta (Lauri & Kyngäs 2005). Triangulaation käyttöön tutkimusmenetelmänä sisältyy kuitenkin luotettavuuden tarkastelua edellyttäviä seikkoja. Tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaation käyttöä ohjasivat selkeät tutkimustehtävät eli muodostaa hypoteettisen käytännön teorian käsittehierarkiat laadullisen tutkimuksen ja integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella (*within method*) sekä testata tilastollisesti hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin

kanssa elämisestä (*across methods*). Perusteet triangulaation käytölle pohjasivat teorian muodostukseen, nimittäin teoriaa ei ollut mahdollista rakentaa ja todentaa yhdellä menetelmällä (Lauri & Kyngäs 2005). Menetelmätriangulaation luotettavuus perustuu pitkälti siihen, että sen aikana käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat itsessään luotettavia. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien luotettavuutta käsitellään tarkemmin tässä luvussa. Tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaation (*within method* sekä *across methods*) toteuttaminen ja sen tulokset on raportoitu yksityiskohtaisesti. Erityisesti on kiinnitetty huomiota *within method* osan raportointiin, eli siihen kuinka teoreettinen jäsenitys vahvistui ja täydentyi menetelmätriangulaation avulla (Taulukko 2). Nimittäin menetelmäkirjallisuudessa on todettu, että menetelmätriangulaation toteutuksen kuvaaminen tutkimusraporteissa on usein puutteellista. Lisäksi tässä tutkimuksessa triangulaation luotettavuutta lisää myös se, että laadullisen tutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen tulokset oli mahdollista yhdistää, koska ne oli kerätty samankaltaisella asetelmalla, ne olivat abstraktiotasoltaan yhtenevät ja niissä ei ollut suuria painotuseroja. (Framer 2006, Casey & Murphy 2009.)

6.2.2 Vaiheen II luotettavuuden arviointi

Tämän tutkimuksen toisen vaiheen luotettavuutta tarkastellaan KoSKE[®]-mittarin validiteetin ja reliabiliteetin sekä teorian tilastollisen testaamisen ja tutkimustulosten luotettavuuden näkökulmasta.

KoSKE[®]-mittarin validiteettia arvioitiin sisältö-, rakenne- ja facevaliditeetin näkökulmasta. Mittarin kehittämisprosessin aikana toteutettiin paneeliarviointi, johon osallistui kuusi seksuaaliterveyden ja tartuntatautien parissa työskentelevää asiantuntijaa (Laanterä ym. 2012, Polit & Beck 2018). Koko mittarin ja sen osa-alueiden sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave) sekä väittämäkohtaiset sisältövaliditeetti-indeksit (I-CVI) laskettiin viiden asiantuntijan arvioinnin perusteella. Paneeliarvioinnissa koko mittarin sisältövaliditeetti-indeksi todettiin kohtalaiseksi. Mittarin osa-alueista ainoastaan toisen osa-alueen (kokemukset seksitaudin hoidosta) kohdalla sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave) jäi alle hyväksyttävän rajan (0.78). Mittarin viides osa-alue (kokemukset seksitaudista suhteessa muihin) osoitti erinomaista sisältövaliditeettia (0.94). Yksittäisten väittämien tasolla kymmenen väittämän sisältövaliditeetti-indeksi (I-CVI) ei saavuttanut hyväksyttävää tasoa (0.78). Asiantuntijoiden antaman avoimen palautteen perusteella mittarin väittämien kieliasua modifioitiin (Liite 2). Sisältövaliditeetin vahvistamisen näkökulmasta paneeliarvioinnin toinen kierros olisi

voinut olla tarpeellinen ainakin mittarin toisen osa-alueen kohdalla. Lisäksi asiantuntijat olisivat todennäköisesti tarvinneet tarkemman selostuksen mittarin taustateoriasta. (Polit & Beck 2006, Polit ym. 2007.) Nimittäin seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien geneeristen kokemusten mittaaminen oli vieras asia osalle asiantuntijoista. Tämä kävi ilmi heidän avoimista palautteista, jotka lähinnä korostivat seksitautien keskinäisiä eroavaisuuksia.

KoSKE[©]-mittarin rakennevaliditeettia sekä niitä väittämiä, jotka soveltuvat mittaamaan testattavan teorian käsitteitä arvioitiin pääkomponenttianalyysin avulla (Watson & Thompson 2006, Laanterä ym. 2012, Grove ym. 2015). Rakennevaliditeetti sai osittain vahvistusta pääkomponenttianalyysissä. Mittarin ensimmäisen (kokemukset seksitaudin saamisesta) ja neljännen (kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen) osa-alueen rakennevaliditeetti todettiin hyväksi. Muilla osa-alueilla pääkomponenttianalyysi ei tukenut mittarin taustalla olevaa teoreettista jäsenystä. Pääkomponenttianalyysissä KMO-mitta ja Bartlettin testi osoittivat korrelaatiomatriisien soveltumisen pääkomponenttianalyysiin yhtä osa-aluetta lukuun ottamatta. Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen osa-alueella KMO-mitta oli 0.54, mutta toisaalta Bartlettin testi oli tilastollisesti merkitsevästi nolasta poikkeava ($p < 0.001$). Väittämien kommunaliteetit olivat kohtuullisen korkeita (>0.50) mittarin ensimmäisellä, neljännellä ja viidennellä osa-alueella, jolloin ne mittaavat melko luotettavasti faktoreita (Liitteet 9–13). Heikkojen kommunaliteettien (<0.30), faktorilatausten (<0.40) ja/tai vahvojen faktorilatausten (>0.40) useammalle kuin yhdelle faktorille (*cross-loading*) perusteella heikoimpia väittämiä olivat: ”Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei”, ”Seksitaudin hoito on minulle vaivatonta”, ”Arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin seurauksena”, ”Suoriudun arjen askareista vointini mukaan”, ”Toivon elämäni muuttuvan vielä tulevaisuudessa toisenlaiseksi”, ”Tulevaisuus huolettaa minua”, ”Saan tukea ympärilläni olevilta ihmisiltä” ja ”Minulla ei ole tarvetta muuttaa seksikäyttäytymistäni seksitaudin saamisesta huolimatta”. Väittämien välisten korrelaatioiden ($r < 0.30$) perusteella heikoimpia väittämiä olivat: ”Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei”, ”Seksitaudin toteamisen jälkeen minulla oli tarve selvittää mistä olin saanut sukupuolitaudin”, ”Kerron valikoivasti ihmisille seksitaudistani”, ”Pyrin salaamaan seksitautini ihmisiltä”, ”Kerron seksitaudista silloin kun siitä ei aiheudu minulle baittaa” ja ”Haluan muuttaa seksikäyttäytymistäni turvallisemmaksi seksitaudin saamisen seurauksena”. (Watson & Thompson 2006, Metsämuuronen 2009, Pituch & Stevens 2016.) KoSKE[©]-mittarin rakennevaliditeettia on tarpeen tutkia vielä tulevaisuudessa uusilla aineistoilla.

Facevaliditeetti varmistettiin toteuttamalla pilottikysely tartunnan saaneille ($n=48$). Pilottikyselyssä tartunnan saaneet pystyivät kommentoimaan KoSKE[©]-mittarin väittämien ymmärrettävyyttä sekä mitta-asteikon toimivuutta. Pilottikyselyssä

tutkittavat eivät tuoneet esille sellaisia asioita, joiden perusteella mittaria olisi tarvinnut modifioida. Näin ollen mittarin facevaliditeetti todettiin riittäväksi.

KoSKE[®]-mittarin osa-alueiden ja summamuuttujien reliabiliteettiä arvioitiin sen sisäisen johdonmukaisuuden perusteella käyttäen Cronbachin alfa-kerrointa (Metsämuuronen 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2018). Mittaria pidetään sisäisesti johdonmukaisena, kun sen Cronbachin alfa-kerroin ≥ 0.80 (Polit & Beck 2018). Toisaalta uusien mittareiden kohdalla hyvää sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavat Cronbachin alfa-kertoimet, jotka ovat ≥ 0.70 (DeVon ym. 2007). Alimmista hyväksyttävistä Cronbachin alfa-kertoimista ei ole olemassa yksimielisyyttä menetelmäkirjallisuudessa (Polit & Beck 2018). Metsämuuronen (2009) sekä Hair ja kumppanit (2010) ovat kuvanneet, että Cronbachin alfa-kertoimia jotka ovat ≥ 0.60 , voidaan vielä pitää riittävinä mittarin sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa KoSKE[®]-mittarin osa-alueiden sisäinen johdonmukaisuus, määrällisen tutkimuksen perusteella, oli yhtä osa-alueita lukuun ottamatta hyvä. Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen osa-alueella Cronbachin alfa-kerroin oli kuitenkin riittävä. Kolmen summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus oli heikko ($\alpha < 0.40$).

Konfirmatorisessa faktorianalysissä mittarin osa-alueita modifioitiin, jotta löydettiin ne mallit, jotka sopivat empiiriseen aineistoon. Konfirmatorisen faktorianalyysin perusteella mittarin osa-alueiden sisäinen johdonmukaisuus oli kahta osa-alueita lukuun ottamatta hyvä. Kokemukset seksitaudin hoidosta ja kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen osa-alueilla Cronbachin alfa-kerroin oli kuitenkin riittävä. Ainoastaan yhden summamuuttujan sisäinen johdonmukaisuus oli heikko ($\alpha < 0.40$) modifiointien jälkeen. Taulukossa 16 kuvataan KoSKE[®]-mittarin sisäinen johdonmukaisuus määrällisen tutkimuksen perusteella eli ennen konfirmatorista faktorianalyysiä sekä faktorianalysissä tehtyjen modifiointien jälkeen. Jatkossa, tiedonjonon herääminen, oman seksihistorian tarkasteleminen, kivuliaiden hoitojen avulla yliotteen taudista sekä arjen muuttuminen, summamuuttujien väittämiä on kehitettävä sisällöllisesti sekä mahdollisesti lisättävä väittämiä, jotta voidaan parantaa niiden ja siten myös mittarin osa-alueiden sisäistä johdonmukaisuutta.

Taulukko 16. KoSKE®-mittarin rakenne sekä sisäinen johdonmukaisuus ennen konfirmatorista faktorianalyysyä ja sen jälkeen

Mittarin osa-alue Summamuuttujat	Väittämien lkm		Cronbachin alfa-kertoimet	
	<i>ennen CFA:ta</i>	<i>CFA:n jälkeen</i>	<i>ennen CFA:ta</i>	<i>CFA:n jälkeen</i>
Kokemukset seksitaudin saamisesta	11	11	0.78	0.78
Tiedonjanon herääminen	3	3	0.28	0.28
Taudin vangiksi joutuminen	5	5	0.90	0.90
Oman seksihistorian tarkasteleminen	3	3	0.66	0.66
Kokemukset seksitaudin hoidosta	17	9	0.79	0.63
Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon	3	2	0.30	0.78
Kivuliaiden hoitojen avulla yliotteeseen taudista	7	5	0.75	0.68
Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta	7	2	0.72	0.90
Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen	6	4	0.63	0.68
Arjen muuttuminen	6	4	0.63	0.68
Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen	8	6	0.76	0.85
Muuttumaton tulevaisuus	3	3	0.82	0.82
Tuntematon tulevaisuus	5	3	0.60	0.73
Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin	14	9	0.79	0.81
Seksitaudista kertomisen dilemma	3	---	0.39	---
Ympäristön vaihteleva suhtautuminen	4	4	0.71	0.71
Haavoittunut seksielämä	6	5	0.69	0.76

Hypoteettinen käytännön teoria testattiin tilastollisesti konfirmatorisen faktorianalyysin avulla. Teorian testaamisen luotettavuutta tarkastellaan suhteessa monimuuttujamenetelmien käytön edellytyksiin ja käytettyihin yhteensopivuustesteihin. Konfirmatorisen faktorianalyysin käyttö edellytti riittävää otoskokoja. Menetelmäkirjallisuudessa ei tosin ole yksimielisyyttä riittävästä otoskoota. Arviot vaihtelevat muun muassa kolmesta viiteen vastaajaan yhtä väittämää kohden. (Kääriäinen ym. 2011, Pituch & Stevens 2016.) Lisäksi on arvioitu, että noin 200:n otos on jo riittävä monimuuttujamenetelmien käytölle (Metsämuuronen 2009). Tässä tutkimuksessa laskennallisesti riittävät otoskoot (kolme–viisi vastaajaa väittämää kohden) mittarin eri osa-alueilla olivat seuraavat: ensimmäisellä osa-alueella = 33–55, toisella osa-alueella = 51–85, kolmannella osa-alueella = 18–30, neljännellä osa-alueella = 24–40 ja viidennellä osa-alueella = 42–70. Lopulta tämän tutkimuksen aineistoksi muodostui 213 vastaajaa, joka oli riittävä monimuuttujamenetelmien käyttöön.

Tässä tutkimuksessa esiintyi kuitenkin verrattain paljon puuttuvia tietoja, joiden vuoksi aineiston koko jäi todellisuudessa pienemmäksi kaikilla mittarin osa-alueilla (Taulukot 11–15 ja Liitteet 9–13). Tästä huolimatta luotettavan faktorianalyysin ehto (viisi vastaajaa yhtä väittämää kohden) toteutui yhtä osa-alueella lukuun ottamatta. Mittarin toisella osa-alueella (kokemukset seksitaudin hoidosta) tuo suhde jäi neljään

vastaajaan yhtä väittämää kohden. Puuttuvat tiedot johtuivat pääosin siitä, että vaihtoehto ”0=ei koske minua” koodattiin analyyseissä puuttuvaksi tiedoksi. Tästä johtuen puuttuvien tietojen korvaaminen esimerkiksi muuttujan keskiarvolla ei ollut mahdollista tässä tutkimuksessa. Toisaalta konfirmatorinen faktorianalyysi voidaan toteuttaa AMOS-ohjelmalla vaikka aineistossa olisikin puuttuvia tietoja. Ohjelma nimittäin olettaa tietojen puuttuvan satunnaisesti (*missing at random*) vaikka näin ei todellisuudessa olisikaan. (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013.) Tämän tutkimuksen aineiston perusteella ei voida olettaa, että tietojen puuttuminen olisi ollut täysin satunnaista. CFA:ssa käytettiin *Maximum Likelihood* (ML) menetelmää, jonka taustalla on *expectation and maximization* (EM) algoritmi. Kyseisen menetelmän on todettu toimivan hyvin erilaisissa aineistoissa, jotka sisältävät puuttuvia tietoja. (Köse 2014.)

Konfirmatorisen faktorianalyysin yhtenä edellytyksenä pidetään muuttujien normaalijakautuneisuutta. Tässä tutkimuksessa muuttujat olivat kuitenkin pääosin normaalijakaumasta poikkeavia, minkä toisaalta tiedetään olevan tyypillistä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Tästä huolimatta konfirmatoriseen faktorianalyysiin edettiin, koska ML menetelmän on todettu sietävän muuttujien poikkeamia normaalijakauksista. Toisaalta tiedetään, että vinoumat aineistossa voivat vaikuttaa χ^2 -testin tuloksiin. (Kääriäinen ym. 2011, Plichta & Kelvin 2013.) Tämä havainnollistuu myös tässä tutkimuksessa, sillä χ^2 -testin p-arvo hylkäsi parhaimmatkin mallit aineistoon sopimattomina, joka johtunee juuri aineistossa esiintyneistä vinoumista. Toisaalta pelkän χ^2 -testin p-arvon käyttöä on kritisoitu sen sensitiivisyyden vuoksi ja siksi nykyään korostetaan suhteellisen χ^2 -testin (CMIN/DF) merkitystä tulosten tulkinnassa (Plichta & Kelvin 2013). Lisäksi Metsämuuronen (2009) suosittaa NFI:n käyttämistä χ^2 -testin rinnalla. Esimerkiksi, jos χ^2 -testin p-arvo hylkää mallin aineistoon sopimattomana, mutta NFI >0.90, johtuu χ^2 -testin hylkäys todennäköisesti aineiston suuresta koosta. (Metsämuuronen 2009.) Tässä tutkimuksessa mallien sopivuuden arvioinnissa käytettiin χ^2 -testin p-arvon ohella sekä suhteellista χ^2 -testiä että NFI:n arvoja.

Tässä tutkimuksessa mallien yhteensopivuuden tarkastelussa käytettiin useampaa eri yhteensopivuustestiä. Menetelmäkirjallisuuden mukaan ei ole olemassa yksimielisyyttä siitä, mitkä testit olisivat parhaimpia. Suositellaan kuitenkin, että vähintään kolmen eri testin tulokset raportoidaan, esimerkiksi χ^2 -testi, CFI ja RMSEA. Nämä toteutuivat tässä tutkimuksessa. Erityisesti CFI:n tuloksille annettiin painoarvoa analyysien edetessä, sillä CFI:n on todettu olevan luotettavampi pienissä aineistoissa. Lisäksi yhteensopivuustestien raja-arvojen tiedetään vaihtelevan menetelmäkirjallisuudessa. Tässä tutkimuksessa yhteensopivuustestien raja-arvot asetettiin niiden

alimmalle hyväksyttävälle tasolle. Näin ollen kirjallisuudessa esitetyt tavoitteelliset raja-arvot (CMIN/DF <3.00, CFI >0.90, NFI >0.90, RMSEA <0.08) saavutettiin ainoastaan kokemuksiä seksitautista suhteessa tulevaisuuteen kuvaavassa mallissa. (Kääriäinen ym. 2011.)

Konfirmatorisen faktorianalyysin tulosten tulkinnassa on otettava huomioon, että CFA on aineistospesifinen menetelmä (Kääriäinen ym. 2011). Hypoteesien paikkansapitävyys pystyttiin osoittamaan kohtalaisen hyvin tämän aineiston perusteella, mutta tulevaisuudessa tarvitaan vielä tulosten rinnakkaisvalidointia uudella aineistolla (Pituch & Stevens 2016). Nimittäin vaikka teorian tilastollisen testaamisen tuloksena löydetään aineistoon sopivia malleja, se ei tarkoita, että ne olisivat ainoita ja oikeita malleja (Kanse ym. 2010, Kääriäinen ym. 2011). Lisäksi on otettava huomioon, että mallien modifiointi edellytti yhteensä 17 väittämän poistamista KoSKE[®]-mittarista. Näiden seikkojen valossa tämän tutkimuksen tulosten yleistämisessä tulee olla varovainen.

Tämän tutkimuksen toisen vaiheen tulosten tulkinnassa on otettava huomioon myös tutkimustulosten sisäinen validiteetti. Tässä tutkimuksessa tulosten sisäistä validiteettia voi heikentää tutkittavien mahdollinen valikoituminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Internet-kysely aineistonkeruumenetelmänä ja tutkimuksesta tiedottaminen sosiaalisessa mediassa mahdollistivat tutkimuksen kohde-ryhmän tavoittamisen mahdollisimman laajasti ja taloudellisesti. Heikkoudeksi kuitenkin tunnistettiin se, että tällä tavalla pystyttiin tavoittamaan vain sosiaalisen median aktiiviset käyttäjät. Toisaalta tutkimuksesta tiedotettiin myös niissä terveydenhuollon toimipisteissä, joiden toiminta-alueella todetaan suurin osa suomalaisten seksitautitartunnoista (THL 2018).

6.2.3 Käytännön teorian arviointi

Teorioiden arviointi on prosessi, jossa tarkastelun kohteena olevaa teoriaa arvioidaan systemaattisesti. Arvioinnin tarkoituksena on pyrkiä osoittamaan teorian vahvuudet sekä heikkoudet. Teorian arviointi voi kohdistua teorian rakenteeseen ja sisältöön. (Lauri & Kyngäs 2005, Roy 2018.) Lisäksi on kehitetty erilaisia teorioiden arviointikriteerejä, joita toisaalta on vähän hyödynnetty hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teorioiden arviointi on alkanut vasta viime vuosina kohdistumaan myös käytännön teorioihin, jota pidetään keskeisenä edellytyksenä hoitotieteellisen teorianperustan

kehittymiselle. (Im 2015.) Tätä käytännön teoriaa arvioidaan McKennan ja kumppaneiden (2014) esittämien kriteerien mukaisesti: **selkeys, yksinkertaisuus/monimutkaisuus, sopivuus, testattavuus, merkitys ja hyväksyttävyyys**.

Tämä tutkimus edustaa hoitotieteellistä perustutkimusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013), jossa on tuotettu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Kyseessä on vähän tutkittu ilmiö, joka rajautuu suhteellisen spesifiin terveydenhuollon kontekstiin (Im & Chang 2012). Käytännön teoria on tuotettu induktiivis-deduktiivisesti, jota pidetään tyypillisenä hoitotieteen teorian muodostamisen lähestymistapana (Lauri & Kyngäs 2005). Tämän teorian lähtökohtia voidaan täten pitää **selkeinä**. Lisäksi käytännön teoria on ilmaistu yksinkertaisesti (Kuviot 6-7) ja sen käsitteiden rakentamisen sekä todentamisen vaiheet on raportoitu yksityiskohtaisesti. (McKenna ym. 2014.)

Tässä käytännön teoriassa on konkretisoitu kohtalaisen abstrakti elämän käsite. Teoria muodostuu viidestä osa-alueesta, joissa kullakin on oma käsittehierarkiansa. Käsittehierarkia havainnollistaa kuinka ylemmän tason käsitteet konkretisoituvat alemman tason käsitteiden kautta. Käsittehierarkioita on havainnollistettu taulukoin (Taulukot 3-7). Pääkäsitteet ovat käsittehierarkian ylin taso ja niitä on tilastollisesti testatussa käytännön teoriassa yhteensä 11. Näiden seikkojen valossa tätä käytännön teoriaa voidaan pitää verrattain **yksinkertaisena**, joka on teorialle tärkeä ominaisuus. Yksinkertaisilla ja kapea-alaisilla teorioilla on suurin käyttöarvo käytännön hoitotyössä. Käytännön teoriassa käytettyjen käsitteiden nimet muodostuvat pääsääntöisesti useammasta kuin yhdestä sanasta, joka toisaalta kuvaa sekä tutkittavan ilmiön että teorian **monimutkaisuutta**. (Im & Chang 2012, McKenna ym. 2014.)

Tässä tutkimuksessa muodostettua ja testattua käytännön teoriaa voidaan pitää **sopivana** kuvattaessa suomalaisten tartunnan saaneiden aikuisten kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä (McKenna ym. 2014). Käytännön teorian yleistettävyyteen vaikuttaa luonnollisesti tutkittavien mahdollinen valikoituminen, koska tässä tutkimuksessa molemmissa vaiheissa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa (Polit & Beck 2018). Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tutkittaviksi valikoitui pelkästään miehiä, joiden keski-ikä oli 40 vuotta. Lisäksi valtaosalla heistä oli todettu parantumaton seksitauti, puolella hiv. Tarkastellessa tutkittavien taustatietoja tutkimuksen toisessa vaiheessa voidaan todeta, että tutkittavat edustivat paremmin perusjoukkoa. Tutkittavista suurin osa oli naisia ja valtaosa oli alle 30 vuotiaita. Tutkittavilla oli todettu sekä parantuvia että parantumattomia seksitauteja. Tutkittavien valikoitumisesta mahdollisesti aiheutunutta harhaa pyrittiin välttämään tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa toteuttamalla lisäksi integratiivinen kirjallisuuskatsaus aiheesta. Me-

netelmätriangulaatiossa yhdistettiin laadullisen tutkimuksen sekä integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulokset ja näin voitiin osoittaa teoreettisen jäsenyyksen vahvistuminen, mutta myös täydentyminen.

Teorian testattavuutta pidetään yhtenä teorian ominaispiirteenä (Kanste ym. 2010, McKenna ym. 2014). Käytännön teorioilta ei kuitenkaan aina edellytetä testattavuutta. Toisaalta on mahdollista, että käytännön teorioiden keskeisiä käsitteitä operationalisoidaan ja testataan empiriassa. (Im 2005.) Tässä tutkimuksessa teorian **testattavuus** pystyttiin osoittamaan melko hyvin. Hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteet (N=14), jotka oli tuotettu laadullisin menetelmin operationalisoitiin niitä kuvaaviksi väittäviksi. Käsitteiden välisiä suhteita ilmaisevat väittämät muotoiltiin hypoteesien muotoon, jotka testattiin empiriassa. Kahta pääkäsitettä ei kuitenkaan ollut mahdollista testata tilastollisesti, joten näiltä osin teorian testattavuutta ei pystytty osoittamaan. Arjen muuttumattomuuden ja haavoittumattoman seksielämän käsitteet edellyttävät vielä operationalisointia, että niistä voidaan muodostaa useampia väittämiä. Lisäksi tarvitaan jatkoanalyysejä ja lisäaineistoa, jotta nämä käsitteet voidaan todentaa empiriassa.

Tällä käytännön teorialla voidaan katsoa olevan **merkitystä** niin hoitotyön käytännölle, ennaltaehkäisevälle työlle kuin hoitotieteen tietoperustalle. Tartunnan saaneita hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset sekä preventiivistä työtä tekevät voivat käyttää käytännön teoriaa eräänlaisena ajattelun tai päätöksenteon apuvälineenä. Käytännön teorian merkitys hoitotyön käytäntöä ohjaavana teoriana on keskeinen varsinkin kun ajatellaan hoitotyöntekijöiden laajentuvia tehtäväkuvia seksuaaliterveyden ja seksitautien saralla. Hoitotieteellisen tietoperustan näkökulmasta tämä tutkimus tuottaa tietoa tartunnan saaneen ainutkertaisista kokemuksista tartunnan kanssa elämisestä, joihin sisältyvät terveys, suhteet ympärillä oleviin ihmisiin ja kokemukset hoidosta. Toisaalta tämä tutkimus luo osaltaan uutta hoitotieteellistä tietoperustaa aihealueelta, koska aiempi tutkimus on ollut tautikeskeistä ja tämä käytännön teoria tuottaa kuvauksen tartunnan saaneiden geneerisestä kokemustiedosta. Lisäksi tämän tutkimuksen voidaan katsoa lisäävän hoitotieteen tietoperustaa teorian tilastollista testaamista koskevan tiedon osalta.

Tässä tutkimuksessa muodostetulla ja testatulla hoitotieteellisellä käytännön teorialla on **merkitystä** myös yhteiskunnallisesti. Hoitotieteen tietoperustan kehityshaasteena on yhteiskunnallisiin muutoksiin reagoiminen, kuten globalisaatioon ja siihen liittyvään tartuntatautien leviämiseen (Roy 2018). Tämä käytännön teoria vastaa osaltaan tuohon haasteeseen, nimittäin se tuottaa tietoa varsin yleisestä, mutta sensitiivisestä aiheesta. Tiedon avulla on mahdollista muuttaa yhteiskunnassa vallitsevia asenteita seksitaudin saaneita kohtaan, mutta auttaa myös tartunnan saaneita sekä

heidän läheisiään sopeutumaan elämään seksitaudin kanssa. (Im & Chang 2012, McKenna ym. 2014.)

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostuneen käytännön teorian **hyväksyttävyy**s esimerkiksi hoitotyöntekijöiden keskuudessa selviää vasta kun sitä sovelletaan käytäntöön (McKenna ym. 2014). Teorian soveltamista käytäntöön voidaankin pitää teorian kehittämisen viimeisenä vaiheena (Lauri & Kyngäs 2005).

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

6.3.1 Vaiheen I tulosten tarkastelu

Tämä oli kansainvälisesti ensimmäinen hoitotieteellinen tutkimus, jossa kuvattiin tartunnan saaneiden aikuisten geneerisiä kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä. Myöskään aiemmissa kansallisissa tutkimuksissa ei ole kuvattu tartunnan saaneiden kokemuksia tästä näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään seksitaudin saaneiden ainutkertaisia kokemuksia seksitaudin saamisesta ja hoidosta sekä kokemuksia seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen sekä muihin ihmisiin.

Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen perusteella tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä olivat kaksijakoisia (Tutkimustehtävä 1). Kokemusten kaksijakoisuutta kuvaa se, että tartunnan saaneiden kokemuksissa oli havaittavissa toisilleen päinvastaisia ulottuvuuksia, kuten muuttumista ja muuttumattomuutta. Seksitaudin saamisen kokemukset sisälsivät oman seksihistorian tarkastelua, jonka seurauksena havahduttiin seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Toisaalta saatettiin olla hyvinkin tietoisia omasta riskikäyttäytymisestä, jolloin seksitauti nähtiin jopa luonnollisena seurauksena omalle seksikäyttäytymiselle. Tietoista riskinottoa seksisuhteissa on kuvattu myös muissa tutkimuksissa. Taylor ja kumppanit (2017) raportoivat tutkimuksessaan hiv-tartunnan saaneiden naisten tiedostavan hivin tarttumiseen liittyvän riskin, mutta harrastavansa silti suojaamatonta seksiä, koska tuo riski on pieni tehokkaan lääkehoiton ansiosta. On kuitenkin tärkeä tiedostaa, että vaikka hivin lääkehoito voi estää hivin tarttumisen, niin suojaamattoman seksin seurauksena voi saada muita seksitautitartuntoja (Liitsola ym. 2017). Lisäksi Da ja kumppanit (2018) toteavat tutkimuk-

sessaan, että hiv-tartunnan saaneet, jotka jatkavat tietoista riskikäyttäytymistä saattavat toiminnallaan ylläpitävät hiv-epidemiaa. Seksitautien ennaltaehkäisy näkökulmasta onkin tärkeä tiedostaa seksitaudin saamisen merkitys ihmisen seksikäyttäytymiselle. (Da ym. 2018.)

Tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin hoidosta sisälsivät sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia hoitoketjun toiminnasta. Positiiviseksi hoitoketjun toiminnassa todettiin hoitohenkilökunnan ammattimainen suhtautuminen sekä hoidon vaivattomuus. Tämän ovat myös East ja kumppanit (2011a) todenneet tutkimuksessaan. Sensitiivisyyden katsotaan olevan oleellinen elementti seksitaudin hoidossa. Tartunnan saaneet odottavat, etteivät terveydenhuollon ammattihenkilöt tuomitse heitä sairautensa tai seksikäyttäytymisensä perusteella. (Cook ym. 2014.) Tässä tutkimuksessa vaihtuvat hoitosuhteet kuvasivat negatiivista kokemusta hoidosta. Hammarlund ja kumppanit (2012) toteavat, että hoidon jatkuvuuden turvaaminen seksitaudin hoidossa on keskeistä hoitoon liittyvien häpeän tunteiden vähentämisen sekä hoitotyytyväisyyden lisäämisen näkökulmasta. Floresin ja kumppaneiden (2016) hiv-tartunnan saaneiden hoitoa koskevassa metasynteessissä todettiin, että hoidon pirstaleisuus, tarpeettomat tutkimukset ja hoidon laadun epätasaisuus pystyttiin minimoimaan, kun hiv-hoidon palvelut keskitettiin yhdelle toimijalle. Hoidon keskittäminen lisäsi myös asiakkaiden luottamusta terveydenhuoltoon ja vähensi turhautuneisuutta hoitoketjun toimintaa kohtaan. (Flores ym. 2016.)

Kokemusten kaksijakoisuus näyttäytyi selvimmin kokemuksissa seksitaudista suhteessa arkeen ja tulevaisuuteen. Seksitaudin saamisen jälkeen koettiin arjen muuttumattomuutta, mutta toisaalta arjen muuttumista. Suhteessa tulevaisuuteen tämä näyttäytyi siten, että tulevaisuus nähtiin muuttumattomana ja toisaalta tuntemattomana. Tätä voitaneen osaltaan selittää sopeutumisprosessin avulla. Nimittäin sopeutumista elämään hivin kanssa kuvaavassa tutkimuksessa tunnistettiin sopeutumisprosessiin liittyvä kaksisuuntaisuus. Hiv-tartunnan saaneiden sopeutumisprosessia leimasi epävarmuus, jota he yrittivät hallita ennakoimalla toivottomuutta ja toisaalta palauttamalla optimistisuutta. (Perret & Biley 2013.) Vastaavasti Nobren ja kumppaneiden (2012) tutkimuksen mukaan hivin kanssa elävät pystyivät ajan myötä löytämään positiivisen asenteen elämään ja tulevaisuuteen.

Tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin pitivät sisällään seksitaudista kertomisen dilemman. Dilemma tarkoitti sitä, että tartunnan saaneilla oli lähtökohtaisesti pyrkimys salata seksitauti muilta ihmisiltä, mutta toisaalta suotuisissa olosuhteissa tai valikoiden he kertoivat seksitaudistaan. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että seksitaudin salaaminen ympäristöltä on tavallista stigmatisoitumisen pelon vuoksi (East ym. 2012, Berg & Ross 2014). Internetin

anonymiteettiin perustuvat vertaistukiryhmät voidaan nähdä yhtenä mahdollisuutena lisätä seksitaudin kanssa elävien hyvinvointia. Vertaistukiryhmissä on mahdollista kertoa omat kokemuksensa ilman pelkoa paljastumisesta tai muiden huonosta reaktiosta sekä saada vertaistukea ihmisiltä, jotka ovat samassa tilanteessa. On tärkeää, että tartunnan saaneilla on tunne, etteivät he ole yksin tilanteensa kanssa. (East ym. 2015.)

Kirjallisuuskatsaus

Aiemman kansainvälisen tutkimuksen perusteella tartunnan saaneiden kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä olivat pääosin negatiivisia (Tutkimustehtävä 2). Kokemuksia seksitaudin saamisesta kuvasi muun muassa minuuden haavoittumisen kokemus. Tuoreet tutkimustulokset osoittavat, että haavoittumiseen liittyy myös itsetunnon heikkeneminen. Tiedetään myös, että osa ihmisistä on haavoittuvampia seksitaudin saamiselle kuin toiset. Toisaalta seksitaudin saaminen lisää haavoittuvuutta entisestään, joka todentuu tartunnan saaneen sen hetkisissä ja tulevissa seksisuhteissa. (East ym. 2017.) Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa ei tullut esille kokemuksia tartunnan saamisen olosuhteista, joista East ja kumppanit ovat raportoineet vuonna 2017. Heidän tutkimuksessa todettiin, että alisteisessa suhteessa, johon liittyi hyväksikäyttöä, elävien naisten seksuaaliterveys oli uhattuna ja siten heillä oli myös kohonnut riski saada seksitautitartunta. Toisaalta kohonnut riski seksitaudin saamiselle perustui voimakkaaseen haluun uskoa romanttiseen rakkauteen. Nimittäin tutkimukseen osallistuneet naiset kuvasivat tilanteita, joissa olivat saaneet seksitaudin mieheltään, jolla oli ollut parisuhteen ulkopuolinen suhde. (East ym. 2017.)

Integratiivisen katsauksen perusteella kokemuksia seksitaudin hoidosta ilmensivät huoli hoidon onnistumisesta sekä passiivisuus hoidossa. Tiedetään, että huoli hoidon onnistumisesta voi liittyä erityisesti kokeellisiin hoitoihin. Omahoidon toteuttaminen puolestaan on keskeistä komplikaatioiden ja tautien leviämisen ehkäisyn näkökulmasta. Hoidon laiminlyöntiä on kuitenkin kuvattu esimerkiksi b-hepatiittia sairastavien kohdalla, joka näyttäytyy muun muassa lääkemääräysten noudattamattomuutena. Toisaalta omahoidon toteuttaminen voi mennä äärimäisyyksiin, joka ilmenee esimerkiksi tarpeettomina varotoimina taudin leviämisen ehkäisemiseksi. (Ezbarami ym. 2017.)

Aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on kuvattu hoitohenkilökunnan epäammattillista toimintaa, joka näyttäytyy muun muassa tietämättömytenä seksitaudista ja kyvyttömytenä ymmärtää potilaan näkökulmaa. Toisaalta tuoreet tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilökunnan epäammattillinen toiminta voi tarkoittaa sitä, että he itse pelkäävät taudin tarttumista ja ilmaisevat pelkonsa potilaille tai että

he käyttävät tarpeettomia varotoimia. (Ezbarami ym. 2017.) O'Brien ja kumppanit (2017) ovat mallintaneet asiakaslähtöisen hiv-hoidon, jonka perustan muodostavat riittävän ja ajantasaisen tietämyksen omaavat terveydenhuollon ammattilaiset. Lisäksi heillä tulee olla osaamista kohdata asiakas empaattisesti, luottamuksellisesti ja arvokkaasti. (O'Brien ym. 2017.)

Yksittäisten seksitautien vaikutukset tartunnan saaneen elämänlaatuun tunnetaan erittäin hyvin aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Integraatiivisen kirjallisuuskatsauksen perusteella seksitaudin saamisen seurauksena tartunnan saaneen elämänlaatu huononee. Tuoreet tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että esimerkiksi hiv-tartunnan saaneiden elämänlaatu on verrattain hyvällä (Nobre ym. 2017, Osei-Yeboah ym. 2017) tai kohtalaisella tasolla (Hipolito ym. 2017). Lisäksi anogenitaalialueen visvasyyliä sairastavilla elämänlaadun heikentyminen on lievää tai sitä ei ole ollenkaan (Camargo ym. 2017).

Aikaisemman kansainvälisen tutkimustiedon perusteella tiedetään, että erityisesti parantumattoman seksitautitartunnan hyväksyminen osaksi tulevaisuutta koetaan vaikeaksi. Tartunnan saanut sopeutuu ajan myötä ajatukseen parantumattomasta seksitaudista osana tulevaisuutta, mutta myös hänen kumppaninsa pitää hyväksyä se. Seksitaudin saaneet naiset ovat raportoineet, että tulevaisuudessa kumppanin valinnassa ei merkitse heidän omat halut ja toiveet vaan se, että kumppani pystyy hyväksymään seksitaudin osaksi parisuhdetta. (East ym. 2017.)

Integraatiivisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kokemuksia seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin kuvasi muun muassa seksitaudin negatiivinen vaikutus seksielämään. Tuoreet tutkimustulokset vahvistavat tältä osin kirjallisuuskatsauksen tulosta. Esimerkiksi c-hepatiitin todetaan heikentävän tartunnan saaneen seksuaalista toimintakykyä (Karaivazoglou ym. 2017, Triantos ym. 2017). Tartunnan saamisen seurauksena ihminen joko omaksuu turvallisemman seksikäyttäytymisen tai hän jatkaa riskikäyttäytymistään. Da ja kumppanit (2018) ovat tutkineet hiv-tartunnan saaneiden seksuaalikäyttäytymistä. Tutkimustulosten perusteella tartunnan saaneiden seksikäyttäytyminen muuttuu osin turvallisempaan suuntaan. Toisaalta kondomin käyttöön liittyy riskitekijöitä. Nimittäin kondomia käytetään, jos kumppanin tiedetään olevan hiv-negatiivinen, mutta jos kumppanin hiv-statusta ei tiedetä, niin kondomia ei välttämättä käytetä. Tätä osaltaan selittänee se, ettei tartunnan saaneet halua tuoda omaa hiv-statustaan julki uudelle kumppanille. (Da ym. 2018.)

Menetelmätriangulaatio

Tämä tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tuloksena esitettiin hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä,

joka muodostettiin tartunnan saaneiden kokemusten ja aiemman kansainvälisen tutkimustiedon pohjalta (Tutkimustehtävä 3). Seksitaudin saaneiden geneerisiä kokemuksia koskevaa hoitotieteellistä teoriaa ei tiettävästi ole aiemmin muodostettu. Menetelmätriangulaation yhteydessä todettiin, että eniten yhtenevyyttä tartunnan saaneiden kokemusten ja aiemman kansainvälisen tutkimustiedon välillä oli kokemukset seksitaudin saamisesta ja kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin -osa-alueilla. Tätä osaltaan voi selittää se, että seksitautien saamisen yhteydessä koettavat tuntemukset (Nobre ym. 2012, East ym. 2015, East ym. 2017), seksitauteihin liittyvä stigma (Nobre ym. 2018, Wang ym. 2018) ja tartunnan saaneiden sosiaalinen eristäytyminen (Nobre ym. 2016) ovat verrattain tunnettuja ilmiöitä, ja toisaalta myös merkityksellisiä tartunnan saaneen näkökulmasta ottaen huomioon seksiteitse tarttuvien tautien luonteen.

6.3.2 Vaiheen II tulosten tarkastelu

Tämä oli kansainvälisesti ja kansallisesti ensimmäinen hoitotieteellinen tutkimus, jossa kehitettiin mittari seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien kokemusten mittaamiseen, kuvattiin kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä tartunnan saaneiden arvioimana ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä testattiin hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Tutkimuksen tulokset tuottavat uutta tietoa tartunnan saaneiden kokemuksista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tämän lisäksi käytännön teoriaa voidaan käyttää teoreettisena lähtökohtana seksitautien ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja tartunnan saaneiden hoitotyössä. Tutkimustulokset luovat myös pohjan aihealueen jatkotutkimukselle, kuten KoSKE[®]-mittarin ja käytännön teorian edelleen kehittämiseksi ja validoinnille.

Mittarin kehittäminen

Tässä tutkimuksessa kehitettyä ja testattua KoSKE[®]-mittaria voidaan pitää kohtalaisen toimivana ja luotettavana seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien geneeristen kokemusten mittaamisessa (Tutkimustehtävä 4). Aihealueen aiempi tutkimus on ollut tautikeskeistä ja niissä on käytetty pääsääntöisesti tautispesifejä tai geneerisiä elämänlaatumittareita. Hiv-tartunnan saaneiden elämänlaatu on useimmiten ollut tutkimusten kiinnostuksen kohteena. Cooperin ja kumppaneiden (2017) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin erilaisten elämänlaatumittareiden (geneeris-

ten ja tautispesifien) käyttöä hiv-tartunnan kanssa elävien elämänlaadun mittaamisessa. Katsaukseen valikoitui yhdeksän geneeristä elämänlaatumittaria, kuten EQ-5D (*EuroQoL Five Dimensions questionnaire*), SF-36 (*Medical Outcomes Study (MOS) Short Form*) ja WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*). Lisäksi katsaukseen valikoitui seitsemän hiv-spesifiä elämänlaatu mittaria, kuten MOS-HIV ja MQOL-HIV (*Multidimensional Quality of Life Questionnaire for persons with HIV/AIDS*). (Cooper ym. 2017.) Myös muita seksitauteja sairastavien elämänlaadun mittaamiseksi on kehitetty tautispesifejä tutkimusinstrumentteja. Esimerkiksi anogenaalialueen visvasyyliä sairastavien elämänlaadun arvioimiseksi on kehitetty CECA-mittari (Badia ym. 2005). RGHQOL-mittari on kehitetty genitaalierpestä sairastavien elämänlaadun mittaamiseen (Doward ym. 1998).

Geneeristen elämänlaatumittareiden käytön etuna on se, että niiden avulla saadaan vertailtavaa tietoa suhteessa muihin sairauksiin tai väestöön yleensä. Toisaalta tautispesifit elämänlaatumittarit ovat sensitiivisempiä esimerkiksi seksitautien hoidolle tai muille tautiin liittyville ominaispiirteille. On myös suositeltu geneeristen ja tautispesifien mittareiden rinnakkaista käyttöä. (Cooper ym. 2017.) Seksitauteja käsittelevissä tutkimuksissa geneerisiä ja tautispesifejä elämänlaatumittareita käytetäänkin rinnakkain tai niiden ohella käytetään erilaisia oirekyselyitä (esim. Woodhall ym. 2008, Rivero-Mendez ym. 2009, Sun ym. 2013, Norbe ym. 2018). Tärkeä on kuitenkin tiedostaa, että sopivan tutkimusinstrumentin valinta tulee lähtökohtaisesti tehdä kunkin tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksien mukaisesti (Cooper ym. 2017). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli myös hypoteettisen käytännön teorian testaaminen, jolloin tarvittiin kyseisen teorian rakenteen testaamiseen sopiva mittari. Näin ollen aiemmissa tutkimuksissa kehitettyjen geneeristen ja/tai tautispesifien elämänlaatumittareiden käyttö ei tullut kysymykseen tässä tutkimuksessa.

Määrällinen tutkimus

Määrällisen tutkimuksen aineisto muodostui yhteensä 213 seksitautia sairastavan tai sairastaneen suomalaisen aikuisen vastauksista. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen oli tämän tutkimuksen perusteella melko yleistä. Viimeisen kuukauden aikana 70 % tutkittavista oli harrastanut suojaamatonta suuseksiä ja 63 % oli ollut emätin- tai anaalihdyntäessä ilman kondomia. Tämän tutkimuksen tulokset vastaavat melko hyvin aiempia suomalaisten seksuaalikäyttäytymistä koskevia tutkimustuloksia (Kylmä ym. 2014b, Pakarinen ym. 2014, Leikko ym. 2015, Kylmä ym. 2016a). Suojaamatonta seksiä osaltaan selittää se, että tutkittavista 58 % oli vakituudessa suhteessa tutkimukseen osallistumisen hetkellä. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään,

että vakituksessa suhteessa kondomin käyttö on harvinaista (East ym. 2011b, Santos ym. 2018). Toisaalta seksuaaliterveyden edistämisessä tulisi korostaa, että myös vakituksessa parisuhteessa kumppaneilla on vastuu sekä omasta että toisen seksuaaliterveyden vaalimisesta (Hiltunen-Back & Apter 2011, Pakarinen ym. 2014). Nimittäin tutkimustiedon perusteella tiedetään, että kondomin käyttämättömyys kumppaniin luottamisen nojalla tekee ihmisestä haavoittuvan seksitaudeille (East ym. 2017, Santos ym. 2018).

Kyselytutkimuksen perusteella seksitaudin kanssa elämiseen liittyvät kokemukset tartunnan saaneiden arvioimana olivat moninaisia (Tutkimustehtävä 5). Tartunnan saaneiden kokemukset osoittivat elämisen muuttumattomuutta, elämiseen liittyviä epävarmuustekijöitä ja vastuuntuntoista suhtautumista seksitaudin hoitoon.

Seksitaudin saamisen ei koettu muuttavan arkea tai tulevaisuutta. Tulos poikkeaa aiemmasta kansainvälisestä tutkimustiedosta. Useat kansainväliset tutkimukset ovat nimittäin osoittaneet seksitautien, kuten hivin, kondylooman ja genitaalierhpeksen, heikentävän tartunnan saaneen elämänlaatua (mm. Abasiubong ym. 2010, Drolet ym. 2011, Soares ym. 2015). Tämän tutkimuksen tulosta voitaneekin ainakin osittain selittää sosio-kulttuurisilla tekijöillä. Nimittäin myös Nobren ja kumppaneiden (2017) tutkimuksen mukaan suomalaiset hiv-tartunnan kanssa elävät (n=453) arvioivat elämänsä joko hyväksi tai erittäin hyväksi. Kyseisessä tutkimuksessa osallistujat olivat myös korkeasti koulutettuja, olivat pääsääntöisesti työelämässä ja elivät vakituisen kumppanin kanssa. Lisäksi Nobren ja kumppaneiden (2012) haastattelututkimuksessa (n=9) suomalaiset hivin kanssa elävät kuvasivat suhtautuvansa positiivisesti arkeen ja tulevaisuuteen tartunnasta huolimatta.

Tässä tutkimuksessa tartunnan saaneilla oli määrällisesti eniten kokemuksia taudin vangiksi joutumisesta ja he arvioivat, että heidän kokemuksiaan kuvasivat parhaiten tiedonjonon herääminen sekä seksitaudista kertomisen dilemma. Nämä heijastavat seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä epävarmuustekijöitä, joita on tunnistettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Jiwani ym. 2013, Perret & Biley 2013, Hill ym. 2014). Tämä tutkimus osoitti uutena tietona, että seksitaudin saaneet suhtautuvat taudin hoitoon vastuuntuntoisesti. Aiemmissa tutkimuksissa on nimittäin raportoitu seksitaudin hoitoon hakeutumiseen (Mortensen & Larsen 2010) ja sitoutumiseen liittyviä haasteita (Ho ym. 2010, Mortensen & Larsen 2010). Tämä tieto on merkityksellinen seksuaaliterveyden ja seksitautien ennaltaehkäisyssä näkökulmasta.

Tutkittavien taustatekijöistä seksitauteja koskevilla taustatekijöillä oli eniten tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kokemuksiin seksitaudin kanssa elämisestä (Tutkimustehtävä 6). Tämä tutkimustulos poikkeaa esimerkiksi Nobren ja kumppaneiden

(2017) tekemästä tutkimuksesta, jossa hiviä koskevat muuttajat eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä elämänlaadun arvioihin. Toisaalta tämä tulos vahvistaa Osei-Yeboahin ja kumppaneiden (2017) tutkimustulosta siltä osin, että seksitaudin vaihe on yhteydessä arvioihin taudin vaikutuksesta elämään. Tässä tutkimuksessa parantumattoman taudin kestolla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kokemukseen seksitaudin kanssa elämisestä toisin kuin Hipoliton ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa, jossa hiv-diagnoosin saamisesta kulunut aika oli yhteydessä arvioon elämänlaadusta (fyysisellä osa-alueella). Tässä tutkimuksessa merkille pantavaa on, että 9 % tutkittavista ei tiennyt onko heidän seksitautinsa parantunut vai ei. Tätä voitaneen selittää seksitautien, kuten genitaaliherpeksen ja kondylooman, ennusteella. Nimitään, vaikka taudin aiheuttaman muutokset iholla tai limakalvolla ovat parantuneet, jää virustartunta silti elimistöön. (Seksitaudit: Käypä hoito -suositus 2018.) Jos tartunnan saaneella ei ole riittävän yksityiskohtaista tietoa seksitaudin ennusteesta, voi hänelle tällöin jäädä joko virheellinen käsitys tai epävarmuus omasta tilanteestaan. Riittävän yksityiskohtaisen, mutta helposti ymmärrettävän tiedon saatavuuteen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota seksitautien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Teorian tilastollinen testaaminen

Tässä tutkimuksessa testattu hypoteettinen käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä oli pääosin paikkansapitävä ja luotettava (Tutkimustehtävä 7). Hypoteettisen käytännön teorian pääkäsitteet (N=14) pystyttiin todentamaan empiriassa kolmea lukuun ottamatta. Kahden pääkäsitteen, arjen muuttumattomuus ja haavoittumaton seksielämä, osalta tarvitaan vielä teorian edelleen kehittämistä sekä testaamista uusilla aineistoilla. Yllättävää sen sijaan oli, ettei seksitaudista kertomisen dilemma -pääkäsitettä pystytty verifioimaan tämän aineiston perusteella. Aiemmissa tutkimuksissa on kuitenkin raportoitu seksitaudista kertomiseen liittyvää varovaisuutta (Abboud ym. 2010, Mortensen & Larsen 2010), vaikeutta (Balaile ym. 2008, Abasiubong ym. 2010) ja toisaalta tartunnan salaamista (Mark ym. 2009, Ho ym. 2010). Tätä voitaneen selittää sillä, että seksitaudista kertomisen dilemmaan liittyy läheisesti stigmatisoituminen. Stigmatisoitumisen pelko puolestaan liittyy myös ympäristön vaihteleva suhtautuminen -pääkäsitteeseen, joka pystyttiin verifioimaan tässä aineistossa. Tämä käytännön teoria on sekä kansainvälisesti että kansallisesti ensimmäinen hoitotieteellinen teoria, joka kuvaa seksitautitartunnan saaneiden geneerisiä eli tietystä taudista riippumattomia kokemuksia. Vaikka seksitaudit eroavat toisistaan muun muassa niiden ennusteensa suhteen, niin tämä käytännön teoria osoittaa, että tartunnan saaneiden kokemusmaailman kautta niille on löydettävissä yhteisiä nimittäjiä.

6.4 Päätelmät ja suositukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat päätelmät ja suositukset seksitautien ennaltaehkäisyyn, hoitotyön sekä hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi:

1. Tartunnan saaneita hoitavien ja ennaltaehkäisevää työtä tekevien tulee ottaa huomioon, että seksitautitartunnan saaneiden kokemukset ovat kaksijakoisia. Toisaalta seksitaudilla on tartunnan saaneelle vahva emotionaalinen merkitys, toisaalta seksitaudin merkitystä suhteessa elämään pidetään hyvin vähäisenä. Suositeltavaa on, että seksitautien hoitotyössä ja ennaltaehkäisevässä työssä tunnustetaan kokemusten erilaisuus sekä reagoidaan kunkin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.
2. Tartunnan saaneiden kokemukset tartunnan kanssa elämisestä voivat olla negatiivisia. On tärkeää, että tartunnan saaneiden negatiiviset kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä otetaan vakavasti terveydenhuollossa. Mahdolliset esteet seksitaudin hoidon onnistumiselle, esimerkiksi tartunnan saaneen sitoutumattomuus hoitoonsa, on otettava huomioon ja pyrittävä vaikuttamaan niihin erilaisin keinoin. Sopeutumisprosessia parantumattoman seksitaudin saamisen yhteydessä on tuettava. Lisäksi suositeltavaa on, että varsinkin parantumattoman seksitaudin saaneiden seksuaalista toimintakykyä tuetaan tarvittaessa seksuaaliterapian keinoin.
3. Tartunnan saaneet tarvitsevat lisätietoa seksitaudistaan ja he suhtautuvat taudin hoitoon varsin vastuuntuntoisesti. Suositeltavaa on, että seksitautien hoidossa ja ennaltaehkäisevässä työssä tuetaan tartunnan saaneita riittävän yksityiskohtaisen ja ymmärrettävän tiedon avulla. Lisäksi on suositeltavaa kehittää esimerkiksi terveydenhuollon verkkopalvelujen tietosisältöjä siten, että ne tukevat seksitaudin kanssa elämistä ja omahoidon toteuttamista. Myös väestötasolla on tarpeen lisätä ihmisten tietoisuutta seksitaudeista sekä niiden yleisyydestä, jotta voidaan vähentää seksitauteihin liittyvää stigmaa ja siten helpottaa tartunnan saaneiden elämää.
4. Seksitaudin hoitoketjun toimivuuden koetaan olevan varioivaa. Suositeltavaa on kehittää seksitautien näyttöön perustuvia ja yhtenäisiä hoitokäytänteitä sekä arvioida systemaattisesti hoidon laatua esimerkiksi asiakastyytyväisyyden

avulla. Tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen yhteydessä tulisi kartoittaa mahdollisuutta seksitautien hoidon ja ennaltaehkäisevän toiminnan keskittämiseksi esimerkiksi erillisille seksuaaliterveysklinikoille. Seksitautien hoidon ja ennaltaehkäisevän toiminnan keskittämisen avulla olisi mahdollista turvata palveluiden korkea laatu myös tulevaisuudessa ja toisaalta vähentää hoitoon hakeutumiseen liittyvää stigmatisoitumisen pelkoa.

5. Tartunnan saaneet kokevat hoitohenkilökunnan sekä ammattimaista että epäammattimaista suhtautumista heihin. Suositeltavaa on, että hoitohenkilökunnan seksuaaliterveyden edistämisen osaamista vahvistetaan. Hoitohenkilökunta tarvitsee täydennyskoulutusta seksitautien ennaltaehkäisyyn, testaukseen ja hoitoon liittyen. Lisäksi on suositeltavaa vahvistaa hoitohenkilökunnan taitoja kohdata seksitautiin saanut asiakas vastaanotolla.
6. Tartunnan saaneet kohtaavat ympäristön vaihtelevaa suhtautumista ja tartunnan kanssa elämistä leimaa pelko torjutuksi tulemisesta. Tartunnan saaneet tarvitsevat vertaistukea, jotta heille ei syntyisi kokemusta yksin kärsimisestä. Suositeltavaa on, että seksitautien hoitotyössä tartunnan saaneita ohjataan aktiivisesti vertaistuen piiriin. Toisaalta on selkeä tarve kehittää vertaistuki-interventioita seksitautitartunnan saaneille, myös muille kuin hiv-tartunnan saaneille. Lisäksi on suositeltavaa integroida erilaisia vertaistukiryhmiä terveydenhuollon verkkopalveluihin, jolloin niissä mahdollistuu anonyymiteetin säilyttäminen ja toisaalta luotettavan tiedon saaminen terveydenhuollon ammattilaisilta.
7. Seksitaudit ovat keskenään erilaisia, mutta tartunnan saaneiden kokemukset niistä ovat geneerisiä. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa geneerisistä kokemuksista voidaan hyödyntää tehtäessä terveystieteellisiä linjauksia. Suositeltavaa on, että tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa hyödynnetään päätöksenteossa, joka koskee kondomien ilmaisjakelua nuorille aikuisille, poikien HPV-rokotusten lisäämistä kansalliseen rokotusohjelmaan, seksitautien etä- ja kotitestauksen käyttöönottoa, hivin estolääkityksen (PrEP) lisäämistä hivin ennaltaehkäisyyn keinovalikoimaan.
8. Tämä on ensimmäinen kansainvälinen ja kansallinen hoitotieteellinen tutkimus, joka nostaa keskiöön tämän varsin yleisen, mutta vaietun ilmiön – ihmi-

sen kokemuksen seksitautitartunnasta. Tutkimuksen tulokset antavat kokonaiskuvan tartunnan saaneiden geneeristä kokemuksesta seksitaudin kanssa elämisestä ja auttavat hahmottamaan kokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Näin ollen tutkimuksen tuottama tieto laajentaa hoitotieteen tietoperustaa seksitautia sairastavien tai sairastaneiden kokemustiedon kuvauksen osalta, mutta myös teorian tilastollista testaamista koskevan tiedon osalta.

9. Tässä tutkimuksessa muodostettu ja testattu käytännön teoria ohjaa tarkastelemaan tartunnan saaneiden ainutkertaisia kokemuksia. Suositeltavaa on, että seksitautien ennaltaehkäisyyn ja hoidon palveluja räätälöidään asiakaslähtöisiksi tartunnan saaneiden kokemustiedon perusteella.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavia jatkotutkimusehdotuksia:

1. Tartunnan saaneiden kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä kuvattiin tässä tutkimuksessa muun muassa laadullisella tutkimuksella, johon osallistujiksi valikoitui pelkästään miehiä. Tarpeen olisi tutkia myös naisten kokemuksia laadullisin menetelmin. Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joko puhelimitse tai kasvokkain toteutettuna. Jatkossa tartunnan saaneiden kokemusten tutkimisessa voisi käyttää myös narratiivisia tarkastelutapoja, kuten rakentaa tyyppikertomuksia seksitaudin kanssa elämiseen liittyvistä kokemuksista eri seksitautiryhmissä ja vertailla näitä keskenään.
2. Tässä tutkimuksessa kerätyt empiiriset aineistot ($n=8$, $n=213$) jäivät pienemmiksi kuin mitä tavoiteltiin. Seksitauteihin liittyvä sensitiivisyys ja stigma ovat todennäköisesti vähentäneet seksitautiin sairastuneiden halukuutta osallistua tutkimukseen. Jatkossa tutkittavien rekrytoinnin ja aineistonkeruumenetelmien osalta on kartoitettava erilaisia vaihtoehtoja, jotka paremmin huomioivat tutkimusaiheen sensitiivisyyden. Suositeltavaa on kerätä aineistoa esimerkiksi seksitautia sairastavien suljetulta verkkopalstalta tai osana muuta seksuaaliterveyteen kohdistuvaa tutkimusta.

3. Tässä tutkimuksessa seksitautia osana elämää on kuvattu tartunnan saaneiden näkökulmasta. Seksitauti koskettaa aina kuitenkin vähintään kahta ihmistä, joten tulevaisuudessa on tarpeen tutkia ilmiötä myös tartunnan saaneen kumppanin näkökulmasta, jolla itsellään ei ole seksitautia. Lisäksi tulevaisuudessa on tarpeen tutkia miten tartunnan saaneiden hoitoon osallistuvat hoitajat ja lääkärit arvioivat seksitaudin vaikutuksen tartunnan saaneen elämään.
4. Seksitaudin kanssa elämiseen liittyvien geneeristen kokemusten mittaamiseen kehitetty ja testattu KoSKE[®]-mittari todettiin kohtalaisen toimivaksi ja luotettavaksi. Seksitautien erilaisuudesta johtuen geneeristen kokemusten mittaaminen osoittautui kuitenkin haasteelliseksi, siksi jatkossa on tarpeen kehittää KoSKE[®]-mittaria edelleen ja validoida sitä uusilla aineistoilla. Koska KoSKE[®]-mittari mittaa geneerisiä kokemuksia seksitaudin kanssa elämisestä, niin tulevaisuudessa sen rinnalla voisi käyttää tautispesifejä elämänlaatumittareita. Lisäksi tulevaisuudessa tutkimuksissa KoSKE[®]-mittarin osa-alueita on mahdollista käyttää myös itsenäisinä osamittareina.
5. Tartunnan saaneiden arviot kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä olivat moninaisia ja niihin oli useimmin tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä seksitauteihin liittyvät taustatekijät. Jatkossa on tarpeen tutkia tartunnan saaneiden kokemuksia isommilla aineistoilla ja erilaisilla otantamenetelmillä, kuten ositetulla otannalla. Ottaen huomioon kokemusten moninaisuuden, jatkossa olisi tarpeen tutkia tarkemmin taustatekijöiden yhteyksiä kokemuksiin esimerkiksi regressioanalyysin avulla. Taustatekijöihin on tarpeen jatkossa lisätä kysymys tutkittavan asuinpaikan sijainnista. On tarpeen selvittää eroavatko esimerkiksi kaupungeissa ja maaseudulla asuvien kokemukset toisistaan, jotta saadaan lisätietoa palvelujärjestelmän kehittämistä varten.
6. Tämän tutkimuksen tuloksena esitettiin tilastollisesti testattu käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Keskeisenä jatkotutkimusehdotuksena on teorian edelleen kehittäminen ja testaaminen. Teorian testaamisessa on suositeltavaa hyödyntää myös laadullisia aineistoja sekä deduktiivista sisällönanalyysiä. Lisäksi käytännön teorian pohjalta on mahdollista kehittää tuki-interventio seksitautitartunnan saaneille ja arvioida sen vaikutusta KoSKE[®]-mittarin avulla. Jatkotutkimuksissa käytännön teoriaa on mahdollista laajentaa koskemaan tartuntataudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia.

LÄHTEET

- Abasiubong F., Ekott JU., Bassey EA., Etukumana EA. & Edyang-Ekpa M. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health* **19**(2), 211–218.
- Abboud S., Noured-dine S., Abu-Saad Huijer H., DeJong J. & Mokhbat J. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* **22**(6), 687–696.
- Abrams LS. (2010) Sampling "hard to reach" populations in qualitative research. *Qualitative Social Work* **9**(4), 536–550.
- Aho AL. & Kylmä J. (2012) Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* **24**(1), 271–280.
- Althoff M., Grayson C., Witt L., Holden J., Reid D. & Kissinger P. (2015) A meta-analysis of the efficacy of behavioral interventions to reduce risky sexual behavior and decrease sexually transmitted infections in Latinas living in the United States. *Health Education & Behavior* **42**(6), 709–718.
- Anglemyer A., Rutherford GW, Horvath T., Baggaley RC., Egger M. & Siegfried N. (2013) Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD009153. DOI: 10.1002/14651858.CD009153.pub3.
- Badia X., Colombo JA., Lara N., Llorens MA., Olmos L., Sainz de los Terreros M., Varela JA. & Vilata JJ. (2005) Combination of qualitative and quantitative methods for developing a new health related quality of life measures for patients with anogenital warts. *Health and Quality of Life Outcomes* **3**, 24. doi:10.1186/1477-7525-3-24.
- Balaile G., Kayombo J., Ransjo-Arvidson AB. & Hojer B. (2008) Sexuality and health: a study of Tanzanian men's experiences of living with HIV/AIDS. *African Journal of Reproductive Health* **12**(1), 35–46.
- Bazia T., Västinsalo P., Kuivila H-M. & Kääriäinen M. (2017) Hiv-testaustoiminta terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden arvioimana. *Hoitotiede* **29**(2), 102–112.
- Bekhet AK. & Zauszniewski JA. (2012) Methodological triangulation: an approach to understanding data. *Nurse Researcher* **20**(2), 40–43.

- Berg RC. & Ross MW. (2014) The second closet: a qualitative study of HIV stigma among seropositive gay men in a Southern U.S. city. *International Journal of Sexual Health* **26**(3), 186–199.
- Bouhnik AD., Préau M., Schiltz MA., Peretti-Watel P., Obadia Y., Lert F., Spire B. & the VESPA Group. (2006) Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* **42**(5), 597–603.
- Bova C. & Durante A. (2003) Sexual functioning among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDs* **17**(2), 75–83.
- Brusila P. (2011) Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* **66**(35), 2499–2503.
- Bungay V., Handlovsky I., Phillips G. & Prescott C. (2017) A scoping review of the literature on nursing practices with persons seeking care for sexually transmitted infections. *Journal of Clinical Nursing* **26**(1-2), 33–48.
- Bungay V., Masaro C. & Gilbert M. (2014) Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? *Journal of Clinical Nursing* **23**(21-22), 3274–3285.
- Cáceres CF. & Race K. (2010) Knowledge, power and HIV/AIDS: research and the global response. Teoksessa: Aggleton P. & Parker P. (toim.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge Taylor & Francis Group, s.175–183.
- Cai T., Mondaini N., Mingo S., Meacci F., Boddi V., Gontero P., Malossini G., Geppetti P., Mazzoli S. & Bartoletti R. (2011) Genital chlamydia trachomatis infection is related to poor sexual quality of life in young sexually active women. *Journal of Sexual Medicine* **8**(4), 1131–1137.
- Camargo CC., D’Elia MPB. & Miot HA. (2017) Quality of life in men diagnosed with anogenital warts. *Anais Brasileiros de Dermatologia* **92**(3), 427–429.
- Carter MW. (2016) Program evaluation for sexually transmitted disease programs: in support of effective interventions. *Sexually Transmitted Diseases* **43**(1), 11–17.
- Carvalho F., Goncalves T., Faria E., Shoveller J., Piccinini C., Ramos M. & Medeiros L. (2011) Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **7**(9), DOI: 10.1002/14651858.CD007844.pub2.
- Casey D. & Murphy K. (2009) Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher* **16**(4), 40–55.

- Coleman E. (2010) From sexology to sexual health. Teoksessa: Aggleton P. & Parker P. (toim.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge Taylor & Francis Group, s.135–144.
- Cook C. (2014) The sexual health consultation as a moral occasion. *Nursing Inquiry* **21**(1), 11–19.
- Cooper V., Clatworthy J., Harding R., Whetham J. Consortium E. (2017) Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health and Quality of Life Outcomes* **15**(1), 220. doi: 10.1186/s12955-017-0778-6.
- Curtis BL. (2014). Social networking and online recruiting for HIV research: ethical challenges. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: An International Journal* **9**(1), 58–70.
- Da W., Li X., Qiao S., Zhou Y. & Shen Z. (2018) Changes in sexual behaviors following diagnosis with HIV: patterns and correlates among people living with HIV (PLHIV) in China. *AIDS Care* **17**, DOI: 10.1080/09540121.2018.1487915.
- Davis LL. (1992) Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research* **5**, 194–197.
- Deblonde J., De Koker P., Hamers FF., Fontaine J., Luchters S. & Temmerman M. (2010) Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health* **20**(4), 422–432.
- Declaration of Helsinki. (2013) Ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association. *JAMA* **310**(20), 2191–2194.
- de Munnik S., Vervoort S., Ammerlaan H., Kok G. & den Daas C. (2017) From intention to STI prevention: an online questionnaire on barriers and facilitators for discussing sexual risk behaviour among HIV nurses. *Journal of Advanced Nursing* **73**, 2953–2961.
- DeVon HA., Block ME., Moyle-Wright P., Ernst DM., Hayden SJ., Lazzara DJ., Savoy SM. & Kostas-Polston E. (2007) A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* **39**(2), 155–164.
- Doward LC., McKenna SP., Kohlmann T., Niero N., Patrick D., Spencer B. & Thorsten H. (1998) The international development of the RGHQoL: a quality of life measure for recurrent genital herpes. *Quality of Life Research* **7**(2), 143–153.
- Drolet M., Brisson M., Maunsell E., Franco EL., Coutlée F., Ferenczy A., Ratnam S., Fisher W. & Mansi JA. (2011) The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sexually Transmitted Diseases* **28**(10), 949–956.

- East L., Peters K. & Jackson D. (2017) Violated and vulnerable: women's experiences of contracting a sexually transmitted infection from a male partner. *Journal of Clinical Nursing* **26**(15-16), 2342–2352.
- East L., Jackson D., O'Brien L. & Peters K. (2015) Being diagnosed with a sexually transmitted infection (STI): sources of support for young women. *Contemporary Nurse* **50**(1), 50–57.
- East L., Jackson D., O'Brien L. & Peters K. (2012) Stigma and stereotypes: women and sexually transmitted infections. *Collegian* **19**(1), 15–21.
- East L., Jackson D., O'Brien L. & Peters K. (2011a) Healthcare experiences of women who have been diagnosed with a sexually transmitted infection. *Journal of Clinical Nursing* **20**(15-16), 2259–2265.
- East L., Jackson D., O'Brien L. & Peters K. (2011b) Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing* **67**(1), 77–85.
- East L., Jackson D., Peters K. & O'Brien L. (2010) Disrupted sense of self: young women and sexually transmitted infections. *Journal of Clinical Nursing* **19**(13-14), 1995–2003.
- Eke A. & Oragwu C. (2011) Sperm washing to prevent HIV transmission from HIV-infected men but allowing conception in sero-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **19**(1), DOI: 10.1002/14651858.CD008498.pub2.
- El Fane M., Bensghir R., Sbai S., Chakib A., Kadiri N., Ayouch A. & Himmich H. (2011) Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies* **20**, 158–162.
- Eriksson LE. & Berglund T. (2007) Health-Related quality of life in homo- and bisexual men attending a sexually transmitted disease clinic in Sweden. *International Journal of STD & AIDS* **18**, 207–211.
- EU (2016) *Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset 2016/679, luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasäätös)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CLEX:32016R0679&from=EN> (12.9.2018).
- Ezbarami Z., Hassani P., Tafreshi M. & Majd H. (2017) A qualitative study on individual experiences of chronic hepatitis B patients. *Nursing Open* **4**, 310–318.

- Fajardo-Bernal L., Aponte-Gonzalez J., Vigil P., Angel-Müller E., Rincon C., Gaitán HG. & Low N. (2015) Home-based versus clinic-based specimen collection in the management of chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD011317. DOI: 10.1002/14651858.CD011317.pub2.
- Farmer T., Robinson K., Elliot SJ. & Eyles J. (2006) Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research* **16**(3), 377–394.
- Ferreira A., Young T., Mathews C., Zunza M. & Low N. (2013) Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD002843. DOI: 10.1002/14651858.CD002843.pub2.
- FINLEX ® (2017) *Ajantasainen lainsäädäntö: Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista 146/2017*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170146> (11.12.2017).
- FINLEX ® (2016) *Ajantasainen lainsäädäntö: Tartuntatautilaki 1227/2016*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227> (11.12.2017).
- FINLEX ® (2011) *Ajantasainen lainsäädäntö: Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> (13.3.2018).
- FINLEX ® (2010) *Ajantasainen lainsäädäntö: Terveydenhuoltolaki 1326/2010*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (13.3.2018).
- Flores D., Leblanc N. & Barroso J. (2016) Enrolling and retaining human immunodeficiency virus (HIV) patients in their care: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies* **62**, 126–136.
- Foster LR. & Byers ES. (2016) Predictors of the sexual well-being of individuals diagnosed with herpes and human papilloma virus. *Archives of Sexual Behavior* **45**, 403–414.
- Foster LR. & Byers ES. (2013) Comparison of the sexual well-being of individuals with and without a herpes and/or human papilloma virus infection diagnosis. *International Journal of Sexual Health* **25**(2), 148–162.
- Foster GR. (2009) Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. *Journal of Viral Hepatitis* **16**, 605–611.

- French H., Greeff M., Watson MJ. & Doak CM. (2015) HIV stigma and disclosure experiences of people living with HIV in an urban and a rural setting. *AIDS Care* **27**(8), 1042–1046.
- Gelinas L., Pierce R., Winkler S., Cohen IG., Lynch HF. & Bierer BE. (2017) Using social media as a research recruitment tool: ethical issues and recommendations. *The American Journal of Bioethics* **17**(3), 3–14.
- Gissler M. (2016) Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **53**(4), 231–232.
- Grove SK., Gray JR. & Burns N. (2015) *Understanding nursing research: building an evidence-based practice*. 6th edition. St Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Hair JF., Black WC., Babin BJ. & Anderson RE. (2010) *Multivariate data analysis: a global perspective*. 7th edition. Essex: Pearson Education Limited.
- Hammarlund K., Nyström M. & Jomeen J. (2012) Young women's experiences of managing self-treatment for anogenital warts. *Sexual & Reproductive Healthcare* **3**, 117–121.
- Hannuksela-Svahn A. (2014) *Tietoa potilaalle: Sukupuolitaudit, seksitaudit*. Lääkärikirja Duodecim. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=dlk00497 (21.2.2018).
- Hautamäki-Lamminen K. (2012) *Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa – tiedontarpeet ja tiedonsaanti*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Hautamäki-Lamminen K., Lipiäinen L., Åstedt-Kurki P., Lehto L. & Kellokumpu-Lehtinen P-L. (2011) Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* **9**(3), 14–22.
- Hautamäki-Lamminen K., Åstedt-Kurki P., Lehto J. & Kellokumpu-Lehtinen P-L. (2010) Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* **22**(4), 282–290.
- Heikkilä T. (2014) *Tilastollinen tutkimus*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Herrmann S., McKinnon E., Hyland NB., Lalanne C., Mallal S., Nolan D., Chassany O. & Duracinsky M. (2013) HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health and Quality of Life Outcomes* **11**:56, doi.org/10.1186/1477-7525-11-56.
- Hertzog MA. (2008) Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health* **31**(2), 180–191.
- Hill R., Pfeil M., Moore J. & Richardson B. (2014) Living with hepatitis c: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* **24**, 428–438.

- Hiltunen-Back E. & Puolakkainen M. (2018) ”Uudet” seksiteitse tarttuva taudit – lymphogranuloma venereum ja mycoplasma genitalium -infektio. *Duodecim* **134**, 1011–1016.
- Hiltunen-Back E. (2017) Klamydian ja tippurin hoito helppoa? *SIC Lääketietoa Fimeasta* **1**, 40–41.
- Hiltunen-Back E. & Apter D. (2011) Suojaamaton seksi. *Duodecim* **127**, 1343–1346.
- Hipolito R., Cristina de Oliveira D., Lessa da Costa T., Marques S., Pereira E. & Gomes A. (2017) Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista de Latino-Americana de Enfermagem* **25**, e2874, doi: 10.1590/1518-8345.1258.2874.
- Hivpoint. (2018) *Hiv ja aids -tietoa: miten suojautua tartunnalta?* <https://hivpoint.fi/hiv-ja-aids/miten-suojautua-tartunnalta/> (8.7.2018).
- Ho CF., Twinn S. & Cheng KKF. (2010) Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS. *Psychology, Health & Medicine* **15**(2), 210–219.
- Holloway I., Wheeler S. & Holloway I. (2010) *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3rd ed. Chichester; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.
- Hondien S., Sundaram V., Nease RF., Holodniy M., Lazzeroni LC., Zolopa A. & Owens DK. (2006) The effect of diagnosis with HIV infection on health-related quality of life. *Quality of Life Research* **15**, 69–82.
- Hopia H., Latvala E. & Liimatainen L. (2016) Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **30**(4), 662 – 669.
- Horvath T., Azman H., Kennedy G. & Rutherford G. (2012) Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **14**(3), DOI: 10.1002/14651858.CD009756.
- Im E-O. (2015) The current status of theory evaluation in nursing. *Journal of Advanced Nursing* **71**(10), 2268–2278.
- Im E-O. & Chang SJ. (2012) Current trends in nursing theories. *Journal of Nursing Scholarship* **44**(2), 156–164.
- Im E-O. (2005) Development of situation-specific theories: an integrative approach. *Advances in Nursing Science* **28**(2), 137–151.
- Jaakola S., Lyytikäinen O., Rimhanen-Finne R., Salmenlinna S., Savolainen-Kopra C., Liitsola K., Jalava J., Toropainen M., Nohnyek H., Virtanen M., Löflund J-E., Kuusi M. & Salminen M. (toim.). (2018) *Tartuntataudit Suomessa 2017*. Raportti 6/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Jiwani N., Gul R., Ali A, Salih M. & Hanzala M. (2013) Experiences and perceptions of patients living with hepatitis c in Karachi, Pakistan. *Journal of Transcultural Nursing* **24**(3), 297–304.
- Joanna Briggs Institute. (2014) *Reviewers' manual: 2014 edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf> (20.12.2017).
- Jokiranta S., Valtonen K., Kutvonen H., Ihalainen J., Halttunen T., Lappalainen M. & Hiltunen-Back E. (2017) Klamydian ja tippurin Internet-pohjaisen kotinäytteenottopalvelun tulokset Vantaalla. *Suomen Lääkärilehti* **72**(7), 419–424.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2013) *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.-5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kanste O., Kääriäinen M., Elo S., Pölkki T., Utriainen K. & Kyngäs H. (2010) Teorian tilastollinen testaaminen hoitotieteessä. *Hoitotiede* **22**(3), 195–205.
- Karaivazoglou K., Tsermpini E-E., Assimakopoulos K. & Triantos C. (2017) Sexual functioning in patients with chronic hepatitis C: a systematic review. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* **29**, 1197–1205.
- Karamouzian M., Shahesmaeli A., Khajekazemi R., Hooshyar S., Fallahi H., Haghdoost A. & Sharifi H. (2017) Awareness of and knowledge about STIs among nonmedical students in Iran. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* **43**(1), 21–28.
- Kippax S. (2010) Safe sex: it's not as simple as ABC. Teoksessa: Aggleton P. & Parker P. (toim.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge Talor & Francis Group, s.184–192.
- Klemetti R. & Raussi-Lehto E. (toim.) (2014) *Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020*. Opas 33/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL).
- Kontula O. (2016) *Lemmen paula. Seksuaalinen hyvinvointi parisubdeonnan avaimena*. Kat-sauksia E50, Väestöntutkimuslaitos. Helsinki: Väestöliitto.
- Kontula O. & Väisälä L. (2013) Miten kesä vaikuttaa seksuaaliseen haluun? *Duodecim* **129**, 1375–1378.
- Kroeger K., Torrone E. & Nelson R. (2016) Assessment: a core function for implementing effective interventions in sexually transmitted disease control programs. *Sexually Transmitted Diseases* **43**(1), 3–7.
- Kuortti M. & Halonen M. (2018) Miten nuorten seksuaaliterveyttä edistetään tehokkaimmin? *Duodecim* **134**, 873–879.
- Kuortti M. (2012) *Suomalaisten tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö.

- Kuula A. (2011) *Tutkimusetiikka: aineistojen bankinta, käyttö ja säilytys*. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä J., Roos M., Heikkinen T. & Suominen T. (2016a) Miesten välisen seksin turvallisuus miesten kuvaamana ja arvioimana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **53**(4), 272–285.
- Kylmä J., Roos M., Heikkinen T., Sepponen A-M., Pakarinen M. Suominen T. (2016b) Miesten välinen seksi – tietoa miesten seksuaaliterveyden edistämiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **53**(4), 258–271.
- Kylmä J., Roos M., Heikkinen T. & Suominen T. (2016c) Miesten, joilla on seksiä miesten kanssa, hiv-testausaktiivisuus ja arviot hiv-testaustilanteesta. *Hoitotiede* **28**(4), 298–311.
- Kylmä J., Sepponen A-M., Ollikainen J., Pakarinen M., Heikkinen T. & Suominen T. (2014a) Miesten kanssa seksiä harrastavat miehet: suhde omaan seksuaalisuuteen ja sosiaaliseen ympäristöön. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **51**(3), 161–176.
- Kylmä J., Sepponen A-M., Pakarinen M., Heikkinen T. & Suominen T. (2014b) Seksuaalikäyttäytyminen miesten välisissä satunnaisissa suhteissa – tietoa seksuaaliterveyden edistämiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **51**(1), 32–46.
- Kylmä J., Sepponen A-M., Ollikainen J., Pakarinen M., Heikkinen T. & Suominen T. (2014c) Päihteiden ja lääkeaineiden käyttö – tietoa terveyden edistämiseen. *Hoitotiede* **26**(2), 101–112.
- Kylmä J. & Juvakka T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kyngäs H., Elo S., Kääriäinen M. & Kanste, O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* **23**(2), 138–148.
- Kääriäinen M., Kanste O., Elo S., Pölkki T., Miettunen J. & Kyngäs H. (2011) Testing and verifying nursing theory by confirmatory factor analysis. *Journal of Advanced Nursing* **67**(5), 1163–1172.
- Köse A. (2014) The effect of missing data handling methods on goodness of fit indices in confirmatory factor analysis. *Educational Research and Reviews* **9**(8), 208–215.
- Laanterä S., Pölkki T. & Pietilä A-M. (2012) Mittarin kehittäminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa – esimerkkinä breastfeeding knowledge, attitude and confidence (BKAC)-mittari. *Hoitotiede* **24**(4), 325–334.
- Laine T. (2010). *Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma*. Teoksessa Aaltola J & Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 3. painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 28–45.
- Lauri S. & Kyngäs H. (2005) *Hoitotieteen teorian kehittäminen*. Vantaa: WSOY.

- Leikko R., Suominen T., Rantanen A., Eriksson T., Apter D. & Lehtinen M. (2015) Nuorten naisten seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **52**(4), 295–305.
- Lejelind E., Westerling R., Sjögren Fulg-Meyer K. & Larsson K. (2017) Condom use among Swedes while traveling internationally: a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* **19**, 257–263.
- Leyva-Moral J., Sánchez R., Lluva-Castaño A. & Mestres-Camps L. (2015) Living with constant suffering: a different life following the diagnosis of HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* **26**(5), 613–624.
- Liitsola K. (toim.), Brummer-Korvenkontio H., Hiltunen-Back E., Kauppinen J., Keronen J., Pasanen S., Ristola M., Sutinen J. & Strömberg A-M. (2017) *Suomen hiv-strategia 2018–2020*. Ohjaus 28/2017. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).
- Low N., Redmond S., Uusküla A., van Bergen J., Ward H., Andersen B. & Götz H. (2016) Screening for genital chlamydia infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD010866. DOI: 10.1002/14651858.CD010866.pub2.
- Magnani R., Sabin K., Saidel T. & Heckathorn D. (2005) Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS* **19**(Suppl 2), S67–S72.
- Mapp F., Wellings K., Hickson F. & Mercer C.H. (2017) Understanding sexual healthcare seeking behavior: why a broader research perspective is needed. *BioMedCentral Health Services Research* **17**:462. doi:10.1186/s12913-017-2420-z.
- Mark H., Dhir A. & Roth C. (2015) Sexually transmitted infections in the United States: overview and update. *The American Journal of Nursing* **115**(9), 34–44.
- Mark H., Gilbert L. & Nanda J. (2009) Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* **38**(3), 320–326.
- McKenna HP., Pajnkihar M. & Murphy F. (2014) *Fundamentals of nursing models, theories and practice*. 2nd edition. West-Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- McKenna HP. (1997) Theory and research: a linkage to benefit practice. *International Journal of Nursing Studies* **34**(6), 431–437.
- Meleis AI. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Metsämuuronen J. (2009) *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4: tutkijalaitos*. Helsinki: International Methelp Oy.

- Mhatre SK. & Sansgiry SS. (2016) Development of a conceptual model of health-related quality of life among hepatitis C patients: a systematic review of qualitative studies. *Hepatology Research* **46**(1), 29–39.
- Moreno R., Nababan HY., Ota E., Wariki W., Ezoe S., Gilmour S. & Shibuya K. (2014) Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
- Morse JM., Hupcey JE., Mitcham C. & Lenz ER. (1996a) Concept analysis in nursing research: a critical appraisal. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* **10**(3), 253–277.
- Morse JM., Mitcham C., Hupcey JE. & Tasón MC. (1996b) Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing* **24**, 385–390.
- Mortensen GL. & Larsen HK. (2010) The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BMC Public Health* **10**:113. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/113/>.
- Nobre N., Pereira M., Roine R., Sutinen J. & Sintonen H. (2018) HIV-related self-stigma and health-related quality of life of people living with HIV in Finland. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* **29**(2), 254–265.
- Nobre N., Pereira M., Roine R., Sintonen H. & Sutinen J. (2017) Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. *AIDS Care* **29**(8), 1074–1078.
- Nobre N., Kylmä J., Kirsi T. & Pereira M. (2016) Social networks of older adults living with HIV in Finland. *AIDS Care* **28**(2), 186–190.
- Nobre N., Kylmä J. & Kirsi T. (2012) "I live quite a good balanced life": a pilot study on the life experiences of ageing individuals living with HIV. *Nursing Research and Practice*, Volume 2012, Article ID 128108, <http://dx.doi.org/10.1155/2012/128108>.
- O'Brien K., Nixon S., Tynan A-M. & Glazier R. (2010) Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **4**(8), DOI: 10.1002/14651858.CD001796.pub3.
- O'Brien N., Greene S., Carter A., Lewis J., Nicholson V., Kwaramba G., Ménard B., Kaufman E., Ennabil N., Anderson N., Loutfy M., de Pokomandy A., Kaida A. & CHIWOS Research Team. (2017) Envisioning women-centered HIV care: perspectives from women living with HIV in Canada. *Women's Health Issues* **27**(6), 721–730.

- O'Byrne P. (2012) HIV prevention in the context of care: HIV testing and public health practice. *Public Health Nursing* **29**(2), 175–184.
- O'Byrne P. (2011) An argument for practice-based public health research on sexually transmitted infection management. *Public Health Nursing* **28**(4), 357–365.
- Okuno MF., Gosuen GC., Campanharo CR., Fram DS., Batista RE. & Belasco AG. (2015) Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude toward sexuality from the perspectives of individuals living with human immunodeficiency virus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* **23**(2), 192–199.
- Osei-Yeboah J., Owiredu W., Norgbe G., Yao Lokpo S., Obirikorang C., Allotey E., Deku J., Asiamah E., Manaphraim N., Nyamadi P., Boakye E., Ntoni T., Avorkliyah R., Aduko R., Quarshie S. & Gbemu M. (2017) Quality of life of people living with HIV/AIDS in the Ho Municipality, Ghana: a cross-sectional study, *AIDS Research and Treatment*, Volume 2017, Article ID 6806951, <https://doi.org/10.1155/2017/6806951>.
- Ota E., Wariki W., Mori R., Hori N. & Shibuya K. (2011) Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **7**(12), DOI: 10.1002/14651858.CD006045.pub3.
- Pakarinen M., Kylmä K., Helminen M. & Suominen T. (2017) Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet. *Hoitotiede* **29**(2), 139–149.
- Pakarinen M., Helminen M., Kylmä J. & Suominen T. (2014) Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytyminen. *Hoitotiede* **26**(3), 166–176.
- Paudel V. & Baral KP. (2015) Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive Health* **12**:53, doi.org/10.1186/s12978-015-0032-9.
- Pedrana A., Hellard M., Higgs P., Asselin J., Batrouney C. & Stoové M. (2014) No drama: key elements to the success of an HIV/STI-prevention mass-media campaign. *Qualitative Health Research* **24**(5), 695–705.
- Perret S. & Biley F. (2013) Negotiating uncertainty: the transitional process of adapting to life with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* **24**(3), 207–218.

- Perttula J. (2008) *Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteentooria*. Teoksessa Perttula J. & Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. 3. painos. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.
- Pituch KA. & Stevens JP. (2016) *Applied multivariate statistics for the social sciences: analyses with SAS and IBM'S SPSS*. 6th edition. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Plichta SB. & Kelvin E. (2013) *Munro's statistical methods for health care research*. 6th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit DF. & Beck CT. (2018) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Polit DF., Beck CT. & Owen SV. (2007) Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health* **30**(4), 459–467.
- Polit DF. & Beck CT. (2006) The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* **29**(5), 489–497.
- Puharic D., Borovac JA. & Petrov B. (2015) Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. *International Nursing Review* **62**, 294–302.
- Rathfisch G., Aydin M., Pehlivan M., Bozkurt B. & Kaplica I. (2012) Evaluation of reproductive health and sexual behaviors of university students: case study from Istanbul. *Contemporary Nurse* **43**(1), 47–55.
- Ratray J. & Jones MC. (2007) Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing* **16**, 234–243.
- Ripley V. (2011) Promoting sexual health in women who have sex with women. *Nursing Standard* **25**(51), 41–46.
- Risjord MW., Dunbar SB. & Moloney MF. (2002) A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* **34**(3), 269–275.
- Rivero-Mendez M., Portillo C., Solis-Baez SS., Wantland D. & Holzemer WL. (2009) Symptoms and quality of life for people living with HIV infection in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal* **28**(1), 54–59.
- Rose RC., Peake MR., Ennis N., Pereira DB. & Antoni MH. (2005) Depressive symptoms, intrusive thoughts, sleep quality and sexual quality of life in women co-infected with human immunodeficiency virus and human papillomavirus. *Chronic Illness* **1**, 281–287.

- Rostila T. & Leinikki P. (2003) *Sukupuolitautilien epidemiologia*. Teoksessa: Reunala T., Paavonen J. & Rostila T. (toim.) Sukupuolitaudit. Helsinki: Duodecim, 10–19.
- Roy C. (2018) Key issues in nursing theory: developments, challenges, and future directions. *Nursing Research* **67**(2), 81–92.
- Ryttyläinen K. & Valkama S. (2010) *Seksuaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Edita Prima.
- Räsänen P., Backman K. & Kyngäs H. (2007) Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **21**(3), 397–405.
- Sannisto T. (2011) *Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Santos MJ., Ferreira E., Duarte J. & Ferreira M. (2018) Risk factors that influence sexual and reproductive health in Portuguese university students. *International Nursing Review* **65**, 225–233.
- Seksitaudit. Käypä hoito -suositus*. (2018) Lääkärisseura Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50087#K1> (17.5.2018).
- Severe L., Fitzgerald D., Deschamps M., Reif L., Post K., Johnson W., Pape J. & Boutin-Foster C. (2014) “I am proud of myself, just the way I am”: a qualitative study among young Haitian women seeking care for sexually transmitted infections (STIs) in Haiti. *AIDS Education and Prevention* **26**(2), 158–169.
- Sgorbini M., O’Brien L. & Jackson D. (2009) Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *Journal of Clinical Nursing* **18**(16), 2282–2291.
- Sinisaari-Eskelinen M., Jouhki M-R., Tervo P. & Väisälä L. (2016) Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: plissitistä betteriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **53**(4), 286–293.
- Soares GB., Garbin CA., Roviada TA. & Garbin AJ. (2015) Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva* **20**(4), 1075–1084.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2016) *Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:63. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/78923> (11.7.2018).
- Sri T., Southgate E., Kerry S., Nightingale C. & Oakeshott P. (2017) Health-related quality of life and chlamydia trachomatis infection in sexually experienced female inner-city students: a community-based cross-sectional study. *International Journal of STD & AIDS* **28**(4), 367–371.

- Sun W., Wu M., Qu P., Lu C. & Wang L. (2013) Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLoS ONE* **8**(5), e64562. doi:10.1371/journal.pone.0064562.
- Taylor T., Munoz-Plaza C., Goparaju L., Martinez O., Holman S., Minkoff H., Karpiak S., Gandhi M., Cohen M., Golub E., Levine A., Adedimeji A., Gonsalves R., Bryan T., Connors N., Schechter G. & Wilson T. (2017) "The pleasure is better as I've gotten older": sexual health, sexuality, and sexual risk behaviors among older women living with HIV. *Archives of Sexual Behavior* **46**, 1137–1150.
- Terkamo-Moisio A., Halkoaho A. & Pietilä A-M. (2016) Sosiaalinen media tieteellisessä tutkimuksessa – tutkimuseettisiä näkökulmia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* **53**(2), 141–143.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2018) *Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta*. <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html> (21.2.2018).
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2017) *Käytä kondomia – vältä seksitauti*. <https://thl.fi/fi/ajankohtaista/kampanjat/kesaterveys/kayta-kondomia-valta-seksitauti> (24.2.2018).
- Thurmond VA. (2001) The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* **33**(3), 253–258.
- Tillman J. & Mark H. (2015) HIV and STI testing in older adults: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing* **24**, 2074–2095.
- Triantos C., Tsintoni A., Karaivazoglou K., Grigoropoulou X., Tsoalias C., Diamantopoulou G., Iconomou G., Thomopoulos K., Labropoulou-Karatzas C. & Assimakopoulos K. (2017) Male hepatitis C patients' sexual functioning and its determinants. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* **29**, 1241–1246.
- Tuomisto S., Koivula M. & Joronen K. (2014) Esitutkimuksen merkitys uuden mittarin tutkimuskäytölle – esimerkkinä POSEK-mittari. *Hoitotiede* **26**(2), 136–146.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje*. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (4.7.2018).
- Törnävä M., Koivula M. & Suominen T. (2013) Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. *Hoitotiede* **25**(4), 241–252.
- Vaismoradi M., Turunen H. & Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* **15**, 398–405.

- van der Heijden I., Abrahams N. & Sinclair D. (2017) Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD010806. DOI: 10.1002/14651858.CD010806.pub2.
- van der Snoek E., Couwenberg S., Lammers A. & van Loon AM. (2013) Anogenital warts: influence on quality of life in Dutch soldiers. *Sexually Transmitted Diseases* **40**(8), 650–651.
- von Sadvoszky V., Draudt B. & Boch S. (2014) A systematic review of reviews of behavioral interventions to promote condom use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* **11**(2), 107–117.
- Vriend HJ., Nieuwkerk PT. & van der Sande M. (2014) Impact of genital warts on emotional and sexual well-being differs by gender. *International Journal of STD & AIDS* **25**(13), 949–955.
- Vuorenmaa L., Ilola A-M., Mussalo-Rauhamaa H. & Hiltunen-Back E. (2012) *Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna – aktiivisia torjuntatoimia tarvitaan*. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. Tampere: Tammerprint Oy.
- Väisälä L. (2011) Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta? *Suomen Lääkärilehti* **66**(35), 2505–2512.
- Wang K., Merin A., Rendina H. & Pachankis J. (2018) Genital herpes stigma: toward the measurement and validation of a highly prevalent yet hidden public health problem. *Stigma and Health* **3**(1), 27–34.
- Wang SM., Shi JF., Kang DJ., Song P., Qiao YO. & Chinese HPV Study Group. (2011) Impact of human papilloma virus–related lesions on quality of life. *International Journal of Gynecological Cancer* **21**(1), 182–188.
- Watson R. & Thompson DR. (2006) Use of factor analysis in *Journal of Advanced Nursing*: literature review. *Journal of Advanced Nursing* **55**(3), 330–341.
- Wei C., Herrick A., Raymond H., Anglemyer A., Gerbase A. & Noar S. (2011) Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **7**(9), DOI: 10.1002/14651858.CD009337.
- Whittemore JE. & Knafl K. (2005) The Integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* **52**(5), 546–553.
- Wilson TE., Jean-Louis G., Schwartz S., Golub ET., Cohen MH., Maki P., Greenblatt R., Massad S., Robinson E., Goparaju L. & Lindau S. (2010) HIV infection and women’s sexual functioning. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* **54**(4), 360–367.

- Witte S., El-Bassel N., Gilbert L., Wu E. & Chang M. (2010) Lack of awareness of partner STD risk among heterosexual couples. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* **42**(1), 49–55.
- Woodhall S., Ramsey T., Cai C., Grouch S., Jit M., Birks Y., Edmunds WJ., Newton R. & Lacey CJ. (2008) Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sexually Transmitted Infections* **84**(3), 161–166.
- World Association for Sexual Health (WAS). (2014) *Declaration of Sexual Rights*. http://www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf (11.12.2017).
- World Health Organization (WHO). (2018) *Reproductive Health*. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (9.7.2018).
- World Health Organization (WHO). (2017) *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/ (8.7.2018).
- World Health Organization (WHO). (2016) *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021: Towards ending STIs*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/> (11.12.2017).
- World Health Organization (WHO): Regional Office for Europe and BZgA. (2010) *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Education and Health Authorities and Specialists*. Köln: BZgA.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustiedote potilaille/asiakkaille – laadullinen tutkimus

Arvoisa potilaamme,

olette ollut hoidossa xxxxxx sairaanhoitopiirissä xxxxxx sairaalassa *sukupuoli- tai infektio*tautien *poliklinikalla*. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

Xxxxx:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon akateemisiin opintoihin kuuluva Pro gradu - tutkielmaksi tarkoitettu tutkimus: *Sukupuolitaudin vaikutus seksuaaliterveyteen ja elämänlaatuun*. Sen tarkoituksena on tutkia, millaista on seksuaaliterveys ja elämänlaatu sukupuolitautia sairastavalla potilaalla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi sukupuolitautien hoitamisessa ja ehkäisyssä. Tutkimuksen suorittajana on sairaanhoitaja, terveystieteiden maisteriopiskelija Toni Haapa.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimus suoritetaan helmikuussa 2012 teemahaastatteluna tai puhelinhaastatteluna. Tutkimuksen tulokset raportoidaan toukokuun 2012 loppuun mennessä. Tutkimukseen toivotaan 20 sukupuolitautia sairastavaa potilasta. Sukupuolitaudilla ja taudin vaiheella ei ole merkitystä tutkimukseen osallistumisen kannalta. Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, niin ottakaa yhteyttä tutkimuksen tekijään puhelimitse tai sähköpostitse **viimeistään 29.2.2012 mennessä**.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne xxxxxx:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada tutkimuksen suorittajalta:

Toni Haapa

TtK, TtM-opiskelija, sh AMK

p. xxx-xxx xxxx

xxxxxxx@xxxxx.fi

Tutkimuksen ohjaajat:

Jari Kylmä FT, dosentti
Tampereen yliopisto

Tarja Suominen THT, professori
Tampereen yliopisto

Tutkimuslupa myönnetty xx.xx.2011: vastaava ylilääkäri xxxxxx xxxxxx

Liite 2. KoSKE[©]-mittarin sisältövaliditeetin arvioinnin tulokset ja palautteen perusteella tehdyt muutokset

Mittarin osa-alue Väittämät	Asiantuntijat ¹					I-CVI ² SCVI/Ave ³	Väittämä modifioinnin jälkeen
	A	B	C	D	E		
Kokemukset seksitaudin saamisesta						0.83³	
Ennen kuin seksitauti todettiin, minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin sukupuolitauti vai ei	2	3	4	4	4	0.80	Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei
Seksitaudin toteamisen jälkeen minulla oli tarve selvittää mistä olin saanut sukupuolitaudin	2	4	4	4	4	0.80	
Tarvitsin lisätietoa juuri todetusta seksitaudista	4	4	4	3	4	1.00	
Tunsin menettäneeni hetkellisesti henkisen tasapainoni	4	4	4	3	3	1.00	
Tunsin itseni likaiseksi	4	1	4	2	3	0.60	
Tunsin menettäneeni kontrollin omasta kehosta	4	3	4	4	3	1.00	
Tunsin minuuteni haavoittuneen	4	1	2	3	3	0.60	
Seksitaudin saaminen tuntui kuolemantuomiolta	4	2	4	2	–	0.50	
Seksitaudin saamisen jälkeen havahduin riskialttiin seksin vaaroihin	4	4	4	4	4	1.00	
Seksitaudin saaminen tuntui väistämättömältä seuraukselta aiemman seksikäyttäytymisen perusteella	4	3	4	4	4	1.00	
Seksitaudin saamisen jälkeen ymmärsin, että olin ottanut riskejä seksissä	4	3	4	4	2	0.80	

Liite 2 jatkuu seuraavalla sivulla.

Liite 2 jatkuu edelliseltä sivulta.

Mittarin osa-alue Väittämät	Asiantuntijat ¹					I-CVI ² SCVI/Ave ³	Väittäjä modifioinnin jälkeen
	A	B	C	D	E		
Kokemukset seksitaudin hoidosta						0.78³	
Minulla on huoli seksitaudin hoidon onnistumisesta	4	4	4	3	4	1.00	
Olen motivoitunut itse hoitamaan seksitautiani	4	4	4	4	3	1.00	
Toteutan hoitoa hoitohenkilökunnalta (hoitajilta ja lääkäreiltä) saamieni ohjeiden mukaan	4	4	4	4	3	1.00	
Terapiakeskustelut ovat epämiellyttäviä	--	1	4	4	2	0.50	Hoitoon liittyvät keskustelut ovat epämiellyttäviä
Tunnen häpeää seksitaudin hoidossa	2	3	4	4	4	0.80	
Seksitaudin hoito on kivuliasta	4	1	4	3	2	0.60	
Hoidot ovat helpottaneet vointiani	4	1	4	4	4	0.80	
Hoitojen avulla on mahdollista pitää tauti kurissa	3	1	4	4	2	0.60	Hoitojen avulla on mahdollista pitää seksitauti kurissa
Hoitojen haittavaikutukset aiheuttavat minulle kärsimystä	4	1	4	4	3	0.80	
Tunnen pystyväni hallitsemaan hoitojen haittavaikutuksia	4	1	4	3	3	0.80	
Seksitaudin hoito on vaihtelevaa riippuen hoitopaikasta	2	2	4	4	1	0.40	Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitopaikasta
Seksitaudin hoito on vaihtelevaa riippuen hoitohenkilökunnasta	2	2	4	4	1	0.40	Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitohenkilökunnasta
Hoidot tukevat jaksamistani	4	1	4	4	3	0.80	

Liite 2 jatkuu seuraavalla sivulla.

Liite 2 jatkuu edelliseltä sivulta.

Mittarin osa-alue Väittämät	Asiantuntijat ¹					I-CVI ² SCVI/Ave ³	Väittäjä modifioinnin jälkeen
	A	B	C	D	E		
Seksitaudin hoito on minulle vaivatonta	4	4	4	4	3	1.00	
Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun asiallisesti	4	4	4	4	4	1.00	
Hoitohenkilökunnan tietämys seksitaudistani on riittämätöntä	2	4	4	4	4	0.80	
Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun ennakkoluuloisesti	4	4	4	4	4	1.00	
Kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen						0.83³	
Arjen rutiinit muuttuvat seksitaudin seurauksena	4	1	4	3	4	0.80	Arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin seurauksena
Suoriudun arjen askareista vointini mukaan	3	1	4	4	3	0.80	
Arjessa seksitauti muistuttaa olemassa olostaan oireilemalla silloin tällöin	3	1	4	3	–	0.75	
Lääkkeet ovat minulle osa arkea	3	1	4	4	4	0.80	
Elämänlaatuni huononee seksitaudin myötä	4	3	4	4	3	1.00	Elämänlaatuni on huonontunut seksitaudin myötä
Löydän keinoja kestää arjen muuttumisen seksitaudin seurauksena	4	1	4	3	3	0.80	
Kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen						0.83³	
Seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteeni	4	4	4	4	4	1.00	
Hyväksyn sen, että joudun elämään seksitaudin kanssa	4	1	4	4	4	0.80	

Liite 2 jatkuu seuraavalla sivulla.

Liite 2 jatkuu edelliseltä sivulta.

Mittarin osa-alue Väittämät	Asiantuntijat ¹					I-CVI ² SCVI/Ave ³	Väittäjä modifioinnin jälkeen
	A	B	C	D	E		
Suhtaudun tulevaisuuteen myönteisesti seksitaudista huolimatta	4	3	4	4	4	1.00	
Pyrin elämään tässä hetkessä	2	2	4	4	4	0.60	
Toivon, että elämäni muuttuisi vielä tulevaisuudessa toisenlaiseksi	3	1	4	4	4	0.80	Toivon elämäni muuttuvan vielä tulevaisuudessa toisenlaiseksi Toivon löytäväni kumppanin, joka hyväksyy seksitaudin Toivon voivani vielä jonain päivänä perustaa perheen
Toivon, että löytäisin kumppanin, joka hyväksyy seksitaudin	3	1	4	4	4	0.80	
Toivon, että voisin vielä jonain päivänä perustaa perheen	3	1	4	3	4	0.80	
Tulevaisuus huolettaa minua	4	3	4	4	1	0.80	
Kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin						0.94³	
Kerron valikoivasti ihmisille seksitaudistani	3	4	4	4	4	1.00	
Pyrin salaamaan seksitautini ihmisiltä	3	4	4	4	4	1.00	
Kerron seksitaudista silloin kun siitä ei aiheudu minulle haittaa	3	2	4	4	4	0.80	
Pelkään tulevani torjutuksi seksitaudin takia	4	4	4	4	4	1.00	
Pelkoni muiden huonosta suhtautumisesta seksitautiini osoittautuu yleensä turhaksi	4	4	4	4	4	1.00	
Ihmiset ympärilläni ovat kadonneet seksitaudin paljastuttua heille	4	4	4	4	4	1.00	
Saan tukea ympärilläni olevilta ihmisiltä	4	2	4	4	4	0.80	

Liite 2 jatkuu seuraavalla sivulla.

Liite 2 jatkuu edelliseltä sivulta.

Mittarin osa-alue Väittämät	Asiantuntijat ¹					I-CVI ² SCVI/Ave ³	Väittäjä modifioinnin jälkeen
	A	B	C	D	E		
Seksielämäni kuihtuu seksitaudin takia	4	2	4	4	3	0.80	
Minulla on vaikeuksia toteuttaa halujeni mukaista seksielämää seksitaudin takia	4	4	4	4	4	1.00	
Seksielämäni nautinnollisuus vähentyy seksitaudin takia	4	4	4	4	3	1.00	
Seksielämäni normalisoituu ajan myötä	3	4	4	4	3	1.00	
Tiedostan, että voin mahdollisesti tartuttaa seksitaudin (seksi)kumppanilleni	3	4	4	4	4	1.00	
Minulla ei ole tarvetta muuttaa seksikäyttäytymistäni seksitaudin saamisesta huolimatta	3	4	4	4	2	0.80	
Haluan muuttaa seksikäyttäytymistäni turvallisemmaksi seksitau- din saamisen seurauksena	3	4	4	4	4	1.00	
						0.84⁴	

¹ Arvioitsijat arvioivat kunkin kysymyksen asteikolla 1–4 (1=ei tarpeellinen, 2=jokseenkin tarpeellinen, 3=tarpeellinen, 4=erittäin tarpeellinen)

² Väittäjäkohtainen sisältövaliditeetti-indeksi (I-CVI), kysymystä tarpeellisena tai erittäin tarpeellisena pitävien osuus arvioitsijoiden kokonaislukumäärästä

³ Mittarin osa-alueiden sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave), joka on muodostettu laskemalla yhteen I-CVI:t ja jakamalla summa väittämien lukumäärällä

⁴ Koko mittarin sisältövaliditeetti-indeksi (S-CVI/Ave), joka on muodostettu laskemalla yhteen I-CVI:t ja jakamalla summa väittämien lukumäärällä

©Haapa T, Suominen T & Kylmä J.

Tutkimustiedote

Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä – pilottitutkimus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää seksitautien ennaltaehkäisyssä ja hoitamisessa. Tutkimuksen suorittajina ovat terveystieteiden maisteri Toni Haapa (väitöskirjatutkija), professori Tarja Suominen ja dosentti Jari Kylmä Tampereen yliopistosta.

Kutsumme seksitaudin saaneita henkilöitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tähän tutkimukseen voi osallistua.

Toteutamme sähköisen kyselyn lokakuussa 2017 – tammikuussa 2018. Tutkimukseen toivotaan 50 seksitautia sairastavaa henkilöä. Seksitaudilla tai taudin vaiheella ei ole merkitystä tähän tutkimukseen osallistumisen kannalta. Mikäli haluat osallistua tutkimukseen ja olet yli 18-vuotias, niin vastaa kyselyyn alla olevan Internet-linkin kautta. Linkki kyselylomakkeeseen on rakennettu niin, ettei tutkijoille välity tietoja siitä, miltä tietokoneelta / älypuhelimelta / tabletilla kyselyyn on vastattu. Kaikki tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Halutessasi voit keskeyttää kyselyyn vastaamisen ilman seuraamuksia.

Vastaa mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Mikäli haluat osallistua tutkimukseen, pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn, joka avautuu tästä linkistä:

xx

Ystävällisin terveisin,
Toni Haapa
Sairaanhoitaja (AMK), TtM, TtT-opiskelija
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet
Sähköposti: xxxx@xxxx.fi
Puhelin: xxx xxx xxxx

Liite 5. Tutkimustiedote potilaille/asiakkaille – määrällinen tutkimus

Arvoisa potilaamme,

olette olleet tai olette tällä hetkellä hoidossa xxxxxx sairaanhoitopiirissä xxxxxx sairaalassa sukupuoli- tai infektioautien poliklinikalla. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

Xxxxx:ssa on annettu lupa suorittaa tutkimus: *Seksitauti tartunnan saaneen aikuisen elämässä*. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää seksitautien ennaltaehkäisyssä ja hoitamisessa. Tutkimuksen suorittajina ovat terveystieteiden maisteri Toni Haapa, professori Tarja Suominen ja dosentti Jari Kylmä Tampereen yliopistosta.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Kyselytutkimus suoritetaan tammi-toukokuussa 2018 sähköisenä kyselyinä. Tutkimukseen toivotaan 300 seksitautia sairastavaa potilasta. Seksitaudilla tai taudin vaiheella ei ole merkitystä tähän tutkimukseen osallistumisen kannalta. Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen ja olette yli 18-vuotias, niin vastatkaa kyselyyn alla olevan Internet-linkin kautta. Linkki kyselylomakkeeseen on rakennettu niin, ettei tutkijalle välity tietoja siitä, miltä tietokoneelta kyselyyn on vastattu. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne xxxxxx:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Lisätietoja voitte saada tutkimuksen suorittajalta: Toni Haapa (terveystieteiden maisteri ja sairaanhoitaja), p. xxx xxx xxx, xxxx@xxxx.fi

Tutkimusluvan myöntäjä: xxxxx ja päiväys xx.xx.2017

Oheisen linkin kautta pääsette vastaamaan kyselyyn:

xx

Voitte käyttää myös oheista QR-koodia linkkinä kyselyyn:

xx

Tutkimustiedote

Kokemukset seksitaudin kanssa elämisestä – kyselytutkimus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä kokemuksia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää seksitautien ennaltaehkäisyssä ja hoitamisessa. Tutkimuksen suorittajina ovat terveystieteiden maisteri Toni Haapa (väitöskirjatutkija), professori Tarja Suominen ja dosentti Jari Kylmä Tampereen yliopistosta.

Kutsumme seksitautia sairastavia tai sairastaneita henkilöitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tähän tutkimukseen voi osallistua.

Toteutamme sähköisen kyselytutkimuksen tammi-toukokuussa 2018. Tutkimukseen toivotaan 300 seksitautia sairastavaa henkilöä. Seksitaudilla tai taudin vaiheella ei ole merkitystä tähän tutkimukseen osallistumisen kannalta. Mikäli haluat osallistua tutkimukseen ja olet yli 18-vuotias, niin vastaa kyselyyn alla olevan Internet-linkin kautta. Kyselyyn vastaaminen vie noin 15 minuuttia. Linkki kyselylomakkeeseen on rakennettu niin, ettei tutkijoille välity tietoja siitä, miltä tietokoneelta / älypuhelimelta / tablettilta kyselyyn on vastattu. Kaikki tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Halutessasi voit keskeyttää kyselyyn vastaamisen ilman seuraamuksia.

Vastaa mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Mikäli haluat osallistua tutkimukseen, pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn, joka avautuu alla olevasta linkistä:

XX

Ystävällisin terveisin,
Toni Haapa
Sairaanhoidaja (AMK), TtM, TtT-opiskelija
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet
Sähköposti: xxxxxx@xxxxx.fi
Puhelin: xxx xxx xxxx

Liite 7. Tutkittavien sosiodemografiset taustatiedot ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen (n=213)

Taustatietokysymykset	n	%	Ka	Kh		n	%
<i>Sukupuoli (n=212)</i>					<i>Seksuaalinen suuntautuminen (n=213)</i>		
Nainen	126	59			Heteroseksuaali	127	60
Mies	77	36			Homoseksuaali	38	18
En halua määritellä	9	4			Biseksuaali	29	14
<i>Ikä (n=211)</i>			32.9	11.2	En halua määritellä	16	8
19–29 vuotta	100	47			Muu	2	1
30–39 vuotta	60	28			En koe seksuaalista vetovoimaa toisia henkilöitä kohtaan	1	1
40–49 vuotta	33	16					
yli 50 vuotta	18	9					
<i>Koulutus (n=213)</i>					Seksuaalinen riskikäyttäytyminen viimeisen kuukauden aikana		
Opisto- tai korkeakoulututkinto	124	58			<i>Suuseksiä ilman kondomia tai suuseksisuoja (n=213)</i>		
Lukio, ylioppilas- tai ammatillinen tutkinto	81	38			Kyllä	150	70
Oppivelvollisuus	4	2			Ei	63	30
Lisensiaatin tai tohtorintutkinto	4	2			<i>Emätin- tai anaalilyhdyntöjä ilman kondomia (n=213)</i>		
<i>Työllisyystilanne* (n=213)</i>					Kyllä	135	63
Työssä	129	61			Ei	78	37
Opiskelija	106	50			<i>Seksiä päähtyneenä** ilman kondomia tai suuseksisuoja (n=213)</i>		
Eläkkeellä	10	5			Ei	152	71
Työtön	3	1			Kyllä	59	28
Vanhempainvapaalla	4	2			En tiedä	2	1
Muu	4	2					
<i>Parisuhdetilanne viimeisimmän seksitaudin tartuntatavalla (n=212)</i>							
Satunnainen kumppani	83	39					
Vakituinen kumppani	82	39					
Vakituinen ja satunnainen kumppani	36	17					
Muu	11	5					
<i>Parisuhdetilanne tutkimukseen osallistumisen tavalla (n=213)</i>							
Vakituinen kumppani	123	58					
Ei vakituista eikä satunnaista kumppania	51	24					
Satunnainen kumppani	28	13					
Vakituinen ja satunnainen kumppani	9	4					
Muu	2	1					

Huom: *tutkittavat saivat valita useamman vastausvaihtoehdon, **alkoholi, huumausaineet tai lääkkeet

Liite 8. Tutkittavien seksitauteja koskevat taustatiedot (n=213)

Seksitauteja koskevat taustatietokysymykset	n	%		n	%	Md	Q1-Q3
<i>Oletko aiemmin käynyt seksitautitesteissä? (n=212)</i>			<i>Kuinka kauan ehdit sairastaa viimeistä seksitautia? (n=96)</i>				
Kyllä	177	84	Viikkoja	44	46		
Ei	35	16	Kuukausia	37	39		
<i>Onko Sinulla aiemmin todettu jokin seksitauti? (n=212)</i>			Vuusia	9	9		
Kyllä	108	51	Päiviä	6	6		
Ei	102	48	<i>Kuinka kauan olet sairastanut viimeistä seksitautia? (n=94)</i>				
En tiedä	2	1	Vuusia	61	65		
<i>Mikä seksitauti Sinulla on viimeisimpänä todettu? (n=213)</i>			Kuukausia	22	23		
Sukuelinherpes	69	32	Viikkoja	9	10		
Klamydia	50	23	Päiviä	2	2		
Kondylooma	45	21	<i>Mikä sai Sinut hakeutumaan seksitautitesteihin?* (n=213)</i>				
Hiv	23	11	Oireiden takia	145	68		
Tippuri	14	7	Käyn testeissä säännöllisesti	36	17		
Kuppa	6	3	Suojaamattoman seksitilanteen takia	33	16		
Muu	5	2	Kumppanin kehotuksesta	26	12		
C-hepatiitti	1	1	Terveystarkastuksen yhteydessä tehty seulonta	13	6		
<i>Millaiselta kumppanilta olet saanut viimeisimmän seksitaudin? (n=213)</i>			Muu	11	5		
Satunnaiselta kumppanilta	99	46	Terveystarkastuksen ammattilainen otti testauksen puheeksi	9	4		
Vakituisealta kumppanilta	82	39	<i>Missä seksitautiasi on hoidettu?* (n=211)</i>				
En tiedä	32	15	Terveyskeskuksessa	74	35		
<i>Keneltä olet saanut viimeisimmän seksitaudin? (n=213)</i>			Sukupuolitautien poliklinikalla / vastaanotolla	66	31		
Eri sukupuolta olevalta kumppanilta	144	68	Yksityisessä lääkärikeskuksessa	49	23		
Samaa sukupuolta olevalta kumppanilta	50	23	Opiskelijaterveydenhuollossa	38	18		
En tiedä	19	9	Iho- tai infektiotautien poliklinikalla	26	12		
<i>Millaisessa seksissä olet saanut viimeisimmän seksitaudin? (n=213)</i>			Muualla	14	7		
Emätinyhdyntäessä	112	52	<i>Miten seksitautiasi on hoidettu?* (n=210)</i>				
En tiedä	49	23	Lääketableteilla	141	67		
Anaaliyhdyntäessä	31	15	Lääkevoiteilla	65	31		
Suuseksissä	20	9	Ei mitenkään	25	12		
Muu	1	1	Jäädytyksellä	15	7		
<i>Onko viimeisin seksitautisi jo parantunut? (n=212)</i>			Lääkepestoksella	11	5		
Kyllä	97	46	Muuten	7	3		
Ei	95	45	Laser-hoidolla	5	2		
En tiedä	20	9	Leikkauksella	5	2		
			<i>Itsearvioitu tietämys seksitaudeista** (n=212)</i>			4.20	3.80-4.60

Huom: *tutkittavat saivat valita useamman vastausvaihtoehdon, **asteikolla 1-5 (jossa 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)

Liite 9. KoSKE®-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudin saamisesta -osa-alueen osalta (n=172)

MITTARIN OSA-ALUE Summamuuttajat Väittämät	Kom- munali- teetit	Rotatoidut faktorit ja lataukset		
		F1	F2	F3
KOKEMUKSET SEKSITAUDIN SAAMISESTA (n=172)				
Tiedonjonon herääminen				
Minulla oli tarve selvittää, onko minulla jokin seksitauti vai ei	0.074
Seksitaudin toteamisen jälkeen minulla oli tarve selvittää mistä olin saanut sukupuolitaudin	0.654			0.808
Tarvitsin lisätietoa juuri todetusta seksitaudista	0.526			0.658
Taudin vangiksi joutuminen				
Tunsin menettäneeni hetkellisesti henkisen tasapainoni	0.810	0.874		
Tunsin itseni likaiseksi	0.699	0.774		
Tunsin menettäneeni kontrollin omasta kehosta	0.767	0.874		
Tunsin minuuteni haavoittuneen	0.820	0.904		
Seksitaudin saaminen tuntui kuolemantuomiolta	0.613	0.770		
Oman seksihistorian tarkasteleminen				
Seksitaudin saamisen jälkeen havahduin riskialttiin seksin vaaroihin	0.648		0.659	
Seksitaudin saaminen tuntui väistämättömältä seuraukselta aiemman seksikäyttäytymiseni perusteella	0.768		0.801	
Seksitaudin saamisen jälkeen ymmärsin, että olin ottanut riskejä seksissä	0.807		0.892	
Faktorin selitysaste (%)		34	17	14
Faktorien yhteinen selitysaste (%)				65

Extraction Method: Principal Component Analysis (PCA)

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Liite 10. KoSKE[®]-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudin hoidosta -osa-alueen osalta (n=68)

MITTARIN OSA-ALUE Summamuuttujat Väittämät	Kom- munali- teetit	Rotatoidut faktorit ja lataukset		
		F1	F2	F3
KOKEMUKSET SEKSITAUDIN HOIDOSTA (n=68)				
Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon				
Minulla on huoli seksitaudin hoidon onnistumisesta	0.335			0.513
Olen motivoitunut seksitaudin hoitoon	0.688		0.791	
Toteutan hoitoa hoitohenkilökunnalta (hoitajilta ja lääkäreiltä) saamieni ohjeiden mukaan	0.668		0.798	
Kivuliaiden hoitojen avulla yliotteeseen taudista				
Hoitoon liittyvät keskustelut ovat epämiellyttäviä	0.663			0.812
Tunnen häpeää seksitaudin hoidossa	0.719			0.848
Seksitaudin hoito on kivuliasta	0.399	0.566		
Hoidot ovat helpottaneet oloani	0.492		0.624	
Hoitojen avulla on mahdollista pitää seksitauti kurissa	0.397		0.541	
Hoitojen haittavaikutukset aiheuttavat minulle kärsimystä	0.403	0.531		
Tunnen pystyväni hallitsemaan hoitojen haittavaikutuksia	0.354		0.420	
Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta				
Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitopaikasta	0.750	0.812		
Seksitaudin hoito on erilaista riippuen hoitohenkilökunnasta	0.640	0.737		
Hoidot tukevat jaksamistani	0.636		0.740	
Seksitaudin hoito on minulle vaivatonta	0.633	-0.610	0.443	
Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun asiallisesti	0.433	-0.522		
Hoitohenkilökunnan tietämys seksitaudistani on riittämätöntä	0.423	0.573		
Hoitohenkilökunta suhtautuu minuun ennakkoluuloisesti	0.498	0.662		
Faktorin selitysaste (%)		16	14	13
Faktorien yhteinen selitysaste (%)				43

Extraction Method: Principal Component Analysis (PCA)

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Liite 11. KoSKE[®]-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa arkeen -osa-alueen osalta (n=81)

MITTARIN OSA-ALUE	Kom-	Rotatoidut fakto-
Summamuuttujat	munali-	rit ja lataukset
Väittämät	teetit	F1
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA ARKEEN (n=81)		
Arjen muuttuminen / muuttumattomuus		
Arjen rutiinit ovat muuttuneet seksitaudin seurauksena	0.263	0.513
Suoriudun arjen askareista vointini mukaan	0.107	0.327
Arjessa seksitauti muistuttaa olemassa olostaan oireilemalla silloin tällöin	0.385	0.620
Lääkkeet ovat minulle osa arkea	0.591	0.769
Elämänlaatuni on huonontunut seksitaudin myötä	0.397	0.630
Löydän keinoja kestää arjen muuttumisen seksitaudin seurauksena	0.394	0.627
Faktorin selitysaste (%)		36

Extraction Method: Principal Component Analysis (PCA)

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Liite 12. KoSKE[®]-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen -osa-alueen osalta (n=72)

MITTARIN OSA-ALUE	Kom-	Rotatoidut faktorit ja	
Summamuuttujat	munali-	lataukset	
Väittämät	teetit	F1	F2
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA TULEVAISUUTEEN (n=72)			
Muuttumaton tulevaisuus			
Seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteeni	0.563	0.704	
Hyväksyn sen, että joudun elämään seksitaudin kanssa	0.619	0.782	
Suhtaudun tulevaisuuteen myönteisesti seksitaudista huolimatta	0.730	0.845	
Tuntematon tulevaisuus			
Pyrin elämään tässä hetkessä	0.573	0.733	
Toivon elämäni muuttuvan vielä tulevaisuudessa toisenlaiseksi	0.436	-0.479	0.455
Toivon löytäväni kumppanin, joka hyväksyy seksitaudin	0.401		0.632
Toivon voivani vielä jonain päivänä perustaa perheen	0.714		0.842
Tulevaisuus huolettaa minua	0.571	-0.624	0.426
Faktorin selitysaste (%)		37	20
Faktorien yhteinen selitysaste (%)			57

Extraction Method: Principal Component Analysis (PCA)

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Liite 13. KoSKE[®]-mittarin rakennevaliditeetti kokemukset seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin -osa-alueen osalta (n=85)

MITTARIN OSA-ALUE		Kom- munali- teetit	Rotatoidut faktorit ja lataukset			
Summamuuuttajat	Väittämät		F1	F2	F3	F4
KOKEMUKSET SEKSITAUDISTA SUHTEESSA MUIHIN IHMISIIN (n=85)						
Seksitaudista kertomisen dilemma						
	Kerron valikoivasti ihmisille seksitaudistani	0.616				0.757
	Pyrin salaamaan seksitautini ihmisiltä	0.452	0.436			
	Kerron seksitaudista silloin kun siitä ei aiheudu minulle haittaa	0.539				0.720
Ympäristön vaihteleva suhtautuminen						
	Pelkään tulevani torjutuksi seksitaudin takia	0.635	0.698			
	Pelkoni muiden huonosta suhtautumisesta seksitautiin osoittautuu yleensä turhaksi	0.568	-0.689			
	Ihmiset ympärilläni ovat kadonneet seksitaudin paljastuttua heille	0.549	0.566			
	Saan tukea ympärilläni olevilta ihmisiltä	0.534	-0.594	-0.410		
Haavoittunut seksielämä						
	Seksielämäni kuihtuu seksitaudin takia	0.777	0.876			
	Minulla on vaikeuksia toteuttaa halujeni mukaista seksielämää seksitaudin takia	0.828	0.898			
	Seksielämäni normalisoituu ajan myötä	0.700	-0.758			
	Tiedostan, että voin mahdollisesti tartuttaa seksitaudin (seksi)kumppanilleni	0.673			0.774	
	Minulla ei ole tarvetta muuttaa seksikäyttäytymistäni seksitaudin saamisesta huolimatta	0.486	-0.405		-0.565	
	Haluan muuttaa seksikäyttäytymistäni turvallisemmaksi seksitaudin saamisen seurauksena	0.605			0.720	
Haavoittumaton seksielämä						
	Seksielämäni nautinnollisuus vähentyy seksitaudin takia	0.882	0.927			
	Faktorin selitysaste (%)		25	14	13	10
	Faktorien yhteinen selitysaste (%)					62

Extraction Method: Principal Component Analysis (PCA)

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

OSAJULKAISUT

Sukupuolitaudin saaminen ja hoito tartunnan saaneen kokemana

Toni Haapa

TtM, TtT-opiskelija

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

haapa.toni.k@student.uta.fi

Tarja Suominen

THT, professori

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

tarja.suominen@uta.fi

Jari Kylmä

FT, TtL, dosentti

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

jari.kylma@uta.fi

Hyväksytty julkaistavaksi 5.9.2014

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sukupuolitaudin saamista ja sen hoitoa tartunnan saaneen kokemana. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin keväällä 2012 kahdeksalta sukupuolitauteja sairastavalta henkilöltä ja se analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sukupuolitauteidiagnoosi herätti tiedonjonon, johon sisältyy kysymykset omasta sukupuolitauteistatuksesta, taudin luonteesta ja tartunnan lähteestä. Sukupuolitaudin saaminen tuntui taudin vangiksi joutumiselta. Diagnoosin saamisen jälkeen tarkasteltiin omaa seksihistoriaa, joka merkitsi seksin vaaroihin havahtumista ja toisaalta tartunnan näkemistä riskikäyttäytymisen luonnollisena seurauksena.

Sukupuolitaudin hoitoon suhtauduttiin vastuuntuntoisesti, joka oli huolta hoitojen onnistumisesta ja omaa aktiivisuutta hoidossa. Kivuliaiden hoitojen avulla saatiin yliote taudista. Hoitoketjun toiminnasta oli ristiriitaisia kokemuksia. Hoito koettiin pirstaleiseksi, mutta toisaalta sen tuki nähtiin merkittävänä. Hoito katsottiin myös mutkattomaksi ja hoitohenkilökunnan suhtautuminen ammattimaiseksi.

Hoitotyössä tartunnan saanutta tulee tukea tiedollisesti ja emotionaalisesti alkuvaiheen kokemusten keskellä. Hoitoketjun toiminnan tulee perustua jatkuvuuteen ja hoitohenkilökunnan hienovaraisuuteen.

ASIASANAT

sukupuolitaudit, tartunta, seksuaaliterveys, hoito

Ihmisen elämässä seksuaalisuuden ilmaiseminen on keskeinen perustarve (Kontula 2009). Vuosittain yli kymmenentuhatta ihmistä Suomessa saa yleisvaarallisen (kuppa) tai ilmoitettavan (klamydia, tippuri, hiv-infektio, hepatiitti B ja C) sukupuolitauteitartunnan suojaamattoman seksin seurauksena (Käypä hoito -suositus 2010, THL 2014). Lisäksi on arvioitu, että HPV-virusta (human papillomavirus) kantaa 30–50 prosenttia sekä genitaalierpestä noin 20 prosenttia ihmisistä (Hiltunen-Back ja Ranki 2000, Hannuksela 2012).

Tietoisuus sukupuolitaudeista auttaa edistämään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitosten (THL) on julkaissut väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020. Toimintaohjelman tarkoitus on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä,

vähentää terveyseroja ja väestön eriarvoisuutta muun muassa lisäämällä tietoa ja kehittämällä palveluja. Toimintaohjelman tavoitteena seksitautien osalta on pyrkiä varmistamaan sujuva pääsy seksitautitesteihin ilman leimautumisen pelkoa ja lisäämään terveydenhuollon toimijoiden asiantuntemusta seksitaudeista. Yhtenä keskeisenä toimenpiteenä näihin tavoitteisiin pääsemisessä nähdään seksitauteja koskeva tutkimustyö. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014.)

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Sukupuolitaudit, kuten muutkin sairaudet, aiheuttavat taudin kantajalle moninaisia vaikutuksia elämän eri osa-alueille (Hiltunen-Back ja Ranki 2000, Hawkes 2008). Sukupuoli-

tauti koetaan erityisesti psyykkisenä taakkana (Mortensen ja Larsen 2010, Drolet ym. 2011). Suomessa tutkimusta sukupuolitautilien merkityksestä ihmisen elämään on tehty keräämällä tietoa vain hiv-tartunnan saaneilta (Nobre ym. 2012). Kansainvälisesti tutkimustieto painottuu kysymyksiin yksittäisten tautien vaikutuksista elämänlaatuun tai seksuaaliseen hyvinvointiin (esim. Mark ym. 2009, Sgorbini ym. 2009, Abboud ym. 2010, Mortensen ja Larsen 2010). Hoitotieteellinen tutkimus aiheesta on hyvin vähäistä.

Kun henkilö kuulee saaneensa sukupuolitautilartunnan ja saa diagnoosin, herättää se yleensä paljon negatiivisia tunteita, kuten syyllisyyttä, katumusta, likaisuutta ja häpeää (Mark ym. 2009, Mortensen 2010, Saldanha de Almeida ym. 2010). Tieto tartunnasta voi aiheuttaa haavoittuvuuden tuntemuksen ja vakavan kriisin (Mortensen 2010). Epäily omasta tartunnasta voi syntyä, jos kumppanilla on oireita. Tällöin hakeudutaan tutkimuksiin. (Balaile ym. 2008.) Tartuttajaa kohtaan saatetaan kokea vihaa ja vaikeutta antaa anteeksi (Mulholland ja Van Wersch 2007, Saldanha de Almeida, ym. 2010).

Sukupuolitaudin saaminen ei välttämättä ole ahdistava kokemus. Kokemukseen sukupuolitaudin saamisesta vaikuttaa tartunnan saaneen persoonallisuus. Psyykkinen haavoittuvuus voi aiheuttaa sukupuolitaudin kokemisen ahdistavana. (Rosenthal ym. 2006.) Sukupuolitautiin voidaan myös suhtautua välinpitämättömästi, mikä voi ilmetä esimerkiksi suojaamattoman seksin harrastamisena sukupuolitaudista huolimatta (Bouhnik ym. 2006).

Hoitoon liittyvät kokemukset voivat olla rankkoja tartunnan saaneelle (Sgorbini ym. 2009). Hoitoon hakeutuminen voidaan itsessään kokea vaikeaksi siihen liittyvän psyykkisen ahdistuksen vuoksi (Mortensen ja Larsen 2010). Hoidot voivat olla kivuliaita, koska ne kohdistuvat genitaalialueen limakalvoihin, ja hoitojen seurauksena seksuaalinen halu voi vähentyä (Mortensen 2010). Hoitotoimien kuvataan aiheuttavan häpeän, nolostumisen ja ahdistuksen tunteita. Toisaalta taudin toteaminen ja hoito koetaan helpotuksena. (Mulholland ja Van Wersch 2007.) Erityisesti hiv-infektioon käytetyn yhdistelmälääkehoidon koetaan lisäävän elämänlaatua (Abasiubong ym. 2010, Abboud ym. 2010).

Tartunnan saaneiden kokemukset terveydenhuollosta voivat olla kielteisiä tai myönteisiä. Osa kokee, että terveydenhuollossa päätetään hoidoista asiakkaan puolesta (Mortensen 2010). Terveydenhuoltohenkilöstöä saatetaan pitää ennakkoluuloisena (Sgorbini ym. 2009). Myönteisenä pidetään, että sukupuolitaudeista on saatavilla nykyään enemmän tietoa ja että niihin on paremmat hoidot kuin aiemmin (Mark ym. 2009).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sukupuolitaudin saamista ja sen hoitoa tartunnan saaneen kokemana. Tutkimusta ohjasivat seuraavat kysymykset:

1. Millaisia kokemuksia liittyy sukupuolitaudin saamiseen?
2. Millaisia kokemuksia liittyy sukupuolitaudin hoitoon?

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimuksen osallistujat ja aineistonkeruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin keväällä 2012 kahdeksalta (n = 8) sukupuolitautilta sairastavalta mieheltä. Tutkimukseen tavoiteltiin suurempaa osallistujamäärää, mutta ilmeisesti tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi tutkimukseen ilmoittautui vähemmän osallistujia kuin oli toivottu. Toisaalta tutkimusaineiston saturoituminen saavutettiin jo kahdeksan osallistujan haastattelun perusteella (Elo ja Kyngäs 2008, Kylmä ja Juvakka 2012).

Osallistujien ikäjakauma oli 24 vuodesta 53 vuoteen. Tutkimusajankohtana kahdella osallistujalla oli genitaaliherpes, neljällä hiv, yhdellä kondylooma ja yhdellä klamydia. Pitkäaikaisten sukupuolitautilien (genitaaliherpes, hiv) sairastamisaika vaihteli 2 vuodesta 20 vuoteen. Osallistujista neljä oli ollut vakituisessa parisuhteessa tartuntahetkellä ja tutkimusajankohtana neljä osallistujaa oli vakituisessa parisuhteessa. Yhdellä osallistujalla oli ollut aiemmin myös muita sukupuolitauteja.

Tutkimuksen osallistujien rekrytointi tapahtui tutkimuksen kohdeorganisaation sukupuolitautilien ja infektiosairauksien poliklinikoilla. Osallistujiksi etsittiin potilaita, joille oli diagnosoitu sukupuolitauti. Osallistujat ottivat yhteyttä tutkimuksen tekijään puhelimitse tai sähköpostitse saatuaan informaation tutkimuksesta hoitohenkilökunnalta. Neljä haastatteluista suoritettiin puhelimitse, neljä osallistujaa tuli haastattelua varten yliopistollisen sairaalan tiloihin. Haastattelut kestivät 25 minuutista tuntiin ja 45 minuuttiin.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, jossa haastattelun teemat muodostuivat aiemmasta sukupuolitauteja käsittelevästä tutkimustiedosta (Rosenthal ym. 2006, Mark ym. 2009, Sgorbini ym. 2009, Mortensen 2010, Salahanda de Almeida ym. 2010). Haastatteluteemoina olivat: sukupuolitaudin saamiseen liittyvät kokemukset sekä sukupuolitaudin hoitoon liittyvät kokemukset (Burns ja Grove 2009).

Aineiston analysointi

Aineiston analyysi toteutettiin teemoittain induktiivisella sisällönanalysilla. Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla haastattelut. Aineistosta haettiin manuaalisesti tutkimuskysymyksiin vastaavia ajatuskokonaisuuksia tai yksittäisiä lausumia, jotka pelkistettiin. Pelkistysaiheita tutkimuskysymyksiin oli aineistossa yhteensä 444, ja ne jakautuivat seuraavasti (kpl): sukupuolitaudin saamiseen liittyvät kokemukset 202 ja sukupuolitaudin hoitoon liittyvät kokemukset 242. Pelkistykset ryhmiteltiin manuaalisesti palaten säännöllisesti haastatteluaineistoon varmentamaan pelkistysten konteksti ja sitä kautta

merkityssisällöt. Samansisältöiset pelkistyksen muodostivat alaluokkia, joille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Sisällönanalyysia jatkettiin yhdistelemällä keskenään samankaltaisia alaluokkia yläluokiksi. Samansisältöisistä yläluokista muodostettiin pääluokkia. Taulukossa 1 on esimerkki yhden alaluokan muodostumisesta. (Elo ja Kyngäs 2008, Kylmä ja Juvakka 2012.)

TULOKSET

Sukupuolitaudin saamiseen liittyvät kokemukset

Sukupuolitauditdiagnoosi herätti tiedonjonon ja kokemuksen taudin vangiksi joutumisesta. Lisäksi tartunnan saaneet alkoivat tarkastella omaa seksihistoriaansa. (Taulukko 2.)

Tiedonjonon herääminen ilmeni tarpeena saada tietää sukupuolitautilaustatus, saada lisätietoa sukupuolitaudeista sekä saada tietää tartunnan lähde.

Tarve saada tietää sukupuolitautilaustatus tarkoitti epäiltävän tartunnan lisäksi myös muiden sukupuolitautilaustestien testaamista, jotta saataisiin kokonaiskuva tilanteesta. Sukupuolitautilaustestien ottamisen koettiin konkretisoivan epäilyjä myös muista sukupuolitaudeista. Testitulosten odottaminen aiheutti epävarmuutta ja ahdistusta. Testitulosten saaminen oli merkityksellistä, koska siten saatiin selvyys sukupuolitautilaustuksesta. *”Sitten sitä jäi mieltä, onko niissä muissa kokeissa jotakin.”*

Sukupuolitauditdiagnoosin saamisen yhteydessä heräsi tarve saada lisätietoa sukupuolitaudeista. Koettiin, ettei tiedetty riittävästi sukupuolitautilaustestien oireista tai niiden vaikutuksista elämään. Tästä syystä haettiin lisätietoa omatoimisesti internetistä. *”Sit teki sen, että lähti netistä lukeen asioita (tietoja)...”*

Alkuvaiheessa koettiin tarvetta saada tietää tartunnan lähde. Kysymykset tartunnan lähteestä olivat ensireaktioita

diagnoosin saamisen jälkeen. Haluttiin aktiivisesti ja omatoimisesti selvittää, mistä tartunta oli saatu. Pohdintojen tuloksena tartuttaja selvisi yleensä varsin nopeasti. *”Mä mietin, että mistä olen tämän voinut saada.”*

Kokemus taudin vangiksi joutumisesta tarkoitti puhtauden, kontrollin ja sisäisen tasapainon hetkellistä menettämistä sekä hiv-tartunnan kokemista kuolemantuomiona.

Diagnoosin saamisen jälkeen sisäisen tasapainon hetkellinen menettäminen oli tyypillinen kokemus. Tieto tartunnasta saattoi tulla järkyttävänä yllätyksenä, ja ajatusten koettiin olleen kaoottisia. Diagnoosin saaminen aiheutti voimakkaimmillaan paniikkiin joutumisen tuntemuksia. Myös internetistä löydetty tieto lisäsi ahdistusta. Tartuttajan syyllistäminen, joka saattoi olla voimakastakin, valtasi ajatukset aiheuttaen sisäisen tasapainon järkkymistä. *”Se (hiv-diagnoosi) tuli kuin salama kirkkaalta taivaalta.”*

Sukupuolitauditdiagnoosin jälkeen koettiin puhtauden menettämistä ja saastumisen tunnetta. Taudin oireet aiheuttivat likaisuuden tuntemuksia. Puhtauden menettämisen kokemukset saattoivat olla niin voimakkaita, että ne aiheuttivat fyysistä pahanolontunnetta. *”Päälimmäisenä oli sellanen saastumisen tunne.”*

Kontrollin menettäminen näkyi haluna päästä eroon taudista, pitää parempaa huolta terveydestä ja aloittaa viisaampi seksuaalikäyttäytyminen. Halu päästä eroon taudista saattoi ilmetä pyrkimyksenä poistaa taudin konkreettisia vaikutuksia, kuten genitaalialueen rakkuloita. Lisäksi koettiin pelkoa taudin näkymisestä ulospäin. Kontrollin menettämistä kuvasi myös, että tauti oli vaikea hyväksyä osaksi itseä. *”...ja yritin pesusenellä niitä (rakkuloita) hangata pois.”*

Hiv-infektio koettiin kuolemantuomiona ja tauti assosioitiin kuolemaan. Kuolemanpelko heräsi hiv-tartunnan

Taulukko 1. Esimerkki alaluokan ”Lääkehoidon vaivattomuus” muodostumisesta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka
<i>”...että sen (klamydian) sai pois niin helpolla.”</i>	sai klamydian pois helpolla	Lääkehoidon vaivattomuus
<i>”No se hoitohan siihen klamydiaan oli se kerta-antibiootti mikä oli helpotus.”</i>	hoito klamydiaan oli kerta-annos antibioottia	
	kertahoito (lääke) oli helpotus	
<i>”Onneksi sen (genitaalierpeksen) lääkityksen hoitaminen sujui pienellä vaivamalla ja melko huomaamattomasti.”</i>	onneksi lääkityksen hoitaminen sujui pienellä vaivalla	
	onneksi lääkityksen hoitaminen sujui melko huomaamattomasti	
<i>”...mutta siihenkin (genitaalierpeksen) on voidehoito riittänyt.”</i>	voidehoito on riittänyt tautiin	
<i>”Mä koin sen luonnollisena että totta kai sitä mennään hoidattamaan tai nyt alkaa sitten lääkähoidot...”</i>	lääkehoidot luonnollinen osa taudin hoitoa	
<i>”...mutta se tippuri hoidettiin sukupuolitautilaustestien poliklinikalla.”</i>	tippurin lääkkeellinen hoito sukupuolitautilaustestien klinikalla	

saamisen jälkeen. Pelkkä tieto sukupuolitautiltartunnasta sai pelkäämään, että kyseessä voi olla hiv. Mikäli saatiin muu kuin hiv-diagnoosi, koettiin helpotusta siitä, ettei kyseessä ollutkaan elämää lyhentävä sairaus. ”*Kyllähän sitä sitten mielti sitä kadullakin kun käveli, että noin ne vaan jatkaa matkaansa ja minä kohta kuolen.*”

Oman seksihistorian tarkasteleminen tarkoitti seksin vaaroihin havahtumista ja kokemusta siitä, että tartunta oli riskikäyttäytymisen luonnollinen seuraus.

Seksin vaaroihin havahtuminen tapahtui aiemman seksikäyttäytymisen reflektoinnin myötä. Tartunnan jälkeen kuvattiin ymmärrystä irtosuhteiden vaaroista. Katumus riskikäyttäytymisestä ja itsesyytökset saattoivat olla hyvinkin voimakkaita osallistujien keskuudessa. ”*Sukupuolitauti sai minut eka kertaan havahtumaan useiden irtosuhteiden vaaroista.*”

Tartunta riskikäyttäytymisen luonnollisena seurauksena tarkoitti oman riskikäyttäytymisen tiedostamista ja sitä, että

tartunnasta oli ollut jo ennakkooavistus olemassa. Tietoisen riskikäyttäytymisen perusteella sukupuolitauti hyväksyttiin osaksi omaa kohtaloa. Sukupuolitauti saatettiin myös nähdä vain tautina muiden joukossa, ja sitä ei koettu erityisenä katastrofina. ”*No arvaa vaan olenko käyttänyt mitään (ehkäisyä), no en todellakaan, että mä olen tällaista seksiä harrastanut.*”

Sukupuolitaudin hoitoon liittyvät kokemukset

Sukupuolitaudin hoitoa kuvattiin vastuuntuntoisena suhtautumisena taudin hoitoon sekä yliotteen saamisena taudista kivuliaiden hoitojen avulla. Lisäksi mainittiin ristiriitaisia kokemuksia hoitoketjun toiminnasta (taulukko 3).

Vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon tarkoitti huolta hoidon onnistumisesta sekä omaa aktiivisuutta hoidon toteuttamisessa.

Kysymys hoitojen onnistumisesta herätti huolta ja pitkäaikaisten sukupuolitautien yhteydessä myös toivottomuutta:

Taulukko 2. Sukupuolitaudin saamiseen liittyvät kokemukset.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Epäiltävän tartunnan lisäksi myös muiden sukupuolitautien testaaminen	Tarve saada tietää sukupuolitautilstatus	TIEDONJANON HERÄÄMINEN
Testitulosten odottaminen		
Testitulosten saaminen		
Puutteelliset tiedot sukupuolitaudeista	Tarve saada lisätietoa sukupuolitaudeista	TAUDIN VANGIKSI JOUTUMINEN
Lisätiedon hakeminen omatoimisesti internetistä		
Tartunnan lähteen selvittäminen	Tarve saada tietää tartunnan lähde	
Tartuttajan selviäminen	Sisäisen tasapainon hetkellinen menettäminen	
Järkyttävä yllätys		
Kaoottiset ajatukset		
Paniikkiin joutuminen		
Internetistä löydetty tieto lisäsi ahdistusta		
Tartuttajan syyllistäminen	Puhtauden menettäminen	
Saastutetuksi tuleminen tunne		
Likaisuuden tunne		
Pahan olon tunne		
Halu päästä eroon taudista	Kontrollin menettäminen	
Pelot taudin näkymisestä ulospäin		
Vaikeus hyväksyä tautia osaksi itseä		
Kuoleman pelon herääminen	Hiv:n kokeminen kuolemantuomiona	
Sukupuolitautiltartunta itsessään herättää pelon hiv:stä		
Helpotus, ettei kyseessä ole elämää lyhentävä hiv		
Aiemman seksikäyttäytymisen reflektointi	Seksin vaaroihin havahtuminen	OMAN SEKSIHISTORIAN TARKASTELEMINEN
Katumus riskikäyttäytymisestä		
Oman riskikäyttäytymisen tiedostaminen	Tartunta riskikäyttäytymisen luonnollinen seuraus	
Tartunnan hyväksyminen osaksi kohtaloa		
Sukupuolitauti vain tauti muiden joukossa		

väsymystä hoidossa olemiseen ja turhautumista hoidon rehtomuuteen. Huolta aiheuttivat myös hiv-infektion lääkehoidon sivuvaikutukset. Yhdistelmälääkehoidon tehokkuus koettiin hyvänä, mutta lääkityksen mahdolliset sivuvaikutukset tiedostettiin. *”Niitten lääkkeitten (hiv) sivuvaikutukset tietysti mietityttää välillä...”*

Oma aktiivisuus hoidon toteuttamisessa oli itsehoitoa pitkäaikaisten sukupuolitautilien hoidossa. Sitoutuminen lääkehoidon toteuttamiseen koettiin oleelliseksi tekijäksi. Osallistujat kuvasivat, että hiv:n yhdistelmälääkityksen toteuttaminen itsenäisesti edellyttää opettelua tarkkoihin lääkkeenottoaikoihin. *”No se on kuitenkin täsmälääke, että pitäis saada se tässä alkuvaiheessa aika täsmällisesti ottaa.”*

Kivuliaiden hoitojen avulla päästiin yliotteeseen taudista. Hoitojen kivuliaisuus tarkoitti ikäviä muistoja terapiakeskusteluista, hoitoon liittyviä häpeän tunteita ja tuskallista hoitoa. Toisaalta huomattiin hoidon vapauttava vaikutus sekä se, että hoidot tuovat mahdollisuuden kontrolloida pitkäaikaista tautia.

Sukupuolitaudin diagnosoinnin jälkeen saatettiin hakeutua terapiaan. Osallistujat kuvasivat ikäviä muistoja terapiakeskusteluista. Terapiakeskustelu oli mahdollisesti ensimmäinen ja ainoa terapiatapaaminen siihen mennessä. Terapiakeskustelut olivat hiv-positiivisten kokemuksia, ja ne olivat jääneet osallistujien muistiin epämiellyttävinä. *”Se (terapia) on jäänyt semmosena mieleen, muistan vieläkin sen paikan ja tilan, se missä ne keskustelut käyntiin.”*

Osallistujat kokivat sukupuolitaudin hoidon yhteydessä häpeää ja nolouden tunnetta. Taudin arkaluontoisuuden vuoksi sukupuolitautilien klinikalle meneminen koettiin erityisen vaikeaksi. Hoidossa genitaalialueen paljastaminen koettiin noloksi. *”Lääkäriin meneminen tuntui häpeälliseltä...”*

Tuskallinen hoito tarkoitti tuskallisia hoitotoimenpiteitä ja testienottotilanteita. Hoitotoimenpiteistä kipuja aiheuttivat esimerkiksi kondylooman hoito ja leikkaukset. Myös lääkehoidon toteuttaminen injektioin aiheutti fyysistä harmia. Sukupuolitautilien ottaminen genitaalialueen rakkuloista ja verinäyttein kuvattiin kivuliaaksi. *”Hoito itsestään oli erittäin pitkä ja tuskallinen, koska rakkulat (kondyloomat) poltettiin yksitellen 3 viikon jaksoissa...”*

Sukupuolitaudin hoidon vapauttava vaikutus merkitsi sitä, että hoito itsessään paransi taudin jättäen varjoon sen aiheuttamat sivuvaikutukset. Hoidon avulla vapauduttiin kiusallisista genitaalialueen oireista. *”Sit (lääkehoidon jälkeen) oli se tunne, että mä oon puhdas kaikesta tarttuvasta.”*

Hoitojen koettiin tuoneen mahdollisuuden kontrolloida pitkäaikaista tautia. Osallistujat kuvasivat, että onnistuneen lääkehoidon avulla pitkäaikaisen taudin esiintyvyyttä voidaan hillitä tai se saadaan piiloon. Hiv:n yhdistelmälääkkeet koettiin toimiviksi. Niiden kuvattiin pidentävän elinikää ja saavan virustasot alle mittausarvojen. *”-- sillä (lääkehoito) taudin ilmeneminen voidaan pysäyttää melko hyvin oireilun tasolle...”*

Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta merkitsi hoidon pirstaleisuutta, hoidon tukea antavaa vaikutusta, hoidon mutkattomuutta ja hoitohenkilökunnan ammattimaista suhtautumista.

Sukupuolitautilien saaneet kuvasivat hoidon pirstaleisuutta, joka tarkoitti lähinnä hiv-positiivisten toivetta pysyvistä hoitosuhteesta omalääkärin kanssa. Vaihtuvien lääkärikontaktien vuoksi hoitosuhde ei muodostunut eheäksi. Kiireessä kohdatuksi tuleminen ilmentyi siten, ettei lääkärillä ei ollut riittävästi aikaa pysähtyä hoitoon liittyvien asioiden äärelle. *”Lääkäri vaihtuu joka kerta, et mitään oikeeta kontaktia ei sitten saa.”*

Toisaalta sukupuolitautilien saaneet kuvasivat hoidon tukea antavaa vaikutusta, joka ilmeni hoidon kokonaisvaltaisuutena. Osallistujat pitivät tärkeänä sitä, että hoidossa huomioidaan ihminen kokonaisuutena eikä hoideta vain sukupuolitautilia. Hoidon kannustavuutta olivat hoitohenkilökunnan kannustavat kommentit ja kehotukset virkistävien asioiden pariin hakeutumisesta. *”Sairaalassa minut otettiin hirveen hyvin vastaan, just se että yksilönä, ettei ollu vaan, että ai sulla on tämmönen.”*

Hoidon mutkattomuudesta kertoi myös vaivaton lääkehoito, joka tapahtui esimerkiksi kertahoidolla antibioottein. Toisaalta osa osallistujista koki myös, ettei sukupuolitaudin hoito poikennut muiden tautien hoidosta. *”No se hoitohan siihen klamydiaan oli se kerta-antibiootti, mikä oli helpotus.”*

Hoitohenkilökunnan ammattimainen suhtautuminen koettiin sukupuolitautilien saaneiden näkökulmasta merkitykselliseksi. Osallistujat kuvasivat, että hoidossa oli myönteistä hoitajien ystävällinen suhtautuminen sekä hoitohenkilökunnan hienovaraisuus. Ammattimainen suhtautuminen koettiin jopa yllättävänä, sillä ennen hoitoon hakeutumista hoitohenkilökunnan huonosta suhtautumisesta oli potilailla ollut ennakkoluuloja, jotka sitten osoittautuivat turhiksi. *”...mulla oli omat ennakkoluuloni mahdollisesta kohtelustani (hoidon yhteydessä), mutta ne osoittautu täysin turhiksi.”*

POHDINTA

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukselle haettiin puoltavat lausunnot kohdeorganisaation sukupuolitautilien toimialan eettisestä toimikunnasta sekä johtavalta ylihoitajalta ja tutkimuslupa kohdeorganisaation tutkimustoiminnasta vastaavalta ylilääkäriltä. Osallistujien haavoittuvuuden huomiointi oli keskeistä tässä arkaluontoisessa tutkimuksessa. Sukupuolitaudit ovat ihmiselle sensitiivinen asia, ja niiden hoidossa potilaille on turvattava anonymiteetti. Sukupuolitautilia voi olla hoidettavissa oleva tai vakava elinikä lyhentävä sairaus, mutta joka tapauksessa se vaikuttaa voimakkaasti tartunnan saaneen psyykkiseen hyvinvointiin. Sukupuolitaudista ja siihen liittyvistä kokemuksista puhuminen saattaa palauttaa ahdistavia muistoja. Osallistujien itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamisella pyrittiin

Taulukko 3. Sukupuolitaudin hoitoon liittyvät kokemukset.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Toivottomuus hoitojen suhteen	Huoli hoidon onnistumisesta	VASTUUNTUNTOINEN SUHTAUTUMINEN TAUDIN HOITOON
Huoli hiv:n lääkeshoidon sivuvaikutuksista		
Itsehoidon toteuttaminen	Oma aktiivisuus hoidon toteuttamisessa	
Sitoutuminen lääkeshoidon toteuttamiseen		
Ensimmäistä kertaa elämässä terapiaan hiv-tartunnan seurauksena	Ikävät muistot terapiakeskusteluista	KIVULIAIDEN HOITOJEN AVULLA YLIOTTEESEEN TAUDISTA
Epämiellyttävät terapiakeskustelut		
Hoitoon menemisen nolous	Hoitoon liittyvät häpeän tunteet	
Genitaalialueen paljastamisen nolous		
Tuskalliset hoitotoimenpiteet	Tuskallinen hoito	
Tuskalliset testienottilanteet		
Hoito paransi tartunnan	Hoidon vapauttava vaikutus	
Kiusallisista oireista vapautuminen		
Lääkehoito taudin esiintymisen hillitsijänä	Hoidot tuovat mahdollisuuden kontrolloida pitkäaikaista tautia	
Toimivat hiv:n yhdistelmä lääkkeet		
Toive pysyvästä hoitosuhteesta	Hoidon pirstaleisuus	RISTIRIITAINEN KOKEMUS HOITOKETJUN TOIMINNASTA
Kiiressä kohdatuksi tuleminen		
Hoidon kokonaisvaltaisuus	Hoidon tukea antava vaikutus	
Hoidon kannustavuus		
Lääkehoidon vaivattomuus	Hoidon mutkattomuus	
Sukupuolitaudin hoito ei poikkea muiden tautien hoidosta		
Hoitajien ystävällinen suhtautuminen	Hoitohenkilökunnan ammattimainen suhtautuminen	
Hoitohenkilökunnan hienovarainen suhtautuminen		
Turhaksi osoittautuneet ennakkoluulot hoitohenkilökunnan suhtautumisesta		

välttämään tutkimuksesta heille mahdollisesti aiheutuvia haittoja. (Aho ja Kylmä 2012, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Osallistujien anonymiteettiä kunnioitettiin siten, että hoitohenkilökunta rekrytoi osallistujat tutkimukseen hoidon yhteydessä. Osallistujat ottivat tutkimuksen tekijään yhteyttä siinä vaiheessa, kun olivat saaneet tarvittavat tiedot tutkimuksesta ja kokivat halukkuutta osallistua. Osallistujien tietoon perustuva suostumus oli edellytys tutkimukseen osallistumiseen. Tutkimusprosessi ja sen tulokset on pyritty kuvaamaan siten, että aineiston monipuolisuus välittyy mutta osallistujien anonymiteetti säilyy. (Eriksson ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Haastattelujen aikana tutkimuksen tekijä pyrki luomaan turvallisen ja luottamuksellisen suhteen osallistujan kanssa. Osallistujalle kerrottiin, ettei kyseessä ollut hoidollinen

keskustelu. Tutkimuksen tekijä joutui haastattelujen aikana tilanteisiin, joissa häneltä odotettiin kannanottoja niin hoidollisiin kuin henkilökohtaisiin asioihin. Tutkimuksen tekijä pyrki näissä tilanteissa toimimaan kannanottoja välttämällä ja korostamaan ammattimaista suhtautumista osallistujaan ja tiedostamaan oman kaksoisroolinsa. Haastatteluiden jälkeen varmistettiin, että osallistujalle jäi positiivinen kokemus eivätkä käsitellyt asiat jääneet painamaan mieltä. (Eriksson ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analyysin ja tutkimuksen raportoinnin näkökulmista. Tutkimuksessa on kuvattu sukupuolitauteihin liittyviä kokemuksia neljän sukupuolitaudin osalta. Osallistujien taustatietoja on kuvattu niiltä osin kuin niiden voidaan olettaa vaikuttavan tulosten siirrettävyyteen.

Edustavuutta heikentäväksi tekijäksi voidaan katsoa se, ettei tutkimukseen osallistunut naisia. Aineiston keruun yhteydessä haastattelulla pystyttiin lähestymään arkaluontoista aihetta, siten että aiheesta puhuminen oli osallistujille helpompaa. Teema-haastattelun runko pohjautui aiempaan tutkittuun tietoon, ja se ohjasi väljästi niihin asioihin, joihin sukupuolitauditartunnan tiedetään vaikuttavan. Toisaalta teema-haastattelulla mahdollistettiin osallistujien ainutlaatuiset kokemukset, jollaisia ei ollut välttämättä tuotu esille aiemmissa tutkimuksissa. (Burns ja Grove 2009, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Aineisto analysoitiin ajallisesti lähellä aineiston keräämistä, ja näin tutkimuksen tekijällä oli syvälinen käsitys osallistujien kokemusmaailmasta. Tutkimuksen tekijällä ei ole kokemusta sukupuolitauditartunnan saaneiden potilaiden hoitamisesta, mitä voidaan pitää aineiston analyysin induktiivisuuden kannalta edistävänä tekijänä, sillä aineiston analysointiin eivät vaikuttaneet tutkijan omat empiiriset kokemukset ilmiöstä. Analyysivaiheessa varmistettiin aineiston ja tulosten vuoropuhelu palaamalla säännöllisesti aineistoon. Aineiston analyysistä keskusteltiin tutkimusryhmässä, millä vahvistettiin analyysin luotettavuutta. Tulosten vahvistettavuutta on pyritty lisäämään liittämällä niihin alkuperäisilmauksia haastatteluaineistosta sekä kuvaamalla aineiston analyysin eteneminen. (Burns ja Grove 2009, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Tutkimuksen raportoinnissa on kuvattu koko tutkimusprosessi niin, että ulkopuolinen pystyy sitä seuraamaan ja arvioimaan. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat on raportoitu perusteluineen. (Burns ja Grove 2009, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Tulosten tarkastelu

Sukupuolitaudin saamisen yhteydessä koetaan tiedonjonon heräämistä, taudin vankiksi joutumisen tunnetta sekä tarvetta oman seksihistorian tarkasteluun. Sukupuolitaudin hoito merkitsee omaa vastuuntuntoista suhtautumista hoitoon, kivuliaiden hoitojen avulla yllötteen saamista taudista ja ristiriitaisia kokemuksia hoitoketjun toiminnasta.

Tiedonjonon heräämisellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että tartunnan diagnosointi herättää paljon kysymyksiä, joihin halutaan saada vastaus heti alkuvaiheessa. Tässä tutkimuksessa tuli esille tiedonjonon monipuolisuus. Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu esille vain lisätiedon tarve sukupuolitaudeista (Mendias 2007, Mulholland ja Van Wersch 2007). Yhteistä aiempien tutkimusten kanssa on kuitenkin, että tartuttajan selvittyä häneen liitetään voimakkaita tuntemuksia, kuten vihaa ja anteeksiantamattomuutta (Saldanha de Almeida ym. 2010). Tässä tutkimuksessa ei tullut esille, mitä kokemuksia osallistujilla oli tavasta, jolla testitulokset kerrottiin heille. Hultin ym. (2009) tutkimuksessa hiv-positiivisten ahdistusta pahensi, että tuloksen kertonut terveydenhuollon ammattihenkilö oli itse tilanteessa järkyttynyt tai kiihtynyt.

Taudin vankiksi joutuminen tarkoittaa menettämisen kokemuksia. Tämä näkyy erityisesti pitkäaikaisten sukupuoli-

tautien kohdalla. Toisaalta hoidettavan taudin kohdallakin ilmenee hetkellisesti samoja kokemuksia. Sisäisen tasapainon hetkellinen menettäminen, puhtauden ja kontrollinen menettäminen kuvaavat tätä minuuteen kohdistuvaa henkistä ja fyysistä kolausta. Puhtauden menettämisen osalta tämä tutkimus tuki aiempia tutkimustuloksia (Mark ym. 2009, Mortensen 2010, Saldanha de Almeida ym. 2010). Hiv:n kokeminen kuolemantuomiona on yhtenevä aiempien hiv-positiivisiin kohdistuneiden tutkimusten kanssa (Anderson ym. 2010, Nobre ym. 2012). Toisaalta tässä tutkimuksessa tuli esille, että pelkkä tieto sukupuolitauditartunnasta sai pelkäämään, että kyseessä voi olla hiv. Tässä tutkimuksessa ei ilmennyt sukupuolitaudin miehuelledelle aiheuttamaa uhkaa, jota kuvataan Balailen ym. (2008) tutkimuksessa.

Sukupuolitaudin saamisen myötä ryhdyttiin tarkastelemaan omaa seksihistoriaa, minkä yhteydessä havahduttiin seksin vaaroihin tai tiedostettiin oma riskikäyttäytyminen. Sukupuolitauditartunta saattoi tulla yhdestä kerrasta suojaamatonta seksiä tutun kumppanin kanssa tai tietoisesti riskikäyttäytymisen seurauksena eli seksistä eri kumppaneiden kanssa ilman suojaavaa ehkäisyä. Aiemman tietoisesti riskikäyttäytymisen vuoksi tartunta saatettiin kokea luonnollisena ja se hyväksyttiin osaksi kohtaloa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat riskikäyttäytymistä koskevaa tutkimustietoa riskikäyttäytymisen tiedostamisen osalta (Bouhnik ym. 2006).

Kokemusta sukupuolitaudin hoidosta ilmentää oma hoitoon kohdistuva vastuuntuntoinen suhtautuminen, joka tarkoittaa huolta hoidon onnistumisesta tai omaa aktiivisuutta itsehoidon toteuttamisessa. Aiemmissä tutkimuksissa on kuvattu hiv:n lääkehoitoon liittyviä huolia (Abasiubong ym. 2010) ja lääkehoidon merkitystä elämänlaadun parantumiselle (Abboud ym. 2010). Hiv-positiivisten omahoitoa käsittelevässä tutkimuksessa (Mendias 2007) kuvattiin lääkehoidon oikeaoppista toteuttamista ja siitä vastuun ottamista. Toisaalta tämä tutkimus toi esille myös muiden sukupuolitautille itsehoidon toteuttamisen ja sen merkityksen esimerkiksi klamydian tai genitaalierheksen hoitamisessa.

Merkityksellinen kokemus on, että kivuliaiden hoitojen avulla saadaan yliote taudista. Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu esille vain hoitoon liittyvät häpeän ja kivun kokemukset (Mortensen 2010). Hoidot nähdään harmillisuudestaan huolimatta mahdollisuuksina saada takaisin sitä kontrollia, joka on menetetty sukupuolitaudin saamisen yhteydessä.

Ristiriitainen kokemus hoitoketjun toiminnasta sisältää hoidon pirstaleisuuden ja hoitohenkilökunnan suhtautumisen. Tämä tutkimus toi esille hiv-positiivisten kokemukset hoidon järjestämisen hajanaisuudesta. Hiv-positiivisten kokemusten mukaan keskeistä hoidossa on pysyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde, johon vaihtuvien lääkärikontaktien vuoksi ei päästä. Tähän tutkimukseen osallistuneet miehet eivät kuvanneet erityistä hoitoon hakeutumisen hankaluutta, jota puolestaan kuvataan Mortensenin ja Larsenin (2010) tutkimuksessa. Hoitohenkilökunnan suhtautumista oli

pelätty hoitoon hakeutumisen yhteydessä, mutta pelot olivat osoittautuneet turhiksi. Hoitohenkilökunnan toiminnassa keskeistä osallistujien mukaan on asiakkaan ammattimainen ja korrekki kohtaaminen.

Tämän tutkimuksen tulokset tuovat lisäarvoa väestön seksuaali- ja lisääntymiserveyden edistämiseen. Uuden seksuaali- ja lisääntymiserveyden toimintaohjelman 2014–2020 yhtenä painopistealueena on miesten seksuaali- ja lisääntymiserveyden edistäminen, ja erityisesti, miten saada miehet aktiivisemmiksi seksuaali- ja lisääntymiserveyspalvelujen käyttäjiksi. Tiedetään, ettei miesten kokemuksista tai palveluiden käytöstä ole riittävästi tietoa. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014.) Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää erityisesti siinä, miten saadaan seksuaali- ja lisääntymiserveyden palveluista asiakaslähtöisiä ja vähennetään pelkoja hoidon huonosta kohtelusta, jonka tartunnan saaneet saattavat kokea esteeksi palveluiden piiriin hakeutumiselle. Lisäksi tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä, että seksuaali- ja lisääntymiserveyden palveluissa tulee välittää asiallista ja monipuolista tietoa sukupuolitaudin vaikutuksesta elämän eri osa-alueille.

Jatkotutkimushaasteena voidaan pitää sukupuolitaudin ilmenemistä elämässä kuvaavan mittarin kehittämistä, jotta ilmiötä voidaan kuvata myös tilastollisen tutkimuksen keinoin.

Päätelmät ja ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi

Tämä tutkimus tuotti tietoa sukupuolitaudin saamisesta ja sen hoidosta tartunnan saaneen kokemana. Tuloksista voidaan tehdä seuraavia päätelmiä ja ehdotuksia hoitotyön käytännön kehittämiseksi

1. Sukupuolitauidiagnoosin yhteydessä tartunnan saanut tarvitsee tietoa taudista. Hoitotyössä voidaan monipuolisen ja asiallisen tiedon avulla vastata tähän tartunnan saaneen tiedonjanoon.
2. Sukupuolitaudin diagnosoinnin yhteydessä hoitotyössä keskeistä on tukea kokonaisvaltaisesti tartunnan saanutta vangitsevien tuntemusten keskellä. Lisäksi taudin alkuvaiheessa hoitotyössä tulee käsitellä tartunnan saaneen kanssa suojaamattomaan seksiin liittyviä vaaratekijöitä. Tuolloin turvallisen seksin ohjaukselle on suotuiset olosuhteet tartunnan saaneen tarkastellessa omaa seksihistoriaansa.
3. Hoitotyössä tulee tunnistaa tartunnan saaneen vastuuntuntoinen suhtautuminen taudin hoitoon ja panostaa tartunnan saaneen tiedolliseen ja emotionaaliseen tukemiseen, jotta hänellä on parhaat mahdolliset edellytykset olla aktiivinen itsehoidon toteuttaja. Hoitotyössä on lisäksi tärkeää huomioida tartunnan saaneen mahdollisesti kokema hoidosta johtuva kipu ja häpeä.
4. Hoitotyössä tulee varmentaa hoitoketjun toiminnan jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus ja hoitohenkilökunnan

hienovaraisuus, sillä niillä on myönteinen merkitys sukupuolitauditartunnan saaneelle.

LÄHTEET

- Abasiubong F, Ekott JU, Bassey EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. 2010. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health* 19(2), 211–218.
- Abboud S, Nouredine S, Abu-Saad Huijer H, DeJong J, Mokhatbat J. 2010. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* 22(6), 687–696.
- Aho AL, Kylmä J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24(1), 271–280.
- Anderson M, Elam G, Gerver S, Solarin I, Fenton K, Easterbrook P. 2010. "It took a piece of me": initial responses to a positive HIV diagnosis by Caribbean people in the UK. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 22(12), 1493–1498.
- Balaile G, Kayombo J, Ransjo-Arvidson A-B, Hojer B. 2008. Sexuality and health: a study of Tanzanian men's experiences of living with HIV/AIDS. *African Journal of Reproductive Health* 12(1), 35–46.
- Bouhnik A-D, Préau M, Schiltz M-A, Peretti-Watel P, Obadia Y, Lert F, Spire B, the VESPA Group. 2006. Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 42(5), 597–603.
- Burns NH, Grove SK. 2009. The practice of nursing research appraisal, synthesis, and generalisation of evidence. Sixth Edition. Saunders, Missouri.
- Drolet M, Brisson M, Maunsell E, Franco EL, Coutlée F, Ferenczy A, Ratnam S, Fisher W, Mansi JA. 2011. The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sexually Transmitted Diseases* 28(10), 949–956.
- Elo S, Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eriksson K, Leino-Kilpi H, Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Hoitotiede ja etiikka. *Hoitotiede* 20(6), 295–303.
- Hannuksela M. 2012. *Kondylooma eli visvasyyliä*. Terveyskirjasto. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikke-li=dlk00244/ [luettu 17.10.2013].
- Hawkes S. 2008. Addressing sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in the context of sexual health. *International Journal of Sexual Health* 20(1), 91–108.
- Hiltunen-Back E, Ranki A. 2000. Treatment services for sexually transmitted diseases. Teoksessa: Lottes I, Kontula O. (toim.) *New views on sexual health – the case of Finland*. Population Research Institute. Helsinki, 167–174.

- Hult JR, Maurer SA, Moskowitz JT. 2009. "I'm sorry, you're HIV positive": a qualitative study of individual experiences of testing positive for HIV. *AIDS Care* 21(2), 185–188.
- Klemetti R, Raussi-Lehto E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Opas 33/2014, Helsinki.
- Kontula O. 2009. Between sexual desire and reality. The evolution of sex in Finland. Publications of the Population Research Institute D 49/2009. Helsinki.
- Kylmä J, Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Mark H, Gilbert L, Nanda J. 2009. Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 38(3), 320–326.
- Mendias EP. 2007. Perceptions of health and self-care learning needs of outpatients with HIV/AIDS. *Journal of Community Health Nursing* 24(1), 49–64.
- Mortensen GL. 2010. Long-term quality of life effects of genital warts – a follow-up study. *Danish Medical Bulletin* 57(4), 1–4.
- Mortensen GL, Larsen HK. 2010. The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BioMed Central Public Health* 10:113. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/113/> 19.12.2013 [luettu 17.11.2013].
- Mulholland E, Van Wersch A. 2007. Stigma, sexually transmitted infections and attendance at the GUM clinic: an exploratory study with implications for the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology* 12(1), 17–31.
- Nobre NR, Kylmä J, Kirsi T. 2012. "I live quite a good balanced life": a pilot study on the life experiences of ageing individuals living with HIV. *Nursing Research and Practice* 2012, Article ID 128108, doi:10.1155/2012/128108 [luettu 17.11.2013].
- Rosenthal SL, Zimet GD, Leichter JS. 2006. The psychosocial impact of serological diagnosis of asymptomatic herpes simplex virus type 2 infection. *Sexually Transmitted Infections* 82(2), 154–157.
- Saldanha de Almeida, AN, Silveira LC, Ferreira de Silva, MR, Marques Araujo MA, Guimaraes TA. 2010. Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: a sociopoetic production. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18(2), 163–169.
- Sgorbini M, O'Brien L, Jackson D. 2009. Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *Journal of Clinical Nursing* 18(16), 2282–2291.
- Sukupuolitaudit (online). Käypä hoito -suositus. Lääkäriseura Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50087.pdf/> [luettu 17.10.2013].
- THL 2014. Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. <http://www3.thl.fi/stat/> [luettu 17.1.2014].

ABSTRACT

Getting infected with a sexually transmitted disease and its treatment – experiences of patients

Toni Haapa MNSc, Tarja Suominen PhD, Jari Kylmä PhD.

The purpose of this study is to describe the meaning of getting infected with a sexually transmitted disease (STD) and its treatment experienced by patients. The data was gathered by interviewing eight people suffering from STD in the spring 2012. The data was analyzed by using inductive content analysis.

Getting infected with STD meant thirst for knowledge, which was seen in questions on their own STD status, characteristics of disease and source of infection. After diagnosed STD interviewees described being captured by infection. When diagnosed STD, the interviewees pointed out being reviewing their own sexual history which included realizing the dangers of sex and on the other hand seeing STD as a natural consequence of previous risk behavior.

The responsible attitude towards the treatment of STD was seen in this study which meant concerns about the effects of treatments and one's own activity in the treatment. By the painful treatments one could get advantage of STD. The interviewees described mixed experiences about the clinical pathways such as fragmentation of care. On the other hand the clinical pathways provided support and were simple. The nursing staff's professional attitudes were seen as positive.

In nursing care it is important to provide informational and emotional support to patients with STD at the early stage of infection. The clinical pathways should be based on continuity and nursing staff's tactfulness.

KEY WORDS

sexually transmitted diseases, infection, sexual health, care methods

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA

3(1), 2018



JULKAISIJA:

Suomen Seksologinen Seura ry
Helsinki

Toimittajat:

J. Tuomas Harviainen
Hanna Vilkkä
Osmo Kontula

ISSN 2342-723X

Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin

Toni Haapa, *TtM, TtT-opiskelija, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Tarja Suominen, *THT, professori, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Jari Kylmä, *FT, TtL, dosentti, Tampereen yliopisto, Hoitotiede*

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tartunnan saaneen kokemusta seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla (n=8) ja se analysoitiin sisällönanalyysillä. Arki tartunnan saaneen kokemana tarkoitti arjen muuttumattomuutta ja toisaalta arjen muuttumista. Tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen ilmeni muuttumattomana tulevaisuutena ja toisaalta tuntemattomana. Seksitauti suhteissa muihin ihmisiin koettiin taudista kertomiseen liittyvänä dilemmana, ympäristön vaihtelevana suhtautumisena ja haavoittuneena seksielämänä.

Avainsanat: Seksitauti, Tartunta, Seksuaaliterveys, Seksuaalisuus, Elämänlaatu

Tutkimuksen lähtökohdat

Seksuaalisuus on yksi ihmisyyden keskeinen elementti, joka kuitenkin on ihmisen kaikkein salaisin ja henkilökohtaisin ominaisuus. Seksuaalikäyttäytymisellään ihminen voi tavoitella erilaisia asioita, kuten nautintoa tai yhteyttä toiseen ihmiseen. (Kontula 2009.) Toisaalta kahden ihmisen kaikkein intiimeimmän kanssakäymisen seurauksena leviää myös tarttuvia tauteja, joilla voi olla lyhyt- tai pitkäaikaisia vaikutuksia tartunnan saaneen elämään (Hawkes 2008). Vuonna 2016 Suomessa tilastoitiin seksitauteja seuraavasti: (kpl) klamydia 14 312, kuppa 231, tippuri 417, hiv 183, hepatiitti (HBV) 11 sekä hepatiitti C (HCV) 1150 (THL 2017). HPV-viruksen aiheuttamat kondyloomat ja genitaalierpes eivät kuulu ilmoitettaviin seksitauteihin ja siksi niistä ei ole tilastotietoja saatavilla. Tiedetään kuitenkin, että ne ovat klamydian jälkeen tavallisimpia infektioita

sukupuolitautilien poliklinikoilla. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.) Seksitaudit voidaan jakaa niiden luonteen perusteella parantuviin ja parantumattomiin (WHO 2016, Mapp ym. 2017). Tässä artikkelissa parantuvilla seksitaudeilla tarkoitetaan klamydiaa, kuppaa sekä tippuria ja parantumattomilla tarkoitetaan hiviä, kondyloomia sekä genitaalierpeistä. Hepatiitit B ja C voidaan lukea kuuluviksi sekä parantuviin että parantumattomiin seksitauteihin. (Jaakola ym. 2016.)

Seksitauti suhteessa tartunnan saaneen arkeen

Seksitauti voidaan kokea arjessa eri tavoin. Sopeutuminen on yksi merkittävä tekijä, joka liittyy seksitaudin kanssa elämiseen. Sopeutumista tapahtuu suhteessa huononevaan terveydentilaan ja kykyyn sietää hiviin (Hondien ym. 2006) tai c-hepatiittiin (Sgorbini ym. 2009) liittyvät kärsimykset. Tyypillistä on, että mitä enemmän aikaa tartunnasta kuluu sitä vähemmän parantumaton seksitauti, esimerkiksi hiv, vaikuttaa elämänlaatuun (Hondien ym. 2006). Toisaalta parantumattoman seksitaudin, kuten kondylooma, vaiheittainen uusiutuminen vaikuttaa koettuun elämänlaatuun heikentävästi (Drolet ym. 2011).

Seksitauti suhteessa tartunnan saaneen tulevaisuuteen

Seksitaudin saaneen kokemukset tulevaisuudesta liittyvät tulevaisuuteen suuntautumiseen ja toisaalta sen näkymiseen epävakaana (Sgorbini ym. 2009). Huolta tulevaisuudesta leimaa seksitaudin komplikaatiot, erityisesti HPV:n yhteys genitaalialueen syöpiin (Mortensen 2010, Mortensen ja Larsen 2010). Huolta tulevaisuudesta luonnehtivat pelot kehonkuvan muutoksista taudin, esimerkiksi kondylooman, etenemisen seurauksena (Mortensen 2010, Drolet ym. 2011). Hiviä sairastavien kokemukset tulevaisuudesta voivat ilmetä uudenlaisina toiveina elämälaadun (Uphold ym. 2007) ja eliniän pituuden suhteen (Balaile ym. 2008).

Seksitauti suhteessa muihin ihmisiin

Suhteissa muihin ihmisiin seksitaudin koetaan vaikuttavan negatiivisesti seksuaali- ja rakkauselämään sekä siihen miten ympäristö suhtautuu tartunnan saaneeseen. Seksitauteihin liittyy edelleen voimakas stigma, joka on vaikeuttanut seksitautien ennaltaehkäisyä ja kontrollointia. Lisäksi tiedetään, että stigma voi muodostaa esteen seksitautitesteihin

hakeutumiselle, hoidolle ja taudista kertomiselle, mutta toisaalta se vaikuttaa myös tartunnan saaneiden terveyteen ja elämänlaatuun. (Hood ja Friedman 2011.) Seksitaudista kertomisen vaikeus tulee esille useissa tutkimuksissa. Pelkona kertomisessa on torjutuksi tuleminen. Taudista kerrotaan yleensä vain läheisille ystäville. Vakituinen partneri saa todennäköisemmin kuulla tartunnasta kuin satunnainen partneri. (Montgomery ym. 2008, Mark ym. 2009, Mortensen 2010.) Seksitautitartunnan myötä voidaan kokea eristäytymistä sosiaalisista verkostoista ja epävarmuutta ihmissuhteissa (Sgorbini ym. 2009, Mortensen 2010). Ihmissuhteet koetaan kuitenkin merkityksellisiksi elämänlaadun kannalta esimerkiksi hivin saaneiden näkökulmasta (Abboud ym. 2011).

Seksitaudin koetaan huonontavan seksuaali- ja rakkauselämää (Newton ja McCabe 2008, Mark ym. 2009, Mortensen 2010). Seksitauti on uhkana parisuhteelle, joka määrittelee osaltaan taudin kanssa elämistä. C-hepatiittia sairastavat kokevat, että suhde partneriin kärsii taudin myötä ja intiimisyys vähentyy parisuhteessa. (Sgorbini ym. 2009.) Seksin harrastamiseen liittyvät vaikeudet ilmentävät muutoksia seksuaalitoiminnoissa. Seksin harrastaminen voidaan kokea vastenmieliseksi (Mortensen 2010, Salahanda de Almeida 2010). Seksitoimintojen häiriöitä kuvaavat orgasmin saamisen vaikeus ja yhdyntäkipu (Mortensen 2010, Cai ym. 2011). Toisaalta turvaseksiin liittyvät asiat ovat merkittävä osa seksitaudin saaneen seksuaaliterveyttä (Hawkes 2008). Pelkoa seksitaudin saaneelle voivat aiheuttaa myös taudin tarttumiseen liittyvät asiat (Mark ym. 2009, Drolet ym. 2011).

Seksitauteja koskeva tutkimustieto on hyvin tautikeskeistä keskittyen tyypillisesti kuvaamaan tietyn seksitaudin vaikutuksia joko seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen tai elämänlaatuun. Tartunnan saaneen kokemusmaailman monipuolinen kuvaus on vielä vähäistä ja suomalainen tutkimustieto puuttuu. Aiheesta kuitenkin tarvitaan kokoavaa ja ymmärtää tietoa, jotta tartunnan saaneita pystytään tukemaan asiakaslähtöisemmin ja samalla preventiivistä työtä voidaan kehittää vaikuttavammaksi.

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Tarkoituksena oli kuvata tartunnan saaneen kokemusta seksitaudista suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kokonaisvaltainen kuvaus tartunnan saaneen kokemuksista, jonka vuoksi tutkimusta ei rajattu koskemaan tiettyjä seksitauteja. Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa arkeen?
2. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen?
3. Millainen on tartunnan saaneen kokemus seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Tutkimukseen valittiin kuvaileva laadullinen tutkimusote, jonka tavoitteena on tuottaa kattava yhteenveto tutkittavasta ilmiöstä ja tutkijoiden tarkoituksena on pitäytyä mahdollisimman lähellä heidän alkuperäistä aineistoaan (Sandelowski 2000, Kylmä ja Juvakka 2012) Menetelmän valintaan vaikutti se, etteivät aikaisemmat tutkimukset olleet riittävän monipuolisesti kuvanneet tartunnan saaneen kokemuksia seksitautiinsa liittyen (Polit ja Beck 2010, Kylmä ja Juvakka 2012).

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat ihmiset, joilla oli todettu jokin seksitauti. Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, koska yleistettävän tiedon sijaan tavoitteena oli tuottaa kuvaus tartunnan saaneen ainutkertaisista kokemuksista (Abrams 2010). Tiedonantajien rekrytointiprosessi tapahtui erään yliopistollisen sairaalan sukupuolitautilien ja infektiosairauksien poliklinikalla. Hoitohenkilökunta antoi potentiaalisille tiedonantajille informaation tutkimuksesta, jonka jälkeen halukkaat ottivat yhteyttä haastattelijaan puhelimitse tai sähköpostitse. (Abrams 2010, Kylmä ja Juvakka 2012)

Tutkimuksen tiedonantajina oli kahdeksan (n=8) seksitautia sairastavaa miestä. Tutkimukseen tavoiteltiin 20 tiedonantajaa, mutta tutkimuksen

sensitiivisyys saattoi vaikuttaa siihen, että tiedonantajien määrä jäi kahdeksaan. Tutkimuksen katsottiin olevan sensitiivinen, aiheeltaan ja osallistujajoukoltaan, seksitauteihin usein liittyvän stigman vuoksi, joka voi osaltaan vähentää seksitautiin sairastuneiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. (Aho ja Kylmä 2012.) Tiedonantajien ikäjakauma oli 24 vuodesta 53 vuoteen. Kahdella tiedonantajalla oli seksitautina genitaalierpes, neljällä hiv, yhdellä kondylooma ja yhdellä klamydia. Genitaalierpeksen ja hivin sairastamisaika vaihteli kahteen vuodesta 20 vuoteen. Tartuntahetkellä tiedonantajista neljä oli ollut vakituksessa parisuhteessa. Tutkimuksen aikana tiedonantajista neljällä oli vakituinen parisuhde. Yhdellä tiedonantajalla oli myös aiemmin ollut seksitauti.

Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna keväällä 2012. Haastattelun teemat pohjautuivat aiempiin aihealueen tutkimuksiin, jotka on kuvattu tutkimuksen lähtökohdissa (seksitauti suhteessa tartunnan saaneen arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin). Neljä haastatteluista toteutettiin puhelimitse ja neljä tiedonantajaa tuli yliopistollisen sairaalan tiloihin haastatteluun. Haastatteluiden kesto vaihteli 25 minuutista tuntiin ja 45 minuuttiin. (Kylmä ja Juvakka 2012.)

Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalysillä deduktiivis-induktiivisesti. Analyysiprosessi sisälsi haastatteluiden nauhoittamisen, litteroinnin sekä aineiston pelkistämisen, luokittelun ja abstrahoinnin. Aineisto analysoitiin haastatteluteemojen sisällä induktiivisesti. Saadut alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistykksiä oli tutkimuskysymyksittäin yhteensä 394 jakautuen seuraavasti (kpl): kokemus seksitaudista suhteessa arkeen 66, kokemus seksitaudista suhteessa tulevaisuuteen 38 ja kokemus seksitaudista suhteessa muihin ihmisiin 290. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset alaluokiksi. Taulukossa 1 kuvataan esimerkin avulla alaluokkien muodostumista. Sisällöllisesti samankaltaiset alaluokat ryhmiteltiin edelleen yläluokiksi. Sisällöllisesti samankaltaiset yläluokat muodostivat pääluokkia. Aineiston analyysin kaikissa vaiheissa palattiin alkuperäiseen aineistoon varmentamaan merkityssisältöjä ja luokkien nimeämiset tehtiin aineistolähtöisesti. (Sandelowski 2000, Kyngäs ym. 2011, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka
"... melkeen se menee niinku päivä kerrallaan."	menee päivä kerrallaan	Hetkessä eläminen
"Kattoo mitä tuleman pitää..."	katsoo mitä tulevaisuus tuo	
"...että pidemmällä aikavälillä ei niinku pysty tekeen suunnitelmia."	pidemmälle aikavälille ei voi tehdä suunnitelmia	
"Että mun ei tarvii aatella muutaku, että mä meen päivä kerrallaan..."	ei tarvitse ajatella kuin päivä kerrallaan	
"Aika näyttää, en mä siitä aseta itselleen mitään paineita."	aika näyttää	
	ei aseta itselleen paineita	
"Että se on sitten mitä tapahtuu niin tapahtuu."	tapahtuu mitä tapahtuu	
"Pittää vaan elää tässä hetkessä ja nyt..."	pitää elää tässä hetkessä ja nyt	

Taulukko 1. Esimerkki alaluokan muodostumisesta.

Tulokset

Seksitaudin kokeminen suhteessa arkeen tarkoitti **arjen muuttumattomuutta** ja toisaalta **arjen muuttumista** tartunnan saamisen jälkeen (Taulukko 2).

Arjen muuttumattomuus tarkoitti sitä, *ettei parannettu seksitauti vaikuta arkeen*. Tiedonantajat kuvasivat, ettei taudilla ollut minkäänlaisia vaikutuksia arkipäivän elämässä. Tätä kuvasi seuraava alkuperäisilmaus: *"No ei se oikein ehtinyt siihen arkeen vaikuttaa millään tavalla."* (klamydia).

Arjen muuttuminen puolestaan näkyi *arjen rutiinien muuttumisena ja suoriutumisen arjen askareista voinnin mukaan*. Lisäksi se tarkoitti, sitä että *taudin aktivoituminen muistuttaa sen olemassa olosta ja että lääkkeet ovat kumppaneita arjessa*.

Arjen rutiinien muuttuminen tarkoitti työelämästä poisjäämistä hivin vuoksi ja sen tuomaa helpotusta. Toisaalta hivistä huolimatta saatettiin jatkaa työelämässä, mutta silloin heräsivät kysymykset mahdollisesta ammatinvaihdosta tartunnan seurauksena. Arjen toimintojen uudelleen opettelu hivin kanssa ilmensi myös arjen rutiinien muuttumista. Tätä tiedonantajia kuvasivat näin: *”...et opettelee sen oman elämän uudelleen.”* (hiv).

Suoriutuminen arjen askareista voinnin mukaan tarkoitti sitä, että yleisen voinnin koettiin rytmittävän arkea. Työssä käyminen kuului osaksi normaalia arkea. Toisaalta koettiin, että itseään pitää aktivoida päivittäisiin askareisiin saadakseen elämästä kiinni. Pirstävät vapaa-ajan askareet olivat monipuolisia kuntosalilla käymisestä illanistujaisiin ja elokuvissa käymiseen. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”...että voinnin mukaan eletään ja mennään ja tehdään mitä tehdään.”* (hiv), *”Mä kävin normaalisti duunissa, tietenkin niiden virtsaoireiden takii tuli vähä ongelmii ku piti töissä koko ajan vessassa käydä.”*(klamydia).

Genitaaliherpeksen kanssa elämiseen liittyy se, että *taudin aktivoituminen muistuttaa sen olemassa olosta*. Genitaaliherpeksen puhkeaminen merkitsi tartunnan alkuvaiheeseen liittyvien harmittavien tunteiden palautumista mieleen. Tätä ilmentää seuraava ilmaus: *”Joskus taudin puhkeaminen rajuna aiheuttaa myös syvää vihan tunnetta.”* (genitaaliherpes). Toisaalta uusiutuvien oireiden tunnistaminen oli jo muotoutunut osaksi arkea.

Seksitautitartunnan saaneet kuvasivat *lääkkeitä arjen kumppaniksi*. Tämä tarkoitti seksitauteihin kuuluvan lääkityksen mukana kantamista. Lääkehoidon koettiin rytmittävän arkea, erityisesti hiv-lääkityksen, joka piti tartunnan mielessä säännöllisesti. Tästä esimerkkinä seuraavat ilmaukset: *”Sillä tavalla asia (tartunta) o mielessä joka päivä ku ottaa pillerit.”* (hiv), *”Nyt ku on säännöllinen lääkitys niin joka päivä pitää samaan aikaan muistaa ottaa lääkkeet.”* (hiv).

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka
ARJEN MUUTTUMAT-TOMUUS	Parannettu seksitauti ei vaikuta arkeen	Taudilla ei ole vaikutuksia arkeen
	Arjen rutiinien muuttuminen	Hivin vuoksi työelämästä poisjääminen helpotus Kysymys ammatinvaihdosta hiv-tartunnan seurauksena Arjen toimintojen uudelleen opetteleminen hivin kanssa
ARJEN MUUTTUMINEN	Suoriutuminen arjen askareista voinnin mukaan	Yleinen vointi rytmittää arjen askareita
		Työ osana normaalia arkea
		Itsensä aktivoiminen päivittäisiin askareisiin
		Pirstävät vapaa-ajan askareet
	Taudin aktivoituminen muistutus sen olemassa olosta	Genitaaliherpeksen puhkeaminen palauttaa tartuntaan liittyvät harmittavat tunteet
		Genitaaliherpeksen uusiutuvien oireiden tunnistaminen osana arkea
Lääkkeet arjen kumppanina	Lääkityksen mukana kantaminen	
	Lääkkeet rytmittävät arkea	

Taulukko 2. Seksitautin kokeminen suhteessa arkeen.

Seksitauti koettiin suhteessa tulevaisuuteen **muuttumattomana tulevaisuutena** sekä **tuntemattomana tulevaisuutena** (Taulukko 3).

Muuttumaton tulevaisuus tarkoitti sitä, että *parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen* ja toisaalta *tulevaisuus on hyväksytty*. *Parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen* tarkoitti, että lääkkeillä tai muilla menetelmillä parannetulla taudilla ei ole vaikutusta tulevaisuuteen. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Ei se siis vaikuta mun tulevaisuuteen millään tavalla.”* (kondylooma).

Hyväksyty tulevaisuus oli tartunnan sisäistämistä osaksi tulevaisuutta. Tulevaisuus seksitaudin kanssa näytti hyvälle. Tiedonantajat katsoivat hyvän terveydentilan tuovan uskoa tulevaisuuteen ja lääkehoidon ylipäättään mahdollistavan tulevaisuuden. Tätä ilmentävät seuraavat esimerkit: *"Tulevaisuuteen katsottuna tämä on vaan asia, jonka kanssa ollaan ja mennään eteenpäin."* (genitaaliherpes), *"... se, että ympärillä olevat läheiset hyväksyvät taudin ja siitä voi kertoa luo tulevaisuuteen turvallisemman ja luotettavamman elinympäristön."* (hiv).

Tuntemattoman tulevaisuuden koettiin tarkoittavan *elämää tässä ja nyt, toivetta elämänmuutoksesta sekä parisuhteen kaipausta.*

Tiedonantajien kokemukset *elämästä tässä ja nyt* tarkoittivat sitä, ettei elämää osattu ajatella kuin päivä kerrallaan. Tämä tarkoitti hetkessä elämistä. Tätä ilmentävät seuraavat alkuperäisilmaukset: *"Kattoo mitä tuleman pitää, tällä fiiliksellä."* (hiv), *"Pitää vaan elää tässä hetkessä ja nyt,*

koska tulevasta ei tiää." (hiv). Tulevaisuuteen katsominen oli vaikeaa, koska ei tiedetty lyhentääkö parantumaton sukupuolitauti, hiv, elinikää.

Toive elämänmuutoksesta tarkoitti halua saada muutosta elämään, esimerkiksi ulkomaille muuttoa tai alan vaihtoa. Toisaalta hiviä sairastavat kuvasivat toiveen kivuttomasta tulevaisuudesta, koska hivin pelättiin aiheuttavan kipuja edetessään. Tästä esimerkkinä tiedonantajan ilmaus: *"Kunhan ei tarteis tulevaisuudessa taudin kanssa kitua."* (hiv).

Tiedonantajat kuvasivat *parisuhteen kaipausta*, johon liittyi pohdinta siitä löytääkö ylipäättään kumppanin, joka hyväksyy parantumattoman sukupuolitaudin. Tätä ilmentävät seuraavat esimerkit: *"...että menikö mahdollisuudet nyt tämän tartunnan takia."* (kondylooma), *"...lähinnä se (tartunta) tulevaisuudessa mietityttää sen parisuhteen kannalta."* (kondylooma). Ylipäättään parisuhteen kuvattiin luovan kaivattua turvallisuutta tulevaisuuteen.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
MUUTTUMATON TULEVAISUUS	Parannettu seksitauti ei vaikuta tulevaisuuteen	Taudilla ei ole vaikutuksia tulevaisuuteen
	Hyväksyty tulevaisuus	Tartunnan sisäistäminen osaksi tulevaisuutta
		Tulevaisuus näyttää hyvältä
		Hyvä terveydentila luo uskoa tulevaisuuteen
	Lääkehoito tulevaisuuden mahdollistajana	
TUNTEMATON TULEVAISUUS	Elämä tässä ja nyt	Tulevaisuutta ei osaa ajatella
		Hetkessä eläminen
		Ei tiedä lyhentääkö tauti elinikää
	Toive elämänmuutoksesta	Halu saada muutosta elämään
		Toiveena kivuton tulevaisuus
	Parisuhteen kaipaaminen	Taudin hyväksyvän kumppanin löytyminen mietityttää
Parisuhte luo turvallisuutta		

Taulukko 3. Seksitaudin kokeminen suhteessa tulevaisuuteen.

Seksitauti suhteessa muihin ihmisiin koettiin **seksitaudista kertomiseen** liittyvänä **dilemmana**. Lisäksi se tarkoitti **ympäristön vaihtelevaa suhtautumista** sekä **haavoittunutta seksielämää**. (Taulukko 4).

Seksitaudista kertomisen dilemma näyttäytyi *valikoituna kertomisena* sekä siten, että oli *pyrkimys tartunnan salaamiseen*. Seksitaudista kuitenkin kerrottiin, jos *kertomiselle oli lupa*.

Tiedonantajat kuvasivat *valikoitua kertomista*, jolloin tartunnasta oli päädytty kertomaan läheisille, työnantajalle ja seksikumppanille. Tätä kuvattiin seuraavasti: *"Ystäville oli helpompi kertoa..."* (genitaalierpes), *"En mä tästä tartunnasta oo kertonu ku yhdelle parhaalle kaverille."* (klamydia). Edellisiä seksikumppaneita informoitiin tartunnasta hoitoon ohjauksen vuoksi. Hoitohenkilökunnan informointi hivistä koettiin tärkeäksi, esimerkiksi laboratorioskäyntien yhteydessä.

Pyrkimys tartunnan salaamiseen tarkoitti sitä, ettei tartunnasta voinut kertoa työyhteisössä eikä seksikumppaneille. Tästä esimerkkinä seuraava alkuperäisilmaus: *"Se häpeä on edelleen niin läsnä, etten halua kertoa toiselle (satunnaiselle seksikumppanille)."* (genitaalierpes). Toisaalta kuvattiin tilanteita, joissa tartunnasta ei lähtökohtaisesti haluttu kertoa, mutta olosuhteiden pakosta jouduttiin kertomaan esimerkiksi kumppanille tai perheelle. Pyrkimyksestä taudin salaamiseen kertoo myös lääkityksen ottaminen salaa muilta. Lisäksi kertomisesta saatettiin kokea katumusta jälkepäin, josta esimerkkinä seuraava alkuperäisilmaus: *"...jos mä olisin tiennyt että mä elän vielä tänä päivänä niin herrajumala mä en olisi kertonut siitä (tartunnasta) koskaan kenellekään."* (hiv).

Lupa kertomiselle tarkoitti sitä, että seksitaudista voitiin kertoa niille, joihin saattoi luottaa. Tätä kuvattiin seuraavasti: *"Aattelin, että se kumppani fiksunä ihmisenä ei pelästy ja juokse karkuun vaikka kerron."* (genitaalierpes), *"Meillä on sellanen suhde että jaetaan ihan kaikki, niin siks oon voinu sille kertoa."* (klamydia). Kertomisen kuvattiin tuoneen helpotusta siihen, ettei yksin tarvinnut kantaa taakkaa. Lisäksi tuotiin esille, ettei taudista kertominen ollut niin vaikeaa kuin oli kuviteltu.

Ympäristön vaihteleva suhtautuminen tarkoitti *pelkoa leimautumisesta* ja toisaalta *turhaksi osoittautunutta pelkoa muiden huonosta suhtautumisesta*. Lisäksi sitä kuvattiin *murenevana ympäristönä* sekä *tuen saamisena ympäristöltä*.

Leimautumisen pelko sisälsi pelkoja tartuntaan liittyvistä kysymyksistä sekä uuden kumppanin suhtautumisesta. Ylipäätään uusiin ihmisiin tutustuminen koettiin varovaiseksi leimautumisen pelon vuoksi. Tätä kuvaavat seuraavat alkuperäisilmaukset: *"...tuntuu olevan leima otsassa."* (hiv), *"...monen ihmisen suhtautuminen on vaa niin negatiivista."* (hiv). Huolta aiheutti myös se, miten omat lapset ottaisivat vastaan tiedon hivistä.

Turhaksi osoittautunut pelko muiden huonosta suhtautumisesta tarkoitti siitä, että työnantaja, kumppani ja omat lapset olivat suhtautuneet hyvin tietoon tartunnasta. Tästä esimerkkinä tiedonantajan ilmaus: *"Minun uusi kumppani tietää tartunnastani ja se on ihan okei asian kanssa."* (hiv). Lisäksi turhaa pelkoa kuvasi se, että hiv-lääkkeet voi ottaa vapaasti seurueessa, sekä se ettei ole joutunut kiusallisiin tilanteisiin tartunnan vuoksi.

Mureneva ympäristö näyttäytyi tiedonantajien kokemuksissa, siten että tuolloin meneillään ollut parisuhde loppui tartunnan myötä ja heräsi kysymykset kumppanin luotettavuudesta. Läheisten järkyttyminen oli tyyppillistä ja tiedonantajat kuvasivat ystävien negatiivista suhtautumista, joka saattoi ilmetä katkenneina ystävyysuhteina. Tätä kuvattiin seuraavasti: *"Siis ystäväpiiri tipahti melkeen yli puolella, että kun ne kuuli mikä tauti mulla on."* (hiv).

Tiedonantajat kuvasivat toisaalta *tuen saamista ympäristöltä*, joka oli merkityksellistä. Tukea saatiin läheisiltä, joka oli luonteeltaan kannustavaa ja rohkaisevaa. Tätä kuvaa seuraava esimerkki: *"Meillä oli kaverin kaa ihan hyvä keskustelu sitte ku puhuttiin näistä seksitaudeista ja kokemuksista irtosuhteista."* (klamydia). Hiv-positiivisten vertaistukiryhmät koettiin tärkeiksi ja niistä saatiin voimaa jaksamiseen, jota kuvattiin seuraavasti: *"Ehkä se on helpompi jutella kummiskin vertaistuessa asioista kuin se että mä lähtisin jollekin lähipiirille puhumaan."* (hiv).

Haavoittunut seksielämä tarkoitti *seksielämän kuihtumista* ja toisaalta sitä, että *ajan kulumisella on eheyttävä vaikutus seksielämään*. Lisäksi se piti sisällään *tartuttamisen riskin tiedostamisen seksisuhteissa* sekä *riskikäyttäytymisen jatkamisen*, mutta toisaalta myös *turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumisen*.

Sekselämän kuihtuminen näkyi genitaalialueen kivulioiden oireiden ja itse tartuntaan liittyvien mielikuvien aiheuttamana haluttomuutena. Tätä kuvattiin seuraavasti: *"Tartunnan jälkeen seksuaalinen kanssakäyminen oli liki olematonta ja yleisestikin halutonta."* (genitaalierpes), *"Sen (tartunnan) jälkeen oli pitkä tovi ennen kuin pystyin olemaan seksisuhteessa ..."* (kondylooma). Seksin hiipumista koettiin parisuhteessa. Seksin saaminen koettiin vaikeammaksi kuin ennen tartuntaa, joka tuli esille erityisesti hiv-positiivisten kokemuksissa.

Ajan kulumisen eheyttävä vaikutus seksielämään koettiin jännityksenä ensimmäistä tartunnan jälkeistä yhdyntää kohtaan. Toisaalta koettiin, että seksielämä vapautui kuitenkin ajan myötä ja että seksin väheneminen on luonnollista vallitsevissa olosuhteissa ja siten se ei vaikuta häiritsevästi. Tästä esimerkkinä seuraava ilmaus: *”Sitten se seksielämäkin jotenkin vapautui.”* (genitaalierpes).

Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa tarkoitti sitä, että seksitautien hoitojen ja oireisen vaiheen aikana tarttumista pyrittiin ehkäisemään pidättäytymällä seksistä. Pidättäytyminen koettiin harmillisena. Tarttumisen mahdollisuutta punnittiin yhdessä kumppanin kanssa keskusteltaessa suojautumisen tarpeellisuudesta. Seksielämää varjosti huoli toisen tartuttamisesta. Tätä kuvattiin seuraavalla tavalla: *”Sitä ei kuitenkaan kestäis jos tartuttais vahingossa toiselle.”* (kondylooma), *”... nii mä en kestäsi sitä että kaveri tulee sanomaan että mä olen saanut susta hivin.”* (hiv)

Tiedonantajat kuvasivat *tartunnan saamisen jälkeen riskikäyttäytymisen jatkamista*, joka tarkoitti kondomin käyttöön liittyvää välinpitämättömyyttä.

Kondomin käyttö koettiin ikävänä ja siihen ei haluttu ryhtyä tartunnasta huolimatta. Tätä kuvaa seuraava ilmaus: *”Mä en jaksa nähdä vaivaa sitten, että helvetti niiden kortsujenkin kanssa pitäisi pelleillä.”* (hiv). Lisäksi hiv:n lääkehoidon katsottiin pitävän viruksen mitta-arvojen alapuolella, jolloin uskottiin lääkehoidon itsessään ehkäisevän tartunnan.

Toisaalta tartunnan myötä tiedonantajat kuvasivat *turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumista*. Seksisuhteisiin kuvattiin syntyneen varovaisuutta ja seksikäyttäytyminen rauhoittui. Tästä esimerkkinä tiedonantajien ilmaukset: *”Siitä (tartunnasta) oppi myös olemaan varovainen muissa seksisuhteissa.”* (genitaalierpes), *”Ehkä se (tartunta) hillitsi minun käyttäytymistä, että mä jätin sen seksin vähemmälle ...”* (hiv.) Kondomin käyttö muodostui itsestäänselvyydeksi, ja siihen sopeuduttiin. Tartunnan myötä käytiin keskustelua joko vakituisen tai satunnaisen kumppanin kanssa kondomin käytöstä. Parisuhteessa koettiin turvaa seksitaudeilta, eikä nähty tarvetta kondomin käytölle.

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
SEKSITAUDISTA KERTOMISEN DILEMMA	Valikoitu kertominen	Läheisimmille kertominen
		Työntajalle kertominen
		Seksikumppanille kertominen
		Edellisten seksikumppaneiden informointi tartunnasta
		Hoitohenkilökunnan informointi hivistä
	Pyrkimys tartunnan salaamiseen	Työyhteisössä ei voi kertoa
		Seksikumppaneille ei halua kertoa
		Taudin salaaminen kumppanilta ahdistaa
		Perheelle kertominen vain pakon edessä
		Lääkkeiden ottaminen salaa muilta
		Kertomisesta katumus
		Kertominen helpottaa
	Lupa kertomiselle	Tuottamus toiseen helpottaa kertomista
		Kertominen helpottaa
		Taudista kertominen ei ollut vaikeaa
	Leimautumisen pelko	Pelko tartuntaan liittyvistä kysymyksistä

YMPÄRISTÖN VAIHTELEVA SUHTAUTUMINEN		Pelko uuden kumppanin suhtautumisesta
		Tutustuminen uusiin ihmisiin varovaista
		Huoli lasten suhtautumisesta
	Turhaksi osoittautunut pelko muiden huonosta suhtautumisesta	Työnantajan hyvä suhtautuminen
		Kumppanin hyvä suhtautuminen tietoon tartunnasta
		Omien lasten hyvä suhtautuminen
		Hiv-lääkkeet voi ottaa vapaasti seurueessa
	Mureneva ympäristö	Suhteen päättyminen tartunnan myötä
		Kysymykset kumppanin luotettavuudesta
		Läheisten järkyttyminen
		Ystävien hylkäämäksi tuleminen
	Tuen saaminen ympäristöltä	Läheisten antama tuki
	Hiviä sairastavien vertaistuki	
	Vertaistuesta voimaa jaksamiseen	
HAAVOITTUNUT SEKSIELÄMÄ	Seksielämän kuihtuminen	Oma seksuaalinen haluttomuus
		Seksin hiipuminen harmittaa
		Seksin saamisen vaikeus
	Ajan kulumisen eheyttävä vaikutus seksielämään	Jännittävä ensimmäinen yhdyntä tartunnan jälkeen
		Seksielämän normalisoituminen ajan myötä
		Seksin väheneminen ei vaikuta häiritsevästi
	Tartuttamisen riskin tiedostaminen seksisuhteissa	Seksistä pidättäytyminen tuo harmia
		Tartuntariskin punnitseminen kumppanin kanssa
		Huoli toisen tartuttamisesta
	Riskikäyttäytymisen jatkaminen	Välinpitämättömyys kondomin käytön suhteen
		Kondomin käyttäminen ikävää
		Uskomus lääkehoidon itsessään ehkäisevän tarttumisen
	Turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksuminen	Syntynyt varovaisuus seksisuhteissa
		Kondomin käyttö on itsestäänselvyys
		Keskustelu kumppanin kanssa kondomin käytöstä
	Parisuhde luo turvaa uudelta seksitaudilta	

Taulukko 4. Seksitaudin kokeminen suhteessa muihin ihmisiin.

Pohdinta

Eettisyys ja luotettavuuden tarkastelu

Tutkimusaineiston keräämiselle saatiin puoltavat lausunnot erään yliopistosairaalan sukupuolitautilien toimialan eettiseltä toimikunnalta ja johtavalta ylihoitajalta sekä tutkimuslupa tutkimuksesta vastaavalta ylilääkäriltä. Tutkimuksen sensitiivisyys, niin tutkimusaiheen kuin tiedonantajien näkökulmasta, otettiin huomioon kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. (Gahagan ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Tiedonantajat saivat informaation tutkimuksesta hoitohenkilökunnalta tutkimus- tai hoitokäyntien yhteydessä. Tiedonantajat antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen ja heille kerrottiin, että heillä on oikeus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa eikä se vaikuta heidän saamaansa hoitoon. Tiedonantajien anonymiteetin turvaaminen oli erityisen tärkeää ja se on otettu huomioon aineiston keruussa ja tulosten raportoinnissa. Haastattelija ei ollut henkilökohtaisessa yhteydessä tiedonantajiin rekrytointivaiheessa, jotta turvattiin heidän yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Seksitaudista puhuminen voi olla ahdistavaa ja palauttaa ikäviä muistoja mieleen, siksi haastattelija pyrki haastattelutilanteessa luomaan turvallisen ja luottamuksellisen suhteen tiedonantajan kanssa. (Gahagan ym. 2008, Aho ja Kylmä 2012.)

Tulosten luotettavuutta lisää tässä tutkimuksessa se, että teemahaastattelun runko pohjautui aiempaan tutkittuun tietoon, jolloin se ohjasi aikaisemmissa tutkimuksissa tunnistettuihin keskeisiin seikkoihin seksitauteja koskien. Sisällönanalyyysissä käytetty deduktiivis-induktiivinen lähestymistapa mahdollisti toisaalta myös tiedonantajien ainutlaatuisien kokemusten kuvaamisen, joita ei ollut välttämättä tullut esille aiemmissa tutkimuksissa. Lisäksi aineiston analyysistä keskusteltiin tutkimusryhmässä. Vahvistettavuutta lisää tutkimusprosessin vaihteellinen ja perusteltu kuvaus niin, että sitä pystyy ulkopuolinen pääpiirteissään seuraamaan ja arvioimaan. Tutkijoiden refleksiivisyys tässä tutkimuksessa tarkoitti sitä, että tutkijat olivat tietoisia oman tulkinnan mahdollisesta vaikutuksesta aineiston analyysiin. Tutkimustulosten siirrettävyyttä on pyritty lisäämään tuomalla esiin muun muassa tiedonantajien taustatietoja. Siirrettävyyteen vaikuttaa heikentävästi se, että kaikki tiedonantajat olivat miehiä ja heidän

kokemuksensa liittyivät vain neljään seksitautiin. Toisaalta tiedonantajien kokemukset liittyivät niin parantuviin kuin parantumattomiin seksitauteihin, jota voidaan pitää tärkeänä tulosten siirrettävyyden näkökulmasta. Tuloksia voidaan siis pitää siirrettävinä seksitautikokemuksiin yleisellä tasolla. Haastatteluja jatkamalla vielä rikkaampi aineisto olisi saattanut olla mahdollista saavuttaa, mutta aineisto kuitenkin saturoitui ja sen rikkautta kuvaavat 394 pelkistystä. On myös huomioitava, että laadullisella tutkimuksella ei pyritä tekemään yleistyksiä määrällisen tutkimuksen yleistettävyyden merkityksessä, vaan kehittämään käsitteitä, jotka kuvaavat ilmiötä mahdollisimman tarkasti ja teoreettisesti rikkaasti. Tämän tutkimuksen tulokset luovat pohjan tulevalle tutkimukselle, jossa seksitauteihin liittyviä kokemuksia tarkastellaan yleisellä tasolla, jolloin tässä tutkimuksessa esille tulleet yksittäisetkin kokemukset ovat merkityksellisiä. (Polit ja Beck 2010, Kylmä ja Juvakka 2012.)

Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan seksitauti ei välttämättä aiheuta muutoksia suhteessa tartunnan saaneen arkeen. Arjen muuttumattomuus tuli esille varsinkin parantuvien seksitautien yhteydessä. Parantumattomien seksitautien kohdalla arki muuttuu, joka näyttäytyy erityisesti lääkehoidosta huolehtimisena. Lääkityksen toteuttaminen rytmittää tartunnan saaneen arkea ja sen kautta tartunta on mielessä jokapäiväisessä elämässä. Parantumattoman seksitaudin (esim. genitaalierpes) kohdalla taudin uusiutuminen on tekijä, joka pitää tartunnan mielessä. Mortensenin (2010) ja Doletin ym. (2011) tutkimuksissa kondylooman yhteydestä terveyteen liittyvään elämänlaatuun on löydetty vastaavanlainen tulos. Tässä tutkimuksessa arjen muuttuminen koettiin myös arjen rutiineissa sekä niistä suoriutumisessa voinnin mukaan. Aiemmissa tutkimuksissa on puolestaan kuvattu seksitaudin kanssa elämiseen liittyvää sopeutumista (Ho ym. 2010, Nobre ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa ei tullut esille mielialaan liittyviä kokemuksia. Balailen ym. (2008) tutkimuksessa hiv-positiiviset miehet kuvasivat hyvän mielialan merkitystä taudin kanssa elämisessä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kokemusta arjesta määrittää tartunnan saaneen yleinen vointi. Tiedonantajat eivät kuvanneet fyysisiä oireita ja niiden negatiivista vaikutusta arkeen, jotka on aikaisemmassa tutkimuksessa todettu (Rivero-Mendez ym. 2009). Lisäksi Abboud ym. (2010) ja Ho ym. (2010) ovat

tutkimuksissaan löytäneet oireettomuuden positiivisen vaikutuksen elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen mukaan hyvän fyysisen terveydentilan koettiin tuovan uskoa tulevaisuuteen. Tässä tutkimuksessa tiedonantajat eivät kuvanneet kehonkuvan muutosta tai pelkoa sen muuttumisesta, joka on kuitenkin aiemmissa tutkimuksissa tuotu esille (Balaile ym. 2008, Drolet ym. 2011.)

Tartunnan saanut kokee suhteen tulevaisuuteen muuttumattomana ja tuntemattomana. Tulevaisuus on muuttumaton tämän tutkimuksen mukaan silloin, jos tauti on jo parannettu tai siihen on sopeuduttu. Toisaalta tulevaisuuden tuntemattomaksi tekevät toiveet elämänmuutoksesta. Upholdin ym. (2007) ja Balailen ym. (2008) tutkimuksissa, joissa oli kohderyhmänä hiv-positiiviset miehet, tuotiin esille uusiutuneet toiveet elämänlaadun ja eliniän pituuden suhteen. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa parisuhteen tärkeydestä osana tulevaisuutta. Parisuhteen koettiin tuovan turvallisuutta tulevaan ja siksi parantumattoman tartunnan saamisen jälkeen koettiin huolta siitä, että löytääkö enää parisuhdetta. Toisaalta seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta on tärkeä ottaa huomioon, että vakituinen parisuhde ei välttämättä suojaa seksitaudeilta. Jos parisuhde ei ole täysin suljettu, voi seksitautitartunta siirtyä suhteen ulkopuolisilta suhteeseen, mikäli siltä ei ole suojauduttu. Lisäksi seksitautitartunta on voitu saada ennen parisuhdetta ja se on ollut oireeton tai se ei ole vielä näkynyt seksitautitesteissä. (Huotari ym. 2007.)

Taudista kertominen on vaikeaa tartunnan arkaluonteisuuden vuoksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tartunnasta kerrotaan valikoidusti tai se pyritään salaamaan. Balailen ym. (2008) tutkimuksessa kuvataan partnerille kertomiseen liittyvää dilemmaa. Lisäksi Kylmän ym. (2014) tutkimuksen mukaan hiv-statuksen esille ottaminen on vähäistä miestenvälisissä seksikontakteissa. Seksitaudista kertominen tai sen esille ottaminen kuvastaa pelkoa muiden suhtautumisesta ja leimautumisesta. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu tartunnan saaneiden stigmatisoitumista ja syrjäytymistä (Mulholland ja Van Wersch 2007, Ho ym. 2010). Tätä voi selittää myös se, että seksiasioista puhuminen oman kumppanin kanssa koetaan vaikeaksi, joka on käynyt ilmi suomalaisessa FINSEX-kyselyssä (Kontula 2016). Toisaalta tämä tutkimus tuotti tietoa siitä, että seksitaudista kertomiselle tarvitaan suotuisat olosuhteet sekä sen, että kertomisella voi olla tartunnan saaneelle vapauttava vaikutus. Tämä on keskeistä siitä

näkökulmasta, että avoin keskustelu seksitautitartuksesta kumppaneiden välillä edistää molempien osapuolten seksuaaliterveyttä.

Tämän tutkimuksen mukaan seksitauti haavoittaa tartunnan saaneen seksielämää, joka ilmenee muun muassa seksin vähentymisenä sekä tartuttamisen riskin tiedostamisena. Tämä tutkimus vahvisti aiempia tutkimuksia, siltä osin, että tartunta vaikuttaa negatiivisesti tartunnan saaneen seksielämään (Balaile ym. 2008, Abasiubong ym. 2010, Salahanda de Almeida 2010). Tässä tutkimuksessa tiedonantajat eivät kuitenkaan kuvanneet erektiovaikeuksia tai orgasmin saamisen vaikeuksia (vrt. El Fane ym. 2011) eikä seksiin liittyvää kipua (vrt. Cai ym. 2011). Positiivista on, että tartunnan saaneet tiedostivat tartuttamisen riskin tämän tutkimuksen mukaan. Nimittäin tiedetään, että erityisesti nuorten tiedot seksitauteihin liittyvistä riskeistä ovat heikot (Pakarinen ym. 2017). Tämä tutkimus tuotti myös tiedon siitä, että aika normalisoi seksielämän muutosta.

Tartunnan saaneen haavoittunutta seksielämää kuvaa turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksuminen. Toisaalta riskikäyttäytymisen jatkaminen tartunnasta huolimatta kuvaa myös haavoittunutta seksielämää. Tämä tutkimus vastaa tältä osin aiempia tutkimustuloksia tartunnan saaneiden riskikäyttäytymisestä (El Fane ym. 2011). Kondomin käyttäminen muodostuu osaksi tartunnan saaneen elämää ja se on osa turvallisemman seksikäyttäytymisen omaksumista. East ym. (2011) ovat tutkineet kondomin käytöstä neuvottelemista. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että ennen tartuntaa partnerilta ei pyydetty kondomin käyttämistä, koska luotettiin kumppanin terveyteen. Seksitautitartunnan jälkeen ei pyydetty kondomin käyttämistä, koska koettiin voimattomuutta tai haluttiin jatkaa riskikäyttäytymistä. (East ym. 2011.) Tässä tutkimuksessa kuvattiin keskustelua kumppanin kanssa kondomin käytöstä, mutta ei siihen vaikuttavia tekijöitä.

Päätelmät

Tutkimuksessa on tuotettu ihmisen seksuaalisuutta koskevaa tieteellistä tietoa terveystieteellisestä näkökulmasta. Seksitaudit tarttuvat seksuaalisessa kanssakäymisessä ja taudin kanssa eläminen vaikuttaa aina jollakin tavalla ihmisen seksuaalisuuteen. Tulokset tuovat uutta kokoavaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia seksitautin saaneella on suhteessa arkeen, tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin.

Seksitauti joko muuttaa tartunnan saaneen arkea tai se säilyy muuttumattomana. Tulevaisuuteen suhtautumisessa on nähtävissä vastaavia kokemuksia, se koetaan joko muuttumattomana tai tuntemattomana. Keskeistä molemmissa on se, onko kysymyksessä parantuva vai parantumaton tartunta. Seksitaudin sensitiivisen luonteen ja tarttuvuuden vuoksi se on väistämättä yhteydessä siihen, millaiseksi suhde muihin ihmisiin koetaan. Seksitaudista kertominen ja ympärillä olevien ihmisten suhtautuminen ovat asioita, joita tartunnan saanut joutuu pohtimaan. Seksitauti tuo mukanaan ongelmia tartunnan saaneen seksielämään ja parisuhteeseen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää seksuaaliterveyttä edistävien interventioiden kehittämisessä, siten että ne entistä kokonaisvaltaisemmin ottaisivat huomioon tartunnan saaneen ihmisen erityistarpeet. Seksuaaliterveyden edistäminen on keskiössä niin parantuvien kuin parantumattomien seksitautien kohdalla. Tutkimuksen tuloksia voidaan myös hyödyntää niin seksuaalivoukossa kuin terapiatyössäkin, sillä tutkimus osoittaa, että tartunnan saaneen seksi- ja rakkaussuhteet haavoittuvat taudin myötä. Lisäksi tartunnan saanut ihminen saattaa tarvita tukea ja neuvontaa siinä, miten hän pystyy ilmaisemaan ja nauttimaan omasta seksuaalisuudestaan tartunnan saamisen jälkeen.

Seksitautien ennaltaehkäisemistä voidaan kehittää tutkimustulosten avulla entistä vaikuttavammaksi tuomalla monipuolisesti esiin seksitaudin kanssa elämiseen liittyviä asioita. Koska seksitauti koskettaa aina vähintään kahta ihmistä, jatkossa tulisi tutkia seksitaudin vaikutusta seksi- ja parisuhteeseen kumppanin näkökulmasta, jolla ei ole tartuntaa.

Lähteet

Abasiubong, F., Ekott, J.U., Basse, E.A., Etukumana, E.A. ja Edyang-Ekpa, M. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health* 19 (2), 211–218.

Abboud, S., Nouredine, S., Abu-Saad Huijer, H., DeJong, J. ja Mokhbat, J. (2010) Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* 22 (6), 687–696.

Abrams, L.S. (2010) Sampling "hard to reach" populations in qualitative research. *Qualitative Social Work* 9 (4), 536–550.

Aho, A.L. ja Kylmä, J. (2012) Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24, (1), 271–280.

Balaile, G., Kayombo, J., Ransjo-Arvidson, A-B. ja Hojer, B. (2008) Sexuality and health: a study of Tanzanian men's experiences of living with HIV/AIDS. *African Journal of Reproductive Health* 12 (1), 35–46.

Cai, T., Mondaini, N., Mingo, S., Meacci, F., Boddi, V., Gontero, P., Malossini, G., Geppetti, P., Mazzoli, S. ja Bartoletti, R. (2011) Genital chlamydia trachomatis infection is related to poor sexual quality of life in young sexually active women. *Journal of Sexual Medicine* 8, 1131–1137.

Drolet, M., Brisson, M., Maunsell, E., Franco, E.L., Coutlée, F., Ferenczy, A., Ratnam, S., Fisher, W. ja Mansi, J.A. (2011) The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sexually Transmitted Diseases* 28 (10), 949–956.

East, L., Jackson, D., O'Brien, L. ja Peters, K. (2011) Condom negotiation experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing* 67 (1), 77–85.

El Fane, M., Bensghir, R., Sbai, S., Chakib, A., Kadiri, N., Ayouch, A. ja Himmich, H. (2011) Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies* 20, 158–162.

Gahagan, J., Sweeny, E., Worthington, C., Perry, D., Satzinger, F. ja Rogers, E. (2008) Ethics issues for HIV/AIDS researchers in international settings – perspectives from the Canadian experience. *International Journal of Infectious Diseases* 12, 569–572.

Hawkes, S. (2008) Addressing sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in the context of sexual health. *International Journal of Sexual Health* 20 (1), 91–108.

Ho, C-F., Twinn, S. ja Cheng, K.K.F. (2010) Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS. *Psychology, Health & Medicine* 15 (2), 210–219.

Hood, J.E. ja Friedman, A.L. (2011) Unveiling the hidden epidemic: a review of stigma associated with sexually transmissible infections. *Sexual Health* 8 (2), 159–170.

Hondien, S., Sundaram, V., Nease, R.F., Holodiny, M., Lazzeroni, L.C., Zolopa, A. ja Owens, D.K. (2006) The effect of diagnosis with HIV infection on health-related quality of life. *Quality of Life Research* 15, 69–82.

Huotari, K. ja Lehtonen, J. (2007) *Rakkauden rajoilla. Miesten välinen seksi ja HIV Suomessa*. AIDS-tukikeskus: Helsinki.

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R. & ym. (toim.) (2016). *Tartuntataudit Suomessa 2015*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 10/2016.

Kontula, O. (2009) Between sexual desire and reality. The evolution of sex in Finland. Publications of The Population Research Institute D 49/2009. Väestöliitto: Helsinki.

Kontula, O. (2016) *Lemmen paula. Seksuaalinen hyvinvointi parisuhdeonnan avaimena*. Katsauksia E50, Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto: Helsinki.

Kylmä, J. ja Juvakka, T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita: Helsinki.

Kylmä, J., Sepponen, A.M., Pakarinen, M., Heikkinen, T. ja Suominen, T. (2014) Seksuaalikäyttäytyminen miestenvälisissä satunnaisissa suhteissa – tietoa seksuaaliterveyden edistämiseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 51, 32–46.

Kyngäs, H., Elo, S., Kääriäinen, M. ja Kanste, O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.

Mark, H., Gilbert, L. ja Nanda, J. (2009) Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 38, 320–326.

Mapp, F., Wellings, K., Hickson, F. ja Mercer, C.H. (2017) Understanding sexual healthcare seeking behavior: why a broader research perspective is needed. *BioMedCentral Health Services Research* 17:462. doi:10.1186/s12913-017-2420-z

Montgomery, K.A., Gonzales, E.W. ja Montgomery, O.C. (2008) Self-disclosure of sexually transmitted diseases - an integrative review. *Holistic Nursing Practice* 22 (5), 268–279.

Mortensen, G.L. (2010) Long-term quality of life effects of genital warts - a follow-up study. *Danish Medical Bulletin* 57 (4), 1–4.

Mortensen, G.L. ja Larsen, H.K. (2010) The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BioMedCentral Public Health* 10:113. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/113/> 19.12.2013.

Mulholland, E. ja Van Wersch, A. (2007) Stigma, sexually transmitted infections and attendance at the GUM clinic: an exploratory study with implications for the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology* 12 (1), 17–31.

Newton, D.C. ja McCabe, M.P. (2008) Effects of sexually transmitted infection status, relationship status and disclosure on sexual self-concept. *Journal of Sex Research* 45 (2), 187–192.

Nobre, N.R., Kylmä, J. ja Kirsi, T. (2012) "I live quite a good balanced life": a pilot study on the life experiences of ageing individuals living with HIV. *Nursing Research and Practice*, Article ID 128108, doi:10.1155/2012/128108.

Pakarinen, M., Kylmä, J., Helminen, M. ja Suominen, T. (2017) Ammattiin opiskelevien 15–19 vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet. *Hoitotiede* 29 (2), 139–149.

Polit, D.F. ja Beck, C.T. (2010) Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies* 47, 1451–1458.

Rivero-Mendez, M., Portillo, C., Solis-Baez, S.S., Wantland, D. ja Holzemer, W.L. (2009) Symptoms and quality of life for people living with HIV infection in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 28 (1), 54–59.

Saldanha de Almeida, A.N., Silveira, L.C., Ferreira de Silva, M.R., Marques Araujo, M.A. ja Guimaraes, T.A. (2010) Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: a sosiopoetic production. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18 (2), 163–169.

Sandelowski, M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health* 23, 334–340.

Sgorbini, M., O'Brien, L. ja Jackson, D. (2009) Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2282–2291.


Sukupuolitaudit (online). Käypä hoito –suositus. Lääkäriseura Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Helsinki. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50087.pdf/> 17.10.2013.

THL. (2017) *Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta.* <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html> Luettu 28.6.2017.

Uphold, C.R., Holmes, W., Reid, K., Findley, K. ja Paranda, J.P. (2007) Healthy lifestyles and health-related quality of life among men living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 18 (6), 54–66.

WHO. (2016) *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021: Towards ending STIs.*

Experiences of living with a sexually transmitted disease: an integrative review

Toni Haapa MNSc (Doctoral Student, Clinical Teacher in Nursing)^{1,2} , Tarja Suominen PhD (Professor)¹,
Eija Paavilainen PhD (Professor)¹ and Jari Kylmä PhD (Adjunct Professor)¹

¹Nursing Science, Faculty of Social Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland and ²Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

Scand J Caring Sci; 2018; 32; 999–1011

Experiences of living with a sexually transmitted disease: an integrative review

Purpose: This integrative review describes experiences related to living with a sexually transmitted disease (STD).

Design: The data search was conducted using the CINAHL, MEDLINE (Ovid), PsycINFO and PubMed databases between the years 2000 and 2016. A manual search was also used. The retrieved data consisted of 33 original articles which were analysed using deductive and inductive content analysis.

Results: Based on the results, an infected person has a need for information about STDs and experiences emotions such as a loss of purity and control over his/her body. In addition, the ego of the infected person is wounded due to the infection. Concerns about the results of treatments, suffering side effects, and experiences of

unprofessional behaviour by nursing staff are related to the treatment of an STD. Having an STD in everyday life means coping with a changing condition, but there are resources that can provide support. The quality of life can also be negatively affected by an STD, and a future with an STD can manifest different hopes and concerns. In relation to other people, an STD has a marked effect, especially concerning sexual relations. The person's sex life can fade away; however, it may remain as an enjoyable experience. The infected person may also adopt safer sexual behaviours or continue with a risk-taking behaviour.

Conclusion: The results of this review can be used in the development of nursing practices, as well as be used in the prevention of STDs.

Keywords: sexually transmitted diseases, life, sexual behaviour, review.

Submitted 27 June 2017, Accepted 5 November 2017

Introduction

Sexual and reproductive health is part of a person's health and well-being (1), but they may be threatened by sexually transmitted diseases (STDs). STDs affect both individuals and the broader society. STDs differ in their characteristics, prognosis and infectiousness; however, the unifying factor is a person's sexual behaviour (2, 3). STDs have short- and long-term consequences (3), such as becoming stigmatised (3–5), experiencing emotional burden (4–6), the after-effects of the disease and the effects on reproductive health (3–5). Living with an STD also entails the difficulty of telling significant others and sex partners about the disease (6).

About 357 million treatable STDs are detected worldwide each year (3, 7). In most EU countries, the prevalence of STDs has increased in recent years (2). In Finland, the amounts of repeated chlamydial and gonorrhoeal transmissions have increased. Also, syphilis infections have increased among young Finnish men, especially in the metropolitan area (1). Accordingly, STDs form a global societal health problem (3), and it must be taken into account that these infections always impact on at least two people.

The prevention of STDs is at the centre of health policy guidelines, in order to halt the spread of infection (4). In Finland, the Communicable Diseases Act (8) aims at preventing the spread of infectious diseases and their adverse effects on humans and society. In addition, the prevention of STDs is a priority in the national sexual and reproductive health action plan 2014–2020 (1).

Currently in the prevention of STDs, the focus is on strengthening the tracing of the infection, and on screenings and vaccinations (9). As recurrences are

Correspondence to:

Toni Haapa, Faculty of Social Sciences, University of Tampere, PL 100, 33014 Tampere, Finland.
E-mail: haapa.toni.k@student.uta.fi

common, there is a need for both guidance and more active testing practices (10). In preventive work, it is important to understand underlying factors which affect STDs, as well as to raise awareness on a population level (3), wherein one of the main actors is the body of nursing staff (1).

The assessment of patients' sexual health is a part of the comprehensive treatment provided by health care. By asking patients about their sexual history, it is possible to evaluate the need for any STD testing (11). Sexual behaviour counselling must be patient-oriented (1), and influencing the attitudes of nursing staff is a key factor in preventing the spread of STDs (3). It is known that the early detection and treatment of STDs can break the chain of infection. However, some infections remain undiagnosed because STD tests are not offered adequately in healthcare services (11).

The competence of nursing staff is a central consideration in all healthcare settings. People with an STD need detailed information to be able to participate in the decisions which affect their own care (12, 13). Strengthening the competence of nursing staff is therefore an important consideration in the treatment of this group of patients. To achieve this, we need evidence-based information, and for example, in the Finnish sexual and reproductive health action plan 2014–2020, it has been stated that sexual health should be examined more comprehensively (1). In addition, a comprehensive description of this phenomenon will form the basis for future research and development of nursing practices. However, the previous studies have mainly focused on describing the effects of one disease at the time and so for the time being we do not know are there similar experiences regardless of the disease. Thus, this integrative review aimed to gain a comprehensive description of the experiences related to different STDs. It is presumed that, the experiences can be similar even if STDs vary in their characteristics. That is why this review does not focus on experiences related to some specific STD.

The purpose of this integrative review is to describe the experiences related to living with a sexually transmitted disease. The literature review was used to answer the following research questions.

Based on scientific knowledge, what is known about the experiences related to living with a sexually transmitted disease (STD):

- 1 What are the experiences of becoming infected with an STD?
- 2 What are the experiences of STD's treatment?
- 3 What are the experiences of an STD as a part of everyday life?
- 4 What are the experiences of an STD as part of the future?
- 5 What are the experiences of an STD in relation to others?

Materials and methods

Selection of databases and search terms

An integrative review approach was chosen as it allows the inclusion of studies conducted by various methods (14). This integrative review followed Whittemore and Knaff's methodological approach (15). CINAHL, Medline (Ovid), PsycINFO and PubMed were chosen as the databases for this review. The following search words and combinations were used in the systematic collection of the data: quality of life, sexuality, sexual health, sexual behaviour and sexually transmitted diseases. The selection of databases and search terms were discussed in the research team, and the literature searches were performed with the support of an informatician. The database searches were also supplemented by a manual search.

Retrieval and quality assessment for selected articles

The research team selected the data for the review in stages using inclusion and exclusion criteria (Fig. 1). Different stages of data selection and analysis were discussed in the research team, and possible discrepancies were solved in the team. Based on the full texts of the articles, 33 articles were chosen for the review (14, 15). The quality of the selected research articles was evaluated using the evaluation criteria proposed by the Joanna Briggs Institute (16). Quality assessment was carried by the research team, and the scored article quality varied between one and eight points (Table 1). However, all of the 33 articles were eligible for inclusion in the review, as the selection of the material emphasised substantive issues that related to the research questions (15).

Data analysis

In the data analysis, a combination of deductive and inductive content analysis was used. The use of qualitative content analysis method in integrative reviews has been reported by Hopia et al. (14). Deductive analysis was selected for this review as there was already a theoretical outline which addressed the study subject (17). The theoretical framework for this review is based on qualitative studies which consider the experiences of those living with an STD. The research questions were formed on the basis of the theoretical framework including experiences of becoming infected with an STD, experiences of STD's treatment, experiences of an STD as a part of everyday life and future as well as experiences of an STD in relation to others (18, 19)

Content analysis was approached by tabulating the bibliographic data, purposes, methods and materials, and main results of the selected articles. Analysis units were

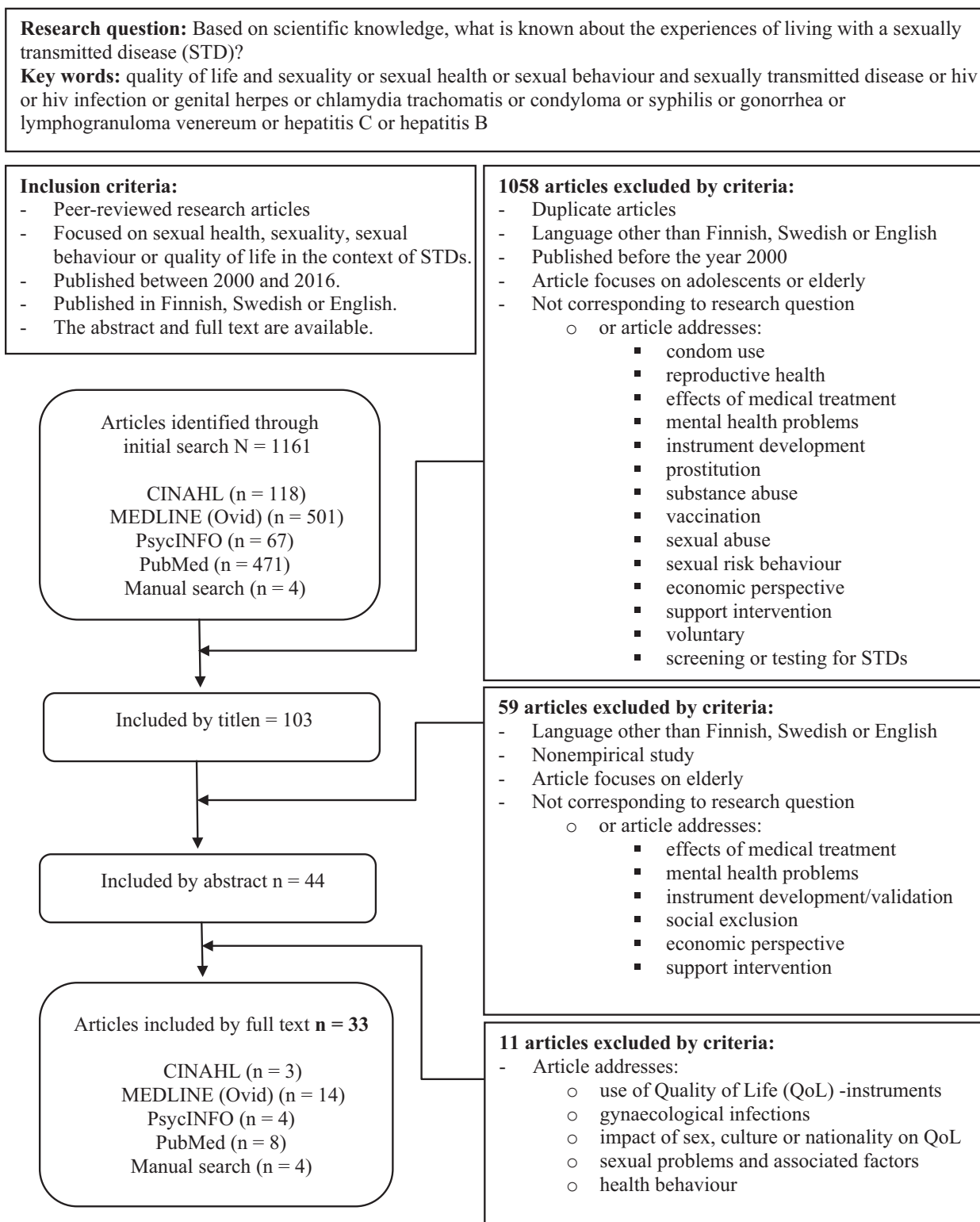


Figure 1 Process of selecting data.

identified, and an analytical frame was structured. Following this process, expressions that were appropriate for inclusion in the frame were searched for, as well as

expressions which were relevant to the topic but which did not fit the frame. The expressions were then reduced. Subsequently, the content analysis was carried out two-

Table 1 Quality assessment of articles included for review

Author(s), (year)	Number of 'yes' responses and evaluation criteria
Abasiubong et al. (2010)	2/9 ^a
Abboud et al. (2010)	3/9 ^a
Balaile et al. (2008)	8/10 ^b
Bellini et al. (2015)	4/9 ^a
Bloom (2001)	7/10 ^b
Bouhnik et al. (2006)	5/9 ^a
Bova and Durante (2003)	3/9 ^a
Cai et al. (2011)	3/9 ^c
Demmer (2001)	1/9 ^a
Drolet et al. (2011)	2/9 ^a
El Fane et al. (2011)	3/9 ^a
Eller (2001)	2/9 ^a
Eriksson and Berglund (2007)	6/9 ^c
Ho et al. (2010)	7/10 ^b
Hondien et al. (2006)	2/9 ^a
Liping et al. (2015)	3/9 ^a
Mark et al. (2009)	3/9 ^a
Mhatre and Sansgiry (2016)	7/10 ^b
Mortensen (2010)	2/10 ^b
Mortensen and Larsen (2010)	8/10 ^b
Okuno et al. (2015)	3/9 ^a
Remor & Ulla (2002)	3/9 ^a
Rivero-Mendez et al. (2009)	2/9 ^a
Rose et al. (2005)	2/9 ^a
Saldanha de Almeida et al. (2010)	5/10 ^b
Sgorbini et al. (2009)	4/10 ^b
Soares et al. (2015)	4/9 ^a
Sun et al. (2013)	3/9 ^a
Sri et al. (2016)	6/9 ^c
van der Snoek et al. (2013)	4/9 ^a
Wang et al. (2011)	3/9 ^a
Wilson et al. (2010)	5/9 ^c
Woodhall et al. (2008)	4/9 ^c

^aMAStARI Descriptive/Case Series Studies.

^bQARI Qualitative assessment and review instrument.

^cMAStARI Comparable Cohort/Case-control Studies.

folded. Deductive analysis employed by grouping the reduced expressions within the frame. While, inductive analysis was used to build new subcategories and upper categories from the remaining expressions that were not used in the frame. New categories conducted by inductive analysis were given names that described their content (17).

Findings

Description of the data

The data for inclusion in this literature review consisted of 33 research articles. The studies were mainly published between 2016 and 2012 (n = 8), 2011 and 2007 (n = 17) and 2006 and 2001 (n = 8). The studies were conducted

in 17 different countries, the majority of which stemmed from the United States (n = 9), China (n = 4) and Brazil (n = 4). Studies focused on people suffering from either HIV (n = 21), anogenital warts (n = 6), hepatitis C (n = 2), chlamydia (n = 2), genital herpes (n = 1) or HIV and anogenital warts (n = 1). The studies' designs were descriptive in 28 studies (eight qualitative and 20 quantitative) and comparative in five studies. Their data collection methods used validated instruments (n = 23), instruments developed for the study (n = 1), interviews (n = 6), interviews and surveys (n = 1), systematic literature reviews (n = 1) and workshops (n = 1).

Experiences of becoming infected with an STD

Getting infected with an STD is associated with a need for knowing one's own STD status, that is, a feeling that STD tests are important. This growing suspicion about STD status is based on the symptoms experienced by a partner or friends (20). The need for knowing more about STDs is generally associated with receiving an STD diagnosis, and those infected can have a lack of knowledge about STDs (21). People with an STD need more information from nursing staff (13, 21), especially concerning the STD's effects on sexuality (20, 21), good hygienic practices with an STD and the STD's psychological effects (21). The need to know the source of the infection is a typical experience, and one which manifests as a causal explanation of the STD (21) (Table 2).

Becoming infected with an STD is associated with a perceived loss of inner balance, which manifests itself in chaotic thoughts (22, 23), blaming the transmitter of the disease (21, 24), and in such a way that the diagnosis of the disease is perceived as a shock (20, 24, 25). In addition, chaotic feelings (20, 24–26), fear (20, 22–25), anxiety (13, 23, 27) and despair (22, 24) are also common experiences. There is also a feeling that the quality of life decreases immediately following the STD diagnosis (28). A loss of purity is perceived after becoming infected and involves feelings of being contaminated (24), unclean (12, 21) and ashamed (12, 13, 20, 21, 26). A loss of control is experienced relating to a lack of control over the STD (13, 24, 25, 29). HIV infection gives rise to a fear of death (20, 22, 24) Getting infected with an STD wounds one's ego, and this appears in the deterioration of self-esteem (13, 21, 27), in the experience of self-loathing (13, 21, 23, 24) and in the self-image becoming negative (13, 21, 27, 29) (Table 2).

Realizing the dangers of sex implies a reflection on one's previous sexual behaviour, and the infection can be seen to establish a cognitive link between unprotected sex and an STD (13). Relatedly, an infected person can feel remorse from having had unsafe sex (21) (Table 2).

Table 2 Experiences of becoming infected with an STD and its treatment

<i>Upper categories</i>	<i>Subcategories</i>
Experiences of becoming infected with an STD	
The need for knowing one's own STD status	Growing suspicion about STD status (20)
The need for knowing more about STDs	Lack of knowledge about STDs (21)
	A need for more information from nursing staff (13, 21)
	More information needed about STD effects on sexuality (20, 21)
	More information needed about good hygienic practices with STD (21)
	More information about the STD's psychological effects (21)
The need for knowing the source of the infection	The causal explanation of the STD (21)
Momentarily loss of inner balance	Chaotic (suicidal) thoughts (22, 23)
	Blaming the transmitter of the infection (21, 24)
	Shock (20, 24, 25)
	Chaotic feelings (20, 24–26)
	Fear (20, 22–25)
	Anxiety (13, 23, 27)
	Despair (22, 24)
	Immediate decrease in the quality of life following diagnosis (28)
The loss of purity	The feeling of being contaminated (24)
	Feeling unclean (12, 21)
	Feeling ashamed (12, 13, 20, 21, 26)
The loss of control	Lack of control over the STD (13, 24, 25, 29)
Experiencing HIV as a death sentence	Fear of death after having HIV (20, 22, 24)
Ego wounding	Deterioration of self-esteem (13, 21, 27)
	Self-loathing (13, 21, 23, 24)
	STD's negative impact on self-image (13, 21, 27, 29)
Realizing the dangers of sex	Infection established a cognitive link between sex and STD (13)
	Remorse from having unsafe sex (21)
Experiences of STD's treatment	
Concerns about the outcomes of treatments	Uncertainties regarding the outcomes of treatments (13, 21, 25, 30)
	Psychological burden of the treatments (13, 21, 25)
	Varying response to the outcomes of treatments (21)
One's own activity in the treatment	Lack of activity in seeking treatment (21)
	Challenges in adherence to treatment (21, 22)
Feelings of shame during treatment	Fear of stigmatisation when attending the STD clinic (21, 22)
Feeling pain during the treatment	Painful therapy interventions (13)
Liberation as an outcome of treatment	Experience of HIV treatment advances making safer sex less important (31)
Treatment brings an opportunity to take control over long-term STD	Medication as a retardant of the STD (25)
	Promising outcomes of antiretroviral therapy (22, 32–34)
	Therapy interventions as a retardant of the STD (21, 27)
Suffering from side effects of the treatment	Physical side effects (13, 22, 23)
	Social side effects (23, 25)
	Psychological side effects (13, 23, 25, 35)
Managing the side effects of treatment	Adapting to side effects (13, 23, 25)
Fragmentation of care	Being encountered in haste (23, 25)
	Inconsistent treatment (21)
	No opportunity to make an informed decision about treatment (13)
	Unstable confidence towards health care (31, 34, 36)
Getting support from care	Getting support from doctors and nurses (22)
	Discussing the issue of sexuality after diagnosis (32)
Unprofessional behaviour of nursing staff	Lack of knowledge among health professionals (25)
	Lack of understanding among health professionals (23, 25)

Experiences of STD's treatment

People with an STD have concerns about the effects of their treatments. Uncertainty is experienced regarding

the outcomes of any treatment (13, 21, 25, 30), and these treatments form a psychological burden, especially over long treatment periods (13, 21, 25). Those infected have varying responses to the outcomes of their

treatment, such as being pessimistic when finding that the treatments may have side effects, or optimistic when there is no firm information about the course of the disease (21). The treatment of an STD requires one's own activity, but there can also be a lack of activity, in which case seeking treatment may be postponed (21). Adherence to treatment regimens may also be a challenge (21, 22), such as the time load of treatments (21) and the tedious process of HIV drug therapy (22) (Table 2).

Treatment also evokes feelings of shame, which manifest in a fear of stigmatisation when attending the STD clinic (21, 22). Pain is also associated with the treatment of STD, for example in the therapy interventions for genital warts (13). However, treatments also provide an experience of liberation, for example where the advances in HIV treatment are considered a breakthrough and have made safer sex less important (31). Treatments also bring an opportunity to take more control over long-term STDs. The course of an STD can be slowed by medication in the case of hepatitis C (25), and in terms of HIV, antiretroviral therapy has shown promising outcomes (22, 32–34). Visible changes caused by the STD may be removed with therapeutic interventions and may also help to control the occurrence of the disease, for example in the case of genital warts (21, 27) (Table 2).

The treatments of STDs can have side effects, which in turn cause suffering. Physical side effects include mucosal lesions caused by the therapy interventions for genital warts (13), or digestive problems due to drug treatments (22, 23). Social side effects manifest in the curtailing of a person's social life due to the treatment they are undergoing (23, 25). Treatments are also shown to have psychological side effects (13, 23, 25, 35). However, those infected tend to manage their side effects by adapting to them (13, 23, 25), for example, and determining their own limits and how to live within those limits (23, 25) (Table 2).

Care may be experienced as fragmented, in that the care is not experienced as being holistic and that patients are being encountered in haste (23, 25). Treatments are experienced as inconsistent (21), and patients are not always given opportunities to make an informed decision about their own treatment (13). As such, their confidence towards STD healthcare provision can be unstable. Trust levels have also been described as high (31, 34), but the quality of life patients perceive may still be seen as being deficient if a lack of confidence in health care exists (36). Treatments may, however, be seen as supportive, and this is expressed, for example, in getting support from doctors and nurses (22). The support provided during treatments means that issues related to sexuality will be discussed with nursing staff after receiving the HIV diagnosis (32). However, it is possible that nursing staff may exhibit unprofessional behaviour, which manifests as a lack of knowledge in terms of the

characteristics of an STD (25) or a lack of understanding of the patients' perspective (23, 25) (Table 2).

Experiences of an STD as a part of everyday life

Having an STD brings changes to the daily routines of an infected person. An HIV infection (22, 37) or hepatitis C (23) can raise questions concerning the person's suitability for work. Everyday life with an STD manifests also in the fact that the coping with daily chores is defined by one's physical condition. One's general condition rhythms everyday chores, and this appears in the connection of the symptoms to one's performance (23, 25, 27, 33, 36, 38). Working activity is considered as relevant in terms of living a normal everyday life (22). Undertaking leisure activities increases individual satisfaction and helps to maintain a balance in one's life (20, 22, 23, 25). However, health becomes a priority in life after becoming infected with an STD, and HIV in particular (22, 28). The disease symptoms tend to determine the everyday life of the infected person. Physical symptoms range from fatigue to rashes (20, 23, 27, 37–39). Psychological symptoms such as depression and fear occur in living with HIV (37) or hepatitis C (23). Also, frequent illness has a negative impact on everyday life of the infected person (20, 23, 25, 33, 37) (Table 3).

In case of long-term STDs, the active phase of infection serves as a reminder of its existence. For example, a recurrence of anogenital warts rekindles negative emotions associated with the infection (21, 27), and those infected with genital herpes (12) and anogenital warts (13) experience difficulties in forgetting the infection completely due to its long-term nature. Medication is experienced as a partner in the everyday lives of patients with long-term STDs. In particular, people living with HIV experience that the medication rhythms their everyday life, and the feeling that they are dependent on the medication (20) (Table 3).

Several studies have found that STDs have a negative impact on the perceived quality of life (12, 13, 27, 28, 30, 34–36, 40–43), and satisfaction with life decreases because of the disease (22, 33, 36). However, resources that promote coping with changes in daily routines can be found. Resources are found from hope (20), family (20), a feeling of survival (44), an appreciation of things in everyday life (44) or simply appreciating life itself (28, 44). Factors that increase the quality of life are satisfaction, a lack of symptoms and a good functional capacity (22, 37) (Table 3).

Experiences of an STD as a part of the future

Particularly in the case of a long-term STDs, the disease is seen a part of the infected person's future, which includes a hardship in accepting the STD. Acceptance is

Table 3 Experiences of an STD as part of everyday life, the future and in relation to others

<i>Upper categories</i>	<i>Subcategories</i>
Experiences of an STD as a part of everyday life	
Changes in daily routines	Questions concerning the suitability for work due to the STD (22, 23, 37)
Coping with daily chores according to physical condition	General condition rhythms everyday chores (23, 25, 27, 33, 36, 38) Work life as a part of everyday living (22) Undertaking leisure activities (20, 22, 23, 25) Health as a priority in life after the infection (22, 28) Physical symptoms in everyday life (20, 23, 27, 37–39) Psychological symptoms in everyday life (23, 37) Frequent illnesses have a negative impact on everyday life (20, 23, 25, 33, 37)
The active phase of a long-term STD is a reminder of its existence	Recurrence of anogenital warts rekindles annoying emotions related to the infection (21, 27) Difficulty in forgetting an STD due to its long-term nature (12, 13)
Medication as a partner in everyday life	Medication rhythms everyday life (20)
A decrease in quality of life (QoL)	STD's negative impact on QoL (12, 13, 27, 28, 30, 34–36, 40–43) A decrease in life satisfaction (22, 33, 36)
Resources to cope with changes in daily routines	Finding resources from hope (20) Finding resources from family (20) Feeling of survival as a resource (44) Appreciating things in everyday life as a resource (44) Appreciating life itself as a resource (28, 44) Factors increasing the QoL (22, 37)
Experiences of an STD as a part of the future	
Accepting the future	Hardship of accepting the STD (24) Internalising the STD as a part of the future (20, 21, 24, 25, 28)
Life in the here and now	Does not know how to think of the future (13)
Hope for a change in life	Hoping to be cured (25) Hoping to maintain stability in everyday life (44)
Longing for own family	A wish to live long enough to have a family (20)
Concerns about tomorrow	Concerns in general (13, 23, 39) Concerns about maintaining finances (25, 31, 34, 36, 42) Concerns about the family's future (25) Concerns about the STD's visual effects on the body (24) Concerns about health (22, 26, 30, 31, 34, 36) Concerns about a recurrence of the STD (12, 21) Concerns about complications (13, 21, 25) Concerns about the STD's effects on sex life (13) Fear of transmitting the infection to a child during pregnancy (24)
Experiences of an STD in relation to others	
Selectively telling about the STD	Telling the sex partner (32) Telling those closest (13, 21) Being careful in terms of telling others about the STD (21, 37)
Aiming to hide the STD	Difficulty in telling about the STD (20, 36) Making a decision not to disclose the STD (12, 13, 22, 25) Not disclosing the STD as an effort to preserve relationships with closest ones (25)
Fear of stigmatisation	Caution in getting to know new people (12, 13) Fear of being stigmatised (13, 21, 42) Fear of being rejected (12, 21–23) Fear of losing something once the STD is disclosed (21, 22)
Unnecessary fear of the negative reaction of others	Positive changes in relationships (22, 25, 28)
Shattering surroundings	Being abandoned in close relationships (22, 25) Questions of a partner's loyalty (13, 21) Intimate relationship becoming wounded (13, 21, 23, 25) Suffering from STD in solitude (13, 23, 25)

Table 3 (Continued)

<i>Upper categories</i>	<i>Subcategories</i>
Getting support from surrounding people	Support from those closest (22, 24, 25) The importance of support (20, 25, 35)
Fading sex life	Lack of sexual desire (13, 21, 23, 32, 45) Irritation with declining sex (20, 27, 32, 46) Difficulty of getting sex (13) Blocking sexual desire (20, 22, 24) Sex life becoming less enjoyable (12, 21, 22, 26, 29, 34, 39, 47–49)
Sexual disorders	Decrease in overall sexual function (23, 32, 42, 45) Decreased libido (32, 45) Ejaculation problems (32) Pain during sexual intercourse (13, 32, 45) Sexual disorders caused by anxiety (24, 32)
Awareness of the risk of transmission	Concern of infecting another person (12, 22, 27, 48)
Continuing risky sexual behaviour	Neglecting the use of a condom (46, 47, 50) A belief that the medication itself will prevent the transmission of STD (undetectable viral load) (50) Both partners being seropositive as a reason not to use condom (20, 50) Thinking the partner is responsible for protecting themselves, as a reason not to use a condom (50) Not wanting to disclose seropositivity as a reason not to use a condom (50)
Adopting the safer sexual behaviour	Cautiousness in sexual relations (13, 47) The use of condoms is obvious in sexual relations (20, 32, 35)
Continuing enjoyable sex life	Maintaining the sexual activity despite the STD (32, 46, 47) Being happy with the quality of sexual relationships (22, 47)

associated with different emotions such as fear, despair and denial (24); however, acceptance of the future is manifested as internalising the STD as a part of one's future (20, 21, 24, 25, 28) (Table 3).

Experiences relating to the future may also take the position that life is here and now, and one does not know how to think of the future (13). However, people's hopes for changes in life are invariably connected to the future. Those infected with long-term STDs hope for a cure of the disease (25) or to be able to maintain a level of stability in everyday life (44). In particular, people living with HIV and without families have a wish to live long enough to have a family of their own (20) (Table 3).

It is clear that living with an STD means that one has concerns about tomorrow, and these can manifest as general concerns (13, 23, 39) or concerns related to maintaining finances when living with a long-term disease (25, 31, 34, 36, 42). People with an STD have concerns about their family's future (25), or the STD's visible effects on their body (24). Concerns are especially focused on health, particularly as the disease progresses (22, 26, 30, 31, 34, 36). On the other hand, concerns can also focus on the reoccurrence of a disease which has already been cared for (12, 21). STDs are associated with the risk of complications, which represents a concern for the infected person (13, 21, 25). The impact of the STD on one's sex life is a matter of concern (13), as is the fear of transmitting the disease to a child during pregnancy (24) (Table 3).

Experiences of an STD in relation to others

Living with an STD is influenced by factors associated with telling other people about the condition. Telling others about the disease is typically selective, and an infected person can choose to tell their sex partners (32) or those close to him (13, 21) about the infection. Care in terms of telling others about an STD is common and highlights a desire to control who gets to know about the infection (21, 37). The infected person can also seek to hide their STD because telling others about it is difficult and scary (20, 36). Making a decision not to disclose the STD is one solution (12, 13, 22, 25), and this may also be aimed to preserve close relationships (25) (Table 3).

Due to the fear of stigma, getting to know new people is also undertaken with caution (12, 13). Fear of stigma manifests in avoiding situations where the disease could be revealed to others (13, 21, 42). A sense of fear is also produced by the possibility of becoming rejected or discriminated against (12, 21–23), or by losing one's job or human relationships (21, 22) when the STD is disclosed. The fear of others' negative reactions can, however, prove to be unnecessary, and even positive changes in close relationships can result after disclosing the STD (22, 25, 28) (Table 3).

People with an STD may face the shattering of their surroundings, which manifests, for example in becoming abandoned by friends (22, 25) or asking questions about the loyalty of one's partner (13, 21). Becoming infected

with an STD while in a committed relationship wounds the intimate relationship with one's partner (13, 21, 23, 25). The person living with the disease may experience that they are suffering in solitude, because they cannot receive support due to the stigma associated with the disease (13, 23, 25). It is, however, possible to get support from surrounding people, and support received from those closest is important (22, 24, 25), represents joy and helps with coping (20, 25, 35) (Table 3).

A fading sex life is a typical experience following an STD infection. Those infected experience a lack of sexual desire (13, 21, 23, 32, 45). The decline in sex is perceived as an irritating issue (20, 27, 32, 46), and in general, it is difficult to get sex because of the STD (13). On the other hand, sexual desire can actively be blocked as a reaction to the STD (20, 22, 24). The person's sex life becomes less enjoyable with the infection (12, 21, 22, 26, 29, 34, 39, 47–49), and sexual disorders may occur in connection to an STD, manifesting in an overall decrease in sexual function (23, 32, 42, 45) and libido (32, 45). Ejaculation problems (32), pain during sexual intercourse (13, 32, 45) and sexual disorders caused by anxiety (24, 32), are experienced (Table 3).

An awareness of the risk of transmission in sexual relations manifests in the experiences that the infected person has. Especially, as a concern for infecting another person (12, 22, 27, 48). A person with an STD may continue to pursue risky behaviours in sexual relations, such as neglecting to use a condom (46, 47, 50). People with an STD may have the belief that the medication itself will prevent the transmission of an STD, for example in case of an undetectable viral load (50). A condom may also not be used if the partner is also seropositive (20, 50), or one has a thought that the partner is responsible for protecting themselves (50). Not wanting to disclose a seropositivity may also be a reason not to use condom (50). The adoption of safer sexual behaviour is possible to obtain after infection and appears as a cautiousness in sexual relations (13, 47), and in that the use of condoms is obvious in sexual relations (20, 32, 35) (Table 3).

In spite of the STD however, sex life can still be enjoyable, and sexual activity is able to be maintained (32, 46, 47). Additionally, people with an STD can still be happy with the quality of their sexual relationships (22, 47) (Table 3).

Discussion

This review showed that the studies focused mainly on the United States, China and Brazil. This can be explained by the fact that high incidence of STDs, such as in China and Latin America (4, 51), will influence on research interests. Based on the review, studies on living with an STD tended to focus on a specific disease and commonly described the impact of a specific disease on

the perceived quality of life. Research was more focused on living with long-term STDs such as HIV and anogenital warts. Studies on curable STDs such as chlamydia were scant, only two studies. This can be explained by the fact that HIV has been a subject of interest to researchers more than other STDs. Thus, for example among young people, levels of awareness and knowledge of STDs are highest regarding HIV. Therefore, more attention should be paid to other STDs such as chlamydia, gonorrhoea and syphilis (52).

The human rights for attaining comprehensible information on sexual health and sexual education are stated in the World Association for Sexual Health *Declaration of Sexual Rights* (53). This review confirms the previous knowledge in relation to peoples' information needs when becoming infected with an STD. However, the results show that more information is needed specifically from nursing staff. According to Sinisaari-Eskelinen et al. (54), patients expect information, and the opportunity to have discussions on sexuality with nursing staff. Similar results have also been found in the context of HIV testing, where a part of the patient experience is that they are often left without counselling (55). It is therefore essential to consider how health care can meet the patients' need for information. On the other hand, it has also been established that there is insufficient information on the detailed needs or expectations for sexual counselling in specific groups (1), but this review produced information specifically about issues surrounding the need for additional information after becoming infected with an STD.

Nursing care related to STDs is a broad and evolving area. The contents of such care should include counselling, informing sexual partners, STD tests and treatment of the disease and support for those living with disease or in risk of becoming infected. Nurses are key actors in mitigating the harm related to STDs (56). However, this review found a fragmentation of care and unprofessional behaviour by nursing staff, which manifested in a lack of knowledge in terms of STD characteristics and a lack of understanding from the patient perspective. In support of these findings, a study by Paudel and Baralin (57) revealed that people with an STD felt that they were treated differently to others, and Chen and Han (51) note that nurses need more information about infectious diseases, the modes of transmission and the precautions to be taken.

According to this review, the quality of life decreases when a person has an STD. In earlier studies, deterioration in the quality of life has been detected particularly in case of HIV (35, 38). On the other hand, this review yielded information that the deterioration of the perceived quality of life also occurs in other STDs (anogenital warts, genital herpes and chlamydia). In addition, resources to cope with changes in daily routines were discovered in this review.

This review raises a variety of concerns related to the future, relating for example to the family's future, to sex life or to a fear of transmitting the infection to a child during pregnancy. Similar results have been found in a study where dating, getting married and parenting were studied in the context of men living with HIV. In that study, it was also found that the formation of family and a continuing active sex life were ways by which to normalise life with HIV, and the participants accepted the risk of infecting a child or partner in order to fulfil their wish of parenthood (58).

The experience of an STD in relation to others manifests in sexual relations. A fading sex life is typical after becoming infected with an STD. It is known for example, that the effect of genital warts on sexual activity depends on age, sex, marital status and the number of genital warts (59).

An STD can also have a negative effect on one's sexual satisfaction but does not necessarily affect sexual behaviour (60). The results of this review show that a person with an STD either adopts a safer sexual behaviour or continues their risky behaviour, but in previous studies, it has been found that, for example in case of syphilis, those infected changed their behaviour in order to prevent re-infection, but the changes were only short-term (61). This view is also promoted by the fact that repeated STD infections are common (10).

Strengths and limitations of the review

The strengths and limitations of this review are related to its research problem formulation, implementation of the literature search, data selection, data analysis and reporting of the review. The research problem was formulated in a research team, with search term choices and search strategies drawn up in conjunction with an informationist. MeSH search terms, database-specific search terms, a free word search and a related term function were used in the database searches. Additionally, the database searches were supplemented by a manual search (14, 15).

When selecting the data to be used in this review, both inclusion and exclusion criteria were used. The language choices and timeframe (2000–2016) may have limited the return of material, but a total of 33 articles were finally selected for this review. The selected articles were different from each other, which makes the material varied. However, the evaluation of the quality of the articles was carried out by two independent researchers using international criteria for evaluation, which may be considered as strength of this review. Although the methodological quality of the articles varied, a choice was made to include lower quality studies in the review because of their content. The integrative review method adopted allowed the inclusion (14, 15).

The selected articles were tabulated in order to analyse the data, and the analysis was carried out deductively and inductively. Deductive analysis has been found to be suitable for testing theoretical models, and its framework is described in earlier publications, in which case it can be considered reliable. By using inductive analysis, it was possible to produce new information on the subject. The process of data analysis was discussed in the research team at every stage (15, 17). An additional strength of this review is the fact that the data selection was systematic and carefully documented, which enables the process to be replicated by other researchers (14, 15).

From a research ethics perspective, the review has been conducted in accordance with ethical research principles, and the review process has been carefully documented. Accurate references have also been provided to honour the authors of the primary studies and their findings (62).

Conclusion

Based on this review, it can be concluded that:

- 1 Nursing staff need to pay more effort to the informational support of people with STDs, as they feel that they need more information. In addition, from the point of view of the promotion of sexual health in the case of people with STDs, it is essential that counselling should be tailored to the needs of the patient, and also be sufficiently detailed. These interventions require the active engagement of nursing staff and the ability to address sexuality issues. Also, nursing as a profession should pay more attention on sexual health promotion activities.
- 2 From the point of view of the prevention of STDs, it is essential that people living with an STD are active in their own care. During treatment, the patient needs support from nursing staff in managing possible side effects and in understanding concerns related to the outcomes of the treatment. In addition, it is also important to safeguard the quality of care for patients with an STD by paying attention to the professional behaviour of nursing staff.
- 3 In nursing and also in the prevention of STDs, it is important to consider the wider issues of living with an STD, such as the meaning of an STD in one's everyday life. This includes how a person living with an STD is able to take advantage of their own resources in order to cope with the disease and also to address any concerns they may have about their future. Evidence-based nursing interventions play a key role in here.
- 4 Research on the life experiences related to STDs can be found, although it is still very disease-focused and descriptive. Although STDs differ in their characteristics and prognosis, there are common issues to be found regarding the patients' experiences. Thus, future needs to gather scientific knowledge on infectious diseases in

this review to support those living with an STD and prevent the spread of STDs and also to ensure peoples care, and informational needs are being met.

Acknowledgement

None.

Author contributions

Toni Haapa, Tarja Suominen, Eija Paavilainen and Jari Kylmä contributed to the study design, data collection/

analysis, drafting and writing of the manuscript and accepted the final text.

Ethical approval

There was no empirical research intervention in this study; therefore, an ethical approval was not applicable. No conflict of interest has been declared.

Funding

This research received no specific grant or funding.

References

*Articles included in the review.

- Klemetti R, Raussi-Lehto E. (eds) *Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveysten toimintaohjelma 2014–2020 (Promote, prevent, affect – the national sexual and reproductive health action plan 2014–2020)*. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos (THL) (National Institute for Health and Welfare), Helsinki, Opas (Guide) 33/2014; 2014.
- Nikula M. *Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia. Opportunities for prevention of sexually transmitted infections*. Academic dissertation. Research 26/2009, Helsinki University Print, Helsinki 2009.
- WHO. *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021: Towards ending STIs*, 2016, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/> (last accessed 29 September 2016).
- Hawkes S. Addressing sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in the context of sexual health. *Int J Sex Health* 2008; 20: 91–108.
- Mark H, Dhir A, Roth C. Sexually transmitted infections in the United States: overview and update. *Am J Nurs* 2015; 115: 34–44.
- Millard T, McDonald K, Elliot J, Slavin S, Rowell S, Girdler S. Informing the development of an online self-management program for men living with HIV: a needs assessment. *BMC Public Health* 2014; 14: 1209.
- Newman L, Rowley J, Vander HS, Wijesooriya SN, Unemo M, Low N, Stevens G, Gottlieb S, Kiarie J, Temmerman M. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10: e0143304.
- Communicable Diseases Act 1227/2016*, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/> (last accessed 21 April 2017).
- Low N, Hawkes SJ. Putting the magic into magic bullets: top three global priorities for sexually transmitted infection control. *Sex Transm Infect* 2011; 87: 44–46.
- Hiltunen-Back E, Ruutu P, Kautiainen H, Ådahl L, Savolainen R, Paavonen J, Reunala T. Sukupuolitautilien anturiverkosto 1995–2006: toistuvat sukupuolitautilaivatunnat ovat yleisiä (Sensor network for STIs 1995–2006: repeated STIs are common). *Suom Laakaril* 2009; 37: 2999–3004.
- Tillman JL, Mark HD. HIV and STI testing in older adults: an integrative review. *J Clin Nurs* 2015; 24: 2074–95.
- Mark H, Gilbert L, Nanda J. Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38: 320–6.*
- Mortensen GL. Long-term quality of life effects of genital warts – a follow-up study. *Dan Med Bull* 2010; 57: 1–4.*
- Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci* 2016; 30: 662–9.
- Whittemore JE, Knafel K. The Integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52: 546–53.
- Joanna Briggs Institute. *Reviewers' Manual: 2014 Edition*. The Joanna Briggs Institute. Adelaide, <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf> (last accessed 20 December 2016).
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open* 2014; 4: 1–10.
- Haapa T, Suominen T, Kylmä J. Sukupuolitautilien saaminen ja hoito tartunnan saaneen kokemana (Getting infected with a sexually transmitted disease and its treatment – experiences of patients). *Tutkiva Hoitotyö*. 2015; 13(2): 31–39.
- Haapa T, Suominen T, Kylmä J. Tartunnan saaneen kokemus seksitautilta suhteessa arkeen tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin (Everyday life with a sexually transmitted disease; in the present, in the future and in relation to others – experiences of patients). *Seksologinen Aikakauskirja* 2018; 3: 3–15.
- Balaile G, Kayombo J, Ransjö-Arvidsson AB, Hojer B. Sexuality and health: a study of Tanzanian men's experiences of living with HIV/AIDS. *Afr J Reprod Health* 2008; 12: 35–46.*
- Mortensen GL, Larsen HK. The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BMC Public Health* 2010; 10: 113.*
- Ho C-F, Twinn S, Cheng KK. Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS. *Psychol Health Med* 2010; 15: 210–9.*
- Mhatre S, Sansgiry S. Development of a conceptual model of health-related quality of life among hepatitis C patients: a systematic review of qualitative studies. *Hepatol Res* 2016; 46: 29–39.*
- Saldanha de Almeida AN, Silveira LC, Ferreira dSM, Marques Araújo

- MA, Guimaraes TA. Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: a sociopoetic production. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18: 163–9.*
- 25 Sgorbini M, O'Brien L, Jackson D. Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2282–91.*
- 26 van der Snoek E, Couwenberg S, Lammers A, van Loon AM. Anogenital warts: influence on quality of life in Dutch soldiers. *Sex Transm Dis* 2013; 40: 650–1.*
- 27 Drolet M, Brisson M, Maunsell E, Franco EL, Coutlée F, Ferenczy A, Ratnam S, Fisher W, Mansi JA. The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sex Transm Dis* 2011; 28: 949–56.*
- 28 Hondien S, Sundaram V, Nease RF, Holodniy M, Lazzaroni LC, Zolopa A, Owens DK. The effect of diagnosis with HIV infection on health-related quality of life. *Qual Life Res* 2006; 15: 69–82.*
- 29 Wang S-M, Shi JF, Kang DJ, Song P, Qiao YO, Chinese HPV Study Group. Impact of human papilloma virus-related lesions on quality of life. *Int J Gynecol Cancer* 2011; 21: 182–8.*
- 30 Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Grouch S, Jit M, Birks Y, Edmunds WJ, Newton R, Lacey CJ. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sex Transm Infect* 2008; 84: 161–6.*
- 31 Demmer G. Quality of life and risk perception among predominantly heterosexual, minority individuals with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 18: 481–9.*
- 32 El Fane M, Bensghir R, Sbai S, Chakib A, Kadiri N, Ayouch A, Himmich H. Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies* 2011; 20: 158–62.*
- 33 Rivero-Mendez M, Portillo C, Solis-Baez SS, Wantland D, Holzemer WL. Symptoms and quality of life for people living with HIV infection in Puerto Rico. *P R Health Sci J* 2009; 28: 54–59.*
- 34 Soares GB, Garbin CA, Roviada TA, Garbin AJ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 1075–84.*
- 35 Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLoS ONE* 2013; 8: e64562.*
- 36 Abasiubong F, Ekott JU, Bassey EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *J Ment Health* 2010; 19: 211–8.*
- 37 Abboud S, Noured-dine S, Abu-Saad HH, DeJong J, Mokhbat J. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care* 2010; 22: 687–96.*
- 38 Eriksson LE, Berglund T. Health-Related quality of life in homo- and bisexual men attending a sexually transmitted disease clinic in Sweden. *Int J STD AIDS* 2007; 18: 207–11.*
- 39 Bellini JM, Reis RK, Reinato LA, Magalhães R, Gir E. Quality of life of HIV seropositive women. *Acta Paul Enferm* 2015; 28: 350–4.*
- 40 Eller LS. Quality of life in persons living with HIV. *Clin Nurs Res* 2001; 10: 401–22.*
- 41 Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of life of people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Zhejiang Province China. *PLoS ONE* 2015; 10: e0135705.*
- 42 Okuno MF, Gosuen GC, Campanharo CR, Fram DS, Batista RE, Belasco AG. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude toward sexuality from the perspectives of individuals living with human immunodeficiency virus. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23: 192–9.*
- 43 Sri T, Southgate E, Kerry S, Nightingale C, Oakeshott P. Health-related quality of life and chlamydia trachomatis infection in sexually experienced female inner-city students: a community-based cross-sectional study. *Int J STD AIDS* 2016; 0: 1–5.*
- 44 Bloom FR. "New beginnings": a case study in gay men's changing perceptions of quality of life during the course of HIV infection. *Med Anthropol Q* 2001; 15: 38–57.*
- 45 Cai T, Mondaini N, Mingo S, Meacci F, Boddi V, Gontero P, Malossini G, Geppetti P, Mazzoli S, Bartoletti R. Genital chlamydia trachomatis infection is related to poor sexual quality of life in young sexually active women. *J Sex Med* 2011; 8: 1131–7.*
- 46 Remor EA, Ulla S. Sexuality, perceived illness, and quality of life in Spanish gay and bisexual men living with HIV. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2002; 6: 41–45.*
- 47 Bova C, Durante A. Sexual functioning among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS* 2003; 17: 75–83.*
- 48 Rose RC, Peake MR, Ennis N, Pereira DB, Antoni MH. Depressive symptoms, intrusive thoughts, sleep quality and sexual quality of life in women co-infected with human immunodeficiency virus and human papillomavirus. *Chronic Illn* 2005; 1: 281–7.*
- 49 Wilson TE, Jean-Louis G, Schwartz S, Golub ET, Cohen MH, Maki P, Greenblatt R, Massad S, Robinson E, Goparaju L, Lindau S. HIV infection and women's sexual functioning. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 54: 360–7.*
- 50 Bouhnik AD, Préau M, Schiltz MA, Peretti-Watel P, Obadia Y, Lert F, Spire B, the VG. Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 42: 597–603.*
- 51 Chen WT, Han M. Knowledge, attitudes, perceived vulnerability of Chinese nurses and their preferences for caring for HIV-positive individuals: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3227–34.
- 52 Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health* 2011; 11: 272.
- 53 World Association for Sexual Health (WAS). *Declaration of Sexual Rights*. 2014, http://www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf (last accessed 26 December 2016).
- 54 Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki MR, Tervo P, Väisälä L. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen:

- Plissitistä Betteriin (Tools for sexual counselling: from Plissit to Better). *Sosiaalilaak Aikak* 2016; 53: 286–93.
- 55 Kylmä J, Roos M, Heikkinen T, Suominen T. Miesten, joilla on seksiä miesten kanssa, hiv-testausaktiivisuus ja arviot hiv-testaustilanteesta (HIV testing practices among men who have sex with men and their associated evaluations). *Hoitotiede* 2016; 28: 298–311.
- 56 Bungay V, Masaro CL, Gilbert M. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? *J Clin Nurs* 2014; 23: 3274–85.
- 57 Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health* 2015; 12: 53.
- 58 Sastre F, Sheehan DM, Gonzalez A. Dating, marriage, and parenthood for HIV-positive heterosexual Puerto Rican men: normalizing perspectives on everyday life with HIV. *Am J Mens Health* 2015; 9: 139–49.
- 59 Vriend HJ, Nieuwkerk PT, van der Sande M. Impact of genital warts on emotional and sexual well-being differs by gender. *Int J STD AIDS* 2014; 25: 949–55.
- 60 Foster LR, Byers ES. Comparison of the sexual well-being of individuals with and without a herpes and/or human papillomavirus infection diagnosis. *Int J Sex Health* 2013; 25: 148–62.
- 61 Plant A, Stahlman S, Javanbakht M, Cross J, Montoya JA, Bolan R, Kerndt PR. Syphilis experiences and risk perceptions among repeatedly infected men who have sex with men. *Perspect Sex Repro H* 2015; 47: 181–6.
- 62 Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310: 2191–4.