

TARTU ÜLIKOOL  
sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

**Kati Juurik**

**Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse  
tulevases erialases töös enne ja pärast seksuaalsust käsitleva valikaine läbimist**

Physiotherapy students' attitudes towards addressing sexual health in their future  
profession before and after elective course about sexuality.

**Magistritöö**  
füsioteraapia õppekava

Juhendajad:  
TÜK Androloogiakeskuse füsioterapeut, E-L. Sibul  
TÜ Sisehaiguste füsioteraapia lektor, J. Sokk

Tartu, 2021

# SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID	3
LÜHIÜLEVAADE	4
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
1.1. Seksuaaltervis, seksuaalmeditsiin, seksuaalne düsfunktsioon	6
1.2. Rehabilitatsioon ja füsioteraapia seksuaaltervise kontekstis	7
1.2.1 Seksuaaltervise kaebusega patsient	7
1.2.2. Füsioteraapia võimalused seksuaaltervise edendamisel	8
1.3. Tervishoiutöötajate valmisolek tegeleda seksuaaltervisega erialases töös	9
1.4. Füsioterapeutide hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse	9
1.5. Seksuaaltervisega tegelemist mõjutavad tegurid	10
1.5.1 Takistavad tegurid	10
1.5.2. Soodustavad tegurid	11
1.5.3. Seksuaaltervise alased koolitused	12
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	14
3. METOODIKA	15
3.1. Uuringu disain	15
3.2. Uuringus osalejad	15
3.3. Küsimustik	16
3.4. Uuringu korraldus	17
3.5. Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia”	17
3.6. Andmete analüüs	18
4. TÖÖ TULEMUSED	19
4.1. Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse tulevases erialases töös enne valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” neljas kategoorias	19
4.1.1. Mugavustunne	19
4.1.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsiendiga	19
4.1.3. Tulevane töökeskkond	20
4.1.4. Hariduslikud vajadused	21
4.1.5. Küsimustiku koguskoor	21
4.2. Valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” osalenud üliõpilaste hoiakuid seksuaaltervisega tegelemisse tulevases erialases töös enne ja pärast valikainet neljas kategoorias	21
4.2.1. Mugavustunne	22
4.2.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsiendiga	22
4.2.3. Tulevane töökeskkond	23
4.2.4. Hariduslikud vajadused	24
4.2.5. Küsimustiku koguskoor	25

4.3. Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud ja mitte läbinud üliõpilaste hoiakuid seksuaaltervisega tegelemisse neljas kategoorias	25
4.3.1. Mugavustunne	25
4.3.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsientidega	25
4.3.3. Tulevane töökeskkond	26
4.3.4. Hariduslikud vajadused	27
4.3.5. Küsimustiku koguskoor	27
5. ARUTELU	28
6. JÄRELDUSED	35
7. KASUTATUD KIRJANDUS	36
LISA 1	42
Autori lihtlitsents töö avaldamiseks	44

## **KASUTATUD LÜHENDID**

BETTER- *Bring up- Explain- Tell- Timing- Educate-Record*

EXPLISSIT- *Extended Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy*

LGBTQ (*lesbian, gay, bisexual, transgender and queer or questioning*)

PLISSIT- *Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy*

SD- seksuaalne düsfunktsioon

SG- sekkumisgrupp

ST- seksuaalervis

VG- võrdlusgrupp

WHO- *World Health Organization*

## LÜHIÜLEVAADE

**Eesmärk:** Magistritöö eesmärk oli välja selgitada füsioteraapia üliõpilaste hoiakud seksuaaltervisega (ST) tegelemisse tulevases erialases töös ning hinnata haridusliku sekkumise ehk seksuaalsust käsitleva valikaine mõju üliõpilaste hoiakutele.

**Metoodika:** Uuringu läbiviimiseks kasutati ankeetküsitlust. Küsimustik koosnes 22-st väitest ja jaguneb hoiakute hindamisel neljaks väidete kompleksiks: mugavustunne, hirm negatiivse mõju ees, tulevane töökeskkond ja hariduslikud vajadused. Väidetele vastati 5-astmelisel *Likerti*-tüüpi skaalal. Kokku võttis uuringust osa 37 bakalaureuse õppetaseme 2. ja 3. õppeaasta füsioteraapia üliõpilast.

**Tulemused:** Füsioteraapia üliõpilaste seas esines enne hariduslikku sekkumist ebamugavust kõneledes ST teemadel ning enamik üliõpilastest tundis end ST-st rääkimiseks ettevalmistamata. Üliõpilased ei tunneks piinlikkust, kuid patsiendid räägiksid seksuaalteemadel, ent arvavad, et patsiendid võivad tunda piinlikkust, kui terapeut tõstatab seksuaalteemasid. Üliõpilased nõustuvad, et peaksid väljaõppes saama põhiteadmisi ST-st ja oskusi, kuidas rääkida ST-st. Üliõpilaste hinnangul ei ole neid haritud ST teemadel ja neil ei ole piisavalt kompetentsi, et rääkida ST-st. Üliõpilased nõustuvad, et peaksid väljaõppes saama põhiteadmisi ST-st ja oskusi, kuidas rääkida ST-st. Küsimustiku koguskoor  $67,9 \pm 11,8$  (keskmine  $\pm$  SD), näitab, et hinnanguliselt tajutakse mugavust ja valmisolekut mõnedes olukordades ST- ga tegelemisel. Seksuaalsust käsitleva valikaine mõjul leiti, et üliõpilaste hinnangul muutus 69,2% võrra hoiak, et neid on haritud, 68,2% võrra muutus hoiak, et neil on rohkem kompetentsust ning 12,8% võrra vähenes hoiak, et nad peaksid saama koolitust, kuidas rääkida ST-st. Pärast hariduslikku sekkumist suurenes 19% üliõpilaste valmisolek tegeleda ST-ga. Seksuaalsust käsitleva valikaine läbinute seas esines suurem mugavustunne võrreldes mitte läbinutega ( $p < 0,001$ ). Hariduslikku sekkumist saanud üliõpilased on positiivsema hoiakuga ( $p < 0,001$ ), et neil oleks aega ja nad võtavad tõenäolisemalt aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases ametis.

**Kokkuvõte:** Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud ST-ga tegelemisse tulevases erialases töös olid enne sekkumist valdavalt positiivsed (st tajuti valmisolekut ja mugavust mõnedes olukordades) ning haridusliku sekkumise mõjul suurenenud positiivsed hoiakud olid seotud seksuaalsust käsitleva valikaine läbimisega.

**Märksõnad:** füsioteraapia üliõpilased, hoiakud, seksuaaltervis, seksuaalharidus.

## **Abstract**

**Aim:** The aim of the Master's thesis was to investigate physiotherapy student's attitudes towards addressing sexual health in their future profession, and to assess educational intervention, elective course about sexuality, impact on attitudes.

**Methods:** A survey of physiotherapy student's was conducted. Questionnaire consisted of 22 items, which distributed across 4 domains: feelings of comfortableness, fear of negative influence on future patient relations, future working environment and educational needs. Items were answered on a Likert scale with 5 options. A total of 37 bachelor's degree (2nd and 3rd year) student's responded.

**Results:** Most of physiotherapy student's felt before educational intervention uncomfortable and unprepared to talk about sexual health with future patients. Student's reported they would not feel embarrassed, though they believe that future patients might feel embarrassed if therapist's bring up sexual issues. Student's agree that they have not been educated about sexual health and they don't have sufficient competence to talk about sexual health. Student's express the need to get basic knowledge and education to talk about sexual health. Mean total score was  $67,9 \pm 11,8$  ( $\pm$  SD), which is interpreted a comfortable and prepared in some situations to deal with sexual health. The results of the intervention indicate that student's felt 69,2 % more educated and 68,2% more competent to talk about sexual health. As well after the course decreased the attitude they need to get trained, how to talk about sexual health. After the elective course about sexuality mean total score increased 19 %. Participation in the elective course significantly ( $p < 0,001$ ) changed the student's feelings of comfortableness and participants reported after the course significantly ( $p < 0,001$ ) more they would have and take time to deal with future patient's sexual issues to compared with those, who did not have intervention

**Conclusions:** Most of physiotherapy student's reported positive attitudes and a need for basic knowledge, education and communication training in sexual health. The results of the intervention suggest that elective course "Sexuality and physiotherapy" leads to change student's attitudes towards addressing sexual health in their future profession.

**Keywords:** physiotherapy student's, attitudes, sexual health, sexual education

# 1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

## 1.1. Seksuaaltervis, seksuaalmeditsiin, seksuaalne düsfunktsioon

Maailma terviseorganisatsioon (WHO) ja maailma seksuaaltervise assotsiatsioon (*World Association for Sexual Health*) defineeris 2002. aastal Genfis toimunud koostöö kohtumisel, et seksuaaltervis (ST) on seksuaalsusega seotud kehalise, emotsionaalse, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või väärtalitluse puudumine (WHO, 2006). ST-d peetakse üldise tervise ja elukvaliteedi oluliseks osaks ning Graugaardi (2017) hinnangul peaksid ST alased küsimused olema tavapärase osa krooniliste patsientide käsitluses, et tõhustada patsientide toimetulekut ja tõsta rahulolu elukvaliteediga. ST suurema kaasamise vajadust meditsiinis on korduvalt rõhutatud (Flynn *et al.*, 2016; Graugaard, 2017; Jannini, 2017; Jannini & Reisman, 2019; Mollaioli *et al.*, 2020; WHO, 1975).

Seksuaalmeditsiin on meditsiini valdkond, mis uurib biomeditsiinilisi ja psühhosotsiaalseid tegureid, mis on seotud ST-ga. 2015. aastal rahvusvahelisel seksuaalmeditsiini nõupidamisel (*International Consultation on Sexual Medicine*) jõuti konsensusele meeste ja naiste seksuaalsete düsfunktsioonide (SD) definitsioonides, mille põhjal võib SD-ne (nt häirunud seksuaalhuvi või funktsioonihäire) jaotada orgaanilisteks ja mitte orgaanilisteks (McCabe *et al.*, 2016a). Jannini (2017) tõi esile, et SD ja kroonilised haigused on omavahel seotud ja seega võiks seksuaalmeditsiin anda lisaväärtust isiku üldtervise hindamisel. Varajane SD avastamine aitab vähendada nii ST häireid kui ka avastada südame- veresoonekonna ja metaboolse tervise riskitegureid ning kokkuvõttes ennetada krooniliste haiguste tekke riski (Jannini, 2017). Seksuaalmeditsiini rolli preventatiivses meditsiinis on toonitanud ka Mollaioli *et al.* (2020), lisades, et enne farmakoloogilist või psühhoterapeutilist sekkumist tuleks tegeleda tervist negatiivselt mõjutavate elustiiliteguritega: narkootiliste ainete tarbimine, suitsetamine, alkoholi liigtarbimine, rasvumine/ülekaal, vähene kehaline aktiivsus ja krooniline stress (Mollaioli *et al.* 2020).

Flynn *et al.* (2016) uuring näitas, et tervisekaebustega inimeste rahulolu seksuaalsusega oli madalam kui tervetel inimestel. Hoolimata sellest, et 2001. aastal WHO poolt kinnitatud rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon käsitleb seksuaalfunktsioone kui genitaalseid ja reproduktiivsed funktsioone, mis kuuluvad tervisega seotud valdkondade hulka (WHO, 2001), on ST edendamine rehabilitatsiooni kontekstis jätkuvalt väljakutse (Pieters *et al.*, 2017).

## **1.2. Rehabilitatsioon ja füsioteraapia seksuaaltervise kontekstis**

Rehabilitatsioon on meditsiini valdkond, mille eesmärk on ravida inimesi, kellel esineb langenud funktsioneerimisvõime või kehaline puue, mille on tinginud krooniline haigus, õnnetused, trauma või teised kehalised probleemid. Mitmed autorid on toonitanud, et terviseprobleemide mõju hindamist patsiendi ST-le tuleks teha nii ravi kui ka taastumise vältel (Graugaard, 2017; McKee & Schover, 2001; Pieters *et al.*, 2017). Füsioterapeut on rehabilitatsiooni meeskonda kuuluv spetsialist ning Areskoug-Josefsson & Gard (2015a) on kinnitanud, et füsioterapeutid peavad olema teadlikud, kuidas nende teadmised võivad aidata patsiente ST edendamisel.

### **1.2.1 Seksuaaltervise kaebusega patsient**

Põhjuseid, miks inimene kogeb SD-ne võib olla mitmeid. Latif & Diamond (2013) on näidetena toonud välja vaskulaarsed häired (trauma, ateroskleroos), neurogeensed põhjused (seljaaju vigastus, ülemise motoneuroni vigastus, perifeerne neuropaatia) või ka anatoomilised põhjused (vaagnapõhja vigastusest tingitud hüper- või hüpotooniline vaagnapõhi). Samuti võib valu ise olla põhjus, miks seksuaalelu on häiritud. Näiteks leidsid Amblet *et al.* (2001) 237 kroonilise valuga patsiendis seas üle 70% neid, kes tõid välja, et valu mõjutab nende seksuaalset aktiivsust. Haiguse tõttu võib inimene kogeda õhupuudust, väsimust, emotsionaalseid häireid, ärevust, depressiooni, erektsioonihäireid või vähenenud seksuaalhuvi. Selliseid sümptomeid ja biopsühhosotsiaalseid mõjusid on täheldatud nii kardiovaskulaarsete, neuroloogiliste haiguste kui ka diabeedi ja ülekaalulisuse puhul (Areskoug-Josefsson & Gard, 2012; Fode *et al.*, 2012; Han *et al.*, 2011; Rosenbaum *et al.*, 2014; Rosman *et al.*, 2014).

2015. aastal jõuti rahvusvahelisel seksuaalmeditsiini nõupidamisel ühtlasi konsensusele ST peamistes riskitegurites, milleks on nii meestel kui ka naistel diabeet, südamehaigused, urotrakti häired, kroonilised haigused, ärevuse ja depressiooni ravis kasutusel olevad ravimid, kuid ka keemiliste ainete poolt põhjustatud sõltuvushäired (McCabe *et al.*, 2016b). Kusjuures ärevuse ja depressiooni ravis kasutusel olevate selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite kasutajatest ligikaudu 23-73% esineb ravimist põhjustatud SD-ne (Higgins *et al.*, 2010).

Ühtlasi kui haiguse või tervisliku seisundi tõttu jääb tähelepanuta SD võib patsiendi paarisuhtes väheneda intiimsus, kujuneda kommunikatsiooni- ja suhte probleemid, mis omakorda põhjustavad indiviidile enesehinnangu ja elukvaliteedi langust (Graugaard, 2017).

### **1.2.2. Füsioteraapia võimalused seksuaaltervise edendamisel**

Füsioterapeudid on koolitatud edendama kehalist tervist läbi erinevate tegevuste: liigesliikuvuse taastamine, lihasjõu suurendamine, kardiorespiratoorse võimekuse edendamine, asendravi, valu vähendamine, kehalise aktiivsuse doseerimine, elustiili alane nõustamine- mis kõik võivad aidata ST-d otsesel või kaudsel moel parandada (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015a). Samuti võib füsioterapeut määrata spetsiifilisi harjutusi vaagnapõhjalihastele, mis toetavad vaagnaelundeid, aitavad soolestikku ja põit kontrollida ning aitavad kaasa seksuaalsele erutusele ning orgasmile (Rosenbaum, 2006).

Lisaks on mitmeid lootustandvaid uuringuid, mis ilmestavad füsioteraapia võimalusi ST edendamisel. Näiteks võivad tõhustada enda elukvaliteeti, ST-st teadlike ja oskuslike, füsioterapeutide abil patsiendid, kellel on diagnoositud krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (Levack, 2014), insult (Vajrala, 2019), reumatoidartriit (Areskoug-Josefsson & Gard, 2012; Žuk&Mašlínska, 2017), fibromüalgia ja krooniline alaseljavalu (Rosenbaum, 2010; Sidorkewicz & McGill 2014; 2015), lülisamba trauma, püsiv seljaajukahjustus (Ahuja *et al.*, 2017) või teostatud puusaliigese endoproteesimine (Meiri *et al.*, 2014).

Võime kogeda seksuaalset heaolu nõuab kehalist võimekust, kus sensorsete ja motoorsete protsesside koostööl toimub valuvaba ja mugav liikumine. Valu seksuaalvahekorra ajal ei pruugi olla tingitud ainult SD-st või vaagnavalust ja seega on diskuteeritud, et valu aistingut võivad mõjutada ka kroonilised skeleti-lihasüsteemi valud või liigesliikuvuse vähenemine (Rosenbaum, 2010). Lähtuvalt kehalist võimekust soodustavates tegevustest on mitmed autorid (Levack, 2014; Meiri *et al.*, 2014; Rosenbaum, 2010; Sidorkewicz & McGill 2014; 2015; Žuk & Mašlínska, 2017) soovitanud asendravi põhimõtteid, mis ei provotseeriks tervisekaebuseid seksuaaltegevuste käigus. Lisaks võivad ST-d edendada desensitisatsioon ja dekatastroofiseerimise tehnikad (seksuaalsusega seotud müütide purustamine ja valuharidus, tähelepanu juhtimisoskused, *mindfulness*'i tehnikad, vältiva käitumise vähendamine, kommunikatsiooni oskused partneriga ja ravimite võtmise ajastamine) (Edwards *et al.*, 2020).

### **1.3. Tervishoiutöötajate valmisolek tegeleda seksuaaltervisega erialases töös**

WHO avaldas juba eelmisel sajandil, et ST käsitlemine peaks olema põhiosa preventatiivsest meditsiinist, kus tervishoiutöötajatel on oskused informeerida ja nõustada patsiente ST teemadel (WHO, 1975). Hoolimata sellest on leitud, et seksuaalharidus on paljudes Euroopa meditsiinkoolides tänaseni puudulik ning rahvusvahelised organisatsioonid

(*The Multidisciplinary Joint Committee of Sexual Medicine* ja *European Society of Sexual Medicine*) teevad koostööd selleks, et seksuaalharidus oleks Euroopa meditsiinikoolide põhiõppekavas (Jannini & Reisman, 2019).

Meditsiiniüliõpilaste (valdavalt arstid) arvates on seksuaalhariduse omandamine õpingute jooksul olnud puudulik, kuid arvavad, et ST kaasamine õppekavadesse oleks nende tulevase karjääri jaoks oluline (Wittenberg & Gerber, 2009). Sellegi poolest ei kuulu ST käsitlemine meditsiinis ainult ühe eriala pädevusse ja seega vajab ST-hoid multidistsiplinaarset lähenemist (Verrastro *et al.*, 2020). Inglismaal teostatud uuring rehabilitatsioonimeeskonna liikmete (arstid, õed, füsioterapeudid, tegevusterapeudid) seas näitas, et 90% vastanutest nõustuvad, et ST käsitlemine peaks olema osa ravist, ent 86% vastanutest tundis, et neil puudub vastav väljaõpe ning 94% hindas, et on ebatõenäoline, et nad käsitleksid ST-st oma erialases töös. Samas uuringus viidati asjaolule, et füsio- ja tegevusterapeudid olid saanud vähem koolitusi, nad tundsid end ebamugavamalt ja olid vähem valmis arutama seksuaalseid probleeme patsientidega kui arstid ja õed (Haboubi & Lincoln, 2003).

#### **1.4. Füsioterapeutide hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse**

Eagly & Chaiken (1993) definitsiooni järgi on hoiak inimese kalduvus hinnata objektide olemust teatud määral soosival või mittesooisival viisil. Varasemalt on uuritud füsioteraapia üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse ja leitud, et nii Rootsis, Taanis, Austraalias, kuid ka Brasiilias on üliõpilased teavitanud, et nad tunnevad ebapädevust, kuid ka ebamugavust seksuaalteemade käsitlemisel (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b; Gerbild *et al.*, 2018; Pynor *et al.*, 2005; Wittkopf *et al.*, 2018). Hoolimata vähestest teadmistest ja oskustest ST-ga tegelemiseks on kogutud andmeid, et füsioteraapia üliõpilased omavad positiivseid hoiakuid ST-ga tegelemisse. Selliste tulemusteni on jõudnud näiteks Areskoug-Josefsson & Gard (2015b) hinnates kvalitatiivselt 31. Rootsi füsioteraapia üliõpilase hoiakuid hariduslike sekkumiste vajaduste osas.

Taanis ja Rootsis jõuti sarnaste tulemusteni hinnates üliõpilaste hoiakuid SA-SH küsimustikuga (*Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health questionnaire*) (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b; Gerbild *et al.*, 2021). Taanis küsitleti 584. tervishoiu üliõpilast, kellest 119 moodustasid füsioterapeudid ning leiti, et üliõpilased omasid positiivseid hoiakuid ST-ga tegelemisse, kuid neil olid vähesed teadmised ja puudulikud oskused ST-st rääkimiseks (Gerbild *et al.*, 2021). Rootsis küsitleti 186-te tervishoiu üliõpilast, kellest 43 olid füsioterapeudid ning leiti samuti positiivsed hoiakuid: üliõpilased soovisid täiendavaid teadmisi ST-st ja oskusi, kuidas

rääkida ST-st (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b). Erinevalt Gerbild *et al.* (2021) uuringust, leidsid Areskoug-Josefsson *et al.* (2016b), et võrreldes tegevusterapeutide ja õdedega hindasid füsioterapeutid pessimistlikumalt, et nad tegeleksid või kommunikeeriksid patsientidega ST osas. Samuti leiti seoseid soo ja ST-ga tegelemise hoiakute vahel. Naised hindasid meestest enam, et nad vajaksid ST alast õpet ning oskusi, kuidas rääkida ST-st. Mehed hindasid kõrgemalt, et neid on juba õppes ST alaselts haritud (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b).

Austraalias on varasemal 2016-ne füsioteraapia üliõpilases seas hinnatud eeldatavaid hoiakuid ST-d puudutavates olukordades kliinilises praktikas, kasutades mugavustunnet hindavat skaalat 19. erinevas situatsioonis (nt patsientide poolt tehtavad nii tahtlikud kui ka tahtmatud seksuaalsed märkused, kehalise puudega inimeste/vanemaealiste inimeste küsimused seksuaalsete võimaluste kohta, AIDS-i diagnoosiga või kahtlusega patsient jms). Uuringus leiti, et ebamugavust tajutakse peaaegu, et pooltes situatsioonides 19-st ning 90% vastanutest tõid välja, et õppekavad ei ole puudutanud kõiki seksuaalsusega seotud aspekte, mis võivad kliinilises töös ette tulla (Pynor *et al.*, 2005).

Wittkopf *et al.* (2015) on välja töötanud füsioteraapia üliõpilastele seksuaalsusega seotud teadmiste, mugavustunde ja hoiakute hindamiseks küsimustiku (*Assessment of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality*). Brasiilia tehtud uuringus 203 füsioteraapia üliõpilase näitel leiti, et 3. ja 4. aasta üliõpilased omasid rohkem teadmisi ST-st kui 1. ja 2. õppeaastal. Samas hindasid neljanda aasta üliõpilased, et tunneksid ST-temadega kokkupuutes rohkem ebamugavust kui esimese aasta üliõpilased (Wittkopf *et al.*, 2018).

## **1.5. Seksuaaltervisega tegelemist mõjutavad tegurid**

### **1.5.1 Takistavad tegurid**

Tervishoiutöötajad võivad loobuda ST edendamisest, kuna neil puudub seksuoloogiline haridus, lisaks võib seksuaalteemade käsitlemine patsiendi või kliendiga olla ebamugav ning piiratud ka uskumuse tõttu, et seksuaalsus ei ole inimese jaoks haiguse või kehalise puude tõttu oluline (Esmail, 2010).

ST-st rääkimisel patsientidega on tervishoiu töötajatel mitmeid barjääre: teadmiste puudumine, töötaja enda ebakindlus või häbi tunne, aja puudus, hoiak, et seksuaalsuse käsitlemine ei ole tema ametialane vastutus, soov mitte sekkuda patsiendi eraellu, teadmatus, kuidas kliiniliselt enda oskusi/teadmisi kasulikult rakendada (Haboubi & Lincoln, 2003). Lisaks võivad takistavad tegurid olla seotud patsiendi soo, vanuse, kultuuri tausta või seksuaalse orientatsiooniga (Haesler,

2016; Johnson *et al.*, 2004; Ross & Setchell, 2019; Wittkopf *et al.*, 2018). Näiteks Wittkopf *et al.* (2018) uuringus leiti, et naissoost füsioteraapia üliõpilased hindasid, et tunneksid suuremat ebamugavust, kui peaksid seksuaalteemasid käsitlema vastassoost patsiendiga. Varasemalt on samuti näidatud, et tervishoiutöötajatel (valdavalt õdedel) on puudulikud teadmised ja pigem negatiivsed hoiakud eakamate inimeste seksuaalsuse käsitlemisel (Haesler, 2016). Ühtlasi võib kultuuritaust seada piirangud kvaliteetsele tervishoiu teenusele näiteks läbi tervishoiu töötaja negatiivsete hoiakute või ka keelelise barjääri tõttu (Johnson *et al.*, 2004). Samuti võivad piiravateks teguriteks olla vähesed teadmised LGBTQ (*lesbian, gay, bisexual, transgender and queer or questioning*) kogukonda kuuluvate inimeste kohta, näiteks on Ross & Setchell (2019) leidnud, et seksuaalvähemustesse kuuluvad inimesed on tundnud end füsioteraapias ebamugavalt.

Takistavad tegurid võivad seotud olla ka patsiendi poolsete hoiakutega. Krooniliste tervisekaebustega patsientide seas on leitud mitmeid suhtlemistõkkeid meditsiinitöötajatega: patsiendi poolne soov mitte olla koormaks; arusaam, et aega on liiga vähe; hirm, et visiidi järgselt ununevad konsultatsioonil käsitletud teemad; pinges olek või arvamus, et teema ei ole relevantne. Samuti võib patsient tunda, et teema ei ole antud töötaja pädevuses või töötaja ei oska talle lahendusi pakkuda, häbi tunne või ebakindlus enda teadmistes või probleemi sõnastamise oskuses (Henselmans *et al.*, 2015).

### **1.5.2. Soodustavad tegurid**

Seksuaaltervise edendamisel peetakse oluliseks seksuaalmeditsiini arenemist, tervishoiutöötajate seksuaalharidust, patsientide nõustamist ja teraapia praktiseerimist (Graugaard, 2017; Jannini & Reisman, 2019; Verrastro *et al.*, 2020; WHO 1975). Professionaalne lähenemine ST- hoiule rehabilitatsioonis peab olema proaktiivne ja integreeritud tervishoidu, mitte põhinema juhustel, spetsialistide isiklikel normidel ja väärtustel, ega patsiendi enesekehtestamisel või selle puudumisel (Pieters *et al.*, 2017). Mitmed autorid on välja toonud, et ST käsitlemisel kliinilises keskkonnas peavad tervishoiutöötajad mõistma enda hoiakuid, tundeid ja väärtushinnanguid seksuaalsuse kohta, omama põhiteadmisi ST probleemidest ning arendama põhioskusi seksuaalsusest rääkimisel, ehk omama positiivseid hoiakuid seksuaalsuse suhtes (Stayton, 1998; Pynor *et al.*, 2005). Seda kinnitas ka Juergens *et al.* (2009) uuring, mis näitas, et teadmised seksuaalsusest, seksuaalharidus, positiivsed hoiakud puudega inimeste seksuaalsusesse ja mugavustunne seksuaalsust käsitledes on soodustavad tegurid ST-ga tegelemisel rehabilitatsiooni kontekstis. Ühtlasi soodustab tervishoiutöötaja enda pädevus ST teemadel suhtlust patsientidega,

kuna on leitud, et patsiendid soovivad ST alast infot spetsialistidelt, kes ise teema algatavad, omavad täiendavaid teadmisi ning tunnevad ennast seksuaalsusest rääkides mugavalt (Wittenberg & Gerber 2009).

### **1.5.3. Seksuaaltervise alased koolitused**

ST alased koolitused õpingute jooksul või hilisemas tööelus võivad muuta tervishoiu spetsialistide suhtumist ja valmisolekut käsitleda enda erialases töös ST-d (Fronek *et al.*, 2005; Gerbild *et al.*, 2018; Pieters *et al.*, 2017; Verrastro *et al.*, 2020;). Näiteks kirjeldas Gerbild *et al.* (2018) üliõpilastele mõeldud valikaine “Seksuaalsus ja rehabilitatsioon” mõju, tuues välja, et ST alane haridus muutis üliõpilaste hoiakuid, vähendas hirmu patsiendi solvamise ees ja suurendas mugavust seksuaalsusest rääkimisel.

Tagamaks, et ST-ga seotud haridusalased sekkumised vastavad tervishoiu üliõpilaste hariduslikele vajadustele, tuleks haridusprogrammi kujundamisel arvestada olemasolevaid juhiseid ST-hoiu õpetamise kohta (Mahan & Stein, 2014; Pieters *et al.*, 2017; Shindel *et al.*, 2016). ST-hoius peetakse olulisteks hoiakute (nt mõistmine, kuidas isiklikud uskumused ja väärtused võivad mõjutada arusaamist patsiendist ja tema tervise käsitlust), teadmiste (nt seksuaalreaktsioonide anatoomia ja füsioloogi), oskuste (nt keele kohandamise oskus ja intervjuu lähenemisviis seksuaalsete probleemide käsitlemiseks erinevates patsientide gruppides) edendamist, kuid ka täiskasvanu õppimisprintsipiide rakendamist ning ka hindamismeetodeid (Pieters *et al.*, 2017; Shindel *et al.*, 2016).

Valdavalt on uuringutes õpetatud ST käsitlemist soodustavaid mudeleid, millest on tuntumad PLISSIT (*Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy*) (Annon, 1976) ja EXPLISSIT (*Extended Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy*) mudelid, mis koosnevad neljast tasandist: loa andmine või küsimine seksuaalsusest rääkimiseks, piiritletud informatsiooni andmine (st. patsiendi poolsetele küsimustele vastamine), erijuhiste andmine (eeldab seksuoloogilisi teadmisi) ning vajadusel süvendatud teraapia (eeldab väljaõpet või edasi suunamise oskust) (Taylor & Davis, 2007). Laialdaselt on õpetatud ka BETTER (*Bring up- Explain- Tell- Timing- Educate-Record*) mudelit, mis koosneb kuuest staadiumist: teema algatamine (tervishoiutöötaja poolne märguanne, et ta on valmis teemat arutama), selgitamine (seksuaalsus on osa elukvaliteedist), teavitamine (võimaluste tutvustamine), ajastamine (kui patsient on valmis teemat arutama), harimine (võimalike seksuaalsete düsfunktsioonide esinemine), dokumenteerimine (Cohen, 2004).

Hollandis katsetatud ST-hoiu meeskonnakoolitus keskendus ka professionaalse keskkonna kujundamisele, kus seksuaalsed probleemid oleksid märgatud, ravitud ja kui võimalik, siis ka ennetatud. Keskkond peaks toetama meeskonna omavahelist tõhusat kommunikatsiooni seksuaalteemade käsitlemisel, kuid ka koostööd, et arendada/organiseerida spetsiifilistele patsiendi gruppidele suunatud ST käsitlust ning arvestama ka nende spetsialistidega, kes ei soovi patsientidega seksuaalsust käsitleda (Pieters *et al.*, 2017).

## 2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Uurimistöö eesmärk oli välja selgitada füsioteraapia üliõpilaste hoiakud ST-ga tegelemisse tulevases erialases töös ning hinnata haridusliku sekkumise ehk seksuaalsust käsitleva valikaine mõju üliõpilaste hoiakutele.

Töö eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Hinnata enne valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” SA-SH küsimustikuga füsioteraapia üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias: mugavustunne, negatiivne mõju (edasisele suhtlusele patsiendiga), tulevane töökeskkond ja hariduslikud vajadused ja leida koguskoor;
2. Võrrelda enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” valikaines osalenud üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias: mugavustunne, negatiivne mõju (edasisele suhtlusele patsiendiga), tulevane töökeskkond ja hariduslikud vajadused ning võrrelda koguskooriga;
3. Võrrelda valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud ja mitte läbinud üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias: mugavustunne, negatiivne mõju (edasisele suhtlusele patsiendiga), tulevane töökeskkond ja hariduslikud vajadused.

### **3. METOODIKA**

#### **3.1. Uuringu disain**

Uuringu meetodiks oli ankeetküsitlus. Uuringus moodustati võrdlusrühmad. Hariduslik sekkumisgrupp (SG) vastas ankeetküsitlusele paber kandjal valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” alguses ning lõpus. Võrdlusgrupp (VG) vastas ankeetküsitlusele veebis ühekordselt valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” toimumise perioodil.

#### **3.2. Uuringus osalejad**

Uuringu valimi moodustasid vabatahtlikkuse alusel 2. ja 3. õppeaasta füsioteraapia üliõpilased (Tabel 1) Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist (TTHKK) ja Tartu Ülikoolist (TÜ), kes õppisid magistritöö andmete kogumise perioodil (jaanuar 2021-veebruar 2021) täiskoormusega päevaõppes. TTHKK-i 2. õppeaasta üliõpilased, kes osalesid valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” moodustasid SG ning TTHKK 3, TÜ 2. ja 3. õppeaasta üliõpilastest, kes valikaines ei osalenud, moodustus VG.

SG üliõpilaste uuringust väljaarvamise kriteeriumiks oli uuringus osalemiseks nõusoleku andnud üliõpilaste valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” mitteläbimine või uuringus osalemisest loobumine (küsimustikule vastati ühekordselt). VG arvati välja TTHKK 3. õppeaasta üliõpilased, kes olid eelmisel õppeaastal osalenud valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia”.

Uuritavad (n= 37) olid vanusevahemikus 18-32 eluaastat ning jagunesid kahe grupi vahel järgnevalt:

SG moodustasid valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” osalenud üliõpilased. 21-st valikainet alustanud üliõpilasest vastas küsimustikule kahel korral 16 üliõpilast ehk 76,2%. Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbis kokku 18 üliõpilast ehk 85,7%. Küsimustikule vastajad olid vanusevahemikus 18-24 eluaastat. Vastas 3 mees- ja 13 naisüliõpilast.

VG moodustasid valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” mitteosalenud üliõpilased. 98-st üliõpilasest 26 vastasid küsitlusele ehk 26,5%, kellest 5 arvati uuringust välja mittesobivuse tõttu. VG moodustas 5 mees- ja 16 naisüliõpilast.

Vastanute grupid olid sarnased soo ja vanuse poolest, vaid üks VG vastanutest ei kuulunud vanusevahemikku 18-24 eluaastat. Erinevus gruppide vahel oli tingitud sellest, et SG moodustasid

2. õppeaasta üliõpilased, kuid VG moodustasid valdavalt 3. õppeaasta üliõpilased. Uuritavate andmed on esitatud tabelis 1.

**Tabel 1.** Uuringus osalenud üliõpilaste kirjeldavad andmed

	SG (n=16)	VG (n=21)	Kõik vastanud (n=37)
Naised, n (%)	13 (35,1)	16 (43,2)	29 (78,4)
Mehed, n (%)	3 (8,1)	5 (13,5)	8 (21,6)
Õppeaasta, n (%)	2 (43,2)	2(23,8)-3 (76,2)	2-3 (100)
Vanusevahemik	18-24	18-31	18-31

SG- sekkumisgrupp, VG- võrdlusgrupp, n- uuringus osalenud üliõpilaste arv.

### 3.3. Küsimustik

Ankeetküsitlus (Lisa 1) baseerus Rootsis valideeritud SA-SH küsimustikul, mille töötasid välja Kristina Areskoug-Josefsson ja teised (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016a). SA-SH koosneb 22-st väitest ja jaguneb neljaks väidete kompleksiks, mis hindavad ST käsitlemisel: mugavustunnet (1.-9. väide), eeldatavat negatiivset mõju edasisele suhtlusele patsiendiga (10.-15. väide), tulevast töökeskkonda (16.-18. väide) ja hariduslikke vajadusi (19.-22. väide). Väidete hindamine toimus 5-astmelisel *Likerti*-tüüpi skaalal: ei nõustu (1), ei nõustu osaliselt (2), nõustun osaliselt (3), nõustun (4), nõustun täielikult (5). SA-SH küsimustiku skoor võib olla vahemikus 22-110 ning tulemusi on tõlgendanud Areskoug-Josefsson & Rolander (2019) järgnevalt: ebamugav ja ette valmistamata (22-56), mõnedes olukordades mugav ja valmis (57–79), mugav ja hästi ette valmistatud ST-ga töötamiseks oma tulevases ametis (80-110). Väiteid 9-14 ja 16-18 hinnatakse kogu skoori arvutamisel vastupidiselt, kuna väites kasutatakse eitust.

Küsimustik on tõlgitud käesoleva magistritöö autorite poolt inglise keelest eesti keelde, seejärel inglise emakeelega kõneleja poolt eesti keelest inglise keelde ja tagasi eesti keelde. Kahte versiooni võrreldi ning tehti vastavad korrektuurid. Antud küsimustikku ei ole eesti keeles varasemalt valideeritud, kuid küsimustikuga teostati enne käesolevat uuringut pilootuuring 10 inimesega.

Käesoleva magistritöö autorite poolt lisati ankeetküsitluse järgnevad kirjeldavad küsimused: sugu, vanusevahemik ja õppeaasta.

### 3.4. Uuringu korraldus

Uuring viidi läbi TÜ-s ja TTHKK-s jaanuaris ja veebruaris 2021. Loa uuringu teostamiseks andis Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (loa number 330/T-24, väljastatud 15.12.2020). Kõik valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” osalenud uuritavad allkirjastasid informeeritud nõusoleku lehe nõustades sellega, et nende küsitlemisel saadud tulemusi kasutatakse anonüümselt käesolevas uuringus. Vaikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” osalenud uuritavad täitsid SA-SH küsimustiku kahel korral paber kandjal: valikaine esimesel ja viimasel toimumisel, mis leidis aset TTHKK-s.

Kõik valikaines mitte osalenud uuritavad andsid nõusoleku uuringus osalemiseks veebiküsitlust täites *LimeSurvey* (survey.ut.ee) keskkonnas. Valikaines mitte osalenud täitsid SA-SH küsimustiku ühel korral veebipõhiselt.

### 3.5. Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia”

Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” toimus perioodil 04.01.21- 09.02.21. Aine maht oli 1,5 EAP-d ning kokku toimus 9 seminari (ühe seminari kestvus 90 min), millest 2 olid kontaktõppe seminarid ning 7 veebipõhist seminari (Zoom-i keskkonnas).

Haridusliku sekkumise vastutavaks isikuks TTHKK-s füsioteraapia õppekaval oli füsioterapeut Eeva-Liisa Sibul, kes on ühtlasi läbinud Helsingi Metropolia Rakenduskõrgkooli seksuaalnõustaja täiendõppe (30 EAP).

Järgnevalt on toodud 9 seminari temaatika ja märksõnad:

1. seminar - sissejuhatus valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” korralduslikku poolde, käesoleva uuringu tutvustamine ja SA-SH küsimustiku läbi viimine SG valikaine eelsete hoiakute hindamiseks. Seksuaalsusega seotud mõisted, seksuaalsuse dimensioonid, seksuaalõigused, patsiendi õigused ST alase info juurdepääsule. Seksuaalne heaolu kui elukvaliteediga rahulolu ennustav tegur. Põhjused seksuaalsuse käsitlemiseks patsientidega. Barjäärid seksuaalsusest rääkimisel patsientidega.
2. seminar - üliõpilaste hoiakud, stereotüübid, kontseptsioonid. Sugu ja soorollid. Hoiakud- normaalsus vs anormaalsus, haige/ kehalise puudega inimese seksuaalsus. Keelekasutus seksuaalsusest rääkimisel. Seksuaalsusega seotud müütide kummutamine.
3. seminar- mehe seksuaalanatoomia, seksuaalreaktsioonid, Masters ja Johnsoni mudel; mehe seksuaalsed düsfunktsioonid DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) põhjal (APA, 2013).

4. seminar- naise seksuaalanatoomia, homoloogsed seksuaalorganid, seksuaalreaktsioonid, Bassoni mudel; naiste väliste seksuaalorganite muutmine ja lõikamine religioossetel ja esteetilistel põhjustel, naise seksuaalsed düsfunktsioonid.

5. seminar- seksuaalne mitmekesisus, LGBTQ kogukond ja sellega seotud mõistete süsteem, erinevad seksuaalpraktikad (*kink* seksuaalsus), kultuurilised kompetentsid tervishoius.

6. Seminar- seksuaalsuse käsitlemine patsiendiga, PLISSIT, EXPLISSIT, BETTER mudel

7. ja 8. Seminar- üliõpilaste ettekanded teadusartiklite põhjal.

9. Seminar- kokkuvõtte, iseseisvate tööde arutelu, SA- SH küsimustiku täitmine.

### **3.6. Andmete analüüs**

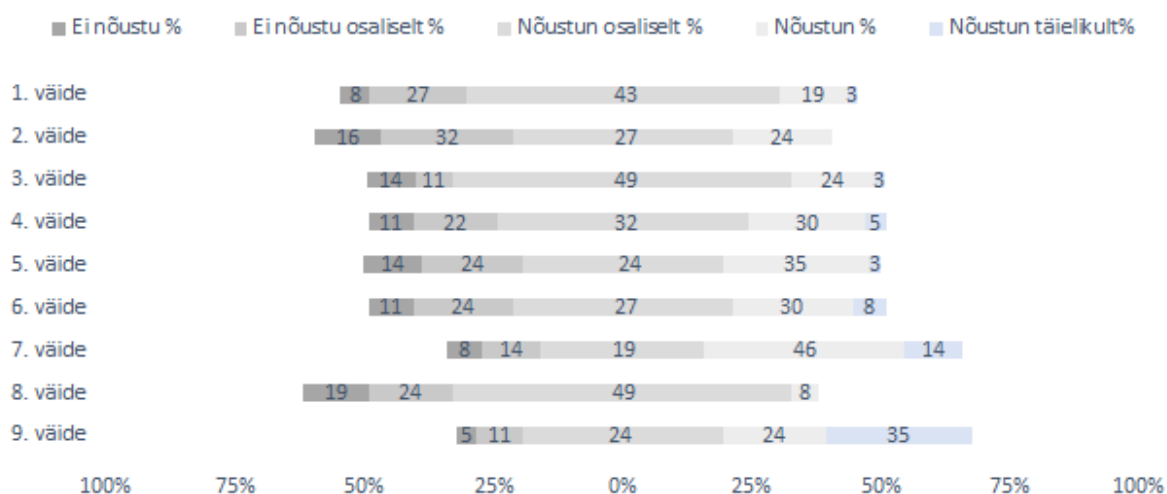
Andmete analüüsiks kasutati *MS Excel* 2016 programmi ja *SPSS* programmi (versioon 1.0.0.1447). Arvutati väidete hindamisel saadud tulemuste aritmeetiline keskmine ja standardhälve ( $\pm$ SD). *Wilcoxon Signed rank test* -ga määrati nihke olulisus enne ja pärast valikaine läbimist. Keskmiste väärtuste erinevus loeti statistiliselt oluliseks  $p < 0,05$  korral. Statistilise olulisuse hindamiseks kahe grupi vahel kasutati *Mann Whitney U-Test* (*Man whitney- Wilcoxon* test).

## 4. TÖÖ TULEMUSED

### 4.1. Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse tulevases erialases töös enne valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” neljas kategoorias

#### 4.1.1. Mugavustunne

Vastanud üliõpilaste (n=37) eeldatava mugavustunde osas ST käsitlemisel leiti, et ligikaudu 25% üliõpilastest tundis end mugavalt ST teemadel informeerimise, vestluse algatamise ja arutlemise osas (väited 1-3). Üliõpilastest 35-38% tundis end tulevaste patsientidega ST-st arutlemise osas mugavalt hoolimata nende soost, vanusest ja kultuuritaustast (väited 4-6). 60% üliõpilastest tundis end mugavalt hoolimata patsiendi seksuaalsest orientatsioonist (väide 7). Alla 10% üliõpilastest tundis end spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemise osas mugavalt (väide 8) ja ligikaudu 60% olid tulevaste patsientidega ST-st rääkimiseks ette valmistamata (väide 9) (joonis 1).

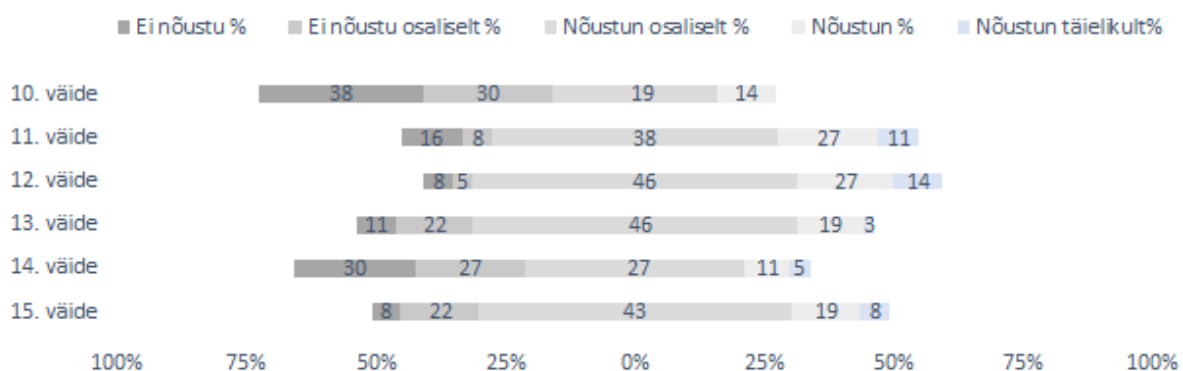


**Joonis 1.** Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud eeldatava mugavustunde osas seksuaaltervises käsitlemisel tulevases erialases töös (n=37).

#### 4.1.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsiendiga

Üliõpilaste hoiakud eeldatava negatiivse mõju ees edasisele suhtlusele patsientidega hindamisel leiti, et valdav osa üliõpilastest (68%) ei usu, et nad võiksid tunda piinlikkust, kui tulevased patsiendid räägiksid nendega seksuaalteemadel (väide 10). Ligikaudu 40% üliõpilastest hindasid, et tulevased patsiendid võiksid tunda piinlikkust või ebakindlust kui füsioterapeut

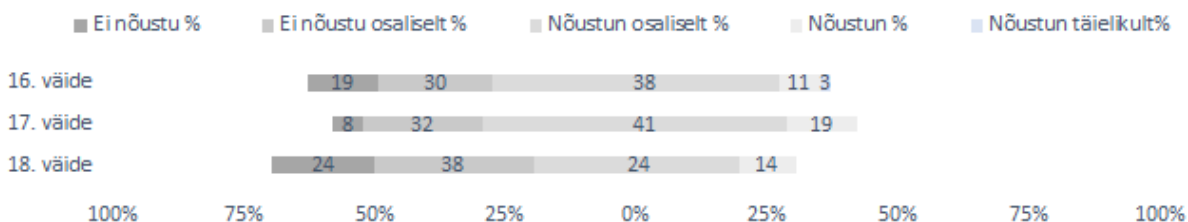
tõstataks seksuaalteemasid (väide 11-12). Ligikaudu 20% üliõpilastest kartis, et ST teemalised vestlused võivad tekitada distantsi füsioterapeudi ja patsientide vahel (väide 13). Enam kui pooled (57%) üliõpilastest ei usu, et tulevases ametis oleks neil liiga palju teha, et ei oleks aega tegeleda seksuaalteemadega (väide 14). 27% üliõpilastest võtaksid aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases töös (väide 15) (joonis 2).



**Joonis 2.** Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud eeldatava negatiivse mõju ees edasisele suhtlusele patsientidega seksuaaltervise käsitlemisel tulevases erialases töös (n=37).

#### 4.1.3. Tulevane töökeskkond

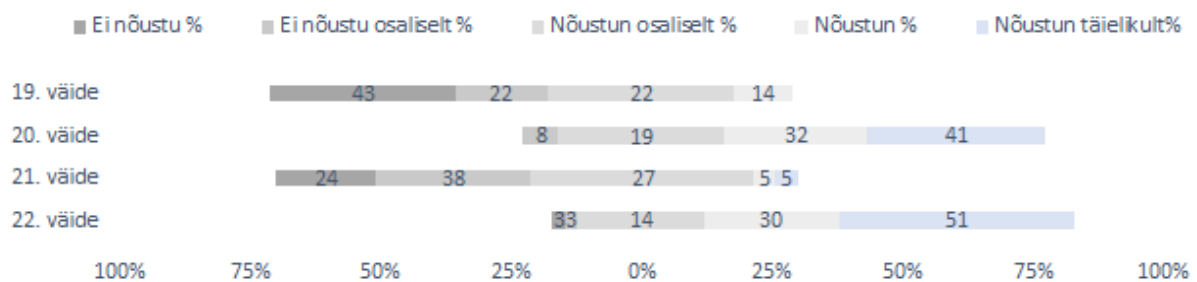
Üliõpilaste hoiakuid töökeskkonna mõju ees hinnates leiti, et 50% üliõpilastest ei karda, et tulevased kolleegid tunneksid end ebakindlalt, kui nad tõstatavad patsientidega seksuaalteemasid (väide 16). 40% ei karda, et tulevased kolleegid tunneksid end ebamugavalt tegeledes ST teemaliste küsimustega (väide 17). Üle 60% üliõpilastest ei usu, et tulevaste kolleegide jaoks on ST-st rääkimine vastumeelne (väide 18) (joonis 3).



**Joonis 3.** Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud eeldatava töökeskkonna mõju ees (n=37)

#### 4.1.4. Hariduslikud vajadused

Üliõpilaste hoiakuid hariduslikesse vajadustesse hinnates leiti, et ligikaudu 15% üliõpilastest hindas, et neid on haritud ST teemadel (väide 19). Ligikaudu 75% üliõpilastest arvas, et üliõpilasena peab ta enda väljaõppes saama põhiteadmisi ST-st (väide 20). 10 % üliõpilastest hindas, et neil on tulevaste patsientidega ST-st rääkimiseks piisavalt kompetentsi (väide 21). Ligikaudu 80% üliõpilastest arvas, et oma väljaõppes peaksid nad saama koolitust, kuidas rääkida ST-st (väide 22) (joonis 4).



**Joonis 4.** Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud hariduslikesse vajadustesse seksuaaltervise käsitlemisel tulevases erialases töös (n=37).

#### 4.1.5. Küsimustiku koguskoor

Kõigi vastanud üliõpilaste seas (n=37) leiti, et SA-SH küsimustiku koguskooriks  $67,9 \pm 11,8$  (keskmine  $\pm$  SD).

#### 4.2. Valikaines “Seksuaalsus ja füsioteraapia” osalenud üliõpilaste hoiakuid seksuaaltervisega tegelemise tulevases erialases töö enne ja pärast valikainet neljas kategoorias

Tabelites 2, 3, 4, 5 on toodud üliõpilaste hoiakute keskmised väärtused koos standardhälbega, kus võrreldi haridusliku sekkumise mõju hoiakutele. Keskmine väärtus üle kolme näitab positiivset hoiakut ja väärtus alla kolme negatiivset hoiakut ST-ga tegelemisel tulevases erialases töös.

#### 4.2.1. Mugavustunne

Tabelis 2 on toodud üliõpilaste hoiakud, mis hindavad eeldatavat mugavustunnet ning leiti, et valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” omas positiivset mõju ( $p<0,05$ ) SG hoiakutele (v.a. väide 5 ( $p>0,05$ )).

**Tabel 2.** Eeldatav mugavustunne (väited 1-9) seksuaaltervise käsitlemisel enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”.

	SG (n=16)	
	Enne	Pärast
1. Ma tunnen end tulevaste patsientide seksuaaltervise teemadel informeerimise osas mugavalt	2,9±1,0	3,7±0,6*
2. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervise teemalise vestluse algatamise osas mugavalt	2,8±1,05	3,6±0,9*
3. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt	3,2±0,8	3,8±0,7*
4. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende soost	3±1,03	3,8±0,9*
5. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende vanusest	2,8±1,2	3,6±1,2
6. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende kultuuritaustast	2,8±0,9	3,6±1,0**
7. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende seksuaalsest orientatsioonist	3,5±0,7	4,1±0,9**
8. Ma tunnen end tulevaste patsientidega spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemise osas mugavalt	2,6±0,9	3,4±0,9**
9. Ma olen tulevaste patsientidega seksuaaltervisest rääkimiseks ette valmistamata	2,4±1,1	4,1±0,7**

Keskmine ± SD. SG- sekkumisgrupp, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ .

#### 4.2.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsiendiga

Tabelis 3 on toodud üliõpilaste hoiakud, mis hindavad eeldatavat negatiivset mõju seksuaalteemade käsitlemisel edasisele suhtlusele patsientidega ning seejuures ei leitud ( $p>0,05$ ) valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” mõju SG hoiakutele (v.a. väide 13 (\* $p<0,05$ )).

**Tabel 3.** Hoiakuid negatiivse mõju ees (väited 10-15) edasisele suhtlusele patsiendiga enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”.

	SG (n=16)	
	Enne	Pärast
10. Ma usun, et ma võiksin tunda piinlikkust, kui tulevased patsiendid räägiksid seksuaalteemadel	3,8±1,2	4,2±0,9
11. Ma usun, et tulevased patsiendid võiksid tunda piinlikkust, kui ma tõstatan seksuaalteemasid	2,7±1,4	2,9±1,2
12. Ma kardan, et tulevased patsiendid võiksid tunda end ebakindlalt, kui ma räägin seksuaalteemadel	2,8±1,07	2,7±0,8
13. Ma kardan, et seksuaaltervise teemalised vestlused võivad tekitada distantsi minu ja patsientide vahele	3,06±0,9	3,6±0,8*
14. Ma usun, et minu tulevases ametis on mul liiga palju teha, et oleks aega tegeleda seksuaalteemadega	4,1±1,0	4,6±0,7
15. Ma võtan aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases töös	3,7±0,9	4,1±0,9

Keskmine ± SD. SG- sekkumisgrupp, \*p<0,05.

#### **4.2.3. Tulevane töökeskkond**

Tabelis 4 on toodud tulevase töökeskkonnaga seotud eeldatavad hoiakud ning seejuures ei leitud ( $p>0,05$ ) valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” mõju SG hoiakutele.

**Tabel 4.** Tulevase töökeskkonnaga seotud eeldatavad hoiakud (väited 16-18) enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”.

	SG (n=16)	
	Enne	Pärast
16. Ma kardan, et mu tulevased kolleegid tunneksid end ebakindlalt, kui ma tõstatan patsientidega seksuaalteemasid	3,4±1,2	3,8±0,9
17. Ma kardan, et mu tulevased kolleegid tunneksid end ebamugavalt tegeledes patsientide seksuaaltervise teemaliste küsimustega	3,25±0,9	3,8±0,9
18. Ma usun, et minu tulevaste kolleegide jaoks on seksuaalteemadest rääkimine vastumeelne	3,8±0,9	3,9±0,9

Keskmine ± SD. SG- sekkumisgrupp.

#### 4.2.4. Hariduslikud vajadused

Tabelis 5 on toodud üliõpilaste hoiakud hariduslikesse vajadustesse ning leiti valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” positiivne mõju ( $p<0,05$ ) SG hoiakutele (v.a. väide 20 ( $p>0,05$ )).

**Tabel 5.** Hoiakud hariduslikesse vajadustesse (väited 19-22) enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”.

	SG (n=16)	
	Enne	Pärast
19. (Erialases) väljaõppes on mind haritud seksuaaltervise teemadel	2,6±1,1	4,4±0,6**
20. Ma arvan, et üliõpilasena pean enda väljaõppes saama põhiteadmisi seksuaaltervisest	4,4±0,7	4,7±0,6
21. Mul on tulevaste patsientidega seksuaaltervisest rääkimiseks piisavalt kompetentsi	2,2±1,0	3,7±0,7**
22. Ma arvan, et oma väljaõppes peaksin saama koolitust, kuidas rääkida seksuaaltervisest	4,7±0,5	4,1±0,8*

Keskmine ± SD. SG- sekkumisgrupp, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ .

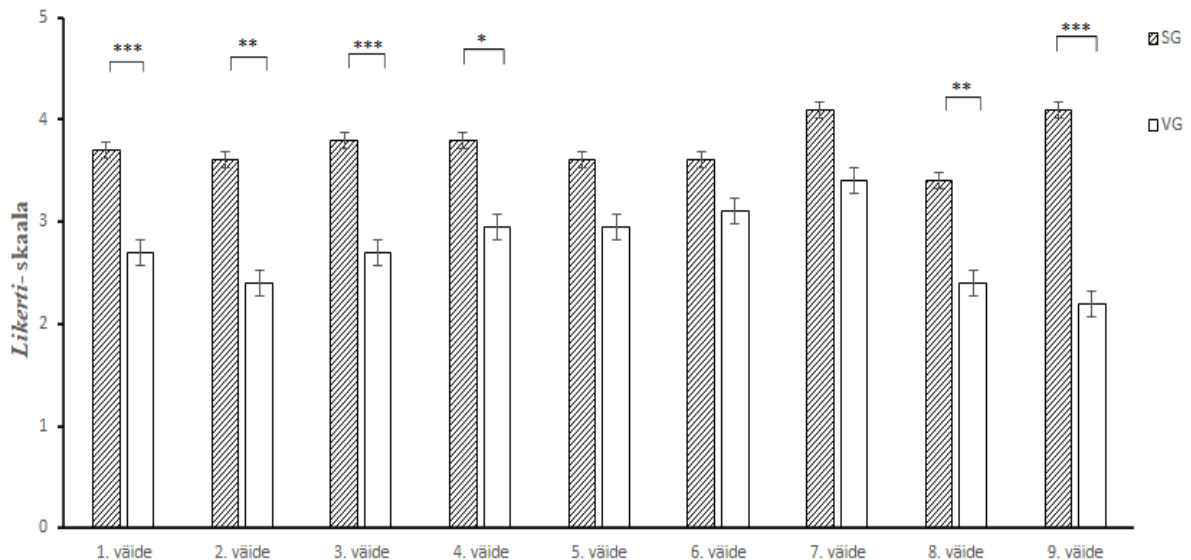
#### 4.2.5. Küsimustiku koguskoor

SG koguskoor oli enne valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”  $70,4 \pm 11$  (keskmine  $\pm$  SD) ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia”  $83,9 \pm 9,05$  (keskmine  $\pm$  SD) ning leiti, et pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” suurenes oluliselt ( $p < 0,001$ ) SG küsimustiku koguskoor.

#### 4.3. Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud ja mitte läbinud üliõpilaste hoiakuid seksuaaltervisega tegelemisse neljas kategoorias

##### 4.3.1. Mugavustunne

Mugavustundega seotud hoiakute erinevused on esitatud joonisel 5. Üliõpilased, kes läbisid valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” (SG) tundsid end oluliselt mugavamalt ( $p < 0,05$ ) tulevaste patsientide ST teemadel informeerimise ( $p < 0,001$ ), vestluse algatamise ( $p < 0,01$ ), arutlemise osas ( $p < 0,001$ ) ja seda hoolimata patsiendi soost ( $p < 0,05$ ) (väited 1-4), mugavust tajuti enam ka spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemise osas ( $p < 0,01$ ) (väide 8) ning SG oli tulevaste patsientidega ST-st rääkimiseks enam ettevalmistatud ( $p < 0,001$ ) kui VG (väide 9). Väidete 5, 6, 7 puhul gruppide vahel olulist erinevust ( $p > 0,05$ ) ei leitud.

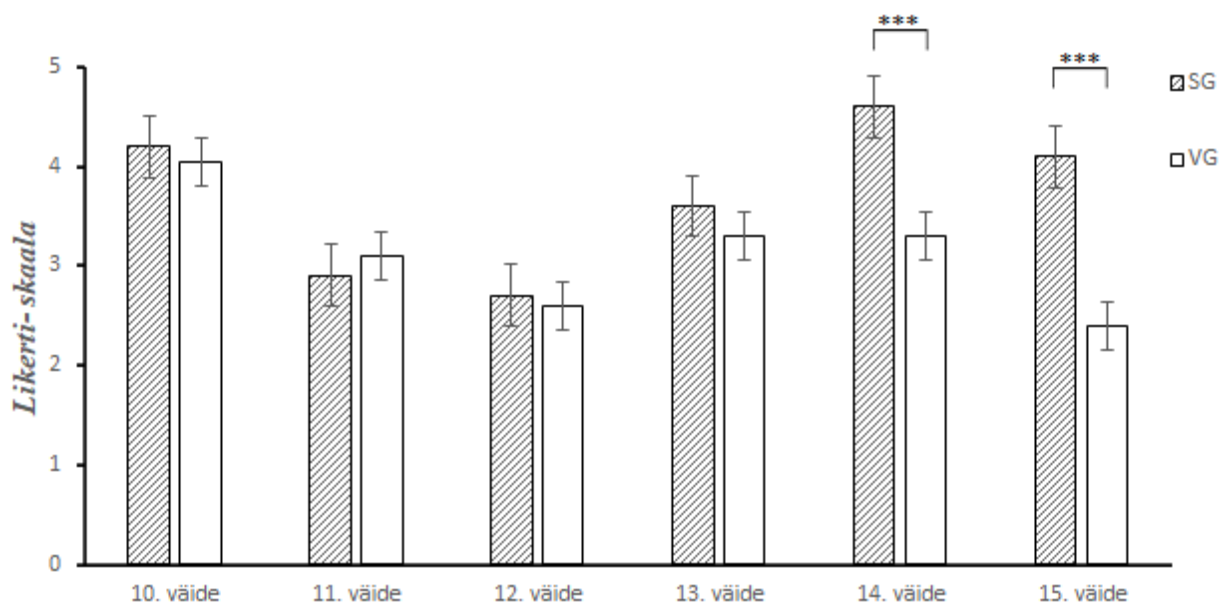


Joonis 5. Mugavustundest tulenevad erinevused hoiakutes; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

##### 4.3.2. Negatiivne mõju edasisele suhtlusele patsientidega

Negatiivse mõju kartusest tulenevate hoiakute erinevused on toodud joonisel 6. Üliõpilased, kes olid läbinud valikaine (SG) olid oluliselt ( $p < 0,001$ ) positiivsemate hoiakutega, et neil oleks tulevases ametis aega, et tegeleda seksuaalteemadega (väide 14) ja nad võtavad

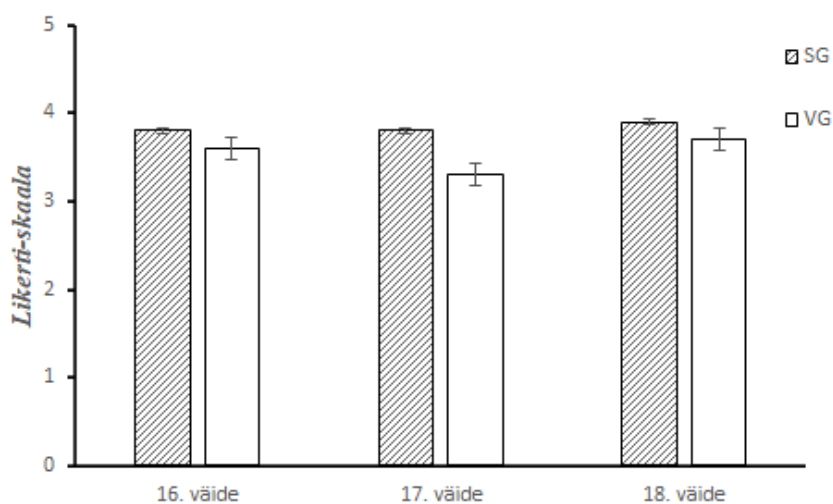
tõenäolisemalt ( $p < 0,001$ ) aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega (väide 15). Väidete 10-13 gruppide vahel olulist erinevust ( $p > 0,05$ ) ei leitud.



**Joonis 6.** Negatiivse mõju kartusest tulenevad erinevused hoiakutes; \*\*\* $p < 0,001$ .

#### 4.3.3. Tulevane töökeskkond

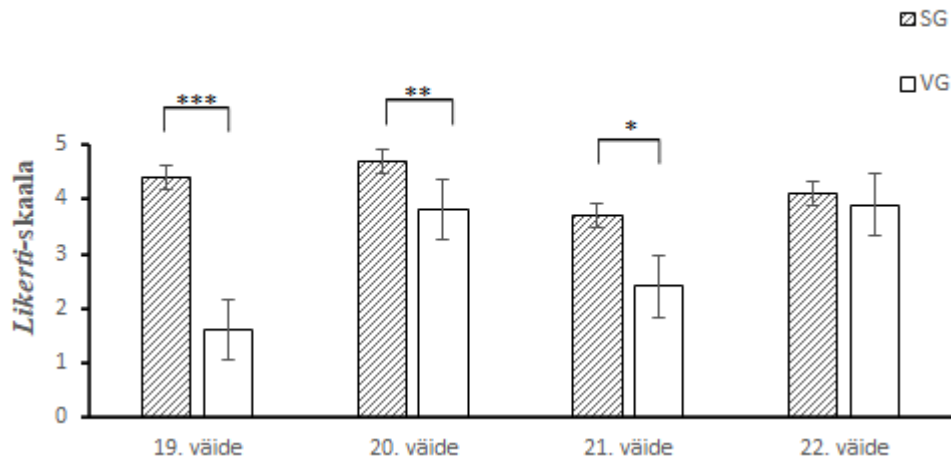
Töökeskkonnast tulenevate hoiakute erinevused on toodud joonisel 7. SG ja VG keskmiste väärtuste võrdlemisel olulisi erinevusi ( $p > 0,05$ ) ei leitud.



**Joonis 7.** Töökeskkonnast tulenevad erinevused hoiakutes.

#### 4.3.4. Hariduslikud vajadused

Hariduslikest vajadustest tulenevad hoiakute erinevused on toodud joonisel 8. Üliõpilased, kes osalesid valikaines (SG) hindasid oluliselt kõrgemalt ( $p < 0,001$ ), et neid on haritud ST teemadel (väide 19), nad peavad saama ( $p < 0,01$ ) põhiteadmisi ST-st (väide 20) ja neil on ST-st rääkimiseks piisavalt ( $p < 0,05$ ) kompetentsi (väide 21). Väite 22 puhul gruppide vahel olulisi erinevusi ( $p > 0,05$ ) ei leitud.



**Joonis 8.** Hariduslikest vajadustest tulenevad erinevused hoiakutes; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

#### 4.3.5 Küsimustiku koguskoor

SG koguskoor oli oluliselt ( $p < 0,001$ ) kõrgem võrreldes VG koguskooriga.

## 5.ARUTELU

Uurimistöö eesmärgiks oli välja selgitada füsioteraapia üliõpilaste hoiakud ST-ga tegelemisel tulevases erialases töös ning hinnata haridusliku sekkumise ehk seksuaalsust käsitleva valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” mõju üliõpilaste hoiakutele.

Esimene uurimisülesanne oli hinnata enne valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapia” üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias: mugavustunne, negatiivne mõju (edasisele suhtlusele patsiendiga), tulevane töökeskkond ja hariduslikud vajadused. Sarnaselt on varasemalt tervishoiu üliõpilaste (sh. füsioteraapia) hoiakuid hinnatud Rootsis Areskoug-Josefsson *et al.* (2016b) ja Taanis Gerbild *et al.* (2021). Järgnevalt on võrreldud käesolevat uuringut kõigis kategooriates eelnimetatud uuringutega (kui ei ole viidatud teisiti):

Mugavustunde hoiakute hindamisel leiti Eesti üliõpilaste seas, vaid üks valdavalt positiivne hoiak, et patsientidega ST-st arutlemise osas tuntakse end mugavalt hoolimata nende seksuaalsest orientatsioonist (väide 7). Sama leiti ka Rootsi uuringus, kus peeti seda huvitavaks tulemuseks, sest varasemalt oli leitud vastupidist. Võimalik, et üliõpilaste hoiakuid on mõjutanud Euroopas viimaste aastate jooksul toimunud debatt seksuaalvähemustesse kuuluvate inimeste õiguste teemal ning oma tulevases tööelus on üliõpilased otsustanud suhtuda seksuaalvähemustesse kuuluvatesse inimestesse sallivalt ning on leidnud võimaluse seda käesolevas küsimustikus väljendada. Tulemusesse, mis näitavad sallivust, tuleb siiski suhtuda tervishoiu teenuste osutamise kontekstis kriitiliselt, kuna varasemalt on näidatud, et LGBTQ kogukonda kuuluvate patsientide käsitlemine vajab täiendavat koolitust (Sekoni *et al.*, 2017). Taani ja Rootsi uuringutes (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015b) leiti sarnaselt, et füsioteraapia üliõpilaste hinnangul on nende teadmised puudulikud LGBTQ kogukondadest, mis tõenäoliselt mõjutab ka mugavustunnet. Patsiendi soo (väide 4) osas olid üliõpilased valdavalt neutraalse hoiakuga, kuid seda, et patsientide vastassugu võib olla mugavustunnet mõjutav tegur on varasemalt leidnud Wittkopf *et al.* (2018). Seevastu Rootsi uuringus valdavalt üliõpilased sugu mugavust mõjutavaks teguriks ei pidanud. Vähem mugavustunnet leiti ST teemadel informeerimise, vestluse algatamise ja arutlemise (väited 1-3) ning patsiendi vanuse osas (väide 5), spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemisel (väide 8) ning ST-st rääkimiseks ettevalmistuse osas (väide 9). Selliseid negatiivseid hoiakuid leiti ka valdavalt Taani ja Rootsi uuringutes. Ebamugavust seksuaalteemadel kõnelemisel kliinilises keskkonnas on füsioterapeutide seas leitud ka teistes uuringutes (Pynor *et al.*, 2005; Wittkopf *et al.*, 2018).

Üliõpilastel ei esinenud valdavalt kartust negatiivse mõju ees edasisele suhtlusele patsientidega. Valdavalt leiti, et seksuaalteemadega tegelemine ei oma negatiivset mõju edasisele suhtluse patsientidega: üliõpilased ei tunne valdavalt piinlikkust (väide 10), ei karda distantsi teket terapeuti ja patsientide vahel (väide 13) ning üliõpilastel oleks aega tegeleda seksuaalteemadega tulevases töös (väide 14). Sarnased tulemused saadi ka Rootsi ja Taani uuringus. Eesti uuringus leiti neutraalne hoiak, et üliõpilased võtaksid aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases töös (väide 15). Seevastu nii Rootsis kui Taanis leiti pigem negatiivne hoiak, et üliõpilased ei võtaks aega, et tegeleda ST-ga. Erinevalt Rootsi ja Taani uuringust moodustasid käesoleva uuringu valimi 43,2 % ulatuses üliõpilased, kes olid end registreerinud seksuaalsust käsitlevale valikainele, mis võis mõjutada positiivsete hoiakute ülekaalu vastanute seas ja seda kinnitab ka hilisem võrdlus gruppide (SG ja VG) vahel, kus VG omas pigem negatiivset hoiakut, et üliõpilased võtaksid aega, et tegeleda seksuaalteemadega. Valdavalt negatiivsed hoiakud antud kategoorias näitasid, et üliõpilaste hinnangul võiksid patsiendid tunda piinlikkust (väide 11) või ebakindlust (väide 12) ning seda leiti ka nii Rootsis kui Taanis. Kahe uuringu näitel on leitud, et vanemaealistel võib olla piinlikum (Bauer *et al.*, 2016) rääkida seksuaalteemadest tervishoius kui noorematel (Meystre-Agustoni *et al.*, 2011). Käesoleva töö autori arvates on patsientide poolt tajutav piinlikkuse tunne ühelt poolt arusaadav, kuid teisalt ei tohiks olla see tervishoiutöötajale takistuseks seksuaalteemadel kõnelemisel, kui patsiendil on välja kujunenud SD, mis mõjutab tema elukvaliteeti.

Tulevase töökeskkonna hoiakute hindamisel leiti käesolevas uuringus valdavalt positiivsed hoiakud kõigis kolleegidega seotud aspektides (väited 16-18) ning nii Rootsi kui Taani uuringute tulemused sarnanesid nendes väidetes Eesti uuringuga. Positiivseid hoiakuid töökollektiivides peetakse oluliseks patsientide ST edendamisel tervishoius (Pieters *et al.*, 2017).

Hariduslike vajaduste hoiakute hindamisel Eesti üliõpilaste seas leiti positiivsed hoiakud sarnaselt Rootsi ja Taaniga, et üliõpilasena peaks enda väljaõppes saama põhiteadmisi ST-st (väide 20) ja koolitust, kuidas rääkida ST-st (väide 22) ning ka negatiivsed hoiakud kattusid, et väljaõppes ei ole üliõpilasi haritud ST teemadel (väide 19) ja neil ei ole piisavalt kompetentsi ST-st rääkimiseks (väide 21). Üliõpilased ja tervishoiutöötajad on ka varasemates uuringutes pidanud seksuaalhariduse omandamist oluliseks (Wittenberg & Gerber, 2009; Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b; Gerbild *et al.*, 2021). Eesti üliõpilaste seas leiti, et vaid 10% hindas, et neil on tulevaste patsientidega ST-st rääkimiseks piisavalt kompetentsi. Seksuaalhariduse puudulikkus on

tervishoiutöötajaid ette valmistavates koolides laiemalt esinev nähtus (Coleman et al., 2013, Haboubi & Lincoln, 2003) ja seega ei ole kompetentsi puudumine kindlasti omistatav vaid füsioteraapia üliõpilastele.

Käesoleva uuringu SA-SH küsimustiku koguskoori keskmiseks väärtuseks oli 67,9. Koguskoore on hakatud tõlgendama 2019. aastast (Areskoug-Josefsson & Rolander, 2019) ja teada on vaid ühe uuringu tulemus, kus Gerbild *et al.* (2021) leidsid Taani füsioteraapia üliõpilaste koguskoori keskmiseks väärtuseks 66,3. Seega kuuluvad Taani ja Eesti uuringu üliõpilaste hoiakud samasse kategooriasse (koguskoor 57–79) ehk üliõpilased tundsid end mõnedes olukordades mugavalt ja valmis ST-ga tegelema.

Teine uurimisülesanne oli võrrelda enne ja pärast valikainet “Seksuaalsus ja füsioteraapias” valikaines osalenud üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias. Teadaolevalt on varasemalt aset leidnud üks uuring Taanis (Gerbild *et al.*, 2018), mis võrdles SA-SH küsimustikuga üliõpilaste hoiakuid enne ja pärast seksuaalhariduslikku sekkumist. Gerbild *et al.* (2018) uuring näitas, et seksuaalsust ja rehabilitatsiooni käsitleva 2 nädalase intensiiv kursuse järgselt (35 x 45min) suurenes oluliselt Taani üliõpilaste mugavustunne ST käsitlemisel ning üliõpilaste positiivsed hoiakud püsisid ka 3 kuud hiljem. Seksuaalsust käsitlevad valikained Taanis ja Eestis sarnanesid pedagoogilise metoodika osas (loengud, seminarid, üliõpilaste kirjalikud ja suulised ettekanded, tagasiside andmine ja lugemisülesanded). Erinevat valikainest “Seksuaalsus ja füsioteraapia” käsitleti Taani intensiiv kursuse raames lisaks järgnevaid teemasid: seksuaalsus erinevates elu etappides; kehataju, sensuaalsus ja intiimsus; abivahendid; seksuaalnõustamine (Gerbild *et al.*, 2018)

Mugavustunde hoiakute võrdlemisel muutusid valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud üliõpilaste hoiakud kõige enam. Üliõpilased tundsid end pärast valikainet mugavamalt ST teemalise informeerimise (väide 1), vestluse algatamise (väide 2) ja arutlemise osas (väide 3) hoolimata patsiendi soost (väide 4), kultuuritaustast (väide 6) ja seksuaalsest orientatsioonist (väide 7). Samuti kasvas mugavus spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemisel (väide 8) ja vähenes hoiak, et oldi tulevaste patsientidega ST-st rääkimiseks ette valmistamata (väide 9). Valikaine ülesehitus hõlmas endas mitmeid olulisi valdkondi (seksuaalne heaolu, kui osa elukvaliteedist; põhjused seksuaalsuse käsitlemiseks; hoiakud, stereotüübid ja müüdid; seksuaalsus ja kehaline puue; seksuaalne mitmekesisus ja kultuurilised eripärad), mille teadvustamine võis vähendada

ebamugavust ST käsitlemisel. Üliõpilastele õpetati ka konkreetseid mudeleid (Annon, 1976; Mick *et al.*, 2004; Taylor & Davis, 2007), kuidas seksuaalsusest rääkida, seega on muutused hoiakutes igati ootuspärased. Erinevalt Gerbild *et al.* (2018) uuringust ei muutunud Eesti üliõpilaste seas oluliselt hoiak, mis käsitles mugavust ST arutlemise osas sõltumata patsiendi vanusest. Seda võib põhjendada asjaoluga, et Taani uuringu hariduslik sekkumine sisaldas endas seksuaalsust erinevates elu etappides, mida Eesti sekkumises käsitleti vähesel määral. Siiski seksuaalsus ja vananemine vajab meditsiinis suuremat tähelepanu, kuna krooniliste kaebuste esinemise tõenäosus kasvab eaga (Merghati-Khoei *et al.*, 2016).

Negatiivse mõju hoiakute võrdlemisel toimus valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud üliõpilaste seas oluline muutus ühes hoiakus. Kuigi juba enne valikainet olid üliõpilased positiivse hoiakuga, siis vähenes veelgi kartus, et ST teemalised vestlused võivad tekitada distantsi terapeudi ja patsientide vahele (väide 13). Käesoleva töö autor arvab, et antud muutust võib pidada oluliseks, sest enesekindlam füsioterapeut tekitab ST-st rääkimisel rohkem usaldust. Seevastu püsis pärast valikainet üliõpilaste seas kartus, et patsiendid võiksid tunda piinlikkust või ebakindlust, kui terapeut tõstatab seksuaalteemasid (väited 11, 12). Kartuse püsima jäämist võib põhjendada sellega, et patsiendid võivad kogeda häbitunnet, ebakindlust või arvamust, et teema ei ole relevantne või antud töötaja pädevuses (Henselmans *et al.*, 2015; Juergens *et al.*, 2009). Siiski ei tee suhtlemistõkete esinemine olematuks tõsiasi, et tervisekaebustega inimeste rahulolu seksuaalsusega võib olla madalam kui tervetel inimestel ja seega vajab oskusliku tervishoiu töötaja tähelepanu (Flynn *et al.*, 2016).

Tulevase töökeskkonna hoiakute võrdlemisel muutusi ei täheldatud ja selle poolest sarnaneb antud uuringuga ka Gerbild *et al.* (2018) uuring. Mõlemas uuringus leiti, et üliõpilased omasid juba valikaine eelselt positiivseid hoiakuid ja seega muutusi valikaine käigus ei täheldatud. Antud teemat ei käsitletud kummagi valikaine raames, pealegi puudutavad SA-SH küsimustikus väited 16-18 kolleegide suhtumist, mida ei saa haridusliku sekkumisega mõjutada.

Hariduslike vajaduste hoiakute võrdlemisel täheldati muutusi kolmes aspektis.

Üliõpilased hindasid, et neid on oluliselt rohkem (69,2%) haritud (väide 19) ja neil suurenes (68,2%) kompetentsus (väide 21), et ST-st rääkida, mis oli ka valikaine peamine taotlus. Võrreldes varasemaga vähenes üliõpilaste hinnangul oluliselt arvamus (12,8%), et nad peaksid saama koolitust, kuidas rääkida ST-st (väide 22) ning see võib olla tingitud asjaolust, et nad pidasid hariduslikku sekkumist kasulikuks. Käesoleva töö autori arvates on asjakohane õpetada

üliõpilastele ST-st rääkimist, kuna enamik üliõpilasi on haridust omandades kahekümnedate eluaastate alguses ning kokkupuude seksuaalse mitmekesisusega (sh seksuaalsus ja kehaline puue) ja erinevate vanusegruppidega võib olla vähene. Ka Areskoug-Josefsson & Gard (2015b) rõhutavad, et ST alane haridus aitab vähendada barjääre ST käsitlemisel.

Valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud üliõpilaste SA-SH küsimustiku koguskoor suurenes pärast valikainet 19% võrra ning keskmiseks skooriks saadi 83,9. Areskoug-Josefsson & Rolander (2019) hinnangu põhjal näitab valikaine järgne skoor, et üliõpilased tunnevad mugavust ja on hästi ettevalmistatud ST-ga töötamiseks oma tulevases ametis (80-110). Ka varasemad uuringud on näidanud, et peale ST alaseid koolitusi suureneb tervishoiutöötajate valmisolek ST-ga tegeleda (Gerbild *et al.*, 2018; Pieters *et al.*, 2017; Verrastro *et al.*, 2020).

Kolmas uurimisülesanne oli võrrelda valikaine “Seksuaalsus ja füsioteraapia” läbinud ja mitte läbinud üliõpilaste hoiakuid ST-ga tegelemisse neljas kategoorias. Kuigi SG moodustasid ainult 2. õppeaasta ja VG valdavalt 3. õppeaasta üliõpilased, siis Areskoug-Josefsson *et al.* (2016b) uuringu põhjal ei leitud üliõpilaste hoiakute ja õpingute kestusel omavahelisi seoseid. Seevastu Wittkopf *et al.* (2018) uuringus oli ebamugavus seksuaalteemadega tegelemisel suurem pigem 4. kui 1. õppeaasta üliõpilaste seas. Seega erinevused uuringutes võivad viidata, et mugavustunne ST-ga tegelemisel on rohkem seotud personaalsete teguritega, kui erialase progressiga.

Mugavustundest tingitud hoiakute kategoorias viitab haridusliku sekkumise positiivsele mõjule gruppide võrdluses asjaolu, et VG üliõpilased tundsid end mitmetes aspektides ebamugavamalt ja ette valmistamata võrreldes SG üliõpilastega (väited 1, 2, 3, 4, 8, 9). Areskoug-Josefsson *et al.* (2016b) on varasemalt diskuteerinud, et füsioterapeudid ei pea ST-ga tegelemist enda erialaga seotuks ja seetõttu võivad tunda ebamugavust ST-ga tegelemisel. Sarnane tendents võib esineda ka käesoleva uuringu VG üliõpilaste seas. Pynor *et al.* (2005) on seksuaalsuse kontekstis esile toonud, et ebamugavustunne patsientidega suhtlusel võib negatiivselt mõjutada tervishoiuteenuse osutamist ja seada barjääre sobilike terapeutiliste sekkumiste osutamisel. Kuigi SG-s muutusid üliõpilaste hoiakud mugavustundes seoses patsiendi kultuuritausta (väide 6) ja seksuaalse orientatsiooniga (väide 7), ent hoiakud pärast sekkumist ei erinenud VG hoiakutest. VG võisid juhtuda üliõpilased, kes olid juba kultuuriliste eripärade ja seksuaalse mitmekesisuse suhtes sallivamad. Sellegipoolest on SG näitel võimalik haridusliku sekkumisega hoiakuid muuta. Pieters *et al.* (2017) tõid välja, et ST-hoid ei tohiks põhineda juhustel, spetsialistide isiklikel normidel ja

väärtustel ja seega võiksid käesoleva magistritöö autori hinnangul koolitused aidata vähendada ebavõrdsust patsientide käsitlemisel. Ka patsientide enda hinnangul sooviksid nad ST alast infot spetsialistidelt, kes tunnevad end seksuaalsusest rääkides mugavalt (Wittenberg & Gerber, 2009).

Negatiivse mõju kategoorias hindas VG erinevalt SG üliõpilastest, et neil oleks tõenäoliselt liiga palju teha ja nad ei võtaks aega ST-ga tegelemiseks. Need tulemused võivad viidata, et üliõpilased ei pea ST-ga tegelemist enda erialaga seotuks ja see võib tulla vähestest teadmistest ST kohta. Ka Haboubi & Lincoln (2003) on leidnud, et teadmised ja ajapuudus on ST-ga tegelemist takistavad tegurid. Seevastu huvitavaks leiuks võib pidada seda, et VG üliõpilased väljendasid SG üliõpilastest vähem kartust, et ST teemalised vestlused võiksid tekitada distantsi terapeudi ja patsientide vahele, mis omakorda viitab personaalsete tegurite juhuslikele esinemistele väikese valimi kontekstis.

Hariduslike vajaduste kategoorias oli ootuspärane, et SG hindas kõrgemalt (63,6%), et neid on haritud ja neil on rohkem (35,1%) kompetentsi ST-st rääkimiseks. Kuigi mõlemad grupid omasid positiivseid hoiakuid st nõustuti, et erialases väljaõppes peaks saama põhiteadmisi ST-st, hindas SG vajadus kõrgemaks 19,1 % võrra. SG üliõpilaste hoiak, et nad peaksid saama koolitust, kuidas rääkida ST-st võrdsustus pärast valikainet VG positiivse hoiakuga. Käesoleva magistritöö autori hinnangul oskasid sekkumist saanud üliõpilased mõnevõrra rohkem hariduslikke vajadusi hinnata, kuid kokkuvõtvalt olid kõik uuringus osalenud üliõpilased hariduslike vajaduste osas positiivsete hoiakutega.

SG keskmine koguskoor oli 21,5 % võrra kõrgem, kui VG koguskoor ja seega näitab võrdlus gruppide vahel, et hariduslik sekkumine oli mõjus üliõpilaste hoiakute muutmiseks. Käesoleva töö autor peab magistritöö uuringu kõige olulisemaks aspektiks seda, et füsioteraapia üliõpilased sooviksid seksuaalharidust. Üliõpilased ja tervishoiutöötajad on ka varasemates uuringutes pidanud seksuaalhariduse omandamist oluliseks (Wittenberg & Gerber, 2009; Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016b; Gerbild *et al.*, 2021). Gerbild *et al.* (2018) on tõstatanud, et seksuaalhariduse mõju võiks hinnata üliõpilaste seas ka kohustusliku õppeaine raames. Käesoleva magistritöö autor leidis ühe uuringu, kus on teadaolevalt õppekava raames seksuaalsust ja kehalist puuet süvendatult õpetatud USA doktoriõppe füsioterapeutidele (Felter *et al.*, 2018). Kas, kui palju ning millise haridusliku meetodiga saavad füsioteraapia üliõpilased ST alast väljaõpet erinevates riikides, on teaduskirjanduse põhjal ebaselge.

Uuringu piiranguteks on eesti keeles mitte valideeritud küsimustiku kasutamine, kuid ka väike valim, mistõttu ei võimalda tulemused teha ulatuslikke järeldusi üliõpilaste hoiakutest tervikuna. Ootuspäraselt oli SG valim väike, kuna tegemist oli valikainega (“Seksuaalsus ja füsioteraapia”), mida sai valida piiratud hulk õppijaid (31 üliõpilast) ning valiku tegi 21 üliõpilast. Lisaks oli 2020/2021 õppeaasta raames toimunud valikaine mõjutatud riigisisestest piirangutest õppeasutustele, mille tõttu valdav osa õppetööst tuli korraldada veebiseminaridena. Ümberkorraldused õppetöös võisid mõjutada õppeprotsessi tulemuslikkust ning ka üliõpilaste õpimotivatsiooni.

Käesoleva uuringu tugevusteks võib pidada võrdlusgrupi olemasolu lisaks sekkumisgrupile, vähe uuritud temaatika sisse toomist füsioteraapia valdkonda, kuid ka temaatika aktuaalsust Põhjamaades, mis ühtlasi annab võimaluse võrrelda Eesti üliõpilaste hoiakuid väheste selles vallas läbiviidud uuringutega Taanis ja Rootsis. Tulevikus võiks kaaluda antud küsimustiku eesti keelde valideerimist ning laiendada uuringut tervishoiu üliõpilastele (arstid, õed, tegevusterapeutid). Lisaks võiks täiendada küsimustikku, et selgitada välja, millised on üliõpilaste hoiakud vanemaealiste ja/või kehalise puudega inimeste ST-ga tegelemisse.

## 6. JÄRELDUSED

Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud ST-ga tegelemisse tulevases erialases töös SA-SH küsimustiku põhjal:

1. Üliõpilaste seas esineb ebamugavust ST teemadel informeerimise, vestluse algatamise ja arutlemise (sh spetsiifilistest seksuaaltegevustest) osas, kusjuures patsiendi seksuaalne orientatsioon ei mõjuta valdavalt mugavust. Enamik üliõpilastest tunneb end ST-st rääkimiseks ettevalmistamata. Üliõpilased ei tunneks piinlikkust, kuid patsiendid räägiksid seksuaalteemadel, ent arvavad, et patsiendid võivad tunda piinlikkust, kui terapeut tõstatab seksuaalteemasid. Üliõpilased hindavad, et neid ei ole haritud ST teemadel ja neil ei ole piisavalt kompetentsi, et rääkida ST-st. Üliõpilaste nõustuvad, et peaksid väljaõppes saama põhiteadmisi ST-st ja oskusi, kuidas rääkida ST-st. Üliõpilaste hoiakute järgi tunneksid nad mõnedes olukordades mugavust ja valmisolekut ST-ga töötamiseks oma tulevases erialases töös.

2. Seksuaalsust käsitleva valikaine läbinud üliõpilaste hoiakutes muutusid mugavustundega seotud ja hariduslikud hoiakud. Üliõpilased tundsid, et neid on haritud ja neil on kompetentsi ST-st rääkimiseks. Negatiivse mõju kategoorias vähenes hirm, et ST teemad võiksid tekitada distantsi terapeuti ja patsientide vahele. Üliõpilased tundsid pärast hariduslikku sekkumist mugavust ja valmisolekut ST-ga töötamiseks oma tulevases erialases töös.

3. Seksuaalsust käsitleva valikaine läbinute seas esines suurem mugavustunne võrreldes mitte läbinutega. Hariduslikku sekkumist saanud üliõpilased on positiivsema hoiakuga, et neil oleks aega ja nad võtavad tõenäolisemalt aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases erialases töös.

## 7. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Ahuja CS, Wilson JR, Nori S, Kotter MR, Druschel C, Curt A, Fehlings MG. Traumatic spinal cord injury. *Nature reviews Disease primers* 2017; 3(1): 1-21.
2. Ambler N, de C Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual difficulties of chronic pain patients. *The Clinical journal of pain* 2001; 17(2): 138-145.
3. APA (*American Psychiatric Association*). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
4. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of sex education and therapy* 1976; 2(1): 1-5.
5. Areskoug-Josefsson K, Gard G. Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy theory and practice* 2015; 31(6): 390-395.
6. Areskoug-Josefsson K, Gard G. Sexual health as a part of physiotherapy: the voices of physiotherapy students. *Sexuality and disability* 2015b; 33(4): 513-532.
7. Areskoug-Josefsson K, Gard G. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis: experiences, needs and communication with health care professionals. *Musculoskeletal care* 2012; 10(2): 76-89.
8. Areskoug-Josefsson K, Juuso P, Gard G, Rolander B, Larsson A. Health care students' attitudes toward addressing sexual health in their future profession: Validity and reliability of a questionnaire. *International Journal of Sexual Health* 2016a; 28(3): 243-250.
9. Areskoug-Josefsson K, Larsson A, Gard G, Rolander B, Juuso P. Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sexuality and disability* 2016b; 34(3): 289-302.
10. Areskoug-Josefsson K, Rolander B. Understanding Response Patterns Among Healthcare Professionals Regarding Their Attitudes Toward Working with Sexual Health—Latent Class Analysis of the SA-SH. *Journal of nursing measurement* 2019; 27(1): 49-63.
11. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations* 2016; 19(6): 1237-1250.

12. Cohen MZ. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs* 2004; 8: 84-86.
13. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, et al. Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *The journal of sexual medicine* 2013; 10(4): 924-938.
14. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Ann Arbor: Harcourt brace Jovanovich college publishers; 1993.
15. Edwards S, Mandeville A, Petersen K, Cambitzi J, Williams AC, et al. 'ReConnect': a model for working with persistent pain patients on improving sexual relationships. *British Journal of Pain* 2020; 14(2): 82-91.
16. Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and rehabilitation* 2010; 32(14): 1148-1155.
17. Felter C, Chmielewski B, Westlake K, Gurton A. Use of a patient-educator to train doctor of physical therapy students regarding sexuality and disability. *J Humanit Rehabil*, 2018.
18. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The journal of sexual medicine* 2016; 13(11): 1642-1650.
19. Fode M, Krogh-Jespersen S, Brackett NL, Ohl DA, Lynne CM, et al. Male sexual dysfunction and infertility associated with neurological disorders. *Asian journal of andrology* 2012; 14(1): 61.
20. Fronek P, Booth S, Kendall M, Miller D, Geraghty T. The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality and Disability* 2005; 23(2): 51-63.
21. Gerbild H, Larsen CM, Rolander B, Areskoug-Josefsson K. Does a 2-Week Sexual Health in Rehabilitation Course Lead to Sustained Change in Students' Attitudes? A Pilot Study. *Sexuality and disability* 2018; 36(4): 417-435.
22. Gerbild H, Larsen CM, Junge T, Laursen BS, Areskoug-Josefsson K. Danish Health Professional Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health: A Cross-Sectional Survey. *Sexual Medicine* 2021; 9(2): 100323.

23. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor—theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology* 2017; 14(10): 577-578.
24. Haboubi NH, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation* 2003; 25(6): 291-6.
25. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today* 2016; 40: 57-71.
26. Han TS, Tajar A, O'Neill TW, Jiang M, Bartfai G, et al. Impaired quality of life and sexual function in overweight and obese men: the European Male Ageing Study. *European journal of endocrinology* 2011; 164(6): 1003.
27. Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, van Dulmen S. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health expectations* 2015; 18(6): 2375-2388.
28. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug, healthcare and patient safety* 2010; 2: 141.
29. Jannini EA. SM= SM: the interface of systems medicine and sexual medicine for facing non-communicable diseases in a gender-dependent manner. *Sexual Medicine Reviews* 2017; 5(3): 349-364.
30. Jannini EA, Reisman Y. Medicine without sexual medicine is not medicine: An MJCSM and ESSM petition on sexual health to the political and university Authorities. *The journal of sexual medicine* 2019; 16(6): 943-945.
31. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *Journal of general internal medicine* 2004; 19(2): 101-110.
32. Juergens MH, Miller Smedema S, Berven NL. Willingness of graduate students in rehabilitation counseling to discuss sexuality with clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2009; 53(1): 34-43.
33. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and sterility* 2013; 100(4): 898-904.

34. Levack WM. Sexual wellbeing for people with chronic obstructive pulmonary disease: relevance and roles for physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2014; 42(3): 170-176.
35. Mahan JD, Stein DS. Teaching adults—best practices that leverage the emerging understanding of the neurobiology of learning. *Current problems in pediatric and adolescent health care* 2014; 44(6): 141-149.
36. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine* 2016a; 13(2): 135-143.
37. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine* 2016b; 13(2): 153-167.
38. McKee Jr AL, Schover LR. Sexuality rehabilitation. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 2001; 92(S4): 1008-1012.
39. Meiri R, Rosenbaum TY, Kalichman L. Sexual function before and after total hip replacement: narrative review. *Sexual medicine* 2014; 2(4): 159-167.
40. Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2016; 21.
41. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss medical weekly* 2011; 141(0910).
42. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2020; 18(1): 1-11.
43. Pieters R, Kedde H, Bender J. Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation* 2018; 40(6): 732-739.

44. Pynor R, Weerakoon P, Jones MK. A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice. *Physiotherapy* 2005; 91(1): 42-48.
45. Rosenbaum TY. Musculoskeletal pain and sexual function in women. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(2): 645-653.
46. Rosenbaum TY. The role of physiotherapy in sexual health: Is it evidence based. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health* 2006; 99: 1-5.
47. Rosenbaum TY, Vadas D, Kalichman L. Sexual function in poststroke patients: Considerations for rehabilitation. *Journal of Sexual Medicine* 2014; 11: 15–21.
48. Rosman L, Cahill JM, McCammon SL, Sears SF. Sexual health concerns in patients with cardiovascular disease. *Circulation* 2014; 129(5): e313-e316.
49. Ross MH, Setchell J. People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey. *Journal of physiotherapy* 2019; 65(2): 99-105.
50. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society* 2017; 20(1): 21624.
51. Shindel AW, Baazeem A, Eardley I, Coleman E. Sexual health in undergraduate medical education: existing and future needs and platforms. *The journal of sexual medicine* 2016; 13(7): 1013-1026
52. Sidorkewicz N, McGill SM. Male spine motion during coitus: implications for the low back pain patient. *Spine* 2014; 39(20): 1633.
53. Sidorkewicz N, McGill SM. Documenting female spine motion during coitus with a commentary on the implications for the low back pain patient. *European Spine Journal* 2015; 24(3): 513-520.
54. Stayton WR. A curriculum for training professionals in human sexuality using the sexual attitude restructuring (SAR) model. *Journal of Sex Education and Therapy* 1998; 23(1): 26-32.

55. Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*. 2007 Sep 1;25(3):135-139.
56. Vajrala KR, Potturi G, Agarwal A. A Pilot Study of Randomized Clinical Controlled Trail on Role of Physiotherapy on Physical and Psychological Dimensions of Sexual Health in Post Stroke Patients. *Indian J Physiother Occup Ther* 2019; 13(4): 473.
57. Verrastro V, Saladino V, Petruccelli F, Eleuteri S. Medical and health care professionals' sexuality education: State of the art and recommendations. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17(7): 2186.
58. WHO (*World Health Organization*). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting (held in Geneva from 6 to 12 February 1974). Geneva 1975. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38247> 21.05.2021
59. World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2001.
60. WHO (*World Health Organization*). Defining Sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization (ed.) Sexual Health Document Series. Geneva 2006.  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf) 21.05.2020
61. Wittenberg A, Gerber J. EDUCATION: Recommendations for Improving Sexual Health Curricula in Medical Schools: Results from a Two-Arm Study Collecting Data from Patients and Medical Students. *The journal of sexual medicine* 2009; 6(2): 362-368.
62. Wittkopf PG, Cardoso FL, Sperandio FF. Development and validation of the scale of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality (SKCAPS). *Fisioterapia em Movimento* 2015; 28(2): 339-348.
63. Wittkopf PG, Sousa TR, Cardoso FL, Sperandio FF. Assessment of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality. *Sexuality and Disability* 2018; 36(2): 195-203.
64. Žuk B, Mašliška M. The importance of physiotherapy in the sexuality of patients with rheumatic diseases. *Reumatologia* 2017; 55(5): 237.

## LISA 1

### *Tervishoiu üliõpilaste hoiakud seksuaaltervise käsitlemisel tulevases erialases töös*

Vanusevahemik:

- 18-24
- 25-31
- 32-38

Õppeaasta:

- 2.
- 3.

Sugu:

Mil määral nõustud selle väitega?	Ei nõustu	Ei nõustu osaliselt	Nõustun osaliselt	Nõustun	Nõustun täielikult
1. Ma tunnen end tulevaste patsientide seksuaaltervise teemadel informeerimise osas mugavalt					
2. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervise teemalise vestluse algatamise osas mugavalt					
3. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt					
4. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende soost					
5. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende vanusest					
6. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende kultuuritaustast					
7. Ma tunnen end tulevaste patsientidega seksuaaltervisest arutlemise osas mugavalt hoolimata nende seksuaalsest orientatsioonist					
8. Ma tunnen end tulevaste patsientidega spetsiifilistest seksuaaltegevustest arutlemise osas mugavalt					
9. Ma olen tulevaste patsientidega seksuaaltervisest rääkimiseks ette valmistamata					

Mil määral nõustud selle väitega?	Ei nõustu	Ei nõustu osaliselt	Nõustun osaliselt	Nõustun	Nõustun täielikult
10.Ma usun, et ma võiksin tunda piinlikkust, kui tulevased patsiendid räägiksid seksuaalteemadel					
11.Ma usun, et tulevased patsiendid võiksid tunda piinlikkust, kui ma tõstatan seksuaalteemasid					
12.Ma kardan, et tulevased patsiendid võiksid tunda end ebakindlalt, kui ma räägin seksuaalteemadel					
13.Ma kardan, et seksuaaltervise teemalised vestlused võivad tekitada distantsi minu ja patsientide vahele					
14.Ma usun, et minu tulevases ametis on mul liiga palju teha, et oleks aega tegeleda seksuaalteemadega					
15.võtan aega, et tegeleda patsientide seksuaalteemadega oma tulevases töös					
16.Ma kardan, et mu tulevased kolleegid tunneksid end ebakindlalt, kui ma tõstatan patsientidega seksuaalteemasid					
17.Ma kardan, et mu tulevased kolleegid tunneksid end ebamugavalt tegeledes patsientide seksuaaltervise teemaliste küsimustega					
18.Ma usun, et minu tulevaste kolleegide jaoks on seksuaalteemadest rääkimine vastumeelne					
19.(Erialases) väljaõppes on mind haritud seksuaaltervise teemadel					
20.Ma arvan, et üliõpilasena pean enda väljaõppes saama põhiteadmisi seksuaaltervisest					
21.Mul on tulevaste patsientidega seksuaaltervisest rääkimiseks piisavalt kompetentsi					
22.Ma arvan, et oma väljaõppes peaksin saama koolitust, kuidas rääkida seksuaaltervisest					

## **Autori lihtlitsents töö avaldamiseks**

Mina, Kati Juurik

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose:

“Füsioteraapia üliõpilaste hoiakud seksuaaltervisega tegelemisse erialases töös enne ja pärast seksuaalsust käsitleva valikaine läbimist,”

mille juhendajad on MSc, Sibul E-L ja PhD, Sokk J,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Kati Juurik

21.05.2021