

Annukka Heimonen - Teija Launis - Arja Liinamo

EHKÄISTÄ VAI EDISTÄÄ?

Nuori perhesuunnittelun asiakkaana

18/1996



STAKES

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS

A I H E I T A

Annukka Heimonen – Teija Launis – Arja Liinamo

EHKÄISTÄ VAI EDISTÄÄ?

Nuori perhesuunnittelun asiakkaana

18/1996

Haluamme kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita perhesuunnittelun työntekijöitä ja asiakkaita hyvästä yhteistyöstä. Kiitokset myös Maija Ritamolalle ja Matti Rimpelälle Stakesista sekä Marita Poskiparralle ja Lasse Kannakselle Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitokselta. He ovat monella tavalla tukeneet selvityksen toteuttamista.

ISBN 951-33-0215-6
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 1996

ESIPUHE

Vaikka laatukysymykset ja asiakasnäkökulma ovat Suomessa tutkimus- ja kehittämistyössä mukana, ei laadun mittaaminen ole helppoa eikä asiakasnäkökulma ole käytännössä itsestäänselvyys. Perhesuunnittelu 2000-hankkeen aikana on Keski-Suomessa laatu- ja asiakasnäkökulmista käynnistetty alueellisten hoito-ohjelmien laatiminen raskauden keskeytysasioissa, klamydian hoidossa, ekaehkäisyssä ja hedelmättömyyden hoidoissa.

Tämä tutkimus on osa kansainvälistä ohjelmaa 'Laatu ja reproduktiiviset oikeudet perhesuunnittelussa' (Appraisal of Quality of Care and Adherence to Reproductive Rights in Family Planning Programmes). Tutkimuksen on suunnitellut ja koonnut Hollannissa toimiva Women's Health Action Foundation (WHAF) yhteistyössä Amsterdamin yliopiston kanssa. Suomen lisäksi selvityksessä olivat mukana Bangladesh, Bolivia, Hollanti, Kenia, Meksiko, Nigeria ja Thaimaa. Suomessa selvityksen koordinaattorina on toiminut Stakesin Perhesuunnittelu 2000-hanke. Tutkimuksen toteuttamisesta on vastannut Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitos Arja Liinamo vastuullisena tutkijana.

Suomessa perhesuunnittelua ja sen laatua selvitettiin neljän kunnan / kuntayhtymän alueella havainnoimalla perhesuunnittelun neuvontatilanteita (N=63) sekä haastatteleamalla asiakkaita (N=54) ja perhesuunnittelun työntekijöitä (N=33) vastaanoton jälkeen. Lisäksi haastateltiin tutkimuspaikkakuntien 14-15-vuotiaita koululaisia ryhmähaastatteluina kouluissa. Ryhmähaastatteluista on julkaistu Riikka Pötsösen ja Raili Väliimaan 'Seurustelua ja pelkkää asiaa' raportti Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarjassa (1/1995).

'Laatu ja reproduktiiviset oikeudet perhesuunnittelussa' selvitykseen osallistuneet terveyskeskukset ovat olleet ennakkoluulottomia ja halukkaita oman työnsä arviointiin. Jyväskylän ja Vantaan kaupungin terveyskeskuksille, Riihimäen seudun, Sydän-Suomen ja Palokan kansanterveystyön kuntayhtymille kiitos hyvästä ja luontevasta yhteistyöstä tässä hankkeessa.

Tämä selvityksen osajulkaisu perustuu Annukka Heimosen ja Teija Launiksen pro gradu -tutkielmaan. Tutkimuksen kohteena ovat nuoret asiakkaat ja perhesuunnittelutyötä tekevät terveydenhoitajat ja lääkärit. Aineisto koostuu 19 nuoren ehkäisyneuvonnan vastaanottotilanteen havainnoinnista ja 17 nuoren asiakkaan ja 33 työntekijän haastatteluista.

Kansainvälisessä vertailussa Suomi on perhesuunnitteluasioissa monella tapaa korkeatasoinen ja laadukas. Tämä julkaisu antaa viitteitä siitä, mihin suuntaan kehittää nuorten perhesuunnittelupalveluja. Samalla se haastaa meidät aikuiset kuuntelemaan ja kuulemaan nuoria ja heille tärkeitä asioita.

Maija Ritamo
Projektipäällikkö
Perhesuunnittelu 2000-hanke
Stakes

Heimonen Annukka, Launis Teija, Länamo Arja: **Ehkäistä vai edistää ? Nuori perhesuunnittelun asiakkaana.** Stakesin julkaisuja. Aiheita 18/1996.

Tiivistelmä

Tutkimuksessa selvitetään terveydenhoitajien ja lääkärin ja nuorten asiakkaiden välistä vuorovaikutusta ehkäisyneuvonnan vastaanotoilla. Käsittelemme neuvonnan sisältöjä ja etenemistä, työntekijän pätevyyttä vuorovaikutuksessa sekä nuorten ja työntekijöiden esittämiä kehittämistarpeita.

Aineisto koostuu 19 nuoren ehkäisyneuvonnan vastaanoton havainnoinnista, 17 nuoren asiakkaan ja 33 työntekijän haastatteluista, jotka kerättiin kansainvälisen perhesuunnittelupalveluja selvittävän tutkimuksen yhteydessä. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla ja tarkastelemalla vastaanottojen yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Työntekijöiden vuorovaikutuspätevyyden analysoinnissa sovellettiin Trenholmin ja Jensenin (1992) mallia. Mallin avulla ei pyritty selvittämään kuinka päteviä yksittäiset työntekijät olivat, vaan sitä miten pätevä vuorovaikutus ilmeni ehkäisyneuvonnassa.

Työntekijät kertoivat neuvonnassa paljon ehkäisymenetelmistä ja ehkäisyn sivuvaikutuksista. Nuoren tiedontason ja -tarpeen kartoittaminen sekä elämäntilanteen huomioiminen ja seksuaalisuudesta puhuminen jäivät vähäisiksi. Neuvontatilanteita sävytti kaavamaisuus ja työntekijäjohtoisuus, neuvonta muistutti enemmän työntekijän monologia kuin työntekijän ja asiakkaan välistä dialogia. Perhesuunnittelupalveluiden kehittämistarpeet liittyivät työntekijöillä enimmäkseen palveluiden rakenteisiin. He pitivät tärkeänä palveluiden joustavuutta ja saatavuutta. Useimpien työntekijöiden mielestä palveluiden tulisi olla nuorten keskuudessa, ei esimerkiksi äitiysneuvoloiden yhteydessä. Nuorten haastatteluista nousi selkeästi esille vuorovaikutuksen merkitys neuvonnassa. Tärkeintä heille oli työntekijän ystävällisyys. Lisäksi he arvostivat luottamuksellisuutta, lämmintä ja kiireetöntä ilmapiiriä sekä asiallista suhtautumista.

Asiasanat: nuori - perhesuunnittelu - ehkäisyneuvonta - vuorovaikutus - vuorovaikutuspätevyys

Sisällys

1. JOHDANTO	1
2. EHKÄISYNEUVONTAA VAI PERHESUUNNITTELUA ?	3
2.1. Perhesuunnittelun kehitysvaiheista, käsitteistä ja tavoitteista	3
2.2. Ehkäisyneuvontapalvelujen tarve ja tarjonta nuorille	4
3. VUOROVAIKUTUS EHKÄISYNEUVONNASSA	6
3.1. Trenholmin ja Jensenin malli pätevistä vuorovaikutuksesta	6
3.2. Vuorovaikutus ammatillisen pätevyyden kulmakivenä	9
3.3. Työntekijä ja asiakas vuorovaikutuksen osapuolina	10
3.4. Vuorovaikutuksen luonne neuvonnassa	12
3.5. Seksuaalisuudesta puhumisen arkaluonteisuus	13
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS	14
5. TUTKIMUSAINEISTOT JA TUTKIMUSMENETELMÄT	15
6. TUTKIMUSTULOKSET	18
6.1. Perhesuunnittelun vastaanoton tilat ja neuvonnan eteneminen	18
6.1.1. "Mihin jätän vaatteet?"	18
6.1.2. Vastaanoton kulku - suoraan asiaan	19
6.2. Neuvonnan sisällöt	22
6.2.1. Mihin unohtui poikaystävä?	22
6.2.2. Tietopaketti pillereistä	23
6.2.3. Kannattaa olla varuillaan - käytä kondomia!	26
6.2.4. "Mä pelkään sitten ihan kauheasti, älä satuta!"	27
6.3. Perhettäkö perustamaan? - nuorten käsityksiä perhesuunnittelusta	28
6.4. "Ettei katota pitkin nenänvartta kun on niin nuori" - nuorten kokemuksia ja odotuksia palveluista	29
6.5. Työntekijöiden vuorovaikutuspätevyys ehkäisyneuvonnassa Trenholmin ja Jensenin mallin avulla tarkasteltuna	31
6.5.1. Tulkintapätevyys	31

6.5.2. Suunnittelupätevyys	32
6.5.3. Roolipätevyys	33
6.5.4. Koettu pätevyys	35
6.5.5. Viestintäpätevyys	36
6.6. Joustavuutta palveluihin - työntekijöiden ajatuksia palvelujen kehittämiseksi	37
7. POHDINTA	40
7.1. Luotettavuudesta	40
7.2. Eettistä pohdintaa	42
7.3. Tulosten pohdintaa	44
7.4. Ajatuksia työn kehittämiseksi	48
KIRJALLISUUS	50

LIITTEET

Liite 1. Taustatietoja

Liite 2: Tiivistelmä havainnointilomakkeesta

Liite 3: Havainnointilomakkeen liite

Liite 4: Otteita kenttäpäiväkirjasta

Liite 5: Tiivistelmä asiakkaan haastattelulomakkeesta

Liite 6: Tiivistelmä työntekijän haastattelulomakkeesta

Liite 7: Tapauskertomus

1. JOHDANTO

Nuorten seksuaalisuutta on vaikea määritellä tyhjentävästi, sillä se on hyvin monimuotoinen ilmiö. Greenbergin, Bruessin ja Mullenin (1993) mukaan seksuaalisuuteen sisältyy biologisia, psykologisia, eettisiä ja kulttuurisia tekijöitä ja näiden keskinäisen suhteen perusteella muodostuu yksilön seksuaalisuuden kokonaisuus. Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaispersoonallisuutta ja siksi se on perusta ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Ihmisen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät tarpeet tulee nähdä laajempina kuin raskauden ehkäisynä ja perhesuunnittelupalveluina. Lisääntymisterveys sisältää sen, että ihmiset saavuttavat tyydyttävän ja turvallisen seksuaalielämän ja että he kykenevät hankkimaan lapsia silloin kun he haluavat. Perhesuunnittelupalveluita tarjoavien tulee kyetä tunnistamaan ihmisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä tarpeita sekä vastata tarpeisiin huomioiden molemmat sukupuoli ja ihmisen koko elämänsäkaari. (IPPF 1995.)

Suomalaisten nuorten seksuaali- ja ehkäisykäyttäytymisestä on tutkimustuloksia (esim. WHO-Koululaistutkimus ja KISS-tutkimus), mutta nuorten ehkäisyneuvontaa ja nuoria terveydenhuollon asiakkaina on tutkittu vähän. Esimerkiksi raskauden ehkäisyyn liittyvästä terveydenhuoltopalveluiden käytöstä ei ole nuorten osalta tilastotietoja. Suomalaisissa terveyskasvatustutkimuksissa on Shemeikan (1991) mukaan ollut pääpaino yksittäisten tietojen ja terveystottumusten selvittämisessä kun taas vuorovaikutusprosessia on tutkittu vähän, vaikka se on terveyskasvatuksen tärkein alue.

WHO-Koululaistutkimuksen mukaan nuorten seksuaalisen kokeneisuuden yleisyys ei juurikaan muuttanut vuosina 1990-94. Yhdyntäkokemuksia oli noin 6 %:lla 13-vuotiaista ja neljäsosalla 15-vuotiaista nuorista. (Pötsönen 1995.) Säännöllisiä yhdyntäkokemuksia oli peruskoulun päättyessä noin seitsemällä prosentilla tytöistä ja kolmella prosentilla pojista (Kosunen 1993a). Nuorten ehkäisyn käyttö ensimmäisissä yhdynnöissä on yleistynyt. Ehkäisymenetelmistä kondomi on nuorille tutuin ja suosituin (Kontula & Meriläinen 1988, Maunula 1992, Pötsönen 1995). Tiedot kondomista sukupuolitautilien ehkäisijänä ovat parantuneet ja luottamus kondomiin ehkäisykeinona on lisääntynyt. Tähän on vaikuttanut mm. aids-valistus ja sen myötä lisääntynyt kondomien mainonta ja markkinointi. (Kontula & Rimpelä 1988b, Kosunen 1993a.) Ehkäisytabletit ovat saavuttaneet vakiintuneen aseman nuorten naisten ehkäisymenetelmänä. Vuosien 1981-89 välillä ehkäisytablettien käyttö lähes kaksinkertaistui 18-vuotiailla ja kolminkertaistui 16-vuotiailla. Sen jälkeen tilanne on pysynyt suunnilleen samalla tasol-

la. Ehkäisy pillereitä käytti vuonna 1993 38 % 18-vuotiaista ja 17 % 16-vuotiaista. (Kosunen 1996.) Myös kondomin ja pillereiden yhteiskäyttö on jonkin verran yleistynyt 1990-luvulla (Kosunen 1993a, Pötsönen 1995). Nuoret tietävät mielestään paljon eri ehkäisymenetelmistä (Kontula & Rimpelä 1988a, Maunula 1992). Pienryhmähaastatteluissa haastateltujen nuorten tiedot osoittautuivat kuitenkin melko puutteellisiksi. Nuoret eivät välttämättä tienneet miten ehkäisymenetelmiä käytetään tai mistä niitä hankitaan. (Pötsönen & Välimaa 1995.)

Yhtenä onnistuneen ehkäisyneuvonnan saavutuksena voidaan pitää nuorten alhaisia raskaudenkeskeytyslukuja. Teini-ikäisten raskaudet ja raskauden keskeytykset ovat huomattavasti vähentyneet 1980- ja 1990-lukujen aikana (Kosunen 1996). Erityisesti 15-19-vuotiaiden ikäryhmässä keskeytystilanne on vuoteen 1989 verrattuna muuttunut huomattavasti parempaan suuntaan (Hämäläinen, Rasimus & Ritamo 1995). Kansainvälisesti vertailtaessa Suomen raskaudenkeskeytysluvut ovat alhaiset (Wallace & Vienonen 1989, Kosunen 1993a, Rimpelä 1993).

Useissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollossa työntekijän vuorovaikutustaidoilla on merkitystä neuvonnan onnistumiseen ja asiakkaiden tyytyväisyyteen (esim. Heikkinen 1989, Dodge & Oakley 1989, Pelkonen 1989, Virtanen 1991, Lepola 1992). Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että vaikka ammatillinen koulutus luo perusvalmiudet vuorovaikutustaidoille, on taitojen kehittämiseen kiinnitettävä enemmän huomiota (Aavarinne 1993, Nikkola & Krause 1993). Asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa näkyy työntekijän ammatillinen tietämys ja taitavuus.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin terveydenhoitajien ja lääkäreiden ja nuorten asiakkaiden välistä vuorovaikutusta ehkäisyneuvonnan vastaanotoilla. Tutkimus kohdistui neuvonnan sisältöön ja etenemiseen sekä työntekijöiden vuorovaikutus pätevyyteen, joita tarkasteltiin Trenholmin ja Jensenin (1992) vuorovaikutus pätevyyssmallin avulla. Lisäksi tutkittiin nuorten ja työntekijöiden näkemyksiä nuorille suunnatuista perhesuunnittelupalveluista ja niiden kehittämistarpeista. Laadullisia tutkimusmenetelmiä on perhesuunnittelua tutkittaessa käytetty vähän. Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelminä olivat haastattelu ja osallistuva havainnointi. Suomessa ei aikaisemmin ole tutkittu ehkäisyneuvonnan vastaanottoja havainnoimalla. Tutkimuksen avulla saadaan palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta tärkeää tietoa. Tulosten perusteella voidaan arvioida ehkäisyneuvonnan nykytilannetta ja kehittämistarpeita.

2. EHKÄISYNEUVONTAA VAI PERHESUUNNITTELUA?

2.1. Perhesuunnittelun käsitteestä, kehitysvaiheista ja tavoitteista

Ehkäisyneuvonnasta tuli kuntien lakisääteinen velvollisuus vuonna 1972, kun kansanterveyslaki tuli voimaan. Siitä lähtien raskauden ehkäisyneuvontaa on kehitetty määrätietoisesti. (Kosunen 1993b.) Pääpaino 1970-luvulla kuntien terveydenhuollossa oli ehkäisyneuvontaorganisaation ja terveydenhuoltohenkilöstön kouluttamisessa ehkäisyneuvontapalveluihin. Painopistettä pyrittiin siirtämään raskaudenkeskeytyksistä raskauden ehkäisyyn. Tavoitteena 1980-luvulla oli mm. ehkäisy pillereiden saataavuuden helpottaminen sekä suuntaus raskauden ehkäisyneuvonnasta ihmissuhde- ja sukupuolikasvatukseen sekä seksuaalineuvontaan. Erityisesti nuorten ihmissuhde- ja sukupuolikasvatusta haluttiin tehostaa. (Nurmi 1993.)

Perhesuunnittelu on Ritamiehen (1993a) mukaan lasten lukumäärään ja syntymän ajankohtaan kohdistuvaa suunnittelua. Se merkitsee ehkäisymenetelmien käyttöä raskaaksitulon välttämiseksi, mutta se sisältää myös parin pyrkimykset tulla raskaaksi. Perhesuunnittelu sisältää myös seksuaalielämänsä aloittelevien nuorten ehkäisyneuvonnan ja ehkäisyn käytön. Vaikka nuorten kohdalla perheen perustaminen ei vielä ole ajankohtaista, ehkäisyneuvonnan ja seksuaalikasvatuksen avulla on mahdollista vähentää ei-toivottuja raskauksia ja luoda perusta myöhemmälle tietoiselle perhesuunnittelulle. (Stakes 1994.)

Perhesuunnittelu tarkoittaa ensisijaisesti ihmisten yksityisiä valintoja, sillä ihmiset tekevät perhesuunnittelun valinnat arkisessa elämässään. Perhesuunnittelupalvelut ovat ammattiauttajien, kuten lääkärin, hoitohenkilöstön, sosiaalityöntekijöiden ja opettajien ammattitoimintaa asiakkaiden perhesuunnittelu- toimintojen ja seksuaalisen terveyden hyväksi. (Rimpelä & Ritamo 1995.) Olennaista on ammattitaitoisen avun ja tuen antaminen kaikissa aiheeseen liittyvissä ongelmissa - toivotun raskauden valmistelusta hedelmättömyyden hoitoon, tarttuvien sukupuolitautilien ehkäisyyn ja hoitoon sekä raskauden keskeytyksiin (Rimpelä & Ritamo 1993). Perhesuunnittelun myönteinen kehitys 1980-luvulla olisi ollut mahdotonta ilman olemassa olevaa perhesuunnittelujärjestelmää (Ritamies 1993b).

Perhesuunnittelupalvelujen tehtävänä on tukea ihmisten valintoja siten, että raskauden alkaminen on toivottua ja suunniteltua sekä perheen ja tulevan lapsen hyvinvointia edistävää (Rimpelä & Ritamo 1995). Perhesuunnittelu on haaste ammattiauttajille. Sen tavoitteena on asiakkaiden tarpeita vastaava osaaminen ja ammattitaito ja päämääränä seksuaalisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Rimpelä & Ritamo 1993, Goldsmith 1992, IPPF 1995). 1990-luvun erityisenä haasteena pidetään poikien ja miesten saamista perhesuunnittelun piiriin. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä erityisryhmien kuten vammaisten, pakolaisten ja erilaisten riskitilanteissa olevien palveluihin. (Stakes 1994.) Keski-Suomessa toteutetussa perhesuunnittelupalvelujen kehittämishankkeessa erityiseksi kehittämiskohteeksi nousi nuorten ehkäisyn aloittaminen ja kolmen kuukauden päähän ehkäisyn aloittamisesta ajoittuva vastaanottokäynti (Rimpelä & Ritamo 1995).

Rimpelän ja Ritamon (1995) mielestä painopiste nuorten ehkäisykäynneillä tulisi siirtyä lääketieteellisistä kysymyksistä seksuaalineuvontaan. Hollannissa nuorten perhesuunnitteluklinikoilla asiakkaiden kanssa otetaan aina puheeksi seksitautien ja ehkäisyn lisäksi seksuaalisuus myönteisenä asiana (Stakes 1995). Kannasta (1993) mukaellen nuoren seksuaalisen terveyden edistämiseksi voidaan ehkäisyneuvonnalle esittää mm. seuraavia tavoitteita: nuoruusiän kehitystehtävissä tukeminen, seksuaalisuuteen liittyvien virheellisten käsitysten, ahdistuksen ja pelkojen poistaminen, ymmärryksen lisääminen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa, sukupuolielämän aloittamisen lykkääminen, kunnes nuori on siihen sosiaalisesti ja psyykkisesti kypsä, itsetunnon vahvistaminen, seksuaalisuutta koskevien päätöksentekotaitojen vahvistaminen, vastuullisuuden lisääminen sekä ennen aikaisten raskauksien ja seksitautien ehkäiseminen.

2.2. Ehkäisyneuvontapalvelujen tarve ja tarjonta nuorille

Yksityiskohtaista selvitystä perhesuunnittelupalveluiden järjestämistavasta ei ole tehty (Kosunen 1993b). Kunnat järjestävät perhesuunnittelupalveluita nuorille terveyskeskusten lisäksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Muutamissa kaupungeissa on Väestöliiton Avoimet Ovet -asemia, jotka tarjoavat ehkäisy-, seksi- ja seurusteluneuvontaa nuorille. Käytävissä on lisäksi yksityisiä lääkäriasemia ja myös koulu ja kirkko osallistuvat nuorten perhesuunnitteluun.

Englantilaisten tutkimusten mukaan nuoret haluavat käydä ehkäisyasioissa nuorille tarkoitetuissa toimipisteissä, sillä he eivät halua vanhempien tietävän käynnistä (Herz ym. 1988, Goldsmith 1992). Suomessa potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (1992) mukaan työntekijä on vaitiolovelvollinen alaikäisten asiakkaidensa asioista, eikä hän saa ilman nuoren suostumusta ottaa yhteyttä vanhempiin. Herzin ym. (1988) mielestä vanhempien tulisi kuitenkin olla tietoisia lastensa raskauden ehkäisystä ja olemassa olevista palveluista. Vanhempien osallistumisessa on otettava huomioon kulttuurierot, Suomessa ei ole samanlaista perhelääkärijärjestelmää kuin Englannissa.

Nuorten tarpeita tai kokemuksia perhesuunnittelupalveluista on selvitetty vähän. Stakes (Sihvo ym. 1995) on selvittänyt kyselytutkimuksella vuonna 1994 18-44-vuotiaiden naisten perhesuunnittelupalveluiden käyttöä, kokemuksia palveluista sekä naisten mielipiteitä kehittämistarpeista. Ongelmina nousi esille mm. liian pitkät vastaanoton odotusajat. Alle 20-vuotiaista 16 % ilmoitti gynekologisen tutkimuksen pelon vaikeuttaneen lääkärille hakeutumista. Eniten tyytymättömiä viimeiseen raskauden ehkäisyyn liittyvään käyntiin oli alle 20-vuotiaissa. Joka kuudes alle 20-vuotiaista oli tyytymätön asian tuntijan ystävällisyyteen ja vastaanottoajan riittävyteen. Palveluiden kehittämiseksi naiset toivoivat etenkin nuorille nykyistä enemmän sukupuoli- ja raskauden ehkäisyvalistusta ja -neuvontaa sekä tiedotusta palveluista ylipäänsä. Myös nuorten ryhmähaastattelut (Pötsönen & Välimaa 1995) osoittivat nuorten kaipaavan enemmän tietoa olemassa olevista perhesuunnittelupalveluista. Osa haastatelluista nuorista kritisoi kokemustensa perusteella työntekijöiden välinpitämättömyyden suhtautumista asiakkaisiin. Kaikki nuoret eivät pitäneet kouluterveydenhoitajaa parhaana seksuaalineuvojana, sillä tämän vastaanotolla he kokivat joutuvansa kaikenlaisen muunkin 'terveyskasvatuspuheen' kohteeksi.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli kehittää nuorten perhesuunnitteluasiakkaiden tarpeita vastaava palvelumuoto, saatiin keskeiseksi tulokseksi, että palvelujen suuntaaminen erityisesti nuorten psykososiaalisiin tarpeisiin parantaa ehkäisymenetelmän käytön onnistumista (Winter & Breckenmaker 1991). Kehitettäessä perhesuunnittelupalveluita lähtökohtana tulisi olla kohderyhmän tarpeet ja kokemukset. Palvelujen käyttäjillä tulisi olla mahdollisuus osallistua suunnitteluun.

3. VUOROVAIKUTUS EHKÄISYNEUVONNASSA

Vuorovaikutusta on vaikea määritellä tyhjentävästi, koska sitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Eräät määritelmät korostavat sen viestinvälitystehtävää, toiset puolestaan painottavat sen sosiaalisia tehtäviä (Sundeen ym. 1987). Trenholm & Jensen (1992) määrittelevät vuorovaikutuksen jatkuvasti muuttuvaksi prosessiksi, jossa osallistujat yhdessä luovat ja säätelevät sosiaalista todellisuutta. Kyse on viestien lähettämisestä ja vastaanottamisesta, johon vuorovaikutustilanteen konteksti vaikuttaa (Infante ym. 1990). Terveyskommunikaatio on yksi kommunikaation alalaji. Siinä kiinnitetään päähuomio asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen, jolla on merkitystä terveyden edistämässä. (Northouse & Northouse 1985, Kreps & Thornton 1992.) Tässä tutkimuksessa määrittemme vuorovaikutuksen asiakkaan ja työntekijän väliseksi kasvokkain tapahtuvaksi tavoitteelliseksi toiminnaksi, terveysterveystieteeksi, jonka kontekstina on ehkäisyneuvonnan vastaanotto. Käytämme vuorovaikutuksen ja kommunikaation käsitteitä rinnakkaisina termeinä.

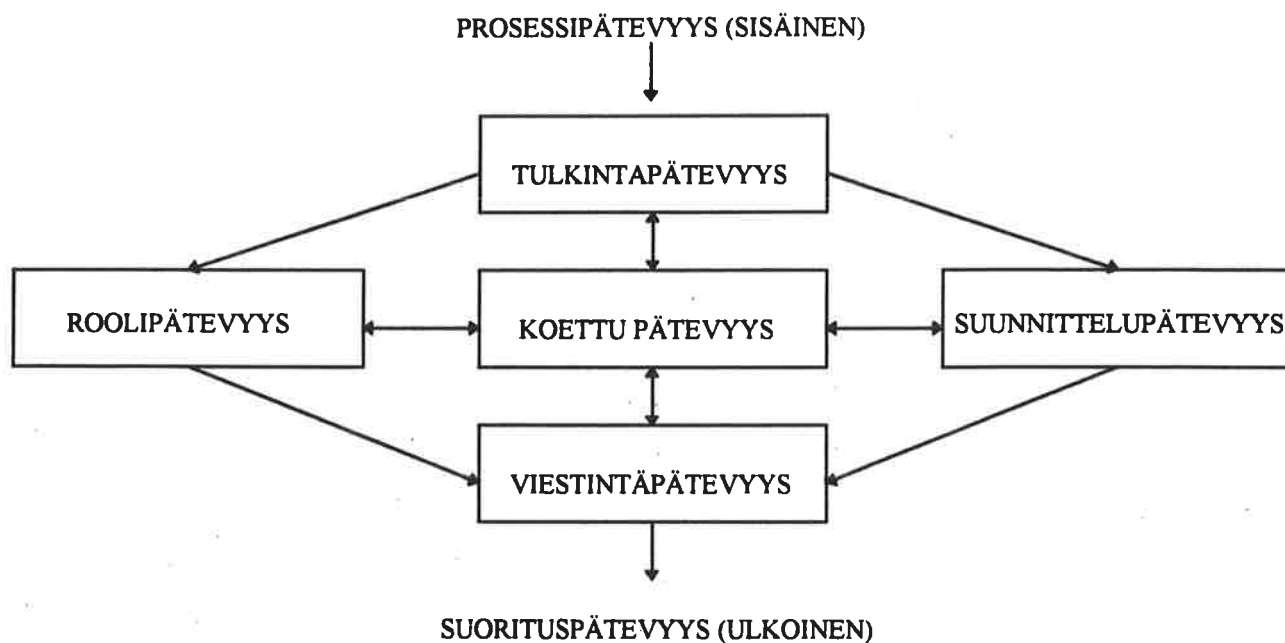
3.1. Trenholmin ja Jensenin malli pätevistä vuorovaikutuksesta

Ammattipätevyyttä on määritelty monella tavalla (esim. Niikko 1993b). Tässä työssä käsittelemme ammattipätevyydestä työntekijöiden vuorovaikutuspätevyyttä. Tarkastelemme sitä Trenholmin ja Jensenin (1992) vuorovaikutuspätevyyttä kuvaavan mallin avulla. Useimmissa pätevyyttä tarkastelevissa tutkimuksissa vuorovaikutus onkin keskeinen tutkimuskohde (Leino-Kilpi 1991). Mallin mukaan pätevä vuorovaikutus rakentuu kahdesta tasosta - käyttäytymistä ohjaavista kognitiivisista toiminnoista, prosessipätevyydestä eli sisäisestä pätevyydestä (process / internal competence) ja yksilön näkyvästä käyttäytymisestä, suorituspätevyydestä eli ulkoisesta pätevyydestä (performative / external competence). Mallin mukaan neuvonnan perustana on sisäinen pätevyys, joka ohjaa koko vuorovaikutusprosessia. Se vaikuttaa mm. neuvonnan etenemiseen, sisältöihin ja puutteisiin. Vuorovaikutuksen näkyvä tulos on suorituspätevyys, joka muodostuu vuorovaikutuspätevyyden eri osa-alueista.

Osa käyttäytymistä ohjaavista tekijöistä on tiedostamattomia (Trenholm & Jensen 1992), minkä vuoksi työntekijän saattaa olla vaikea tarkastella omaa käyttäytymistään. Kun työntekijän toimintaa ohjaava tieto sisäistyy, se jäsenyy 'hiljaiseksi tiedoksi' eli 'äänettömäksi ammattitaidoksi', jolloin sen alkuperää

on vaikea jäljittää (Niikko 1993a, Kivinen 1994). Kehittyäkseen päteväksi kommunikoijaksi, työntekijän tulisi tiedostaa omaa toimintaansa, esimerkiksi miksi hän käyttää tiettyjä toimintatapoja työssään.

Trenholmin ja Jensenin (1992) mukaan työntekijän pätevyys muodostuu viidestä eri osa-alueesta, jotka ovat tulkintapätevyys (interpretive competence), suunnittelupätevyys (goal competence), roolipätevyys (role competence), koettu pätevyys (self competence) ja viestintäpätevyys (message competence) (kuvio 1). Nämä osa-alueet vaikuttavat kiinteästi toisiinsa ja ovat riippuvaisia toisistaan. Mikäli jollain pätevyyden osa-alueella ilmenee puutteita, niin sillä on vaikutusta työntekijän näkyvään käyttäytymiseen ja siten myös asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen.



KUVIO 1. Malli pätevästä kommunikaatiosta (Trenholm & Jensen 1992).

Tulkintapätevyys (interpretive competence) tarkoittaa työntekijän kykyä havaita ja tulkita vuorovaikutustilanteeseen liittyviä tekijöitä. Voidakseen kommunikoida tehokkaasti työntekijän tulee olla selvillä kontekstin luonteesta ja siitä kenen kanssa hän on tekemisissä. Lisäksi hänen on tunnistettava omat tunteensa ja tarpeensa. Havainnot auttavat työntekijää muodostamaan käsityksen tilanteesta ja ihmisistä, tunnistamaan heidän piirteitään ja viimekädessä ne vaikuttavat asenteiden muodostumiseen. Vastaanottotilanteessa työntekijä tekee erilaisia havaintoja, joiden perusteella hän luo käsityksen tilanteesta

ja asiakkaasta. Työntekijällä on mielessään skeema asioista (vrt. äänetön ammattitaito), joita hänen pitäisi nuoren kanssa käsitellä ehkäisyneuvonnassa. (Trenholm & Jensen 1992.)

Suunnittelupätevyys (goal competence) sisältää kyvyn asettaa päämääriä, ennakoida mahdollisia seurauksia ja valita tehokkaita toimintatapoja. Suunnittelu vaatii luovuutta ja mielikuvitusta, työntekijän tulee kyetä asettumaan asiakkaan asemaan saavuttaakseen päämääränsä. Mallin mukaan työntekijä suunnittelee joko tietoisesti tai tiedostamatta neuvonnan etenemistä vastaanottolanteesta tekemiensä tulkintojen perusteella. (Trenholm & Jensen 1992.)

Roolipätevydessä (role competence) on Trenholmin ja Jensenin (1992) mukaan kyse työntekijän kyvystä omaksua tarkoituksenmukainen, tilanteeseen sopiva roolikäyttäytyminen. Työntekijän tulee olla tietoinen vuorovaikutusta säätelevistä säännöistä kyetäkseen ylläpitämään omaa ja asiakkaan sosiaalista identiteettiä. Tämä vaatii herkkyyttä aistia milloin ja miten asioista voidaan puhua. Roolipätevyyteen kuuluu myös kulttuuristen kontekstien ymmärtäminen. Työntekijän tulisi ymmärtää omaa ja nuoren kulttuuria.

Mallissa **koettu pätevyys** (self competence) tarkoittaa työntekijän kykyä ilmaista itseään haluamallaan tavalla. Työntekijän käsitys itsestään on sidoksissa siihen, miten hän tiedostaa itsensä ja miten hän ilmaisee itseään toisille ihmisille. Jos työntekijällä on terve käsitys itsestään, niin silloin hänellä on hyvät mahdollisuudet kehittää vuorovaikutustaitojaan. Jos hänen itsetuntonsa on huono, hän saattaa vältellä tietynlaisia vuorovaikutustilanteita sekä kommunikoida varauksellisesti ja vaivautuneesti. (Trenholm & Jensen 1992.)

Työntekijän **viestintäpätevyys** (message competence) Trenholm ja Jensen (1992) määrittelevät työntekijän taidoksi muokata viesti vastaanottajalle sopivaksi ja herkkyydeksi havaita vastaanottajan reaktiot. Viestijän on hallittava sekä verbaalinen että nonverbaalinen viestintä pystyäkseen kommunikoimaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Mallin mukaan viestintäpätevydessä on oleellista, että työntekijä puhuu oikeista asioista oikeaan aikaan oikealla tavalla.

3.2. Vuorovaikutus ammatillisen pätevyyden kulmakivenä

Asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus on ikäänkuin suodatin, jonka läpi siivilöityy työntekijän ammatillinen tietämys ja taitavuus (Niemi 1994). Tiedollinen pätevyys ei yksistään riitä, vaan työntekijältä vaaditaan myös vuorovaikutustaitojen osaamista. Perusta työntekijöiden vuorovaikutustaidoille luodaan koulutuksessa. Tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että taidoissa on kehittämisen varaa. Nikkolan ja Krausen (1993) tutkimuksessa vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ja heidän osastonhoitajiensa mielestä hoitajille muodostuu koulutuksen aikana hyvät valmiudet vuorovaikutuksessa ja ammattitaidon kehittämisessä, mutta toisaalta käytännön työssä toimimisen valmiudet olivat ammattiin valmistuessa vain kohtalaiset. Myös Aavarinteen (1993) tutkimuksessa tuli esille, että koulutus vastasi kohtalaisesti tai huonosti sairaanhoitajan työlle asetettuja vaatimuksia. Koulutuksen vaikutusta lääkäreiden vuorovaikutustaitoihin ei ole Suomessa selvitetty (Rimpelä 1994).

Työntekijöiden vuorovaikutustaidot vaikuttavat asiakkaiden tyytyväisyyteen. Australialaisessa tutkimuksessa (Evans, Stanley & Burrows 1992), jossa videoitiin lääketieteen opiskelijoiden tekemiä potilashaastatteluja, selvitettiin opiskelijoiden kommunikaatiotaitojen kehittymistä ja taitojen vaikutusta potilaiden tyytyväisyyteen. Huonot kommunikaatiotaidot vähensivät lääketieteellisen informaation luotettavuutta ja seurauksena oli sekä potilaiden että opiskelijoiden tyytymättömyys. Tärkeitä ulottuvuuksia potilaiden tyytyväisyydessä olivat heidän tuntemuksensa opiskelijoiden vuorovaikutustaidoista ja kyvystä kohdata potilaiden tiedolliset ja emotionaaliset tarpeet. Huomion kiinnittäminen haastattelun asianmukaiseen aloittamiseen ja lopettamiseen sekä kysymysten helppouteen ja kuuntelutaitoon edistivät asiakkaiden tyytyväisyyttä. Pulkkinen (1995) mukaan perhesuunnitteluneuvolan asiakkaiden käsitys palvelun laadusta ja sisällöstä riippui erityisesti henkilökunnan onnistumisesta vuorovaikutustilanteissa.

Nuoret ovat yleensä tyytyväisiä terveydenhuollon palveluihin, mutta he tuovat esille myös tyytymättömyyttään. Pelkosen (1989) teemahaastatteluissa nuoret kertoivat, että palveluiden laatua ei ollut tullut edes miettineeksi, jos ne olivat sujuneet hyvin. Perhesuunnittelua koskevissa tutkimuksissa nuoret olivat tyytyväisimpiä työntekijöiden tekniseen ammattitaitoon ja luottamuksellisuuteen. Tyytymättömyyttä nuorissa on herättänyt neuvonnan vuorovaikutus. (Turner & Matthews 1991, Pötsösen & Välimaa 1995, Sihvo 1995.) Pötsösen ja Välimaan (1995) haastatteluissa eräs nuori kuvasi tyytymättömyyttään lääkäreiden vuorovaikutustaitoihin: *"Mun mielestä vois ottaa vähän huomioon niinkun ihmisten tun-*

leet. Ei meidän tunteita oteta niinkun yhtään huomioon, et meillä - ne on tuppisuuna ne lääkärit tai sillei että... Niillä ei oo niinkun minkään, ne ei niinkun ota meihin minkään asteista inhimillistä kontaktia."

Vuorovaikutustaitojen tärkeys tuli esille kysyttäessä nuorilta millainen on hyvä terveydenhoitaja. Nuorten mukaan hyvä terveydenhoitaja osoittaa mielenkiintoa ja paneutuu asiaan, osaa vähentää ahdistusta ja jännitystä, arvostaa nuorta järkiolentona ja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Lisäksi hän toimii yksilöllisesti ja tarpeenmukaisesti, tuntee asiansa, on teknisesti taitava ja tunnistaa asi-
antuntemuksensa rajat. Nuoret pitivät tärkeänä, että terveydenhoitaja arvioi oikein heidän aikaisempia tietojaan ja nykyisiä tarpeitaan. Kielteisiä tunteita nuorissa herätti eniten työntekijän kaavamaisuus, etäisyys ja autoritaarisuus sekä nuoren itsemääräämisoikeuden loukkaaminen. Nuoret kokivat kielteisenä myös sen, jos he tunsivat, että heitä ei oteta vakavasti. Myös se, että terveydenhoitaja peittelee kokemattomuuttaan tai tietämättömyyttään, koettiin kielteisenä. (Pelkonen 1989.) Vuorovaikutustaitojen merkityksestä kertoo myös Björklundin ym. (1989) tutkimus, jossa nuoret sanoivat saaneensa terveydenhoitajalta eniten apua silloin kun hän oli kuunnellut keskittyneesti, hänellä oli ollut aikaa ja hän oli ottanut todesta nuoren tunteet ja ajatukset.

Myös Virtasen (1991) potilaille ja lääkäreille tekemässä kyselytutkimuksessa vuorovaikutuksen merkitys nousi keskeiseksi lääkärin ja potilaan hoitosuhteessa. Suhde muodostui lääkärin paneutumisesta potilaan asiaan, lääkärin pätevyydestä, yhteisymmärryksestä potilaan ja lääkärin välillä, yleisestä tyytyväisyydestä vastaanottoon, palvelujen joustavuudesta ja lääketieteellisen tiedon saamisesta.

3.3. Työntekijä ja asiakas vuorovaikutuksen osapuolina

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella roolin käsitteen avulla. Rooleissa huomio kiinnitetään vuorovaikutuksen osapuolten välisiin suhteisiin. Kukaan ei muodosta rooliaan yksin, sillä ympäristön odotukset määrittelevät millainen käyttäytyminen on sopivaa tietyssä tilanteessa. Roolit jaotellaan tilanne-, status- ja asemarooleihin. Tilanneroolit muodostuvat jokapäiväisissä kohtaamistilanteissa sen mukaan millaisiksi haluamme määritellä itsemme ja millaisina haluamme muiden määrittelevän meidät. Statusrooleja, esimerkiksi sukupuolta ja ikää, sanotaan saaduiksi rooleiksi ja niihin on vaikea vaikuttaa. (Sulkunen 1989.)

Asemaroolit ovat hankittuja rooleja ja muodostuvat asemiin kohdistuvista odotuksista. Yksi tyypillinen asemarooli on ammattirooli, jonka työntekijät sisäistävät vähitellen työssä toimimisen myötä. (Sulkunen 1989.) Ammattirooli asettaa neuvonnan antajan eri asemaan kuin neuvonnan vastaanottajan. Työntekijä jäsentää neuvontatilannetta ja toimii siinä lähinnä sen sisällöstä sekä roolistaan käsin. Asiakkailta on kuitenkin neuvontatilannetta koskevia odotuksia, jotka kohdistuvat neuvonnan antajaan sekä ammattihenkilönä että ihmisenä. (Heikkinen 1989.) Työntekijältä vaaditaan herkkyyttä havaita asiakkaan odotuksia. Mikäli työntekijä rajaa tai ohjaa omilla aloitteillaan ja vastauksillaan vastaanoton kulkua omien ennako-odotustensa ja pätevyysalueidensa mukaisille alueille, niin muut kuin käynnin varsinaiseen syyhyn liittyvät asiat saattavat jäädä käsittelemättä (Laitakari ym. 1989). Mitä myönteisempänä työntekijä pitää roolinsa edellyttämää käyttäytymistä ja tavoitteita, sitä positiivisempänä asiakas kokee neuvontatilanteen. Työntekijät pyrkivät kuitenkin 'säilyttämään kasvonsa', toimiessaan ammattiroolissa he eivät halunneet luoda vaikutelmaa henkilöstä, joka ei hallitse tilannetta eikä tunteitansa. 'Kasvojen säilyttämisen' pyrkimys voi saada aikaan sen, että vuorovaikutuksessa ei päästä kahden tasavertaisen ihmisen väliseen dialogiin, vaan keskustelusta tulee työntekijän monologi. (Heikkinen 1989, Seikkula 1994.)

Työntekijöiden odotukset asiakkaan roolia kohtaan vaikuttavat asiakkaan kohtaamiseen. Tutkimuksessa, jossa videoitiin vastaanottotilanteita, havaittiin, että useimmat lääkärit otaksuivat potilaiden omaksuneen vastaanoton kulttuurin. Potilaat tiesivät ja hyväksyivät vastaanotolla vallitsevat säännöt, jotka olivat lääkärin asettamia. Potilaat eivät kuitenkaan olleet aina tietoisia siitä, mitä heidän odotettiin tekevän tai miten heidän odotettiin käyttäytyvän. (Bochner 1983.) Asiakkailta, varsinkaan nuorilta, ei voi odottaa tällaisten sääntöjen osaamista, koska heille ei ole ikänsä puolesta kertynyt paljoakaan aikaisempia kokemuksia terveydenhuollon vastaanotoista ja sen vuoksi he eivät tiedä miten pitäisi käyttäytyä.

Nuoren roolia terveydenhuollon vuorovaikutustilanteessa kuvaavat kokemattomuus, itsenäistymistarve ja psyykkinen muutos (Cacciatore, Ingman-Friberg & Apter 1994). Nuori ei tule vastaanotolle jäsenetyn ongelman tai selkeiden odotusten kanssa, vaan tilanteen lähtökohtana on usein epä tietoisuus ja hämmennys (vrt. Kosunen 1993b). Hakeutuessaan ehkäisyneuvonnan vastaanotolle nuori osoittaa halunsa vastuulliseen ehkäisykäyttäytymiseen ja itsenäiseen, aikuismaiseen toimintaan. Hyväksymällä nuori ehkäisyasiakkaaksi tunnustetaan nuoren siirtyminen kohti aikuisen roolia ja vastaanotolle tuleminen on nuorelle eräänlainen siirtymäriitti kohti aikuisuutta (vrt. Sulkunen 1989). Virkkalan

(1988) mukaan nuoret saattavat hakeutua vastaanotolle osittain myös saadakseen luvan, sanallisen tai sanattoman hyväksynnän sukupuolielämän aloittamiseksi ja vahvistuksen sille, että seksuaalisuus on luonnollista toimintaa.

3.4. Vuorovaikutuksen luonne neuvonnassa

Perinteisesti työntekijän rooli vuorovaikutuksessa on ollut autoritatiivinen ja potilas tai asiakas on nähty passiivisena kohteena (esim. Dodge & Oakley 1989, Heikkinen 1989, Kivinen 1994, Simoila & Harlamov 1994). Viinamäen (1987) mukaan työntekijän auktoriteettimerkitykset aktivoivat asiakkaan regressioalttiutta, joka ilmenee lapsenomaisina odotuksina ja asenteina. Työntekijän tulisi tiedostaa näiden odotusten ja asenteiden merkitys terveyskasvatustapahtumassa. Esimerkiksi nuori voi tarvita kehittyvän identiteettinsä tueksi auktoriteettia, mutta liiallinen dominointi on haitaksi itsenäistymispyrkimyksille.

Ingrosso (1993) tarkastelee terveysneuvonnassa toteutuvan vuorovaikutuksen epäsymmetrisyyttä asiakas-työntekijäsuhteessa. Autoritatiivisessa kasvatuksessa terveyskasvattaja siirtää asiakkaalle normatiivista tietoa ja tarkoituksena on, että asiakas noudattaa saamiaan ohjeita säilyttääkseen terveytensä, jolloin vuorovaikutus on kiinteästi epäsymmetristä. Osallistuvassa kasvatuksessa tietoa vaihdetaan ammattitaitoisen työntekijän ja oman elämänsä asiantuntijan, asiakkaan, välillä ja tavoitteena on ongelman ratkaisu. Tällöin vuorovaikutus on täydentävän epäsymmetristä. Edistävässä kasvatuksessa suhde perustuu vastavuoroisuuteen kahden eri osapuolen välillä. Kyse on oppimaan oppimisesta ja itsereflektiivisten taitojen kehittymisestä, vuorovaikutuksen ollessa täydentävän symmetristä. Ingrosson esittämän jaottelun perusteella voidaan sanoa, että asiakkaan rooli muuttuu sitä aktiivisemmaksi mitä symmetrisempää vuorovaikutus on. Kanadalaisen tutkimuksen mukaan lääkärin käyttäytyminen, joka mahdollisti asiakkaan osallistumisen, oli ratkaisevaa vuorovaikutuksen onnistumiselle (Stewart 1984). Suomessa terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta neuvontatilanteissa ovat tutkineet mm. Heikkinen (1989) haastatteleamalla ja Lepola (1992) videoimalla. Heidän mukaansa työntekijöiden toimintaa ohjaa lääketieteellinen terveyskasvatusmalli, neuvonta on työntekijäkeskeistä ja tietopainotteista.

Pelkosen (1989) teemahaastattelujen perusteella hahmottui kaksi erilaista terveydenhoitajien toimintamallia. Väestöorientoituneessa mallissa työntekijä lähtee liikkeelle ensisijaisesti asiakkaan tarpeista.

Järjestelmäorientoituneessa mallissa asiakkaiden tarpeet määritellään tyypillisesti ennalta sovitun suunnitelman tai lomakkeen mukaan, eikä senhetkisestä tilanteesta lähtien. Tämän orientaation suurin vaara on 'puhua ihmisen ohi', koska siinä ei ymmärretä ihmisen elämäntilannetta. Myös Heikkinen (1989) puhuu siitä, että potilas nähdään ympäristöstään irrallisena ja pohtii, voivatko neuvonnassa käsiteltävät asiat muuttua subjektin todellisuudeksi toimittaessa todellisuuden ulkopuolella.

Lääkärien ja hoitajien vuorovaikutustyyliä vertailevissa tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia. Campbellin ym. (1990) tutkimuksessa, jossa vertailtiin videoinnin avulla lääkärien ja hoitajien vuorovaikutustyyliä asiakaskontakteissa, osoittautui, ettei niissä ollut suurta eroa. Työntekijät keskittyivät yleensä lääketieteelliseen diagnoosiin ja hoitoon sekä tiedon antamiseen, joskin hoitajat osoittivat lääkäreitä enemmän kiinnostusta psykososiaalisiin tekijöihin. Taylorin, Pickensin ja Gedenin (1989) tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että lääkärit ja hoitajat kommunikoivat eri tavalla. Lääkärit esittivät asiakkaalle enemmän määräyksiä ja hoitajat tarjosivat vaihtoehtoja ja kysyivät asiakkaan mielipiteitä yrittäessään vaikuttaa häneen.

3.5. Seksuaalisuudesta puhumisen arkaluonteisuus

Siitä, miten seksuaalisuudesta puhutaan terveydenhuollon vastaanotoilla, on olemassa vain vähän tutkimuksia. Keskeiseksi tulokseksi gynekologisten vastaanottojen keskusteluja analysoitaessa nousi Weijtsin (1993) tutkimuksessa Hollannissa seksuaalisuudesta puhumisen arkaluonteisuus. Seksuaalisuudesta puhumista siirrettiin mielellään vastaanoton loppuun tai seuraavaan käyntikertaan. Tutkimuksessa tuli esille, että työntekijällä oli valta määrätä milloin ja miten seksuaalisuudesta puhuttiin. Lääkäri vältti seksuaalisesti arkaluonteisia sanoja käyttämällä epämääräisiä termejä, ja sekä lääkäri että potilas jättivät puheesta kokonaan pois arkaluonteisia sanoja. Asiakkaan oli vaikea ilmaista omia mielipiteitään koska lääkäri piti tiettyjä asioita itsestään selvinä.

Peräkylän ja Silvermanin (1991) aids-neuvontatilanteiden keskusteluanalyyseissä työntekijät puhuivat seksuaalisuudesta asiakkaille kahdella tavalla: haastattelemalla ja jakamalla tietoa. Arkaluonteisista asioista puhuminen näytti olevan asiakkaille helpompaa, jos työntekijä otti asian esille. Laitakarin ym. (1989) mukaan sukupuoliasioista ja ihmissuhteista annettu neuvonta terveyskeskuksissa tapahtuu kuitenkin useimmiten asiakkaan aloitteista.

Viidesosa terveydenhoitajaopiskelijoista ilmoitti seksuaaliasioista keskustelemisen asiakkaan kanssa olevan melko vaikeaa. Jos työntekijät eivät tunne oloansa luontevaksi puhuessaan seksuaalisuudesta, he helposti vaikenivat siitä. Omat seksuaalisuuteen liittyvät luulot, uskomukset, pelot ja ahdistus voivat olla esteenä. (Nurmi 1990.) Ongelmallisimmiksi aihepiireiksi, joiden kohdalla hoitajat kokivat yleensä työssään epävarmuutta ja tarvetta taitojen kartuttamiseen, osoittautuivat työntekijöiden haastatteluissa mm. itsetuntokysymykset, seksuaaliset kysymykset, raskauden keskeytys, murrosikäiset ja parisuhteen ongelmat. (Pelkonen 1989).

Seksuaalikasvatuksen ongelmina ovat sen arvosidonnaisuus ja uutuus. Työntekijä ei ehkä ole saanut nuoruudessaan juuri mitään asiantuntijatietoa, joten hänellä ei ole mitään traditiota, johon voisi nojata. Voidakseen kohdata nuorten seksuaalisuuden ja käsitellä seksuaalikysymyksiä heidän kanssaan tulee terveydenhuollon työntekijän selvittää suhtautumisensa omaan seksuaalisuuteensa. Muuten hän saattaa tiedostamattaan välittää nuorille subjektiivista ja tavallaan väärää tietoa. Omat asenteet ja mielipiteet tulevat väistämättä esille ja nuoret vaistoavat helposti kenelle seksuaaliasioista puhuminen on luontevaa. (Nurmi 1990, Cacciatore ym. 1994.)

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksessa tarkastellaan ehkäisyneuvonnan vastaanotolla toteutuvaa työntekijän ja nuoren asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Tutkimus käsittelee neuvonnan kulkua ja sen sisältöä sekä työntekijän pätevyyttä vuorovaikutuksessa. Näitä tutkimusalueita tarkastelellaan Trenholmin ja Jensenin (1992) vuorovaikutuspätevyysmallin avulla, sillä tausta-ajatuksena on, että työntekijän vuorovaikutustaidot ovat edellytyksenä onnistuneelle ehkäisyneuvonnalle. Tutkimustehtävät muuttuivat ja muotoutuivat sitä mukaan kun perehdyimme tutkimusalueeseen, mikä Hämäläisen (1987) mukaan kuuluukin kvalitatiivisen tutkimuksen luonteeseen. Tutkimustehtäviksi muotoutuivat:

1. Miten ehkäisyneuvonnan vastaanotto etenee ja mistä siellä puhutaan?
2. Miten vuorovaikutus ilmenee ehkäisyneuvonnassa Trenholmin ja Jensenin (1992) mallia soveltaen?
3. Millaisia ovat nuorten ja työntekijöiden näkemykset nuorille suunnatuista perhesuunnittelu- palveluista ja niiden kehittämistarpeista?

5. TUTKIMUSAINEISTOT JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus on osa kansainvälistä selvitystä, jonka koordinaattorina Suomessa toimi Stakes. Tutkimusalueiksi valittiin Vantaa, Jyväskylä, Riihimäen seutu ja Sydän-Suomi, koska mukaan haluttiin suuri ja keskisuuri kaupunki, teollistunut maaseutu- ja maanviljelysalue. Tutkimuslupa haettiin Stakesin eettiseltä toimikunnalta ja kunkin alueen terveydenhuollon johtajalta. Alueiden perhesuunnittelun vastuuhenkilöille lähetettiin kirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta. Vastuuhenkilöt valitsivat alueiltaan toimipaikat, joissa tutkimus toteutettiin. Tämän jälkeen otimme puhelimitse yhteyttä valittuihin toimipaikkoihin kertoaksemme tutkimuksesta tarkemmin ja sopiaksemme aineistonkeruun ajankohdasta. Esitutkimuksen teimme Palokan kansanterveystyön kuntayhtymässä ja varsinaisen tutkimusaineiston keräsimme vuosien 1994-1995 vaihteessa. Aineiston keräämiseen osallistuivat Annukka Heimonen, Teija Launis ja Arja Liinamo.

Aineisto koostuu 19 nuoren ehkäisyneuvonnan vastaanoton havainnoinnista, 17 nuoren asiakkaan ja 33 työntekijän haastattelusta (liite 1). Saadaksemme monipuolisemman kuvan ehkäisyneuvonnan kontekstista keräsimme kustakin toimipisteestä nuorille jaettavaa neuvontamateriaalia, valokuvassimme vastaanottotiloja ja piirsimme tilojen pohjapiirustuksia (ks. kuvio 2). Pattonin (1990) mukaan kenttä-tutkimuksessa kannattaa kerätä monenlaista aineistoa, jotta saataisiin mahdollisimman laaja näkökulma tutkimuskohteesta. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat 14-20 -vuotiaita. Heistä yksi oli peruskoulussa, kuusi lukiossa, yhdeksän opiskeli ammatillisessa oppilaitoksessa ja yksi nuori oli työtön. Kahden nuoren taustasta ei ole tietoa. Nuorista seitsemän tuli ensimmäistä kertaa ehkäisyneuvonnan vastaanotolle ja kaksitoista seurantakäynnille. Tulosyinä heillä olivat joko ehkäisyn aloittaminen tai sen seuranta. Aineistossa ei ole nuoria, jotka olisivat tulleet vastaanotolle yhdessä poikakaverin kanssa tai keskustelemaan esimerkiksi abortista.

Haastattelimme 16 perhesuunnitteluneuvolan, 12 kouluterveydenhuollon ja viittä opiskelijaterveydenhuollon työntekijää. Yhteensä haastateltiin 27 hoitajaa ja kuutta lääkäriä. Heistä yhdeksää terveydenhoitajaa ja neljää lääkäriä havainnoitiin nuorten asiakkaiden vastaanotoilla. Kaikki havainnoidut työntekijät olivat naisia, haastatelluista yksi lääkäri oli miespuolinen. Hoitajien koulutustausta oli vaihteleva. Suurin osa heistä oli koulutukseltaan terveydenhoitajia, lisänä seitsemällä oli kättilön ja yhdellä lasten-

sairaanhoitajan koulutus. Kolme oli kättilöä ja yksi oli terveystyöntekijä. Työntekijöiden työkokemus perhesuunnittelussa vaihteli kahdesta kuukaudesta 25 vuoteen.

Havainnoimme nuoria ja työntekijöitä 10 eri toimipisteessä: kahdeksassa perhesuunnitteluneuvolassa, yhdessä koulu- ja yhdessä opiskelijaterveydenhuollon toimipisteessä. Joidenkin työntekijöiden vastaanotoilla havainnoimme useampaa kuin yhtä nuorta. Havainnoimme kussakin toimipisteessä vastaanottoja yhden päivän aikana toimipaikalle sopivana ajankohtana. Havainnoitujen vastaanottojen kesto vaihteli kymmenestä minuutista 40:ään minuuttiin. Yleinen käytäntö oli, että lääkärin vastaanotolle varattiin aikaa 15 minuuttia ja terveydenhoitajalle puoli tuntia. Ensikertalaisille varattiin yleensä terveydenhoitajalle aikaa tunnin verran. Jotkut terveydenhoitajat kertoivat haastatteluissa, että tutkimusajankohtana ei ollut paljon nuoria asiakkaita, koska nuoret hakevat ehkäisyä eniten loppukevällä ja alkusyksystä.

Yhtenä tutkimusmenetelmänämme oli **osallistuva havainnointi**. Tutkimukselle, jossa tehdään kenttähavaintoja, on ominaista Grönforsin (1985) mukaan jonkinasteinen osallistuminen luonnollisiin kenttä tapahtumiin. Se voi vaihdella passiivisesta tapahtumien seuraamisesta täydelliseen osallistumiseen. Havainnoidessamme vastaanotolla istuimme sivussa, jotta emme olisi vaikuttaneet asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen. Osallistuvan havainnoinnin yksi muoto onkin täydellinen havainnoiminen, jossa tutkijalla ei ole suoraa vuorovaikutusta tutkittaviin ryhmän jäsenenä (Field & Morse 1985).

Havainnoidessamme käytimme Hollannissa laadittua strukturoitua havainnointilomaketta (liite 2). Huomattuamme esitestauksen aikana lomakkeen rajoitukset päädyimme muistiinpanojen vapaampaan kirjaamiseen, jossa oli apuna itse laatimamme havainnointirunko (liite 3). Jälkeenpäin täydensimme vielä muistiinpanoja ja kirjoitimme havainnoistamme ja tunnelmistamme kenttäpäiväkirjaan (liite 4). Vastaanottoja ei nauhoitettu, sillä tutkimusprotokollan mukaan niiden havainnointi ja havaintojen käsin kirjaaminen riitti.

Asiakkaat eivät tienneet tutkimuksesta etukäteen. Nuoren odottaessa vuoroaan vastaanotolle esitimme hänelle itsemme, kerroimme tutkimuksesta ja kysyimme lupaa havainnointiin korostaen tietojen luottamuksellisuutta ja osallistumisen vapaaehtoisuutta. Kerroimme myös, että jos hänelle tehdään sisätutkimus, niin siirrymme istumaan verhon taakse tai poistuimme huoneesta hänen niin halutessaan.

Havainnoinnin lisäksi haastattelimme asiakkaita vastaanoton jälkeen. Kysyimme olisiko heillä aikaa vastata joihinkin vastaanottotilanteeseen ja perhesuunnittelupalveluihin liittyviin kysymyksiin. Painotimme, että asiakkaan kertomat mielipiteet ja kokemukset tulevat vain tutkijoiden käyttöön. Haastattelut tehtiin niille erikseen varatussa huoneessa ja ne kestivät 15-30 minuuttia. Neljällä nuorella ei ollut aikaa haastatteluun. Haastattelun jälkeen annoimme asiakkaille kirjallisen kuvauksen tutkimuksesta, missä mainittiin myös tutkijoiden yhteystiedot. Haastattelussa täytimme kysymyslomakkeen, jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä (liite 5). Haastatteluja ei nauhoitettu.

Jotta haastattelu ei olisi vaikuttanut työntekijän käyttäytymiseen havainnoinnin aikana tehtiin **työntekijöiden haastattelut** sen jälkeen kun kaikki havainnoinnit oli tehty kyseisessä toimipisteessä. Haastattelimme työntekijöitä myös toimipisteissä, joissa emme havainnoineet vastaanottotilanteita. Käytimme lomaketta, jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä (liite 6). Haastatteluja ei nauhoitettu ja ne kestivät puolesta tunnista kahteen tuntiin.

Analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä tiivistämällä sitä, jotta sen sisältämän tiedon perusteella voitaisiin tehdä perusteltuja ja valideja johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointia tapahtuu jo sen kokoamisen yhteydessä. Tulkintaan pohjautuva laadullinen analyysi muistuttaa hermeneuttista kehää, jossa tutkijan ymmärrys tutkimuskohteesta asteittain syvenee ja laajenee. (Hämäläinen 1987.)

Aineistoa analysoidessamme oletuksenamme oli, että työntekijät voitaisiin tyypitellä työntekijän vuorovaikutustyylin mukaan, mutta se osoittautui mahdottomaksi tehtäväksi. Esimerkiksi vaikka joillakin vastaanotoilla työntekijä suhtautui holhoavasti nuoreen, niin kuitenkin samalla vastaanotolla hän saattoi olla yhtäaikaisesti tasavertaisuutta osoittava - tämän vuoksi olisi ollut väärin tyypitellä hänet holhoavaksi.

Vastaanoton kulkua analysoimme piirtämällä kaavion jokaisen vastaanoton etenemisestä erikseen. Lopuksi teimme tiivistelmät terveydenhoitajien ja lääkärin vastaanottojen etenemisestä (kuviot 3 ja 4). Tarkastelimme mitkä tapahtumat olivat yhteisiä kaikille vastaanotoille ja poimimme esille myös tyyppillisestä vastaanotosta poikkeavia tapauksia. Neuvonnan sisällön teemoittelimme aihealueisiin. Keräsimme havaintomuistiinpanoista kaikki tiettyyn teemaan liittyvät asiat yhteen ja tutkimme mitä kaikkea aiheesta oli puhuttu. Kiinnitimme huomiota myös asioihin, joita neuvonnassa ei tullut esille lainkaan (vrt.

Alasuutari 1989). Työntekijöiden vuorovaikutuspätevyyttä tutkimme Trenholmin ja Jensenin (1992) mallin avulla. Muodostimme arviointikriteerit Trenholmin ja Jensenin mallin sekä vuorovaikutusta, perhesuunnittelua ja nuoruutta käsittelevän kirjallisuuden perusteella. Tarkastelimme miten kriteerit näkyivät aineistossa.

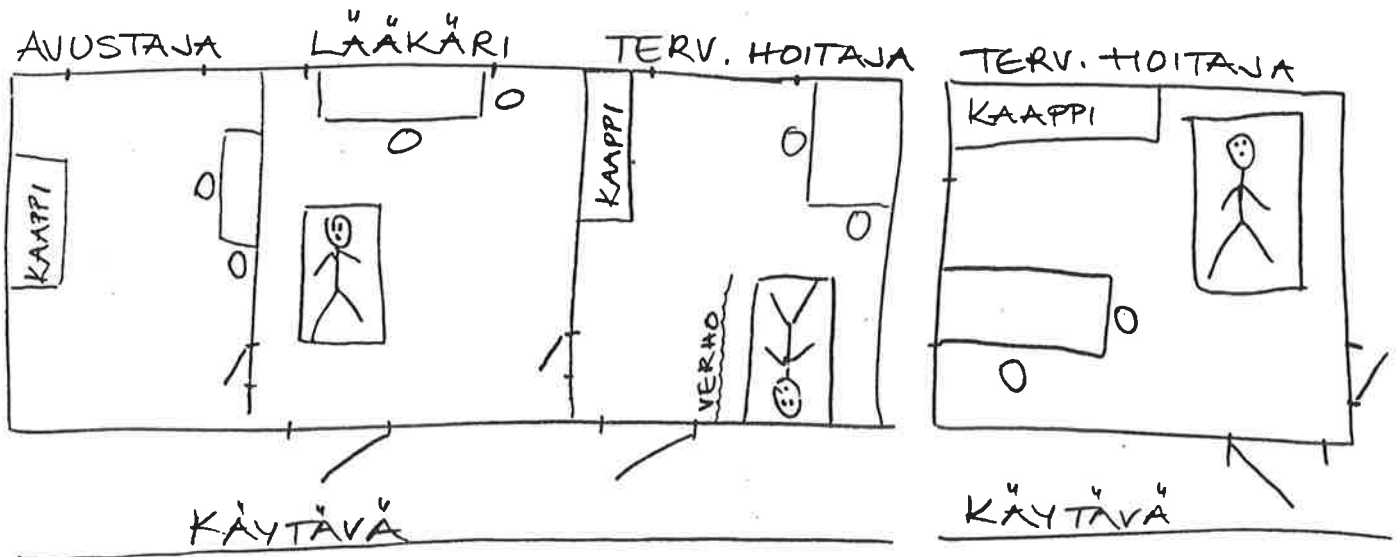
6. TUTKIMUSTULOKSET

6.1. Perhesuunnittelun vastaanoton tilat ja neuvonnan eteneminen

6.1.1. "Mihin jätän vaatteet?"

Tutkimuksessa mukana olleet opiskelija- ja kouluterveydenhuollon toimipisteet sijaitsivat oppilaitosten yhteydessä ja perhesuunnitteluneuvolat useimmiten terveyskeskusten yhteydessä. Haastateltujen nuorten mielestä ne olivat hyvien kulkuyhteyksien varrella. Opasteet vastaanotoille olivat selkeitä, mutta parissa paikassa ne puuttuivat kokonaan. Monissa paikoissa perhesuunnitteluneuvolaa kutsuttiin ehkäisyneuvolaksi.

Yleensä odotustilat olivat viihtyisiä ja rauhallisia, mutta muutamat vastaanottotilat sijaitsivat kiireisen käytävän varrella. Esimerkiksi eräällä käytävällä istui asiakkaita odottamassa vuoroaan perhesuunnitteluun, kuulontutkimukseen, hammashoittoon ja puheterapiaan. Vastaanottohuoneet olivat kaikissa neuvoloissa samankaltaisia. Pienehköissä huoneissa oli työntekijän kirjoituspöytä ja sen äärellä kaksi tuolia. Muutamassa neuvolassa oli käytössä atk-päätteet, joita työntekijät käyttivät vastaanoton aikana paljon. Pöydän vieressä oli kaappi tai laatikosto potilaspapereiden säilytykseen. Suurimman tilan huoneesta vei gynekologinen tutkimuspöytä. Erillistä tilaa riisuuntumista ja pukeutumista varten ei yleensä ollut. Eräällä vastaanotolla nuori kysyikin lääkäriltä: *"Mihin jätän vaatteet?"* (liite 7). Esimerkkinä tiiloista on kenttäpäiväkirjan piirroksia (kuvio 2, sivu 19).



KUVIO 2. Pohjapiirustus kahden perhesuunnitteluneuvolan vastaanottotiloista.

Joka kolmas haastattelussa työntekijöistä sanoi olevansa tyytyväinen tiloihin. Kaksikolmasosa esitti parannusehdotuksia. Selkein epäkohta työntekijöiden mielestä oli huono äänieristys. Puutteeksi he kokivat myös pukukopin puuttumisen vastaanottohuoneesta ja tilojen epäkäytännöllisyyden. Osa tiloista oli suunniteltu erityisesti perhesuunnittelun vastaanottoa varten, mutta suurin osa tiloista oli alunperin suunniteltu muuta toimintaa varten. Tämä näkyi mm. siinä, että vastaanottohuoneesta oli yleensä ovi suoraan käytävälle, jossa kulki ihmisiä.

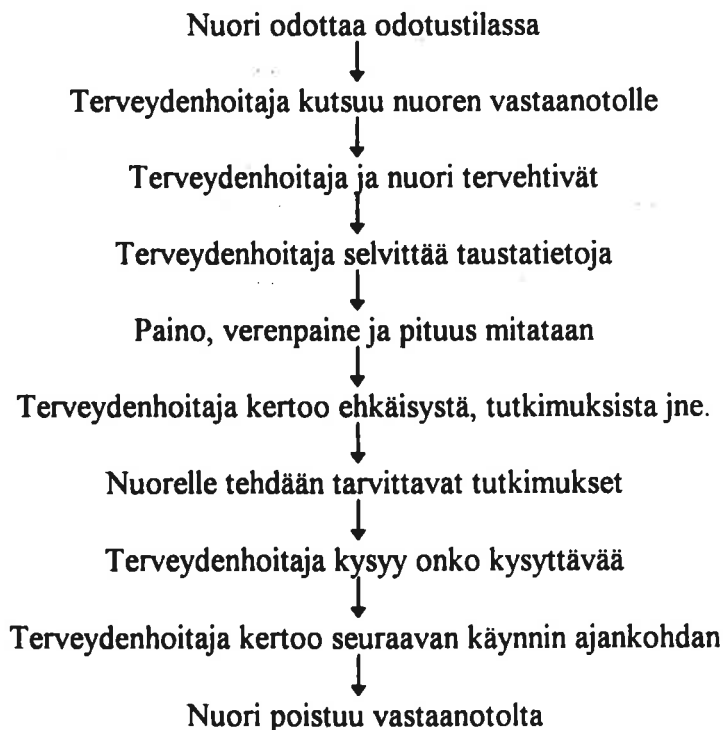
Oppilaitosten odotustilojen ilmoitustauluilla oli esitteitä mm. tupakasta, alkoholista, auttavasta puhelmesta, väestövastuusta ja nikkeli-allergiasta. Perhesuunnitteluneuvoloiden seinillä oli erilaisia perhesuunnitteluun ja terveyskasvatukseen liittyviä julisteita ja tiedotteita, joista suurin osa liittyi äitiyshuoltoon. Lisäksi odotustiloissa oli vapaasti mukaan otettavia perhesuunnitteluun ja terveyteen liittyviä esitteitä, joissain paikoissa myös englannin- ja ruotsinkielisinä. Parin oppilaitoksen odotustilassa oli kansioita, joihin oli kerätty seksuaalisuuteen liittyvää materiaalia.

6.1.2. Vastaanoton kulku - suoraan asiaan

Nuoret saapuivat vastaanotolle yleensä hyvissä ajoin ennen vastaanoton alkua. He istuivat odottamaan vuoroaan odotusaulaan tai käytävälle, josta hoitaja kävi kutsumassa heidät vastaanotolle. Työntekijä

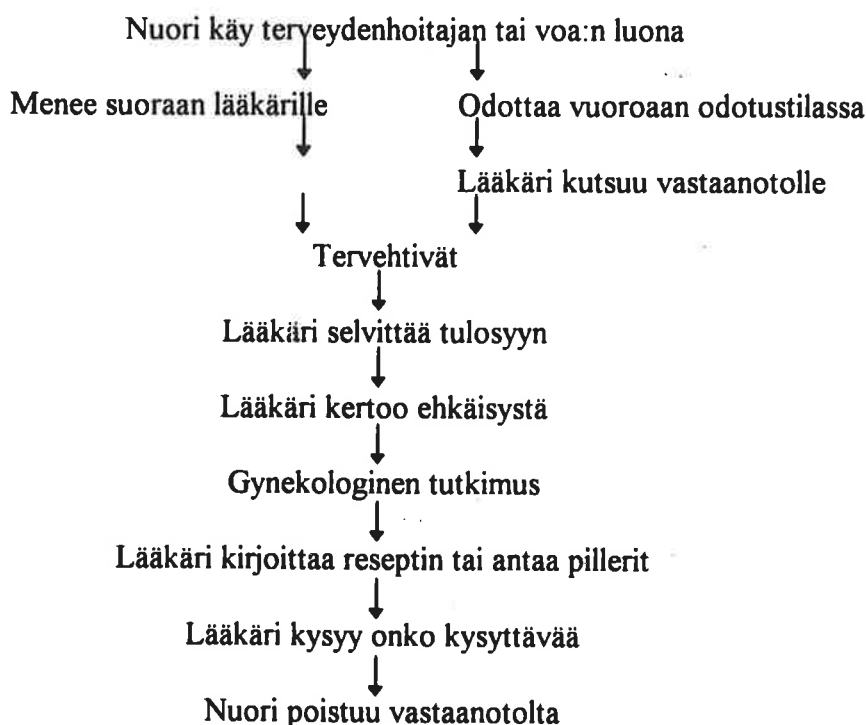
yleensä hymyili ja kätteli nuorta puhutellen tätä etunimeltä, harva kuitenkaan esitteli itseään. Yleensä työntekijät menivät suoraan asiaan, epämuodollinen jutustelu vastaanoton alussa jäi vähäiseksi. Tuntiessaan nuoren entuudestaan työntekijä saattoi aloittaa kysymällä tuttavallisesti kuulumisia: *"Huomenta, no niin [nuoren nimi] sitten, mitä tyttö tietää?"*. Poikkeuksen ystävällisestä vastaanoton aloituksesta teki eräs lääkäri, joka kätteli nuorta istuen näyttöpöytänsä äärellä todeten ainoastaan: *"Luen tekstiä täältä."*

Terveydenhoitaja aloitti neuvonnan kysymällä taustatietoja. Jos nuori oli ensimmäistä kertaa perhesuunnitteluneuvolassa, niin hän selvitti anamnestisia tietoja tarkemmin: mm. nuoren ja hänen sukunsa sairaudet, lääkitykset, tupakoinnin ja muut mahdolliset ehkäisyn kontraindikaatiot sekä kuukautiskierroksen ja raskaudet. Seuraavaksi mitattiin paino, verenpaine ja joskus myös pituus. Ehkäisystä puhuminen kulki punaisena lankana koko vastaanoton ajan terveydenhoitajan kertoessa eri ehkäisymenetelmistä. Samalla puhuttiin myös jotain elämäntilanteesta. Muutamalla terveydenhoitajan vastaanotolla otettiin irtosolunäyte tai opetettiin rintojen tutkimista. Joillain vastaanotoilla nuorelle tehtiin raskaustesti tai häneltä mitattiin hemoglobiini. Joskus hänet ohjattiin jatkotutkimuksiin esimerkiksi laboratorioon. Kuviossa 3. on esitetty tiivistettynä tyypillinen terveydenhoitajan vastaanoton eteneminen.



KUVIO 3. Terveydenhoitajan vastaanoton eteneminen.

Lääkärin vastaanotto poikkesi terveydenhoitajien vastaanotoista. Useimmissa toimipisteissä käytäntönä oli, että nuori kävi terveydenhoitajan tai vastaanottoavustajan luona ennen lääkärin vastaanotolle menoa. Tämän jälkeen hän meni joko suoraan lääkärin huoneeseen tai odottamaan joksikin aikaa odotustilaan. Vastaanoton alussa lääkäri kysyi tai totesi miksi nuori oli tullut vastaanotolle. Näin ei yleensä tapahtunut terveydenhoitajan luona. Lääkäri kertoi pilleriekhäisystä, mutta ei selvittänyt nuoren elämäntilannetta. Lääkärin vastaanotolla tehtiin aina gynekologinen tutkimus, jonka yhteydessä lääkäri otti irtosolunäytteen vastaanottoavustajan (voa) tai terveydenhoitajan avustamana.



KUVIO 4. Lääkärin vastaanoton eteneminen

Ehkäisyn seurantakäynnille tulleiden vastaanotot etenivät lähes samaa kaavaa noudattaen kuin ensiker-
talaisten. Seurantakäynnillä asiakkailta ei kuitenkaan tiedusteltu taustatietoja, eikä heille kerrottu yhtä
perusteellisesti ehkäisystä. Asiakkailta kysyttiin lähinnä ehkäisyn sivuvaikutuksista ja olivatko he olleet
tyytyväisiä käyttämänsä ehkäisymenetelmään.

Vastaanoton lopussa useimmat työntekijät kysyivät nuorelta oliko hänellä mitään kysyttävää ja kertoi-
vat milloin hänen pitäisi varata aika seuraavalle käynnille. Joskus seuraavasta käynnistä kerrottiin nuo-

ren seistessä jo ovella. Yhden vastaanoton lopussa nuori tiedusteli lääkäriltä maksaako käynti, mutta lääkäri ei ollut tästä varma, sillä hän sanoi: *"Ei kai?"* (liite 7).

6.2. Neuvonnan sisällöt

6.2.1. Mihin unohtui poikaystävä?

Havainnoiduilla vastaanotoilla kartoitettiin nuoren elämäntilannetta vain vähän (taulukko 1, sivu 23). Varsinkaan lääkärit eivät kyselleet juuri mitään muuta kuin ehkäisyyn liittyviä asioita. Haastatteluisissa jotkut lääkärit kertoivat, että olisi kiva jutella nuoren kanssa enemmänkin, mutta aikaa on niin vähän. Vastaanotoilla elämäntilanteesta puhuminen ilmeni lähinnä terveydenhoitajien esittäminä kysymyksinä nuoren opiskelusta, työstä ja tulevaisuuden suunnitelmista sekä perheestä, seurustelusta ja poikaystävästä. Terveydenhoitajat kyselivät joskus ajankohtaisista asioista, mm. tenteistä tai joulunvietosta. Eräs terveydenhoitaja sanoi nuoren ikään liittyen: *"Sinä alat olla siinä murrosiässä, mitä kiukunpuuskia - onko ollut?"*. Vain muutama työntekijä selvitti seksuaalianamneesia kysymällä oliko nuori jo aloittanut sukupuolielämän tai oliko tämä käyttänyt ehkäisyä aiemmin.

Haastatteluisissa työntekijät kertoivat, että nuoren kanssa tulisi puhua parisuhteen merkityksestä, seurustelun kestosta, vakavuudesta ja molemminpuolisuudesta. Poikaystävän osuutta nuoren elämässä ja ehkäisyyn osallistumisessa ei vastaanotoilla kuitenkaan paljoa käsitelty. Vain yksi terveydenhoitaja sanoi, että vastaanotolle voisi tulla yhdessä poikaystävän kanssa (liite 7). Hän kysyi 19-vuotiaalta tytöltä: *"Onko ollut puhetta poikaystävän kanssa, että olisi voimut tulla?"*. Kun nuori sanoi ettei halunnut, niin terveydenhoitaja jatkoi: *"Kolmen kuukauden kuluttua voi tulla mukaan, mutta jos et halua."* Eräs terveydenhoitaja kysyi kuka maksaa ehkäisyn ja kehotti maksamaan sen kaverin kanssa puoliksi.

Joskus työntekijät kysivät seurustelusta samalla kun puhuivat ehkäisystä. Korostaessaan ehkäisyn ja sukupuoli-taudeilta suojautumisen tärkeyttä työntekijät ottivat puheeksi nuoruusiän seurustelun lyhytaikaisuuden ja suhteen mahdolliseen loppumisen. Eräs terveydenhoitaja sanoi nuorelle: *"Teillä varmaan hyvä suhde, mutta jos vaihtaa kaveria, käytä kondomia."*, kun taas toinen terveydenhoitaja totesi: *"Me aina sanotaan kuitenkin nuorille, että kannattaa olla varuillaan, ihan teidän asiahan se on"*. Yksi työntekijä painotti nuorelle, että *"jos suhde loppuu, mitä ei toivota - älä lopeta pillereitä. Tietysti, jos kauan kestää ettei ole mitään [seurustelusuhteita] niin sitten"*.

TAULUKKO 1. Tutkijoiden arvio nuoren elämäntilanteesta puhumisen sisällöistä ja niiden ilmenemisestä havainnoiduilla vastaanotoilla.

Sisältö:	Sisällöstä puhuttiin:
Opiskelu	jonkin verran
Työ	vähän
Tulevaisuudensuunnitelmat	vähän
Ajankohtaiset asiat	vähän
Perhe	vähän
Seurustelu	jonkin verran
Poikaystävä	vähän
Murrosikä	vähän
Sukupuolielämän aloittaminen	vähän
Seksuaalisuus	vähän

Haastatteluissa kysimme työntekijöiltä, kysyvätkö nuoret heiltä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Yli puolet työntekijöistä vastasi myöntävästi. Moni sanoi nuorten kysyvän yllättävän paljon ja avoimesti. He kysyvät mm. sukupuolisuhteen aloittamisesta, seksuaalisesta haluttomuudesta, orgasmivaikeuksista, yhdyntäkivuista ja yhdyntäteknikasta. Vajaa puolet työntekijöistä sanoi, että nuoret kysyvät heiltä harvoin tai ei ollenkaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Heidän mielestään syinä tähän olivat mm. paikan vaikutus, *"nuoret tietävät paljon etukäteen"*, nuoret eivät osaa kysyä - *"eivät osaa pukea asioita sanoiksi"* sekä *"mitä enemmän ajankohtaista ja latausta, sitä vaikeampi puhua"*.

Vaikka työntekijät kertoivat haastatteluissa, että nuoret kyselevät seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, niin kuitenkin havainnoiduilla vastaanotoilla nuoret eivät kysyneet seksuaalisuudesta ja muutenkaan seksuaalisuudesta ei puhuttu juuri lainkaan.

6.2.2. Tietopaketti pillereistä

Haastatteluissa tuli esille, että usean työntekijän mielestä nuoren tulee tietää käyttämästään ehkäisymenetelmästä kaikki mahdollinen tai ainakin mahdollisimman paljon. Työntekijät pitivät tärkeänä, että nuoret tietävät tarkkaan kuinka ehkäisymenetelmää käytetään. He kertoivat myös korostavansa pille-

reiden ottamisen säännöllisyyttä. Pari työntekijää kertoi, että nuorille, jotka eivät muista syödä pillereitä säännöllisesti, suositellaan joskus ehkäisykapseleita. Näitä nuoria he nimittivät *"huithapeleiksi"* tai *"homepäiksi"*.

Haastatteluissa useat työntekijät kertoivat selittävänsä mihin ehkäisyteho perustuu. Havainnoiduilla vastaanotoilla se ei kuitenkaan tullut selvästi esille. Jotkut terveydenhoitajat mainitsivat asiasta, mutta eivät varmistaneet miten nuori oli sen ymmärtänyt. Yksi terveydenhoitaja sanoi, että lääkäri varmaan kertoo enemmän siitä, mihin ehkäisy perustuu. Kun haastatteluissa kysyimme nuorilta osaisivatko he kertoa mihin heidän käyttämänsä ehkäisymenetelmän ehkäisyteho perustuu, niin vain muutama osasi sen kertoa ja heistäkin kaksi sanoi, ettei sitä oltu vastaanotolla kerrottu, vaan he ovat itse lukeneet. Nuoret kertoivat yleensä ehkäisytehon perustuvan siihen, että pillerit pitää ottaa säännöllisesti. Eräs 17-vuotias kertoi: *"Hormoni vaikuttaa ja se menee tänne"* osoittaen päätänsä. Osa sanoi suoraan, ettei tiedä mihin ehkäisyteho perustuu.

Työntekijät kertoivat puhuvansa nuorille pillereiden sivuvaikutuksista ja se näkyi vastaanotoilla selvästi. Sivuvaikutuksia kysyttiin yleensä 'yhdessä pötkössä' lomaketta apuna käyttäen: *"Onko mielialamuu- toksia, kiukkuisuutta, puutumista, sukupuolista haluttomuutta, muutoksia rinnoissa?"* Useimmiten nuori pudisteli päätänsä tai ei vastannut mitään. Eräällä vastaanotolla nuori sanoi, että hänellä on ollut vähän sukupuolista haluttomuutta, mutta työntekijä ei puuttunut asiaan mitenkään, vaan jatkoi kysymällä sivuvaikutuslistan loppuun. Yksi terveydenhoitaja kysyi suoraan: *"Onko sulla hahut tallessa?"*. Taulukossa 2 (sivu 25) on esitetty tiivistettynä mitä pilleriehkäisystä puhuttiin havainnoidulla vastaanotoilla.

Havainnoiduilla vastaanotoilla työntekijät selittivät tarkasti pillereiden käyttötavan näyttämällä pilleriliuskasta mm. aloituspäivän ja kertomalla milloin pidetään tauko pillereiden otossa. Pillereitä käyttäneiltä kysyttiin olivatko he muistaneet ottaa niitä säännöllisesti tai olivatko he unohtaneet ottaa pilleriä. Nuoret saivat vastaanotoilla erilaisia ehkäisyyn liittyviä neuvoja. Yhdelle neuvottiin, että vaikka söisikin pillereitä niin kannattaa pitää kondomia aina laukussa. Kaksi terveydenhoitajaa varoitteli hukkaamasta tai pudottamasta pillereitä. Eräs terveydenhoitaja kehotti tekemään suunnitelman pillereiden ottamisesta, jottei unohtu. Nuoria kannustettiin ottamaan yhteyttä terveydenhoitajaan, mikäli ilmenee joitain ehkäisyyn liittyviä ongelmia.

Pillereistä puhumisen yhteydessä työntekijät ottivat joskus esille myös alkoholin käytön. Yksi terveydenhoitaja kommentoi nuorelle tämän kertoessa alkoholin käytöstään: *"Kontrolli ei pitänyt? Vaarallista. Alkoholia kannattaisi miettiä, jotta tyttö pysyisi tyttönä"*. Haastattelussa eräs terveydenhoitaja sanoi kysyvänsä suoraan alkoholin käytöstä. Hän kertoi puhuvansa hyväksikäytetyksi tulemisen mahdollisuudesta oman kontrollin pettäessä alkoholin vaikutuksen alaisena. Vastanoitoilla tupakan ja pillereiden yhteisvaikutuksista kertominen oli yleisempää kuin alkoholin käytöstä puhuminen. Nuoret saivat usein positiivista palautetta, kun eivät polttaneet tupakkaa tai jos olivat vähentäneet polttamista. Mikäli nuori tupakoi, hänelle kerrottiin asiallisesti tupakan haittavaikutuksista.

Verenpaineen seuranta kuului oleellisesti pillereiden käytön seurantaan. Vastanoitoilla nuoret joskus kysyivät oliko verenpaine normaali. Mikäli paine oli hiukan koholla, niin terveydenhoitaja tiedusteli johtuiko se kenties tilanteen jännittävydestä, liiallisesta valvomisesta tai flunssasta. Myös nuoren painoa seurattiin, ali- tai ylipainoon kiinnitettiin herkästi huomiota. Joillekin puhuttiin terveellisestä ruokavaliosta. Esimerkiksi yhtä ylipainoista nuorta lääkäri pyysi pitämään syömisistään ruokapäiväkirjaa ja tuomaan sen terveydenhoitajalle. Yleinen ohje ylipainosta kärsiville oli: *"ruokaa vähemmän, liikuntaa enemmän"*. Ylipainosta kommentoitiin mm.: *"Mietipä nyt tarkasti!"* tai *"Nytpä rupea tarkkailemaan mitä syöt, oot huomannut, että farkut on ruvennu kiristämään"*.

TAULUKKO 2. Tutkijoiden arvio pilleriehkäisystä puhumisen sisällöistä ja niiden ilmenemisestä havainnoiduilla vastanoitoilla.

Sisältö:	Sisällöstä puhuttiin:
Käyttötapa	paljon
Unohtaminen	paljon
Alkoholi & pillerit	jonkin verran
Tupakka & pillerit	paljon
Verenpaine	jonkin verran
Paino	jonkin verran
Sivuvaikutukset	paljon
Ehkäisyteho	vähän
Jälkiehkäisy	vähän

Kysyessämme työntekijöiltä keskustelevatko he nuoren kanssa sukupuolielämään liittyvistä mahdollisista riskitilanteista., sanoi kolmasosa heistä puhuvansa nuorille jälkiehkäisystä. Työntekijät kertovat yleensä miten tulee toimia, jos ehkäisy pettää. Yksi terveydenhoitaja sanoi puhuvansa riskitilanteista etukäteen, kun toinen puolestaan sanoi, ettei halua pelotella etukäteen. Monen työntekijän mukaan nuoret ovat tietoisia jälkiehkäisyn mahdollisuudesta. Kaksi terveydenhoitajaa ja yksi lääkäri sanoi, etteivät he kerro jälkiehkäisystä. Näkökantaansa toinen terveydenhoitaja perusteli sillä, ettei itse ymmärrä eikä hyväksy aborttia. Toinen terveydenhoitaja mainitsi, että jälkiehkäisystä puhuminen saattaisi lisätä sen käyttöä. Lisäksi yksi terveydenhoitaja sanoi, ettei puhu jälkiehkäisystä perhesuunnitteluneuvolassa, mutta kertoo asiasta koulussa oppilaille. Useat työntekijät puhuivat katumuspillereistä jälkiehkäisy pillereiden sijaan. Vain yhdellä havainnoidulla vastaanotolla terveydenhoitaja otti jälkiehkäisyn puheeksi kysymällä: *"Haitko jälkiehkäisyä, katumuspillereitä?"* kun nuori oli ollut suojaamattomassa yhdynnässä.

6.2.3. Kannattaa olla varuillaan - käytä kondomia!

Kysyessämme työntekijöiltä mitä he huomioivat kun asiakkaana on nuori tyttö tai poika, kertoi kolmasosa puhuvansa nuoren kanssa erityisesti kondomin käytöstä sekä sukupuolitautien tai tulehdusten mahdollisuudesta. Tarkentaessamme puhuvatko työntekijät kondomista, niin kaikki kertoivat puhuvansa siitä, koska se on ainoa suoja sukupuolitauteja vastaan. Erityisesti he sanoivat mainitsevansa kondomista, jos nuori ei ole vakituksessa suhteessa. Muutama työntekijä mainitsi puhuvansa kondomista varsinkin silloin, kun nuori tulee ensikäynnille tai kolmen kuukauden tarkastukseen. Työntekijöiden toteamuksia kondomista oli: *"paras ehkäisy miorelle, jos ei vakituista suhdetta"*, *"osto on yhteinen asia"* ja *"molemmat voivat huolehtia niistä"*. Työntekijät sanoivat puhuvansa sukupuolitaudeista samalla, kun he puhuivat kondomin käytön tärkeydestä. He kertoivat puhuvansa sukupuolitaudeista *"paljon kaikesta kaikkea"*. Kuitenkin ainoastaan kaksi työntekijää mainitsi kertovansa, että sukupuolitaudit voivat aiheuttaa lapsettomuutta. Eräs työntekijä sanoi varoittavansa nuoria mustista miehistä puhuessaan sukupuolitaudeista.

Kondomin ja pillereiden yhteiskäyttöä painotettiin useilla vastaanotoilla. Kondomia neuvottiin käyttämään pillerien lisäksi silloin, jos vaihtaa seurustelukumppania. Eräs terveydenhoitaja sanoi nuorelle: *"Me aina sanotaan kuitenkin nuorille, että kannattaa olla varuillaan, ihan teidän asiahan se on."* Vain yksi työntekijä kysyi nuorelta millaisia kokemuksia tällä oli ollut kondomienkäisystä. Työntekijät

muistuttivat, että pillerit eivät suojaa sukupuolitaudeilta. Lapsettomuuden mahdollisuudesta sukupuoli-
tautien seurauksena puhuttiin vain yhdellä havainnoidulla vastaanotolla.

Kondomin käyttöä ei opetettu yhdelläkään vastaanotolla. Työntekijöiden haastatteluissa tuli esille, että
kouluterveydenhoitajat opettavat kondomien käyttöä oppitunneilla. Nuoret saavat itse harjoitella teko-
peniksen, puukappaleen, talouspaperirullan, karttakepin tai sormien avulla kondomin auki rullaamista.
Jotkut terveydenhoitajat sanoivat, että tekopenis on liian ahdistava ja aiheuttaa naurua kondomin käy-
tön opetuksessa. Eräs nuori totesi haastattelussa: *"Kortsut on sen verran vaivalloisia, että käytetään
vain huvikseen."* Taulukossa 3 esitetään kondomista puhumisen sisällöt ja miten ne ilmenivät vastaan-
otoilla.

TAULUKKO 3. Tutkijoiden arvio kondomista puhumisen sisällöistä ja niiden ilmenemisestä
havainnoiduilla vastaanotoilla.

Sisältö:	Sisällöstä puhuttiin:
Kondomin ja pillereiden yhteiskäyttö	paljon
Kokemukset kondomin käytöstä	vähän
Kondomi sukupuolitautilta suojana	paljon
Lapsettomuus	vähän
Kondomin käytön opettaminen	ei lainkaan

6.2.4. "Mä pelkään sitten ihan kauheasti, älä satuta!"

Havainnoiduilla vastaanotoilla gynekologisesta tutkimuksesta ja irtosolunäytteen ottamisesta kerrottiin
vaihtelevasti. Yksi työntekijä näytti nuorelle tutkimusvälineet ennen tutkimusta, toinen kertoi etukäteen
mitä tulee tekemään ja lisäksi selitti koko tutkimuksen ajan mitä oli tekemässä. Jotkut lääkäreistä ker-
toivat tutkimuksesta vasta tutkiessaan nuorta tutkimuspöydällä. Eräs nuori sanoi lääkärille ennen sisä-
tutkimusta: *"Mä pelkään sitten ihan kauheasti, älä satuta. Sano sitten aina mitä teet."* Haastattelussa
eräs terveydenhoitaja sanoi kertovansa sisätutkimuksesta ensimmäisellä käyntikerralla, ennen lääkärin
vastaanottoa. Hän sanoi neuvovansa miten tutkimuspöydällä ollaan ja mitä riisutaan pois. Hän kertoi
näyttävänsä myös 'ankannokan' ja sanovansa, että pissalla kannattaa käydä etukäteen. Jotkut lääkärit
sanoivat huomioivansa, että sisätutkimus jännittää nuoria. Yksi lääkäri sanoi, että *"ensin juttele, sitten*

tutkimus". Toinen lääkäri huomioi, että nuorella on kyse usein ensimmäisestä gynekologisesta tutkimuksesta ja sen takia on hyvä muistaa, että *"ei sokkihoitoa, ettei pelkää"*. Hän kertoi selittävänsä tutkimuksesta koko ajan, jotta tilanne olisi turvallinen.

Lähes kaikilla vastaanotoilla puhuttiin jotain rinnoista. Työntekijä saattoi kysyä mm. ovatko rinnat kehittyneet normaalisti tai onko niissä tapahtunut muutoksia. Samalla ei kuitenkaan aina mainittu rintojen tarkkailusta. Jotkut työntekijät neuvoivat mihin tulee mennä, jos rinnoissa ilmenee erityisiä muutoksia. Yleensä ensimmäisellä käyntikerralla kerrottiin rintojen tutkimisesta, mutta vain kolme terveydenhoitajaa opetti sen konkreettisesti. Yksi terveydenhoitaja perusteli miksi rinnat on hyvä tutkia säännöllisesti, miten kuukautiskierto vaikuttaa rintoihin ja miltä rinnoissa tuntuu, jos niissä on jotain poikkeavaa. Kaksi terveydenhoitajaa ei opettanut rintojen tutkimista, vaikka nuoret toivat opetuksen tarpeen selvästi esille. Haastattelussa toinen nuorista sanoikin, että *"näyttäisi vaikka mallimukella, jos ei uskalla käydä käsiksi"*. Vaikka kaikilla vastaanotoilla ei rintojen tutkimisesta puhuttukaan, on kuitenkin mahdollista, että asiasta oli kerrottu jo aiemmilla käynneillä. Haastatteluissa yksikään työntekijä ei maininnut mitään rintojen tutkimisesta tai sen opettamisesta.

6.3. Perhettäkö perustamaan? - nuorten käsityksiä perhesuunnittelusta

Perhesuunnittelun käsite oli nuorille vieras, heillä ei ollut siitä jäsentynyttä käsitystä. Lähes kaikille tuli perhesuunnittelusta ensimmäisenä mieleen perheen suunnittelu ja sen perustaminen. Keskeistä siinä oli myös lasten hankkiminen. Yksi nuori kuvasi perhesuunnittelua: *"Siitä tulee mieleen ensimmäisen perheen perustaminen, mutta kun puhutaan enemmän, niin ymmärrän ettei tarvitse perustaa perhettä"*. Muutama nuori sanoi äitiysneuvolakäyntien kuuluvan perhesuunnitteluun. Perhesuunnittelu käsitettiin myös elimistöön tutustumisena, toisen huomioimisena ja yhteiselona.

Perhesuunnitteluneuvola-nimeä pidettiin harhaanjohtavana. Yksi nuori totesi, että *"nimi tökkii"*, sopivampi nimi hänen mielestä olisi ehkäisyneuvola. Eräs nuori kertoi soittaneensa aikaa varatessaan ensin väärin paikkoihin, koska perhesuunnitteluneuvola sanana oli vieras. Vastaanottoja havainnoitaessa tuli esille, että kaksi nuorta oli mennyt ensin vahingossa perheneuvolaan perhesuunnitteluneuvolan sijasta. Nuoret kertoivat haastatteluissa, että perhesuunnitteluneuvolassa tehdään gynekologisia tutkimuksia ja sieltä saa neuvontaa mm. ehkäisystä, kodin perustamisesta ja lasten kasvatuksesta. Vain yksi sanoi, että perhesuunnitteluneuvolaan voi tulla puhumaan sukupuolisuuteen liittyvistä asioista. Kaksi nuorta mai-

nitsi, että perhesuunnitteluneuvolaan mennään pareittain tai koko perheen kanssa. Kysyimme nuorilta olivatko he käyneet perhesuunnitteluneuvolassa tai vastaavassa paikassa yhdessä poikaystävän kanssa. Kukaan ei ollut käynyt, yksi nuori totesi: *"Ei olla nähty mitään syytä, että käytyä yhdessä."*

6.4. "Ettei katota pitkin nenänvartta kun on niin nuori" - nuorten kokemuksia ja odotuksia palveluista

Haastatteluissa suurin osa nuorista kertoi saaneensa tietoa perhesuunnittelupalveluista joko kavereilta tai kouluterveydenhoitajalta. Muita tiedonlähteitä olivat terveyskeskus, opettaja, koti, tuttavat, puhelinluettelo, Vantaa-opas, televisio ja kirjat. Yksi nuori kertoi: *"Itse hankin ehkäisystä tietoa kirjoista, Suosikista ja kouluterveydenhoitajalta. Olisin halunnut luokassakin puhua, mutta muut eivät halunneet."*

Suurin osa nuorista kertoi, ettei ollut käyttänyt muita kuin kyseisen toimipisteen tarjoamia perhesuunnittelupalveluja. Kolme oli käynyt perhesuunnitteluasioissa terveyskeskuksessa tai toisessa perhesuunnitteluneuvolassa. Kaksi oli käyttänyt yksityislääkärin palveluita, toinen heistä kertoi ajatelleensa, että yksityislääkäri olisi ammattitaitoisempi, mutta totesi kuitenkin saaneensa terveyskeskuksessa ystävällisempää palvelua. Hän oli pettynyt siihen, että yksityisellä otettiin vähemmän kokeita: *"esimerkiksi papa-koetta siellä ei otettu, kun ei kuulunut tapaan"*. Koska nuorilla oli vähän kokemuksia terveystalvelujen käytöstä, heidän oli vaikea kertoa tyytyväisyydestään palveluihin tai mitä he niiltä odottivat. Ensin he sanoivat olevansa tyytyväisiä, mutta haastattelun edetessä osa toi esille myös tyytymättömyytään. Esimerkiksi eräs nuori sanoi: *"[työntekijän nimi] muistaa vähän huonosti, kun on niin vanha. Äiti tietää samat asiat kuin [työntekijän nimi], että saisin siltäkin samat tiedot, jos vaan kysyisin."*

Nuorilla oli erilaisia palveluihin ja työntekijöihin liittyviä toiveita (kts. sivut 30-31). Heidän vastauksistaan nousi selkeästi esille vuorovaikutuksen merkitys. Tärkeintä oli työntekijän ystävällisyys. Eräs 16-vuotias tyttö kertoi, että *"ensimmäinen käyntikerta tuntuu pelottavalta ja siksi on tärkeää, että ollaan ystävällisiä"*. Osa kertoi kuulleensa kavereilta tai oli itse kokenut, että perhesuunnittelun työntekijät olivat olleet aivan ystävällisiä. Luottamuksellisuus - *"tiedot ei valu ulos"*, työntekijän tuttuus - *"aina ois sama ihminen"* ja jännityksen huomioiminen koettiin tärkeiksi. Nuoret arvostivat myös vastaanoton lämmintä ilmapiiriä ja työntekijän asiallista suhtautumista - nuorten mielestä heidät tulisi hyväksyä

omana itsenään ja heidät pitäisi ottaa vakavasti. Yksi nuori sanoi: *"asiakkaan mielipiteitä pitäisi kuunnella, ei saisi tyrkyttää eikä panna sanoja suuhun"*. Erään 14-vuotiaan mielestä tärkeintä oli ensimmäistä kertaa ehkäisyä hakiessa, *"että sille pystyy puhumaan helposti"*. Lisäksi nuoret toivoivat, että heitä ei moralisoitaisi, vaan työntekijä olisi nuoren tukena. Muutama halusi enemmän keskustelua vastaanotoille: *"Keskustelua pitäisi olla enemmän ja käynneistä ei saisi leimaantua. Täällä kaikki tietää toistensa asiat."* Eräs nuori kiteytti: *"Tärkeintä on se, että uskaltaa tulla vastaanotolle"*. Toinen totesi, että nuorta ei saa hoputtaa ja hänen on annettava ymmärtää, että ehkäisy ja ehkäisyneuvolassa käyminen on yleistä. Yksi nuori toivoi *"ettei katota pitkin nenänvartta kun on niin nuori"*. Tärkeää oli myös, että *"ei kuitenkaan urkita asioita, esimerkiksi jotain kumppaniin liittyvää tai jos on lyhyitä suhteita"*.

Vuorovaikutuksen lisäksi nuoret pitivät tärkeänä tiedon jakamista. Heistä oli tärkeää, että he saavat *"konkreettista tietoa"* ja että asioista *"kerrotaan tosi tarkasti, ettei jää epäselvää"*, ja että asioista kerrotaan suoraan. Jotkut nuoret sanoivat haluavansa tietää ehkäisyneuvonelmistä mahdollisimman paljon. Nuoria kiinnostivat ehkäisyneuvonelmien eri vaihtoehdot, haittavaikutukset ja ehkäisyneuvonelmän käyttö. Yksi 16-vuotias kertoi olevan tärkeää, että työntekijä *"jaksaa kertoa käytöstä ja yleensäkin muusta"*. Muita aiheita, joita nuoret toivat esille, olivat perheestä ja elämäntilanteesta puhuminen sekä keskustelu siitä, miten asiakas suhtautuu sukupuoliasioihin ja ehkäisyyn ja miksi hän oikeastaan on tullut vastaanotolle. Yksi nuori piti hyvänä sitä, että seurataan esim. verenpainetta.

Nuoret toivoivat enemmän pelkästään nuorille kohdistettuja palveluita ja *"sellaisia paikkoja mistä voi vain hakea tietoja, eikä tarte välttämättä tulla puhumaan"*. Lisäksi he kaipasivat tehokkaampaa tiedottamista palveluista, *"tietoa siitä mistä lähtee hakemaan tietoa"*. Toiveena oli myös, että koulusta voisi mennä ryhmänä tutustumaan perhesuunnitteluneuvolaan. Kun kysyimme onko lääkärin sukupuolella vaikutusta perhesuunnittelupalveluita hakiessa, sanoivat lähes kaikki menevänsä mieluummin naislääkärin vastaanotolle. Perusteluina tälle he esittivät: *"nainen ymmärtää paremmin, kun on itse kokemut saman"* ja *"miehellä paljon jännittyneempi"*. Eräs nuori sanoi, että persoonalla on suurempi merkitys kuin sukupuolella. Asiat, joita nuoret perhesuunnittelupalveluilta toivoivat, olivat seuraavia:

- ystävällisyys
- luottamuksellisuus
- työntekijän tuttuus
- lämmin ja kiireetön ilmapiiri
- jännityksen ja pelon huomioiminen

- asiallinen, moralisoimaton suhtautuminen
- ei 'urkita', eikä 'tyrkyteä' mielipiteitä
- kuunteleminen
- tukeminen
- keskusteleminen
- naislääkäri
- tiedon jakaminen
- nuorille omat palvelut
- palveluista tiedottaminen
- opintokäynti koulusta perhesuunnitteluneuvolaan

6.5. Työntekijöiden vuorovaikutus pätevyys ehkäisyneuvonnassa Trenholmin ja Jensenin mallin avulla tarkasteltuna

6.5.1. Tulkintapätevyys (interpretive competence)

Tulkintapätevyyydessä tarkastelimme työntekijän kykyä huomioida vastaanoton kontekstia ja kykyä ottaa huomioon nuoren tiedontaso, ikätasoisuus ja tarpeet. Kontekstin huomioimisen kriteerinä oli, miten työntekijä huomioi sen, että tilanne oli nuorelle mahdollisesti vieras ja jännittävä. Tiedontason huomioimisen kriteerinä oli se, tarkistiko työntekijä mitä nuori tiesi entuudestaan. Ikätasoisuuden huomioimisen kriteerinä oli se, tarkistiko työntekijä mitenkään oliko nuori ymmärtänyt asian oikein. Tarpeiden huomioimisen kriteerinä arvioitiin selvittikö työntekijä mitä tietoa nuori halusi tai mistä tämä halusi keskustella tai mitä sisältöalueita työntekijä katsoi tarpeelliseksi ottaa esille neuvonnassa tekemiensä havaintojen perusteella.

Vastaanoton kontekstina on terveydenhuollon toimipiste, joka on ympäristönä tuttu työntekijälle, mutta vieras nuorelle. Tämän vuoksi he tulkitsevat tilannetta eri lähtökohdista. Tästä esimerkkinä on mm. tilanne, jossa nuori ei tiennyt missä hän riisuuntuisi sisätutkimusta varten. Osana vastaanoton kontekstia työntekijät huomioivat ilmapiirin merkityksen. He painottivat haastattelussa, että vastaanoton rauhallisuus, turvallisuus ja luottamuksellisuus ovat erityisen tärkeitä tekijöitä silloin, kun asiakkaana on nuori. Ilmapiiri vastaanotoilla olikin yleensä lämmin ja turvallinen. Siihen vaikuttivat mm. työnteki-

jän kiireettömyys, ystävällisyys ja huumorin käyttö. Poikkeuksia miellyttävään ilmapiiriin aiheuttivat esimerkiksi työntekijän kiire ja etäisyys.

Työntekijöiden mielestä nuoren jännitys tulee huomioida ja häntä tulee rohkaista, sillä nuori voi olla peloissaan tullessaan vastaanotolle. Erityisen jännittynyt nuori on työntekijöiden mukaan silloin kun hän tulee ensimmäistä kertaa hakemaan ehkäisyä. Eräs terveydenhoitaja kertoi, että nuorten ollessa arkoja hän on itse reipas - se helpottaa. Lähes kaikilla vastaanotoilla työntekijät huomioivat nuoren jännityksen. Sitä lievennettiin mm. huumorin ja perusteellisen selittämisen avulla. Joskus työntekijä saattoi kysyä nuorelta suoraan: *"Jännittääkö?"*.

Haastatteluissa useat työntekijät sanoivat huomioivansa nuoren kanssa työskennellessään hänen kehitysvaiheensa ja kypsyystasonsa. Kaksi työntekijää sanoi kysyvänsä nuorilta suoraan mitä nämä jo tietävät. Havainnoiduilla vastaanotoilla nuorten tiedontasoa tai -tarvetta ei kartoitettu esimerkiksi kysymällä, mitä hän tietää ennestään tai mitä hän haluaisi nyt tietää. Vaikutti enemmänkin siltä, että työntekijöillä oli paljon tietoa, jota he jakoivat suhteellisen samanlaisena riippumatta asiakkaan iästä tai kokemuksesta. Usein näytti siltä, että työntekijät olettivat nuoren tietävän paljon ehkäisyasioista. Esimerkiksi 14-vuotiaalta pillereitä aloittavalta tytöltä kysyttiin: *"Sinähän tiedät mihin ehkäisyteho perustuu?"* Nuori ei vastannut kysymykseen.

Neuvonnan sisältöalueista työntekijät huomioivat kokonaisvaltaisimmin pilleriehkäisyyn, suppeimmin elämäntilanteen. Jotkut työntekijät ottivat hyvin huomioon nuoren elämäntilanteen ja pilleriehkäisystä puhumisen lisäksi mm. kartoittivat mahdollisia riskitilanteita, keskustelivat nuoren taloudellisesta tilanteesta, seurustelusta ja asumisesta.

6.5.2. Suunnittelupätevyys (goal competence)

Suunnittelupätevydessä tarkastelimme vastaanottojen suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta. Suunnitelmallisuuden kriteerinä oli se, etenikö vastaanotto joustavasti ja oliko työntekijä valmistautunut seuraavan asiakkaan tuloon. Tavoitteellisuuden kriteerinä käytimme sitä millaisia tavoitteita työntekijän toiminnassa oli nähtävissä.

Haastatteluissa osa työntekijöistä sanoi pitävänsä itselleen sopivimpana edetä neuvonnassa joustavasti tilanteen mukaan. Kaksi terveydenhoitajaa piti puolestaan tärkeänä, että vastaanotolla edetään tietyssä järjestyksessä kaavakkeen mukaan. Havainnoiduissa neuvontatilanteissa lomakkeen tai näyttöpöytäteen käyttäminen ohjasivat keskustelun kulkua. Vastaanotoilla oli selvästi nähtävissä runko, jonka mukaan neuvonta eteni, mutta ei voida kuitenkaan sanoa, että kaikki vastaanotot etenivät samalla tavalla.

Työntekijöiden toiminta näytti usein rutiininomaiselta, eikä tilannekohtaisesti mietityltä. Esimerkiksi vastaanoton alussa ei yleensä kysytty käynnin syytä, sillä terveydenhoitajat tiesivät etukäteen nuoren tulleen hakemaan ehkäisyä, koska siitä oli puhuttu jo ajanvarauksen yhteydessä. Esimerkkinä rutinoituneesta työskentelystä oli tilanne, jossa lääkäri kysyi nuorelta vasta sisätutkimusta tehdessään oliko tämä ollut jo yhdynnässä. Koska yhdyntöjä ei ollut vielä ollut, lääkäri keskeytti tutkimuksen sanoen, että tutkimus tehdään vasta yhdyntöjen aloittamisen jälkeen. Toinen vastaava esimerkki suunnittelemattomuudesta tuli esille lääkärin vastaanotolla. Sisätutkimuksen aikana avustaja tuli koputtamatta sisään. Suunnittelemattomuus näkyi myös silloin kun työntekijä ei ollut varautunut seuraavan asiakkaan tuloon - yksi terveydenhoitaja haki potilaspaperit vasta kesken vastaanoton ja yhdellä terveydenhoitajalla oli vielä edellisen asiakkaan jäljiltä likaiset tutkimusvälineet esillä.

Tavoitteellisuus työntekijöiden toiminnassa tuli esille siinä, että nuorelle pyrittiin löytämään fysiologisesti mahdollisimman sopivat ehkäisytabletit. Ehkäisyntarvetta ei kuitenkaan enää kartoitettu. Joskus kysyttiin hakiko nuori pillereitä ehkäisyyn, kuukautiskipuihin vai iho-ongelmiin. Työntekijät pyrkivät ennakoimaan ehkäisyntarvetta liittyviä ongelmia kertomalla mm. pillereiden unohtamisesta, jälkiehkäisystä sekä raskauden ja sukupuolitautilien mahdollisuudesta.

6.5.3. Roolipätevyys (role competence)

Roolipätevydessä käsittelemme työntekijän ja asiakkaan rooleja sekä työntekijöiden välistä työnjakoa. Roolipätevyyden kriteerit olivat; millaisia rooleja työntekijöillä oli, miten työntekijä suhtautui nuoreen ja kuinka aktiivinen hän oli neuvontatilanteessa. Tarkastelimme myös nuoren osallistumista neuvontatilanteeseen. Työnjaon kriteerinä oli se millaiset roolit terveydenhoitajalla ja lääkärillä oli ehkäisyneuvonnassa ja oliko heillä yhtenevä käytäntö siitä, mitä nuorille kerrottiin.

Työntekijöiden haastatteluista nousi esille, että heillä on nuoren kanssa työskennellessään erilaisia rooleja. Osa rooleista perustui nuoren ja työntekijän väliseen ikäeroon. Eräs kouluterveydenhoitaja sanoi olevansa 'isoäiti-iässä', minkä vuoksi erityisesti poikien on helppo tulla juttelemaan hänelle. Hän koki roolikseen lähinnä kuuntelijan roolin, sillä työn painopiste on siirtynyt koko ajan enemmän henkiseen tukemiseen, pois toimenpidekeskeisyydestä. Yksi terveydenhoitaja sanoi pyrkivänsä kohtaamaan nuoren ihmisenä, hän ei halunnut korostaa nuoruutta. Eräs terveydenhoitaja näki yhdeksi tehtäväkseen rajojen asettamisen nuorille. Hän sanoi ettei voida toimia *"vain nuorten ehdoilla, mioret hakee hirveesti, jos on liian liberaali, se sekoittaa"*. Hän oli myös huomannut, että nuori voi tulla pyytämään lupaa sukupuolielämän aloittamiseen.

Työntekijöiden suhtautumisessa nuoriin oli eroja. Jotkut työntekijät suhtautuivat nuoriin asiakkaisiin holhoavasti, mikä näkyi kontrollointina, varoitteluna ja työttelyinä. Eräs terveydenhoitaja kysyi nuorelta: *"Oot sä taas ollut ilman pillereitä?"*, mihin nuori vastasi: *"En ole, mä voin näyttää sulle reseptin."* Joskus työntekijät viittasivat puheessaan tuntevansa nuoren äidin: *"Taidat olla äitis pituinen."* tai *"Heti äidin tunnen kun tiedän nimen - meillähän on vaitiolovelvollisuus."* Joskus nuoria tytöteltiin: *"Mitä tyttö tietää?"*. Muutama terveydenhoitaja kertoi haastatteluissa kuinka hankalalta tuntui, kun omien lasten ikäiset nuoret olivat tulleet hakemaan ehkäisyä. He kokivat, että sillä saattoi olla vaikutusta siihen, miten he suhtautuivat nuoreen ehkäisyasiakkaana. Eräs terveydenhoitaja, joka oli murrosikäisen nuoren äiti, sanoi pitävänsä 14-vuotiaita liian nuorina sukupuolielämään.

Kaikki havainnoidut vastaanotot olivat selvästi työntekijäjohtoisia. Neuvonnassa oli kyse enemmänkin työntekijän monologista kuin nuoren ja työntekijän välisestä dialogista. Työntekijät ohjasivat kysymyksillään ja neuvonnallaan vastaanoton etenemistä. He esittivät nuorille usein johdattelevia kysymyksiä: *"Et varmaan ole mitään hormoneja syönyt?"*, *"Olet ilmeisesti ollut tyytyväinen ehkäisyyn"*, *"Ei raskauksia?"*. Eräs terveydenhoitaja sanoi nuorelle tämän tultua vastaanotolle: *"Lähdetään näin liikkeelle: ensin henkilötiedot ja sitten ehkäisyasiat."* Kahden tytön halutessa tulla yhdessä vastaanotolle terveydenhoitaja ehdotti heille, että hän kysyy ensin taustatiedot erikseen molemmilta ja muun neuvonnan ajan tytöt voisivat olla yhdessä. Ensimmäisen tytön vastaanotto oli edennyt jo pitkälle kun terveydenhoitaja sanoi: *"Nyt huomaan, että puhun asioista, joista olisi voitu puhua yhdessä."* ja jatkoi neuvontaa.

Nuorten rooli vastaanotoilla oli melko passiivinen. He eivät kyselleet paljoa työntekijältä, eivätkä osallistuneet muutenkaan aktiivisesti keskusteluun. Nuoret vastasivat kysymyksiin yleensä lyhyesti, nyökkäämällä tai kyllä- ja ei-vastauksin. Muutama nuori osallistui aktiivisesti keskusteluun kertomalla mm. poikaystävästään tai ylipainostaan.

Lääkäreillä ja terveydenhoitajilla oli erilaiset roolit nuoren ehkäisyneuvonnassa. Eräs lääkäri kertoi roolistaan: *"Lääkärin tehtävä on ohjata, kertoa vaihtoehdot ja yhdessä pohtia."* Yksi lääkäri kertoi: *"Minä olen 'viimeinen lenkki', nuoret puhuvat paljon ehkäisystä keskenään ja terveydenhoitaja juttelee tunnin nuoren kanssa perhesuunnittelusta ennen lääkärille tuloa"*. Viimeisen lenkin hän kertoi tarkoittavan sitä, että aikaa on käytännössä vain sisätutkimukseen ja reseptin kirjoittamiseen. Yksi lääkäri sanoi suoraan: *"Minä hoidan tekniikan ja terveydenhoitaja puhumisen."* Vastaanotoilla roolien erilaisuus tuli selvästi esille - kärjistetyksi voidaan sanoa, että terveydenhoitajat puhuivat ja lääkärit toimivat.

Haastatteluissa terveydenhoitajat ja lääkärit kertoivat keskinäisen yhteistyönsä toimivan yleensä hyvin. Jotkut työntekijät kuitenkin valittelivat, että heillä on liian vähän aikaa yhteiseen keskusteluun asiakasta ja hoitolinjoista. Esimerkiksi eräässä toimipisteessä havainnoidessamme tuli esille, että lääkäri ja terveydenhoitaja antoivat asiakkaalle erilaiset ohjeet irtosolunäytteen vastauksen tiedustelusta: lääkäri sanoi, että toimipisteestä otetaan asiakkaaseen tarvittaessa yhteyttä, terveydenhoitaja pyysi asiakasta soittamaan itse. Työntekijät vetosivat usein toisiinsa puhuessaan nuorelle: terveydenhoitajat lääkäreihin ja lääkärit terveydenhoitajiin. Terveydenhoitaja saattoi kysyä nuorelta: *"Onko lääkäri kertonut miten irtosolunäyte otetaan?"* tai todeta: *"Lääkärikin tulee varmaan puhumaan tupakan haittavaikutuksista."* Lääkärit sanoivat usein nuorelle: *"Soita terveydenhoitajalle, jos on jotain kysyttävää."*

6.5.4. Koettu pätevyys (self competence)

Trenholmin ja Jensenin (1992) mallin mukaan koettu pätevyys on keskeinen, sillä se vaikuttaa suoraan kaikkiin pätevyiden eri osa-alueisiin ja kaikki alueet vaikuttavat siihen. Koetun pätevyiden kriteeriarviointi oli ongelmallista. Aineiston perusteella pystyimme tarkastelemaan koettua pätevyyttä työntekijöiden näkyvän käyttäytymisen ja heidän kertomustensa perusteella. Työntekijän toiminnan havainnoinnin ja hänen haastattelunsa kautta saimme kuitenkin joitakin johtolankoja myös käyttäytymistä ohjaavista tekijöistä, kuten asenteista. Rooli- ja viestintäpätevyiden kriteerit helpottivat koetun päte-

vyiden tarkastelua. Kriteereinä olivat; tuliko ehkäisyneuvonnassa esille aiheita, joista keskustelemista arasteltiin tai välteltiin ja kuinka selvästi työntekijät toivat esille asenteitaan neuvontatilanteessa.

Jotkut terveydenhoitajat kertoivat haastatteluissa, että on tärkeää miettiä omaa asennoitumistaan nuoriin sekä omaa tapansa työskennellä - *"on oltava ittellensä rehellinen"*. Eräs terveydenhoitaja sanoi huomioivansa, että *"Ihmiskemialla ja ilmapiirillä on vaikutusta vuorovaikutukseen ja että työntekijöiden on mukauduttava eri ikäisten asiakkaiden tarpeisiin."* Hän pohti myös tekeekö hän laadukasta työtä ja millaiseksi nuoret sen kokevat. Eräs terveydenhoitaja kertoi, että hän oli joutunut käymään eettisen ja moraalisen koulun, ettei heijasta omia asenteitaan. Yksi kouluterveydenhoitaja sanoi: *"Jokaisen oma suhtautuminen sukupuoliasioihin heijastuu niistä kerrottaessa eteenpäin."* Toinen kouluterveydenhoitaja kertoi miten hänen oli hankalaa puhua oppilaille ehkäisyyn liittyvistä asioista oman vakaumuksensa vuoksi. Hän herkistyi kynneliin asti kertoessaan ristiriidoista, joita hän koki ammatin vaatimusten ja henkilökohtaisten mielipiteidensä välillä.

Joskus huomasimme vastaanotoilla, että työntekijät arastelivat ja jopa välttelivät seksuaalisuudesta ja henkilökohtaisista asioista puhumista. Esimerkiksi terveydenhoitajan kysyessä pillereiden sivuvaikutuksien yhteydessä sukupuolisesta haluttomuudesta vastasi 16-vuotias asiakas, että hänellä oli ollut hiukan haluttomuutta. Terveydenhoitaja ei kuitenkaan ottanut aihetta puheeksi. Eräs kouluterveydenhoitaja sanoi haastattelussa: *"Seksuaalisuusasiat eivät ole helppoja puhua. Aina minä punastelen niistä puhuessani, mutta aina kuitenkin haluan puhua."*

6.5.5. Viestintäpätevyys (message competence)

Viestintäpätevydessä tarkastelemme työntekijän ehkäisyneuvonnassa käyttämää kieltä sekä sitä, millaista havaintomateriaalia he käyttivät vastaanotolla ja mitä materiaalia he antoivat nuorelle mukaan. Kriteereinä käytimme sitä, miten työntekijät neuvoivat nuorta, käyttivätkö he vieraita sanoja neuvonnassa ja puhuivatko he arkaluontoisista asioista suoraan.

Työntekijät neuvoivat nuoria eri tavoin. He kyselivät, jakoivat tietoa, perustelivat, ennakoivat, käskivät, varoittelivat ja antoivat sekä positiivista että negatiivista palautetta. Työntekijöiden välillä oli huomattavissa ristiriitaisuutta siinä, miten nuorille tulisi puhua asioista. Joidenkin työntekijöiden mielestä oli oltava hyvin hienovarainen ja esitettyjen kysymysten tuli olla pehmeämpiä, kun taas joidenkin työntekijöiden mielestä asioista oli puhuttava suoraan ja oikeilla nimillä. Havainnoiduilla vastaanotoilla

työntekijät yleensä puhuivat asioista niiden oikeilla nimillä. He puhuivat esimerkiksi yhdynnästä ja rinoista.

Haastattelussa työntekijät sanoivat pitävänsä tärkeänä, että asioista kerrotaan nuorille tarkemmin kuin mitä kerrottaisiin aikuisille, jotta tieto menisi perille. Eräs terveydenhoitaja perusteli, että asioista on kerrottava tarkasti, jopa kahteen kertaan, koska nuoret ovat niin jännittyneitä tullessaan vastaanotolle. Eräs terveydenhoitaja sanoi: *"Mitä paremmin satsaa alkuhaastatteluun, joka voi tapahtua myös pienryhmänä, sitä paremmin ehkäisy osuu kohdalleen."* Yhden terveydenhoitajan mukaan nuoret ymmärtävät joskus asiat juuri päinvastoin kuin mitä hän on tarkoittanut. Hän painottikin, että kielen tulee olla ymmärrettävää. Kaikki nuoret sanoivat haastattelussa, että työntekijöiden käyttämää kieltä oli ollut helppo ymmärtää. Työntekijät käyttivät neuvonnassa arkikieltä. Jotkut sanat saattoivat olla kuitenkin nuorille vieraita, esimerkiksi dilataattori ja spekula.

Työntekijät käyttivät neuvonnassa havaintovälineitä - esitteitä, kuvia ja ehkäisyvälineitä - tukemaan puhuttua asiaa. Kondomeja ei ollut esillä yhdelläkään vastaanotolla. Pilleriliuskan avulla työntekijä selvitti konkreettisesti miten ja milloin pillereitä otetaan. Nuorille annettiin usein kirjallista materiaalia kotiin tarkempaa perehtymistä varten (esimerkiksi rintasyövästä). Kaikkien nuorten kanssa materiaalia ei käyty vastaanotolla läpi. Haastattelussa työntekijät sanoivat jakavansa materiaalia harkiten. Muutaman työntekijän mielestä nuorille suunnattua neuvontamateriaalia tulisi kehittää ja sitä pitäisi olla paremmin esillä esimerkiksi odotustiloissa. Materiaali oli usein lääketehaiden tuottamaa eikä se useimpien työntekijöiden mielestä sen vuoksi aina tarjoa puolueetonta tietoa.

6.6. Joustavuutta palveluihin - työntekijöiden ajatuksia palveluiden kehittämiseksi

Haastattelussa kysyimme työntekijöiltä kuinka he kehittäisivät erityisesti nuorille suunnattuja perhesuunnittelupalveluita, jotta ne vastaisivat mahdollisimman hyvin nuorten tarpeita. Suurimmalla osalla työntekijöistä oli erilaisia kehittämideoita ja näkemyksiä siitä, millaisia palveluiden tulisi olla. Vain kaksi työntekijää kertoi nykyisten palveluiden olevan riittäviä ja toimivia. Eräs terveydenhoitaja sanoi olevansa flegmaattinen uudistusten suhteen.

Työntekijät pitivät erityisen tärkeänä nuorille suunnattujen palvelujen joustavuutta ja saatavuutta. Nuorten tulisi päästä vastaanotolle ilman ajanvarausta tai aika pitäisi saada mahdollisimman nopeasti ja vastaanotolle tulon kynnyksen tulisi olla matala. Mikäli ajan saaminen lääkärille kestää kauan niin joidenkin terveydenhoitajien mielestä heillä tulisi olla mahdollisuus antaa nuorelle tämän ensimmäiset pillerit. Useat työntekijät toivat esille, että palveluiden tulisi olla nuorten keskuudessa, ei esimerkiksi äitiysneuvolan yhteydessä. Eräs terveydenhoitaja sanoi, että erillinen toimipiste nuorille voisi edistää myös poikien tuleamista vastaanotolle. Avoimien ovien tyyppistä palvelumuotoa pidettiin nuorille sopivana. Yhden työntekijän mielestä olisi toisaalta hyvä tarjota nuorille vaihtoehtoja valita itselleen mieleinen paikka, mutta toisaalta liian monen vaihtoehdon olemassaolo voisi olla hämmentävää.

Työntekijät korostivat koulun ja perhesuunnitteluneuvolan välisen yhteistyön merkitystä. Jotkut perhesuunnitteluneuvolan työntekijät pitivät kouluterveydenhoitajan roolia tärkeänä, koska nuoret viettävät suuren osan ajastaan koulussa. Eräs kouluterveydenhoitaja toi esille, että jo ala-asteella pitäisi olla johdonmukainen opetussuunnitelma perhesuunnittelukasvatuksesta. Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi miten oli tehnyt yhteistyötä kirjaston kanssa, jotta aihetta käsittelevää kirjallisuutta olisi paremmin nuorten saatavilla.

Oppilaiden opintokäyntejä perhesuunnitteluneuvolaan pidettiin hyödyllisinä, tällöin nuorilla on tilaisuus tutustua paikkaan ja työntekijöihin. Erään perhesuunnitteluneuvolan terveydenhoitaja kertoi heillä toteutettavasta opintokäyntikäytännöstä. Hän kertoi kutsuvansa yhdeksännen luokan tytöt ja pojat tutustumaan neuvolaan, missä hän esittelee tilat ja kertoo miten sinne voi ottaa yhteyttä. Lisäksi hän esittelee tarjolla olevat ehkäisyvälineet, kertoo sukupuolitaudeista ja korostaa kondomin merkitystä. Terveydenhoitajan mukaan nuorilla on käynnin aikana paljon kysyttävää esimerkiksi sukupuolitaudeista ja heillä saattaa olla joskus ihmeellisiä käsityksiä pillereiden syömisestä. Jotkut nuoret jäävät vielä juttelemaan käynnin jälkeen, koska he eivät uskalla tai halua kysellä koko luokan kuullen.

Jotkut työntekijät sanoivat, että nuorten perhesuunnittelupalveluista tulisi tiedottaa kattavammin, jotta nuoret tietäisivät mitä palveluita on tarjolla ja mistä niitä on saatavilla. Erään terveydenhoitajan mukaan palveluita pitäisi markkinoida. Hänen mielestään tulisi tiedottaa tehokkaammin mm. siitä, että myös opiskelijaterveydenhuollossa voidaan hoitaa perhesuunnitteluasioita. Muita työntekijöiden esittämiä kehittämistarpeita olivat mm. nuorisopsykologin palvelujen saaminen, aborttipotilaan hoidon kehittä-

minen, jatkohoitopaikasta sopiminen nuoren siirtyessä toiseen oppilaitokseen tai työelämään, henkilökunnan koulutus sekä nuorten tarpeiden parempi huomioiminen.

Vuorovaikutukseen liittyviä kehittämistarpeita työntekijät esittivät vähän. He sanoivat pitävänsä tärkeänä, ettei nuoria moralisoitaisi. Eräs terveydenhoitaja sanoi: *"Ihmiskemia vaikuttaa - kaikkien kanssa ei uskalla puhua. Ilmapiirin pitäisi olla sellainen, että muori pystyisi puhumaan ihmissuhteisiin liittyvistä asioista."* Muutama terveydenhoitaja oli sitä mieltä, että pitäisi olla enemmän aikaa keskusteluun. Työntekijöiden esittämät kehittämistarpeet olivat seuraavia:

- joustavuus
- saatavuus
- nuorille omat palvelut
- vaihtoehtoiset palvelut
- koulun, kirjaston ja perhesuunnitteluneuvolan yhteistyö
- opintokäynnit perhesuunnitteluneuvolaan
- koulun perhesuunnitteluun liittyvä opetussuunnitelma
- tiedottaminen, markkinointi
- nuorisopsykologin palvelut
- aborttipotilaan hoito
- jatkohoitopaikasta sopiminen
- henkilökunnan koulutus
- nuorten tarpeiden huomioiminen
- ei moralisointia
- turvallinen ilmapiiri
- aikaa keskustelulle

7. POHDINTA

7.1. Luotettavuudesta

Laadullisen tutkimuksen piiristä ei ole löydettävissä yhtenäistä käsitystä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä, sillä laadullinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne, vaan siihen kuuluu monia erilaisia lähestymistapoja ja tutkimustekniikoita. Kvalitatiivinen tutkimus tuottaa tietyn näkökulman ilmiöstä, ei objektiivista totuutta. Tämän vuoksi perinteiset validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet eivät sovi tutkimuksen arviointikriteereiksi. (Tynjälä 1991.)

Osallistuminen kansainväliseen tutkimukseen ohjasi tutkimuksen kulkua. Aineiston keruuseen oli valmis ohjeisto, eikä tutkijoilla ollut paljoakaan mahdollisuuksia vaikuttaa tutkimusmenetelmiin, aineiston kokoon tai tutkimuksen aikatauluun. Esimerkiksi kysymys- ja havainnointilomakkeita olisi pitänyt muuttaa enemmän Suomen oloja vastaaviksi ja kenttätyö olisi pitänyt aloittaa vasta tarkemman suunnittelun jälkeen.

Tämän tyyppistä sekä havainnointiin että haastatteluun perustuvaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty perhesuunnittelusta. Tätä tutkimusta voidaan käyttää esitutkimuksena, jossa on testattu vuorovaikutuspevyysmallin soveltuvuutta työntekijän toiminnan tarkasteluun. Tarkemmin vuorovaikutusta tutkittaessa olisi hyvä viettää enemmän aikaa tutkimuspaikalla ja nauhoittaa vuorovaikutustilanteita, sillä nauhoitus rikastuttaisi aineistoa ja lisäisi sen luotettavuutta. Havainnoimalla saimme tietoa ainutkertaisista neuvontatilanteista ja sen vuoksi tuloksia ei ole mahdollista yleistää koko ehkäisyneuvontaa koskeviksi.

Tutkimuksen kannalta olisi ollut parempi, jos asiakkaat olisivat tienneet varata aikaa haastattelulle, ja jos haastattelu olisi tehty muualla kuin kyseisen toimipisteen tiloissa. Silloin nuorten olisi ehkä ollut helpompi arvioida saamaansa palvelua. Huomasimme, että jotkut nuoret käyttäytyivät haastateltaessa eri tavalla kuin vastaanotolla - haastattelutilanteessa he olivat puheliaampia ja avoimempia. Työntekijöitä haastellessamme tuli esille, että vasta varsinaisen haastattelun jälkeen monet innostuivat kertoamaan lisää mielenkiintoisia ja tärkeitä asioita työstään.

Olemme käyttäneet tässä tutkimuksessa menetelmä- ja tutkijatriangulaatiota. Pattonin (1990) mukaan monimenetelmäisyys kenttätöissä lisää luotettavuutta. Yhdistelemällä eri tutkimusmenetelmiä tutkija voi vahvistaa ja tarkistaa löytöjään. Havainnoinnin avulla saimme monipuolisen kuvan ehkäisyneuvonnasta ja asiakkaiden ja työntekijöiden haastattelut syvensivät käsitystämme siitä. Mikäli olisimme tyytyneet vain haastatteluihin, olisi tulkintamme muodostunut erilaiseksi - vastaanoton todellisuus olisi välittynyt eri tavalla. Tutkijatriangulaatio, joka toteutui keskustellessamme ja vertaillessamme kokemuk-siamme ja havaintojamme, lisäsi reflektiivistä otetta tutkimuksessa, mitä pidetään yhtenä luotettavuutta parantavana tekijänä. Tutkijan on jatkuvasti tarkkailtava itseään - tunteitaan, asenteitaan, arvostuksiaan ja reaktioitaan, joilla saattaa olla vaikutusta havaintoihin ja niiden tulkintaan. (Grönfors 1985, Bogdan & Biklen 1992.)

Grönforsin (1985) mukaan tutkijalla on sitä suurempi vaikutus havainnoitavaan ilmiöön mitä intiimimpi tilanne on. Vaikutusta on mahdollista vähentää oleskelemalla tutkimusympäristössä jonkin aikaa ennen tutkimuksen aloittamista (Field & Morse 1985). Valitettavasti tutustumisemme työntekijöihin etukäteen jäi vähäiseksi. Yleensä olimme varanneet aikaa keskustelulle työntekijän kanssa ennen havainnoinnin aloittamista, mutta muutamassa toimipisteessä näimme työntekijän ensimmäisen kerran aamulla lähes yhtäaikaisesti vastaanotolle tulevan nuoren kanssa.

Tutkimuksen kohteena oleminen saattoi aiheuttaa työntekijöille suorituspaineita. Se ei välttämättä ole huono asia, sillä silloin he mahdollisesti antoivat kuvan siitä, mitä ajattelivat hyvän ehkäisyneuvonnan olevan. Sulkusen (1989) mukaan tutkittavat pyrkivät antamaan hyvän kuvan itsestään silloin kun he tietävät olevansa tutkittavana. Muutamat työntekijät kertoivat jännittäneensä tutkimustilannetta. Jotkut heistä sanoivat, että jos olisimme olleet samassa toimipaikassa useampia päiviä, niin he olisivat jännittäneet vähemmän.

Olemme pyrkineet kuvaamaan tarkasti tutkimuksen eri vaiheet tutkimuskontekstista lähtien. Tynjälän (1991) mukaan tutkijan on kuvattava riittävästi aineistoaan ja tutkimustaan, jotta lukija voisi pohtia tutkimustulosten soveltamista myös muihin kuin tutkittuihin konteksteihin. Eniten hankaluuksia tuotti analyysin kuvaaminen. Mäkelä (1990) mukaan tutkimusraporteissa aineiston keräämiseen liittyvät asiat kerrotaan yleensä yksityiskohtaisesti, mutta tutkimuksen jatkovaiheista ei kerrota juuri mitään.

Tutkimusraportin luotettavuuden testinä voidaan pitää myös tutkimustiedon käyttäjien reaktiota raporttiin (Patton 1990). Tutkimuksemme alustavia tuloksia on jo esitelty perhesuunnittelun työntekijöille ja ne ovat herättäneet runsaasti keskustelua. Jotkut työntekijöistä ovat pitäneet hyvänä, että vuorovaikutustaitojen puutteellisuus nostetaan esille. Jotkut ovat sanoneet perhesuunnittelun työntekijöiden olevan taitavia vuorovaikutuksessa ja nuorten huomioimisessa. Eräs tutkimukseen osallistunut työntekijä sanoi tunnistaneensa itsensä kerrotusta esimerkistä ja totesi, että hänen osuuden voi jättää poisikin, jos se aiheuttaa hankaluuksia. Palautetta on tullut myös perhesuunnittelupalveluita käyttäneiltä naisilta. He ovat kommentoineet, että vastaanottojen kuvaukset tuntuvat tutuilta omien kokemustensa perusteella.

7.2. Eettistä pohdintaa

Tutkijan asemaan saattaa liittyä monia eettisiä ongelmia varsinkin osallistuvassa havainnointitutkimuksessa (Grönfors 1985). Pyrimme menemään kentälle havainnoimaan ilman ennakkokäsityksiä, mutta väistämättä havaintojamme ohjasivat erilaiset ennako-oletukset ja esitiedot. Alasuutarin (1989) mukaan kukaan ei ole vapaa siitä esitiedosta, jonka varassa maailmaa hahmotetaan. Tutkija ymmärtää ja tulkitsee tutkimuskohdetta vain oman kokemuksensa valossa (Varto 1992). Sairaanhoidajataustamme helpotti sopeutumistamme tutkimusympäristöön, mutta se saattoi myös rajoittaa meitä tarkastelemasta asioita asiakkaan näkökulmasta. Kuitenkin omat kokemuksemme perhesuunnittelupalveluiden asiakaina auttoivat meitä asettumaan asiakkaan asemaan. Eräs lääkäri sanoi kysyneensä terveydenhoitajalta etukäteen koulutustamme ja totesi olleensa helpottunut kuullessaan, että olimme sairaanhoitajia, sillä muuten hänen mielestään vastaanotot olisivat saattaneet olla meille 'shokkihoitoa'.

Oli mielenkiintoista havaita, ettei henkilökunta pitänyt havainnoitsijan läsnäoloa mitenkään kyseenalaisena asiakkaan kannalta. Eräs työntekijä kommentoi: *"Potilaathan ovat tottuneet opiskelijoidenkin läsnäoloon."* Ei voida olettaa, että nuoret olisivat tottuneita ulkopuolisten läsnäoloon ehkäisyneuvonnan vastaanotolla, sillä heillä ei ole välttämättä kokemusta aikaisemmista käynneistä. Esimerkiksi gynekologinen tutkimus on aikuisillekin niin intiimi tilanne, ettei siihen haluta ylimääräisiä katsojia mukaan. Eräessä toimipisteessä meidän oli pukeuduttava hygieenisyyssyistä valkoisiin takkeihin lääkärin vastaanoton ajaksi vaikka kerroimme, että tarkoituksena oli, että asiakkaat ymmärtäisivät meidän olevan ulkopuolisia tutkijoita, eikä henkilökuntaa.

Grönforsin (1985) mukaan tutkijan pitää arvioida missä on eettisyyden raja, vaikka tutkittava ei kieltäytyisikään tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa raja kulki siinä, että emme seuranneet miten sisätutkimus tehtiin eikä vastaanottoja nauhoitettu, koska tutkimus tuli asiakkaille yllätyksenä ja videointi olisi ollut sopimatonta tilanteiden intiimiyden vuoksi.

Tutkimuksesta kieltäytyi kahdeksan nuorta. Työntekijöiden mukaan kieltäytyneet nuoret jännittivät vastaanotolle tuloa kovasti ja he olivat yleensä ensikertalaisia. Eräs terveydenhoitaja sanoi: *"Ei ne eka-kertalaiset halua lääketieteen kandejakaan tai opiskelijoita vastaanotolle."* Esimerkiksi yksi tutkimuksesta kieltäytynyt nuori oli tullut keskustelemaan terveydenhoitajan kanssa abortista ja oli itkenyt koko vastaanoton ajan. Eräs 16-vuotias nuori istui äitinsä kanssa odotushuoneessa ja kysyttäessä tutkimuslupaa äiti vastasi tytön puolesta: *"Ethän sinä halua?"* - ja tyttö ei halunnut. Yksi nuori kertoi, ettei hänellä ollut aiempaa kokemusta perhesuunnittelusta. Hän sanoi ettei osaisi vastata kysymyksiin, eikä halunnut vastaanotolle ulkopuolisia. Mikäli asiakkaat vähänkään vihjasivat, etteivät halunneet osallistua tutkimukseen, emme suostutelleet heitä.

7.3. Tulosten pohdintaa

Perhesuunnittelun käsitteestä

Perhesuunnittelun käsite on käännetty suoraan englanninkielestä (family planning). Käsitteen käyttö ei ole ongelmattonta puhuttaessa nuorten palveluista ja raskauden ehkäisystä. Vaikka nuorilla olisikin toiveena saada lapsia jossain elämänvaiheessa, ei perheen perustaminen ole useinkaan ajankohtaista vielä ehkäisyä hankittaessa. Perhesuunnittelun yksi osa-alue on ehkäisyneuvonta ja se ilmaisee paremmin mistä nykyään on kyse nuorten perhesuunnittelussa. Mikäli tavoitteena on laajentaa ehkäisyneuvontaa seksuaalineuvonnan suuntaan, ei perhesuunnittelu käsitteenä ole silloinkaan osuva. Olisi hyvä kysyä nuorilta minkä nimisen paikan he kokisivat omakseen. Olisiko se kenties nuortenneuvola, murkkuase- ma tai vaikkapa seksimesta?

Kohti "Aatamia ja Eevaa"

Olemme kuvanneet tutkimuksessamme ehkäisyneuvonnan vastaanottotiloja, koska niillä on vaikutusta asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen. Mielestämme tilat eivät olleet tarkoituksenmukaisia nuorten ehkäisyneuvonnalle. Perhesuunnitteluneuvolat sijaitsivat usein äitiys- tai lastenneuvoloiden yhteydessä, niiden seinillä oli julisteita mm. imettävistä äideistä ja vauvoista. Esimerkiksi abortista keskustelemaan tullutta nuorta nämä kuvat saattavat ahdistaa ja lisätä syyllisyyden tunnetta. Nuoresta voi tuntua myös hankalalta odotella vuoroaan samassa odotustilassa esimerkiksi raskaana olevan naapurinsa kanssa. Nuorille tulisikin olla omia, heitä varten suunniteltuja palvelupaikkoja.

Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitoksessa sijaitsevan perhesuunnittelun osaamiskeskuksen, 'Aatamin ja Eevan', vastaanottotilat ovat hyvä esimerkki siitä, miten tiloja voi kehittää asiakaskeskeiseen suuntaan. Neuvontatilana on viihtyisästi sisustettu huone, jossa asiakas ja työntekijä voivat istua pyöreän pöydän äärellä gynekologisen tutkimuspöydän jäädessä verhon taakse. Tämä mahdollistaa vastavuoroisen keskustelun paremmin kuin perinteinen istumajärjestys, missä työntekijä istuu työpöytänsä ja papereidensa äärellä. Nimi "Aatami ja Eeva" viittaa osuvasti siihen, että perhesuunnittelupalvelut ovat tarkoitettu myös miehille.

Perhesuunnittelututkimuksissa on tutkittu yleensä vain naisten näkemyksiä ja kokemuksia (vrt. Turner & Matthews 1991, Edwards 1994, Pulkkinen 1995, Sihvo 1995), miesten kokemuksia ei juurikaan ole tutkittu. Ei ole esimerkiksi selvitetty millaisia palveluja miehet haluaisivat. Nykyinen käytäntö perhesuunnittelussa viestittää, että palvelut eivät kuulu miehille, sillä ne ovat pääasiassa naisten tarjoamia palveluja naisille. Terveystieteiden työntekijöiden tulisi kannustaa naisia ottamaan miehensä mukaan vastaanotolle ja yleisen asennoitumisen miehen rooliin perhesuunnittelussa tulisi muuttua. Pötsönen ja Välimaa (1995) kysyivät pojilta perhesuunnittelupalveluista. Tutkimus osoitti, että pojilla oli kokemuksia ainoastaan kouluterveydenhoitajan vastaanotolta.

Nuorten ja työntekijöiden kehittämistarpeet eivät kohtaa

Kysyttäessä nuorilta millaisia palveluja he toivoisivat, nousi heidän vastauksistaan selvästi esille nuoren ja työntekijän välisen vuorovaikutuksen merkitys ehkäisyneuvonnassa. Nuorten puheesta sai käsityksen, että he olivat kokeneet vuorovaikutuksessa ongelmia. Nuoret odottivat ystävällistä kohtelua ja

hyväksyntää, myös luottamuksellisuus koettiin tärkeäksi. Nuoret arvostivat tiedon saamista, mutta samalla he kaipasivat enemmän keskustelua esimerkiksi elämäntilanteestaan ja seksuaalisuudesta. Nuoret toivoivat myös nuorille suunnattuja palveluja. (vrt. Pötsönen & Välimaa 1995)

Vuorovaikutuksen merkitys ehkäisyneuvonnassa ei noussut työntekijöiden vastauksista yhtä selvästi esille kuin nuorten vastauksista. Työntekijät esittivät pääasiassa palvelujen rakenteisiin liittyviä kehittämisideoita, esimerkiksi palvelujen joustavuutta ja saatavuutta, yhteistyötä koulun kanssa, neuvontamateriaalin kehittämistä ja tiedottamista. Työntekijät eivät esittäneet juuri mitään ehdotuksia oman työnsä eli vastaanotolla tapahtuvan neuvonnan kehittämiseksi. Vaikuttaa siltä, kuten Heikkisen (1989) ja Lepolan (1992) tutkimukset osoittivat, että työ ohjautuu ulkoa, organisaation tavoitteista käsin.

Vastauksiin saattoi vaikuttaa kysymyksen sanamuoto. Kysyimme työntekijöiltä miten he kehittäisivät palveluja, emmekä kysyneet suoraan sitä, kuinka he kehittäisivät omaa työtään. Kyse voi olla myös siitä, että he kokevat vaikeaksi oman työn arvioimisen, mikä tuli esille Poskiparran (1994) vuorovaikutuksen kehittämistutkimuksessa. On myös mahdollista, että terveydenhuoltoalan koulutus ei ole antanut riittäviä valmiuksia oman työn arvioimiseen ja kehittämiseen. Kivisen (1994) mukaan työn luonteen muuttuessa koulutuksessa ja työssä nousevat yhä tärkeämmiksi metataidot, esimerkiksi oman työtavan reflektointi.

Trenholmin ja Jensenin mallin anti

Trenholmin ja Jensenin (1992) malli vuorovaikutuspätevyydestä sopi aineiston tarkasteluun hyvin. Mallin avulla selviää millaisista osa-alueista vuorovaikutuspätevyys koostuu ja miten osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Tämä helpotti pätevyiden tarkastelua ja aineiston analysointia. Ei ollut ongelmattomia sijoittaa jotain asiaa tietyn osa-alueen alle, koska alueet eivät ole selvärajaisia. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut tarkastella sitä, kuinka päteviä työntekijät olivat, vaan miten vuorovaikutuspätevyys näkyi ehkäisyneuvonnassa. Ei voida sanoa, että joku työntekijä olisi pätevä ja joku ei, sillä jokaisella työntekijällä oli omat vahvuusalueensa. Mallin avulla myös työntekijöiden on mahdollista tarkastella ja arvioida omaa toimintaansa.

Neuvonnan kulku ja sisältö kertoivat työntekijän sisäisestä pätevydestä, joka ohjasi vuorovaikutusprosessia. Pääsääntöisesti vastaanotoista jäi myönteinen, vaikkakin kiireinen ja ehkäisyneuvonnotteinen

vaikutelma. Kokonaisuudessaan vastaanottojen kulut muistuttivat paljon toisiaan. Myös Heikkisen (1989) tutkimuksessa neuvontatilanteita sävytti tietty kaavamaisuus, sillä tilanteet näyttivät toistuvan toistensa kaltaisina. Nuorille puhuttiin paljon eri asioista, mutta esimerkiksi gynekologisesta tutkimuksesta olisi voitu kertoa tarkemmin, sillä jotkut nuorista toivat selvästi esille pelkonsa sitä kohtaan (vrt. Sihvo ym. 1995). Aina pelkkä asioista kertominen ei riitä, vaan tueksi tarvitaan havainnollistamista. Gynekologisen tutkimuksen lisäksi kondomin käyttöä ja rintojen omatoimista tutkimista olisi vastaanottoilla pitänyt havainnollistaa. Nuori tarvitsee harjoittelua, jotta tieto muuttuisi käytännön taidoksi.

Vaikka oli kyse ehkäisyneuvonnan vastaanotoista, niin seksuaalisuudesta keskusteltiin vähän. Weijtsin (1993) mukaan työntekijällä oli valta määrätä milloin seksuaalisuudesta ylipäätään vastaanotolla puhuttiin. Tämä piti paikkansa tässäkin tutkimuksessa. Joillain vastaanotoilla työntekijä kartoitti nuoren seksuaalianamneesia, mutta seksuaalisuuden herättämistä tunteista ei keskusteltu.

Tulkintapätevydessä (interpretive competence) on kyse työntekijän huomiointikyvystä. Nuoren elämäntilanteen huomioiminen jäi neuvonnassa vähäiseksi. Asiakas nähtiin erillisenä, ympäristöstään irrallisena, kuten Heikkisen (1989) tutkimuksessa. Nuorille jaettiin vastaanotoilla paljon tietoa, mutta nuorten haastatteluissa ilmeni, etteivät he olleet sisäistäneet kaikkea. Neuvonnassa tiedon määrä ei saisi olla itsetarkoitus, vaan oleellista on se miten nuori ymmärtää asiat. Työntekijällä tulisi olla herkkyys huomioida nuoren tiedontaso ja -tarve eli miten ja mitä kenellekin voi puhua ja mistä nuori haluaa puhua. Työntekijän huomiointikyky vaikuttaa paljon siihen, millaiseksi vuorovaikutus kokonaisuudessaan muodostuu. Nuoren elämäntilanteen ja vastaanoton kontekstin huomioiminen auttavat työntekijää keskittämään neuvonnan oleellisiin asioihin.

Suunnittelupätevyys (goal competence) tarkoittaa työntekijän kykyä suunnitella toimintaansa tekemiensä havaintojen perusteella. Kyse ei ole vain etukäteissuunnitelmasta, vaan myös joustavuudesta muuttaa suunnitelmiaan neuvonnan aikana. Vastaanotoilla työntekijöiden toiminta näytti rutiininomaiselta, asiakkaan tarpeet eivät ohjanneet neuvontaa. Tavoitteena näytti olevan fysiologisesti sopivan ehkäisyn löytäminen nuorelle. Vaikka ehkäisyn saaminen on nuorelle tärkeä asia, voi hänellä olla myös muita tarpeita.

Roolipätevydessä (role competence) on kyse työntekijän tarkoituksenmukaisen roolin valinnasta. Asiakas - työntekijä -suhde on pohjimmiltaan ammatillinen suhde, jossa osapuolet eivät ole aidosti ta-

savertaisia (Kuronen 1994). Havainnoimamme vastaanotot olivat selvästi työntekijäjohtoisia (vrt. Heikkinen 1989, Lepola 1992). On luonnollista, että työntekijä ammattiasemansa puolesta ohjaa neuvonnan etenemistä, mutta sen voi tehdä monella tavalla. Tyypillistä oli, että asiat annettiin nuorelle valmiina - työntekijä jakoi tietoja, antoi ohjeita ja varoitteli vaaroista. Ingrosso (1993) puhuu kasvatuksellisesta otteesta, jossa työntekijä ei aseta tavoitteita ulkoapäin, vaan on yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteen hakumatkalla. Nuoren kohdalla Ingrosson esittämä terveyskasvatuskäsitys voi tarkoittaa esimerkiksi neuvontatilannetta, jossa nuoren käsitys itsestä aikuistuvana, vastuullisena ja kyvykkäänä yksilönä vahvistuu. Silloin ei olisi kyse vain raskauksien ja sukupuolitautilien ehkäisystä, vaan nuoren hyvinvoinnin ja seksuaalisen terveyden edistämisestä.

Työntekijän ja nuoren ikäero vaikuttaa rooleihin. Vaikutti siltä, että mitä vanhempi työntekijä oli, sitä holhoavampaa oli hänen suhtautumisensa nuoreen. Tämä saattoi liittyä mm. siihen, että työntekijällä oli itsellään murrosikäisiä lapsia. Tällöin ammattiroolia ja äidin roolia oli vaikea pitää erillään. Tytötellesään nuorta työntekijä määrittelee tahtomattaan nuoren aseman, mikä ei edesauta tasavertaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä.

Aineiston perusteella oli vaikeinta tarkastella työntekijän koettua pätevyyttä (self competence). Sitä olisi voitu tutkia paremmin esimerkiksi syvähaastattelulla. Pystyimme kuitenkin tekemään siitä joitakin johtopäätöksiä. Vaikutti siltä, että seksuaalisuudesta puhumista arasteltiin tai välteltiin (vrt. Weijs 1993). Tämä saattoi johtua siitä, että työntekijän omassa nuoruudessa seksuaalisuudesta ei ole puhuttu tai seksuaalisuuteen yleensäkin liittyy arvolatauksia. On kuitenkin tärkeää, että työntekijä on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Hänen asennoitumisensa seksuaalisuuteen välittyy herkästi. Esimerkiksi nuori saa erilaisen käsityksen, jos työntekijä puhuu katumuspillereistä jälkiehkäisytablettien sijaan. Perhesuunnittelutyössä työntekijä joutuu puhumaan seksuaalisuudesta muodossa tai toisessa. Oleellista on, että jokainen löytää itselleen luontevan tyylin puhua. Esimerkiksi nuorten kanssa ei välttämättä ole tarpeen puhua seksuaalisuudesta kovin henkilökohtaisella tasolla. Nuorestakin saattaa olla turvallisempaa, että siitä puhutaan yleisellä tasolla. Tärkeää on kuitenkin, että siitä puhutaan.

Työntekijän viestintä kertoo siitä, kuinka pätevä hän on muilla vuorovaikutuspätevyyden osa-alueilla. **Viestintäpätevyys (message competence)** sisältää sekä verbaalisen että nonverbaalisen viestinnän. Nonverbaaliseen viestintään emme paneutuneet tässä tutkimuksessa tarkemmin, koska emme videoineet neuvontatilanteita. Viestinnässä on oleellista se, että työntekijä ja nuori ymmärtävät toisiaan. Nuo-

resta tekemiensä tulkintojen perusteella työntekijä valitsee oman tyyhinsä viestiä. Tällöin on tärkeää ettei hän ali- tai yliarvioi nuoren ymmärrystä. Tässä tutkimuksessa työntekijät puhuivat seksuaalisuuteen liittyvistä asioista niiden oikeilla nimillä. Se, että asioista puhutaan suoraan ja oikeilla nimillä, antaa kuvan, että niistä voi puhua avoimesti.

Tarkastelimme viestintäpätevydessä työntekijän käyttämän kielen lisäksi materiaalia. Nuorten neuvonnassa käytetyn terveystietämateriaalin puutteellisuudesta oli hyvä esimerkki se, että havainnoituilla vastaanotoilla nuorille annettiin esite 'Tietoa rintasyövästä' rintojen tutkimisesta puhumisen yhteydessä. Mielestämme esite, jossa kerrotaan rintasyövän vaaratekijöistä, oireista ja hoidosta ei motivoi nuorta rintojen tarkkailuun, vaan ennemminkin lisää pelkoja ja ahdistusta. Sopimattoman materiaalin jakaminen ei kerro pätevistä viestinnästä. Neuvonnassa käytetyn materiaalin perusteella voidaan sanoa, että siinä on paljon kehittämisen varaa. Jotta materiaali vastaisi nuorten tarpeita, sitä tulisi kehittää yhteistyössä nuorten kanssa.

7.4. Ajatuksia työn kehittämiseksi

Ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa työskennellä, tapoja on yhtä monia kuin on työntekijöitä. Jokainen toimii oman koulutuksensa, elämäkokemuksensa ja persoonansa määrittämässä puitteissa. Vuorovaikutuspätevyysmallin perusteella laatimiemme kysymysten ja ajatusten avulla haluamme herättää ja pysäyttää työntekijät miettimään omia vuorovaikutustaitojaan ja toimintatapojaan työskennellessään nuorten parissa.

Tulkintapätevyys:

- * Tunnetko nuoruuden erityispiirteitä ja nuorisokulttuuria?
- * Huomioitko ehkäisyneuvonnan kontekstin merkityksen eli muistatko, että kyse on nuorelle ainutkertaista tilanteesta, jossa hän joutuu puhumaan henkilökohtaisista asioistaan, joista ei ehkä ole aiemmin puhunut kenellekään, tai jossa hänen tulee paljastaa itsellekin vieras, kehittyvä ruumiinsa vieraalle ihmiselle?
- * Huomioitko nuoren tiedontason ja -tarpeen?

Suunnittelupätevyys:

- * Oletko selvillä siitä miten toimit ja miksi?
- * Osaatko joustaa ja muuttaa suunnitelmaasi tilanteen mukaan?
- * Näetkö neuvonnan tavoitteena sopivan ehkäisymenetelmän löytymisen vai kenties nuoren terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen?
- * Muista, että neuvonnan lähtökohtana on aina asiakkaan tarpeet.

Roolipätevyys:

- * Mikä on roolisi neuvonnassa - oletko tiedon jakaja, tekninen toimenpiteiden tekijä, varoiteleva ja holhoava äitihahmo vai kuunteleva konsultti, joka tukee nuoren matkaa kohti oman sukupuolisuutensa löytämistä ja aikuisuutta?
- * Pohdi myös rooliasi työyhteisössä.

Koettu pätevyys:

- * Kuinka hyvin tunnet itsesi - tunnistatko asenteitasi ja tunteitasi, joilla on vaikutusta kohdatessasi nuoren asiakkaan?
- * Tiedostatko vahvuutesi ja heikkoutesi?
- * Pohditko omaa tapaasi tehdä työtä?
- * Oletko sinut oman seksuaalisuutesi kanssa?
- * Uskallatko ja osaatko puhua seksuaalisuudesta nuoren kanssa?
- * Hyvä keino kehittää työtä on pyytää palautetta asiakkailta ja työtovereilta.

Viestintäpätevyys:

- * Millainen olet viestijänä?
- * Osaatko tulkita nuoren lähettämiä viestejä?
- * Koetko tarpeelliseksi kehittää viestintätaitojasi?

KIRJALLISUUS

- Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Acta Universitatis Ouluensis Series D Medica 269. Hoitotieteen laitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Alasuutari, P. 1989. Erinomaista, rakas Watson: johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Helsinki: Hanki ja jää.
- Björklund, T., Geust, B. Kaheinen, P. & Sammalkorpi, H. 1989. Terveystenhoitaja nuorten itsetunnon tukijana. Teoksessa R. Raatikainen (toim.) Hoitotyön tutkimuksia. Vaasa: Kirjayhtymä, 10-33.
- Bochner, S. 1983. Doctors, Patients and their Cultures. Teoksessa D. Pendleton & J. Hasler (toim.) Doctor-Patient Communication. Orlando: Academic, 127-138.
- Bogdan, R.C. & Biklen S.N. 1992. Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods. Boston: Allyn and Bacon.
- Cacciatore, R., Ingman-Friberg, S. & Apter, D. 1994. Seksivalistuksen uudet haasteet. Suomen Lääkärilehti 25/94, 2471-2475.
- Campbell, J., Mauksch, H., Neikirk, H. & Hosokawa, M. 1990. Collaborative Practice and Provider Styles of Delivering Health Care. Social Science Medicin 12, 1359-1365.
- Dodge, J.A. & Oakley, D. 1989. Analyzing Nurse-Client Interactions in Family Planning Clinics. Journal of Community Health Nursing 6, 37-44.
- Edwards, S.R. 1994. The Role of Men in Contraceptive Decision-Making: Current Knowledge and Future Implications. Family Planning Perspectives 2, 77-82.
- Evans, B. J., Stanley, R. O. & Burrows, G. D. 1992. Communication Skills Training and Patients' Satisfaction. Health Communication 4, 155-170.
- Field, P. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Goldsmith, M. 1992. Family Planning and Reproductive Health Issues. Teoksessa H. Curtis (toim.) Sexual Health Promotion. Health Education Authority. London: British Medical Association Foundation for AIDS, 121-128.
- Greenberg, J.S., Bruess, C.E. & Mullen, K.D. 1993. Sexuality Insights and Issues. Dubuque: Wm. C. Brown Communications.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.

- Heikkinen, R-L. 1989. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveystutkimusanalyysi. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A: Tutkimusraportti N:o 42. Tampere.
- Herz, E.J, Olson, L.M. & Reis, J.S. 1988. Family Planning for Teens: Strategies for Improving Outreach and Service Delivery in Public Health Settings. *Public Health Reports* 4, 422-429.
- Hämäläinen, H., Rasimus, A. & Ritamo, M. 1995. Aborttitilasto 1993. *Tilastotiedote* 1995:14. Stakes.
- Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon". Kuopion yliopiston julkaisuja. *Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset* 2/1987. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Infante, D. A, Rancer, A. S. & Womack, D. F. 1990. *Building Communication Theory*. Illinois: Prospect Heights.
- Ingrosso, M. 1993. Becoming Sensitive to Health. Effectiveness and Learning in Health Education and Promotion. *Archives of Hellenic Medicine Official Journal of The Athenes Medical Society* 10, Suppl. A, 11-27.
- International Planned Parenthood Federation 1995. *Sexual and Reproductive Health. Vision 2000. Family planning puts promises into practice*. London.
- Kannas, L. 1993. Nuorten seksuaalikasvatuksen tavoitteita, tehtäviä ja menetelmällisiä erityispiirteitä. Teoksessa L. Kannas (toim.) *Ihanan tukala seksuaalisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 1993:4. Helsinki: Painatuskeskus, 9-40.
- Kivinen, K. 1994. "Orjat ja sankarit". Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat työt ja koulutustarpeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn ja koulutuksen kehittämisprojekti. Sarja A: Tutkimusraportteja 1. Helsinki: Tehy.
- Kontula, O. & Meriläinen, J. 1988. Nuorten kypsyminen seurusteluun ja seksuaalisuuteen. Lääkintöhallituksen julkaisuja. *Terveystutkimus*. Sarja Tutkimukset 9. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kontula, O. & Rimpelä, M. 1988a. Nuorten tiedot sukupuolisesta kehityksestä. *Terveystutkimuksen vuosikirja*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 8. Jyväskylä: Gummerus, 141-156.
- Kontula, O. & Rimpelä, M. 1988b. Onko aids-valistus vaikuttanut nuorten seksuaalisuuteen 1986-1988? *Suomen Lääkärilehti* 35/88, 3493-3500.
- Kosunen, E. 1993a. Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy. Stakes. Raportteja 99. Jyväskylä: Gummerus.
- Kosunen, E. 1993b. Tuloksellista perhesuunnittelua 1970 - 1980 -luvulla - pettävätkö palvelut 1990 -luvulla? Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) *Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla*, Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 133-143.

- Kosunen, E. 1996. Adolescent Reproductive Health in Finland: Oral Contraception, Pregnancies and Abortions from the 1980s to the 1990s. University of Tampere 1996.
- Kreps, G.L. & Thornton, B.C. 1992. Health Communication. Theory & Practice. Illinois: Waveland Press.
- Kuronen, M. 1994. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakes Tutkimuksia 35. Jyväskylä: Gummerus.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja Tutkimukset 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992 / 785.
- Leino-Kilpi, H. 1991. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lepola, I. 1992. Tulkinallisen tutkimusotteen metodologisista perusteista kontekstina terveydenhoitajan toteuttaman terveysneuvonnan analyysi. Teoksessa I. Lepola, M. Nikkonen & T. Nores (toim.) Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 58. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1-42.
- Lähteenmäki, P., Bildjuschkin, K., Slotte, M., Mäkelä, M., Suhonen, S. & Toivonen, J. 1993. Avoimien ovien malli teini-ikäisten sukupuoli- ja seurusteluasioiden neuvontaan. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 161-167.
- Maunula, M. 1992. Nuoret ja kondomi. Selvitys nuorten ehkäisyyn liittyvistä tiedoista, taidoista ja toiveista. Väestöliitto. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-59.
- Niemi, P. 1994. Vuorovaikutustaitojen opettaminen. Teoksessa M. Rimpelä, P. Niemi & P. Vainiomäki (toim.) Vuorovaikutus ja lääkärin työ lääketieteen perusopetuksessa. Stakes Aiheita 21, 47-63.
- Niikko, A. 1993a. Opettajakokelaiden praktisesta tiedosta ja sen muuttumisesta ammatillisen opettajankoulutuksen syventävässä vaiheessa. Jyväskylän ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 6. Jyväskylä.
- Niikko, A. 1993b. Varhaiskasvatus-, päivähoitotyö ja ammattipätevyys koulukohtaisen toimintatutkimusprojektin teoreettisena lähtökohtana. Jyväskylän ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 4. Jyväskylä.

- Nikkola, R. & Krause, K. 1993. Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ja heidän osastonhoitajiensa arviot sairaanhoitajakoulutuksen antamista käytännön valmiuksista. Teoksessa K. Krause & I. Kiikkala (toim.) Tutkimus tutuksi. Tutkimustuloksia käytännön hoitotyötä varten. Tampere: Kirjayhtymä, 170-185.
- Northouse, P.G. & Northouse, L.L. 1985. Health Communication. A Handbook for Health Professionals. New Jersey: Prentice-Hall.
- Nurmi, T. 1990. Terveystieteiden ja seksin. Terveystieteen valmiudet ihmissuhde- ja sukupuolikasvatukseen. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Nurmi, T. 1993. Raskaudenkeskeytyksistä ihmissuhde- ja sukupuolikasvatukseen. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 15-29
- Patton, M. 1990. Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park: Sage.
- Pelkonen, M. 1989. "Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut" Tutkimus nuorten kuntalaisten sekä terveyden- ja sairaanhoitajien itsestä huolenpitoa, terveyttä ja hoitotyötä koskevista käsityksistä. Sairaanhoidon tutkimuslaitos N:o 1. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Peräkylä, A. & Silverman, D. 1991. Reinterpreting Speech-Exchange Systems: Communication Formats in AIDS Counselling. *Sociology* 4, 627-651.
- Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 5, 211-217.
- Pulkkinen, S. 1995. Asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvontapalveluiden toimivuudesta. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Pötsönen, R. 1995. Suomalaisen nuorten seksuaalinen kokemukseisuus ja ehkäisy menetelmät. Terveyskasvatus 1. Helsinki: Terveyskasvatuksen keskus.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1995. Seurustelua ja pelkkää asiaa. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja. Jyväskylän yliopisto.
- Rimpelä, A. 1993. Ehkäisystä keskeytykseen - epidemiologinen katsaus. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 31-49.
- Rimpelä, M. 1994. Keskustelua vuorovaikutusopetuksesta lääkärinkoulutuksessa. Teoksessa M. Rimpelä, P. Niemi & P. Vainiomäki (toim.) Vuorovaikutus ja lääkärin työ lääketieteen perusopetuksessa. Stakes Aiheita 21, 7-32.

- Rimpelä, M. & Ritamo, M. 1993. Raskauden keskeytykset 1990-luvun perhesuunnittelussa. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 209-217.
- Rimpelä, M. & Ritamo, M. 1995. Perhesuunnittelua vuoteen 2000. Kehittämishankkeen tavoitteet ja sisältö. Suomen Lääkärilehti 8/95, 907-912.
- Ritamies, M. 1993 a. Ehkäisyyn ja aborttiin liittyviä käsitteitä. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes. Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 219-221.
- Ritamies, M. 1993 b. Suunnittelemattomien raskauksien vähenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 51-64.
- Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavarat kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Shemeikka, S. 1991. Terveyskasvattajan omaksumat toimintamallit ja niiden vaikutusten tutkiminen. Teoksessa H. Urponen, P. Aarva & R. Nupponen (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 2. Tampere: Kirjapaino R. K. Virtanen, 83-90.
- Sihvo, S., Hemminki, E., Koponen, P., Kosunen, E., Malin-Silverio, M., Perälä, M-L. & Rääkkö-nen, O. 1995. Raskauden ehkäisy ja terveyspalveluiden käyttö. Tuloksia väestöpohjaisesta tutkimuksesta 1994. Stakes Aiheita 27. Helsinki.
- Simoila, R. & Harlamov, A. 1994. Terveystieteiden tutkimuksen jännitteet. Analyysi neljän terveyskeskuksessa toimivan terveydenhoitajan ajattelu- ja toimintamalleista. Teoksessa R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen - Jussila (toim.) Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Toimiva terveyskeskus -projektin viides osaraportti. Stakes Raportteja 80. Jyväskylä: Gummerus, 3-56.
- Stakes 1994. Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. Työryhmän raportti. Stakes Aiheita 3. Helsinki.
- Stakes 1995. Perhesuunnittelu 2000. Verkostolehti 6. Helsinki.
- Stewart, M. 1984. What is a Successful Doctor-Patient Interview? A Study of Interactions and Outcomes. *Social Science Medicine* 2, 167-175.
- Sulkunen, P. 1989. Johdatus sosiologiaan. Juva: WSOY.
- Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus - avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.
- Taylor, S. G., Pickens, J. M. & Geden, E. A. 1989. Interactional Styles of Nurse Practitioners and Physicians Regarding Patient Decision Making. *Nursing Research* 1, 50-53.

- Toivonen, J., Mäkelä, M., Bildjuschkin, K. & Slotte, M. 1991. Avoimet Ovet. Duodecim 107, 1829-1834.
- Trenholm, S. & Jensen, A. 1992. Interpersonal communication. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Turner, J. T. & Matthews, K. A. 1991. Measuring Adolescent Satisfaction With Nursing Care. The ABNF Journal. 2(3), 48-52.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja Kasvatus 5-6, 387-398.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä.
- Viinamäki, H. 1987. Vuorovaikutustekijöiden merkityksestä terveyskäyttäytymismuutoksessa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 3/1987. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Virkkala, R. 1988. Tietoa seksuaalielämästä vaateliaille ihmisille. Teoksessa O. Kontula, K. Kautto, M. Miettinen & P. Rantalainen (toim.) Tietoiseksi: tietoa ja näkemyksiä seksuaalipolitiikasta. Helsinki: Gaudeamus, 102-107.
- Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Acta Universitatis Ouluensis Series D Medica 218. Kansanterveyslaitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Wallace, H.M. & Vienonen, M. 1989. Teenage Pregnancy in Sweden and Finland. Journal of Adolescent Health Care 10, 231-236.
- Weijts, W. 1993. Speaking about Sexuality. Patient Participation in Gynaecological Consultations: Studying Interactional Patterns. Maastricht, 87-107.
- Winter, L. & Breckenmaker, L.C. 1991. Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents. Family Planning Perspectives 1, 24-30.

TAUSTATIETOJA

LIITE 1

taulukko 1. Haastatellut työntekijät

alue	perhesuunnittelu- neuvola		kouluterveyden- huolto		opiskelijaterveyden- huolto		yhteensä
	th	l	th	l	th	l	
Vantaa	3	2	3	0	2	0	10
Riihimäki	3	2	4	0	0	1	10
Jyväskylä	3	1	3	0	2	0	9
Sisä-Suomi	2	0	2	0	0	0	4
yhteensä	11	5	12	0	4	1	33

taulukko 2. Havainnoidut työntekijät

alue	perhesuunnittelu- neuvola		kouluterveyden- huolto		opiskelijaterveyden- huolto		yhteensä
	th	l	th	l	th	l	
Vantaa	2	2	1	0	0	0	5
Riihimäki	1	0	0	0	1	1	3
Jyväskylä	2	1	0	0	0	0	3
Sisä-Suomi	2	0	0	0	0	0	2
yhteensä	7	3	1	0	1	1	13

taulukko 3. Havainnoitujen nuorten ikä

ikä	n
14	1
15	0
16	4
17	4
18	2
19	3
20	4
puuttuu	1
yhteensä	19

Miten työntekijä tervehtii asiakasta?

Mikä on käynnin tarkoitus ?

Tiedusteleeeko työntekijä asiakkaan perhesuunnitteluun liittyviä tavoitteita ja suunnitelmia?

Tiedusteleeeko työntekijä asiakkaan ongelmia käytetyn ehkäisyn suhteen? Jos vastaus on kyllä, niin keskusteleeko työntekijä ongelmista?

Tiedusteleeeko työntekijä, onko asiakas halukas käyttämään jotakin tiettyä ehkäisymenetelmää?

Mitä työntekijä kertoo mainitsemistaan ehkäisymenetelmistä?

toimintaperiaate

varmuus

käyttötapa

kontraindikaatiot

sivuvaikutukset

sivuvaikutusten hoito

Mitä neuvontamateriaalia työntekijä käyttää keskustellessaan ehkäisymenetelmistä?

Selvitetäänkö asiakkaan lääketieteelliset taustatiedot?

Poissuljetaanko ehkäisymenetelmän kontraindikaatiot?

Mitataan verensokeri? Jos se on korkea, niin mitä tehdään ehkäisyn suhteen?

Suljetaanko raskauden mahdollisuus pois? Miten?

Miten työntekijä rohkaisee asiakasta esittämään kysymyksiä?

Kerrotaanko asiakkaalle milloin olisi hyvä soittaa tai tulla seurantakäynnille?

Havainnointirunko - asioita, joihin kiinnitimme havainnoinnissa lisäksi huomiota:

- vastaanoton alkaminen, eteneminen ja päättyminen
- tutkijaan suhtautuminen
- kuka puhuu ja mitä puhutaan
- kuka tekee kysymyksiä ja miten kysymyksiin vastataan
- millaista kieltä työntekijä käyttää: vieraskieliset sanat yms.
- vastaanoton ilmapiiri: esim. huumorin käyttö, kiireettömyys, työntekijän kärsivällisyys, ystävällisyys, jännityksen ja pelkojen huomioiminen
- mitä toimenpiteitä vastaanotolla tehdään
- vuorovaikutuksen taso: subjekti-subjekti vai subjekti-objekti
- miten työntekijä huomioi asiakkaan elämäntilanteen, kokemukset, tiedontason, tarpeet, seksuaalisuuden jne.
- varmistaako onko asiakas ymmärtänyt asian
- miten terveyden edistäminen, terveyskasvatus näkyy
- sanaton viestintä: asennot, etäisyys, katse
- asiakkaan aktiivisuus, itsemääräämisoikeus, intimiteetti

"Tänään on ollut seikkailujen päivä. Aamupäivällä lähdin hyvin valmistautuneena haastattelemaan kouluterveydenhoitajaa. Olin katsonut kartalta, missä koulu on, mutta kun pääsin juna-asemalle en tajunnut yhtään mihin olisi pitänyt mennä. Kysyin eräältä alkoholisoituneelta mieheltä missä koulu mahtaisi olla - ei tiennyt. Muita ihmisiä ei näkynyt mailla ei halmeilla. Valitsin yhden suunnan jota kautta yritin päästä koululle. Pari vastaantulijaa ei osannut neuvoa. Soitin taksin ja olin koululla tasan kello 12 - sovitusti. Onneksi lähdin ajoissa liikkeelle."

"Tähän mennessä kaikki terveydenhoitajat ovat olleet mukavia ja yhteistyöhaluisia. Missään ei ole suhtauduttu tutkimukseen epäillen, vaan kiinnostuneena. Asiakkaat ovat yleensä aina ihania!"

"Nyt kun on kierrellyt useampia paikkoja niin huomaa, että itse osaan olla rennompi ja saan kuitenkin haluamani asiat selville."

"Nyt on hyvä kun on pari viikkoa edellisestä kenttäpäivästä, menen aivan eri fiiliksellä, kun en ole väsynyt kentällä olemiseen."

"Miten erilaisia persoonallisuuksia terveydenhoitajat ovat! Yksi puhuu paljon ja innostuneena. Selvästi näkee, että hän pitää työstään, tekee sitä mielellään, siihen paneutuen, itsensä likoon laittaen. Toinen on arka, vähättelee omaa osuuttaan ja tuo työnsä esille kapea-alaisena ja samalla kertoo ettei perhesuunnitteluneuvoiloissa luoteta heidän, kouluterveydenhoitajien, ammattitaitoon. Kolmas on ammattitaitoinen, mutta tekee työtään enemmän työnä kuin ensimmäinen."

"Menin havainnoimaan, en löytänyt kynääni mistään. Ajattelin, etten voi häiritä asiakas-lääkäri - kontaktia, joten pöydältä en voi kynää hakea. Lopulta se onneksi löytyi taskustani ja ehdin tehdä muistiinpanoja."

"Olemmekohan liian kriittisiä hoitoa kohtaan? Asiakkaat vaikuttavat tyytyväisiltä, vaikka emme sitä vastaavassa tilanteessa itse olisi. Johtuuko ero siitä, että terveydenhuollon ammattilaisina osaamme nähdä enemmän epäkohtia ja tiedämme miten periaatteessa pitäisi toimia? Vai onko niin, että vähempi laatu riittää ihmisille? Olin kuvitellut, että ihmisistä on tullut kriittisempiä ja vaativampia kuin ennen, että osattaisiin vaatia parempaa palvelua."

(mukana vain ne kysymykset, joita käytetty tässä tutkimuksessa)

1. Mikä oli pääsyy siihen, että tulit tänään perhesuunnittelun vastaanotolle?
2. Mitä ehkäisymenetelmää käytät tällä hetkellä?
3. Liittyen käyttämäsi menetelmään (tai juuri valitsemaasi menetelmään), saitko työntekijältä seuraavat neuvot:
 - kertoi selvästi kuinka menetelmä toimii
 - näytti kuinka menetelmää käytetään
 - kuvasi mahdolliset sivuvaikutukset
 - kertoi mitä tehdä, jos sivuvaikutuksia ilmenisi
 - kertoi sinulle mistä ehkäisyvälinettä saa
 - kysyi oliko sinulla mitään kysyttävää
4. Eri ehkäisymenetelmät toimivat eri tavalla. Osaisitko kertoa saamasi tiedon perusteella kuinka käyttämäsi ehkäisymenetelmä toimii?
5. Oletko saanut kirjallista ohjemateriaalia? Mitä?
6. Kävitkö työntekijän kanssa saamaasi materiaalia läpi?
7. Ymmärsitkö mitä siinä sanotaan?
8. Tuntuuko sinusta, että sait tänään haluamaasi / tarvitsemaasi palvelua?
9. Kuinka kauan sinun täytyi odottaa ennenkuin pääsit vastaanotolle?
10. Sopivatko nämä vastaanottoajat sinulle?
11. Tuntuuko sinusta vastaanoton aikana, että henkilökunta oli ystävällistä?

12. Tunsitko vastaanoton aikana ymmärtäväsi työntekijää helposti, kun hän kertoi asioista vai oliko häntä vaikea ymmärtää?
13. Kuinka tyytyväinen yleisesti ottaen olet käyntiisi tässä toimipisteessä?
14. Mikä sai sinut erittäin tyytyväiseksi?
15. Onko sinulla ehdotuksia toimipisteen perhesuunnittelupalveluiden kehittämiseksi?
16. Kerrottiinko sinulle milloin soittaa tai tulla uudelleen vastaanotolle?
17. Oletko käynyt kumppanisi kanssa perhesuunnitteluneuvolassa tai vastaavassa paikassa? Missä?
18. Onko lääkärin sukupuolella mielestäsi vaikutusta hakiessasi perhesuunnittelupalveluita?
19. Mitä perhesuunnittelu mielestäsi tarkoittaa?
20. Keneltä tai mistä saat tietoa perhesuunnittelupalveluista?
21. Oletko käyttänyt muita kuin tämän toimipisteen perhesuunnittelupalveluita?
22. Millaisia kokemuksia sinulla on perhesuunnittelupalveluista ja niiden laadusta?
23. Mikä on mielestäsi tärkeää, kun nuori tulee ensimmäistä kertaa hakemaan ehkäisyä?
24. Millaisia perhesuunnittelupalveluita toivoisit nuorille?
25. Taustatiedot: ikä, siviilisääty, koulutus

TIIVISTELMÄ TYÖNTEKIJÄN HAASTATTELULOMAKKEESTA LIITE 6

(mukana vain ne kysymykset, joita käytetty tässä tutkimuksessa)

Taustatietoja:

1. Haastateltavan työntekijän ammatti
2. Kuinka monta kuukautta / vuotta olet työskennellyt täällä?
3. Kuinka monta kuukautta / vuotta olet työskennellyt perhesuunnittelupalveluissa?
4. Kuinka monta vuotta sitten valmistuit ammattiisi?

Neuvontamateriaali ja tilat:

5. Tarjoaako neuvontamateriaali asiakkaille tasapuolista tietoa vapaan ja tietoisin valinnan helpottamiseksi?
6. Ymmärtävätkö asiakkaat jaetun neuvontamateriaalin sisällön?
7. Ovatko työtilat hyvät ja sopivat perhesuunnittelutyötä ajatellen?

Nuori asiakas:

8. Mitä huomioit kun asiakkaana on nuori tyttö tai poika?
9. Kysyvätkö nuoret sinulta seksuaalisuuteen liittyvistä asioista?
10. Mitä nuoren pitäisi mielestäsi tietää käyttämästään ehkäisymenetelmästä?
11. Kuinka kehittäisit erityisesti nuorille suunnattuja perhesuunnittelupalveluita, jotta ne vastaisivat mahdollisimman hyvin nuoren tarpeita?
12. Keskusteletko nuoren kanssa:
 - a) Itsetyydydytyksestä ei, miksi ei?
kyllä, mitä?
 - b) Sukupuolitaudeista ei, miksi ei?
kyllä, mitä?
 - c) Kondomin käytöstä ei, miksi ei?
kyllä, mitä?
- d) Oletko opettanut vastaanotolla kondomin käyttöä? Jos kyllä, niin miten?
- e) Mahdollisista riskitilanteista ja niiden hallinnasta?
- f) Seksuaalisen kanssakäymisen lykkäämisestä ei, miksi ei?
kyllä, mitä?

Kehittämisajatukset:

13. Onko sinulla ehdotuksia siitä, miten perhesuunnittelupalveluita voitaisiin parantaa?

Perhesuunnitteluneuvola, asiakkaana 19-vuotias nuori

Nuoren odottaessa odotustilassa terveydenhoitaja pyytää hänet etunimeltä vastaanottohuoneeseen.

Terveydenhoitaja (th) ei kättele nuorta. Hän sanoo heti vastaanoton alussa:

"Lähdetään näin liikkeelle: ensin henkilötiedot ja sitten ehkäisyasiat." Th kysyy minkä ikäisenä kuukautiset ovat alkaneet, mitä nuori ei muista. Th kysyy kuukautisten säännöllisyyttä.

Nuori: *"Heittää viikon."*

Th: *"Jos lasket alkamispäivästä seuraavaan alkamispäivään, onko allakkaa?"*

Nuori kertoo, ettei ole merkinnyt almanakkaan kuukautisia.

Th tarkentaa vielä milloin viimeiset kuukautiset ovat olleet. Nuori: *"marraskuun lopussa"*

Th: *"Et sitten yhtään muista, miten oli tässä?"* Katsovat yhdessä kalenteria.

Th: *"Montako päivää kestää?"*

Nuori: *"6-7"*

Th: *"Onko niukat, tavalliset, runsaat, miten itse luonnehtisit? Onko kipuja?"*

Nuori: *"Ensimmäisenä päivänä."*

Th kysyy onko ollut raskauksia, keskeytyksiä tai onko käyttänyt pillereitä aiemmin, kysyy myös tupakoinnista.

Nuori sanoo ettei polta, mihin th vastaa: *"Hyvä"*

Th kysyy listalta luetellen onko mitään allergioita tai sairauksia. Nuori kertoo, että hänellä on ollut lääkitys akneen. Hän on joutunut käymään gynekologilla ja kertoo missä on käynyt. Th: *"Tarviiko vielä syödä?"*

Nuori: *"Ei kahteen vuoteen."*

Th: *"Se ilmeisesti liittyy murrosikään?"*

Nuori: *"Tuli kauheen pahana."*

Th kysyy käyttäkö nuori mitään lääkkeitä.

Nuori: *"Ei"*

Th kysyy myös lähisuvun lääkitykset.

Nuori: *"Ei"*

Tämän jälkeen on vuorossa pituuden ja painon mittaaminen.

Th sanoo: *"Käy vaakaan, ota kengät pois."* ja neuvoo omalla paikallaan istuen miten puntari toimii. Seuraavana on vuorossa verenpaineen mittaust.

Th: *"Mitä sulla on jatkosuunnitelmia?"*

Nuori kertoo, että on valmistumassa eikä ole kysellyt töitä.

Th saa verenpaineen arvoksi 120/75 ja sanoo: *"Than hyvä, nää on tuttuja sulle, nää verenpaineasiat."*

Th palaa nuoren aiemmin mainitsemaan gynekologiseen tutkimukseen ja sanoo: *"Lääkäri tekee tänään ja antaa kolme kuukautta maksutta mukaan."*

Th poistuu huoneesta hakemaan reseptilomakkeita ja pilleriliuskan malliksi ja sanoo: *"Kun kuukautiset seuraavan kerran alkaa: otat ensimmäisenä vuotopäivänä...21 tablettia...7 päivän tauko. Saat todennäköisesti yhdistelmäpillerit, en tiedä mitä lääkäri määrää. Kuukautiskierto muuttuu säännölliseksi, olisi hyvä ottaa tiettyyn aikaan vuorokaudesta, ehkä illalla, parin tunnin heitto ei tärkeä, ennen kartsalle lähtöä. Kun viimeinen lista loppumassa, soita ja varaa mulle aika, katsotaan miten on mennyt. Pillereissä hyvät ohjeet sivuvaikutuksista, kokeilemalla saatava selville mikä sopii, kuitenkin alussa pari listaa käytettävä. Olikos jotain?"*

Nuori: *"Jäi epäselväksi koska otetaan, ei oo muuta kysyttävää."* Th sanoo, että jos on jotain epäselvyyttä, niin nuori voi soittaa ja kirjoittaa reseptin valmiiksi lääkäriä varten.

Th: *"Sitten henkilökohtainen kysymys: onko vakituista poikaystävää?"*

Nuori kertoo seurustelleensa kaksi vuotta. Th kysyy mitä ehkäisyä nuori on käyttänyt.

Nuori: *"Ei ole ollut tarvetta."*

Th: *"Ohjataan kuitenkin yleensä kondomin käyttöä, teidän oma asia, pillerit suojaa raskaudelta, mutta ei taudilta, asutteko yhdessä?"*

Nuori: *"Joo"*

Th: *"Keksitkö jotain muuta?"*

Nuori: *"Soitan, jos tulee jotain muuta kysyttävää."*

Th: *"Voitaisiin ottaa esille rintojen tutkiminen. Oletko muistanut tutkia? Osaatko?"*

Nuori kertoo, että koulussa ollut tekorinta, jonka avulla harjoiteltu tutkimista painelemalla.

Th: *"Käytkö pötkölleen?, nostat vaan paidat ja liivit ylös, eihän tää vaikeaa - kerran kuussa kuukautisten jälkeen, koska rintakudos pehmeimmillään. 'Kerran kuussa' -idea: oppii tuntemaan omat rintansa. Kokeilepa ite, just noin, eihän tunnu kummoiselta?"*

Nuori: *"Ei, mutta ei saa itse aikaan."*

Th: *"Vaikuttaa pehmeiltä."*

Th kertoo miten herneenkaltaisen pahkuran [syöpäkasvaimen] voi löytää.

Th: *"Tämä ei ole mikään pelottelupuhe."*

Nuori: *"Kai sen itse erottaa?"*

Th antaa esitteen 'Tietoa rintasyövästä' ja kertoo: *"Tärkein pykälä rintojen omatoiminen tarkkailu, oisko tähän kysymistä?"*

Nuori kertoo harrastaneensa uintia ja käyttäneensä silloin kuukautistensiirtotabletteja. Th kehottaa soittamaan vastaanotolle, jos kuukautisten siirto tulee ajankohtaiseksi.

Th ja nuori keskustelevat kuukautisten säännöllisyyden hyvistä puolista. Nuori kysyy vielä pillereiden syömisestä.

Th kertoo asian. Nuori kysyy onko aina 21 päivän pillereitä.

Th antaa nuorelle lapun, jossa on th:n puhelinnumero ja hakee vielä pilleripaketin toisesta huoneesta ja jättää käytävän oven raolleen tullessaan takaisin huoneeseen. Th jatkaa neuvontaa ja näyttää pilleriohjetta käyden sen kursorisesti läpi. Th kertoo mitä tulisi tehdä, jos nuori unohtaa ottaa pillerin. Kertoo myös sivuvaikutuksista. Lopuksi th kysyy mm. onko nuori paikkakuntalainen ja missä hän asuu. Kysyy myös onko nuorella ollut puhetta poikaystävänsä kanssa, että olisi voinut tulla mukaan, mihin nuori vastaa ettei halunnut.

Th: *"Kolmen kuukauden kuluttua voi tulla mukaan, mutta jos et halua..."*

Terveystieteiden vastavastuulla nuori oli 37 minuuttia ja tämän jälkeen hän meni odottamaan vuoroaan lääkärin vastavastuulle, minne hän pääsi 10 minuutin kuluttua.

Lääkäri (I) kättelee nuorta ja esittelee itsensä.

L: *"Olet tullut e-pillereiden aloitusta varten, terveenä ollut?, olet käyttänyt aknehoidon, rasvainen iho?"*

L. kysyy kuinka kauan nuori on käyttänyt aknehoitoa ja onko hänellä vielä 'finnitauti'. L. kertoo, että pillereiden valinnassa huomioidaan iho-ongelmat ja pillerit yleensä parantavat ihoa, mutta koska nuorella ei enää ole iho-ongelmia, niin hän sanoo: *"Aloitetaan matalahormonisella pillerillä, vaihdetaan, jos tulee ongelmia. Nyt tehdään gynekologinen tutkimus. Saat kolmen kuukauden aloituspakkauksen, tulet sitten terveydenhoitajalle. Onko kierto ollut pitkä?...säännöllistyy yleensä. Voit sitten riisuutua."*

Nuori: *"Mihin jätän vaatteet?"*

Nuoren riisuuntuessa lääkäri juttelee tutkijan kanssa.

Nuori: *"Mä pelkään sitten ihan kauheasti, älä satuta."*

L: *"Ensin katsotaan limakalvoja ja kohdunsuuta."*

Hän neuvoo miten ollaan tutkimuspöydällä.

Nuori: *"Sano sitten aina mitä teet."*

L. kertoo mitä näkee ja sanoo: *"Than terveen näköistä."*

Hän sanoo tunnustelevansa sisäsynnyttimiä ja kysyy: *"Sattuuko?"*,
mihin nuori vastaa: *"Ei."*

L: *"Than normaali, selvä."*

Nuori: *"Onko nyt ohi?"*

L: *"Voit nyt pukea. Oliko pitkä vaihe kun oli finnejä?"*

L. hakee pilleripaketin viereisestä huoneesta.

L: *"Vaikea sanoa etukäteen mikä sopii. Näytän systeemin."*

L. antaa pillerioppaan ja kertoo miten pillereitä otetaan ja sanoo: *"Soita terveydenhoitajalle, jos jotain kysyttävää, soita kun syöt kolmatta liuskaa."*

Nuori kiittää ja kysyy: *"Miten maksun on?"*, johon

L. vastaa: *"Ei kai?"*

Lääkärin vastaanotto kesti 23 minuuttia.



STAKES

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS

Siltasaarenpolku 18, PL 220, 00531 Helsinki
puhelin (90) 396 71, telefax (90) 3967 2450