

KLAMYDIARISKITESTI Opiskeluterveydenhuollon asiakkaille

Petra Loukiainen
Anu Vihanto

Opinnäytetyö
Toukokuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) LOUKIAINEN, Petra VIHANTO, Anu	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.06.2010
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KLAMYDIARISKITESTI OPISKELUTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAILLE		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RYTTYLÄINEN, Katri TIAINEN, Elina		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupungin opiskeluterveydenhuolto		
Tiivistelmä <p>Klamydia on yleisin sukupuolitauti Suomessa. Erityisesti nuorten naisten klamydiainfektiot ovat korkealla tasolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää nuorten seksuaaliterveyttä ja rohkaisemalla nuoria kiinnostumaan omasta seksuaalikäyttäytymisestään ja siten tunnistamaan riskikäyttäytymiseen johtavia tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja laatia Internetissä tehtävä riskitesti, joka kartoittaa nuoren klamydiaan sairastumisriskiä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Jyväskylän kaupungin opiskeluterveydenhuolto. Klamydiasriskitesti on suunnattu 16-24-vuotiaille opiskeluterveydenhuollon asiakkaille.</p> <p>Opinnäytetyöhön laadittiin kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perustuva viitekehys ja käsitteet. Niiden pohjalta kehitettiin riskitestiin kysymykset ja pisteytys. Tehtyään testin anonyymisti Internetissä, nuori saa testituloksen. Tuloksia on kolmea tasoa: matala, kohonnut ja korkea riski. Lopuksi nuori saa tuloksesta riippuen joko positiivisen palautteen vastuullisesta seksuaalikäyttäytymisestä tai kehotuksen ottaa yhteyttä terveydenhuollon henkilökuntaan.</p> <p>Klamydiasriskitesti on työväline opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille. Riskitestiä nuori voi käyttää itsenäisesti tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Lisäksi testiä voidaan hyödyntää koulujen terveystietotunneilla. Jatkokehityshaasteita ovat testitulosten tallentaminen tietokantaan ja tulosten tutkinta sekä analysointi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Klamydia, nuoret, seksuaaliterveys, riskitesti, riskikäyttäytyminen		
Muut tiedot Klamydiasriskitesti Internetissä osoitteessa www.klamydiasriski.net		



Author(s) LOUKIAINEN, Petra VIHANTO, Anu	Type of publication Bachelor´s Thesis	Date 07.06.2010
	Pages 48	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title A CHLAMYDIA TRACHOMATIS RISK TEST FOR THE STUDENT HEALTH CARE CLIENTS		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) RYTTYLÄINEN, Katri TIAINEN, Elina		
Assigned by Student Health Care in the city of Jyväskylä		
Abstract <p>Chlamydia trachomatis is the most common sexually transmitted disease in Finland. Especially young women's Chlamydia trachomatis infections are on a high level. The aim of this Bachelor's thesis was to promote adolescents' sexual health and encourage them to become interested in their own sexual behaviour and therefore to recognize the factors leading to risk behaviour. The purpose of this Bachelor's thesis was to create and develop an Internet-based risk test which surveys the adolescent risk of catching Chlamydia trachomatis. The partner in cooperation was Student Health Care Organisation in the city of Jyväskylä. Target group for the risk test are student health care clients between 16-24 years.</p> <p>For this Bachelor's thesis a literary and research based frame of reference and concepts were created. Based on the frame of reference and the concepts a risk test questionnaire and its scoring system were created. After an adolescent has participated in the test anonymously on the Internet, he or she will receive a test result. There are three test result levels: low risk, raised risk and high risk. In the end, depending on test result, the adolescent will receive either positive feedback for responsible sexual behaviour or advice on how to contact health care services.</p> <p>A Chlamydia risk test is an implement for a public health nurse in Student Health Care. An adolescent can use risk test independently or in the public health nurse's reception. In addition, the risk test can be used in the school health education lessons. Challenges for the further developments are saving the test results in a database and interpretation of the test results and their analysis.</p>		
Keywords Clamydia trachomatis, adolescent, sexual health, risk test, risk behaviour		
Miscellaneous Website is available at www.klamydiariski.net		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 TAVOITTEET JA TARKOITUS	4
3 NUORTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN	4
3.1 Seksuaaliterveys	4
3.2 Nuoruusikä ja seksuaalisuus	5
3.3 Seksuaalisuuden portaat	7
3.4 Nuorten seksuaalinen riskikäyttäytyminen	9
4 KLAMYDIA	11
4.1 Oireet	11
4.2 Diagnosointi ja lääkehoito	12
4.3 Tartunnan jäljitys	13
4.4 Klamydian seulonta	14
5. NUORTEN EHKÄISYMETELEMÄT	16
5.1 Kondomi ehkäisymenetelmänä	16
5.2 Hormonaaliset ehkäisymenetelmät ja kuparikierukka	16
6 NUORTEN SEKSUAALITERVEYSTIEDOT JA TERVEYSTIEDON LÄHTEET	18
7 TERVEYDENHOITOPALVELUT JA NUORTEN OHJAUS SEKSUAALITERVEYSASIOISSA	21
8 TERVEYSAINESTON ARVIOINTIKRITEERIT	22
9 OLEMASSA OLEVAT RISKITESTIT	24
10 RISKITESTIN KEHITTÄMINEN	26
10.1 Klamydiariskitestin tavoitteet ja tarkoitus	26
10.2 Kohderyhmä ja yhteistyökumppani	26
10.3 Riskitestin kehittämisen teoreettinen tausta	28
10.4 Riskitestin kysymysten laatiminen	29

10.5 Riskitestin pisteytys ja vastausvaihtoehdot sekä esitestaus.....	31
10.6 Tekninen toteutus.....	33
10.7 Klamydiariskitesti	34
11 POHDINTA.....	37
LÄHTEET	40
LIITTEET	45
Liite 1. Klamydiainfektion esiintyvyys 2000-luvulla 10-29-vuotiailla.....	45
Liite 2. Seksuaalisuuden portaat	46

KUVIOT

KUVIO 1. Riskitestin kehittäminen (mukaillen Metsämuuronen 2000 ja Vilkkä 2005).....	29
KUVIO 2. Riskitestin kysymykset ja niiden perustelut.....	30
KUVIO 3. Riskitestin pisteytys ja vastausvaihtoehdot	32
KUVIO 4. Etusivu riskitestistä.....	35
KUVIO 5. Kysymyssivu riskitestistä.....	35

1 JOHDANTO

Klamydiainfektion esiintyvyys on kasvanut Suomessa paljon viime vuosikymmenten aikana. Etenkin nuorilla 15-19-vuotiailla klamydiainfektioiden kasvu on ollut huolestuttavaa. Infektion yleistymisen taustalla on erityisesti alle 20-vuotiaiden naisten seksuaalikäyttäytymisen muutos: sukupuolielämä aloitetaan varhaisemmin, partnereiden määrä on lisääntynyt ja kondomia käytetään liian vähän. Myös oireettomien klamydiainfektioiden määrä on kasvanut 20 viime vuoden aikana jatkuvasti. (Koskela, Lehtinen, Paavonen, Surcel & Öhman 2006, 8 - 9.) Vuonna 2009 todettiin 13 317 klamydiatartuntaa (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta 2009).

Suomessa ei ole tällä hetkellä järjestelmällistä väestölle suunnattua tiedotusta tai kampanjointia seksuaaliterveysasioista. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman yhtenä tavoitteena on tuottaa kaikkien kansalaisten ulottuville seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa laadukasta ja ajantasaista tietoa. Väestölle pyritään myös lisäämään tiedotusta eri medioiden kautta. Klamydiatartuntojen määrää pyritään laskemaan viidenneksellä vuoden 2005 tasosta vuoteen 2012 mennessä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 41, 115–116.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Tampereen yliopisto käynnistävät vuonna 2010 tutkimuksen klamydiainfektion seulonstrategian löytämiseksi. Tutkimuksessa selvitetään toistetun seulonnan vaikuttavuutta klamydiainfektioihin. Samalla tutkitaan, pitäisikö vain nuoret naiset seuloa vai saadaanko suurempi hyöty seulomalla molemmat sukupuolet. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman väliarviointi (2010) määrittelee haasteeksi sukupuolitautilien tehokkaamman ehkäisyn, joka saavutetaan luomalla matalan kynnyksen testauspaikkoja erityisesti pienille paikkakunnille. Lisäksi klamydiatestin mahdollisuutta tulisi aktiivisesti tarjota kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. (Ritamo, Pelkonen & Nikula 2010, 10–11.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten seksuaaliterveyttä ja rohkaista nuoria kiinnostumaan omasta seksuaalikäyttäytymisestään ja siten

tunnistamaan riskikäyttäytymiseen johtavia tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ja laatia Internetissä tehtävä riskitesti, joka kartoittaa nuoren klamydiaan sairastumisriskiä. Testi on selkeä, ilman terveydenhuollon henkilökuntaa tehtävä, ja se voidaan tehdä muutamassa minuutissa Internetissä.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen opiskeluterveydenhuolto. Riskitestin kohderyhmänä ovat opiskeluterveydenhuollon asiakkaat.

2 TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten seksuaaliterveyttä ja rohkaista nuoria kiinnostumaan omasta seksuaalikäyttäytymisestään ja siten tunnistamaan riskikäyttäytymiseen johtavia tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Internetissä tehtävä riskitesti, joka kartoittaa nuoren klamydiaan sairastumisriskiä.

3 NUORTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN

3.1 Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveydestä käytämme WHO:n vuoden 2002 määritelmää, joka käsitteenä sisältää seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilan; ei pelkästään sairauden tai toimintahäiriön puuttumista. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittava näkökulmaa seksuaalisuuteen ja seksuaalisuhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnolliseen ja turvalliseen seksuaalikokemuksiin ilman pakottamista ja väkivaltaa. Hyvä seksuaaliterveys saavutetaan seksuaalisten oikeuksien kunnioittamisella, suojelemisella ja toteuttamisella. (WHO 2002.)

Seksuaalikäyttäytymisellä tarkoitamme nuoren käyttäytymistä sukupuoliasioissa. Seksuaalikasvatuksen Nummelin (2000) määrittelee yläkäsitteeksi, joka tarkoittaa ”ammattillista, institutionaalista toimintaa, jonka sisältönä ja kohteena on seksuaalisuutta koskeva ymmärrys ja kokemus ja päämääränä yksilöiden ja yhteisön seksuaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen edistäminen”. (Nummelin 2000, 25.) Seksuaalikasvatus on elämänpituisen prosessi, jonka aikana saadaan tietoja, taitoja ja arvoja seksuaalisista suhteista, identiteetistä ja intimitteetistä (Hilton 2001, 32).

Alakäsitteenä Nummelin (2000) käyttää seksuaalineuvontaa, joka on ”ammattillista, henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa nuoren yksilöllisten, seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten käsittelyä”. Neuvonnalle on ominaista kahdenkeskisyys, johon voi osallistua kaksi tai useampia nuoria. (Nummelin 2000, 28–29.) Toinen alakäsite seksuaalivalistus, on kohdennettu suuremmalle ryhmälle joukkoviestinnän keinoin. Klamydiariskitestimme on seksuaalivalistusta. Valistukselle on tyypillistä yksisuuntaisuus ja henkilökohtaisen vuorovaikutuksen puuttuminen. (ks. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 10.)

3.2 Nuoruusikä ja seksuaalisuus

Nuoruusikä alkaa ikävuodesta 12 ja päättyy ikävuoteen 22. Se on psyykinen kehitysvaihe joka sijoittuu lapsuuden ja aikuisuuden väliin (Aalberg & Siimes 2007, 15). Nuoruus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen varhaisnuoruuteen, varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen. Varhaisnuoruus käsittää ikävuodet 12–14, tällöin ruumiissa tapahtuvat muutokset aiheuttavat nuoressa levottomuutta ja kiihtyneisyyttä. Kokemus itsestä vaihtelee nopeasti ja nuori on hämmentynyt. (Aalberg & Siimes 2007, 68–71.)

Varsinainen nuoruus alkaa ikävuodesta 15 ja päättyy ikävuoteen 17. Tällöin nuori on alkanut sopeutua muuttuneeseen ruumiinkuvaansa. Keskeistä on seksuaalinen kehitys, nuoren oma seksuaalisuus ja sen vaikutus ihmissuhteisiin. Nuori on epävarma omasta seksuaalisuudestaan. Kavereilla on keskei-

nen merkitys nuoren persoonallisuuden kehittymisessä. (Aalberg & Siimes 2007, 68–71.)

Jälkinuoruus, ikävuodet 18–22 on jäsentymisvaihe, jossa aiemmat kokemukset hahmottuvat kokonaisuudeksi naisena tai miehenä olemisesta. Jälkinuoruutta kuvataan identiteettikriisinä, nuori tekee valintoja jotka vaikuttavat hänen tulevaan aikuisuuteensa. (Aalberg & Siimes 2007, 68–71.) Nuoruusiässä koetaan usein ensimmäinen yhdyntä keskimäärin 16–19 –vuoden iässä (Cacciatore 2007, 107). Nuoruusikä tuo myös uudelleen ajankohtaiseksi lapsenomaiset toiveet ja ristiriidat. Tämän vuoksi nuoruus on myös ainutlaatuinen mahdollisuus parantaa tulevaa elämänlaatua (Aalberg & Siimes 2007, 15).

Seksuaalisuus kehittyy läpi elämän, lapsuudesta saakka. Lapsuuden seksuaalisuus on erilaista kuin aikuisen seksuaalisuus, sillä se ei tavoittele aikuisseksuaalista kosketusta, parisuhdetta tai lisääntymistä toteaa Cacciatore (2006). Lapsuuden seksuaalisuus on sen sijaan sisäistä sekä ulkoista ihmetteilyä, uteliaisuutta, tietojen kokoamista sekä omaan kehoon tutustumista. Lisäksi siihen liittyy läheisyyden opettelua ja turvan, huolenpidon, lohdun ja mielihyvän kokemuksia. Se on myös hauskanpitoa, avoimen estotonta leikkiä, suoje-lun tarvetta ja nautintoa. (Cacciatore 2006b, 205–209.)

Nuoruusvuosina seksuaalisuuteen astuu mukaan yksityisyyden sekä kesken-eräisyyden kokemukset ja nopeasti muuttuva ja haavoittuva kehon kuva. Rohkaistuminen ja halu hankkia jaetun seksuaalisuuden kokemuksia kuuluvat nuoruusikään. Nuoruusvuodet tuovat mukanaan myös suuria tunteita, virhearviointeja, riskialttiutta, tiedon, suoje-lun ja seksuaaliterveyspalvelujen tarvetta. Myös ensikokemuksia ja karvaita pettymyksiä koetaan nuoruudessa. (Cacciatore 2006b, 205–209.)

Myöhäismurrosikäiset kuuluvat kehityksessään ryhmään, joka rohkaistuu seksuaalisesti. Hämmennys sekä epävarmuus alkavat kadota, kun oma keho sekä tieto seksuaalikulttuurista alkaa olla tutumpaa. Oma keho, tuntemuksineen ja ulkonäöllisesti, alkaa olla tämän ikäisille tuttu. Nuoresta alkaa tuntua, että tuntemukset voisi jakaa kumppanin kanssa seksisuhteessa. Omat tunteet, harkinta ja järki sekä biologiset vaistot ja viestit alkavat yhdistyä hallituksi ko-

konaisuudeksi. Tulee kuitenkin muistaa, että kaikki nuoret eivät kehity samaan tahtiin, vaan joillekin nuorille ajankohtaisia asioita voivat olla muut asiat. (Cacciatore 2006b, 205–209.)

Nuorten seksuaalioikeudet on Väestöliiton nuorille kehittämät IPPF:n alun perin suunnittelemissa seksuaalioikeuksista. IPPF on luonut Seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirjan, jonka tavoitteena on edistää ja suojella oikeuksia kaikissa yhteiskuntajärjestelmissä. Seksuaalioikeudet ovat myös osa ihmisoikeuksia. Seksuaalioikeuksien mukaan kaikilla maailman nuorilla on sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta seksuaalisina olentoina seuraavat oikeudet:

- *oikeus elämään*
- *oikeus nauttia seksuaalisuudesta*
- *oikeus tietoon seksuaalisuudesta*
- *oikeus suojella itseään ja tulla suojelluksi*
- *oikeus seksuaaliterveydenhuoltoon*
- *oikeus osallistua*

Seksuaalioikeudet toteutuessaan tukevat seksuaaliterveyttä ja sen edistämistä. (Nuorten seksuaalioikeudet 2009.)

3.3 Seksuaalisuuden portaat

Seksuaaliterveysklinikan asiantuntijoiden kehittämä Seksuaalisuuden portaat on yksi tapa kuvata nuorten seksuaalista kehittymistä. Seksuaalisuuden portaat kuvaavat, kuinka nuoren seksuaalinen kehitysprosessi etenee järjen, tunteen ja biologian tasolla vaiheittain. Portaita on kaikkiaan yhdeksän. (Ks. liite 2.) (Korteniemi-Poikela & Cacciatore, 2000)

Mikäli useampi kehitysporras jää väliin, ihminen aikuistuu liian varhain. Järkitasolla tietämättömyys saa aikaan tiedostamatonta riskikäyttäytymistä. Nuoren toimiessa kehitystasoaan ylemmällä portaalla itsetuntemus ei riitä oman toiminnan tai ympäristön ymmärtämiseen. Kun omia tai ympäristön ihanteita ei pysty täyttämään, aiheuttaa se huonon itsetunnon. Jos nuori ei saa apua, itsearvostuksen puute ajaa seksuaalisen riskikäyttäytymisen lisäksi muihin

mahdollisiin vahingollisiin riskikäyttäytymisiin. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re, 2000). Käsittelemme tässä tarkemmin vain sitä osaa seksuaalisuuden por-taista, jotka koskettavat opinnäytetyömme ikäryhmää (ks. liite 2).

Kuudennella portaalla aletaan kertoa ja näyttämään seurustelu kaikille. Tun-teet jaetaan, pidetään kädestä mutta seksuaalista kiihottumista ei vielä tähän liity, vaan tunnetason kokeminen ja jakaminen on tärkeintä. Omillaan pärjää-misen tunnetta lisäävät kriisit, joita ihmissuhteissa koetaan. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore, 2000).

Seitsemäs porras on nimeltään Kiss me. Tällä portaalla seksuaalinen kiihot-tuminen alkaa liittyä kanssakäymiseen. Seksuaalista mielihyvää opetellaan itsekseen. Suutelu ja koskettelu tapahtuvat suun ja kaulan alueella. Itsehillintä, hallinta sekä kumppanin kunnioitus ovat tämän portaan kulmakiviä. (Korte-niemi-Poikela & Cacciatore, 2000).

Kahdeksannella portaalla opetellaan tuntemaan, mikä tuntuu itsestä ja toises-ta hyvältä kumppanin kanssa yhdessä. Seurustelusuhde on niin turvallinen, että kumpikin tietää, että hyväilyt on mahdollista lopettaa heti kun siltä tuntuu. Tavoitteena tällä portaalla on läheisyyden kokeminen ja kehojen tutustuminen sekä yhdessä nauttimiseen uskaltautuminen. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re, 2000).

Kun viimeinen, yhdeksäs porras, on saavutettu, on löytynyt kumppani jonka kanssa rakastuminen on niin syvää, että suhteelta halutaan jo yhdyntääkin. Tälle portaalle kiipeäminen vaatii aikaa. Rakastelu antaa fyysistä ja psyykkistä mielihyvää, kun fyysinen yhdyntä ja rakkauden tunne yhdistyvät. Tarvittava tieto seksin riskeistä ja kuinka niiltä suojaudutaan, on jo karttunut. Lisäksi on valmius myös käyttää tätä tietotaitoa. Viimeisellä portaalla kyky kantaa vastuu-ta itsestään sekä kunnioittaa kumppaniaan tulisi olla niin kehittynyt, että mo-lempien seksuaalisuus kaikilla tasoilla otetaan huomioon suhteessa. (Korte-niemi-Poikela & Cacciatore, 2000).

3.4 Nuorten seksuaalinen riskikäyttäytyminen

Nuoret kuuluvat riskiryhmään seksuaalikäyttäytymisessä ja ehkäisyasioissa. Riskiseksisuhteissa haetaan yhteenkuuluvuutta, läheisyyttä ja sylin tarvetta, jota nuori ei pysty täyttämään itsetyydytyksen turvin. Nuori saattaa kokea rohkeutta vastustaessaan kieltoja ja ottaessaan riskejä. Yhdyntöjen aloittaminen voi tuntua irrottautumisesta lapsuudesta ja astumista aikuisten maailmaan. Nuori voi olla liian ujo kertoakseen mielipiteensä ja tartuntatautiasioissa tietämätön. Kaveripiirin asenteet voivat olla kondomikielteisiä tai nuori olettaa kumppanin pitävän epäluottamuksen osoituksena kondomin käyttöä. Sukupuolitaudin tai raskauden mahdollisuus ei tunnu omakohtaiselta riskiltä. (Cacciatore 2006a, 160–177).

Suomessa on kerätty valtakunnallista tietoa klamydia esiintyvyydestä vuodesta 1987 (Hiltunen-Back 2004, 41). Klamydiaa esiintyy eniten 15–19 ja 20–24-vuotiailla. Vuonna 2009 ikäryhmästä 15–19-vuotiaat tartunnan sai 767 miestä ja 2 632 naista. 20–24-vuotiaiden ikäryhmästä tartunnan sai 2 151 miestä ja 3 106 naista. (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta 2009; ks. liite1) Tartuntatautiututta voidaan tarkastella biologisilla eli limakalvojen kypsyminen ja sosiaalisilla syillä eli seuraava 10-vuoden periodi yhdyntöjen aloittamisesta, jolloin seksipartnerit ja seurustelusuhteet vaihtuvat. Naisilla ikäryhmässä 15–24-vuotiaat on neljä kertaa enemmän raportoituja klamydiatartuntoja kuin miehillä. (Lehtinen, Apter, Kosunen, Lehtinen, Verho & Paavonen 2007, 3000.)

Riskitekijöiksi tilastoanalyysien pohjalta on osoitettu alhainen ikä, aiemmin vuoden sisällä sairastettu klamydia, seksipartnereiden suuri lukumäärä sekä ehkäisytablettien käyttö naisilla. (Hiltunen-Back 2004, 41). Klamydiatulehduksia todetaan ehkäisytablettien käyttäjillä enemmän, koska yhdyntäaktiivisuus on vakinaisempaa ja tablettien takia kondomiehkäisy jää helpommin taka-alalle. (Cacciatore 2006a, 175–176). Myös norjalainen 4-vuotinen tutkimus osoittaa nuoren iän sekä kumppanien määrän ja vaihtuvuuden olevan riski klamydiainfektion saamiseen. Tutkimuksessa oli mukana 898 seksuaalisesti aktiivista 16–23-vuotiasta naista. (Skjeldestad, Marisco, Sings, Nordbø & Storvøld 2009, 273-277.)

Papp, Kontula ja Kosonen (2000) kuvaavat seksuaalisen riskin ottamista prosessina, jonka vaikuttimena toimivat henkilökohtaiset kokemukset, asenne, merkitys ja molempien osapuolien valinnat. Prosessi muotoutuu tilanteen luoman mahdollisuuden ja erilaisten paineiden myötä. Nuorten seksuaalinen riskikäyttäytymisprosessi on ymmärrettävissä ainoastaan sosiaalisen vuorovaikutuksen viitekehyksessä. (Papp, Kontula & Kosonen 2000, 15.) Seksuaalinen riskikäyttäytyminen voi olla pysyvää tai hitaasti muuttuvaa, josta osoituksena ovat mm. toistuvat klamydiatulehdukset (Cacciatore 2006a, 176). Suomessa joka kymmenes saa uuden klamydiatartunnan 12 kuukauden kuluessa (Hiltunen-Back & Reunala 2005, 17).

Väestöliiton tekemässä tutkimuksessa nuoret miehet nimesivät seksuaalielämän riskiksi sukupuolitaudit, raskauden, psyykkiset seuraukset ja aiheettoman raiskaussyytteen. He kokivat, että tilapäinen seksisuhde naisen kanssa sisältää riskejä, jos tietävät naisella olevan muita satunnaisia suhteita ja kondomin käyttö oli unohtunut. Omaa riskin ottoa miehet perustelivat kovalla himolla ja naisen ”puhtaalla” ulkonäöllä. Nuoret naiset nimesivät tartuntariskin ja suunnittelemtoman raskauden seksuaalielämän peloksi. Osa naisista ei pelännyt mitään riskejä, kun taas osa koki ne vähäisiksi tai humalatilana vuoksi ne olivat unohtuneet. (Papp ym. 2000, 231–232.)

Alkoholi on suuri seksiriski, koska se poistaa estoja ja vähentää harkintakykyä. Nuorten vähäiset tai olemattomat kokemukset kondomin käytöstä ja seksistä yhdistettynä alkoholin käyttöön luovat todellisen sukupuolitauti- ja raskausriskin. (Cacciatore 2006a, 162.) Nikulan (2009) tutkimuksen mukaan miehillä alkoholin käyttötiheys ja humalahakuisuus ennustivat useiden seksikumppaneiden määrää lisäten eniten riskikäyttäytymistä. Enemmän kuin keran viikossa alkoholia käyttävien miesten sukupuolitaudin todennäköisyys kasvoi ja vaikutti suojaamattomien yhdyntöjen määrään. (Nikula 2009, 56,58.) Murrosikäiset 14–17 - vuotiaat ovat hyvin alttiita kavereiden vaikutukselle. He uskovat herkästi seurustelukumppanin vakuuttelut taudittomuudesta ja riskittömyydestä, ellei vahvaa muuta tietoa ole olemassa. Humalatilana aikana tapahtuu paljon harkitsemattomia tekoja ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Suuri

osa nuorista ei tiedä, että jos oma kumppani on sammunut, hänen kanssa ei saa olla seksikontaktissa. (Cacciatore 2006a, 164.)

Suomessa vuosina 1998–2005 naisten ja miesten seksuaalisenkäyttäytymisen erot olivat vähäisiä. Siviilisäädyn vaikutus oli merkittävä sukupuolikäyttäytymiseen eli avio- tai avoliitto oli suojaava tekijä, naisilla hieman miehiä enemmän. Nuorten miesten riskikäyttäytyminen ei selvästi muuttunut vuosina 1998–2005, vaikka klamydiainfektiot lisääntyivät samana aikana huomattavasti. (Nikula 2009, 78.) Nuorten asenne sukupuolitauteja kohtaan on sen sijaan muuttunut viime vuosina. Nykypäivän trendinä tuntuu olevan se, että kaikkea pitää kokeilla. Tällainen ajattelumalli lisää osaltaan seksuaalista riskikäyttäytymistä. Osa nuorista tiedostaa tautiriskin, mutta he eivät välitä siitä. ”Klamydia kerran kesässä” voi olla nuorelle myönteinen asia kaveripiirissä. (Cacciatore 2006a, 175.)

4 KLAMYDIA

4.1 Oireet

Klamydia (*Chlamydia trachomatis*) on yleisin bakteerin aiheuttama sukupuolitauti, joka tarttuu ainoastaan yhdynnässä lukuun ottamatta vastasyntyneen tartuntaa synnytyksen aikana äidin synnytiskanavasta (Hanhirava 2008). Itä-misaika klamydiassa on noin 1-3 viikkoa. Yleisin ilmenemismuoto naisilla on servisiitti eli kohdunkaulan tulehdus, joka on useimmiten oireeton. Oireinen tulehdus ilmenee epänormaalina valkovuotona, kirvelynä virtsatessa ja tihentyneenä virtsaamistarpeena sekä verisenä tiputteluvuotona erityisesti yhdynnän jälkeen. Kohdun limakalvoille levitessään klamydia aiheuttaa alavatsakipua ja epäsäännöllistä kuukautisvuotoa. (Paavonen 2004a, 294–295.)

Miehillä tavallisin klamydiatulehduksen ilmenemismuoto on uretriitti eli virtsaputken limakalvon tulehdus. Oireet voivat alkaa 10–14 vuorokauden kuluttua tartunnasta tai ilmetä vasta oireettoman jakson jälkeen 3-4 viikon kuluttua. Uretriitti aiheuttaa niukkaa, vaaleanharmaata tai hieman kellertävää vuotoa

virtsaputken ulkosuulle. Monesti ainoa oire voi olla aamulla virtsaputken ulkosuussa esiintyvä liimainen erite. (Paavonen, Saikku, Reunala, Pasternack 2003, 25–26.)

Myöhäisoireina naisilla esiintyy usein endometriitti eli kohdun limakalvon tulehdus ja salpingiitti eli munanjohtimen tulehdus. Näiden tulehdusten oireilu voi olla vähäistä esimerkiksi alavatsakipua tai lievää lämpöilyä. Tärkein myöhäiskomplikaatio on PDI eli sisäsynnyttimien tulehdus, joka usein vaatii sairaalahoitoa. Perihepatiitti eli klamydian aiheuttama maksanympäristulehdus on komplikaatioista harvinaisin. Munatorven vaurioituminen ja siitä johtuva lapsettomuus ja kohdun ulkoiset raskaudet ovat laajalle levinneen ja toistuneen klamydiainfektion myöhäiskomplikaatioita. (Reunala 2007.)

Seroepidemiologisissatutkimuksissa on lisäksi havaittu, että klamydia todennäköisesti käynnistää kohdunnapukassa prosessin, joka altistaa papilloomavirukselle ja suuririskiselle papilloomavirusinfektioille aiheuttaen myöhemmällä iällä riskin sairastua kohdunkaulan syöpään. Myös uusintatulehduksen aiheuttamat munatorvivauriot lisäävät ikääntyessä tehtävän kohdunpoiston todennäköisyyttä huomattavasti. (Paavonen 2004b, 3622.)

Sekä miehillä että naisilla voi pitkittynyt klamydiainfektio laukaista reaktiivisen artriitin eli niveltulehduksen, joka voi ilmentyä uroartriittina eli virtsatieinfektion laukaisemana niveltulehduksena tai Reiterin tautina, johon liittyy virtsaputken ja silmän tulehdus. (Reunala 2007.) Miehillä myöhäisoireina esiintyy epididymiitti eli lisäkivistulehdus ja mahdollinen prostatiitti eli eturauhastulehdus. Klamydian ilmenemismuoto miehillä on myös prokliitti eli peräsuolitulehdus (Paavonen, Saikku, Reunala & Pasternack 2003, 25–26).

4.2 Diagnosointi ja lääkehoito

Oireet voivat antaa viitteitä klamydiasta, mutta ilman tarkkaa diagnosointia sitä ei voida todeta. Testiin kannattaa hakeutua aikaisintaan 5-7 vuorokauden kulluttua mahdollisesta tartunnasta. Perusmenetelmänä käytetään alkuvirtsanäytettä, joka on ollut rakossa vähintään kaksi tuntia. (Reunala 2007.) Näyte voi-

daan ottaa myös ns. tikkunäytteenä. Miehiltä näyte saadaan virtsaputkesta. Naisilta näyte otetaan sekä virtsaputkesta että kohdunkaulan kanavalta myös emättimen suulta otettu näyte antaa luotettavan tuloksen. (Paavonen ym. 2003, 27.)

Valtaosa tartunnoista todetaan perusterveydenhuollossa (Reunala 2007). Klamydia on ilmoitusvelvollinen tartuntatauti, jonka ilmoitusvelvollisuus on laboratorioilla. Laboratoriot lähettävät tartuntatauti-ilmoituksen suoraan tai viimeistään kolmen päivän kuluttua klamydiainfektion varmistuttua Kansanterveyslaitokselle. (Tartuntatautien ilmoittaminen 2003,10–11.)

Klamydian perushoitona on atsitromysiini 1 g per os. kerta-annoksena. Vaihtoehtoisesti käytettävissä on tetrasykliini 500 mg x 3 tai doksisykliini 100 mg x 2, joita käytetään 7–10 vuorokauden ajan. Atsitromysiini ja tetrasykliini voivat aiheuttaa lieviä vatsasivuvaikutuksia. Myös mahdollinen raskaus on otettava naisilla huomioon. Klamydiatartunnan saaneen lääkitys on maksuton. Lääkehoidon onnistumisen takaamiseksi otetaan uusi kontrolli(virtsa)näyte 3-4 viikon kuluttua hoidosta. (Reunala 2007.) Hoidon epäonnistumisen syynä on usein se, ettei potilas ole pidättäytynyt yhdynnästä viikkoa ja sen jälkeen suojautunut kondomilla kontrollinäytteeseen asti (Pietarinen 2008, 37).

4.3 Tartunnan jäljitys

Tartunnan saaneen kanssa keskustelemalla määritellään mahdollisimman tarkka tartunta-ajankohta. Oireettoman henkilön kanssa selvitetään takautuvasti 1-6 kuukauden ajalta kaikki seksikumppanit. Oireilevan henkilön kohdalla kartoitetaan oireiden alkamisajankohta, johon lisätään kaikki seksikumppanit takautuvasti 2-4 viikon ajalta. Mikäli kyseessä on klamydian komplikaatio, käydään tartuntamahdollisuudet läpi pidemmältä aikaväliltä. (Hiltunen-Back 2009, 2996.)

Lääkärin vastuulla on ensisijaisesti klamydiatartunnan saaneen asiakkaan kumppaneiden jäljitys ja hoitoon saaminen. Tosin yleisin käytäntö nykyään on, että tartunnan saanut henkilö ilmoittaa itse kumppanille tai kumppaneilleen tutkimuksen ja mahdollisen hoidon tarpeesta. (Seksuaali- ja lisääntymister-

veyden edistäminen 2007,113.) Satunnaisten kumppaneiden jäljitys voi olla hankalaa, jolloin tartunnan saanut voi valtuuttaa hoitohenkilökunnan tekemään jäljityksen. Hoitohenkilökunta ei saa paljastaa tartuttajan henkilöllisyyttä ilman erillistä lupaa. Esimerkiksi jos tartunta on saatu syrjähyppyn seurauksena ja vakituinen kumppani on jo tartutettu, lääkärillä ei ole lakiin perustuvaa oikeutta ilmoittaa siitä ilman tartuttajan suostumusta. (Hiltunen-Back 2009, 2996.)

Ongelmana on, että klamydian oireettomuus edistää sen leviämistä. On arvioitu, että joka neljäs mies ja suurin osa naisista ei huomaa ensioireita, joten usea on ehtinyt olla jo uudessa seksisuhteessa. (Reunala 2007.) Ongelmana on usein myös tartunnan saaneen kumppanin huono hoitomyöntyvyys. Tanskassa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitomyöntyvyyttä edistävä tekijä olisi mahdollisuus kotona tehtävään näytteenottoon. Tutkimuksessa vertailtiin perinteisen vastaanotolla tapahtuvan ja kotinäytteenoton tehokkuutta. Tutkimus osoitti, että kotinäytteenottotestin teki 68 % kumppaneista, kun taas vastaanotolle hakeutui vain 28 %. Lisäksi kotinäytteenottotesti tehtiin 5 vuorokautta aiemmin kuin vastaanotolla tehty testi. (Østergaard, Andersen, Møller & Olesen 2000, 951–957.) Suomessa pääkaupunkiseudulla on käynnissä vastaanlainen kokeilu (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007,113).

4.4 Klamydian seulonta

Suomessa ei tällä hetkellä tehdä väestöpohjaisia klamydiaseulontoja. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma suosittaa, että klamydian seulonta toteutetaan yhtenäisesti kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. Jokaiselta uudelta alle 25- vuotiaalta ehkäisyä hakevalta asiakkaalta tutkitaan klamydianäyte ensikäynnillä tai 3 kk:n kontrollissa sekä ensimmäisen vuoden seurantakäynnillä. Myöhemmillä seurantakäynneillä tutkimus tehdään, jos kumppani on vaihtunut tai henkilöllä on aiemmin ollut klamydiatartunta. Klamydiainfektion tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisystä on valmisteilla Käypä hoito-suositus. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 114–117.)

Jyväskylän kaupungin opiskeluterveydenhuollon asiakkailta klamydianäyte otetaan ensimmäisellä tai 3 kk:n kontrollikäynnillä ehkäisyn aloittamisesta. Suositus näytteenottoon annetaan vuosittaisissa kontrolleissa. (Nuutinen 2007.)

Suomessa terveydenhuollon kustannuksia seulonta tulisi säästämään jo siinä vaiheessa, kun klamydian esiintyvyys lähenee neljää prosenttia. Klamydiakomplikaatioiden aiheuttamat tutkimus- ja hoitokustannukset ovat huomattavasti suuremmat kuin seulonnan aiheuttamat kustannukset, joten pidemmällä aikavälillä seulonta maksaisi itsensä takaisin ja toisi terveydenhuollon kustannuksiin säästöjä. (Paavonen 2004c, 115–116.) Esimerkiksi Helsingin Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön klamydiaseulontaprojektissa opiskelijoiden klamydiaesiintyvyys saatiin vähenemään tutkimuksen aikana 4 prosentista 1 prosenttiin. (Paavonen, Malm, Zilliacus, Trontti, Auvinen, Meurman, Lehtinen & Niemi 2005, 261–262.)

Terveystarkastusten yhteydessä tehtävä ensivirtsan seulontatutkimus on tehokas ja tasa-arvoinen menetelmä klamydian häätöön. Tosin tytöillä on poikia enemmän säännöllisiä kontakteja terveydenhuoltoon ja tytöillä komplikaatiot ovat ongelmallisempia, joten terveydenhuollossa tehtävän seulonnan kohdistaminen tyttöihin voisi olla tehokkaampaa. (Paavonen 2004c, 115–116.) Seulonnan kustannusvaikuttavuudesta ja terveyshyödyistä on julkaistu useita tutkimuksia mm. Honey, Augood, Templeton, Russell, Paavonen, Mardh, Stary & Stray-Pedersen (2002) sekä Paavonen, Puolakkainen, Paukku & Sintonen (1998), jotka ovat kiistatta osoittaneet seulonnan hyödyllisyyden. (Paavonen 2004a, 115.) Tutkimus toistetun seulonnan vaikuttavuudesta alkaa vuonna 2010 (Ritamo, Pelkonen & Nikula 2010, 10).

5. NUORTEN EHKÄISYMETELMÄT

5.1 Kondomi ehkäisymenetelmänä

Kondomi on ohut kumisuojaus, joka vedetään jäykistyneen siittimen päälle. Asianmukaisesti käytettynä koko yhdynnän ajan paikallaan pysynyt kondomi suojaa useimmilta seksitautitartunnoilta. Tilapäisissä sukupuolisuhteissa on tärkeää käyttää aina kondomia tartuntojen ehkäisemiseksi, vaikka raskauden ehkäisystä olisi huolehdittu muulla tavoin. Yksikin kondomin rikkoutuminen tai unohtaminen riittää tartunnan saamiseen, sen vuoksi on tärkeää opetella käyttämään kondomia oikein. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 90–91.)

Ruotsin Väestöliittoa vastaava organisaatio ja kondomien markkinoija RFSU teetti kyselytutkimuksen kondominkäytöstä tammikuussa 2009. Kyselyyn vastasi 1000 henkilöä Suomesta, Ruotsista, Tanskasta ja Norjasta. Ikähaarukka oli 15–64 –vuotta. Kondomin käytön todettiin olevan varsin hyväksyttävää satunnaissuhteissa. Kuitenkin moni luottaa hyvään tuuriin eikä käytä mitään ehkäisyä. Suomalaisista 29 % ei käytä mitään ehkäisyä, tosin tähän ryhmään kuuluu myös yli 50-vuotiaatkin. Kondomia ja sen sekä jonkun muun ehkäisyn yhdistelmää käyttää 35 % vastaajista. Tärkein syy kondomin käyttöön oli sukupuolitautilien torjunta. (Pohjoismainen seksikäyttäytymistutkimus 2009.)

Nikulan (2009) väitöskirjassa armeijan vuonna 1998- 2005 aloittaneista 18–25- vuotiaista varusmiehistä noin puolet eivät käyttäneet kondomia viimeisimmässä yhdynnässään ja yhdellä neljästä oli ollut vähintään kolme seksikump-pania viimeisen vuoden aikana. Yhdellä kymmenestä alokkaasta oli useita riskikäyttäytymistekijöitä, jotka lisäsivät tartuntatautien todennäköisyyttä. (Nikula 2009, 52.)

5.2 Hormonaaliset ehkäisymenetelmät ja kuparikierukka

Yhdistelmäehkäisyvalmiste eli e-pilleri on eniten Suomessa käytetty hormonaalinen ehkäisymenetelmä. Tabletit sisältävät sekä estrogeenia että proges-

tiinia. Yhdistelmäpillerit estävät munarakkulan kypsymisen ja munasolun irtoamisen eli ovulaation. Valmiste voi olla kiinteäannoksinen, jolloin kaikissa tableteissa on sama määrä hormonia tai vaihtuva-annoksinen, jolloin hormonien määrä vaihtuu kierron aikana. Tavallisesti valmisteita käytetään kolmen viikon jaksoissa ja välissä on viikon tauko, jolloin kuukautisvuoto poistuu. Ehkäisyteholtaan e-pillerit ovat varsin luotettavia, mikäli niitä otetaan säännöllisesti. (Tiitinen 2009a.) Minipillerit sisältävät matalan annoksen progestiinia, joka muuttaa kohdunkaulan kanavan liman koostumuksen siittiötä läpäisemättömäksi. Myös eräät minipillerimerkit estävät munasolun irtoamisen. Pilleireitä otetaan säännöllisesti päivittäin eikä taukoja pidetä, jotta ehkäisyteho säilyy. (Tiitinen 2009b; Heikinheimo 2006.)

Ehkäisyrengas sisältää etonogestreelia, joka kuuluu keltarauhashormonin johdoksiin ja etinyyliestradiolia, joka on estrogeenin johdos. Renkaasta vapautuu hitaasti hormoneja verenkiertoon. Päävaikutusmekanismi perustuu ovulaation estymiseen. Rengas asetetaan itse emättimeen kolmeksi viikoksi, jonka jälkeen se poistetaan viikoksi. Taukoviikon aikana alkaa tyhjennysvuoto. (Heikinheimo 2006; Lääkeinfo 2009.)

Ehkäisy-laastari vapauttaa ihon läpi verenkiertoon estrogeenia ja progestiinia. Hormonien vaikutus estää munarakkulan kypsymisen ja ovulaation. Laastari kiinnitetään reiteen, olkavarteen, pakaraan tai muualle vartaloon, lukuun ottamatta rintojen aluetta. Ehkäisy-laastari kiinnitetään iholle kerran viikossa aina samana päivänä kolmen viikon ajan. Kuukautisvuoto tulee viikon kestävän laastarittoman jakson aikana. (Tiitinen 2009a.)

Ehkäisykapseli vapauttaa elimistöön joko etonogestreelia, joka estää ovulaation tai levonorgestreelia, joka vaikuttaa pääasiassa kohdunkaulan limaan tehden sen siittiötä läpäisemättömäksi. Kapseli asennetaan ihon alle olkavarteen. Ehkäisysoja kestää kapselimerkistä riippuen 3-5 vuotta. (Tiitinen 2009b; Heikinheimo 2006).

Injektiona annettavan ehkäisyruiskeen vaikuttava aine on medroksiprogesteroniasetaatti (progestiini), jonka vaikutuksesta munasolu ei irtoa ja kohdun-

kaulan limassa ja kohdun limakalvoilla tapahtuu muutoksia. Yksi injektio pistetään pakara- tai hartialihakseen kolmen kuukauden välein. (Lääkeinfo 2005.)

Hormonikierukka voidaan laittaa nuorelle, synnyttämättömälle naiselle. Kierukasta vapautuu progesteronia kohtuonteloon, joten vaikutus kohdistuu paikallisesti kohdun alueelle. Progesteroni estää useimmiten munasolun hedelmöitymisen ja kohdunsuun lima muuttuu siittiöitä läpäisemättömäksi. Lisäksi kohdun limakalvon rakenne muuttuu siten, että hedelmöittynyt munasolu ei pysty kiinnittymään kohtuonteloon. Ehkäisyteholtaan kierukka on luotettava ehkäisykeino, jonka teho kestää 5 vuotta. (Tiitinen 2009c.)

Kuparikierukka sopii synnyttämättömälle, vakituisessa parisuhteessa elävälle nuorelle. Muovin ympärille kiedottu kuparilanka aiheuttaa kohdunlimakalvoille steriilin tulehdusreaktion, joka estää hedelmöityksen vaikeuttamalla siittiöiden ja munasolun kulkua sekä heikentämällä siittiöiden hedelmöittämiskykyä. Kuparikierukka on luotettava ehkäisymenetelmä, jonka teho kestää 5 vuotta. (Tiitinen 2009c; Lääkeinfo 2007.)

6 NUORTEN SEKSUAALITERVEYSTIEDOT JA TERVEYSTIEDON LÄHTEET

Opiskeluterveydenhuollon asiakkaiden ikäryhmästä ei ollut löydettävissä tutkimuksia siitä, mistä he löytävät seksuaaliterveydestä tietoa. Tästä syystä käytämme nuorempaa ikäryhmää koskevia tutkimuksia, jotka antavat viitteitä myös opinnäytetyömme kohderyhmän seksuaaliterveystiedoista ja seksuaaliterveystiedon lähteistä.

Kahdeksaluokkalaisilla toteutetun tutkimuksen tulosten mukaan monet nuoret kokivat, että Internetistä on helppo hakea tietoa, koska se on ilmaista ja kenenkään ei tarvitse tietää, mitä tietoa nuori on sieltä hakenut. Tutkimukseen osallistuneet nuoret hakivat tietoa muutaman kerran vuodessa tapahtuvasta tiedonhausta jopa viikottain tapahtuvaan hakuun. (Koponen 2007, 33,38.)

Myös Mustonen (2002) toteaa, että Internetin terveystietopalveluiden käyttö on vaivatonta ja helppoa sekä toisaalta palveluiden tarjoaminen on tehokasta (Mustonen 2002, 152).

Koulujen seksuaalikasvatuksellinen toiminta ja kouluihin kohdistuneet seksuaalikasvatusinterventiot selittävät osittain oppilaiden seksuaaliterveystietoja henkilökohtaisten taustatekijöiden lisäksi, toteaa Liinamo (2005). Koululla on täten tärkeä rooli nuorten terveystietojen omaksumisessa. Koulun opetus ei kuitenkaan yksinään pysty vastaamaan nuorten terveyden edistämisen tarpeisiin, toteaa Liinamo. Kuitenkin kouluterveydenhuollon rooli nuoren henkilökohtaisiin, seksuaaliterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaamisessa on korvaamaton. (Liinamo 2005, 85–86.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kouluterveyskyselyitä järjestetään samoissa kunnissa joka toinen vuosi huhtikuun kolmen viimeisen viikon aikana. Parillisina vuosina kyselyyn osallistuvat Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnat ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänien sekä Ahvenanmaan kunnat.

Kouluterveyskyselyissä on 11 kysymystä liittyen suoraan seksuaaliterveyteen ja seksuaalikasvatukseen. Vuonna 2009 ammatillisten oppilaitosten vastaajista 16 % oli huonot tiedot seksuaaliterveydestä, tytöillä paremmat kuin pojilla. Lukion 1.- ja 2. – luokkalaisista huonot tiedot seksuaaliterveydestä oli 6 % vastaajista. (Kouluterveyskyselyt 2009.)

Väestöliiton Internet-sivuston ”Murkun kanssa” mukaan nuori saa tietoa lukiemalla, katselemalla ja kuuntelemalla ympäristön viestejä. Nuori tarvitsee median tarjoaman ja sekoittavan tiedon tueksi totuuteen perustuvaa tietoa seksuaalisuudesta. Pelkästään tieto ei riitä vaan nuori tarvitsee myös ohjeita, kuinka tietoa sovelletaan käytäntöön. Tieto ei ole tärkeää, jos ei tiedetä, mitä sillä tehdään. Motivaatio on tärkeää sillä, nuoren pitää tietää, miksi juuri tämä tieto on hänelle arvokasta. Tieto jolla nuori ei tee mitään, ei myöskään jää hänelle mieleen. Nuoren seksuaaliterveyden kulmakiviä ovat koti, koulu, perusterveydenhuolto ja ystävät sekä harrastukset. (Murkun kanssa 2009.)

Murrosiän muutokseen sopeutumisessa auttaa seksuaaliterveyden tietämys, se mahdollistaa ja tukee seksuaaliterveyttä edistävää käyttäytymistä sekä valintojen tekoa. Asiallisen ja hyvän tietopääoman omaksuminen on tärkeää siksi, että kaupallinen seksuaaliviestintä saattaa aiheuttaa hämmennystä nuorissa. Tieto voi olla myös vääristynyttä ja kehitystasoon sopimatonta. (Liinamo, 2005, 80–81.)

Liinamon (2005) tutkimuksen mukaan nuorten seksuaaliterveyden tietotaso on hieman taantunut. Yleinen viestintä sisältää enenevässä määrin seksuaaliväriteistä ainesta, ja kaupallista esimerkiksi Internetin sisältämää seksuaalisuuteen liittyvää materiaalia on yhä enemmän lasten ja nuorten saatavilla. Tutkimuksen tulokset osoittivat oppilaan taustatekijöiden, kuten kehitysvaiheen, seksuaaliasioiden ajankohtaisuuden ja perhetaustan sekä virallisen seksuaalikasvatuksen tärkeyden merkityksen nuorten seksuaaliterveystiedoille. (Liinamo 2005, 81.)

Koponen (2007) on tutkinut nuorten kokemuksia ja käsityksiä terveystiedosta ja Internetistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata nuorten Internetin käyttöä terveystiedon informaatiolähteenä. Tutkimukseen osallistui 122 kahdeksaluokkalaista Etelä-Karjalasta. Nuoret käyttivät Internetiä eniten koulutehtäviä varten ja toiseksi eniten omaan terveyteen liittyvään tiedonhakuun. Internetistä löytynyt tieto vaikutti nuoriin vaihtelevasti. Tiedonhaun kohteita olivat liikuntaa, ulkonäköön, alkoholiin, unentarpeeseen ja seksuaalisuuteen liittyvät tekijät. Nuoret hakivat tietoa erilaisilta sivustoilta, mutta niin sanotut viralliset terveys-sivustot, kuten Terveyskirjasto, puuttuivat nuorten nimeämistä sivustoista. (Koponen 2007, 46–49.)

Selin (2009) on tutkinut Pro gradu–työssään Internetiä varhaisnuorten seksuaaliterveystiedon lähteenä. Tarkoituksena oli kuvailla, mitkä seksuaalisuuteen liittyvät asiat kiinnostavat varhaisnuoria sekä mistä he ovat saaneet seksuaalisuuteen liittyvää tietoa. Tutkimus selvitti myös, käyttävätkö varhaisnuoret Internetiä seksuaalitiedon etsimiseen ja minkälaisia kokemuksia heillä on Internetistä seksuaaliterveystiedon lähteenä. Tutkimusaineisto on kerätty 5-luokkalaisilta huhtikuussa 2008. (Selin 2009, 30–31.)

Tutkimukseen osallistuneet nuoret käyttivät Internetiä useita kertoja viikossa eikä poikien ja tyttöjen välillä ollut suurta hajontaa. Nuorten mielestä Internetistä oli helppo löytää tietoa. Pojista 24 % oli etsinyt tietoa seksuaalisuuteen liittyen, tytöistä 14 %. Pojista 69 % ja tytöistä 52 % oli joskus joutunut tahattomasti aikuisille suunnatuille seksuaalisuutta käsitteleville Internet-sivustoille. (Selin 2009, 43–44.)

7 TERVEYDENHOITOPALVELUT JA NUORTEN OHJAUS SEKSUAALITERVEYSASIOISSA

Suomessa terveydenhuoltopalveluiden saatavuus on lakisääteistä. Perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan jokaiselle kansalaiselle on julkisen vallan turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä väestön terveyden edistäminen. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 139.) Tartuntatautilaki (583/1986) määrittää eri tahojen vastuut ja velvollisuudet sukupuolitautilien seurannassa ja torjunnassa. Lainsäädännöstä huolimatta sukupuolitautilien ennaltaehkäisy perustuu ennen kaikkea valistukseen ja vapaaehtoisuuteen. (Tartuntatautilaki 1986/583.)

Tartuntatautilien ehkäisytyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Aluehallintovirasto vastaa oman alueensa ehkäisytyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Sairaanhoidopiirit toimivat alueellisina asiantuntijoina tartuntatautilien ehkäisyssä sekä ehkäisytyön toteutuksen seurannassa. Koko Suomen asiantuntijalaitoksena toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 139.)

Jokainen kunta vastaa terveyspalveluiden järjestämisestä asukkailleen. Osa kunnallista perusterveydenhuoltoa ovat opiskeluterveydenhuolto ja lukiolaisten kouluterveydenhuolto sekä yliopisto-opiskelijoiden oma Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 139.)

Opiskeluterveydenhuollon keskeisiä tavoitteita on ylläpitää ja parantaa opiskelijoiden hyvinvointia seuraavilla tavoilla: edistämällä opiskeluympäristön ter-

veellisyyttä ja turvallisuutta, edistämällä opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä sekä järjestämällä terveyden- ja sairaanhoitopalveluja opiskelijoille. Lisäksi opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 25.)

Nuorten seksuaaliterveyteen voidaan vaikuttaa riittävällä ja johdonmukaisella panostuksella, mikäli niin halutaan. Vastuu tiedon antamisesta ylittää ammattirajat. Koulun seksuaalikasvatuksen ja terveyspalveluiden yhteistoiminnalla saavutetaan parhaimmat tulokset. Nuorten seksitautien ehkäisy, tutkimus ja hoito kuuluvat terveydenhuoltoon. Tosin nuori harvoin hakeutuu ennen ensimmäistä yhdyntää terveydenhuollon piiriin, joten ensikontakti terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tapahtuu myöhään tai ei koskaan. Palveluiden heikko tavoitettavuus koskee erityisesti poikia. Hyvin toimiva kouluterveydenhuolto tavoittaa nuoret tasapuolisesti ja antaa mahdollisuuden keskustella ja saada ohjausta seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Koulussa opetettavan terveystiedon tarkoituksena on tavoittaa kaikki nuoret ja päämääränä korkealaatuinen oikeita malleja ja asenteita tarjoava terveyskasvatus, johon seksuaalikasvatus sisältyy yhtenä osa-alueena. Ongelmana on kuitenkin kouluryhmän yksilöiden eriaikainen kehitysvaihe ja kypsyminen, joten oikea aikainen neuvonta ja ohjaus tuovat omat haasteensa. (Apter 2006)

8 TERVEYSINEISTON ARVIOINTIKRITEERIT

Verkossa on runsaasti virheellistä ja epätarkkaa tietoa, joka voi olla jopa kohdalokasta käyttäjälleen. Useat eri organisaatiot ovat kiinnittäneet huomiota tähän ja kehittäneet laatukriteereitä, joiden avulla verkossa olevaa terveystietoa voidaan arvioida ja laatua näin parantaa. (Mustonen 2002, 158.)

Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin oppaassa (2001) todetaan, että terveysaineistolla tarkoitetaan terveysaiheeseen liittyviä kirjallisia, audiovisuaalisia tuotteita ja havaintomateriaalia eli lehtisiä, julisteita, kalvosarjoja videoita tai vaikkapa elokuvia, jotka ovat suunnattu väestölle. Aineiston on tarkoitus

tukea inhimillistä vuorovaikutusta esimerkiksi vahvistamalla, täsmentämällä tai havainnollistamalla esillä olevaa aihetta. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 3.)

Terveysaineisto voi myös toimia muistin tukena tai aktivoida yksilöä tai yhteisöä osallistumaan oman terveytensä ja sairautensa hoitoon. Monet eri tahot julkaisevat terveysaineistoa, ja siksi onkin tärkeää panostaa terveysaineiston laadun kehittämiseen sekä kiinnittää siihen erityistä huomiota jo aineiston suunnitteluvaiheessa. (Parkkunen ym. 2001, 3.)

Terveysaineistolla on seuraavat laatukriteerit: konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esittäminen, helppolukuisuus, vain oikean ja virheettömän tiedon esittäminen, kohderyhmän selkeä määrittäminen, kohderyhmän kulttuurin kunnioitus, kuvitus tukee tekstiä, terveysaineisto herättää huomiota ja luo hyvää tunnelmaa. Vain yhden kriteerin täytyminen ei ole edellytys hyvälle aineistolle, vaan siihen vaaditaan kaikkien kriteerien täyttymistä. (Parkkunen ym. 2001, 9-11.)

Edellä mainittujen kriteerien lisäksi Internet-aineiston arviointikriteerit sisältävät seuraavia asioita: aineiston uskottavuuteen, avoimuuteen, linkitykseen, vuorovaikutteisuuteen ja varoituksiin liittyviä tekijöitä (emt. 11). Internet-aineistoa voidaan kuitenkin tarkastella sisällöllisesti ja pedagogisesti samojen kriteerien avulla kuin muutakin materiaalia. Lisäksi Internet-materiaalissa on erityisiä tekijöitä, jotka määrittävät materiaalin laatua, käytettävyyttä ja soveltuvuutta. Verkkoon laadittavassa materiaalissa tulee ottaa huomioon median käyttöpiirteet, vuorovaikutteisuus, asiayhteys, tekijänoikeudet sekä itseohjautuvuuden vaatimus. Voidaan sanoa, että verkkoon pitää siirtää myös se ohjaus tai tuki, joka muuten annettaisiin suullisesti. (Materiaalin arvioinnin kriteeristö 2009.)

Lamminen ja muut (2001) toteavat, että terveyspalvelut ovat kasvava osa Internetin palvelutarjontaa. Kuka tahansa voi julkaista verkossa tietoa ja palveluja liittyen terveyteen ja sairauksiin. Kartoitettaessa verkossa tarjottavia terveyspalveluja huomattiin, että tarjonta on kirjavaa samoin kuin sivujen taso. Luottamuksellisimpana pidettiin tunnettujen ja suurten organisaatioiden sivuja, jotka olivat myös ulkoasultaan selkeitä ja kattavia. Kuitenkin monet sivuista

olivat pinnallisia ja kiinnostusta herättämättömiä. Usein tuli vaikutelma, että sivut oli tehty kiireellä. (Lamminen, Niemi, Niiranen, Uusitalo, Mattila & Kalli 2001.)

Hyvä terveysaineisto sisältää konkreettisen tavoitteen; esimerkiksi tiedon vastaanottaja ottaa sukupuolitautitartuntaa epäiltäessä yhteyttä omaan terveydenhuoltohenkilökuntaan (ks. Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001). Tavoite ohjaa sisällön muodostumista ja tarkentaa sitä. Kun aineisto on riittävän hyvä, lukija voi hahmottaa helposti, mihin aineistolla pyritään ja ymmärtää mihin terveysasiaan tai ongelmaan se liittyy. (Parkkunen ym. 2001,11–12.)

Tiedon, joka terveysaineistolla tuodaan yleisön tietoon, tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajantasaista. Tämän lisäksi lukijan pitää voida luottaa siihen, että aineistossa oleva tieto perustuu tutkittuun tietoon. Kieliasuun liittyvät laatuksiteerit eli helppolukuisuus ja kielen rakenne sekä käsitteiden käyttö on tärkeää huomioida terveysaineistoa suunnitellessa. Kirjallisessa materiaalissa tulee ottaa huomioon kohderyhmän keskimääräinen lukutaito, jotta asia menisi mahdollisimman hyvin perille. Paras keino tämän saavuttamiseksi on testata materiaali kohderyhmällä. (emt. 13.)

Terveysaineiston esitystavan tulisi olla selkeä, tähän voidaan vaikuttaa ulkoasuun liittyvillä seikoilla. Tekstityypin valinta ja koko, tekstin asettelu, kontrastit, värien käyttö ja kuvitus selkiyttävät terveysaineiston sisältöä. (emt. 15.)

9 OLEMASSA OLEVAT RISKITESTIT

Keväällä 2009 tutkimme Internetissä olevia testejä, joihin vastaamalla voi kartoittaa oman riskinsä sairastua tiettyyn tautiin tai sairauteen. Terveystesteistä esimerkiksi tyypin II diabeteksen kartoitukseen, sydän- ja verisuonitautien kartoitukseen sekä ravinto- ja päihdekartoitukseen löytyi helposti testit hakukone Googlesta hakusanaa ”riskitesti” käyttämällä. Tutkimme, millaisia muut testit ovat kysymysrakenteiltaan, ulkonäöltään ja luotettavuudeltaan sekä houkuttelevatko ne vastaamaan. Esimerkiksi Diabetesliiton ”Testaa riskisi

sairastua tyypin 2 diabetekseen” -testi on selkeä, informatiivinen ja luottamusta herättävä, sillä testin suunnittelijat ja julkaisuajankohta sekä maininta kysymysten pohjautumisesta laajaan tutkimusaineistoon ovat esillä. Testi on helpokäyttöinen ja ohjeistaa, kuinka vähentää sairastumisen riskiä ja minne kannattaa ottaa yhteyttä, jos vastaaja saa kohonneet riskipisteet. (Testaa riskisi sairastua tyypin 2 diabetekseen.)

Aids-tukipisteen koordinoima Seikkaile turvallisesti–Internet-sivusto on osa Hiv- ja matkailuhanketta. Päämääränä on uusien Hiv- ja sukupuolitauditartuntojen ehkäisy Suomesta lähtevien matkailijoiden keskuudessa. Tammikuusta 2008 joulukuuhun 2009 kestävä hankkeen kohderyhmänä ovat Suomesta lähtevät lomamatkailijat yleisesti, työmatkalle ja työkomennukselle lähtevät, vaihto-opiskelijat ja harjoittelijat sekä matkailuterveydenhuollossa työskentelevä terveydenhuoltohenkilökunta. Seikkaile turvallisesti-Internet-sivut on toteuttanut kotimainen Neodesign-muotoilutoimisto. (Seikkaile turvallisesti.)

Eri hakusanoilla etsiessämme löysimme Internetistä yhden klamydiaa käsittelevän testin. Tämä klamydiatesti on hankalasti löydettävissä, sillä hakusanalla klamydiatesti haettaessa tulee otsikon alle teksti, että sivusto on suunniteltu raskaana oleville ja aborttia harkitseville nuorille. Itse testissä on 14 kysymystä, joihin vastaamalla saa kertoimen, joka laskee tuloksen. Tuloksia on kolmea tasoa: pieni, kohonnut ja suuri riski. Kysymysten numeroa tai vastauksen antamaa kerrointa klikkaamalla saa kysymykselle selityksen. Tulostason pikkuikuna antaa tietoa. Ulkoasultaan testi ei houkuta, sillä sivusto on valkoinen, jossa on mustan ja violetin väristä tekstiä. Kuvitusta tai muuta tekstiä tukevaa tunnelman luoja ei testissä ole käytetty. Testin tekijästä tai tekijöistä ei ole mainintaa sivustolla. Testin alussa voi halutessa klikata Tietoja testistä-linkkiä, joka ilmoittaa, että testi on ohjeellinen eikä tuloksilla ole varsinaista lääketieteellistä arvoa, vaan sen tarkoituksena on toimia terveyskasvatuksen apuvälineenä. Lisänä on lista kirjallisuuslähteistä, joihin testi pohjautuu. Testin alussa on maininta, että viime vuosina nuorten klamydiatartunnat ovat kasvaneet, mutta testisivustolla ei ole ajankohtaa tai vuotta, jolloin testi on luotu.

Edellä mainittu klamydiatesti on osa ”Raskaus vai väärä hälytys? Abortti vai synnytys?”- sivustoa. Testin on tehnyt sairaanhoidon opiskelijat Elli Partanen

ja Varpu Räisänen Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulusta osana opinnäytetyötä. Testi on toteutettu yhteistyönä Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulun tekniikan yksikön kanssa. Tekstisisältöihin he ovat käyttäneet sekä lähdekirjallisuutta että asiantuntijahaastatteluja. Sivuston luontiajankohta ei ole esillä, mutta tekijät mainitsevat valmistuvansa vuonna 2002, joten olettaisimme, että se antaa viitteitä testin sekä sivuston iästä. (Partanen & Räisänen n.d.)

Keski-Suomessa on kehitetty oman klamydiariskin arviointia varten kysymys-sarja, joka antaa tukea testeihin hakeutumiseen (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 115). Edellä mainittu testi on kuitenkin kehitetty jo 1990-luvun loppupuolella, ja se on paperiversio.

10 RISKITESTIN KEHITTÄMINEN

10.1 Klamydiariskitestin tavoitteet ja tarkoitus

Riskitestin tavoitteena on saada nuoret kiinnostumaan omasta seksuaalikäyttäytymisestään. Tarkoituksena on nuorten seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen ja klamydiaan sairastumisriskiin vaikuttavien tekijöiden löytyminen ja riskitestin laadinta. Nuori tekee testin itsenäisesti Internetissä. Riskitestin lopuksi nuori saa oman seksuaalikäyttäytymisensä perusteella pisteytetyt riskipisteensä. Riippuen testin tuloksesta, nuori saa positiivisen palautteen vastuullisesta seksuaalikäyttäytymisestä. Jos riskitestin pisteet ovat korkeat, nuori voidaan ohjata ottamaan yhteyttä terveydenhuollon henkilökuntaan ja kertomaan omasta riskikäyttäytymisestään. Testi on tarkoitettu 16-24-vuotiaille opiskeluterveydenhuollon asiakkaille.

10.2 Kohderyhmä ja yhteistyökumppani

Kohderyhmänä klamydiariskitestille on opiskeluterveydenhuollon asiakaskunta. Kaikki henkilöt, jotka osallistuvat peruskoulun jälkeiseen koulutukseen,

kuuluvat opiskeluterveydenhuollon piiriin. Vuonna 2003 yli 90 % 16-19-vuotiaista nuorista opiskeli joko lukiossa tai ammatillisessa koulutuksessa, joten opiskeluterveydenhuolto koskettaa lähes kaikkia nuoria ja suurta osaa nuorista aikuisista. Samana vuonna 19-24-vuotiaista opiskeli runsas puolet ja 25-29-vuotiaistakin neljännes. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 33.)

Testiä kehitettäessä on tärkeää määrittää kohderyhmä tarkasti sekä tuntea kohderyhmä, ks. Vilkka (2004) ja Metsämuuronen (2000). Tässä työssä kohderyhmä määrittyi opiskeluterveydenhuollon asiakkaiden ja klamydiatartuntojen esiintyvyyden perusteella.

Suunnitelma yhteistyökumppanimme Jyväskylän kaupungin opiskeluterveydenhuollon kanssa oli saada asiantuntija-apua riskitestin kysymysten kehittämisessä. Asiantuntija-apua olisivat antaneet terveydenhoitajat ja lääkärit. Tapasimme yhteistyömme aikana kolme kertaa.

Ensimmäisellä tapaamisella esittelimme opinnäytetyön aihetta ja suunnitelmaa. Keskusteltuamme yhteistyön tavoitteeksi määrittyi, että saamme yhteistyökumppanilta asiantuntija-apua riskitestin kysymysten kehittämisessä terveydenhoitajilta sekä lääkäreiltä.

Toisella tapaamiskerralla syksyllä 2009 olimme tehneet teoreettista viitekehystä työllemme. Havainnollistimme työmme etenemistä esittelemällä senhetkistä opinnäytetyösuunnitelman sisällysluetteloja terveydenhoitajille. Hahmotelmaa kysymyksille oli jo tuolloin olemassa. Terveydenhoitajat toivat esille omia näkemyksiään ja kokemuksiaan työelämästä, joka tuki teoreettisen tiedon pohjaa. Terveydenhoitajat kokivat, että riskitesti voisi olla heille työväline. Samalla määrittelimme työlle rajausta ja sen mukaan kysymyksessä on riskikäyttäytymistä testaava testi, joka ei määrittele oireita eikä anna oireiden mukaista jatkohoito-ohjetta. Tapaamisessa allekirjoitimme yhteistyösopimuksen.

Kolmannen kerran tapasimme keväällä 2010. Yhteistyömme ei edennyt aiempien suunnitelmien mukaan. Päädyimme kehittämään kysymykset itse ja lähetimme terveydenhoitajille lähes valmiit riskitestin kysymykset. Tapasimme, kun olimme tehneet Internetiin yhden version klamydiariskitestistä. Esittelim-

me testin viidelle opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajalle. Testi sai hyvää palautetta.

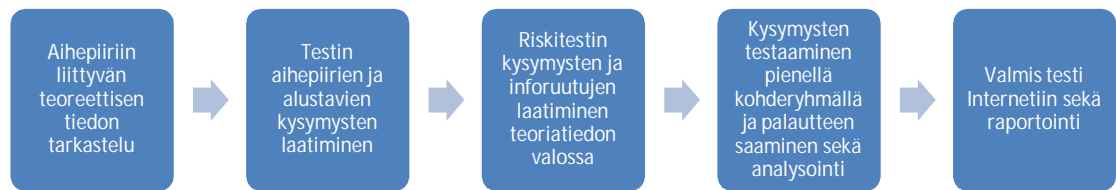
Terveydenhoitajat kokivat testin olevan heille mahdollinen työväline, koska se sijaitsee Internetissä ja on nopeasti tehtävissä. Testiä voi käyttää esimerkiksi terveystarkastusten ja vastaanotolla käynnin yhteydessä, jolloin testi voi toimia seksuaaliterveyskeskustelun pohjana. Testin voi tehdä myös seurustelua aloitettaessa niin, että molemmat osapuolet tekevät testin, jolloin testi voi herätellä nuorta kiinnittämään huomiota omaan seksuaaliterveyteen. Nuoret voivat tehdä testin kotona tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Vastaanotolla testi voi antaa suuntaa myös siihen, mitkä sukupuolitautitestit nuorelta tulee ottaa. Testiä voi käyttää myös koulujen terveystietotunneilla opetuksen tukena.

10.3 Riskitestin kehittämisen teoreettinen tausta

Laadimme ensin teoreettisen viitekehyksen työllemme. Päätimme yhdessä keskeiset käsitteet, jotka määrittelemme raportissa. Testin kysymysten valinta tulee tehdä siten, että kysymykset pystyy perustelemaan vasten valittua teoreettista viitekehystä tai tavoitteita. Teoreettinen viitekehys sekä keskeiset käsitteet on päätettävä ennen testikysymysten suunnittelua. Tutustuminen aiempaan tutkimustietoon ja alan kirjallisuuteen aiheesta on suunnittelussa avuksi. Teoriasta muokattujen käsitteiden tulee olla vastaajan ymmärrettävissä. Nuorille suunnatun riskitestin kysymykset on muokattu nuorten kielelle (ks. Vilka 2005). Vilkan (2005) mukaan teoreettinen taso on yleinen, mutta operationalisoinnissa siirrytään katsomaan asioita tutkittavan kannalta eli tässä tapauksessa riskitestin vastaajan kannalta. (Vilka 2005, 81.)

Testi antaa nuorelle tietoa hänen mahdollisesta sairastumisestaan klamydiaan ja testaa hänen riskiään. Testissä ei analysoida siitä saatuja tuloksia eikä kenenkään testivastauksia tallenneta.

Metsämuuronen (2000) kuvaa mittarin rakentamista. Metsämuuronen (2000) kuvio 1 on käytettävissä sovellettuna opinnäytetyöhömme (kuvio 1).



KUVIO 1. Riskitestin kehittäminen (mukaillen Metsämuuronen 2000 ja Vilkkä 2005)

10.4 Riskitestin kysymysten laatiminen

Riskitestin kysymykset on luotu tutkimustiedon ja kirjallisuuden pohjalta nuorten seksuaalisesta riskikäyttäytymisestä. Lisäksi tutkimme muita olemassa olevia riskitestejä ja niiden sisältöä. Jokainen kysymys voidaan perustella teorian tiedolla. (Kuvio 2). Kysymykset muotoiltiin siten, että nuoret ymmärtävät ne. Pisteytimme riskipisteet jokaiselle kysymykselle. Ohjelma laskee pisteet ja antaa tuloksen sekä ohjeistuksen testin tuloksesta riippuen. Testin tekemisen aikana tekijä saa tietoa, miksi kysymys esitetään sekä faktatietoa klamydiasta ja sen ehkäisemisestä.

1. Kysymys: Minkä ikäinen olet?	<ul style="list-style-type: none"> • Klamydiatartunnat ovat yleisempiä nuorilla. Ks. Liite 1. • Klamydiaa esiintyy eniten 15-19, ja 20-24 -vuotiailla (Lehtinen ym. 2007, 3000). • Nuorilla on useammin riskikäyttäytymistä kuin varttuneemmalla väestöllä (Cacciatore 2006b, 205-209).
2. Kysymys: Oletko nainen vai mies?	<ul style="list-style-type: none"> • Klamydiaa raportoidaan 4 kertaa enemmän 15-24-vuotiailla naisilla kuin miehillä (Lehtinen ym. 2007, 3000).
3. Kysymys: Kuinka monta uutta seksikumppania sinulla on ollut viimeisen vuoden aikana?	<ul style="list-style-type: none"> • Yksikin uusi kumppani edeltävän 12kk:n aikana lisää sukupuolitaudin riskiä (Skjeldestad ym. 2009). • Mitä useampi kumppani, sitä suurempi riski saada sukupuolitauti (Cacciatore 2006a, Hiltunen-Back 2004 ja Skjeldestad ym. 2009).
4. Kysymys: Seurusteletko?	<ul style="list-style-type: none"> • Avio- tai avioliitto on suojaava tekijä, naisilla vähän enemmän kuin miehillä (Cacciatore, 2006a).
5. Kysymys: Mikä ehkäisymenetelmä sinulla on käytössäsi? Valitse yksi tai useampia vaihtoehtoja	<ul style="list-style-type: none"> • Naisilla ehkäisypillereiden käyttö lisää riskiä (Hiltunen-Back, 2004). • Kondomi suojaa seksitaudeilta (Hiltunen-Back & Aho, 2007).
6. Kysymys: Kun olit edellisen kerran yhdynnässä, olitko alkoholin vaikutuksen alaisena?	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholin käyttö lisää riskikäyttäytymistä vähentäessään estoja (Cacciatore 2006a). • Alkoholin käyttötiehyys ja humalahakuisuus lisäävät riskikäyttäytymistä miehillä (Nikula 2009). • Naiset unohtavat riskit humalatilaa vuoksi (Papp ym. 2000).
7. Kysymys: Oletko joskus sairastanut seksitautin tai seksitauteja?	<ul style="list-style-type: none"> • Aiemmin sairastettu klamydia lisää riskiä sairastua uudelleen (Hiltunen-Back 2004). • Riskikäyttäytyminen on hitaasti muuttuvaa tai jopa pysyvää (Cacciatore 2006a). • Suomessa joka kymmenes saa uuden klamydiatartunnan 12 kk:n sisällä (Hiltunen-Back & Reunala 2005).
8. Kysymys: Keskusteletko kumppanisi kanssa ehkäisystä ennen ensimmäistä yhdyntää?	<ul style="list-style-type: none"> • Nuoret uskovat herkästi kumppanin vakuuttelun taudittomuudesta, ilman muuta vahvaa tietoa (Cacciatore 2006a)
9. Kysymys: Kuinka kaveripiirisi suhtautuu seksitauteihin?	<ul style="list-style-type: none"> • Nuoremmat (14-17 -vuotiaat) ovat alttiita kavereiden vaikutukselle (Cacciatore 2006a) • Klamydian sairastaminen voi olla kaveripiirissä myönteinen asia (Cacciatore 2006a)

KUVIO 2. Riskitestin kysymykset ja niiden perustelut

10.5 Riskitestin pisteytys ja vastausvaihtoehdot sekä esitestaus

Valmista pohjaa, jonka avulla voimme riskitestin pisteyttää, ei ollut olemassa. Teimme pisteytyksen itse ja korostimme niiden kysymysten merkitystä, jotka arvioimme tutkimusten ja asiantuntijoiden näkemysten perusteella tärkeiksi nuorten seksuaalisessa riskikäyttäytymisessä (kuvio 3). Vastausvaihtoehdot on tehty siten, että ne on selkeä pisteyttää.

1. Kysymys: Minkä ikäinen olet?	<ul style="list-style-type: none"> • Nuorempi kuin 15-vuotias, 0 • 15-19- vuotias, 2 • 20-24- vuotias, 2 • Vanhempi kuin 25 -vuotias, 0
2. Kysymys: Oletko nainen vai mies?	<ul style="list-style-type: none"> • Nainen, 1 • Mies, 0
3. Kysymys: Kuinka monta uutta seksikumppania sinulla on ollut viimeisen vuoden aikana?	<ul style="list-style-type: none"> • Ei yhtään, 0 • 1-2, 2 • 3 tai enemmän, 2 • Olen neitsyt, testin tekeminen päättyy tähän
4. Kysymys: Seurusteletko?	<ul style="list-style-type: none"> • Sinkku, ei parisuhdetta, 2 • Seurustelen, avo- tai avioliitto, 0 • Enemmän kuin 1 seurustelukumppani tai fuckbuddy, 2
5. Kysymys: Mikä ehkäisymenetelmä sinulla on käytössäsi?	<ul style="list-style-type: none"> • Kondomi, 0 • Hormonaalinen ehkäisy, 1 • Keskeytetty yhdyntä, 2 • Ei ehkäisyä, 2 • Minulla ei ole seksikumppania, 0
6. kysymys: Kun olit edellisen kerran yhdynnässä, olitko alkoholin vaikutuksen alaisena?	<ul style="list-style-type: none"> • Kyllä, 2 • Ei, 0

Kuvio jatkuu seuraavalla sivulla.

7. Kysymys: Oletko joskus sairastanut seksitaudin tai seksitauteja?	<ul style="list-style-type: none"> • Kyllä, 2 • En, 0
8. Keskusteletko kumppanisi kanssa ennen ensimmäistä yhdyntää?	<ul style="list-style-type: none"> • Kyllä, 0 • Ei, 2
9. Kysymys: Kuinka kaveripiirisi suhtautuu sukupuoli tauteihin?	<ul style="list-style-type: none"> • "Kuuluu nuoruuteen, kaikillahan niitä on", 2 • Keskustelemme kavereiden kanssa asiasta avoimesta, kondomit on ihan jees!", 0 • "Ei kosketa minua, enhän mä voi tautia saada!", 2 • "Nolo juttu, emme puhua asiasta", 2

KUVIO 3. Riskitestin pisteytys ja vastausvaihtoehdot

Alin pistemäärä testissä on 0. Ylin pistemäärä on 17. Pistemäärät jaotimme kolmeen osaan. Ne osoittavat matalan riskin pistemäärän, kohonneen riskin pistemäärän sekä korkean riskin pistemäärän.

Matalan riskin pistemäärä on 0-6 pistettä. Laskimme pisteet niin, että vastuullisesta seksuaalikäyttäytymisestä pisteitä saa tulla enintään 6. Esimerkiksi tietty ikä ja naissukupuoli antavat pisteitä, vaikka ne eivät yksinään vaikuta seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Nuori saa lopuksi positiivisen palautteen vastuullisesta seksuaalikäyttäytymisestä.

Kohonneen riskin pisterajat ovat 7-12 pistettä. Tällöin henkilöllä on kohonnut riski sairastua klamydiaan. Kohonneen riskin pisterajan saavuttavat henkilöt, joiden riskikäyttäytyminen on osin lisääntynyt. Nuori saa testistä kokonaiskuvan seksuaaliseen käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä ja mahdollisuuden miettiä omaa tilannettaan niiden valossa. Riskipisteitä kartuttavien kysymysten kohdalla käyttäytymisen tulisi olla vastuullisempaa. Halutessaan hän voi olla yhteydessä terveydenhuollonhenkilökuntaan ja keskustella omasta seksuaali-terveydestään.

Korkean riskin pisterajat ovat 13-17. Nämä pisterajat kertovat testin käyttäjälle, että hän on vastannut riskialttiisti useammassa kysymyksessä. Hänellä voi jo olla sukupuolitauti tai hän on suuressa vaarassa sairastua siihen. Testi an-

taa nuorelle miettimisen aiheita, miten kaikki kysymykset liittyvät seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Nuorta kehoitetaan ottamaan yhteyttä terveydenhuollon henkilökuntaan päästäkseen sukupuolitauteihin ja keskustelemaan omasta tilanteestaan asiantuntijan kanssa. Nuoren on myös tärkeä tiedostaa, että seksuaalista riskikäyttäytymistä voi halutessaan muuttaa.

Riskitestin kysymykset esitettiin. Vastaaaja esitestauksessa oli yhteensä 18 henkilöä. Riskitestin tekemiseen Internetissä ja meidän esittämien kysymysten vastaamiseen heiltä meni aikaa 15 minuuttia. Esitestauksessa oli mahdollisuus kommentoida riskitestin kysymyksiä meidän tekemiemme kysymysten pohjalta ja yhden avoimen kysymyksen avulla. Esitestauksessa esitimme seuraavat kysymykset:

1. Millainen on ensivaikutelmasi testistä?
2. Millainen on mielestäsi testin ulkoasu (värit, fontit, jne.) ja käytettävyys?
3. Houkutteleeko ulkoasu sekä naisia että miehiä vastaamaan testiin?
4. Mitä mieltä olet käyttämistämme sanavalinnoista? Sanoisitko jonkin asian toisin?
5. Sana on vapaa

Näiden kysymysten perusteella testi arvioitiin hyväksi, helpoksi tehdä ja tärkeäksi. Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että senhetkinen värityksi oli kohderyhmää nuoremmille suunnattua. Sanavalinnoista vain muutama vaati testiryhmän mukaan parannusta. Korjausehdotuksia tuli yksi koskien inforuutujen muokkaamista. Väriin liittyviä konkreettisia korjausehdotuksia emme saaneet. Näiden parannusehdotusten mukaan päätimme, että muutamme värityksiä ja selvitämme mahdollisesti epäselvät sanat erillisillä linkeillä, jotka luomme testin yhteyteen.

10.6 Tekninen toteutus

Opinnäytetyömme teknisestä toteutuksesta vastasi ohjelmistosuunnittelija Juhana Riutta-aho. Teknisessä toteutuksessa käytettiin HTML-, CSS-, PHP- ja Ja-

vascript -tekniikoita riskitestiä tehtäessä. Nämä tekniikat ovat yleisesti käytössä tehtäessä Internet-sivustoja. (Riutta-aho 2009.)

HTML-tekniikka on kuvauskieli, jolla voidaan kuvata hyperlinkkejä sisältävää tekstiä. Internet-sivut rakentuvat HTML-kielellä. HTML:lla voidaan merkitä tekstin rakenne eli mikä osa tekstistä on otsikko ja mikä leipätekstiä. Tämä merkintä tehdään tekstin sekaan kirjoitettavilla elementeillä. CSS on www-dokumenteille erityisesti kehitetty tyyliohjeiden laji. CSS-kielellä dokumentille voi määrittellä useita tyyliohjeita, jotka sitten yhdistetään tietyllä tavalla yhdeksi säännöstöksi. PHP on ohjelmointikieli, jota käytetään erityisesti dynaamisten web-sivujen luonnissa web-palvelinympäristöissä. JavaScript on komentosarjakieli, ja sen tärkein sovellus on mahdollisuus lisätä websivuille dynaamista toiminnallisuutta. MySQL on tietokantajärjestelmä, josta voidaan ylläpitää sivustojen sisältöä ja jonne voidaan tallentaa käyttäjien syöttämää tietoa. (Cascadian Style Sheets 2010; HTML 2010; JavaScript 2010; MySQL 2010; PHP 2010; Riutta-aho 2010.)

10.7 Klamydiariskitesti

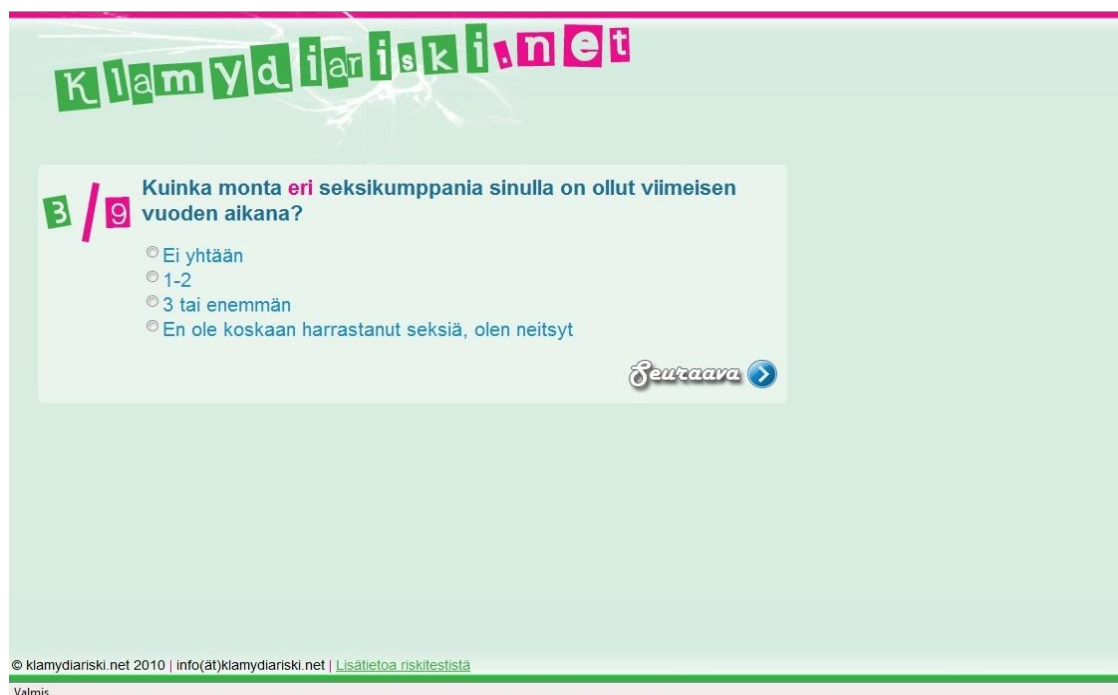
Klamydiariskitesti löytyy Internetistä osoitteesta www.klamydiariski.net. Valitsimme riskitestin osoitteeksi lyhyen ja ytimekkään tekstin, joka kertoo olennaisen sivuston sisällöstä.

Testin ulkoasun olemme suunnitelleet itse. Tutustuimme terveysaineiston arviointikriteereihin (Parkkunen ym. 2001, 1-27). Käytimme arviointikriteerejä pohtiessamme sivuston värimaailmaa, käytettävyyttä ja ulkoasua. Kuvitus on vähäistä, sillä kuvitusta on vaikea määrittää tekstiä tukevaksi.

Värimaailma on kohderyhmää ajatellen neutraali. Käytimme muutamia tehostevärejä korostamaan tärkeitä asioita. Kuvitusta Internet-sivuilla on muodot ja kuviot, jotka ovat tekstin taustalla. Lisäksi sivustoa elävöittävät erilaiset fontit. Tavoite oli, että testi on yleisasultaan selkeä. Testin tekijän huomion ei tulisi kiinnittyä mihinkään ylimääräiseen, jotta mielenkiinto testiä kohtaan säilyy. (Kuvio 1 ja Kuvio 2).



KUVIO 4. Etusivu riskitestistä



KUVIO 5. Kysymyssivu riskitestistä

Käytettävyys on suunniteltua. Erilaisten linkkien toiminta on selkeää ja johdonmukaista. Testin tekijän ei tarvitse välillä keskeyttää testin tekemistä, jos hän haluaa tarkennusta johonkin asiaan. Esimerkkinä tästä on fuckbuddy-sanan määrittely, joka linkkinä aukeaa pikkuikkunaan tekstin viereen.

Sivustolla on sähköpostiosoite testin tekijöille, mikäli käyttäjä haluaa lisätietoa teknisestä toteutuksesta tai muusta vastaavasta testin kehitykseen liittyvästä asiasta. Emme vastaa tiedusteluihin, jotka koskevat jollain tapaa klamydian oireita. Sivustolla on Lisätietoa riskitestistä-linkki, jossa kerrotaan testin olevan kahden Jyväskylän ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijan opinnäytetyö ja työn olevan luettavissa Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston Internet-sivujen kautta.

Olemme luoneet riskitestin käyttäjille testin tekemisen aikana mahdollisuuden päästä kahdesta linkistä eteenpäin, etsimään itselleen lisätietoa Internetistä. Ensimmäinen linkki on kysymyksessä ”Kuinka monta eri seksikumppania sinulla on ollut viimeisen vuoden aikana?”. Jos nuori vastaa tähän kysymykseen ”Olen neitsyt”, pääsee hän linkistä Väestöliiton nuorille suunnatuille Internet-sivuille. Sivut ovat erittäin kattavat ja ajantasaiset ja joista nuori voi hakea tietoa seksuaalisuuteen liittyen. Toinen linkki on kysymyksessä ”Kun harrastit edellisen kerran seksiä, olitko humalassa?”. Tähän kysymykseen laitoimme linkiksi Päihdelinkin Internet-sivut. Nuori voi tämän linkin kautta selvittää halutessaan alkoholin käyttöönsä. Sivustolla on erilaisia testejä oman alkoholikäytännön testaamiseksi. Sivustojen ylläpitäjiltä olemme kysyneet sähköpostitse luvan linkittämiseen.

Klamydianriskitesti linkitetään Jyväskylän kaupungin opiskeluterveydenhuollon Internet-sivuille, näin nuoret löytävät testin helposti ja se on myös henkilökunnan helposti löydettävissä. Sivuston osoite on <http://www.jyvaskyla.fi/sote/terveys/opiskeluterveydenhuolto>. Klamydianriskitesti linkitetään myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun Seksuaaliterveyden asiantuntijaosaamista- sivuston artikkeleita- ja opinnäytetöitä-osioon. Sivuston osoite on <http://www.jamk.fi/yrityksille/sosiaalijaterveysala/seksologia>.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheenvalintaan vaikutti erityisesti oma kiinnostuksemme. Aihe on tärkeä myös yhteiskunnallisesti, sillä klamydia on yleisin sukupuolitauti (Hiltunen-Back & Liuha 2009). Internetissä ei ole ollut nuorille suunnattua klamydiaa ja seksuaalista riskikäyttäytymistä kartoittavaa testiä, joka olisi kaikkien saavutettavissa ja tehtävissä helposti ilman terveydenhuollon henkilökuntaa. Kehittämämme riskitesti täyttää tämän aukon.

Opinnäytetyön teoreettisen tiedon osalta pidimme tärkeänä luotettavaa tietoperustaa ja kattavuutta sekä tiedon tuoreutta. Laajasta aineistosta oli ajoittain hankala jäsentää tietoa. Rajasimme lähdemateriaalin pääosin tukemaan riskitestin kehittämistä. Onnistuimme käyttämään lähteitä monipuolisesti. Olisimme toivoneet enemmän pohjoismaisia tutkimuksia aiheesta, sillä kulttuuriset erot ovat pohjoismaissa vähäisiä. Ajoittain ongelmana oli se, että seksuaaliterveyden ja sukupuolitautilien aineistoja ovat julkaisseet samat, juuri tiettyyn asiaan erikoistuneet henkilöt.

Vastatessaan riskitestin kysymyksiin nuori joutuu pohtimaan omaa seksuaalikäyttäytymistään ja tutustuu riskikäyttäytymiseen vaikuttaviin tekijöihin. Nämä olivat riskitestin tavoitteet. On kuitenkin nuoren itsensä päätettävissä, toimiiko hän riskitestistä saamansa testituloksen yhteenvedon mukaisesti saadessaan kohonneen tai korkean riskituloksen.

Olemme rakentaneet kysymykset, pisteytyksen ja tehneet esitestauksen, joka antoi viitteitä testin muokattavista asioista. Testi on ulkoisesti miellyttävä, selkeä ja sisällöltään luotettava, kuten Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas (2001) toteaa laadukkaasta terveystestistä (Parkkunen ym. 2001, 1-27). Testi sisältää asiantietoa sopivasti nuorta ajatellen. Pisterajoja ei voi tulkita yhden pisteen tarkkuudella, sillä epävarmuustekijöitä on aina mukana. Matalan riskin pisteissä sairastumisriski on pienempi mutta ei täysin olematon.

Nuoren on helppo tehdä testi anonyymina ja tietoisena siitä, ettei hänen testivastauksiaan tallenneta. Nuoret pitävät Internetiä helppona paikkana hakea tietoa, sillä tiedonhaku onnistuu niin että kukaan ei saa tietää mitä tietoa nuori

on sieltä hakenut. (Koponen 2007, 33.) Palvelusta on hyötyä molemmille sukupuolille ja ikäryhmille. Riskitestin kehittämisestä ei ollut julkaisuja. Käytimme lähteenä kysymyslomakkeiden rakentamisen teoreettista tietoa sovellettuna. Pääosin työstimme itse riskitestin kehittämisen operationaalisen taustan, Vilkkaa (2005) ja Metsämuurosta (2000) mukaillen.

Teknisessä toteutuksessa vaikutimme testin tekemisen sujuvuuteen ja ulkoasuun sekä käyttömukavuuteen. Teknisestä toteutuksesta vastasi ohjelmistosuunnittelija Juha Riutta-aho, joka kuunteli toiveitamme testiä toteutettaessa. Riskitesti löytyy osoitteesta www.klamydioriski.net. Lisäksi riskitestin osoite on linkkinä kahdella sivustolla.

Testistä olisi tullut kattavampi, jos olisimme laajentaneet testin koskemaan myös klamydian oireita. Lisäksi testiin olisi voinut tehdä jokaisen kysymyksen jokaiseen vastausvaihtoehtoon oman inforuudun, mutta nämä jäivät toteuttamatta aikataulullisista syistä. Testissä olisi voinut kysyä myös muiden päihteiden käyttöä ja koulutustaustaa.

Yhteistyökumppanimme kanssa yhteistyö on sujunut pääosin hyvin. Aluksi ajattelemamme yhteistyö ei toteutunut, ja ajoittain oli hankalaa saada yhteisiä tapaamisaikoja sovittua. Viimeisessä tapaamisessa yhteistyömme tarkentumassa olimme molemmat tyytyväisiä lopputulokseen. Olemme tyytyväisiä, että pystyimme kehittämään yhden lisätyövälineen terveydenhoitajille, jotka toimivat nuorten kanssa. Työvälineenä klamydioriskitesti antaa mahdollisuuden päästä paremmin dialogiin nuoren kanssa. Lisäksi klamydioriskitestiä voidaan hyödyntää koulujen terveystietotunneilla keskustelun pohjana.

Keskinäinen yhteistyömme sujui hyvin, muutamaa aikataulutusta koskevaa ongelmaa lukuun ottamatta. Teoreettista viitekehystä tehdessä jaoimme sen osiin, mutta pohdimme paljon myös yhdessä sisältöä.

Opinnäytetyön aikana olemme kehittyneet ammatillisesti. Kehittymistä tapahtui tiedonhankinnassa sekä tiedon jäsentämisessä. Osaamme ylläpitää omaa tietoperustaamme sekä siirtää paremmin tutkittua tietoa käytäntöön. Tulevina terveydenhoitajina tunnistamme riskikäyttäytymistä ja testiin hakeutuvan nuoren taustalta mahdollisen riskikäyttäytymisen eri tekijöitä. Osaamme myös

ottaa asian paremmin puheeksi nuoren kanssa. Tunnetun tartunnan saaneen hoitopolun ja näin osaamme ohjata nuorta eteenpäin.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia ja analysoida riskitestiin vastanneiden tuloksia. Tällä hetkellä testi ei tallenna tietoja vastaajasta, mutta se olisi käytännössä mahdollista. Jos testi tallentaisi vastaajan iän ja sukupuolen, voisi vastauksia tutkia ja analysoida. Näin voisi tutkia, tukeeko riskitestiin vastanneiden ikä- ja sukupuolijakauma jo olemassa olevaa teoreettista tietoa ja tilastoja. Pohdimme myös, voiko naisten seurustelu usein itseään pari vuotta vanhempien miesten kanssa vaikuttaa tilastoissa näkyvään klamydiatartuntojen suureen määrään 15-19-vuotiaiden naisten keskuudessa.

Opinnäytetyömme klamydiariskitesti on uusi ja nuoria kiinnostava toteutustapa saada nuoret huolehtimaan seksuaaliterveydestään. Internetissä testi on kaikkien ulottuvilla ja helposti saavutettavissa. Tarkoituksenamme on tuoda riskitestiä vielä enemmän nuorison ulottuville ja julkisuuteen. Tulevaisuudessa voimme itse käyttää riskitestiä työvälineenä ja keskustelun pohjana nuoren kanssa.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.

Apter, D. 2006. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. Kansanterveyslehti. Viitattu 28.7.2009.

[Http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/parempaa seksuaaliterveytta nuorille/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/parempaa_seksuaaliterveytta_nuorille/)

Cacciatore, R. 2006a. Seksuaalisuus- etu vai haitta koulutyölle? Teoksessa Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Toim. H. Peltonen & L. Kannas. Helsinki: Opetushallitus, 160 – 177.

Cacciatore, R. 2006b. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 205 - 225.

Cacciatore, R. 2007. Huomenna pannaan pussauskoppiin. Eväitä tyttönä ja poikana kasvamisen haasteisiin syntymästä murrosikään. Helsinki: WSOY.

Cascadian Style Sheets. 2010. Viitattu 21.1.2010. [Http://fi.wikipedia.org](http://fi.wikipedia.org), hakusana css.

Depo-Provera. 2005. Viitattu 22.2.2010. [Http://www.laakeinfo.fi_nimihaku](http://www.laakeinfo.fi_nimihaku), depo-provera.

Hanhirova, M. 2008. Sairaanhoidajan käsikirja. Klamydia. Viitattu 27.5.2009. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), sairaanhoidajan käsikirja, hakusana klamydia.

Heikinheimo, O. 2006. Uudet hormonaaliset ehkäisymenetelmät joustavampia mahdollisuuksia raskaudenehkäisyyn. Duodecim 122, 14, 1789–94.

Hilton Gillian L.S. 2001. Sex Education—the issues when working with boys. Sex Education 1,1,31–41.

Hiltunen-Back, E. 2004. Klamydia tartunnat ikäryhmittäin. Teoksessa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Toim. Kosunen, E. & Ritamo, M. Stakesin raportteja 282. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Jyväskylä: Gummerus, 41–59.

Hiltunen-Back, E. 2009. Sukupuolitautilien tartunnanjäljitys. Suomen lääkärilehti 37, 2995-2998.

Hiltunen-Back, E. & Aho, K. 2005. Terveellistä seksiä. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Hiltunen-Back, E. & Liuha, T. 2009. Klamydia on nuorten sukupuolitauti. Viitattu 18.4.2010. [Http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11852](http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11852)

Hiltunen-Back, E. & Reunala, T. 2005. Klamydia lisääntyy. Nuorison lukuisat seksisuhteet ja oireeton tartunta avaintekijöitä. *Duodecim* 121, 1, 16–18.

HTML. 2010. Viitattu 21.1.2010. [Http://fi.wikipedia.org](http://fi.wikipedia.org), hakusana html.

JavaScript. 2010. Viitattu 21.01.2010. [Http://fi.wikipedia.org](http://fi.wikipedia.org), hakusana JavaScript.

Koponen, N. 2007. Terveystieto ja Internet: Nuorten kokemuksia ja käsityksiä. Pro gradu–tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. Seksuaalisuuden portaat / Sexualiteten steg för steg, Opetushallitus 2000. Viitattu 18.11.2009
[Http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/vanhempia_tarvitaan/seksuaalisuuden_portaat/](http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/vanhempia_tarvitaan/seksuaalisuuden_portaat/)

Koskela, P., Lehtinen, M., Paavonen, J., Surcel, H-M. & Öhman, H. 2006. Klamydia on yleinen nuorten tauti Suomessa. *Kansanterveyslehti*. Viitattu 25.5.2009. [Http://www.ktl.fi/portal/11668](http://www.ktl.fi/portal/11668)

L 25.7.1986/583. Laki tartuntataudista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 18.11.2009. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lamminen, H., Niemi, K., Niiranen, S., Uusitalo, H., Mattila, H. & Kalli, S. 2001. Terveyspalvelut Internetissä. *Suomen Lääkärilehti* 56, 3965–3968. Viitattu 28.5.2009. www.terveysportti.fi. lääkärin tietokannat.

Lehtinen, M., Apter D., Kosunen E., Lehtinen T., Verho T. & Paavonen J. 2007. Nuorten seksitautien ehkäisy. *Duodecim* 123, 24, 2999–3007.

Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta.

Materiaalin arvioinnin kriteerejä. 2009. Yleiset terveysaineistojen arviointikriteerit. Viitattu 11.11.2009.
[Https://www.avoin.jyu.fi/optimakurssit/terveystieto/terv102/osa-3-materiaalin-kaytto-arviointi-ja-kriittinen-valinta/materiaalin-arvioinnin-kriteereja/](https://www.avoin.jyu.fi/optimakurssit/terveystieto/terv102/osa-3-materiaalin-kaytto-arviointi-ja-kriittinen-valinta/materiaalin-arvioinnin-kriteereja/)

Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. *Metodologia -sarja* 6. Viro: Jaabes OÜ.

Murkun kanssa 2009. Nuoren seksuaaliterveys. Internet –julkaisu. Viitattu 12.9.2009.
[Http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_olla/seksuaaliterveys/nuoren_seksuaaliterveys/](http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_olla/seksuaaliterveys/nuoren_seksuaaliterveys/)

Mustonen, M. 2002. Terveystieto Internetissä. Artikkelikirjassa *Terveysviestintä*. Toim. Sinikka Torkkola. Helsinki: Tammi, 150-162.

MySQL. 2010. Viitattu 21.1.2010. [Http://fi.wikipedia.org](http://fi.wikipedia.org), hakusana MySQL.

Nikula, M. 2009. Young Men's Sexual Behaviour in Finland and Estonia. Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. National Institute for Health and Welfare (THL), Research 26. Helsinki: University Print.

Nova T 380. Viitattu 31.3.2010. [Http://www.laakeinfo.fi](http://www.laakeinfo.fi), nimihaku, nova t 380.

Nummelin, R. 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen laitos.

Nuutinen, P. 2007. Sukupuoliteitse saadun klamydiatartunnan seulonta ja hoito opiskeluterveydenhuollossa-moniste. Jyväskylän kaupunki.

Nuvaring. 2009. Viitattu 22.2.2010. [Http://www.laakeinfo.fi](http://www.laakeinfo.fi), nimihaku, nuvaring.

Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki: Yliopistopaino.

Paavonen, J., Saikku, P., Reunala, T. & Pasternack, R. 2003. Klamydia. Teoksessa Sukupuolitaudit. Toim. Reunala, T., Paavonen, J. & Rostila, T. Duodecim. 2.uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto, 21–31.

Paavonen, J. 2004a. Gynekologiset infektiot. Teoksessa Naistentaudit ja synnytukset. Toim. Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Duodecim. 4.uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino, 294–296.

Paavonen, J. 2004b. Klamydian pitkäaikaishaitat – gynekologin näkökulma. Suomen Lääkärilehti 59, 39, 3621–3624.

Paavonen, J. 2004c. Klamydiaa kannattaa seuloa. Teoksessa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Toim. Kosunen, E. & Ritamo M. Stakes raportteja 282. Jyväskylä: Gummerus, 112–117.

Paavonen, J., Malm, C., Zilliacus, R., Trontti, A., Auvinen, E., Meurman, O., Lehtinen, M. & Niemi, M. 2005. Klamydian esiintyvyys Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön asiakkailla. Suomen Lääkärilehti 60, 3, 261–263.

Papp, K., Kontula, O. & Kosonen, K. 2000. Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliset riskinotot. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 36/2000. Väestötutkimuslaitos, Väestöliitto.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämiskeskuksen julkaisuja 7/2001.

Partanen & Räisänen n.d. Raskaus vai väärä hälytys? Abortti vai synnytys? – sivusto. Opinnäytetyö. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 1.9.2009. [Http://portia.scp.fi/tesol/projektit/abortti/,klamydiatesti](http://portia.scp.fi/tesol/projektit/abortti/,klamydiatesti).

PHP. 2010. Viitattu 21.1.2010. [Http://fi.wikipedia.org](http://fi.wikipedia.org), hakusana PHP.

Pietarinen P. 2008. Sukupuolitautesiakkkaan hoitopolku-mallin pilotointi Jyväskylän kaupungin terveysasemalla. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, terveyden edistämisen koulutusohjelma. Viitattu 13.7.2009. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, opinnäytetyöt, elektroniset opinnäytetyöt, sosiaali- ja terveysala.

Pohjoismainen seksikäyttäytymistutkimus. 2009. RFSU:n pohjoismainen seksikäyttäytymistutkimus. Viitattu 10.01.10
<Http://www.rfsu.com/fi/RFSU/Lehdistolle/Lehdistotiedotteet/Pohjoismainen-seksikayttaytymistutkimus/>

Reunala, T. 2007. Klamydiauretriitti ja – servisiitti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 28.5.2009. <Http://www.terveysportti.fi>, lääkäriin käsikirja, hakusana klamydiauretriitti- ja servisiitti.

Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007-2011. Viitattu 11.4.2010. <Http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>

Riutta-aho, J. 2010. Juha Riutta-ahon ja Petra Loukiaisen välinen keskustelu 22.1.2010.

Seikkaile turvallisesti. 2008. HIV-säätiö/Aids-tukikeskus. Viitattu 3.6.2009. <Http://www.seikkaileturvallisesti.fi/>

Skjeldestad, F., Marisco, M., Sings, H., Nordbø, S. & Størvold, G. 2009. Incidence and Risk Factors for Genital Chlamydia trachomatis Infection: A 4-Year Prospective Cohort Study. *Sexually transmitted Diseases* 36, 5, 273–279.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino.

Selin, H. 2009. Internet varhaisnuorten seksuaaliterveystiedon lähteenä. Pro gradu–tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteen laitos.

Tartuntatautien ilmoittaminen. Ohjeet laboratorioille. 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja D 559/44. Viitattu 18.1.2010.
Http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/ttohje_559.pdf

Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. 2009. Chlamydia trachomatis. Viitattu 12.4.2010. <Http://www3.ktl.fi/>

Testaa riskisi sairastua tyypin 2 diabetekseen. Diabetesliitto. 2001. Viitattu 2.6.2009. <Http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/index.php>

Tiitinen, A. 2009a. Ehkäisytabletit (yhdistelmäehkäisy). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.2.2010.
Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00752

Tiitinen, A. 2009b. Minipillerit ja muut pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisy-
menetelmät. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.2.2010.

[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735)

Tiitinen, A. 2009c. Kierukka (ehkäisy). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu
21.2.2010.

[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00730](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00730)

Tilastokeskus.2008. Tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Viitattu 28.5.2009.

[Http://www.stat.fi/til/sutivi/2008/sutivi_2008_2009-04-27_tie_002_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2008/sutivi_2008_2009-04-27_tie_002_fi.html), In-
ternetin käytön muutokset.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tam-
mi.

Väestöliitto 2009. Nuorten seksuaalioikeudet. Viitattu 18.11.2009

[Http://www.seksuaaliterveys.org](http://www.seksuaaliterveys.org), nuoret, tiedätkö oikeutesi.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Viitattu 14.2.2010.

[Http://www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi), hakusana seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma.

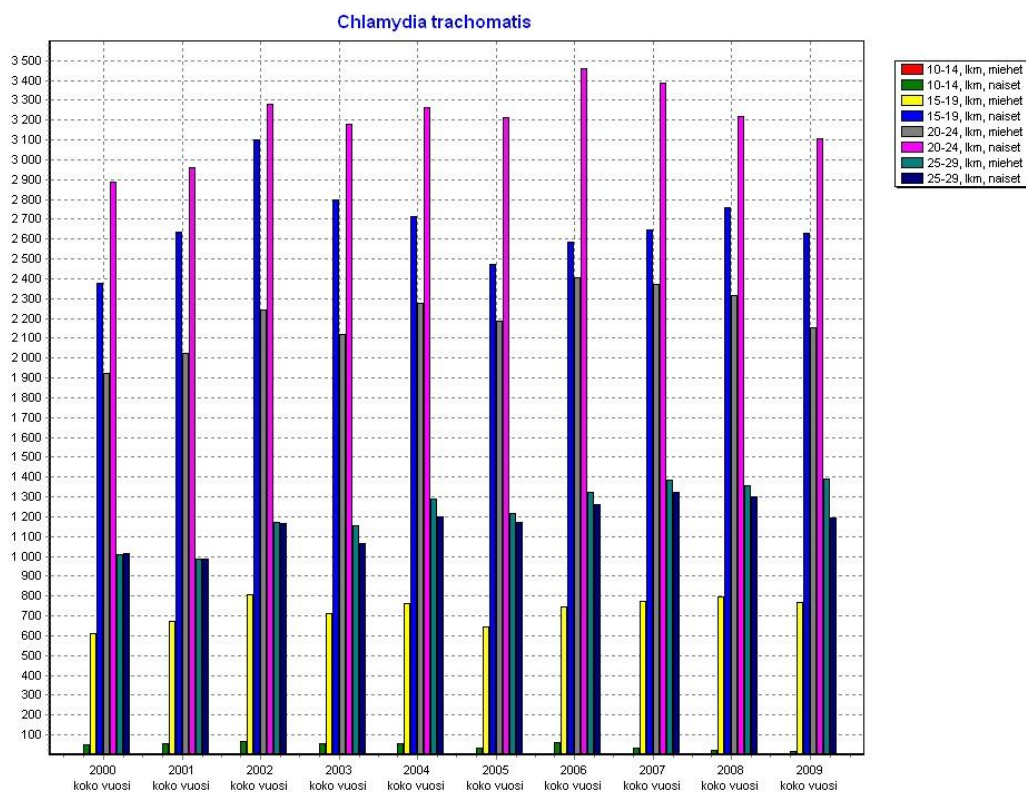
WHO. 2002. World Health Organization. Viitattu 9.2.2010.

[Http://www.who.int/topics/sexual_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)

Østergaard, L., Andersen, B., Møller, J. & Olesen, F. 2000. Home
Sampling versus Conventional Swab Sampling for Screening of
Chlamydia trachomatis in Women: A Cluster-Randomized 1-Year
Follow-up Study. Clinical Infectious Diseases 31, 951–957.

LIITTEET

Liite 1. Klamydiainfektion esiintyvyys 2000-luvulla 10-29-vuotiailla (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta, 2010)



Liite 2. Seksuaalisuuden portaat (Korteniemi-Poikela & Cacciatore, 2000)

