

VUOROVAIKUTUS SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN ASIAKKAAN VÄLILLÄ

Henna Karvonen
Marjo-Riitta Kurikka

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2011

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) KARVONEN, Henna KURIKKA, Marjo-Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.03.2011
	Sivumäärä 66	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myön- netty (X)
Työn nimi VUOROVAIKUTUS SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN ASIAKKAAN VÄLILLÄ		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) POHJOLAINEN, Maritta ja PUNNA, Mari		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, Opiskeluterveydenhuolto		
Tiivistelmä Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajan ja nuoren välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvonnassa. Tutkimuksessa kuvattiin millaista vuorovaikutus on terveydenhoitajan ja nuoren välillä seksuaaliterveysneuvonnassa, minkälaisia kohtaamisen työmenetelmiä terveydenhoitajilla on käytössä sekä terveydenhoitajan ja nuoren subjektiivisia kokemuksia vuorovaikutustilanteesta. Tavoitteena on kehittää terveydenhoitajan ja nuoren välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvonnassa. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin videoimalla seksuaaliterveysneuvontatilanteita opiskeluterveydenhuollossa. Lisäksi terveydenhoitajat ja nuoret kirjoittivat subjektiivisen kokemuksen vuorovaikutustilanteesta paperille. Tutkimukseen osallistui kolme terveydenhoitajaa ja viisi nuorta. Videomateriaali analysoitiin tutkimusta varten laaditulla analysointilomakkeella kvalitatiivisesti sekä kvantitatiivisen tutkimuksen keinona käyttäen. Subjektiivisista kokemuksista laadittiin yhteenveto. Tutkimustulosten mukaan vuorovaikutuksen elementeistä avoimuus, aitous, empatia, vastavuoroisuus, kuuntelu ja ymmärrys toteutuivat vuorovaikutuksessa melko hyvin. Terveydenhoitajien hyväksyntä toteutui hyvin. Terveydenhoitajien sanaton viestintä koostui toiminta-, merkki- ja välinekommunikaatiosta. Sanaton viestintä oli pääosin luontevaa ja sanallista viestintää tukevaa. Kohtaamisen työmenetelmistä terveydenhoitajat käyttivät interventiivistä haastattelua sekä osittain ratkaisukeskeistä työtapaa ja seksuaaliterveysanamnesia. Seksuaaliterveysneuvonnan vuorovaikutuksessa toteutui asiantuntijakeskeinen orientaatio. Terveydenhoitajat antoivat pääosin nuorille luvan puhua seksuaalisuudestaan vuorovaikutuksen elementtien ja sanattoman viestinnän kautta. Rajattua tietoa nuoret saivat riittävästi ja kohdennetusti. Subjektiivisten kokemusten perusteella vuorovaikutustilanteet koettiin suurimmaksi osaksi hyvinä ja positiivisina. Seksuaaliterveysneuvonnassa vuorovaikutus oli tulosten perusteella kokonaisuudessaan luontevaa. Seksuaaliterveysneuvontaan sopivat työmenetelmät tulisi ottaa laajemmin ja vakiintuneemmin käyttöön. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä terveydenhoitajien vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja sekä suunniteltaessa terveydenhoitajien täydennyskoulutusta.		
Avainsanat (asiasanat) Terveydenhoitaja, nuori, vuorovaikutus, seksuaaliterveyden edistäminen, terveysneuvonta		
Muut tiedot Liittinä nuorten seksuaalioikeudet, seksuaalisuuden portaat, plissit -malli, seksuaaliterveysanamnesi, kirjallinen suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta ja analysointilomake.		



Author(s) KARVONEN, Henna KURIKKA, Marjo-Riitta	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 14032011
	Pages 66	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/> (X)
Title INTERACTION IN SEXUAL HEALTH COUNSELING BETWEEN A PUBLIC HEALTH NURSE AND A YOUNG CLIENT		
Degree Programme Degree programme in Nursing		
Tutor(s) POHJOLAINEN, Maritta and PUNNA, Mari		
Assigned by City of Jyväskylä, Student health care		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the present study was to describe the interaction between a public health nurse and a young client in sexual health counseling. In addition to the description of the interaction, the working practices that public health nurses employ in encountering a client and the subjective experiences of both the public health nurses and the young clients in the occasions of interaction were described in the study. The aim of the study was to develop interaction between public health nurse and a young person in sexual health counseling.</p> <p>The present study was qualitative, and the data was collected by video recording sessions of sexual health counseling in student health care. In addition, both the public health nurses and the clients elaborated on their subjective experiences on the interaction situation in writing. Three public health nurses and five young clients participated in the study. The video material was analyzed qualitatively and quantitatively by using an analysis form composed for the study. Furthermore, the subjective experiences of the participants were summarized.</p> <p>According to the results, such elements of interaction as openness, genuineness, empathy, reciprocity, listening and understanding were achieved in the interaction quite well. Furthermore, acceptance shown the public health nurses was accomplished well. The public health nurses' non-verbal communication consisted of action communication, signal communication and implementation communication. Non-verbal communication was mainly natural and served as a support for verbal communication. Out of the working practices of encountering a client, the nurses employed an intervention interview and, partially, the solution-centered method and sexual health anamnesis. Expert-centered orientation was achieved in the interaction related to sexual health counseling. The public health nurses mainly allowed the students to communicate about their sexuality non-verbally and via the elements of interaction. The students received limited information sufficiently and with allocation. According to the subjective experiences, the interaction situations were experienced as being good and positive.</p> <p>The results of the study show that interaction was altogether natural in sexual health counseling. The working practices suitable for sexual health counseling should become more established and should be used more widely. The results of the study can be utilized in improving the interaction skills of public health nurses and in the planning of further education for public health nurses.</p>		
Keywords Public health nurse, young person, interaction, sexual health promotion, health counseling		
Miscellaneous As appendices the sexual rights of adolescents, the stairs of sexuality, the Plissit Model, sexual health anamnesis, a literal consent form for participation in the study and analysis form.		

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	6
2 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	8
3 NUORUUSIKÄ.....	9
4 TERVEYDENHOITAJA SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ.....	11
5 VUOROVAIKUTUKSEN ERI ULOTTUVUUDET SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA.....	13
6 TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN KOHTAAMINEN OPISKELUTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTOLLA	18
7 TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT	20
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	23
9.1 AINEISTON KERUUMENETELMÄT	23
9.2 AINEISTON KUVAUS.....	25
9.3 AINEISTON ANALYYSI	26
10 TUTKIMUSTULOKSET	29
10.1 VUOROVAIKUTUS TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN VÄLILLÄ	29
10.2 TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA.....	31
10.3 TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN KOKEMUKSIA VUOROVAIKUTUSTILANTEESTA	37
11 POHDINTA	38
11.1 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	38
11.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	40
11.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	50
LÄHTEET.....	52
 LIITTEET	
LIITE 1 NUORTEN SEKSUAALIOIKEUDET	57
LIITE 2 SEKSUAALISUUDEN PORTAAT	59
LIITE 3 PLISSIT-MALLI	60
LIITE 4 SEKSUAALITERVEYSANAMNEESI	61
LIITE 5 KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA.....	64

LIITE 6 ANALYSOINTILOMAKE.....	65
--------------------------------	----

KUVIOT

KUVIO 1. VUOROVAIKUTUKSEN ERI ULOTTUVUUDET SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA.....	14
KUVIO 2. INTERVENTIIVINEN HAASTATELU JA RATKAISUKESKEINEN TYÖTAPA.....	22
KUVIO 3. ANALYYSIPROSESSIN ETENEMINEN VUOROVAIKUTUKSEN ELEMENTTIEN JA RATKAISUKESKEISEN TYÖTAVAN PERUSTEIDEN TOTEUTUMISEN ARVIOINNISSA	27
KUVIO 4. TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA.....	32
KUVIO 5. INTERVENTIIVISEN HAASTATELUN ERI KYSYMYSTEN KÄYTTÖ SUHTEESSA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN.....	33
KUVIO 6. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	50

TAULUKOT

TAULUKKO 1. VUOROVAIKUTUKSEN ELEMENTTIEN TOTEUTUMISEN KESKIARVOT, TULOSTEN VAIHTELUVÄLIT JA TOTEUTUMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA KAIKISSA VASTAANOTTOTILANTEISSA.....	29
TAULUKKO 2. RATKAISUKESKEISEN TYÖTAVAN PERUSTEIDEN ESIINTYVYYDEN KESKIARVOT, TULOSTEN VAIHTELUVÄLI JA TOTEUTUMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA KAIKISSA VASTAANOTTOTILANTEISSA.....	35

1 JOHDANTO

Ihmisten välinen vuorovaikutus on ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa. Vuorovaikutuksessa tavoitteena on eri kokemustaustan ja arvot omaavien yksilöiden kohtaaminen. Tällöin yksilön kokemukselliset, älylliset ja elämykselliset toiminnot vahvistuvat ja kehittyvät. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 13.) Terveystoimittajan työssä kohtaamisen luonne on erityislaatuista ja siinä tulisi toteutua kunnioittamisen ja tasavertaisuuden periaate. Kohtaamistilanteessa ilmapiirin tulisi olla välitön, ainutkertainen ja yksilön huomioon ottava. (Haho 2009, 32–33.)

Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmistä koko elämän (Sexual and reproductive health n.d.). Tämän vuoksi seksuaalisuus on osa ihmisen persoonallisuutta ja heijastuu vuorovaikutussuhteisiin (PAHO, WAS & WHO 2002, 6-10). Nuoruus on merkityksellistä aikaa seksuaalisen kehityksen kannalta ja sen vuoksi tärkeää aikaa vaikuttaa seksuaaliterveyteen. Seksuaalikasvatuksen tarkoituksena nuorten kohdalla on lisätä omaa ymmärrystä kasvun ja kehityksen tuomiin muutoksiin sekä tukea seksuaali-identiteetin muodostumista ja itsetuntoa. Seksuaaliterveysneuvonta on osa seksuaalikasvatusta ja näin ollen osa terveyden edistämistä. Seksuaaliterveysneuvonta perustuu asiakkaan ja terveydenhoitajan väliseen vuorovaikutukseen. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 38–39.) Pelkkä tiedonanto ei riitä vahvistamaan terveysosaamista, vaan tarvitaan vuorovaikutusta, joka tukee yksilöä tiedollisesti, sosiaalisesti ja emotionaalisesti (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002, 220).

Tutkimuksen kohderyhmän muodostavat terveydenhoitajat ja heidän nuoret asiakkaansa (15–19 v.). Nuoren ensimmäinen itsenäinen kontakti terveydenhuollon palveluihin tapahtuu usein seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa (Aho ym. 2008, 49). Vuonna 2009 opiskeluterveydenhuollon käyntejä oli yhteensä 515 923. Käynnit opiskeluterveydenhuollossa ovat lisääntyneet vuosittain vuodesta 2004 lähtien. Esimerkiksi vuonna 2009 käynnit lisääntyivät 13,5 % edelliseen vuoteen verrattuna. (Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2009, 2.) Nuorten kohtaamisessa on omat erityispiirteensä. Nuorten koetaan olevan terveitä ja

työskentely painottuu ennaltaehkäisyyn. Nuoruusiässä fyysisessä, psyykkisessä ja emotionaaliossa kehityksessä tapahtuu suuria muutoksia. Muuttuva ja kehittyvä seksuaalisuus on nuoruuden ikävaiheessa uusi ja haastava asia, minkä vuoksi nuori tarvitsee paljon tukea ja tietoa. Nuoren luottamuksen saavuttaminen on tärkeää hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi. (Aho ym. 2008, 9, 49,51.)

Terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaaminen sekä heidän välinen vuorovaikutuksensa on toistuva keskustelun aihe terveydenhuollossa (Hirvonen ym. 2002, 220). Seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonnan tarve on kasvussa (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 28). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vuorovaikutusta terveydenhoitajan ja nuoren (15–19 v.) välillä seksuaaliterveysneuvonnassa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää terveydenhoitajan ja nuoren välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvonnassa. Tutkimuksesta saatavia tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa terveydenhoitajien kohtaamis- ja vuorovaikutustaitoja kehitettäessä sekä terveydenhoitajien täydennyskoulutusta suunniteltaessa.

2 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

Seksuaalisuudelle on monenlaisia määritelmiä ja sitä voidaan tarkastella muun muassa erotiikan, rakkauden, tarpeen, ominaisuuden tai käyttäytymisen kautta (Nurmi 2000, 15, 213). Seksuaalisuuteen kuuluvat sukupuoli, seksuaalinen kehitys, seksuaalinen suuntautuminen, sukupuoli-identiteetti ja -rooli sekä suvun jatkaminen (Aho ym. 2008, 17). Seksuaalisuus vaikuttaa olennaisena osana ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja elämänlaatuun ja sen rakentaminen lähtee lapsuudesta ja jatkuu läpi elämän. Seksuaalisuus on ainutkertaista, sillä ihmiset antavat sille erilaisia tulkintoja ja paino-arvoja elämän varrella. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11–12.)

***Seksuaaliterveys** on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta (PAHO, WAS & WHO 2002, 9).*

Määritelmän mukaan seksuaaliterveyden nähdään rikastuttavan niin ihmisen yksilöllistä kuin sosiaalista elämää. (PAHO, WAS & WHO 2002, 9.) Seksuaaliterveys on ihmisten perusoikeus. Yksilö tarvitsee ymmärrystä seksuaalisuuden hoitamiseen ja olemassaoloon, jotta omasta seksuaaliterveydestä voi huolehtia. Seksuaaliterveyden voidaan katsoa olevan hyvä, jos ihminen voi toteuttaa seksuaalisuuttaan haittaamatta sillä itseään tai muita. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23.)

Seksuaaliterveyden edistämistä toteutetaan niin yksilön, yhteiskunnan, kuin yhteisön tasolla. Yksilötasolla seksuaaliterveyttä edistetään tarjoamalla seksuaalikasvatusta, seksuaalivalistusta sekä seksuaaliterveyspalveluita. Näillä tavoin yksilöä tuetaan seksuaaliseen hyvinvointiin läpi elämän. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21.) Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2007 seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman vuosille 2007–2011, minkä tarkoituksena on tukea ja edistää kansalaisten seksuaaliterveyttä (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 3).

Nuoren seksuaaliterveydelle olennaista on, että nuori suhtautuu itseään kohtaan kunnioittavasti, terveesti ja arvostaa itseään ja muita. Hän osaa ottaa tietoa vastaan ja hakea tarvittaessa apua. (Aho ym. 2008, 34.) Nuorten seksuaalioikeuksien (LIITE 1) mukaan seksuaaliterveyden saavuttamiseksi nuori tarvitsee kehitystasonsa mukaista tietoa seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä. Ryttyläinen ja Valkama (2010, 84) painottavat seksuaalioikeuksien kuuluvan myös nuorille. Nuoren tulisi saada mahdollisuus kokea seksuaalisuus myönteisenä asiana elämässään ja toteuttaa seksuaalisuuttaan loukkamatta sillä ketään (LIITE 1). Tärkeimpinä terveystilanteina nuorten seksuaaliterveyden tilasta voidaan pitää muun muassa seksuaalitietoja, yhdyntöjen aloitusikä, teiniraskauksien määrää, ehkäisyn käyttöä, sukupuolitautilien esiintyvyyttä, seksuaalisen väkivallan yleisyyttä, koettua seksuaalista tyytyväisyyttä ja oireiden puuttumista (Apter, Cacciatore & Halonen 2010).

Ihmisen seksuaalinen kehitys tapahtuu vaiheittain (Aho ym. 2008, 18). Cacciatore ja Korteniemi-Poikela (2010) kuvaavat lapsen ja nuoren seksuaalista kehitystä **seksuaalisuuden portaat** -mallin avulla (LIITE 2). Seksuaalisuuden portaat auttavat löytämään esimerkiksi vastaanotolla nuoren seksuaalisen kehityksen vaiheen. Seksuaalisuuden portaiden avulla ammattilainen voi antaa tukea ja tietoa nuorelle kehitystason mukaisesti. (Aho ym. 2008, 18.)

3 NUORUUSIKÄ

Nuoruus on fyysisen kasvun aikaa, jolloin kehossa tapahtuu runsaasti muutoksia nuoren saavuttaessa sukukypsyyden (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 429). Nuoret ovat siirtymätilanteessa joko lapsuuden ja nuoruuden tai nuoruuden ja aikuisuuden välillä. Näin ollen kehitysvaiheissa ja kehityksessä voi olla yksilöiden välillä suuriakin eroja tarkasteltaessa ihmistä psyko-, fyysis-, sosiaalisena kokonaisuutena. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 59–60.) Sukupuolisuus ja tunteet sukupuolielimiin alkavat herätä murrosiän myötä (Cacciatore 2006, 207–208). Nuoret kuitenkin kokevat biologiset muu-

tokset ja seksuaaliset ajatukset hyvin eri tavoin (Lindblom-Ylänne, Niemelä, Päivänsalo & Tynjälä 2005, 102).

Nuoruus on myös psyykkisen kasvun aikaa (Himberg, Laakso, Peltola, Näätänen & Vidjeskog 2005, 90). Aalbergin ja muiden (2007, 65) mukaan persoonallisuuden rakenteet järjestäytyvät uudelleen ja psyykkisessä kasvussa vuorottelevat kehityksen ja taantuman vaiheet. Nuoruutta kutsutaan elämän toiseksi mahdollisuudeksi, koska nuorella on tilaisuus kohdata ja työstää uudestaan aiemman kehityksen ongelmat, epäonnistumiset ja traumat. (Aalberg & Siimes 2007, 67; Himberg ym. 2005, 90.) Laine (2001, 107) jakaa nuoruusiän psyykkisen kehityksen kolmeen keskeiseen osa-alueeseen: biologisen kypsymisen aikaan saama seksuaalinen kehitys, vanhemmista irtaantuminen ja nuoren identiteetin kehittyminen. Näitä kutsutaan nuoren kehitystehtäviksi tai kriiseiksi, jotka nuoren tulisi ratkaista (Himberg ym. 2005, 90).

Varsinaisessa nuoruuden ikävaiheessa (15-17v.) nuori alkaa sopeutua muuttuvaan kehonkuvaansa (Aalberg & Siimes 2007, 69). Minuuden etsintä, seksuaalisuuden kehitys ja roolikokeilut ovat keskeisiä ja seksuaalisuus valtaa nuoren ajatukset, fantasiat ja tunteet (Impiö 2005, 57). Tunnesuhde vanhempiin muuttuu nuoren tehdessä erotyötä heistä, ja kaverisuhteet tulevat merkityksellisemmiksi (Rantanen 2004, 47). Ikävaihe on epävarmuuden aikaa ja omaa kelpaavuutta pohditaan niin naisena kuin miehenä (Cacciatore 2006, 207–208; Panttila 2010). Nuoruuden ikävaiheessa ulkonäkö tulee merkityksellisemmäksi ja omaa seksuaali-identiteettiä rakennetaan sekä vahvistetaan. Omaan kehoon tutustutaan koskettelemalla ja katselemalla ja vastakkainen sukupuoli alkaa kiinnostaa entistä enemmän. (Cacciatore 2006, 207–208.) Seksuaalinen halu ja omaan kehoon tutustuminen voivat tuntua nuoresta aluksi ristiriitaisilta omien arvojen kanssa (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 58). Nuori kaipaisi usein tietoa seksuaalisesta kehityksestä ja kypsymisestä, mutta ei rohkene sitä kysyä (Kosunen 2002, 136).

Myöhäisnuoruudessa (18–22) minäkuva ja persoonallisuus alkavat vahvistua (Aalberg & Siimes 2007, 71; Rantanen 2004, 47). Epävarmuus häviää ja nuori rohkaistuu. Ulkonäkö, seksuaaliset tuntemukset ja oma keho tuntuvat tutummilta ja hyväksyttävimmiltä. Seu-

rustelukokemuksien karttuminen alkaa ja pelon muuttuminen haluksi johdattaa nuoren seksuaalikokemuksien hankkimiseen. (Cacciatore 2006, 208.) Nuorten seksuaalioikeuksien (LIITE 1) mukaan nuorella on oikeus nauttia omasta kehostaan ja kieltäytyä seksistä. Tiedon puute, huono itsetunto ja seksuaalinen minäkuva voivat saada alistumaan seksuaaliselle vallankäytölle (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 19). Nuoren itsenäistyminen ja tulevaisuuden suunnitelmat korostuvat ja maailmankatsomus muotoutuu (Rantanen 2004, 47). Vanhempia pystytään lähestymään jo tasa-arvoisesti. Lisäksi itsekeskeisyys vähenee ja empatia lisääntyy. Nuoresta tulee yhteiskunnan jäsen ja vastuunottaminen lisääntyy. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 40.)

4 TERVEYDENHOITAJA SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Terveydenhoitaja on terveydenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22). Terveydenhoitaja tekee yhteistyötä lääkärin ja lukuisten muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Terveydenhoitajan palveluiden tulisi olla opiskelijoiden saatavilla oppilaitoksessa tai opiskeluterveydenhuollon keskitetyssä toimipisteessä. Terveydenhoitajan työ koostuu opiskeluterveydenhuollossa kolmesta osa-alueesta. Terveydenhoitaja tekee yksilöön sekä yhteisöön kohdistuvaa ehkäisevän terveydenhuollon verkosto- ja viestintätyötä ja pitää vastaanottotoimintaa. Jokaisessa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä pitää olla nimetty lääkäri, johon terveydenhoitaja voi ottaa tarvittaessa yhteyttä työpäivän aikana. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma (2007) määrittää, että seksuaaliterveysneuvonta kuuluu koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työhön. Siellä työskentelevillä on keskeinen merkitys seksuaaliterveyden edistämisessä yksilötasolla. Työntekijät ovat tottuneet työskentelemään nuorten parissa ja oppineet sen vuoksi toimimaan vuorovaikutuksessa heidän kanssa. Opiskeluterveydenhuolto on molempien sukupuolten käytettävissä ja saavuttaa ison osan nuorista. Opiskeluterveydenhuollon

henkilökunnan tulisi osallistua seksuaaliopetukseen ja sen suunnitteluun sekä oppilashuoltoon. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, 2007, 31–32.) Nuorten oikeuksiin kuuluu viivytyksetön pääsy raskaudenehkäisy palveluihin (LIITE 1). Vastaanotolla tulee arvioida sukupuolitautilien mahdollisuus, raskauden ehkäisy tarve ja antaa seksuaaliterveysneuvontaa (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 131).

Opiskeluterveydenhuollon palvelut tulee järjestää kunnassa olevien oppilaitosten opiskelijoille (Opiskeluterveydenhuolto 2010). Opiskeluterveydenhuollolle keskeistä on sairauksien hoito ja opiskelukykyä haittaavien tekijöiden korjaaminen sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä edistävien opiskeluolosuhteiden tukeminen. Siihen kuuluvat kaikki terveyteen liittyvät ja vaikuttavat asiat, mitkä opiskelijoiden elämänvaiheeseen ja opiskeluun kuuluvat. Opiskeluterveydenhuollon tehtäviin sisältyvät myös opiskelijoiden tietojen ja taitojen lisääminen terveyden ylläpidosta sekä seksuaaliterveyttä edistävien palvelujen tarjoaminen. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 25–26.) Neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskeva valtion asetus (2009, 5) 3. luku 16 § määrittää, että

opiskelijan seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tukeva neuvonta on sisällytettävä terveysneuvontaan ja terveystarkastuksiin nuoren kehitysvaihetta vastaavaksi. Neuvonta raskauden ehkäisystä ja muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Neuvontaa voi järjestää myös muiden palveluiden osana.

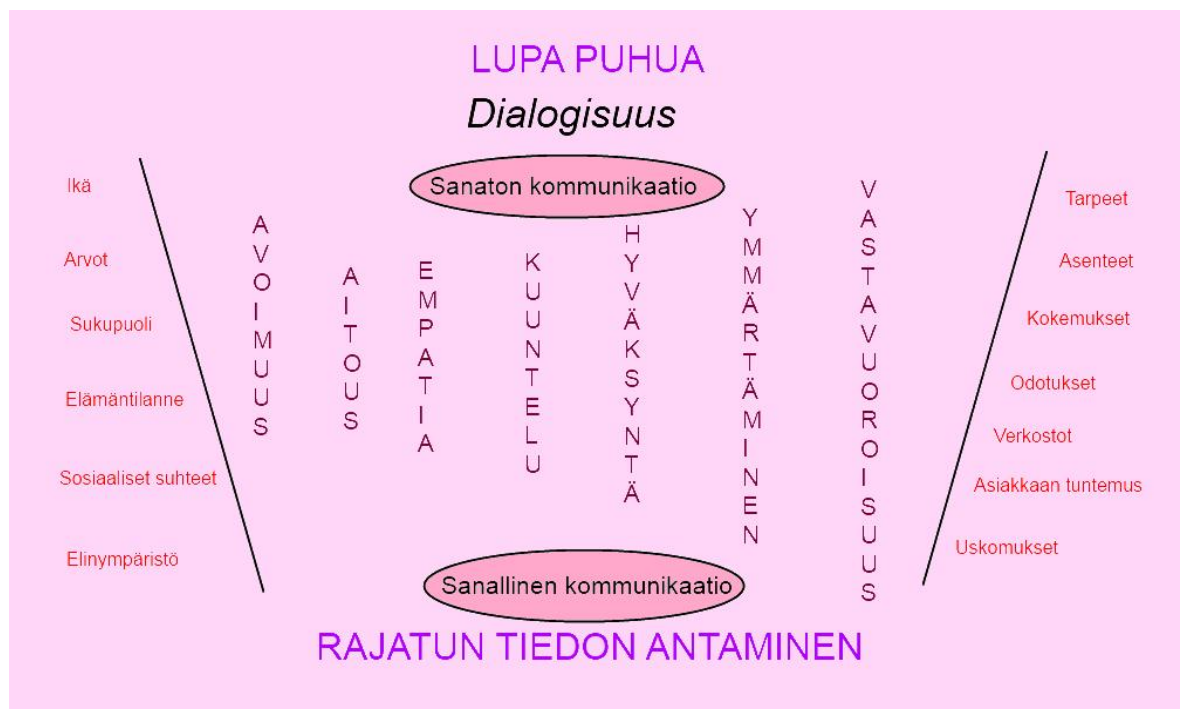
Toisen seksuaalisuuden käsittelemisen ja työstämisen lähtökohtana työssä ovat omat asenteet, oman seksuaalisuuden kohtaaminen, empatiakyky sekä tiedot ja taidot seksuaaliterveydestä. Työntekijä kartuttaa vastaanottotilanteista kokemusta ja tietoa työhönsä ja arvioi niitä omien asenteiden ja empatiakyvyn kautta. Niiden kautta työntekijä voi kohdata omia seksuaalisuuteen liittyviä muistojaan ja kokemuksiaan esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden ajalta. (Ilmonen 2006, 43.) Esteenä ohjaukselle ja keskustelulle voi olla se, ettei työntekijä tunnista omia asenteitaan (Ryttyläinen & Valkama 2010, 134).

Terveydenhoitajien suhtautuminen seksuaalisiin kysymyksiin, muun muassa nuorten yhdyntä, tilapäinen sukupuoliuhde sekä homoseksuaalisuus, on muuttunut sallivammaksi vuosien myötä (Nurmi 2000, 106,133). Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä ehkäisevän suun terveydenhuollon asetuksen (2009, 81) mukaan puheeksiottaminen koetaan edelleen hankalaksi ja asetus suosittaakin terveydenhoitajia hankkimaan lisäkoulutusta. Liinamo, Meripihka ja Nikula (2010) kirjoittavat siitä, kuinka terveydenhoitajat kaipaavat työhönsä toimintamalleja, jotta seksuaalisuutta voitaisiin käsitellä kokonaisvaltaisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.

5 VUOROVAIKUTUKSEN ERI ULOTTUVUUDET SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA

Yksilön kokemus omasta elämästä syntyy pitkälti **vuorovaikutuksessa** ympäristön ja erityisesti toisten henkilöiden kanssa. Tästä yksilöiden välisestä vuorovaikutuksesta suuri osa on tiedostamatonta, kuten esimerkiksi sanatonta viestintää. Kuitenkin vuorovaikutuksesta puhuttaessa termillä tarkoitetaan yleensä tietoista vuorovaikutusta. Yksilöt käyttävät tavoitteellista ilmaisua, kun haluavat tuoda esiin tunteitaan, tietojaan, tarpeitaan ja ajatuksiaan. Ihmiset ottavat myös vastaan toisten ilmaisuja ja tulkitsevat niitä henkilökohtaisella tavallaan. (Launonen 2007, 6.)

Yksilön näkemykset ja käsitykset ovat muokkaantuneet kokemuksen kautta ja vaikuttavat siihen, mitä ajattelemme ihmiselle tyypillisistä tarpeista ja niihin vastaamisesta. Sosioemotionaaliset tarpeet ovat osa ihmisten perustarpeita ja niitä pyritään hyvällä vuorovaikutuksella tukemaan. Näiden tarpeiden tukeminen vuorovaikutuksellisin keinoin korostuu yksilön kohdatessa tunne-elämää horjuttavia kriisejä. Asiakasta tuetaan vuorovaikutuksellisin keinoin ja autetaan häntä tunnistamaan omia tarpeitaan, löytämään voimavarojaan ja voimistamaan tunnetta elämänhallinnastaan. Tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään jo voimassaolevia voimavarojaan ja niitä voimistamalla ratkaisemaan arkipäiväisiä ongelmiaan. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 39–40, 24.)



KUVIO 1. VUOROVAIKUTUKSEN ERI ULOTTUVUUDET SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA

(Mukaillen Mäkelä ym. 2001, Vartiovaara 2000, Ilmonen 2006, Hirvonen ym. 2002, Vilen ym. 2002 ja Haarala ym. 2008.)

Kuvion 1 katon ja pohjan muodostavat seksuaaliterveysneuvontatilanteen tueksi kehitetty käsitteellisen **PLISSIT-mallin** (LIITE 3) kaksi ensimmäistä tasoa (Ilmonen 2006, 45). Ensimmäinen taso sisältää **luvan antamisen**, toinen taso **rajatun tiedon antamisen**, kolmas taso erityisohjeiden antamisen ja neljäs taso intensiivisen terapian (Ryttyläinen & Virolainen, 2009; Ilmonen 2006, 46). PLISSIT-mallin tarkoituksena on, että suurin osa hyötyy luvan saamisesta, monet rajatun tiedon saamisesta, harva tarvitsee erityisohjeita ja erittäin pieni osa intensiivistä terapiaa (Vuola 2003). Perusterveydenhuollossa tulisi olla valmiuksia antaa seksuaaliterveysneuvontaa kahden ensimmäisen tason mukaisesti. Kahdella viimeisellä tasolla tarvitaan seksuaaliterapeutin palveluita. (Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2009, 7.)

PLISSIT-mallin (LIITE 3) avulla voidaan jäsentää käytännön toteutumista ja kuvata lähestymistapoja silloin, kun liikutaan seksuaalisuuden alueella. PLISSIT-mallin kahden ensimmäisen tason voidaan ajatella muodostavan seksuaaliterveysneuvonnan kokonaisuuden. (Ilmonen 2006, 45.) Kuvion 1 leveä yläosa muodostuu luvan antamisesta. Tämä kuvastaa sitä, että suurin osa seksuaaliterveysneuvontatilanteesta on luvan antamista. Luvan antamisen tarkoituksena on viestiä nuorelle seksuaalisuuden kuuluvan arkeen ja olevan luonnollinen asia. Luvan antaminen on seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esiin nostamista. Jos terveydenhoitaja ei ota näitä asioita esiin, ei nuorelle muodostu mahdollisuutta kertoa seksuaalisuuteensa liittyvistä tunteistaan ja ajatuksistaan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 96–97.) Kuvion 1 pohjan muodostaa rajatun tiedon antaminen, joka tarkoittaa tiedon antamista juuri siihen asiaan, josta tietoa puuttuu. Tietoa on hyvä antaa aina silloin, kun havaitsee siinä olevan puutteita. Tiedon puute voi aiheuttaa uskomuksia ja kuvitelmia, joista voi seurata turhia pelkoja. Rajatun tiedon antoa on seksuaaliterveysneuvonnassa luvan antamisen jälkeen eniten, joten se on kuvattu kuvioon kaapeampana osana. (vrt. Ilmonen 2006, 52–53.)

Edellä olevassa kuviossa (kuvio 1) on kuvattu vuorovaikutuksen eri ulottuvuudet seksuaaliterveysneuvonnassa. Kuvioon keskelle asetetut vuorovaikutuksen elementit ovat hyvän vuorovaikutuksen edellytys ja kuuluvat sekä luvan että rajatun tiedon antamiseen. Näitä tunnuspiirteitä ovat **avoimuus, vastavuoroisuus, aitous, empatia, kuuntelu, hyväksyntä ja ymmärtäminen**. (vrt. Hirvonen ym. 2002, 220; Mäkelä ym. 2001, 15.) Terveydenhoitajan **avoimuus** vuorovaikutussuhteessa on taitoa kuunnella, hyväksyä ja ymmärtää erilaisuutta. Suhtautuminen eteen tuleviin haasteisiin ja asioihin on realistista ja avointa. Vuorovaikutussuhteen **vastavuoroisuuden** voidaan ajatella perustuvan yhdessä jakamisen ja kokemisen tunteeseen. Terveydenhoitaja osoittaa kiinnostusta ja huolehtii hoitosuhteen jatkuvuudesta. Asiakkaan tulisi kokea tulleensa ymmärretyksi sekä kokea terveydenhoitajan olevan kiinnostunut asiakkaan asioista. (Mäkelä 2001, 15–16, 22, 33.) Vastavuoroisessa hoitosuhteessa jokainen osapuoli pääsee rakentamaan tilannetta ja suhteessa edetään molempien osapuolten ehdoilla (Mönkkönen 2007, 87). Jokaisen yksilön vuorovaikutukseen mukanaan tuomat henkilökohtaiset piirteet on kuvattu kuvion ulkoreunoilla. Tämä kuvastaa sitä, että jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja

sen rakentaminen on aloitettava yhdessä asiakkaan kanssa niistä aineksista, joita on tarjolla. (Vilen ym. 2002, 31).

Terveydenhoitajan **aitous** hoitosuhteessa auttaa asiakasta löytämään oman aitoutensa ja osoittaa asiakkaan tulleen hyväksytyksi hoitosuhteessa omana itsenään. Aito terveydenhoitaja viestii käytöksellään omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Terveydenhoitaja on aito silloin, kun hän on vilpittömän omissa tunteissaan, hyväksyy yksilön sellaisenaan ja omaa nähdä maailmaa asiakkaan silmin. (Mäkelä ym. 2001,15.) Hän osaa käyttää vuorovaikutuksessa inhimillisyyttä, rehellisyyttä, persoonallisuuttaan ja omia voimavarojaan (Vilen ym. 2002, 64). Asiakkaalle on tärkeää näyttää varsinkin **hyväksynnän** tunteet aidosti. Hyväksyntä hoitosuhteessa johtaa siihen, että yksilö kokee olonsa turvalliseksi ja hyväksytyksi juuri sellaisena kuin on. Hyväksyntä vaatii aina ymmärrystä. **Ymmärrys** hoitosuhteessa puolestaan tarkoittaa terveydenhoitajan kykyä ymmärtää potilaan tunteet, kuitenkin moralisoimatta tai diagnosoimatta asiakasta. Ymmärtääkseen terveydenhoitajan on kuunneltava ensin asiakasta. Terveydenhoitajan ymmärrys auttaa nuorta ymmärtämään oman elämänsä tyytymättömyyttä aiheuttavia asioita. (Mäkelä ym. 2001, 15–16, 32.)

Kuuntelulla voidaan viestiä ymmärrystä ja osoittaa kiinnostusta. Kuunteleminen on aktiivista toimintaa. (Mäkelä ym. 2001,32.) Hyvän kuuntelija kohdistaa tarkkaavaisuutensa puhujaan ja eläytyy puhujan tilanteeseen. Hän on yleensä kasvokkain puhujan kanssa. Aktiivisesta kuuntelusta viestivät ilmeet, eleet, asioiden ymmärtäminen toistamalla tai tiivistämällä puhujan viestiä sekä sanomalla lyhyitä kommentteja, joiden tarkoituksena on auttaa puhujaa jatkamaan kertomaansa. Läsä oleva empaattinen kuuntelija ei ohita asiakkaan esille ottamia asioita tai vaihda aihetta, ei tarjoa valmiita nopeita vastauksia, eikä tuomitse tai tee diagnooseja. Hän hyväksyy, että puhujalla on oikeus olla puhumatta asioistaan. Hyvä kuuntelija viestii kiinnostusta puhujaa kohtaan. (Rissanen n.d.)

Terveydenhoitajan työssä perustaitoihin kuuluu **empatia**, jolla tarkoitetaan toisen tilanteeseen eläytymistä. Tarkoituksena on, että asiakas kokee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi. Tämä toimii siten stressin lievittäjänä ja turvallisuuden tuojana. Empatian katso-

taan alkavan silloin, kun terveydenhoitaja tunnistaa ja hyväksyy asiakkaan näyttämät tunteet. Kun hän tunnistaa myös asiakkaan kätkeytyt tunteet, pääsee hän lähemmäksi asiakasta. Empatian osoittaminen liian varhaisessa vaiheessa voi tuntua asiakkaasta liian hyökkäävältä ja saada hänet tuntemaan olonsa avuttomaksi. (Vilen ym. 2002, 63.)

Sanallisen ja sanattoman kommunikaation rooli on tärkeä vuorovaikutuksessa. Sanallinen viestintä voi itsessään sisältää luvan puhua. Sanat ovat tällöin oikein muotoiltu ja riittävän avoimia sekä erilaisia toimintoja normalisoivia. (Ilmonen 2006, 47.) Rajatun tiedon annossa sanojen merkitys korostuu, koska tiedon on oltava ymmärrettävää. Nuoren kanssa on hyvä esimerkiksi sopia käytettävistä käsitteistä, ja välttää lääketieteellistä sanastoa. Sanallisen viestinnän avulla voi pyrkiä oire- ja sairauskeskeisestä ajattelusta voimavaralähtöiseen neuvontaan. Terveydenhoitajan käyttämät ilmaisut vaikuttavat nuoren oman kokonaiskuvan hahmottamiseen. (Ilmonen 2006, 47.)

Sanaton viestintä muodostaa suurimman osan kommunikaatiosta, minkä vuoksi sanaton viestintä on sijoitettu kuviossa 1 sen yläosaan ja sanallinen viestintä sen alaosaan. Sanaton viestintä antaa täsmällisempää tietoa osapuolten tunnetiloista, kun taas sanallisella viestinnällä on helpompi ilmaista sellaista mikä ei pidä paikkaansa. Tämän vuoksi sanaton viestintä voidaan jakaa toiminta-, merkki- ja välinekommunikaatioon. Vartalon liikkeet ovat toimintakommunikaatiota, merkkikommunikaatioon katsotaan kuuluviksi ilmeet ja eleet ja välinekommunikaatiota taas ovat esineiden esillepano niin tahattomasti kuin tahallisestikin. Sanattoman viestinnän havaitsemiseksi tarvitsemme niin kuulo-, näkö- kuin tuntoaistiamme. (Mäkelä 2001, 14.) Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi katsekontakti, vilkaisu keskustelukumppaniin, kädenliikkeet, päännyökkäys, kosketus, kehonasento, kasvojen ilmeet, läheisyys, rauhallisuus, sijaintiorientaatio, äänenpaino, pitkät tauot ja päälle puhuminen. (vrt. Poskiparta 1997, 17,40).

Dialogisuus kuvion 1 yläosassa kuvaa dialogista asiakassuhdetta, jonka pitäisi toimia pohjana seksuaaliterveysneuvonnassa. Vuorovaikutuksessa tulisi pyrkiä dialogiseen orientaatioon, jossa vuorovaikutus nähdään vastavuoroisena suhteenä. Dialogisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan vuoropuhelua, kaksinpuhelua tai keskustelua. Vuorovaiku-

tusta voidaan kuvata myös joko asiakas- tai asiantuntijakeskeiseksi. Asiantuntijakeskeisessä orientaatiossa tyypillistä ovat yksinpuhelu, ongelmakeskeisyys, diagnoosin tekeminen ja asiantuntijavalta. Asiakaskeskeisessä orientaatiossa perustana ovat voimavarakeskeisyys, asiakkaan kunnioittaminen ja hänen tarpeensa. Asiakas on aktiivinen päätöksenteossa. (Haarala ym. 2008,106–108.)

Dialogissa olennaista on keskittyä kuuntelemaan toista osapuolta ja olemaan avoin hänen esiin tuomilleen asioilleen. Dialogissa omien mielipiteiden muodostumista pyritään pitkittämään, mikä mahdollistaa toisten ja omien ajatusten aidon kuuntelun. Dialogin käyttö mahdollistaa toisen ihmisen ymmärtämisen ja haastaa samalla vuorovaikutuksen rajoja. (Vilen ym. 2002, 65.) Näin ollen osapuolet voivat oppia ja muuttaa mielipiteitään ja asenteitaan. Dialoginen asiakassuhde on tavoitteellista toimintaa, joka pyrkii yhteisen ymmärryksen rakentumiseen ja edellyttää luottamuksen syntymistä, koska muuten toisen sanoma voidaan kokea uhkana. (Mönkkönen 2007, 86,89.)

6 TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN KOHTAAMINEN OPISKELUTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTOLLA

Opiskeluterveydenhuollon vastaanotolla vahvistetaan nuoren seksuaalisen kehityksen kannalta tärkeitä ja ajankohtaisia asioita. Ammattilaisen vastuulla on vastaanottotilanteessa tuoda esille seksuaaliterveyteen liittyvät asiat. (Aho ym. 2008, 52.) Kuosmanen ja Virtanen (2005, 66) toteavat seksistä ja ehkäisystä puhumisen olevan vaikeaa nuorille kotona. Puhumattomuus voi johtaa tiedon puutteeseen ja virheellisyyteen, mistä voi puolestaan seurata riskikäyttäytymistä. (Kuosmanen & Virtanen 2005, 66.) Asiallinen tieto seksuaalisuudesta vastaanotolla lisää vastuullisuutta ja voi vastoin yleistä ajattelutapaa siirtää seksikokeilujen aloittamista tuonemmaksi (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 19). Nuorta tulisi vastuuttaa ja auttaa pohtimaan omia valintojaan, kypsyttään ja todellista haluaan. Nuorelle tulisi antaa tietoa riskeistä ja seurauksista perustellen ymmärryksen ja luottamuksen lisäämiseksi. (Aho ym. 2008, 43.)

Seksuaalisuudesta puhumisen pitäisi olla luontevaa vastaanotolla ja nuorten kanssa tulisi käyttää samoja käsitteitä. Käsiteltäessä seksuaalisuutta ja siihen liittyviä asioita häpeilemättä nuori oppii, että kyseisistä asioista voi keskustella ja niihin voi hakea apua. Puheeksi ottamista voivat helpottaa erilaiset työkalut, kuten seksuaaliterveysanamneesi (LIITE 4). Nuoren asioidessa vastaanotolla on otettava huomioon, että ajanvarauksen on oltava helppoa, jolloin palveluiden piiriin hakeutumiseen on matala kynnyks. (Aho ym. 2008, 9, 42–43.) Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen teettämän kouluterveyskyselyn (2010) mukaan ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 17 % kokee, että terveydenhoitajan vastaanotolle on vaikea päästä. Ammatillisessa oppilaitoksessa tytöistä vain 44 % ja lukiossa 34 % koki, että opiskeluterveydenhuoltoon saa helposti varattua ajan seksuaaliterveysasioissa (Liinamo & Nikula 2010). Vastaanottotilanteeseen tulee varata riittävästi aikaa ja nuori tulee kohdata kokonaisvaltaisesti. Ammatillaisen on suhtauduttava nuoreen arvostavasti, luottamuksellisesti ja ammatillisesti. Nuorta ei saa tuomita, väheksyä tai aliarvioida ja hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. (Aho ym. 2008, 9-10.)

Nuori usein jännittää ensikäyntiä vastaanotolla seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, minkä vuoksi luottamuksen saavuttaminen on tärkeää. Nuorta tulee informoida työntekijää koskevasta vaitiolovelvollisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Nuoret kantavat usein huolta siitä, että tieto käynnistä kantautuu heidän vanhempiensa korviin. Nuoret hylkäävät helposti sellaisen terveydenhuollon pisteen, jossa ei kunnioiteta vaitiolovelvollisuutta ja riskinä on, että nuorelta jää seksuaaliterveyspalvelut käyttämättä. Epäluottamus terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan voi heijastua pitkälle aikuisuuteenkin. (Aho ym. 2008, 49–51.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanoo, että alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy päättämään hoidostaan. Työntekijän tulee kuitenkin puuttua lain nojalla seksuaaliseen kaltoinkohteluun, hyväksikäyttöön ja väkivaltaan (Ryttyläinen & Valkama 2010, 134). Työntekijällä on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus tilanteen vaatiessa (Aho ym. 2008, 51).

7 TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT

Väestöliiton Nuorten avoimien ovien (NAO) vastaanotto toiminta on kehittännyt nuorten kohtaamiseen **seksuaaliterveysanamneesin** (LIITE 4), jonka tarkoituksena on etsiä riskitekijöitä ja tukea nuoren elämänhallintaa. Haastattelemalla on tarkoituksena selvittää nuoren seksuaaliterveydentilaa ja antaa tietoa, tukea ja hoitoa. (Aho ym. 2008, 55.) Anamneesin pohjana on Seksuaalisuuden portaat -malli (LIITE 2) ja sen tarkoitus on helpottaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottoa nuorten kanssa. Anamneesissa käsitellään kehon kuvaa, seksuaalista monimuotoisuutta, seksikäyttäytymistä, seksuaalioikeuksia ja seksuaalista kaltoinkohtelua. Valmiit kysymykset helpottavat puheeksiottoa. (Lindholm & Peltonen 2009, 51.)

Anamneesi etenee vastaanotolla yleisimmistä asioista henkilökohtaisempiin. Luottamuksen synnyttämisen vuoksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat kannattaa ottaa puheeksi vasta vastaanoton lopulla. Anamneesi auttaa voimavaraistamaan nuorta, koska hänen terveyttään tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja samalla tuetaan hänen itsetuntoaan. Vastaanotolla kannattaa keskittyä positiivisiin asioihin, jotka tukevat nuoren itsenäistymisprosessia. Lisäksi kannattaa pyrkiä välttämään negatiivisia asioita, koska nuori alkaa mieltä ne asiat negatiivisväyhteisiksi omassa elämässään. Vastaanottokäynti tulee päättää positiivisiin asioihin, jotta nuorelle jää hyvä kuva käynnistä. Anamneesin tarkoituksena on helpottaa nuoren ja työntekijän välistä vuorovaikutusta sekä antaa nuorelle välineitä arvioida omaa seksuaalisuuttaan. Seksuaaliterveysanamneesi koostuu kuudesta osasta, jotka ovat yleisanamneesi, terveystilanne, murrosiän kehitys, gynekologinen ja urologinen anamneesi, kehollisuus ja seksuaalinen identiteetti, seksianamneesi, seksuaalinen kaltoinkohtelu sekä ehkäisy. (Aho ym. 2008, 55–69.)

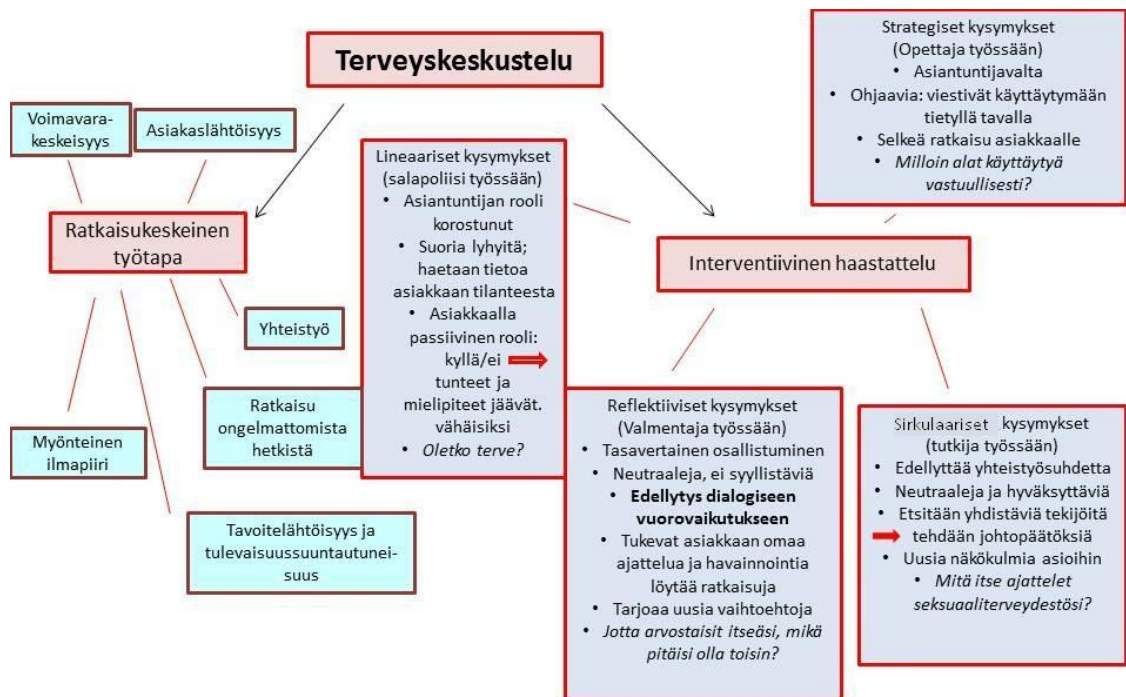
Terveyskeskustelu on työväline, jonka avulla terveydenhoitaja toteuttaa asiakassuhteessa ammatillista ja tasavertaista lähestymistapaa. Siinä terveydenhoitaja tukee asiakkaan voimavaroja ja vahvuuksia terveytensä edistämiseksi. (Haarala ym. 2008, 132.) Terveyskeskustelu perustuu välittämiseen ja huolenpitoon ja sen tarkoituksena on auttaa asiakasta jäsentämään elämäntilannettaan. Sen tavoitteena on antaa mahdollisuus

tuoda nuoren oma ääni esille ja tavoittaa hänen kokemusmaailma (Liimatainen 2004, 65.) Terveyskeskustelu muodostuu kysymysten ympärille, mutta samalla annetaan tilaa keskustelulle. Terveystenhoitajan tulee vuorovaikutustaitojensa avulla pystyä tunnistamaan asiakkaan tiedon tarpeita ja tukea heitä oman tietämyksensä ja toimintansa ymmärtämisessä. (Haarala ym. 2008, 132.) Terveyskeskustelun aikana terveydenhoitaja esittää kysymyksiä asiakkaan tilanteen arvioimiseksi ja samalla pitää yllä vuorovaikutusta (Hirvonen ym. 2002, 221).

Terveyskeskustelu on onnistunut keskustelutavan ollessa asiakasta kunnioittava ja kysymysten ollessa taitavasti muotoiltuja. Vastausvaltuus on hyvässä keskustelussa asiakkaalla. Terveystenhoitajan rohkaiseva asenne ja kannustavat sanat ovat hyvän haastattelun tunnusmerkkejä. Terveyskeskustelun menetelminä voidaan pitää muun muassa **interventiivistä haastattelua** ja **ratkaisukeskeistä työtappaa**. (Haarala ym. 2008, 134.) Interventiivisen haastattelun ja ratkaisukeskeisen työtavan pääperiaatteet on esitelty kuviossa 2 (s.22). Interventiivisessä haastattelussa kaikki, mitä osallistuva tekee tai ei tee, sanoo tai ei sano, voidaan lukea interventioksi. Interventio on väliintuloa tai puuttumista, joka voi olla terveyttä edistävää tai sairautta ehkäisevää. Terveystenhoitajan esittämällä kysymyksillä on aina jokin vaikutus asiakkaaseen. Kun kysymykset muotoillaan oikein, ne tuovat esiin asiakkaan kokemuksia ja vahvuuksia. Vuorovaikutuksessa esitettyjä kysymyksiä voidaan arvioida niiden terapeuttisen vaikutuksen kautta. (Hirvonen ym. 2002, 221, 219.)

Terveystenhoitajan esittämät kysymykset vetävät asiakasta mukaan vuorovaikutukseen jo sinällään, koska niihin odotetaan aina vastausta. Kysymyksillä myös pidetään yllä vuorovaikutusta. Kysymykset voivat myös rajoittaa vuorovaikutusta, jos ne sisältävät esimerkiksi terveydenhoitajan ennako-oletuksen asiakkaasta. Hoitajan esittämät kysymykset voidaan kokea myös liian tunkeilevana tai yksityisyyttä uhkaavana. Keskustelu saattaa liikkua hoitajan esiin nostamilla alueilla, eikä vuorovaikutus ole tällöin yksilön terveyttä edistävää. (Hirvonen ym. 2002, 222.) Interventiivisiä haastattelukysymyksiä ovat **lineaariset, strategiset, reflektiiviset ja sirkulaariset kysymykset** (Haarala ym. 2008, 136–137). **Ratkaisukeskeinen työtappo** on terveydenhoitajan työväline, joka sopii erin-

omaisesti asiakkaan kohtaamiin arkielämän ongelmiin. Tällaiset pulmat ovat yleensä ratkaistavissa ihmisten omilla voimavaroilla. (Haarala ym. 2008, 109.) Ratkaisukeskeisessä työtavassa keskitytään paljon asiakkaiden voimavaroihin, tavoitteisiin ja ratkaisuihin (Vilen ym. 2002, 139). Tavoitteiden saavuttamisessa hyödynnetään asiakkaan omia taitoja, kykyjä ja osaamista. Ratkaisukeskeinen työtapa mahdollistaa asiakkaan ottamisen työskentelyyn vastuullisena ja vastavuoroisena osapuolena ja tämä sopiikin hyvin ongelmapainotteisen työkäytännön vastapainoksi. (Haarala ym. 2008, 109–110.)



KUVIO 2. INTERVENTIIVINEN HAASTATTELU JA RATKAISUKESKEINEN TYÖTAPA (Mukai-
len: Hirvonen ym. 2002; Haarala ym. 2008)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vuorovaikutusta terveydenhoitajan ja nuoren (15–19 v.) välillä seksuaaliterveysneuvonnassa. Tutkimuksessa havainnoidaan vuorovaikutuksen tunnuspiirteiden esiintymistä ohjaustilanteissa sekä tarkastellaan sanatonta ja sanallista viestintää. Lisäksi selvitetään sekä terveydenhoitajan että nuoren subjektiivinen kokemus vuorovaikutuksesta vastaanotolla. Tutkimuksessa havainnoidaan terveydenhoitajan käyttämiä kohtaamisen työmenetelmiä. Tutkimuksen avulla selvitetään vuorovaikutuksen haasteita seksuaaliterveysneuvonnassa.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää terveydenhoitajan ja nuoren välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvonnassa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista vuorovaikutus on terveydenhoitajan ja nuoren välillä ja millaisia vuorovaikutuksen piirteitä nousee esille?
2. Minkälaisia kohtaamisen työmenetelmiä terveydenhoitajat käyttävät vastaanottotilanteessa?
3. Miten nuori ja terveydenhoitaja kokevat vuorovaikutustilanteen?

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

9.1 AINEISTON KERUUMENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin kuvaamalla videokameralla vuorovaikutustilanteita terveydenhoitajan vastaanotolla. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta. Laadullisissa tutkimuksissa aineisto kootaan todellisista tilanteista käyttäen tie-

donkeruunlähteenä ihmistä. Tietoa kerätään kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä käytetään tyypillisesti haastattelua, kyselyitä ja havainnointia, mutta sen lisäksi aineistoon voi kuulua Kiviniemen (2010, 78) mukaan myös epävirallisempaa aineistoa. Hirsjärven ja muiden (2009, 164) mukaan tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää dokumenttien ja tekstien analysointia. Päämenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin videointia ja lisäksi avoimen kysymyksen avulla selvitettiin terveydenhoitajan ja nuoren subjektiivista kokemusta vastaanottotilanteen vuorovaikutuksesta.

Tutkimuksessa käytettiin osallistumatonta havainnointia, jossa tutkija ei osallistunut tilanteeseen, mutta tutkittava tiesi olevansa tutkimuksen kohteena (vrt. Grönfors 2010, 160). Tutkijan läsnäolo voi vaikuttaa tarkkailtavaan varsinkin lyhytaikaisessa läsnäolossa. Tutkijoiden läsnäolo ei tuo tilanteeseen merkittävää näkökulmaa, mutta voi muuttaa tutkittavan käyttäytymistä ja näin ollen vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Grönfors 2010, 160.) Tutkimuksessa terveydenhoitajat asettivat videokameran jalustalle kuvamaan vastaanottotilannetta sivusta päin, jolloin terveydenhoitaja ja nuori olivat molemmat nauhoitteella kuvattuna ja heidän ilmeensä ja eleensä saatiin tallennettua.

Havainnointitilanteessa tarkkaavaisuutta joutuu jakamaan moneen asiaan ja jotkin tilanteet saattavat jäädä huomaamatta (Launonen 2007, 117, 116). Videomateriaalin etuna on, että tutkija voi palata tilanteeseen ja tehdä havainnot uudestaan ja uudestaan. Videointi aineistonkeruumenetelmänä auttaa tutkimaan nonverbaalista viestintää ja sen vaikutuksia vuorovaikutustilanteessa. Videoinnin hankaluudeksi voivat tulla kuvanlaatu, kuuluvuus ja kuvakulma. (Flick 2006, 242–243.) Videoinnin käyttäminen aineistonhankintatapana vuorovaikutustilanteissa voi tuoda tutkijalle mahdollisuuden nähdä sellaista, mitä tutkimuksen kohteena oleva ei olisi haastattelun tai lomakkeen välityksellä pystynyt kuvaamaan (Launonen 2007, 116–117). Tutkimuksessa videoinnin tukena käytettiin aineiston monipuolistamiseksi tutkittavien subjektiivista kokemusta vuorovaikutustilanteesta (vrt. Flick 2006, 243). Molempia osapuolia pyydettiin kirjoittamaan paperille lyhyesti oma kokemuksensa vastaanottotilanteen vuorovaikutuksesta. Videointi koettiin sopivaksi aineistonkeruumenetelmäksi tässä tutkimuksessa, koska sen avulla vuorovai-

kutusta pystyttiin tarkastelemaan kokonaisvaltaisesti. Subjektiivisilla kokemuksilla saatiin tuotua tutkimukseen tutkittavienkin näkökulma.

Videokamera, kirjallinen suostumuslomake, avoimet kysymyspaperit ja kirjekuoret, johon vastauksen sai sulkea, toimitettiin terveydenhoitajille. Videoinnit tehtiin joulukuussa 2010 ja tammikuussa 2011. Terveydenhoitajille annettiin ohjeet lomakkeen ja papereiden täyttämistä sekä opastettiin videokameran käyttämisessä. Terveydenhoitajat asettivat kameran kuvamaan telineelle sivusta päin ja käynnistivät sekä sammuttivat nauhoituksen. Terveydenhoitajat antoivat nuorille täytettäväksi kirjallisen suostumuslomakkeen (LIITE 5) tutkimukseen osallistumisesta vastaanottotilanteen alussa. Nuoret saivat kirjekuoren, jonne he sulkivat oman vastauspaperinsa, jonka vain tutkijat näkivät. Terveydenhoitajat numeroivat tai liittivät paperiliittimellä vastauskuoret yhteen terveydenhoitajan ja nuoren kokemusten vertailemista varten.

9.2 AINEISTON KUVAUS

Tutkimukseen osallistui opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajia ja heidän asiakkaitaan. Terveydenhoitajiin otettiin yhteyttä ja kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistui kolme terveydenhoitajaa ja viisi nuorta, joista kaikki olivat tyttöjä ja iältään 15–19-vuotiaita. Terveydenhoitajat toimivat päätiedonantajina tutkimuksessa, mutta vuorovaikutuksen toteutumiseksi tarvittiin toinenkin osapuoli. Terveydenhoitajat pyysivät nuoria mukaan tutkimukseen nuorten varatessa aikaa vastaanotolle seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa tai vastaanotolle tullessa.

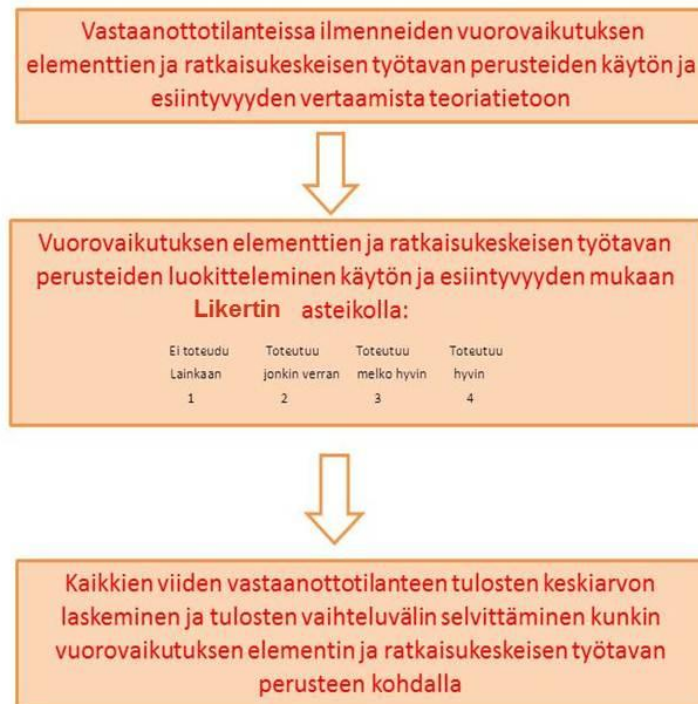
Aineiston keräämisen jälkeen, saatu materiaali haettiin analysoitavaksi ja säilytettäväksi. Kaikki osallistuneet terveydenhoitajat ja nuoret olivat kirjoittaneet subjektiivisen kokemuksensa, joten niitä saatiin yhteensä 10 kappaletta. Videoita saatiin yhteensä viisi kappaletta. Yhdeltä terveydenhoitajalta videointeja saatiin kolme kappaletta, ja kahdelta yksi kappale. Seksuaaliterveysneuvontatilanteet kestivät keskimäärin 19 minuuttia. Vaihteluväli oli 11:01 – 35:52 minuuttia. Videomateriaalia oli yhteensä 96 minuuttia 43 sekuntia. Terveydenhoitajien puhe litteroitiin videoista ja litteroitua tekstiä saatiin yh-

teensä 25 sivua. Analyysilomakkeita (LIITE 6) tuli yhteensä kuusi kappaletta, joista yksi oli yhteenveto viidestä analysointilomakkeesta.

9.3 AINEISTON ANALYYSI

Vuorovaikutusta lähdettiin havainnoimaan videomateriaalin avulla. Videoita katsottiin ja kuunneltiin useaan kertaan. Terveystenhoitajien puhe litteroitiin videoista analysoinnin ja havainnoinnin helpottamiseksi. Havainnoinnissa ja analysoinnissa huomio kiinnitettiin terveydenhoitajien toimintaan. Vuorovaikutustilanteissa tapahtuu paljon erilaisia asioita samanaikaisesti, joten analysointia jäsentää valmiiden lomakkeiden käyttö (Launonen 2007, 116). Tämän vuoksi vuorovaikutustilanteiden arviointiin kehitettiin analysointilomake (LIITE 6) tutkijoiden analysoinnin helpottamista varten. Tämä lomake mahdollisti vuorovaikutustilanteiden vertailun vastaanottotilanteiden välillä. Tällöin vuorovaikutustilanteissa kiinnitettiin huomiota samoihin ennalta määriteltyihin asioihin, jotka pysyvät tilanteesta riippumatta vakiona.

Analyysilomakkeessa (LIITE 6) arvioitiin ja havainnoitiin vuorovaikutuksen elementtejä, sanatonta viestintää, käytettäviä työmenetelmiä sekä vuorovaikutustilanteen subjektiivista kokemusta, joka kerättiin erillisellä vastauslomakkeella nuorelta ja terveydenhoitajalta vastaanottotilanteen päätyttyä. Analysoinnissa käytettiin apuna myös kvantitatiivisen eli tilastollisen tutkimuksen keinoja. Analysointilomakkeella vuorovaikutuksen elementtien ja ratkaisukeskeisen työtavan perusteiden toteutumisen arvioinnissa käytettiin Likertin asteikkoa. Kuviossa 3 (s. 27) on kuvattu neliportainen järjestysasteikko, johon käyttö sekä toteutuminen arvioitiin ja sijoitettiin. (vrt. Heikkilä 2008, 16, 53.) Vuorovaikutuksen elementeistä arvioitiin avoimuutta, aitoutta, empatiaa, vastavuoroisuutta, kuuntelua, hyväksyntää ja ymmärrystä kuviossa 3 esitetyn analyysiprosessin mukaisesti (vrt. Hirvonen ym. 2002, 220; Mäkelä ym. 2001, 15).



KUVIO 3. ANALYYSIPROSESSIN ETENEMINEN VUOROVAIKUTUKSEN ELEMENTTIEN JA RATKAISUKESKEISEN TYÖTAVAN PERUSTEIDEN TOTEUTUMISEN ARVIOINNISSA

Työmenetelmien käyttöä havainnoitiin myös analyysilomakkeen (LIITE 6) avulla. Terveyskeskustelusta tarkasteltiin interventiivistä haastattelua ja ratkaisukeskeistä työtapaa. Ratkaisukeskeisen työtavan analysointiprosessi on esitetty kuviossa 3. Interventiivisen haastattelun eri kysymysten käyttöä arvioitiin prosentuaalisilla osuuksilla. Interventiivisen haastattelun eri kysymykset laskettiin yhteen ja tämän jälkeen laskettiin prosentiosuudet käytetyille lineaarisille, reflektiivisille, strategisille ja sirkulaarisille kysymyksille. Interventiivisen haastattelun eri kysymysten käyttöä suhteessa kaikkiin kysymyksiin havainnollistettiin pylväskaavion avulla (kuvio 5 s. 33). (vrt. Heikkilä 2008, 16.)

Analyysilomakkeen avulla arvioitiin sanattomasta viestinnästä seuraavia asioita: katsekontaktia, vilkaisua keskustelukumppaniin, käden liikkeitä, pään nyökkäyksiä, kosketusta, kehonasentoa, kasvojen ilmeitä, läheisyyttä, rauhallisuutta, sijaintiorientaatiota, ää-

nenpainoa, pitkiä taukoja ja päälle puhumista. Havainnot kirjattiin analysointilomakkeelle. Eleiden kautta voitiin arvioida muun muassa aikaisemmin kuvattujen vuorovaikutuksen elementtienkin toteutumista. Videoita analysoitaessa katsottiin kuvamateriaalia ilman ääntä nonverbaalisen viestinnän havainnoimiseksi. Ilman ääntä katsoessa voi havaita paremmin sellaisia eleitä, joita ei ole havaittu äänen kanssa (Launonen 2007, 117). Analyysilomakkeelle arvioitiin vallitsiko vuorovaikutustilanteessa asiantuntijakeskeinen, asiakaskeskeinen vai dialoginen orientaatio. Analyysilomakkeeseen varattiin tyhjää tilaa seksuaaliterveysanamneesin käytön arviointia varten. Väestöliitto on luonut seksuaaliterveysanamneesin rungon (LIITE 4), jonka perusteella arvioitiin mitä asioita seksuaaliterveysanamneesista terveydenhoitajat ottivat puheeksi.

Jokaisesta seksuaaliterveysneuvontatilanteesta täytettiin oma analysointilomake (LIITE 6). Kuvamateriaalista esiin tulleet asiat kirjattiin analysointilomakkeelle, jossa havainnot jäsenyivät. Lopuksi analysointilomakkeiden tuloksista tehtiin yhteenveto yhdelle analysointilomakkeelle. Tulokset laskettiin yhteen ja vuorovaikutuksen elementeille ja ratkaisukeskeisen työtavan perusteelle laskettiin keskiarvot Likertin asteikolle sekä ilmoitettiin tulosten vaihteluväli. Interventtiiviselle haastattelulle laskettiin prosentuaaliset keskiarvot. (vrt. Heikkilä 2008, 83,85.) Sanattomasta viestinnästä, vuorovaikutuksen orientaatiosta ja seksuaaliterveysanamneesin käytöstä tehtiin yhteenveto. Tutkimus raportoitettiin kirjoittamalla auki yhteenvetolomakkeen tulokset sekä havainnollistamalla niitä kuvioin ja taulukoin. Terveydenhoitajien ja nuorten kokemuksia tarkasteltiin ja niistä tehtiin yhteenveto.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 VUOROVAIKUTUS TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN VÄLILLÄ

Tutkimuksessa vuorovaikutusta arvioitiin vuorovaikutuksen elementtien ja sanattoman viestinnän kautta. Vuorovaikutuksen elementit toteutuivat pääasiassa melko hyvin, mutta hyväksyntä erottui joukosta toteutumalla hyvin.

TAULUKKO 1. VUOROVAIKUTUKSEN ELEMENTTIEN TOTEUTUMISEN KESKIARVOT, TULOSTEN VAIHTELUVÄLIT JA TOTEUTUMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA KAIKISSA VASTAANOTTOTILANTEISSA

Vuorovaikutuksen elementti	Tulosten keskiarvo	Tulosten vaihteluväli	Toteutuu vuorovaikutuksessa
Avoimuus	3,2	2-4	Melko hyvin
Aitous	2,8	2-3	Melko hyvin
Empatia	3,2	3-4	Melko hyvin
Vastavuoroisuus	2,6	2-4	Melko hyvin
Kuuntelu	3,4	3-4	Melko hyvin
Hyväksyntä	3,6	3-4	Hyvin
Ymmärrys	3,2	2-4	Melko hyvin

Terveydenhoitajien **avoimuus** näkyi realistisena suhtautumisena nuorten tilanteisiin sekä arkojen asioiden puheeksi ottamisena. Terveydenhoitajat ohittivat parissa tilanteessa nuoren kysymyksen sekä sivuuttivat joitain arkoja puheenaiheita. He käyttivät lisäksi jonkin verran strategisia kysymyksiä. Terveydenhoitajat kohtasivat nuoret omalla persoonallaan, mikä toi vuorovaikutustilanteisiin **aitoutta**. Nuori tuli hyväksytyksi hoitosuhteessa omana itsenään. Seksuaalisuudesta puhuminen ei ollut kuitenkaan luontevaa kaikissa vastaanottotilanteissa. Seksuaaliterveysneuvonnassa ilmeni äänenpainon muutoksia, naurahduksia omille sanomisille ja epäjohdonmukaisia ilmauksia keskustel-

taessa aroista aiheista. Asioiden puheeksi ottaminen antoi nuorelle luvan puhua kokemuksistaan ja ajatuksistaan.

Empatia näkyi terveydenhoitajan kykynä eläytyä nuoren tilanteeseen eivätkä he morali-soineet tai arvostelleet nuoria. He eivät tarjonneet valmiita ratkaisuja vaan laittoivat nuoret pohtimaan tilannettaan. Terveydenhoitajat käsittelivät osassa tilanteista nuoren esiin nostamia asioita, mutta joissain tilanteissa sivuuttivat sen. **Vastavuoroisuus** näkyi kiinnostuksen osoittamisena asiakasta kohtaan ja asiakkaan tilanteeseen yhdessä paneutumisenä. Hoitosuhteen jatkuvuudesta huolehdittiin osassa tilanteissa. Nuorta kuunneltiin ja mielipide otettiin huomioon. Kaikki kuvatut vuorovaikutustilanteet olivat kuitenkin pääosin **asiantuntijakeskeisiä**. Terveydenhoitajat näkivät tilanteiden luonteen ja heidän tavoitteensa oli saada nuoret tietoisiksi ehkäisyyn liittyvien asioiden keskinäisistä suhteista ja merkityksestä nuoren toimintaan. Terveydenhoitaja **kuunteli** aktiivisesti nuorta. Terveydenhoitaja nyökkäili päällä nuoren puhuessa sekä kommentoi lyhyesti ja toisti nuoren kertomaa joko puheenvuoron lopussa tai kesken nuoren puheen. Terveydenhoitajat kohdistivat tarkkaavaisuutensa nuoreen poikkeuksetta jokaisessa vastaanottotilanteessa, mutta saattoivat kuunnelleessaan kohdistaa huomionsa hetkellisesti tietokoneeseen. Terveydenhoitajat ohittivat osassa tilanteita nuoren kertoman asian.

Hyväksyntä ja **ymmärrys** näkyivät vuorovaikutustilanteissa nuoren hyväksymisenä omalla itsenään ja nuorisokulttuurin ymmärtämisenä. Terveydenhoitajat ymmärsivät nuorten tilanteita ja valintoja, eivätkä pyrkineet moralisoimaan heitä. Asioista puhuttiin totuudenmukaisesti ja nuorten tietoisuuteen tuotiin terveystietämiseen liittyvät asiat. Osassa vuorovaikutustilanteista ohjauksen sisältö painottui muuhun kuin nuoren ongelmaan. Terveydenhoitajat käyttivät ajoittain lääketieteellistä sanastoa.

Terveydenhoitajat käyttivät paljon **sanatonta viestintää** ohjaustilanteissa. Videoista nousi esille, että terveydenhoitajat olivat suurimman osan aikaa kääntyneenä nuoreen päin. Sijainniltaan terveydenhoitaja ja nuori olivat asettautuneet niin, että pöydän kulma oli heidän välissä. Terveydenhoitajilla oli katsekontakti nuoreen suurimman osan ajasta.

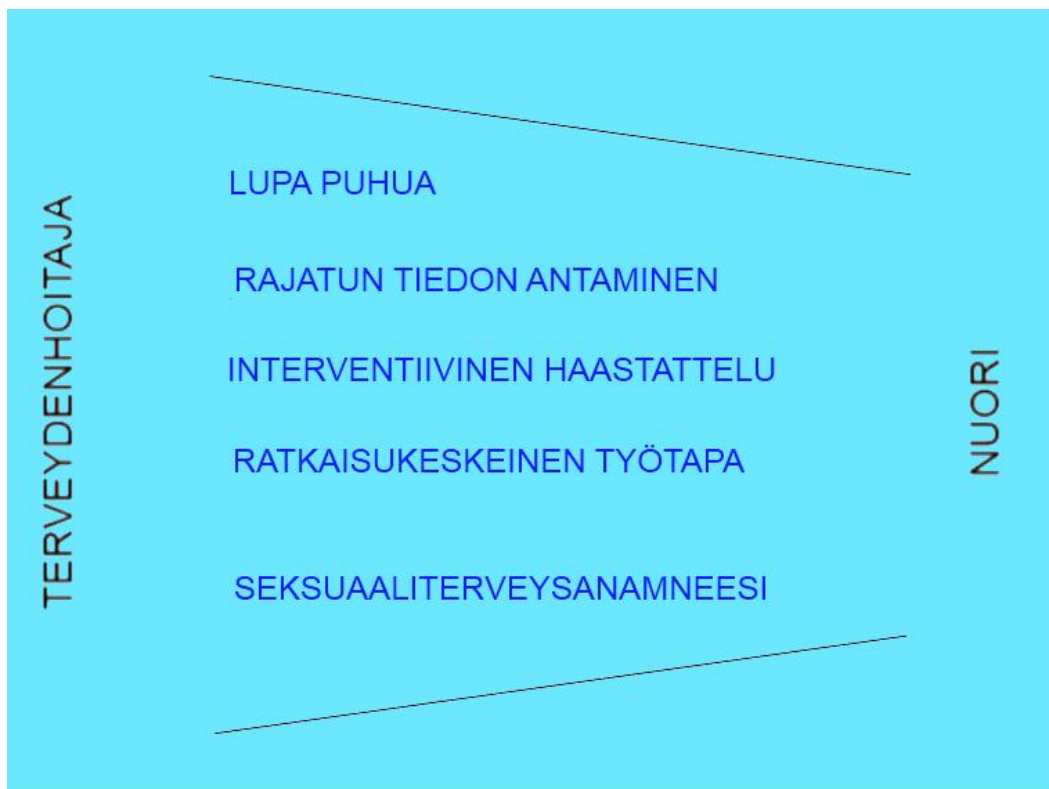
Välillä terveydenhoitajat olivat kääntyneenä tietokoneeseen päin, mutta vilkaisivat tietokoneelta nuoreen päin. Käsien ja kehon asento oli avoin. Kättä käytettiin puhuessa ja sillä osoitettiin muun muassa pöydällä olevaa esitettä. Käsien ollessa sylissä saatettiin sormilla kosketella paidan hihaa tai hieroa sormia yhteen. Terveydenhoitajilla esiintyi päänyökkäyksiä nuoren puhuessa, vastatessa tai kommentoidessa. Kosketuksia ei tilanteissa esiintynyt muuta kuin nuorelta verenpainetta mitattaessa. Kasvojen ilmeistä terveydenhoitajat käyttivät muun muassa hymyä, naurahduksia, kulmien nostoa ja silmiin katsomista. Erilaisia kasvon ilmeitä käytettiin vaihtelevasti. Terveydenhoitajat olivat kehonliikkeiltään rauhallisia. Äänenpainon vaihteluita, hymähdyksiä ja naurahduksia esiintyi terveydenhoitajien viestinnässä. Tilanteissa tuli myös kuiskauksia ja muminaa, muun muassa asioita ääneen pohdittaessa. Pitkiä taukoja puheissa tuli vain tilanteen keskeytyessä puhelimen soidessa ja siihen vastatessa. Lyhyempiä taukoja puheissa oli enemmänkin. Päälle puhumista ei tilanteissa juurikaan tullut, ajoittain asiaa saatettiin aloittaa nuoren vastauksen päälle.

10.2 TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT SEKSUAALI-TERVEYSNEUVONNASSA

Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitajat käyttivät osittain kuviossa 4 (s.32) esitettyjä kohtaamisen työmenetelmiä seksuaaliterveysneuvonnassa. Kuvioon 4 on kuvattuna terveydenhoitaja kuvion leveämpään päähän, koska seksuaaliterveysneuvontatilanteessa vuorovaikutus oli asiantuntijakeskeistä. Ohjaus ja neuvonta lähtivät kuitenkin asiakkaan tarpeista ja esitettyjen kysymysten avulla terveydenhoitajat pystyivät kohdentamaan ohjauksensa juuri asiakkaan tarpeisiin sopivaksi ja näin ollen vuorovaikutustilanteissa toteutui myös asiakaslähtöisyys.

Terveydenhoitajat antoivat nuorelle **luvan puhua** niin sanattoman viestinnän kuin sanallisen viestinnän kautta. Terveydenhoitajat viestittivät edellä kuvattujen hyvien vuorovaikutuksen elementtien sekä sanattoman viestinnän kautta olevansa valmiita kuuntelemaan nuorta. Strategisten kysymysten käyttö, kysymättä jättäminen sekä nuoren ohit-

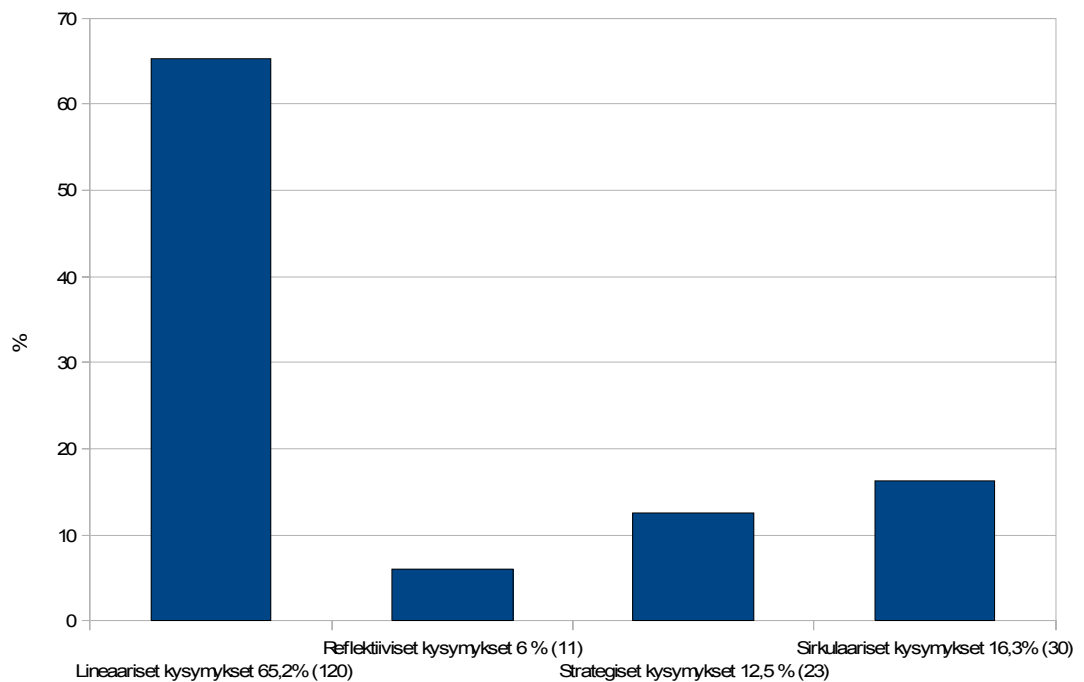
taminen veivät puolestaan nuorelta osittain luvan puhua. Vastaanottohuoneissa ei ollut esillä materiaalia esimerkiksi kondomeja tai seksuaalisuuteen liittyviä julisteita. Terveydenhoitajat **antoivat** nuorille **rajattua tietoa** melko runsaasti rakentaen vuorovaikutusta jokaisen nuoren kohdalla yksilöllisesti. Osa terveydenhoitajista antoi nuorille mukaan myös kirjallista materiaalia. Nuoret saivat tietoa e-pillereiden aloituksesta, käytöstä, haittavaikutuksista, ehkäisyn luotettavuudesta, tuplaehkäisystä, sukupuolitaudeista ja jatkokäynneistä.



KUVIO 4. TERVEYDENHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KOHTAAMISEN TYÖMENETELMÄT SEKSUAALITERVEYSNEUVONNASSA

Terveyskeskustelusta terveydenhoitajat käyttivät interventiivisen haastattelun (kuvio 5 s. 33) ja ratkaisukeskeisen työtavan (taulukko 2 s. 35) työmenetelmiä. Kaikissa viidessä

kuvatussa vastaanottotilanteessa terveydenhoitajien nuorille suunnattuja **interventiivisen haastattelun** kysymyksiä oli yhteensä 184.



KUVIO 5. INTERVENTIIVISEN HAASTATTELUN ERI KYSYMYSTEN KÄYTTÖ SUHTEESSA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN

Tulosten perusteella terveydenhoitajat käyttävät eniten (66,2 %) lineaarisia eli suoria kysymyksiä. Lineaariset kysymykset olivat yleensä lyhyitä ja ytimekkäitä, mutta niitä saattoi edeltää johdatus aiheeseen. Lineaarisilla kysymyksillä terveydenhoitajat hakivat kuukautisia, seurustelua, aiempia yhdyntöjä, seurustelukumppaneita ja terveydentilaa koskevaa tietoa. Lineaarisiin kysymyksiin nuoret vastasivat lyhyesti.

Oliko klamydia otettu?

Tupakoitko?

Kauanko kuukautisvuotosi kestää?

Reflektiivisiä kysymyksiä oli vähiten, noin 6 % suhteessa kaikkiin kysymyksiin. Reflektiivisillä kysymyksillä nuori laitettiin pohtimaan oman käyttäytymisen vaikutusta omaan terveydentilaan. Reflektiivisiin kysymyksiin nuoret vastasivat pidemmältä kuin esimerkiksi lineaarisiin kysymyksiin. Samalla he pystyivät kuvailemaan asian omin sanoin ja käyttämään heille tuttuja ilmaisuja.

*Miltä tämä on tuntunu susta?
Mitä mieltä olet ehkäisyrenkaasta?*

Vastaanottotilanteissa terveydenhoitajat käyttivät strategisia kysymyksiä 12,5 % kaikista interventiivisen haastattelun kysymyksistä. Kaikissa vastaanottotilanteissa yhtä lukuun ottamatta käytettiin vaihteleva määrä strategisia kysymyksiä. Terveydenhoitajien käyttämät strategiset kysymykset eivät olleet syyllistäviä, vaan ne osoittivat nuorelle kuinka heidän on oletettu toimivan ja tavallaan osoittavat miten toimimalla on toiminut väärin. Terveydenhoitajien esittämät olettavat kysymykset liittyivät aiemmin käytettyyn ehkäisymenetelmään, tupakointiin, aiempiin seksikumppaneihin sekä seurustelukumppaniin kuten hänen sukupuoleensa, ikäänsä tai seurustelusuhteen vakavuuteen.

*Ja kondomia ootte nyt käyttäny sitten?
Joo, oisko yksi-kaksi tupakkaa päivässä sitten?
Et tupakoi?
Tää poikaystävä on samanikäinen?*

Sirkulaarisia kysymyksiä terveydenhoitajat käyttivät silloin, kun halusivat laittaa nuoren ajattelemaan tilannetta eri näkökulmasta ja osoittaa asioilla olevan yhteys keskenään. Sirkulaarisia kysymyksiä oli kaikista interventiivisen haastattelun kysymyksistä 16,3 % eli toiseksi eniten.

Liittyykö ne päänsäryt kuukautiskiertoon tai -vuotoon?

Tulosten perusteella terveydenhoitajat käyttivät **ratkaisukeskeistä työtappaa** soveltaen seksuaaliterveysneuvonnassa. Ratkaisukeskeisen työtavan perusajatukset ovat esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. RATKAISUKESKEISEN TYÖTAVAN PERUSTEIDEN ESIINTYVYYDEN KESKIARVOT, TULOSTEN VAIHTELUVÄLI JA TOTEUTUMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA KAIKISSA VASTAANOTTOTILANTEISSA

Ratkaisukeskeisen työtavan periaate	Tulosten keskiarvo	Tulosten vaihteluväli	Toteutuu vuorovaikutuksessa
Myönteinen ilmapiiri	3,6	3-4	Hyvin
Asiakaslähtöisyys	3,6	2-4	Hyvin
Yhteistyö	3,2	2-4	Melko hyvin
Ratkaisu ongelmattomista hetkistä	1,6	1-2	Jonkin verran
Voimavarakeskeisyys	1,8	1-2	Jonkin verran
Tavoitelähtöisyys	3,4	2-4	Melko hyvin
Tulevaisuussuuntautuneisuus	2,4	1-4	Jonkin verran

Vuorovaikutuksen elementtien toteutuminen ja luonteva sanaton viestintä yhdessä sanallisen viestinnän kautta loivat myönteistä ilmapiiriä. Asiakaslähtöisyys puolestaan näkyi ohjauksen ja neuvonnan lähtemisenä asiakkaan tarpeista. Yhtä vastaanottotilannetta lukuun ottamatta asiakaslähtöisyys toteutui hyvin vuorovaikutustilanteissa. Yhdessä tilanteessa asiakaslähtöisyys toteutui ainoastaan jonkin verran, koska nuori ei saanut varsinaiseen ongelmaansa kohdennetusti ohjausta. Terveystoimijat työskentelivät ja miettivät pääsääntöisesti nuorten kanssa yhdessä miten toimitaan tai antoivat valinnan mahdollisuuden kysymyksen asettelun kautta.

Haluaisitko käydä klamydiatestissä tässä vaiheessa?

Osissa vastaanottotilanteista ratkaisua ei haettu lainkaan ongelmattomista hetkistä. Nuorilla ilmenneet ongelmat liittyivät sopivan pillerimerkin löytämiseen esimerkiksi terveydentilan vuoksi. Ratkaisua haettiin voimavarojen kautta sopivan pillerin ottoajankohdan löytämiseksi. Terveystoimijilla ja nuorilla oli selkeät tavoitteet asetettuna vastaanottokäynnille ja työskentely eteni tavoitteiden suuntaisesti. Osassa tilanteissa terveydenhoitajat tarkensivat tavoitetta kysymällä nuoren tullessa vastaanotolle. Tulevai-

suussuuntautuneisuus näkyi kontrollien suunnittelemisena ja realistisena suhtautumisena ja ohjauksena tulevaisuuden suhteen.

Seksuaaliterveysanamneesia (LIITE 4) terveydenhoitajat käyttivät tulosten perusteella myös soveltaen. Ehkäisynaloituskäynneillä seksuaaliterveysanamneesia käytettiin enemmän kuin seurantakäynneillä. Terveydenhoitajat selvittivät kaikilta nuorilta heidän terveydentilaansa ja mittasivat jokaiselta nuorelta painon, paino-pituussuhteen ja verenpaineen. Ehkäisynaloituskäynneillä terveydenhoitajat selvittivät lisäksi perussairaudet etenkin migreenin esiintyvyyden sekä lähisuvun sairaudet kiinnittäen erityistä huomiota laskimo- ja keuhkoveritulppiin. Sosiaalisista suhteista ja arjesta kaikissa vastaanottotilanteissa selvitettiin nuoren tupakointia. Viidestä vastaanottotilanteesta neljässä terveydenhoitaja kysyi nuoren seurustelusta ja kumppanista.

Seksuaaliterveysanamneesista selvitettiin jokaisessa vastaanottotilanteessa murrosiänkehitystä kysymällä kuukautisten alkamisistä, vuodon kestosta, kierrosta sekä viimeisten kuukautisten alkamisajankohdasta. Osassa tilanteissa nuorilta kysyttiin lisäksi vuodon määrästä ja kuukautiskipujen esiintyvyydestä. Gynekologisesta anamneesista kartoitettiin osittain mahdollisesti esiintyneitä gynekologisia tulehduksia sekä klamydiaa. Kehollisuus ja seksuaalinen identiteetti otettiin esiin ainoastaan parissa vuorovaikutustilanteissa ja sen kartoittamisen laajuus vaihteli hyvin paljon. Kahden nuoren kanssa otettiin puheeksi rintojen tutkiminen ja se opastettiin tarvittaessa. Lisäksi terveydenhoitajat ottivat esiin itsetyydytyksen sekä parisuhteen ja seksuaalisuuden. Seksuaaliterveysanamneesiin kuuluu oleellisena osana seksianamneesi, jota terveydenhoitajat kartoittivatkin yhtä vastaanottokäyntiä lukuun ottamatta. Seksianamneesista tiedusteltiin yhdyntöjä, mahdollisia ongelmia, nuoren aikaisempia kumppaneita ja aikaisempaa ehkäisyä. Seksuaaliterveysanamneesista ei syntynyt nuoren ja terveydenhoitajan välille syvällisempää keskustelua, vaan nuoret vastasivat terveydenhoitajan esittämiin kysymyksiin melko lyhyesti ja ytimekkäästi

10.3 TERVEYDENHOITAJAN JA NUOREN KOKEMUKSIA VUOROVAIKUTUSTILANTEESTA

Terveydenhoitajille jäi vuorovaikutustilanteista pääosin selkeä, rauhallinen ja positiivinen kokemus, mutta yhdestä vastaanottotilanteesta terveydenhoitajalle jäi sekava tunne. Yhdessä vastaanottotilanteessa terveydenhoitaja koki, että kiire vaikutti tilanteeseen sekä kahdelle terveydenhoitajalle tuli jälkeempään mieleen asioita, joista olisi nuoren kanssa pitänyt keskustella. Vuorovaikutustilanteen sekavaan tunteeseen vaikutti yhdessä tilanteessa ulkopuoliset häiriötekijät, kuten puhelin. Yhdestä kirjoitetusta kokemuksesta nousi esille nuoren olleen luonteva vastaanotolla, kun taas toisella terveydenhoitajalla oli kokemus nuoren olleen vaivaantunut ja ahdistunut aran puheenaiheen yhteydessä. Osa terveydenhoitajista koki, ettei jännittänyt kameraa lainkaan ja se unohtui neuvontatilanteen aikana.

Nuoret kuvasivat kokemustaan vastaanottotilanteista pääsääntöisesti mukavaksi, positiiviseksi ja hyväksi. Kirjoitetuista kokemuksista tuli esiin se, että tietoa oli saatu riittävästi. Osa nuorista oli kokenut jännittämistä vastaanottotilanteessa, mutta huomanneet puhumisen olevan lopuksi kuitenkin helppoa.

Ihan hyvä. Homma toimi kivasti, aivan niin kuin muillakin terveydenhoitajilla. Kyseli asiallisesti, mutta ei silti teennäisesti ja pitkäveteisesti eli hyvin. Jäi tästä käynnistä hyvä maku suuhun.

11 POHDINTA

11.1 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaa parhaiten hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen (Kuula 2006, 34). Tutkimuksen joka vaiheessa noudatettiin eettisiä periaatteita, muun muassa rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja vaitiolovelvollisuutta. Tulokset tallennettiin, säilytettiin ja arvioitiin huolellisesti ja tutkimustulokset esitettiin todenmukaisesti. Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus on raportoitu yksityiskohtaisesti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (vrt. Kuula 2006, 34–35.) Taulukot ja kuvat lisäävät tekstin luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 322). Tutkijat ovat osallistuneet tasapuolisesti tutkimuksen toteuttamiseen sen eri vaiheissa ja sopineet keskinäisestä työnjaosta. (vrt. Kuula 2006, 35).

Tutkimukseen osallistuvilta nuorilta ja tutkimuspaikalta tarvitaan suostumus tutkimuksen tekemiseen (Lagström, Pösö, Rutanen & Vehkalahti 2010, 171–172). Tutkimusta suunniteltaessa terveydenhoitajien halukkuus tutkimukseen osallistumiseen selvitettiin. Kun suunnitelma valmistui, haettiin yhteistyökumppanilta tarvittava lupa tutkimuksen tekemiseen. Ennen tutkimukseen osallistumista tutkittavilta nuorilta pyydettiin vastaanotolla kirjallinen suostumus (LIITE 5) osallistumisesta. Vilkan (2006, 57) mukaan juuri suostumuksen hankkiminen havainnoitavalta on hyvän tieteellisen tavan noudattamisen edellytys. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat tietoisia tutkimuksen luonteesta, tavoitteesta ja ammattihenkilöstöä koskevasta vaitiolovelvollisuudesta. Heillä oli myös mahdollisuus olla halutessaan tutkijoihin yhteydessä.

Videomateriaalia säilytettiin huolellisesti ja sen näkivät ainoastaan tutkijat. Tutkimus raportoitiin siten, ettei tutkittavien henkilöllisyys tullut esiin. Tutkimuksessa kerättiin kirjallisesti terveydenhoitajien ja nuorien subjektiivisia kokemuksia vuorovaikutustilanteista. Tutkittavat täyttivät lomakkeet vastaanottotilanteen päätyttyä, minkä jälkeen vastaukset suljettiin kirjekuoriin. Tutkimuksessa huolehdittiin niin terveydenhoitajien

kuin nuorten anonymiteetin säilymisestä. Lopullisen raportin teossa otettiin myös anonymiteetin säilyminen huomioon. Videointi tiedonkeruumenetelmänä asettaa haasteita tutkimuksen eettisyyden kannalta. Tutkittavat voivat kokea kuvaamistilanteen epämukavana ja pelätä salassapitovelvollisuuden rikkoutuvan. Videomateriaali kuvattiin tutkijoiden omalla videokameralla, joka tallensi aineiston suoraan kameran kiintolevyille. Aineisto siirrettiin kuvaamisen jälkeen tutkijoiden tutkimukseen tarkoitettulle muistitikulle ja videomateriaali poistettiin videokameralta. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen videomateriaali hävitetään poistamalla se muistitikulta.

Vilkan (2006, 60) mukaan eettisyyteen kannattaa kiinnittää erityistä huomiota, kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia asioita. Henkilötietolain (1999) mukaan arkaluontoisia asioita ovat muun muassa terveydentila, seksuaalisuus ja asiakkaaseen kohdistetut hoitotoimenpiteet. Ihmiset kokevat seksuaalisuuden eri tavoin, mutta etenkin nuoruuteen liittyä usein hämmennys muuttuvasta kehosta ja nuoruusiässä seksuaalisuus voi olla hyvinkin arka aihe nuorelle (Aho ym. 2008, 17). Tutkimuksessa otettiin huomioon aiheen arkaluontoisuus korostamalla tutkijoiden vaitiolovelvollisuutta ja tutkimusmateriaalin salassapitoa. Tutkijat eivät olleet läsnä seksuaaliterveysneuvontatilanteissa, millä pyrittiin helpottamaan arkaluontoisista asioista keskustelua.

Luotettavuudesta kertoo se, että tutkimusmenetelmien valinta on perusteltu kriittisesti (Pietarinen 2002, 59). Tutkimuksen validius eli pätevyys kuvaa Hirsjärven ja muiden (2009, 231) mukaan tutkimusmenetelmän kykyä vastata tutkimuksen kysymyksiin. Tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin videointia, jonka validius vuorovaikutusta tutkittaessa on tarkoituksenmukainen. Videoinnin avulla vuorovaikutustilanteesta saatiin kokonaisvaltainen käsitys sekä sanallisesta että sanattomasta viestinnästä. Videointia oli perusteltua käyttää tutkimusmenetelmänä sen vuoksi, että tutkimusaineistoa pystyi havainnoimaan useamman kerran. Analysointilomaketta ei testattu etukäteen. Siinä oli tarkasti etukäteen määriteltynä tutkimuksessa haetut asiat, mutta analysointia aloitettaessa sitä jouduttiin muokkaamaan tarpeisiin sopivaksi. Interventiivisen haastattelun analysointia muokattiin lomakkeella Likertin asteikkomallista prosentuaalisiin osuuksiin. Analysointia tehtäessä huomattiin, että terveydenhoitajien ja nuorten subjektiivisia ko-

kemuksia kartoittavat avoimet kyselylomakkeet olisivat voineet olla strukturoidumpia, mikä olisi voinut tukenut tutkimuksessa haettuja asioita.

Tutkimuksessa esille nousi tutkijoiden subjektiivinen kokemus vuorovaikutuksen luonteesta, minkä vuoksi tutkijan vaihtuminen voi vaikuttaa tutkimuksen toistettavuuteen eli reliabiliuteen (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tutkimuksen pieni otanta, viisi nuorta ja kolme terveydenhoitajaa, voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Osallistumaton havainnointi voi lisäksi vaikuttaa negatiivisesti tutkimuksen luotettavuuteen ja tehdä vastaanottotilanteesta epätodellisen arkiseen tilanteeseen verrattuna (vrt. Grönfors 2010, 160). Tämän vuoksi tilanteen aitouteen ja tulosten luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi myös videokameran oleminen vastaanottotilanteessa. Osassa tilanteista video katkaistiin kesken vastaanottotilanteen, joten epäselväksi jäi mitä sillä aikaa tapahtui.

Tutkimustuloksiin voi vaikuttaa myös tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Tutkimustuloksiin vaikuttaa esimerkiksi tutkittavien persoonallisuus ja vuorovaikutustaidot. Tutkittaessa eri terveydenhoitajia tai nuoria tulokset voisivat olla hyvinkin erilaiset. Luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimusajankohta, sillä tutkittavat tai tutkijat voivat käyttäytyä eri lailla esimerkiksi eri viikonpäivinä, muun muassa väsyneisyys voi vaikuttaa vuorovaikutukseen. Terveydenhoitajat tiesivät tutkimuksen aiheen, mikä saattoi vaikuttaa vuorovaikutustilanteeseen. Tulosten luotettavuuden arviointi on haastavaa, sillä aihetta ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu. Näin ollen aikaisempiin tutkimuksiin ei tuloksia voi luotettavasti verrata.

11.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata millaista vuorovaikutus on terveydenhoitajan ja nuoren välillä ja millaisia työmenetelmiä terveydenhoitajilla on käytössä seksuaaliterveysneuvontatilanteissa. Tutkimuksessa selvitettiin myös terveydenhoitajan ja nuoren subjektiivinen kokemus vuorovaikutustilanteesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää terveydenhoitajan ja nuoren välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvonnassa.

Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitajan ja nuoren välinen vuorovaikutus oli avointa ja asiakkaan tarpeista lähtevää. Tutkimuksen mukaan kuvatuissa vastaanottotilanteissa vuorovaikutus oli suurimmaksi osaksi **asiantuntijakeskeistä** tilanteiden informatiivisen luonteen vuoksi. Nuoret tarvitsevat paljon tietoa muun muassa ehkäisymahdollisuuksista ja e-pillereiden käytöstä. Kettusen (2001, 95) mukaan vahva asiantuntijakeskeisyys jättää asiakkaan hoitonsa suunnittelun ulkopuolelle. Neuvonta ja ohjaus lähtivät kuitenkin asiakkaan tarpeista ja olivat asiakaslähtöisiä. Terveydenhoitajilla oli tietämys siitä, mikä valmiste kullekin nuorelle sopii parhaiten, mutta päätös käytettävästä ehkäisymenetelmästä tehtiin yhdessä nuoren kanssa. Mönkkösen (2002, 55) mukaan ihmisen elämässä on tilanteita, joissa he tarvitsevat jonkun asiantuntemusta jäsentääseen elämäänsä uudelleen. Asiantuntijakeskeinen orientaatio on hänen mukaansa tiettyissä tilanteissa jopa itsestäänselvyys ja asiantuntijatiedon käyttäminen on välttämätöntä. (Mönkkönen 2002, 55.) Dialogisuuden toteutumiseen vuorovaikutustilanteessa vaikutti osaltaan negatiivisesti se, että nuoret eivät aktiivisesti lähteneet rakentamaan vuorovaikutustilannetta terveydenhoitajan kanssa. Tähän saattoi vaikuttaa myös tilanteen videointi.

Tutkimuksessa terveydenhoitajien realistinen suhtautuminen nuoreen sekä arkojen asioiden puheeksi ottaminen viestivät **avoimuudesta** (vrt. Mäkelä 2001, 15). Terveydenhoitajien sanaton viestintä esimerkiksi avoin ja luonteva asento toi vuorovaikutustilanteisiin avoimuutta. Avoimuuteen vaikuttivat negatiivisesti nuorten kysymysten ja vaikeiden asioiden sivuuttaminen parissa vastaanottotilanteessa sekä olettavien strategisten kysymysten esittäminen. Näiden kysymysten käyttäminen asettaa ennakko-oletuksen nuoren toiminnasta, mikä vie osaksi nuorelta luvan puhua. Terveydenhoitajan olettavaan suuntaan esittämät kysymykset antavat sinällään luvan puhua, mutta ohjaavat nuoria vastaamaan kyseiseen suuntaan. Kesäläinen (2008, 25) on tutkinut opinnäytetyössään asiakkaiden kokemuksia vuorovaikutuksesta ehkäisyneuvolassa, ja hänen tulostensa mukaan asiakkaat kokivat avoimuuden esiintyneen terveydenhoitajassa.

Terveydenhoitajat osoittivat käytöksellään ja puheellaan nuoren tulleen hyväksytyksi hoitosuhteessa omana itsenään mikä toi vuorovaikutustilanteeseen **aitoutta** (vrt. Mäke-

lä 2001, 16). Aitousuuden vaikutti negatiivisesti se, että seksuaalisuudesta puhuminen ei ollut luontevaa kaikissa tilanteissa. Hermostuneet naurahdukset saattoivat helpottaa terveydenhoitajan sanallista viestintää, kun taas epäjohdonmukaiset lauseet todennäköisesti hankaloittivat asian ymmärrettävyyttä. Ahon (2008, 42) mukaan ammattilaisten olisikin hyvä löytää itselle sopiva käyttösanoaste, jolloin asiasta puhuminen olisi luontevampaa. Parempi kuitenkin on, että asioista rohkenee puhua ja ottaa niitä nuoren kanssa keskustelunaiheiksi. Tämä viestii nuorelle luvasta puhua sellaista, mistä ei muuten ehkä uskaltaisi.

Empatia näkyi terveydenhoitajan kykyä eläytyä nuoren tilanteeseen ja nuoren tukemisenä. Nuori nähtiin samanarvoisena hoitosuhteessa ja hänen mielipiteensä otettiin huomioon. Empatia näkyi vuorovaikutustilanteissa luontevana, eikä nuoren tunteisiin eläydytty liikaa sanoin tai toiminta- ja merkkikommunikaation avulla. Negatiivisesti empatiaan vaikutti nuoren esille nostaman asian sivuuttaminen osassa tilanteista, ja usean lineaarisen kysymyksen esittäminen peräkkäin. (vrt. Rissanen n.d.; Vilen 2002, 63.) Terveydenhoitajat olivat osittain **vastavuoroisia**. Vuorovaikutuksessa lähdettiin asiakkaan tarpeista, mutta lähes kaikki neuvontatilanteet olivat osittain asiantuntijakeskeisiä (vrt. Haarala 2008, 106–108). Nuoret olivat äänessä lähinnä kysymyksiin vastatessa ja vastasivat pääasiassa lyhyesti. Tähän saattoi vaikuttaa myös lineaaristen kysymysten runsas käyttö. Terveydenhoitajat kuitenkin kuuntelivat nuorta ja nuoren kysymyksille ja ajatuksille annettiin tilaa vastaanottotilanteen lopussa. Osassa tilanteista nuorelle ei ohjattu jatkokäyntejä, mikä olisi kuulunut vastavuoroisen hoitosuhteen piirteisiin (vrt. Mäkelä 2008, 22).

Terveydenhoitaja osoitti hiljaisuudella, ilmeillä ja eleillä **kuuntelevansa** nuorta. Sanaton viestintä tuki kuuntelua. Nyökkäily ja kommentointi lyhyesti viestivät terveydenhoitajan ymmärtävän ja auttavan nuorta jatkamaan puhetta. Toistamalla nuoren sanomaa terveydenhoitaja varmisti tulkinnan oikeellisuuden ja viesti, että on kuunnellut. Negatiivisesti kuunteluun vaikutti nuoren kertoman asian ohittaminen ja ongelmaan saatettiin antaa nopea vastaus, kun sitä olisi voinut reflektoida enemmän. (vrt. Rissanen n.d.) Ke-

säläisen (2008, 24–25) tutkimuksesta käy ilmi, että asiakkaat ja terveydenhoitajat kuuntelivat toisiaan.

Terveydenhoitajat olivat melko **hyväksyviä** ja **ymmärtäväisiä**. Mäkelän (2001, 15–16) mukaan pelkkä hyväksyntä hoitosuhteessa ei riitä, ellei se johda asiakkaan ymmärrykseen. Terveydenhoitajat hyväksyivät nuoren valinnat ja tilanteet moralisoimatta heitä. Tämä viestii, että terveydenhoitajilla oli ymmärrystä nuorten elämänvaiheesta ja nuorisokulttuurista. Positiivista oli, että seksuaaliterveyskäyttämisen riskeistä puhuttiin, kuitenkin syyllistämättä. Saatuja tuloksia tukee Kesäläisen (2008, 25) tutkimustulos, jossa jopa 97 % vastaajista koki terveydenhoitajan ymmärtäneen heitä. Osassa tutkimuksen vuorovaikutustilanteissa terveydenhoitajalla ei ollut ymmärrystä nuorten tilanteesta. Neuvonta nuoren ongelmaan oli hieman puutteellista ja ohjauksen sisältö painottui kyseisten nuorten kohdalla epäoleellisiin asioihin. Negatiivisesti osaan tilanteista vaikutti se, että nuori ja terveydenhoitaja eivät vaikuttaneet ymmärtävän toisiaan kunnolla. Nuoret eivät ymmärtäneet aina terveydenhoitajan käyttämää lääketieteellistä sanastoa (vrt. Aho 2008, 42).

Sanaton viestintä täydensi ja pääosin tuki sanallista viestintää. Vuorovaikutustilanteissa esiintynyt sanaton viestintä toteutui persoonallisesti, sitä käytettiin paljon ja sanattoman viestinnän elementit toistuivat tilanteesta toiseen. Videoista nousi esille, että terveydenhoitajat olivat suurimman osan ajasta kääntyneenä nuoreen päin sijainniltaan sopivan välimatkan päässä pöydän kulman takana, mikä toi tilanteeseen läheisyyttä ja läsnäoloa. Näin katsekontaktin luominen nuoreen oli helppoa. Terveydenhoitajat olivat ajoittain kääntyneinä kohti tietokonetta, mikä oli tarkoituksenmukaista tilanteissa, joissa nuorten aikaisempia tietoja tarkasteltiin ja täydennettiin. Videomateriaalia havainnoitaessa näytti myös, että terveydenhoitaja puhuessaan haki niin sanotusti turvaa tietokoneesta vilkaisemalla näyttöpäätettä. Näyttöpäätteen vilkaiseminen katkaisi katsekontaktin nuoreen hetkellisesti, mikä saattoi helpottaa terveydenhoitajaa ja toi luonnollisuutta vuorovaikutukseen. Vuorovaikutustilanteesta ei näin ollen päässyt tulemaan nuorelle tai terveydenhoitajalle ahdistava kokemus.

Kädet havainnollistivat puhetta tai käsien ollessa sylissä sormet usein liikehtivät, mikä voi kertoa hermostuneisuudestakin. Terveystenhoitajien pään nyökkäykset osoittivat terveydenhoitajien ymmärrystä ja aktiivista nuoren kuuntelua. Kosketukset sanattoman viestinnän muotona eivät olisi kyseisiin tilanteisiin sopineet, eikä näitä ollutkaan. Poikkeuksen muodosti verenpaineen mittausta, jossa terveydenhoitaja luonnollisesti kosketti nuorta. Kasvojen ilmeet olivat hyvin viestiviä. Hymy ja naurahdukset toivat tilanteisiin rentoutta ja läheisyyttä. Kulmat nousivat hämmästyttävissä tilanteissa tai kun nuoreen luotiin terävämpää ja kutsuvampaa katsekontaktia sekä kysyttäessä jotain tärkeää. Kasvojen ilmeet viestivät tunnetiloista ja tukivat pääasiassa sanallista viestintää, mutta olivat ajoittain myös ristiriidassa sanallisiin viesteihin. Osa terveydenhoitajista vastasi puheluihin vastaanottotilanteiden aikana. Puhelimeen vastaaminen häiritsi vuorovaikutustilanteita ja toi levottomuutta tilanteeseen sekä vaaransi salassapitovelvollisuuden. Video katkaistiin kesken vuorovaikutustilanteen, mikä häiritsi videomateriaalin havainnointia ja toi vuorovaikutustilanteeseen levottomuutta.

Äänenpainon vaihtelulla terveydenhoitajat korostivat asioita. Hymähdyksien ja naurahduksien avulla viestistä saattoi tulla helpommin ilmaistava tai kevyempi. Kuiskaukset ja mumina viestivät terveydenhoitajan ajattelevan tai olevan epävarma sanomisissaan. Lyhyempiä taukoja puheessa oli enemmänkin, jolloin terveydenhoitajan ilme saattoi näyttää mietteliäältä. Kesäläisen (2008, 25) tulosten mukaan terveydenhoitajat antoivat nuoren sanoa asiansa loppuun. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat osittain yhtenevät edellä mainitun tutkimuksen kanssa. Terveystenhoitajat saattoivat jatkaa kysymystään, kun nuori oli aloittamassa vastausta tai terveydenhoitaja saattoi esittää jo uuden kysymyksen, kun nuori piti puheessaan taukoa.

Tulosten perusteella terveydenhoitajat viestittivät nuorelle pääsääntöisesti hyvin **lupaa puhua** vaikeistakin asioista esimerkiksi kysymällä niistä. Terveystenhoitajat toivat esiin viestiä siitä, että nuoren seksuaalisuuteen liittyvät tunteet ja toiminta ovat normaalia (vrt. Ilmonen 2006, 47). Terveystenhoitajan sanattoman viestinnän kautta välittyi ajoittain kiusaantuneisuus puhua aroista esimerkiksi seksiin liittyvistä asioista, mikä puolestaan saattaa osoittaa nuorelle asian olevan häpeällinen ja vaiettu. Vastaanottotilaan

voisi olla hyvä laittaa esille seksuaalisuuteen liittyviä julisteita ja kondomeja, jotka osaltaan antaisivat myös luvan puhua ja madaltaisivat seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottoa (vrt. Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 97). **Rajattua tietoa** terveydenhoitajat antoivat nuorille riittävästi ja kohdennetusti. Terveydenhoitajien rooli tiedonjakajana onkin tärkeä, mutta tietoa jakaessaan hänen on muistettava ottaa huomioon nuoren henkilökohtainen maailma (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 99). Terveydenhoitajat selvittivät kysymysten avulla nuorten tiedon määrää ja antoivat kohdennettua tietoa siihen asiaan, josta tietoa tuntui puuttuvan. Myös uskomuksia ja pelkoja oikaistiin oikean kohdennetun tiedon avulla. (vrt. Ilmonen 2006, 52–53.) Kirjallista materiaalia voitaisiin hyödyntää seksuaaliterveysneuvonnassa enemmän.

Terveydenhoitajat käyttivät vastaanottotilanteen aikana **interventiivisen haastattelun** kysymyksiä. Lineaarisia eli suoria kysymyksiä oli jokaisessa vastaanottotilanteessa paljon. Terveydenhoitajien oli selvitettävä haastattelulla nuoren elämään ja terveydentilaan liittyviä asioita. Seksuaaliterveysneuvontatilanteissa terveydenhoitajat kartoittivat tietoa näiden kysymysten avulla (vrt. Haarala ym. 2008, 137). He myös selvittivät nuoren tiedon määrää arvioidensa ja johtopäätöksensä tueksi (vrt. Hirvonen ym. 2002, 225). Lineaaristen kysymysten runsas käyttäminen voi saada vastaanottotilanteen tuntumaan arvostelulta tai tuomitsevalta. Nuoren on helppo vastata lineaarisiin kysymyksiin lyhyesti ja ytimekkäästi, jolloin hänen elämäntilanteensa ei jäseny riittävästi terveydenhoitajalle. Tällöin nuori ei myöskään joudu pohtimaan omaan elämäänsä vaikuttavia asioitaan. (vrt. Hirvonen ym. 2002, 225.)

Reflektiivisiä kysymyksiä terveydenhoitajat käyttivät vastaanottotilanteissa vähiten, eikä niitä ollut jokaisessa vastaanottotilanteessa. Terveydenhoitajat laittoivat reflektiivisillä kysymyksillä nuoret pohtimaan omaa elämäänsä ja siihen vaikuttavia asioita (vrt. Hirvonen ym. 2002, 227). Reflektiivisiin kysymyksiin nuoret vastasivat omin sanoin ja pidemmälti. Ennen vastaamista, nuori saattoi pohtia vastaustaan. Kun nuori sanoittaa omaa elämäänsä, hän voi kertoa asiat käyttäen tuttuja sanoja. Näin ollen väärin tulkitsemisen riski pienenee. Reflektiivisiä kysymyksiä tulisikin käyttää enemmän, koska ne tukevat asiakkaan omaa ajattelua ja mahdollistavat molempien osapuolien tasavertaisen ja aktiiv-

visen osallistumisen keskusteluun. Ne myös lisäävät tunnetta yhteistyöstä (vrt. Hirvonen ym. 2002, 227). Asiakaskeskeinen ja dialoginen orientaatio edellyttäisi myös reflektiivisten kysymysten käyttöä vuorovaikutustilanteessa (Haarala ym. 2008, 139).

Terveydenhoitajien käyttämät strategiset kysymykset eivät olleet syyllistäviä vaan ohjaituvia ja olettavia. Haaralan ja muiden (2008, 138) mukaan strategiset kysymykset saattavat kokea rajoittavina ja kontrolloivina ja ne voivat aiheuttaa asiakkaassa syyllisyyden tunteita, minkä vuoksi niitä kannattaa käyttää varoen. Strategisten kysymysten käytön runsauteen saattoi vaikuttaa se, että terveydenhoitajalla oli tieto nuoren käyttäytymisestä jo esimerkiksi terveystarkastuksen tai muun aiemman käynnin pohjalta. Strategisten kysymysten avulla hän saattoi tarkistaa asian olevan ennallaan. Strategiset kysymykset myös voivat nuorelta lupaa puhua asioista yksilöllisesti kokemallaan tavalla, eikä nuori välttämättä uskaltanut korjata terveydenhoitajan kysymysten asettamaa ennakkoletusta. Haaralan ja muiden (2008, 138) mukaan strategiset kysymykset voivat olla myös hyödyllisiä tietyissä tilanteissa, koska ne kyseenalaistavat asiakkaan ongelmallista ajattelua. Kuvatuissa seksuaaliterveysneuvontatilanteissa ei noussut esille tällaista edellä kuvattua ajattelutapaa, johon strategisten kysymysten käyttö olisi ollut suotavaa. Hirvosen ja muiden (2002, 231) mukaan strategisia kysymyksiä suosiva haastattelutyylivoi johtaa asiakkaan haluttomuuteen tehdä yhteistyötä.

Sirkulaaristen kysymysten avulla terveydenhoitaja pyrki etsimään yhteyksiä nuoren elämään vaikuttavien asioiden kautta. Terveydenhoitaja yritti ennakkotietojen tai –oletusten avulla selvittää nuoren terveydentilaan vaikuttavien asioiden yhteyksiä toisiinsa. (vrt. Hirvonen ym. 2002, 231–232.) Vuorovaikutustilanteissa nuoret reagoivat sirkulaarisiin kysymyksiin ajoittain yllättyneinä, koska eivät ehkä olleet tulleet ajatelleeksi asioiden välillä voivan olleen yhteys. Hirvosen ja muiden (2002, 233) mukaan asiakas saattaakin kokea, ettei esitetty asia liity hänen tilanteeseensa millään lailla. Sirkulaaristen kysymysten käyttö edellyttää terveydenhoitajilta kiinnostusta ja uteliaisuutta asiakasta kohtaan (Haarala ym. 2008, 138), mitä kuvatuissa vastaanottotilanteissa tulikin esiin.

Ratkaisukeskeinen työtapa oli terveydenhoitajilla ainoastaan osittain käytössä seksuaaliterveysneuvontatilanteissa. Kuvatut vastaanottotilanteet olivat luonteeltaan informatiivisia; terveydenhoitajat antoivat nuorille kohdennettua tietoa heidän tarpeidensa mukaan. Nuorilla ei ollut varsinaista ongelmaa vaan he olivat tulleet vastaanotolle ehkäisyn aloituksen tai kontrollin vuoksi. Tämän vuoksi ratkaisukeskeinen työtapa ei tutkimuksen perusteella ole tällaisissa seksuaaliterveysneuvontatilanteissa ensisijainen käytettävä kohtaamisen työmenetelmä. Terveydenhoitajan kohdatessa seksuaaliterveysneuvontatilanteissa nuoren arkielämän pulmia, on hänen hyvä muistaa ratkaisukeskeisen työtavan perusteet. Jokaisessa vastaanottotilanteessa vallitsi kuitenkin myönteinen ilmapiiri, joka muodostui muun muassa vastaanottotilanteissa käytettyjen vuorovaikutuksen elementtien (Kuvio 1 s. 14) ja sanattoman viestinnän kautta. Se näkyi myös siinä, että nuorille annettiin melko hyvin lupaa puhua vaikeistakin asioista. Nuorisokulttuurin ymmärtäminen ja nuoren hyväksyminen omana itsenään tukivat myönteisen ilmapiirin kehittymisessä.

Terveydenhoitajat ja nuoret tekivät yhteistyötä saavuttaakseen halutun päämäärän. Yhteistyösuhteessa terveydenhoitaja oli kuitenkin aktiivisempi osapuoli. Terveydenhoitajien suosimien lineaaristen kysymysten käyttö asetti heidät haastattelijan rooliin, jolloin nuorille jäi passiivisempi rooli. Nuori osallistui kuitenkin tasavertaisemmin häntä koskevaan päätöksentekoon. Haaralan ja muiden (2008, 110) mukaan onkin tärkeää, että nuori tulee kuulluksi ja saa mahdollisuuden päättää omista asioistaan ja samalla vahvistaa elämänhallinnan tunteitaan. Terveydenhoitajat eivät juuri hakeneet ratkaisua ongelmatomista hetkistä, mikä saattoi johtua siitä, ettei nuorilla ollut omasta toiminnasta johtuvia arkielämän ongelmia, joihin olisi tarvinnut hakea ratkaisua muutoksen kautta yhdessä nuoren kanssa. Terveydenhoitajat selvittivät ja tukivat jonkin verran nuorten voimavaroja liittyen nuoren seksuaaliterveyteen ja elämänhallintaan. Nuorten voimavaroja käsiteltiin ja selvitettiin, mutta neuvontatilanteen luonteen vuoksi voimavaroja ei haettu aktiivisesti ongelman ratkaisemiseksi ratkaisukeskeisen työtavan mukaisesti, joten osittain sen vuoksi ratkaisukeskeisen työtavan voimavaralähtöisyys ei tulosten mukaan toteutunut hyvin vuorovaikutustilanteissa.

Haaralan ja muiden (2008, 112) mukaan ratkaisukeskeisessä työtavassa painopiste on tavoitteissa ja asiakkaiden kanssa mietitään kuinka ne saavutetaan. Kuvatuissa seksuaaliterveysneuvontatilanteissa tavoitteena oli sopivan ehkäisy pillerin löytäminen ja käytön sujuminen ongelmitta. Pohjimmaisena tavoitteena nuorilla oli ei-toivotun raskauden välttäminen. Terveystenhoitajat hakivat osittain voimavarojenkin kautta nuoren elämään liittyviä asioita ja tällä keinoin suunnittelivat jokaiselle nuorelle parhaan ehkäisy pillerin. Tavoitteet neuvontatilanteissa olivat selkeät ja työskentely eteni niiden mukaan. Eräässä neuvontatilanteessa vaikutti siltä, että nuorella oli e-pillereiden suhteen eri tavoite kuin mihin terveydenhoitaja ohjausta lopulta antoi. Tulevaisuussuuntautuneisuus ratkaisukeskeisen työtavan osana ei toteutunut juuri lainkaan neuvontatilanteen ja nuoren elämän muutostarpeen vähäisyyden vuoksi. Negatiivisesti tulevaisuussuuntautuneisuuden tuloksiin vaikutti se, että muutama nuoren arkiseen näkyvään ongelmaan ei puututtu riittävästi vaan ne ohitettiin.

Seksuaaliterveysanamneesia (Liite 4) käytettiin soveltaen riippuen käynnin laadusta. Ehkäisyneuvontakäynnillä terveydenhoitajat käyttivät seksuaaliterveysanamneesia laajemmin verrattuna kontrollikäynteihin. Jos nuoren elämästä paljastuu ensikäynnillä erityisiä riskitekijöitä, on niihin hyvä kiinnittää jokaisella käynnillä huomiota ja ottaa käyntiä tarvittaessa useammin (vrt. Aho ym. 2008, 72). Seksuaaliterveysanamneesia voitaisiin käyttää laajemmin etenkin ensikäyntien yhteydessä. Näin ollen saataisiin kokonaisvaltaisen kuva nuoren elämästä ja seksuaaliterveydentilasta. Seksuaaliterveysanamneesin ollessa vakiintuneessa käytössä, tulisi jokaisen nuoren kohdalla otettua samat asiat tasapuolisesti esiin.

Seksuaaliterveysanamneesissa (Liite 4) on otettu huomioon myös nuoren mahdollisesti kokemat negatiivisesti elämään vaikuttavat asiat ja niistä automaattisesti kysyttäessä, nuori saisi luvan puhua niistä. Liinamon ja muiden (2010) hankkeessa painotettiin laaja-alaista ohjausta ja etenkin seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön ehkäisyä. Seksuaaliterveysanamneesin laaja käyttö mahdollistaisi nuorelle tunteen, että terveydenhoitajalle voi kertoa mistä elämään vaikuttavasta asiasta vain ja että hän on kiinnostunut nuoresta. Kolmas osa hankkeeseen haastatelluista terveydenhoitajista koki tärkeäksi

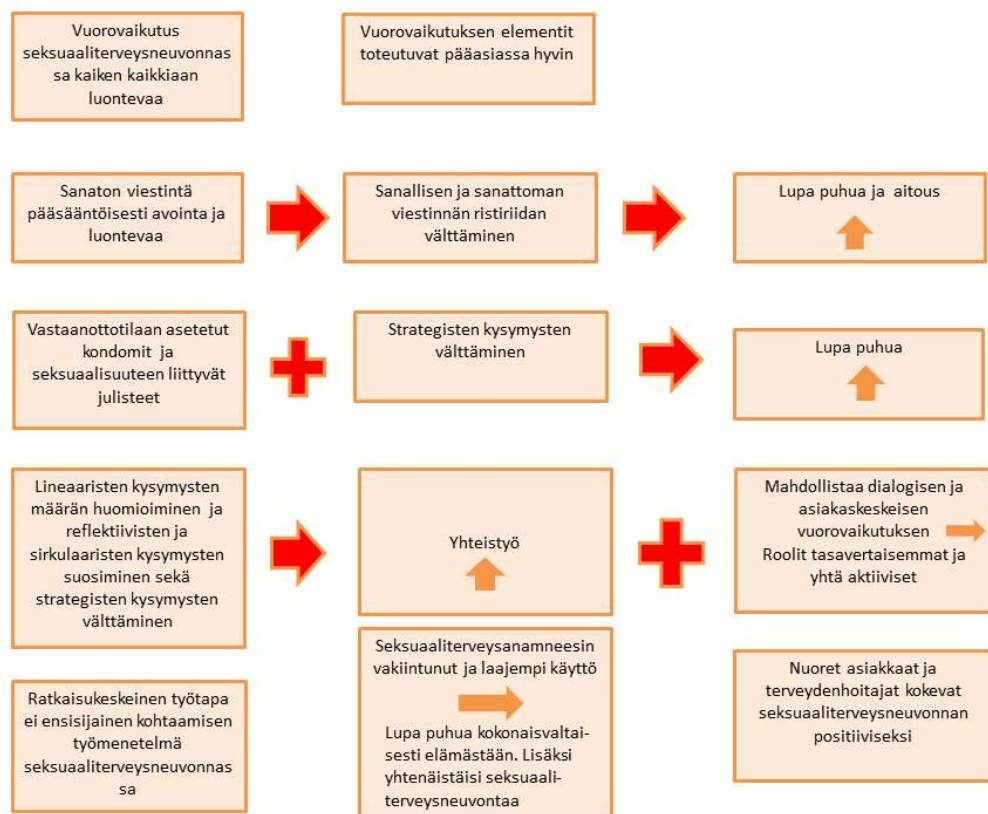
tunteista ja ihmissuhteista puhumisen. Heidän mukaansa nuoret tarvitsevat ohjausta seurusteluun, parisuhteeseen ja seksuaalisen identiteetin rakentumiseen. (Liinamo ym. 2010.)

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa – hankkeessa haastatelluista terveydenhoitajista joka toinen piti tarpeellisena kehittää seksuaaliterveysneuvontaan laaja-alaisen ja monipuolisen ohjauksen sisältöjä. Puolet terveydenhoitajista toivoi ylipäätään työmenetelmien kehittämistä seksuaaliterveysneuvontaan. He toivat myös esiin nykyaikaisemman, nuoria puhuttelevan materiaalin tarpeen sekä tarpeen kehittää selkeä toimintamalli terveydenhoitajan työhön. Terveydenhoitajat pitivät nuorten saaman palvelun tasoa vaihtelevana. (Liinamo ym. 2010.)

Terveydenhoitajien ja nuorten vuorovaikutustilanteen subjektiivisista kokemuksista nousi pääosin esiin, että molemmille osapuolille oli jäänyt vuorovaikutustilanteesta positiivinen kokemus. Osa nuorista ja terveydenhoitajista toi esiin jännityksen kokemuksen. Vastauksista ei käynyt ilmi, johtuiko jännitys videoinnista vai ylipäätään käynnistä ehkäisyasioissa terveydenhoitajan vastaanotolla. Nuorten kirjoittamista vastauksista käy ilmi, että he ovat olleet vuorovaikutustilanteessa ottavassa roolissa ja saaneet riittävästi tietoa. Tämä kertoo osaltaan myös kuvattujen seksuaaliterveysneuvontatilanteiden informatiivisesta luonteesta. Terveydenhoitajista osa oli kokenut kiireen vaikuttaneen vuorovaikutustilanteeseen, mutta nuoret eivät sitä olleet vastaanoton aikana huomanneet. Kiire ei näkynyt terveydenhoitajasta myöskään hänen olemuksessaan. Kesäläisen (2008, 25) opinnäytetyön tulosten mukaan suurin osa asiakkaista oli kokenut, että terveydenhoitajalla oli asiakkaalle aikaa, eikä hänellä ollut kiire. Osa terveydenhoitajista koki vuorovaikutuksen muuttuneen nuorelle aran aiheen noustessa esiin. Vuorovaikutustilanteessa olevat yksilöt saattoivat kokea paikanpäällä sellaisia asioita, jotka eivät videokuvan perusteella välittyneet tutkijoille.

11.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyön keskeiset johtopäätökset on esitelty kuviossa 6. Nuoren asiakkaan ja terveydenhoitajan välinen vuorovaikutus seksuaaliterveysneuvonnassa on tutkimuksen tulosten mukaan kaiken kaikkiaan luontevaa. Vuorovaikutuksen elementit toteutuvat pääasiassa hyvin. Terveydenhoitajien sanaton viestintä, kuten ilmeet, eleet ja asennot ovat avoimia ja luontevia, mikä tekee myös terveydenhoitajista avoimia. Kiinnittämällä huomiota sanattoman ja sanallisen viestinnän luontevuuteen ja välttämällä niiden ristiriitaa voidaan nuorelle antaa enemmän lupaa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.



KUVIO 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Vastaanottotilaan asetettavat seksuaalisuuteen liittyvät julisteet ja kondomit toisivat nuorelle lupaa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Luvan antaminen tehostuisi, kun vältettäisiin käyttämästä strategisia kysymyksiä, ja annettaisiin nuoren kertoa omin sanoin elämästään. Tulosten perusteella lineaaristen kysymysten käyttö on väistämätöntä, mutta niiden määrään tulisi kiinnittää huomiota. Strategisten kysymysten välttäminen ja reflektiivisten sekä sirkulaaristen kysymysten suosiminen lisääisivät yhteistyötä ja mahdollistavat dialogisen ja asiakaskeskeisen orientaation vuorovaikutuksessa. Näin ollen vuorovaikutuksen osapuolten roolit olisivat tasavertaisemmat ja yhtä aktiiviset.

Ratkaisukeskeinen työtapo ei tutkimusten tulosten perusteella ole ensisijainen kohtaamisen työväline seksuaaliterveysneuvonnassa, mutta eteen tulevien arkisten ongelmien kohtaamiseen soveltuva työmenetelmä. Seksuaaliterveysanamneesia olisi suositeltavaa käyttää nykyistä laajemmin ja ottaa se vakiintuneeseen käyttöön. Sen käyttö antaisi nuorelle luvan puhua kokonaisvaltaisesti elämästään ja etenkin vaikeista asioista. Sen käyttö myös yhtenäistäisi seksuaaliterveysneuvontaa. Nuoret asiakkaat ja terveydenhoitajat kokevat seksuaaliterveysneuvontatilanteet pääosin positiivisina kokemuksina.

Vuorovaikutusta on tutkittu todella vähän, minkä vuoksi sen tutkiminen ylipäätään olisi tärkeää. Jatkotutkimusaiheena ehdottaisimme vuorovaikutuksen tutkimista seksuaaliterveysneuvonnassa esimerkiksi terveydenhoitajan ja yläkouluikäisen tai nuoren aikuisen (19–25 v.) välillä. Tämän tutkimuksen kanssa vastaavanlaisia tutkimuksia tarvittaisiin jatkossa, jotta saataisiin kattavampaa tietoa terveydenhoitajan ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta. Tällä tavoin voitaisiin verrata saatuja tuloksia ja niiden luotettavuutta keskenään.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M.A. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: nemo.

Aho, T., Kotiranta-Ainamo, A., Pelander, A. & Rinkinen, T. 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta – nuori vastaanotolla. Helsinki: Väestöliitto.

Apter, D., Cacciatore, R. & Halonen, M. 2010. Väestöliiton artikkeli 8/2010. Viitattu 6.9.2010. www.vaestoliitto.fi, ammattilaiset, seksuaaliterveys, tietoa seksuaaliterveydestä, artikkelit, nuorten seksuaaliterveys.

Bildjuschkin, K. & Malmberg, A. 2000. Kerro meille seksistä. Nuoren seksuaalikasvatus. Helsinki: Tammi.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtauksia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2008. Seksiä vaatteet päällä. Vammala: Tammi.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2007. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1-4. p. Helsinki: WSOY.

Cacciatore, R. 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. A. Apter, K. Kaimola & L. Väisälä. Jyväskylä: Duodecim.

Cacciatore, R. & Korteniemi-Poikela, E. 2010, Portaita pitkin, lapsen ja nuoren seksuaalisen kehittyminen. Juva: WSOY.

Flick, U. 2006. An Introduction To Qualitative Research. 3. rev. ed. London: Sage Publications.

Grönfors, M. 2010. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Ikku-noita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toim. J. Aaltola & R. Valli. 3. uud. ja täyd. painos. Juva: PS-kustannus.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanta-Mäentausta, T. 2008. Terveystienhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita prima.

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidaja 82, 8, 32–33.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Himberg, L., Laakso, J., Näättänen, R., Peltola, R. & Vidjeskog, J. 2005. Kehittyvä ihminen, psykologia 2. 1-6.p. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Hämeenlinna: Tammi.

Hirvonen, E., Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2002. Terveyskeskustelu- tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Toim. A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola. Juva: WSOY.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Jyväskylä: Duodecim.

Impiö, P. 2005. Nuoruusiän kehitys. Teoksessa: Lasten ja nuorten psykoterapia. Toim. M. Brummer & H. Enckell. Porvoo: WSOYpro.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Kesäläinen, M. 2008. Asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksesta ehkäisyneuvolassa. Opinnäytetyö. Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveys Rauma, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/877/Kesalainen_Mari.pdf?sequence=1

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. J. Aaltola & R. Valli. Juva: PS-kustannus.

Korteniemi-Pikela, E. & Cacciatore, R. 1999. Seksuaalisuuden portaat: opetuspaketti peruskoulun 1.-9. luokkalaisille. Helsinki: Opetushallitus.

Kosunen, E. 2002. Seksuaalisuus. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. Toim. E-L. Alalaurila, H. Krogus, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho. 2.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.

Kouluterveyskysely 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 24.8.2010. Viitattu 5.9.2010. <http://www.thl.fi>, lapset nuoret ja perheet, kouluterveyskyselyt, tulokset, valtakunnalliset tulokset, ammatilliset oppilaitokset: muutokset 2008–2010 ja sukupuolten väliset erot.

Kuosmanen, S. & Virtanen, H. 2005. Nuorten kondomin käyttöön yhteydessä olevat tekijät eläytymistarinoiden valossa. Pro gradu. Jyväskylä.

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Viitattu 11.2.2011. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1999, 22.4.1999/523.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2 Luku, 7 §. Viitattu 20.10.2010. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1992, 17.8.1992/785.
- Lagsström, H., Pösö, T., Rutanen, N. & Vehkalahti, K. 2010. Lasten ja nuorten tutkimuksen etiikka. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Laine, O. 2002. Psyykinen kehitys. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. Toim. E-L. Alalaurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho. 2.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.
- Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Oppimateriaalikeskus Opike. Jyväskylä: Kehitysvammaliitto.
- Liimatainen, A. 2004. Nuoren ääni terveystieteiden keskustelussa: kuvauksia ja arviointia kouluterveydenhoitajan työmenetelmistä. Pro Gradu. Kuopion yliopisto.
- Liinamo, A., Meripihka, H. & Nikula, A. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen kehittäminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Terveystieteiden tutkimus 43, 6, 28–29.
- Liinamo, A. & Nikula, A. 2010. Palveleeko koulu- ja opiskeluterveydenhuolto nuoria seksuaaliterveyskysymyksissä? Terveystieteiden tutkimus 43, 8, 20-21.
- Lindholm, N. & Peltonen, A. 2009. Puhutaan seksuaalisuudesta kouluterveydenhoitajan vastaanotolla- seksuaaliterveysanamneesi apuvälineenä puheeksi ottamiselle. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopisto. Kouluterveyspäivät. Tivistelmät ja posterit. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 11.9.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/347688ce-4bfd-4ff1-a5a8-3e0966be07f1>
- Lindblom-Ylänne, S., Niemelä, R., Päivänsalo, T-M. & Tynjälä, P. 2005. Lukion psykologia 2. Keuruu: Otava.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tammi.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita

- Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. 2009. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki.
- Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:13. Helsinki: Edita.
- Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki.
- Opiskeluterveydenhuolto. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 24.3.2010. Viitattu 12.9.2010. <http://www.stm.fi>, sosiaali- ja terveyspalvelut, terveyspalvelut, opiskeluterveydenhuolto.
- Pan American Health Organization (PAHO), World Association for Sexology (WAS) & World Health Organization (WHO). 2002. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Antigua Guatemala in May 2000. Viitattu 14.10.2010. <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>
- Panttila, M. Kehitysjohdaja ESH, Pienkoti Aura Oy. Luento 13.9.2010.
- Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 24/2010. Viitattu 30.10.2010. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr24_10.pdf
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. Toim. S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen. Helsinki: Gaudemus.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Rantanen, P. 2004. Nuoruusikä. Teoksessa: Lasten ja nuorisopsykiatria. Toim. F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen. Jyväskylä: Duodecim.
- Rissanen, P. n.d. Kuunteluntaito päivittäiseen käyttöön. Äitiysneuvolan ohjeisto. Seulontatutkimukset, ohjaus ja neuvonta. Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.9.2010 http://www.jamk.fi/download/24846_Lupa_puhua.pdf
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2010. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki.

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa – perusteet. 2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Viitattu 2.9.2010.

www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf

Sexual and reproductive health. n.d. Viitattu 10.10.2010.

[http://www.euro.who.int/en/home,what we do, health topics, life stages, sexual and reproductive health.](http://www.euro.who.int/en/home,what%20we%20do,health%20topics,life%20stages,sexual%20and%20reproductive%20health)

Vartiovaara, I. 2000. Kaksi kelloa - ajatuksia paremmasta elämästä. Keuruu: Otava.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. JUVA: WSOY.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 119, 3, 261–266.

LIITTEET

LIITE 1 NUORTEN SEKSUAALIOIKEUDET

Kaikilla maailman nuorilla on sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta seksuaalisina olentoina seuraavat oikeudet:

Oikeus elämään:

- *oikeus olla oma itsensä ja tehdä itsenäisiä päätöksiä, sekä ilmaista mielipiteensä*
- *oikeus nauttia omasta kehostaan ja seksuaalisuudestaan*
- *vapaus uskonnollisten tekstien, uskomusten, aatteiden ja perinteiden rajoittavista tulkinnoista tai omaan kehoon puuttuvista loukkauksista seksuaalisissa asioissa.*
- *kukaan ei saa kiusata, syrjiä tai loukata nuorta hänen sukupuolensa, seksuaalisten erityispiirteidensä, kehittyneisyytensä tai kehittymättömyytensä vuoksi.*
- *nuorta ei saa haukkua hänen seksuaalisuuttaan loukkaavasti (esim. huoraksi tai homoksi) eikä ahdistella seksuaalisesti. Nuorella*
- *oikeus sanoa oma mielipide kun seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustellaan tai niistä päätetään*

Oikeus nauttia seksuaalisuudesta:

- *oikeus olla turvassa, valita vapaasti haluaako avioitua tai pysyä naimattomana sekä oikeus perhesuunnitteluun*

- *oikeus seksuaaliseen suuntautumisensa mukaiseen tyydyttävään seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään, kunhan ei vahingoita eikä alistu ketään toista.*
- *oikeus päättää itse haluaako toiminnallista seksiä ja haluaako jakaa näitä kokemuksia jonkun kanssa*
- *oikeus osoittaa seksuaalista halukkuutta ja oikeus peräytyä ja kieltäytyä missä tahansa seksuaalisen tapahtuman vaiheessa*
- *oikeus saada riittävästi tietoa ja välineitä ehkäistäkseen suunnittelemattomia raskauksia*
- *oikeus ajoissa ja oikein tehtyyn raskauden keskeytykseen ja oikeus myös jatkaa raskauttaan ja saada tällöin kaikki tarpeellinen tuki.*

Oikeus tietoon seksuaalisuudesta:

- *ehkäisymenetelmistä, sukupuolitaudeista ja omista oikeuksistaan*
- *aikuisten tulee kertoa nuorille seksiin liittyvistä riskeistä sekä niistä menetelmistä, joilla riskejä voidaan välttää*
- *nuorelle tulee tarjota myös tieto seksuaalisuuden luonnollisuudesta ja keinoista, joilla seksuaalista tyydytystä, onnel-*

lisuutta ja tasapainoa voi turvallisesti kokea.

- nuorille tarjotun tiedon tulee olla muodossa jonka he ymmärtävät.
- neuvontaa ja ehkäisyvälineitä sekä seksuaaliterveydenhoitoon tarkoitettuja lääkkeitä tulee olla nuorten saatavilla heille mahdollisissa paikoissa, mahdolliseen aikaan ja mahdollisella hinnalla
- aikuisilla on velvollisuus tiedottaa nuorille heidän seksuaalisista oikeuksistaan, jotta he ymmärtävät vaatia niitä ja suojella itseään.

Oikeus suojella itseään ja tulla suojelluksi:

- suunnittelemattomilta raskauksilta, sukupuolitaudeilta ja HIV:ltä sekä seksuaaliselta hyväksikäytöltä.
- yhdenkään nuoren terveys ei saa vaarantua seksuaalisuuden vuoksi.
- ketään ei saa painostaa riskeihin seksiin liittyvissä asioissa, eikä esim. vaatia seksiä tai suojaamatonta seksiä.
- aikuisten on järjestettävä nuorille riittävästi neuvontaa ja tiedotettava siitä
- aikuisten on määrätietoisesti taisteltava vastaan häiriintyneiden yksilöiden halua käyttää nuoria tai lapsia seksuaalisesti hyväkseen.

Oikeus seksuaaliterveydenhuoltoon :

- joka on luottamuksellista, korkeatasoista, ja johon nuorilla on varaa ja jota

annetaan molemminpuolisella kunnioituksella

- oikeus nopeasti saatavilla oleviin seksuaaliterveydenhuollon palveluihin, joissa heitä hoitavat nuoria kunnioittavat ja heidän kanssaan yhteistyön kykenevät aikuiset.
- seksuaaliterveydenhuollon palvelujen tulee lähteä nuoren tarpeista, eikä sukuelinten tutkimus tai hoito koskaan saa olla kivulias tai loukkaava.
- palvelujen on oltava luottamuksellisia, niin ettei kukaan ulkopuolinen saa tietoonsa nuoren käynnin syytä
- nuorille tarjotut seksuaaliterveydenhuollon palvelujen tulee olla alueellisesti ja laadullisesti tasa-arvoisia.

Oikeus osallistua:

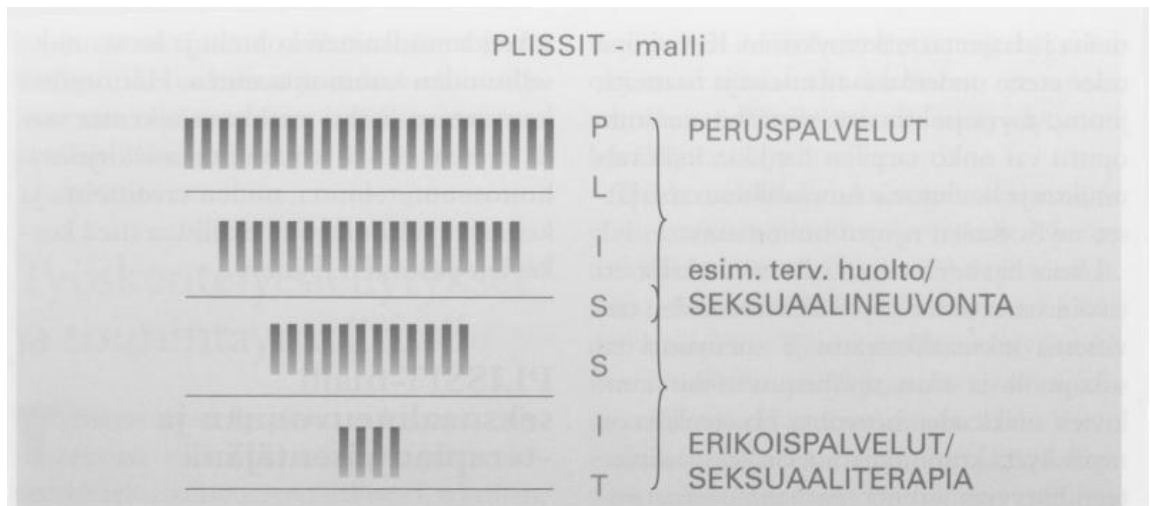
- ohjelmien suunnitteluun nuorille nuorten kanssa
- oikeus vaikuttaa nuoria koskeviin päätöksiin
- todellinen mahdollisuus vaikuttaa heitä koskeviin suunnitelmiin ja päätöksiin seksuaali- ja lisääntymisterveysasioissa
- oikeus olla mukana suunnittelemassa nuorten seksuaaliterveyden palveluja
- (Nuorten seksuaalioikeudet. 2010. Väestöliitto. Viitattu 3.10.2010. http://vaestoliitto.fi/seksuaalisuus_nuoret_seksi_seksuaalioikeudet)

LIITE 2 SEKSUAALISUUDEN PORTAAT



(Seksuaalisuuden portaat. Väestöliitto. Viitattu 19.2.2011. www.vaestoliitto.fi, seksuaalisuus, tietoa seksuaalisuudesta, ammattilaiset, tietoa seksuaaliterveydestä, seksuaalinen kehitys)

LIITE 3 PLISSIT-MALLI



Kuva 2. PLISSIT-malli.

- P (permission): *luvan antaminen* tai salliminen. Tällä tasolla on eniten asiakkaita, koska suureen osaan kysymyksistä ja huolenaiheista tarvitaan ainoastaan lupa omaan seksuaalisuuteen, lupa olla sellainen kuin on. Suurin osa ihmisistä on autettavissa jo sillä, että he voivat saada tämän luvan.
- LI (limited information): *rajatun tiedon antaminen*. Rajattua tietoa tarvitaan seuraavaksi eniten ja siinä on edellistä vähemmän asiakkaita. Rajattu tieto tarkoittaa tiedon antamista kohdennetusti juuri siitä asiasta, josta tietoa puuttuu.
- SS (specific suggestions): *erityisohjeiden antaminen* koskee jälleen pienempää määrää asiakkaita. Erityisohjeet voivat olla vuorovaikutukseen tai elämäntapaan liittyviä ohjeita, erilaisia harjoituksia tai tehtäviä.
- IT (intensive therapy): *intensiivinen terapia*. Tällä tasolla on vähiten asiakkaita, koska suurin osa ihmisistä ei välttämättä tarvitse terapiaa, vaan he voivat tulla autetuiksi jo edellisillä tasoilla.

LIITE 4 SEKSUAALITERVEYSANAMNEESI

NAO-vastaanottomalli: Nuori seksuaaliterveysvastaanotolla

Nuori kohdataan kokonaisvaltaisesti, riskitekijät huomioiden, mutta nostaen positiiviset voimavarat esiin. Vastaanoton edetessä nuorelle annetaan hänen seksuaalisen kehitystasonsa ja elämäntilanteensa mukaisia ohjeita ja neuvoja, sekä tarkastellaan nuoren elämänhallinnan taitoja. Nuoren kanssa on tärkeää käydä läpi myös seksuaalisuuden kehitysvaiheet (seksuaalisuuden portaat). Ensimmäiselle käynnille tulee varata aikaa vähintään 1 tunti.

Yleisanamneesi

- Taustatiedot: (Vaitiolovelvollisuus/luottamuksellisuus)
- Tulosityy: Miksi hakeuduit vastaanotolle? Mihin kysymyksiin haluaisit saada tietoa tällä käynnillä?

tä on selvinnyt, keinot? Miten aikuiset suhtautuvat seurusteluun?

- Opiskelu/työ: Käytkö koulua? Miten koulu menee? Onko stressiä? Oletko työssä koulun ohella?
- Harrastukset: Mitä teet vapaa-ajallasi? Terveystottumukset.
- Liikkuminen: (Hyöty- ja harrastusliikunta? Onko riittävästi?)
- Lepo ja uni: Onko nukahtamis- tai uniongelmia? Montako tuntua nukut yössä?
- Ravinto: Montako kertaa päivässä syöt aterian? Kiinnitätkö huomiota siihen mitä syöt?
- Tupakointi: Kuinka monta savuketta päivässä? Aiotko lopettaa? Miten?
- Alkoholit: Kuinka usein käytät? Mitä yleensä juot ja paljonko kerralla?

Sosiaaliset suhteet ja arki

- Perhe: Ketä perheeseesi kuuluu? Kenen kanssa asut? Onko kotona turvallista? Minkälaiset suhteet perheenjäseniin? Kuka on turvallinen aikuinen? Tietävätkö vanhemmat käynnistä? Kenen kanssa asiakas tulee vastaanotolle (yksin, äidin, kumppanin kanssa...): Onko sinulla ystäviä (mitä on hyvä ystävyys)?
- Seurustelu: Seurusteletko? Puhutaan kumppanista: Minkä ikäinen? Kuinka kauan olette seurustelleet? Miltä seurustelu tuntuu? Luottamus? Asioista puhuminen? Aikaisemmat suhteet? Onko kokenut pettymyksiä? Miten niis-

- Muut pähteet: Käytätkö tai oletko joskus kokeillut jotain huumausainetta? Mitä? Kuinka usein? Millä keinoin voi kieltäytyä? Imppaus? Lääkkeet?
- Ilonaiheet: Mistä asioista koet saavasi iloa?

Terveystilanne

- Yleisterveys ja perussairaudet: Koetko olevasi terve? Sairastatko tai oletko sairastanut syömishäiriötä? Diabetes, epilepsia? Sairaalahoidot? leikkaukset? Allergiat? Migreeni? Veren hyytymishäiriöt? Onko mielialapulmia: masennusta, ahdistusta, keskittymisvaikeuksia, pelkoja? Tuleeko mieleen muuta terveyteen liittyvää, josta olisi hyvä tietää?
- Lääkitykset: Käytätkö säännöllisesti jotain lääkettä?
- Lähisukulaisten terveystiedot: Onko vanhemmilla/sisaruksilla/isovanhemmilla joitain sairauksia (verenpainetauti, syöpä, veritulppa nuorella iällä)?
- Pituus, Paino, BMI, Verenpaine

Murrosiänkehitys

Tytöt:

- Kuukautiset: Minkä ikäisenä sinulla alkoivat kuukautiset? Ovatko ne säännölliset? Kuinka monta päivää kierto on? Kuinka monta päivää vuoto kestää? Vuodon määrä: niukkaa, normaalia vai runsasta?

- Kuukautiskivut: Onko kipuja? Joudutko olemaan niiden vuoksi poissa koulusta? Käytätkö särkylääkkeitä niihin (mitä ja miten)? PMS-oireet? Viimeiset kuukautiset?

Pojat (myös urologinen anamneesi) :

- Minkä ikäisenä huomasit ensimmäiset murrosiän muutokset (kivesten ja peniksen kasvaminen, siemensyöksyjen alkaminen)? Ovatko molemmat kivesesi laskeutuneet? Oletko käynyt joskus seksitautitesteissä? Onko ollut urologista sairautta, tutkimuksia, lääkityksiä? Onko tällä hetkellä jotakin vaivoja (kutinaa, kirvelyä, vuotoa, näppylöitä, haavaumia, yhdyntäkipuja)? Tiedätkö minne hakeutua hoitoon, jos jotain oireita tulee?

Gynekologinen anamneesi:

- Oletko ollut raskaana? Oletko käynyt seksitautitesteissä? Onko ollut gynekologista sairautta, tutkimuksia, lääkityksiä? Onko tällä hetkellä gynekologisia vaivoja (kutinaa, kirvelyä, pahanhajuista vuotoa, näppylöitä, haavaumia, yhdyntäkipuja)? Tiedätkö minne hakeutua hoitoon tai mitä tehdä, jos oireita tulee?
- Muistot aiemmista gynekologisista tutkimuksista: onko tehty? Minkälainen kokemus? Minkälaisia mielikuvia gyn. tutkimuksesta?

Kehollisuus ja seksuaalinen identiteetti

- Minkälaisena koet ja näet oman kehoasi? Onko huolia tai epäselvyyksiä liittyen omaan kehoon? Onko sinulla kysyttävää liittyen kasvamiseen? Onko katsonut peilillä sukupuolielimiä (jos ei, niin suositellaan)? Onko pulmia tai kysymyksiä sukupuolielimiin liittyen? Tytöt: Mitä ajattelet rinnoistasi (ulkonäkö, symmetrisyys, arkuus, osaatko tutkia rintasi ja tiedätkö miksi niin on hyvä tehdä)? Pojat: Oletko tutkinut kiveksiäsi koskaan? Mitä ajattelet peniksestäsi?

Tytöt:

- Lantionpohjan lihakset: tunnistatko lantionpohjan lihaksesi? Ohjataan niiden rentouttaminen.
- Itsetyydytys: Onko itsetyydytys sinulle tuttua?
- Seksuaali-identiteetti: Oletko joskus pohtinut tai onko sinulla kysymyksiä omaan sukupuoli- tai seksuaali-identiteettiin liittyen?

Seksianamneesi

- Oletko ollut yhdynnässä? Minkä ikäisenä olit ensi kertaa yhdynnässä? Minkälainen kokemus se oli? Nautitko seksistä/yhdynnästä? Oletko koskaan saanut orgasmia? Onko ollut pulmia, esim. yhdyntäkipuja seksiin liittyen? Osaatko kieltäytyä seksistä? Pystytkö puhumaan kumppanin kanssa ehkäisyyn ja seksiin liittyvistä asioista? Kuinka monta

yhdyntäkumppania sinulla on ollut (seksitautiriski)?

- Ehkäisy: Mitä ehkäisyä olet aiemmin käyttänyt? Onko ollut suojaamattomia yhdyntöjä? Onko jälkiehkäisy tuttu? Tiedätkö miten sitä käytetään?
- Väkivalta ja seksuaalinen häirintä: Onko joku tehnyt sinulle jotain sellaista (nimitely, koskettelu, kähmminen, painostanut tai pakottanut) seksiin liittyen, jota et olisi halunnut (joka on ollut epämiellyttävää, ahdistavaa, väkivaltaista)?

Lopuksi

- Kirjataan: näytteet, lääkitykset, annetut kirjalliset ja suulliset ohjeet, yhteenvetona vastaanoton lopuksi todetaan asiakkaan voimavarat ja vahvuudet, annetaan positiivista palautetta. Nämä lisäävät asiakkaan positiivista kuvaa itsestä, sekä elämänhallinnantaitoja.
- Muuta: Kondomeja mukaan. Varataan seuranta-/kontrolliaika.

(Aho ym. 2008, 105-108.)

LIITE 5 KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimus tehdään jyvaskylän ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyötä varten. Tutkimuksen tarkoituksena on havainnoida nuoren asiakkaan ja terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta seksuaaliterveysneuvontatilanteessa.

Pyydämme lupaa videoita seksuaaliterveysneuvontatilannettasi. Tilanteessa ovat läsnä sinä ja terveydenhoitaja. Vain tutkijat katsovat videot. Saatuja tietoja käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Tutkimusaineistoa ja henkilötietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Tutkimusaineisto tuhoetaan tutkimuksen analysoinnin ja raportoinnin jälkeen. Tutkijoita koskee salassapitovelvollisuus.

SUOSTUMUS

Suostun vapaaehtoisesti tutkimukseen, jossa seksuaaliterveysneuvontaani liittyvää tilannetta videoidaan sekä täytän kirjallisen arvion vuorovaikutustilanteesta. Tilanteessa on läsnä minä ja terveydenhoitaja.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Lisätietoja saa tutkijoilta:

Henna Karvonen p. 045–1116698

Marjo-Riitta Kurikka p. 050–5743308

LIITE 6 ANALYSOINTILOMAKE

VUOROVAIKUTUKSEN ELEMENTIT

	Ei toteudu Lainkaan	Toteutuu jonkin verran	Toteutuu melko hyvin	Toteutuu hyvin
Avoimuus	1	2	3	4
Aitous	1	2	3	4
Empatia	1	2	3	4
Vastavuoroisuus	1	2	3	4
Kuuntelu	1	2	3	4
Hyväksyntä	1	2	3	4
Ymmärrys	1	2	3	4

INTERVENTIIVINEN HAASTATELU

Lineaariset kysymykset	_____ %	kaikista interventiivisen haastattelun eri kysymyksistä
Reflektiiviset kysymykset	_____ %	kaikista interventiivisen haastattelun eri kysymyksistä
Strategiset kysymykset	_____ %	kaikista interventiivisen haastattelun eri kysymyksistä
Sirkulaariset kysymykset	_____ %	kaikista interventiivisen haastattelun eri kysymyksistä

RATKAISUKESKEINEN TYÖTAPA

	Ei toteudu Lainkaan	Toteutuu jonkiverran	Toteutuu melko hyvin	Toteutuu hyvin
Myönteinen ilmapiiri	1	2	3	4
Yhteistyö	1	2	3	4
Ratkaisu ongelmattomista hetkistä	1	2	3	4
Asiakaslähtöisyys	1	2	3	4
Tavoitelähtöisyys	1	2	3	4
Tulevaisuussuuntautun.	1	2	3	4
Voimavarakeskeisyys	1	2	3	4

SANATON VIESTINTÄ:

Katsekontakti:

Vilkaisu keskustelu kumppaniin:

Käden liikkeet:

Pään nyökkäys:

Kosketus:

Kehonasento:

Kasvojen ilmeet:

Läheisyys:

Rauhallisuus:

Sijaintiorientaatio:

Äänenpaino:

Pitkät tauot:

Päälle puhuminen:

TOTEUTUUKO VUOROVAIKUTUKSESSA

a.) asiakaskeinen b.) asiantuntijakeskeinen c.) dialoginen orientaatio?

SEKSUAALITERVEYSANAMNEESIN KÄYTTÖ:

SUBJEKTIIVINEN KOKEMUS (erillisellä lomakkeella):

Millainen kokemus sinulle jäi vastaanottotilanteen vuorovaikutuksesta?