

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystenhoitotyö

2015

Anni Tiuraniemi ja Lauri Virtanen

# EHKÄISYNEUVONTA JA ASIAKASOHJAUS SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiuraniemi, Anni & Virtanen, Lauri

## EHKÄISYNEUVONTA JA ASIAKASOHJAUS SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä ja koota tietoa ehkäisymenetelmistä ja asiakasohjauksesta sekä luoda kerätyn tiedon pohjalta asiakasohjausohje, jota voidaan hyödyntää Saharan eteläpuolisessa Afrikassa annettavassa ehkäisyneuvonnassa. Opinnäytetyön tuotos julkaistiin Health Education for Mothers –blogissa.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus käsittelee seksuaalisuuden ja kulttuurin yhteyksiä, ehkäisyneuvontaa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa sekä asiakasohjausmenetelmiä. Ehkäisyneuvontaa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on tutkittu paljon, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, ettei ehkäisyneuvonta ole riittävää. Useista lähteistä nousi esiin, että kaikki ehkäisyä haluavat eivät saa riittävää ehkäisyneuvontaa. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asiakasohjaus on monille vieras käsite ja ehkäisyneuvonta painottuu usein ABC-menetelmään (pidättäytyminen, uskollisuus kumppania kohtaan ja kondomin käyttö). Tutkimusten mukaan ABC-menetelmä ei ole riittävä ehkäisemään seksuaalista riskikäyttäytymistä, joten Saharan eteläpuolisessa Afrikassa tarvitaan lisää tietoa asiakasohjauksesta.

Teoreettisen tiedon pohjalta luotiin opinnäytetyön toiminnallinen osuus. Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa kirjoitettiin blogiteksti asiakasohjauksesta ja siihen liitettävä tulostettava taulukko ehkäisymenetelmistä. Opinnäytetyön tuotteeksi valittiin blogiteksti, sillä blogia on helppo päivittää, se on internetin käyttäjälle ilmainen ja sillä on mahdollisuus saavuttaa suuri yleisö ympäri maailmaa. Blogiteksti käsittelee laadukkaan asiakasohjauksen tärkeyttä ja tapoja. Taulukkoon valittiin kuusi osa-aluetta: miten ehkäisymenetelmää käytetään, miten se toimii, mitä se sisältää, käytön esteet, positiiviset vaikutukset ja mahdolliset haittavaikutukset. Taulukossa käsitellään 11 eri modernia ehkäisymenetelmää. Blogitekstin ja taulukon loppuun on liitetty lähteet luotettavuuden lisäämiseksi. Lähteistä ohjaaja voi etsiä halutessaan lisätietoa aiheesta.

Opinnäytetyön viimeisessä vaiheessa toteutettiin Ghanassa kysely opinnäytetyön tuotoksen kehittämiseksi. Kyselyyn osallistuneet hoitajat toivoivat materiaaliin kuvia ehkäisymenetelmistä, jotka on lisätty materiaalin liitteeksi opinnäytetyön viimeisessä vaiheessa.

### ASIASANAT:

Afrikka, ehkäisy, ehkäisymenetelmät, ehkäisyneuvonta, ohjaus, ohjauskeinot, potilasneuvonta, seksuaalisuus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Public Health Nurse

October 2015 | 43+5

Kristiina Viljanen

Tiuraniemi, Anni & Virtanen, Lauri

## FAMILY PLANNING COUNSELLING AND PATIENT EDUCATION IN SUB-SAHARAN AFRICA

The purpose of this bachelor's thesis was to collect information on different contraceptive methods and patient education and based on the acquired information to create a guide to giving patient education. This guide is to be used when giving advice on the contraceptive methods in Sub-Saharan Africa. The outcome of this thesis was published in the blog Health Education for Mothers.

The theoretic section of the thesis discusses the connection between sexuality and culture, the level of contraceptive guidance in Sub-Saharan Africa and the different methods for patient education. Contraceptive guidance in Sub-Saharan Africa has been studied widely, but the researches show that the guidance is inadequate. Several resources suggest that all persons willing to use contraceptives do not get adequate contraceptive guidance. The concept of patient education is not widely known in Sub-Saharan Africa and usually the emphasis in contraceptive guidance is on the ABC-method (Abstinence, Being faithful, using Condoms). According to researches the ABC-method is inadequate in preventing sexually risky behavior, so more information on patient education is needed in Sub-Saharan Africa.

The functional section of the thesis was created based on the theoretical knowledge acquired in the literacy review. In the functional section of the thesis a blog post on patient education was created along with an attachment of a printable table with information of selected contraceptive methods. A blog post was selected to be the product of the thesis since a blog is easy to update, it is free to access for internet users and it has the potential to reach a large audience worldwide. The blog post discusses the importance and ways of quality patient education. The table contains six main areas: how to use the contraceptive method in question, how does it work, what does it contain, contraindications for its use, positive effects and possible side-effects. The table has information on 11 modern contraceptive methods. At the end of the blog post there are sources available to make the blog post more reliable and also so that the person giving contraceptive guidance can check for additional information on the subject.

At the last phase of the thesis a feedback survey was done in Ghana in order to further develop the product of the thesis. The nurses that took part in the survey wished for addition of pictures of the contraceptive methods into the material. At the last phase of the thesis the pictures were added into the final product.

### KEYWORDS:

Africa, contraception, contraceptive methods, education, education methods, family planning, patient education, sexuality

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)</b>	<b>6</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS</b>	<b>9</b>
<b>3 SEKSUAALISUUS JA KULTTUURI SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA</b>	<b>12</b>
3.1 Kulttuurilliset riskitekijät	13
3.2 Uskonnon vaikutus seksuaalisuuteen	14
3.3 HIV ja AIDS	15
3.4 Internetin käyttö	16
<b>4 EHKÄISYNEUVONTA SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA</b>	<b>17</b>
4.1 ABC-menetelmän käyttö ja kritiikki	18
4.2 Käytössä olevat ehkäisymenetelmät	19
<b>5 HYVÄ ASIAKASOHJAUS</b>	<b>21</b>
5.1 Ohjausmenetelmät	22
5.2 Blogi ohjausmenetelmänä	23
5.3 Asiakaslähtöinen ohjaus	24
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b>	<b>26</b>
6.1 Blogi ohjausvälineenä	28
6.2 Blogitekstin ja taulukon toteutus	28
6.3 Opinnäytetyön kehittäminen	29
6.4 Blogin jatkokehittäminen	32
<b>7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>33</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>37</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>40</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Blogiteksti asiakasohjauksesta ja ehkäisyneuvonnasta

Liite 2. Ehkäisymenetelmät –taulukko

Liite 3. Feedback survey

Liite 4. Kuvia ehkäisymenetelmistä

Liite 5. Tiedonhakutaulukko

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Palautekyselyn suljettujen kysymysten vastaukset.

31

## KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)

Lyhenne	Lyhenteen selitys (Lähdeviite)
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome (WHO 2015)
CIA	Central Intelligence Agency (CIA 2013)
HIV	Human immunodeficiency virus (WHO 2015)
ITU	International Telecommunication Union (ITU 2015)
PEPFAR	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR 2015a)
RHL	The WHO Reproductive Health Library (RHL 2011)
UN	United Nations (United Nations 2015)
WHO	World Health Organization (WHO 2015)

# 1 JOHDANTO

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa tapahtuu suurin osa maailman uusista HIV-tartunnoista ja äitiyskuolemista (Jewkes 2010; Dalton ym. 2013). HIV:n esiintyvyyttä on jo vuosikymmeniä pyritty vähentämään paljon kritiikkiä saaneen Yhdysvaltain hallituksen kehittämän ABC-ehkäisyvalistuskampanjan avulla. ABC-kampanja painottaa seksuaalisista kontakteista pidättäytymistä ja uskollisuutta kumppanille, joten tätä menetelmää ei voida pitää yksistään riittävänä sukupuolitautilien ehkäisyssä. (Murphy ym. 2006.) Lisäksi tarvitaan tietoutta ehkäisymenetelmistä.

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ehkäisyneuvonta koetaan usein riittämättömäksi (Agardh ym. 2012; Bansah ym. 2009; Cleland ym. 2014). Jopa noin neljäsosa Saharan eteläpuolisen Afrikan naisista on jäänyt ehkäisyneuvonnan ulkopuolelle, vaikka he kokevat ehkäisylle olevan tarvetta (Cleland & Machiyama 2015). Ehkäisyneuvonnan merkitystä ja tarpeellisuutta tulisi siis korostaa. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää Saharan eteläpuolisten maiden äitien seksuaaliterveyttä, antaa ko. maiden hoitajille asianmukaista tietoa ehkäisyneuvonnasta ja parantaa heidän asiakasohjaustaitojaan.

Opinnäytetyön tuotos perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään asiakasohjausmenetelmiä, asiakaslähtöistä ohjaustapaa, blogia ohjausmenetelmänä, seksuaalisuuden ja kulttuurin yhteyksiä sekä ehkäisyneuvontaa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella toteutettiin opinnäytetyön toiminnallinen osuus. Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa loimme blogitekstin (ks. Liite 1) hyvän asiakasohjauksen toteuttamisesta Health Education for Mothers –blogiin, sekä blogiin liitettäväksi tulostettavan taulukon (ks. Liite 2) jossa on tiiviit tiedot saatavilla olevista luotettavista ehkäisymenetelmistä.

Kehitystyönä blogitekstiä ja taulukkoa esiteltiin Ghanassa ehkäisyneuvontaa antaville sairaanhoitajille ja heitä pyydettiin täyttämään palautekysely (ks. Liite 3) blogin ja ehkäisymenetelmätaulukon käyttömahdollisuuksista ja hyödyllisyy-

destä. Kyselyn perusteella opinnäytetyön tuotosta pyrittiin kehittämään vielä paremmaksi jotta se palvelisi kohdeyleisön tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla. Saadun palautteen myötä lisäsimme blogitekstin yhteyteen kuvia ehkäisymenetelmistä (ks. Liite 4), jotta ehkäisyneuvonnan antaminen helpottuisi.



## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on Saharan eteläpuolisen Afrikan maiden äitien terveyden edistäminen antamalla heitä opastavien hoitajien käyttöön tiivis ja helppokäyttöinen materiaali asiakasohjauksesta ja ehkäisyneuvonnasta. Terveyden edistämällä tarkoitetaan hoitotyöntekijän antamaa ohjausta, jonka tarkoituksena on antaa tukea asiakkaalle omaan terveyteensä liittyvien asioiden ymmärtämisessä sekä terveysongelmien tunnistamisessa, ennakkoinnissa ja ehkäisyssä (Leino-Kilpi 2009b, 182).

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena toteutettiin tiivis blogiteksti asiakasohjauksesta (ks. Liite 1) sekä siihen liitettävä tulostettava taulukko ehkäisymenestelmistä (ks. Liite 2). Opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on saada Saharan eteläpuolisen Afrikan maiden hoitajat ohjaamaan asiakkaita työssään vuorovaikutteisemmin ja asiakaslähtöisemmin.

Työstämämme ohjausmateriaali julkaistiin Health Education for Mothers -blogissa, joka on suunnattu terveysalan ammattilaisille ja opettajille. Health Education for Mothers (suom. terveysopetusta äideille) on yhteyshenkilömme tammikuussa 2014 perustama blogi. Blogin tavoitteena on antaa opettajille ja terveysalan ammattilaisille ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa terveyteen liittyvistä aiheista, jotta he voisivat antaa laadukasta terveysopetusta kehittyvien maiden äideille. (Jalonen 2014.)

Kehittyvien maiden ammattilaisten kouluttaminen on tärkeää, sillä he siirtävät työssään tiedon eteenpäin asiakkailleen. Kehittyvä maa voidaan määritellä maan asukkaiden elintason, koulutuksen tason, lukutaidon ja elinajanodotteen perusteella, jotka kehitysmaissa ovat alemmalla tasolla kuin kehittyneissä maissa (Educational Pathways International 2010). Saharan eteläpuolisesta Afrikasta 47 maata kuuluu alemman tulotason omaaviin kehittyviin maihin (The World Bank 2015).

Opinnäytetyöhön liittyvän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli rajata aihetta, etsiä aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia sekä kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsaus

täsmentää opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita ja yhdistää teoreettisen tiedon käytäntöön. (Airaksinen & Vilkkä 2004, 42.) Kirjallisuuskatsauksessa on perehdytty Saharan eteläpuolisen Afrikan seksuaalisuuteen ja kulttuuriin liittyviin ongelmiin. Lisäksi kirjallisuuskatsaus käsittelee ehkäisyneuvontaa, asiakasohjausta ja sen menetelmiä sekä blogin käyttöä ohjausmenetelmänä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli etsiä ja koota mahdollisimman tuoretta ja näyttöön perustuvaa tietoa ehkäisymenetelmistä, ehkäisyneuvonnasta ja asiakasohjauksesta, jotta Saharan eteläpuolisten maiden terveysalan ammattilaisilla olisi mahdollisimman hyvät välineet onnistuneen asiakasohjauksen antamiseen. Useilla terveysalan ammattilaisilla on käytettävissä internet (ITU 2014), mutta tietoa on valtavasti ja sen löytäminen voi olla vaikeaa ja hidasta ohjaustilanteessa. Ohjauksen kannalta parasta olisi jos tieto olisi koottuna tiiviisti yhteen paikkaan. (Kyngäs ym. 2007, 116.) Opinnäytetyönämme työstimme kirjalliset asiakasohjausohjeet (ks. Liite 1) sekä eri ehkäisymenetelmistä kertovan tulostettavan liitteen (ks. Liite 2) Health Education for Mothers -blogiin.

Afrikassa on yleisesti käytössä Yhdysvaltain hallituksen luoma ABC-terveydenedistämishjelma (Abstain, Be faithful, and correct and consistent use of Condoms health campaign), jonka tavoitteena on aidsin ja HIV:n leviämisen ehkäisy pidättäytymisen, uskollisuuden ja oikeanlaisen kondomin käytön avulla. (Kvasny & Chong 2008.) Menetelmää on kritisoitu paljon, koska se keskittyy ensisijaisesti seksistä pidättäytymisen ja uskollisuuden painottamiseen eikä niinkään ehkäisykeinoista ja ehkäisystä valistamiseen (Murphy ym. 2006).

Opinnäytetyömme aihetta on tutkittu paljon mutta tutkimukset ovat lähinnä osoittaneet sen että ehkäisyneuvontaa tarvitaan enemmän (UN 2011; Cleland & Machiyama 2015). Seksuaalinen riskikäyttäytyminen nousi esille monesta lähteestä ja se on osallisena moneen alueen ongelmaan, kuten HIV:n yleisyyteen ja runsaaseen syntyvyyteen (Stephenson 2009; Ncube ym. 2012). Riskikäyttäytymiseen puuttuminen ja turvallisen seksuaalisen käyttäytymisen ohjaaminen ovat tämän työn tärkeimpiä tavoitteita.

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asiakasohjaus on puutteellista ja hoitajaläh- töistä. Kulttuuriin kuuluu, että hoitajia ja lääkäreitä kunnioitetaan ja annettuja ohjeita ei kyseenalaisteta. Tämä on johtanut siihen, ettei asiakasohjaus ole päässyt kehittymään. (Bansah ym. 2009; Jewkes 2010). Opinnäytetyön tavoit- teena onkin tuoda uutta näkökulmaa asiakasohjaukseen tuomalla asiakasläh- töistä ohjausmallia Saharan eteläpuolisen Afrikan hoitajien tietoisuuteen.

Opinnäytetyötämme ohjanneet kysymykset:

1. Miten ehkäisyneuvontaa on toteutettu Saharan eteläpuolisessa Afrikas- sa?
2. Minkälaisia ongelmia seksuaalisuuteen liittyy Saharan eteläpuolisessa Afrikassa?
3. Mitä asiakasohjauskeinoja voidaan käyttää ehkäisyneuvonnassa?
4. Millaisia ehkäisyneuvonnan menetelmiä voidaan hyödyntää blogissa?

### 3 SEKSUAALISUUS JA KULTTUURI SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA

Suurin osa maailman äitiyskuolemista ja uusista HIV-tartunnoista tapahtuu Saharan eteläpuolisessa Afrikassa (Jewkes 2010; Dalton ym. 2013). 100 000:sta abortin tehneestä naisesta 680 kuolee abortin aiheuttamiin komplikaatioihin Afrikassa, kun vastaava luku länsimaissa on 0,2-1,2 naista 100 000 aborttia kohden (Dalton ym. 2013). Vuonna 2013, maailmassa eli 35 miljoonaa aidsia sairastavaa ihmistä, joista noin 70 % (n. 24,7 miljoonaa ihmistä) asuu Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Samana vuonna kuoli 1,1 miljoonaa aidsiin sairastanutta Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asunutta ihmistä. (UNAIDS 2014). Nämä luvut kertovat seksuaalisesta riskikäyttäytymisestä, jolla tarkoitetaan kaikkea omaa tai partnerin terveyttä tai turvallisuutta vahingoittavaa toimintaa. Esimerkiksi toistuva suojaamaton seksi ja seksin kaupittelu tai osto ovat seksuaalista riskikäyttäytymistä. (Väestöliitto 2015a.)

Mistä korkeat HIV- ja aborttikuolematilastot ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen sitten johtuvat? Tiedon puute tai väärä tieto, liian vähäiset resurssit, ehkäisyvälineiden vaikea saatavuus, yhteisön normit ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat Saharan eteläpuolisten Afrikan maiden asukkaiden ehkäisymahdollisuuksiin ja mieltymyksiin. Vähävaraisuus vaikeuttaa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asuvien mahdollisuuksiin päästä koulutuksen ja terveydenhuollon piiriin. Köyhemmistä oloista tuleva henkilö saattaa myös joutua myymään seksiä saadakseen rahaa päivittäisiin toimiinsa. (Buvé ym. 2002.)

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyvyys on hyvin suurta, alueen väestö on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 1990. Vuonna 1990 alueen populaatio oli vielä 510 miljoonaa, kun vuonna 2015 sen ennustetaan olevan jo 989 miljoonaa. Suurin syy alueen korkeaan syntyvyyteen on hedelmällisessä iässä olevien naisten suuri määrä. (Kantorová ym. 2014.)

Naisten ehkäisyn käyttöön Saharan eteläpuolisessa Afrikassa vaikuttavat erityisesti yhteisön mielipide ja näkemykset ehkäisymenetelmistä. Mitä suvaitse-

vammin yhteisössä suhtaudutaan ehkäisyn käyttöön, sitä enemmän yhteisön naiset käyttävät eri ehkäisymenetelmiä. Yhteisön näkemys ehkäisyn käytön hyväksyttävyydestä liittyy naisten rooliin yhteisössä. Kouluttautuneisuus ja naisten tasa-arvoinen asema lisäävät ehkäisyn käyttöastetta (Baschieri ym. 2007.)

Kulttuurillisten tekijöiden vaikuttavuus ihmisten seksuaalisuuteen vaihtelee maittain ja jopa maiden sisällä esiintyy suuria alueellisia vaihteluja (Baschieri ym. 2007). Kaikki nämä tekijät tulee ottaa huomioon ehkäisyneuvontaa suunniteltaessa, ja on muistettava että jokainen ihminen on yksilö, asiakasohjaus tulee toteuttaa ottaen huomioon juuri hänen tarpeensa. (Hankonen ym. 2006; Sovran 2013.)

### 3.1 Kulttuurilliset riskitekijät

Sovran (2013) kuvailee tutkimuksessaan kulttuurisia tekijöitä jotka vaikuttavat HIV:n (ja muiden sukupuolitautilien) leviämiseen Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Näitä riskitekijöitä ovat rituaalit ja toimitukset joihin liittyvät veri tai muut kehon eritteet, seksuaaliset normit, aikainen sukupuolielämän aloitus ja avioliitot, lesken ”periytyminen” muille suvun miehille, seksuaalisuuteen liittyvät puhdistautumisrituaalit, sukupuolinnormit ja vuorovaikutus, uskonto sekä miesten ja naisten ympärileikkaukset. (Sovran 2013.)

Eri kulttuuritekijöiden ja HIV:n yleisyyden yhteyttä on tutkittu paljon, mutta mitään yksittäistä ratkaisevaa tekijää ei ole voitu osoittaa. Tietyissä kulttuureissa harjoitetaan erilaisia aikuistumis- ja seksuaalisuusriittejä, joihin liittyy mm. parantajan yhdyntöjä useiden eri naisten kanssa ja genitaalialueen viiltämistä tai leikkelyä. Myös miesten ja naisten ympärileikkaukset sisältävät riskejä, sillä usein ympärileikkaukseen käytetään samoja välineitä useille ympärileikattaville. (Buvé ym. 2002; Sovran 2013.)

Sukupuoliroolit ja seksuaaliset normit vaikuttavat tutkimusten mukaan sukupuolitautilien levinneisyyteen. Naisten ja miesten asema on erilainen monissa Saharan eteläpuolisen Afrikan kulttuureissa, esimerkiksi usein naimisissa olevan naisen ajatellaan olevan miehensä omaisuutta, jolloin tällä ei ole oikeutta kieltäytyä

seksistä tai vaatia kondomin käyttöä. Useissa kulttuureissa naisen oletetaan olevan lähes kokematon seksuaalisesti avioliiton solmiessaan, kun taas miehille sallitaan ennen avioliittoa tapahtuvat seksuaaliset kokeilut. Myös moniavioisuus on yleisempää Saharan eteläpuolisessa Afrikassa kuin länsimaissa ja useat kumppanit altistavat sukupuolitaudeille. Sukupuolten tasa-arvon onkin todettu vähentävän HIV:n esiintyvyyttä. (Buvé ym. 2002; Sovran 2013.)

Yksittäistä kulttuurista ilmiötä ei voi yksinään syyttää HIV:n suuresta levinneisyydestä. Kulttuuri on monimuotoinen ja monisyinen asia, ja sen yksittäisiä ilmentymiä on vaikea erottaa kontekstista ja tilastoida. On kuitenkin selvää, että jokin yhteys Saharan eteläpuolisen Afrikan kulttuuritekijöillä ja HIV:n levinneisyydellä on oltava. (Sovran 2013.)

### 3.2 Uskonnon vaikutus seksuaalisuuteen

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa esiintyy rikas uskontojen kirjo, joihin yhteisöjen moraalikäsitteet usein perustuvat. Uskonnollisten opetusten ja moraalikäsitteiden vaikutus yksilön seksuaalikäyttäytymiseen riippuu henkilön harjoittamasta uskonnosta ja siitä, kuinka suuri osa hänen elämänsä uskonto on. (Sovran 2013.)

Yleisesti ottaen voitaisiin sanoa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa olevan eniten kristittyjä, mutta maiden välillä on suuria eroja (Santa Clara University 2001). Esimerkiksi 2010 Ghanan väkiluvusta kristittyjä oli 71,2%, muslimeja 17,6%, kansanuskontoa harjoittavia 5,2%, muita 0,8% ja ateisteja 5,2% (CIA 2012b), kun taas Djiboutin väkiluvusta samana vuonna oli 94% muslimeja ja 6% kristittyjä (CIA 2012a).

Uskonnollisuus ja uskonnon harjoittaminen liitetään usein seksuaalisesta kanssakäymisestä pidättäytymiseen ja itsensä avioliittoon säästämiseen. Yksiaviolaisuuden ja pidättäytymisen ajatellaan suojaavan sukupuolitauditartunnalta. Toisaalta jotkin uskonnolliset opetukset kieltävät esimerkiksi kondomin käytön ja nuorten seksuaalikasvatuksen, sillä niiden ajatellaan rohkaisevan ihmisiä uskotomuuteen ja esiaviolliseen seksiin. Seksuaalikasvatuksen kieltäminen ei vält-

tämättä johda pidättäytymiseen, jolloin tiedon puute altistaa seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle. (Sovran 2013.)

Eri uskontokuntien välillä ei ole tutkimustiedon perusteella löydetty merkittäviä eroavaisuuksia seksuaalisessa riskikäyttäytymisessä. Saharan eteläpuolisissa maissa joissa islaminusko on suurin uskontokunta, on todettu HIV:n esiintyvyyden olevan hieman pienempi. Uskonnon ei kuitenkaan arvella selittävän tätä yhteyttä, vaan todennäköisemmin HIV:n esiintyvyyden näissä maissa selittää jokin muu tekijä. (Sovran 2013.)

### 3.3 HIV ja AIDS

Ehkäisyn tarkoituksena on ei-haluttujen raskauksien lisäksi myös suojata sukupuoliteitse leviävien tautien tarttumiselta. Sukupuolitaudeista vakavimpana voidaan pitää HIV-infektion aiheuttamaa aidsia, joka on pitkälle edetessään hyvin tappava tauti. (Asante & Doku 2010.) HIV:n esiintyvyydellä on suuria alueellisia eroja, suurimmat HIV-luvut ovat Swazimaassa, jossa 26,5% väestöstä on HIV-positiivisia (CIA 2012d). Saharan eteläpuolisen Afrikan pienimmät HIV-luvut esiintyvät Nigerissä, siellä vain 0,5% väestöstä on HIV-positiivisia (CIA 2012c.)

HI-virusta vastaan ei ole olemassa rokotetta, minkä vuoksi infektion ehkäisy onnistuu ainoastaan limakalvokontaktin estävällä ehkäisyllä. Suositeltu ehkäisykeino HIV-infektiota vastaan onkin kondomin oikeanlainen käyttö jokaisessa seksuaalisessa kontaktissa. Kondomi on halpa, turvallinen ja helposti saatavilla oleva ehkäisykeino sukupuolitauteja ja ei-toivottuja raskauksia vastaan, mutta sen käyttö on vähäistä erityisesti korkean AIDS-esiintyvyyden maissa. (Asante & Doku 2010.)

Yleisesti ottaen korkean AIDS-esiintyvyyden maissa tiedetään HIV:stä ja aidsista, mutta seksuaalista riskikäyttäytymistä esiintyy hyvin paljon. Tämä ilmenee muun muassa maksullisen seksin yleisyytenä, kondomin käyttämättömyytenä tai väärin käyttämisenä sekä useina seksikumppaneina. Erityisen paljon seksuaalista riskikäyttäytymistä esiintyy HIV-positiivisten keskuudessa, jotka harrastavat seksiä, vaikka tietävät olevansa HIV-positiivisia. Tämä on hyvin vaarallis-

ta, sillä HIV-positiiviset altistavat terveitä ihmisiä riskiin saada infektio. He ovat myös vaaraksi itsellensä, sillä he voivat altistua useamman HI-viruksen kannalle, jolloin infektion eteneminen aidsiksi nopeutuu. (Stephenson 2009; Ncube ym. 2012.)

### 3.4 Internetin käyttö

Vuoden 2014 loppuun mennessä 19%:lla Afrikassa asuvista henkilöistä arvioidaan olevan pääsy Internetiin, kun vuonna 2010 vastaava luku oli vain n. 2% (ITU 2014). Internetin käyttö on siis lisääntynyt huimasti viime vuosina, ja yhä useammalla Saharan eteläpuolisen Afrikan asukkaalla on mahdollisuus selailla Internetiä. Eniten Internetiä käytetään Seychelleillä (41% väestöstä), Kap Verdessä (30%) ja Nigeriassa (28.43%), vähiten taas Kongossa (0.72%) ja Liberiassa (0.07%) (ITU 2013). Internetiä käyttävien todellista lukumäärää on vaikea arvioida, sillä usein samaa yhteyttä käyttää useampi ihminen. Internetiä käytetään eniten internetkahviloissa ja useilla ihmisillä on mahdollisuus käyttää Internetiä työpaikallaan. (Hattingh ym. 2012; ITU 2013.)

Vaikka muuhun maailmaan verrattuna Afrikassa käytetään vähiten Internetiä, kasvaa siellä Internetin käyttäjien määrä eniten vuosittain. Erityisesti älypuhelimilla Internetiä käyttävien määrä on kasvussa. Afrikassa puhelimella Internetiä käyttäneiden määrä kasvoi 40% vuodesta 2010 vuoteen 2014, kun kasvu muualla maailmassa oli vain puolet tästä arvosta. (ITU 2013; ITU 2014; Lal & Oyelaran-Oyeyinka 2005.)

Erityisesti sosiaalisen median ja puhelimen Internet-käyttö on lisääntynyt Afrikassa viime vuosina. Tutkimuksen mukaan haastatelluista 13000 Afrikan suurissa kaupungeissa elävistä henkilöistä yli puolet oli käyttänyt Internetiä viimeisen kuukauden aikana ja yli neljäsosa käyttää Internetiä joka päivä (Hattingh ym. 2012). Haastatelluista 57% omisti puhelimen jolla pääsee Internetiin ja 34% tietokoneen (Hattingh ym. 2012). Älypuhelimien suhteellisen edullinen hinta vaikuttaa niiden yleistymiseen ja usein puhelimen avulla hoidetaan asioita joita muissa maissa asuvat hoitavat tietokoneillaan. (Hattingh ym. 2012; ITU 2013.)



## 4 EHKÄISYNEUVONTA SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA

Ehkäisyneuvonnan antaminen tulee aloittaa tarpeeksi ajoissa jotta tiedot ja taidot karttuisivat jo ennen sukupuolielämän aloittamista (Jewkes 2010). Toinen hyvä elämänvaihe toteuttaa ehkäisyneuvontaa on raskauden aikana tapahtuvien tarkastusten yhteydessä, sillä silloin naiset kokevat tarvitsevansa lisätietoa ehkäisyyn ja seksuaalisuuteen liittyen (Bansah ym. 2009). Useat Saharan eteläpuolisessa Afrikassa koulussa tapahtuvat seksuaalikasvatusinterventiot eivät ole olleet tehokkaita seksuaalisen riskikäyttäytymisen kitkemisessä (Jewkes 2010). On siis tärkeää pohtia miten ehkäisyneuvonta olisi mahdollisimman hyödyllistä asiakkaalle. Seksuaalikasvatusta on tutkittu ja on havaittu kolme tärkeää tekijää jotka vaikuttavat sen onnistumiseen: interventio, laitokset ja vuorovaikutus (Jewkes 2010). Kaikkien näiden kolmen tekijän tulee olla tasapainossa jotta seksuaalineuvonta onnistuisi vaikuttavasti.

Interventioon kuuluu mm. informaation antaminen, taitojen kehittäminen ja riskikäytöksen kitkeminen. Laitokset, esimerkiksi koulut ja sairaalat voivat muuttaa työskentelytapojaan ja sosiaalisia suhteita tavalla, joka edistää kommunikaatiota. Vuorovaikutus, joka käsittää kaikki laitoksen sisäiset sosiaaliset suhteet, luo pohjan jonka avulla asiakkaiden sukupuoli-identiteetti ja suhteet sekä arvot voivat kehittyä. Usein kuitenkin keskitytään interventioon ja muut osa-alueet jäävät huomiotta, mikä johtaa siihen, ettei ehkäisyneuvonta tavoita asiakkaita halutulla tavalla eikä muuta heidän käyttäytymistään tai asenteitaan. (Jewkes 2010.)

Useista lähteistä (Agardh ym. 2012; Askew ym. 2013; Bansah ym. 2009; Cleland ym. 2014) nousi esille Saharan eteläpuolisen Afrikan ihmisten täyttämätön tarve ehkäisylle, ”unmet need for family planning”. Täyttämätön ehkäisyn tarve voidaan määritellä olevan niillä naisilla, jotka ovat seksuaalisesti aktiivisia eivätkä käytä mitään ehkäisymenetelmää, mutta haluaisivat seuraavan lapsensa vasta kahden vuoden tai pidemmän ajan päästä (Ali & Okud 2013).

Neljäsosa (25%) Saharan eteläpuolisen Afrikan naisista jotka toivovat raskauden ehkäisyä kahdeksi vuodeksi tai pidemmäksi aikaa, eivät käytä mitään ehkäisymenetelmää (Cleland & Machiyama 2015). Tiedon puute, sosiaalinen paine ja pelko sivuvaikutuksista vaikuttavat ehkäisymenetelmien käyttöönottoon tai ehkäisyn käytön keskeytymiseen (Askew ym. 2013; Cleland & Machiyama 2015). Ehkäisyneuvonnan avulla tutkittua tietoa ehkäisymenetelmistä, niiden vaikutuksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista voidaan välittää asiakkaille ja hälventää ennakkoluuloja sekä edistää positiivisempaa kuvaa ehkäisymenetelmistä (Väestöliitto 2015a).

Ehkäisymenetelmien käyttöä, ehkäisyneuvonnan menetelmiä ja seksuaalista riskikäyttäytymistä on tutkittu melko paljon, mutta siitä, miten asiakasohjausta toteutetaan Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, ei löydy juurikaan tietoa (ks. Liite 5). Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asiakasohjaus on usein puutteellista tai se puuttuu kokonaan, vaikka asiakkailla olisi tarvetta lisätiedolle. Asiakasohjauksen laadun parantaminen vaikuttaa positiivisesti ehkäisymenetelmien käyttöasteeseen (Askew ym. 2013). Tämän takia ehkäisyneuvonnan ja asiakasohjauksen merkitystä on korostettava ja apuvälineitä niiden toteuttamiseen tarjottava. (Bansah ym. 2009.)

#### 4.1 ABC-menetelmän käyttö ja kritiikki

ABC eli "Abstinence, Be faithful and correct and consistent Condom use" on Yhdysvaltain hallituksen luoma terveydenedistämishjelma, jonka tarkoituksena on pienentää HIV:n ja aidsin esiintyvyyttä Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. ABC pyrkii painottamaan, että ihmisten tulisi pidättäytyä seksistä avioliittoon saakka, avioliitossa olemaan uskollisia puolisolleen ja jos aiemmin mainitut eivät ole syystä tai toisesta mahdollisia, käyttämään kondomia ehkäisymenetelmänä. (PEPFAR 2015b; Kvasny & Chong 2008). Menetelmä on saanut hyvin paljon kritiikkiä, sillä siinä ei keskitytä ehkäisyneuvontaan vaan painotetaan pidättäytymisen ja uskollisuuden osuutta. Tämä on asettanut naisia eriävään asemaan,

sillä monissa kulttuureissa naisilla ei ole mahdollisuutta pidättäytyä seksistä, jos puoliso sitä haluaa. (Murphy ym. 2006.)

Vaikka ABC-menetelmä on hyvin kiistelty, ei sitä voida pitää täysin turhana. Esimerkiksi Ugandassa HIV:n esiintyvyys on pudonnut ABC-menetelmän käyttöönoton jälkeen kymmenessä vuodessa (1991-2001) noin 15 prosentista noin 5 prosenttiin. Ei kuitenkaan voida olla varmoja että HIV-esiintyvyyden määrän lasku olisi pelkästään ABC:n ansiota. ABC:n ”Abstinence” ja ”Be faithful” -osia on painotettu paljon, mitä voidaan pitää ABC-menetelmän suurimpana tekijänä HIV-esiintyvyyden laskuun. Kondomin käyttö ei kuitenkaan ole lisääntynyt menetelmän myötä yhtä dramaattisesti, etenkin seksuaalisesti aktiivisten nuorten joukossa kondomia ei edelleenkään käytetä juuri lainkaan. (Murphy ym. 2006.)

Koska ABC-menetelmä ei painota juurikaan ehkäisyneuvontaa, ei se ole riittävä neuvontamenetelmä yksinään. ABC-menetelmän käytön lisäksi tarvitaan ehkäisyneuvontaa, joka tavoittaisi etenkin nuoret naiset. Tällöin heillä olisi mahdollisuus vaikuttaa omalla kohdallaan sukupuolitautilien leviämiseen ja nuorella iällä raskaaksi tulemiseen. (Murphy ym. 2006.)

#### 4.2 Käytössä olevat ehkäisymenetelmät

Moderneihin ehkäisymenetelmiin luetaan ehkäisypilleri, -laastari ja -rengas, kupari- tai hormonikierukka, ehkäisyimplantti, naisten ja miesten kondomit, sterilisaatio sekä ehkäisyinjektiot. (Baschieri ym. 2007; WHO 2013.)

Modernien ehkäisymenetelmien käyttöaste on melko alhainen Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, mutta käyttö on yleistymässä. Itä-Afrikan naimisissa olevien naisten modernien ehkäisymenetelmien käyttö yleistyi prosentilla ja Länsi-Afrikassa vastaavasti 0,5% joka vuosi vuosina 1990-1999 (Baschieri ym. 2007). Vuonna 1999 17% Itä-Afrikan ja 8% Länsi-Afrikan naimisissa olevista naisista raportoi käyttävänsä jotain modernia ehkäisymenetelmää (Baschieri ym. 2007).

Vuonna 2009 Saharan eteläpuolisessa Afrikassa 21,8% 15-49-vuotiaista naimisissa tai suhteessa olevista naisista käytti jotain ehkäisymenetelmää, ja 15,7%

käytti jotain moderneista ehkäisymenetelmistä (UN 2011). Samasta kohderyhmästä 24,9% ilmoitti, että heillä olisi tarvetta perhesuunnittelulle (unmet need for family planning) mutta he eivät ole sitä jostain syystä saaneet (UN 2011). Niin sanottuja perinteisiä menetelmiä, kuten keskeytettyä yhdyntää kertoi käyttävänsä 6,2% naisista (UN 2011).

Suosituimpia moderneja ehkäisymenetelmiä Saharan eteläpuolisessa Afrikassa vuonna 2009 olivat ehkäisyinjektio (6,8% naimisissa tai suhteessa olevista 15-49-vuotiaista naisista) ja ehkäisypilleri (4,3%) (UN 2011). Perinteisistä menetelmistä suosituin oli rytmimetodi (3,2%) (UN 2011).

## 5 HYVÄ ASIAKASOHJAUS

Asiakasohjauksella tarkoitetaan asiakkaan ja hoitajan välistä kommunikointia, jossa hoitaja antaa asiakkaalle tietoa esim. sairauksista, lääkityksestä tai ehkäisystä. Samaan aikaan asiakas puolestaan pyrkii omaksumaan uutta tietoa ja ymmärtämään terveyteensä liittyviä asioita. (Hankonen ym. 2006, 24.) Ohjauksen tavoitteena on pyrkiä edistämään asiakkaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa terveyttään haluamallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007, 25; Lipponen 2014, 17).

Asiakkaalla ja hoitajalla on useasti erilaiset taustat: käsitykset, tietämys, tunteet ja käyttäytymismallit voivat olla hyvinkin erilaisia. Heidän elämänskatsomuksensa, elämäntyyliinsä ja arvomaailmansa saattavat myös poiketa toisistaan erittäin paljon. Nämä kaikki asiat vaikuttavat siihen, millainen ohjaussuhde hoitajan ja ohjattavan välillä muodostuu. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä roolissa hyvän asiakasohjauksen toteutumiseksi. Kun asiakas saa myönteistä palautetta ja ohjaaja on kiinnostunut hänen ongelmistaan ja tunteistaan, asiakas kokee turvallisuutta ja arvostusta. (Hankonen ym. 2006, 24; Lipponen 2014, 22.)

Ohjaussuhteessa on aina huomioitava, että siihen kuuluu sekä ohjaaja että ohjattava, minkä vuoksi ohjaajan tulee ottaa huomioon myös ohjattavan omat käsitykset ja asenteet. Tämän vuoksi onkin hyvä ottaa selvää, millaisia muutoksia ohjattava on valmis tekemään ja minkälainen motivaatio ohjattavalla on ohjausta kohtaan, jotta päästään molempien osapuolten kannalta haluttuun päämäärään. Ohjaajan tarkoituksena on tiedon antamisen lisäksi motivoida ohjattavaa näkemään asiat uudella tavalla ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Hyvän ohjaussuhteen luomiseen kuuluvat olennaisena osana luottamus, empatia ja välittäminen. (Hankonen ym. 2006, 24–25; Lipponen 2014, 18.)

Asiakasohjaus perustuu ohjausprosessiin, jossa tarkoituksena on ensin selvittää ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen toteuttaminen, suorittaa itse ohjaus ja tämän jälkeen arvioida, millaisiin tuloksiin on päästy. Ohjauksen tarpeen

määrittelyssä on huomioitava ongelma, jossa ohjausta tarvitaan sekä ohjattavan tilanne ja tarpeet. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

### 5.1 Ohjausmenetelmät

Erilaisia ohjausmenetelmiä on runsaasti ja niistä valitseminen vaatii tietämystä siitä, millä tavalla ohjattava oppii parhaiten ja mikä ohjausmenetelmä soveltuu parhaiten ohjauksen päämäärään. On arvioitu, että asiakkaat muistavat vain 10 prosenttia siitä, mitä kuulevat, mutta 75 prosenttia siitä mitä näkevät. Tämän vuoksi onkin tärkeää käyttää useaa eri ohjausmenetelmää. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ohjausmenetelmät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: yksilöohjaukseen, ryhmäohjaukseen ja audiovisuaaliseen ohjaukseen. Yksilöohjaus on yleensä suullisesti annettua, vuorovaikutuksellista ohjaamista, jossa ohjaaja ja ohjattava keskusteleват yhteisestä aiheesta. Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokkain menetelmä, sillä asiakkaalla on mahdollisuus kysyä kysymyksiä sekä pyytää lisätietoa tai oikaisua väärinkäsityksiin. Yksilöohjaus on kuitenkin hoitajan kannalta aikaa vievää, minkä vuoksi resurssit eivät aina riitä sen käyttöön kaikessa ohjaamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus on hyvin usein käytetty ohjausmuoto, jossa ohjausta annetaan tarkoitusta varten suunnitellussa ryhmässä, jonka koko voi vaihdella suuresti. Sen yksi parhaista ominaisuuksista on ryhmän muista jäsenistä saatava vertaistuki ja sitä käytetäänkin usein yhteisten ongelmien ratkaisuun kuten tupakoinnin tai alkoholin käytön lopettamiseen, painonhallintaan tai vanhemmuuden tukemiseen. Se on ohjauskeinona yksilöohjausta huomattavasti kustannustehokkaampaa, sillä ohjausta voidaan antaa samanaikaisesti usealle asiakkaalle. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Audiovisuaalisessa ohjauksessa tietoa annetaan erilaisten teknisten laitteiden avulla. Tällaisia keinoja ovat puhelinohjaus, kirjalliset ohjeet, demonstraatiot, videot ja äänikasetit, joukkoviestintä ja tietoverkot. Näiden käyttö on yleensä taloudellista, mutta saattaa yksinään aiheuttaa väärinkäsityksiä, minkä vuoksi

on tärkeää, että asiakas voisi keskustella esim. videon sisällöstä vielä ohjaajan kanssa videon katsomisen jälkeen. Audiovisuaalisia ohjauskeinoja onkin hyvä sisältää osana yksilö- tai ryhmäohjauksia. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

## 5.2 Blogi ohjausmenetelmänä

Blogi eli ”web log” on internetsivusto, jonka sisältö kohdistuu bloggaajan eli blogin kirjoittajan kiinnostuksen kohteen tai kohteiden ympärille. Blogi on yleensä yhden henkilön tai yhteisön ylläpitämä ja sitä on helppo päivittää, minkä vuoksi päivityksiä tulee yleensä useammin kuin tavallisilla internetsivustoilla. Blogikirjoitukset ovat yleensä sivustolla näkyvissä kronologisessa järjestyksessä siten, että uusin teksti on ensimmäisenä luettavissa. Blogeissa lukijalla on myös usein mahdollista kommentoida tekstiä blogin lopussa olevaan kommenttikenttään. (Filimon ym. 2010.)

Blogit voidaan jakaa kolmeen aihealueeseen: henkilökohtaisiin, ammatillisiin ja yritysblogeihin. Henkilökohtaiset blogit käsittelevät kirjoittajan henkilökohtaista kantaa kiinnostuksenkohteisiin. Ammatilliset blogit käsittelevät ammatillisia asioita ja ammattiin liittyvää koulutusta, mutta eivät ole minkään yrityksen virallisia tekstejä. Yritysblogit puolestaan ovat yritysten virallisia kirjoituksia yritysten palveluista, tuotteista, yrityksestä itsestään ja yrityksen työntekijöistä ja niillä pyritään kohottamaan yrityksen imagoa. (Filimon ym. 2010.)

Internetin käyttö antaa paljon mahdollisuuksia hoitotyöhön liittyvän tiedon etsimisessä, mutta on usein vaikea tietää löydetyn tiedon laatua ja kuinka tutkittua tietoa löydetty teksti pitää sisällään. Laadukasta tietoa löytyy yleensä suurten organisaatioiden ja järjestöjen nettisivuilta, mutta ”hyvää tietoa” löytyy myös muualta. Tiedon laadun voi yleensä varmistaa, jos tieto on perusteltu lähteillä ja tekstissä on selvät lähdeviitteet, joiden perusteella pystyy päättämään, mistä tieto on peräisin. Myös tekstin tuoreus on hyvin tärkeää ja sen voi yleensä selvittää esimerkiksi katsomalla, milloin sivusto on viimeksi päivitetty. (Kyngäs ym. 2007, 61.) Internetin käytön etuina ohjauksessa ovat nopeat yhteydet ja mahdollisuudet nopeaan vuorovaikutukseen (Kyngäs ym. 2007, 123).

### 5.3 Asiakaslähtöinen ohjaus

Asiakaslähtöisen ohjaamisen tarkoituksena on, että hoitaja ja asiakas yhdessä suunnittelevat ja rakentavat ohjausprosessin. Tavoitteena on, että asiakas tulee itse tietoiseksi ongelmastaan ja toiminnastaan, sekä pohtii itse ratkaisuvaihtoehtoja ongelmiinsa. Hoitajan tehtävänä ohjauksessa on asiakkaan opastaminen, tukeminen ja auttaminen siten, että päästään haluttuun päämäärään. Asiakaslähtöinen ohjaustapa lisää asiakkaan tiedollisia valmiuksia, osallistumismahdollisuuksia hoitoonsa, ohjeiden noudattamista sekä asiakkaan kokemaa tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Kääriäinen ym. 2006, 27; Lipponen 2014, 18.)

Ohjaussuhteen alussa ohjaajan ja asiakkaan on hyvä selvittää yhdessä, millaisia tavoitteita lähdetään hakemaan ja selvitetään, kuinka paljon asiakkaalla on jo tietämystä aiheesta ja kuinka paljon hän haluaa lisää tietoa. Asiakkaan osallistuminen suunnitteluun lisää asiakkaan motivaatiota ohjaukseen sitoutumiseen. (Kääriäinen ym. 2006, 27–28.) Tavoitteet ovat keskeinen osa asiakkaan hyvinvointia ja persoonallisuutta, joten asetettujen tavoitteiden tulisi olla sopu-soinnussa asiakkaan elämäntilanteen kanssa. Liian vaativat tavoitteet voivat altistaa psyykkiseen pahoinvointiin. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Ohjauksen toteutumisen kannalta on tärkeää, että ohjaaja on hyvin perehtynyt aiheeseensa ja on kerännyt riittävästi tietoa aiheesta, on perillä ohjausmenetelmistä ja ymmärtää oppimisen periaatteet. Ohjaukseen käytettävä tieto tulee olla näyttöön perustuvaa ja ajankohtaista tutkimustietoa ja ohjaajan tulee ottaa huomioon ohjauksessa asiakkaan elämäntilanteen ja näkemykset aiheeseen liittyen. Asiakkailla saattaa olla hyvin erilaisia tapoja oppia; jotkut oppivat kielellisesti ja toiset ovat visuaalisia oppijoita. Tästä riippumatta, tärkeimmät asiat tulisi aina kerrata ohjaustilanteen lopuksi, jotta ne jäisivät mieleen. Muistin kannalta on myös tärkeää, että asiakas saa mukaansa materiaalia, jonka tosin on oltava ohjaukseen sidonnaista. Tärkeää on myös ammattislangin käyttämättömyys, jotta asiakas ymmärtää kaiken, mitä hänelle sanotaan. (Kääriäinen ym. 2006, 28.)



Asiakaslähtöisessä ohjauksessa keskeisessä osassa on asiakkaan oman tietämyksen huomioiminen ja asiakkaan oma pohdinta. On siis tärkeää esittää asiakkaalle kysymyksiä, joita tämä voi pohtia ja jotta tämä voi tuoda omia kokemuksiaan esille. Ohjauksen aikana esitetyt kysymykset lisäävät ohjaajan asiakastuntemista, asiakkaan tietämystä ja asiakkaan kiinnostusta asiaan. (Kyngäs ym. 2007, 87.)

Asiakaslähtöiseen ohjaamiseen kuuluu myös oleellisena osana ohjauksen arviointi, jota voidaan suorittaa useissa ohjauksen vaiheissa, tai ohjauksen lopussa. Arvioinnissa sekä ohjaaja, että asiakas arvioivat, miten tavoitteisiin on päästy ja miten hyviä ohjauskeinot ovat toimineet. Arviointi lisää ohjattavan tietoisuutta itsestään ja lisää motivaatiota, jos toivottuihin tuloksiin on päästy. Ohjaaja puolestaan saa tietoa, missä on onnistuttu ja aihealueissa on vielä kehittämisen varaa. (Kääriäinen ym. 2006, 29.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena oli työstää sekä suomen-, että englanninkieliset asiakasohjausohjeet (ks. Liite 1) sekä eri ehkäisymenetelmistä kertovan tulostettavan liitteen (ks. Liite 2) Health Education for Mothers -blogiin. Esitimme raakaversioiden yhteyshenkilöllemme ja työstimme materiaalia edelleen hänen kehitysehdotustensa mukaisesti. Blogiteksti ja tulostettava liite perustuvat ajankohtaiseen näyttöön perustuvaan tietoon luotettavista lähteistä (ks. 7. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus).

Suomenkielinen versio tuotettiin pohjana englanninkieliselle versiolle ja suomenkielinen versio on liitetty osaksi opinnäytetyötämme. Materiaali tuotettiin myös englanninkielisenä, sillä suomen kielen käyttö blogissa ei ollut tarkoituksen mukaista blogin kohderyhmää, kehittyvien maiden äitejä ja terveysalan ammattihenkilöitä, ajatellen (Jalonen 2014).

Englannin kieltä opiskellaan useissa maailman maissa ja Saharan eteläpuolisen Afrikan maista suurin osa listaa yhdeksi virallisista kielistään englannin. Englantia puhutaan virallisena kielenä seuraavissa Saharan eteläpuolisen Afrikan maissa: Botswana, Kamerun, Gambia, Ghana, Kenia, Lesotho, Liberia, Malawi, Mauritius, Namibia, Nigeria, Rwanda, Saint Helena, Seychellit, Sierra Leone, Etelä-Afrikka, Swazimaa, Uganda, Zambia ja Zimbabwe (Nations Online 2015).

Opinnäytetyömme tuli osaksi Health Education for Mothers -blogia. Opinnäytetyön aihe muotoutui yhteyshenkilön kanssa keskustellen ja syntyi havaitusta tarpeesta. Yhteyshenkilö ja toinen opinnäytetyön kirjoittajista tapasivat toisensa Ghanassa Narh Bitan opetussairaalassa, jossa molemmat olivat opiskeluiden kautta harjoittelussa. Alun perin opinnäytetyön aihe koski ainoastaan Ghanaa, mutta kirjallisuuskatsausta tehdessä huomattiin että pelkästään Ghanasta ei löytynyt tarpeeksi tutkimustietoa, joten laajensimme opinnäytetyön aiheen koskemaan koko Saharan eteläpuolista Afrikkaa.

Narh Bitan sairaalassa havaitsimme että asiakasohjaus oli puutteellista. Asiakkaat eivät usein tienneet mitä lääkettä söivät tai edes minkä vaivan kyseinen

lääke parantaisi, mutta hoitajiin ja lääkäreihin kohdistuvan suuren kunnioituksen takia asiakkaiden ei ollut sopivaa kysellä enempää. Saharan eteläpuolisen Afrikan maissa on yleistä, että asiakkaat on opetettu tottelemaan ammattilaisten määräyksiä kyseenalaistamatta heidän näkemystään (Bansah ym. 2009, Jewkes 2010).

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään tuote, tapahtuma, opastus tai ohjeistus jonkun käytettäväksi ja tavoitteena on joidenkin ihmisten osallistuminen toimintaan tai toiminnan selkeyttäminen oppaan tai ohjeistuksen avulla. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on yhdistää teoria käytäntöön. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustuu kirjallisuuskatsauksessa osoitettuun tarpeeseen. (Airaksinen & Vilkkä 2004, 9, 38 & 42.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehtiin blogiteksti asiakasohjauksesta ja tulostettava taulukko joka sisältää tiivistetysti tiedot kaikista luotettavista ehkäisy menetelmistä, niiden käytöstä, hyödyistä, haittavaikutuksista jne.

Kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin alueesta aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Kirjallisuuskatsauksessa on perehdytty Saharan eteläpuolisen Afrikan seksuaalisuuteen ja kulttuuriin liittyviin ongelmiin sekä seksuaali-neuvontaan, asiakasohjaukseen, sen menetelmiin sekä blogin käyttöön tietolähteenä. Kirjallisuuden mukaan ehkäisyneuvontaa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on kyllä tutkittu, mutta tutkimuksissa on osoitettu lähinnä sen tarpeellisuus, ei niinkään sitä että sitä tapahtuisi läheskään kaikkialla jossa sitä tarvitaan. Asiakasohjauksesta taas ei löydy tietoa lähes ollenkaan Saharan eteläpuolisen Afrikan alueelta (ks. Liite 5), mistä voisimme päätellä että asiakasohjaus on käsitteenä melko uusi tällä alueella ja sen takia sen näkyvyyttä ja käyttöä on erittäin tärkeä lisätä.

Opinnäytetyössä tuotettavan materiaalin lopulliseksi tuotteeksi muodostui blogiteksti sekä siihen liitettävä, tulostettava tiivistelmä kaikista käytössä olevasta ehkäisy menetelmistä asiakasohjauksen tueksi. On tärkeää että tieto on saatavilla tiiviisti yhdessä paikassa, sillä ohjaustilanteessa yleensä ei ole aikaa lähteä etsimään tietoa useasta eri lähteestä valtavan tietomäärän joukosta. Blogiteksti-

tin ja ehkäisymenetelmistä kertovan tiivistelmän tavoitteena on antaa hoitajille/käyttäjille tiivis tietopaketti jota on helppo löytää tarvitsemansa tieto ohjaustilanteessa. (ks. 6.2 Blogi ohjausmenetelmänä.)

### 6.1 Blogi ohjausvälineenä

Tässä työssä asiakasohjauksen tueksi tuotettiin blogiteksti (ks. Liite 2) jonka tarkoituksena on lyhyesti ja ymmärrettävästi kertoa hoitajalle, mitä asiakasohjaus on, miksi se on hyödyllistä ja miten sitä toteutetaan. Tärkeää on myös korostaa asiakkaan yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.

Ohjausmenetelmäksi valikoitui blogi sen helpon päivitettävyyden, edullisuuden ja laajan saavutettavuuden takia. Jokainen, jolla on käytössään internetyhteys voi lukea blogia koska tahansa ilmaiseksi jos tietää blogin osoitteen. Blogia voi kuitenkin kirjoittaa kuka vaan, ja tekstin luotettavuus voi kärsiä jos lähteitä ei ole merkitty asianmukaisesti. Myös tiedon tuoreus on tärkeää. (ks. 6.2 Blogi ohjausmenetelmänä.)

### 6.2 Blogitekstin ja taulukon toteutus

Blogiteksti (ks. Liite 1) tuotettiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja siinä käsiteltiin, mitä asiakasohjaus on, mitkä ovat ehkäisyneuvonnan tavoitteet, miten asiakasohjausta toteutetaan ja millainen on hyvä ohjaussuhde. Blogitekstiä tehdessämme pyrimme kiinnittämään huomiota tekstin selkeyteen, ytimekkyyteen ja luotettavuuteen. Selkeys auttaa lukijaa ymmärtämään tekstin sisällön. Tämän vuoksi pyrimme välttämään turhia ammattisanoja ja kapulatekstiä. Ytimekkyys auttaa lukijaa pitämään mielenkiinnon aiheeseen, minkä vuoksi kiinnitimme huomiota, että kappaleet ja tekstit ovat mahdollisimman lyhyitä. Luotettavuutta pyrimme lisäämään lähteiden käytöllä ja tekstin loppuun tulevalla lähdeluettelolla.

Taulukkoon (ks. Liite 2) valittiin kuusi osa-aluetta: miten ko. ehkäisymenetelmää käytetään, miten se toimii, mitä se sisältää, mahdolliset käytön esteet, positiivi-

set vaikutukset ja mahdolliset haittavaikutukset. Alkuperäisenä suunnitelmana oli lisätä taulukkoon kuvia eri ehkäisymenetelmistä, mutta taulukon selkeyttämiseksi kuvat menetelmistä päätettiin jättää pois. Taulukko on kuitenkin suunniteltu ensisijaisesti välineeksi hoitoalan ammattilaisille, joten heillä tulisi olla tiedot ehkäisymenetelmien ulkonäöstä. Ei voida myöskään olettaa, että kaikilla hoitoalan ammattilaisilla olisi käytössään väritulostinta, jolloin tulostetun taulukon kuvat luultavasti olisivat mustavalkoisina hyvin epäselviä. Taulukkoon on kerätty tietoa kolmesta luotettavista lähteistä: WHO, väestöliitto ja Lääkärilehti Duodecim.

Taulukko käsittelee 11 eri ehkäisymenetelmää: yhdistelmäehkäisypilleri, minipilleri, ehkäisyimplantti, ehkäisyinjektio (yhdistelmä ja vain progesteronia sisältävä), kupari- ja hormonikierukka, miesten ja naisten kondomi sekä miesten ja naisten sterilisaatio. Jätimme taulukosta pois mm. emättimen sisään asetettavat spermisidit (ehkäisypuikko, -vaahto, -voide, -geeli, -tabletti), pessaaarin, keskeytetyn yhdyntän, ”varmat päivät” ja jälkiehkäisyyn. Jätimme kyseiset ehkäisymenetelmät pois, sillä näitä menetelmiä ei yksistään voida pitää riittävänä ehkäisykeinona (Väestöliitto 2015c). Taulukossa käsitellään yleisimpiä ja tehokkaimpia ehkäisymenetelmiä. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ei juurikaan ole saatavilla ehkäisyrenkaita tai –laastareita (RHL 2011), joten ne on jätetty taulukosta pois.

Liitteen 2 toisella sivulla on vielä tulostettavaksi tavoitteet ehkäisyneuvonnalle ohjauksen tueksi sekä liitteen teossa käytetyt lähteet. Kyseisiä tavoitteita on tarkemmin käsitelty blogitekstissä. Ehkäisyneuvonnalle asetetut tavoitteet ovat selkeät ja ytimekkäät, ja niiden tarkoitus on olla apuna ehkäisyneuvontaa toteuttavalle hoitajalle. Tavoitteiden tarkoituksena on korostaa ohjauksen tärkeimpiä teemoja ja helpottaa näin ohjaavan hoitajan työskentelyä.

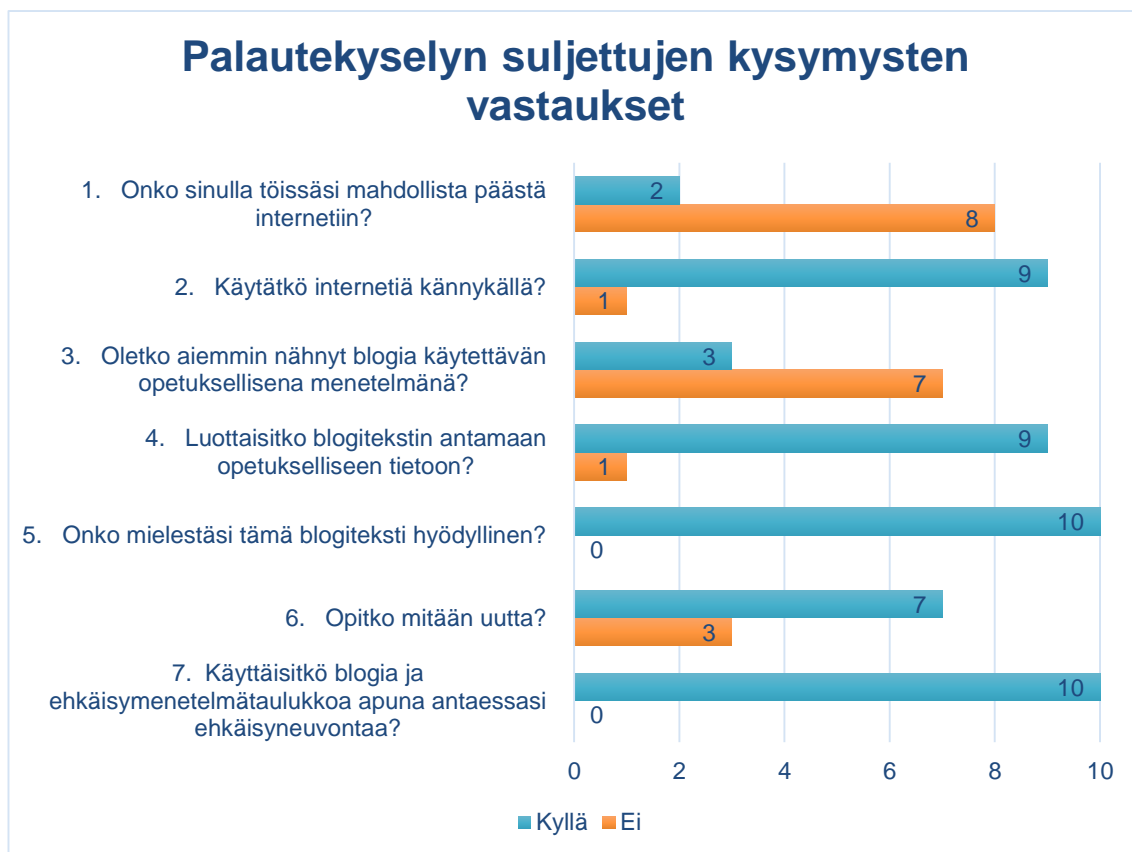
### 6.3 Opinnäytetyön kehittäminen

Opinnäytetyön tuotosta eli blogitekstiä ja ehkäisymenetelmätaulukkoa esiteltiin kesällä 2015 Länsi-Afrikassa, Ghanassa. Samalla tarkoituksena oli markkinoida

blogia ja tehdä sitä tunnetummaksi. Ghanassa materiaalin esittely tapahtui sekä sosiaalisen median kautta että henkilökohtaisesti kolmessa kaupungissa, Accrassa, Dodowassa ja Temassa. Opinnäytetyön tuotosta markkinoitiin eri sairaaloissa ja klinikoilla työskenteleville hoitajille jotka työssään antavat ehkäisyneuvontaa. Tavoitteena oli saada heidät tietoiseksi asiakasohjauksen merkityksestä ja samalla hankkia palautetta opinnäytetyön tuotoksesta.

Suurissa sairaaloissa kyselyn toteuttamiseksi tulee Ghanassa olla kirjallinen lupa virastosta, jonka hankkiminen voi kestää jopa kuukauden, joten kysely toteutettiin henkilökohtaisten kontaktien kautta. Suuretkin sairaalat, kuten Tema General Hospital ottivat kuitenkin materiaalia vastaan mielellään, joten sinne jätettiin muutama tulostettu kopio tuotoksesta ja "käyntikortteja" joissa luki blogin osoite.

Kyselyyn pyydettiin mukaan 18 ghanalaista hoitajaa, joista 10 oli halukkaita osallistumaan työmme kehittämiseen. Kyselyyn osallistuneita hoitajia pyydettiin ensin lukemaan blogiteksti ja taulukko joko omasta älypuhelimestaan tai valmiiksi tulostetusta paperiversiosta. Tämän jälkeen hoitajia pyydettiin täyttämään kirjallinen ja nimetön palautekysely (ks. Liite 3), joka koostui seitsemästä suljetusta ja kolmesta avoimesta kysymyksestä. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa blogin hyödyllisyyttä ja käytettävyyttä osana ehkäisyneuvonnan antamista sekä kerätä kehittämis ehdotuksia, joiden perusteella blogia ja ehkäisymenetelmätaulukkoa voitaisiin kehittää.



Kuvio 1. Palautekyselyn suljettujen kysymysten vastaukset.

Kyselyyn vastanneista kymmenestä hoitajasta yhdeksällä oli mahdollisuus käyttää internetiä kännykällä, mutta vain kahdella oli mahdollista päästä töissä internetiin.

Vastaajista vain kolme oli aiemmin nähnyt blogia käytettävän opetuksellisena menetelmänä, mutta yhdeksän piti sitä luotettavana tiedonlähteenä. Kaikki pitivät blogitekstiä hyödyllisenä ja käyttäisivät blogia sekä ehkäisymenetelmätaulukkoa apuna antaessaan ehkäisyneuvontaa.

Vastanneista seitsemän koki oppineensa uutta. Hoitajille uusia asioita olivat mm. lateksittomat kondomit, miesten ja naisten sterilisaatio, hormonikierukka sekä kierukan mahdolliset haittavaikutukset.

Vastaajat kokivat että voisivat käyttää blogitekstiä ja taulukkoa hyödyksi etenkin niiden yksinkertaisuuden, selkeyden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Taulukon

koettiin helpottavan asiakkaan ymmärtämistä ja olevan yksinkertainen pöydällä pidettävä apuväline. Parannusehdotuksina viisi vastaajaa toi esille että ehkäisymenetelmistä olisi hyvä olla kuvia, kaksi toivoi tekstiin helppolukuisuutta ja yksi mahdollisuutta saada teksti käännettynä muille kielille kuin englanniksi.

#### 6.4 Blogin jatkokehittäminen

Saamamme palautteen pohjalta päätimme luoda vielä erillisen tulostettavan tiedoston, jossa on kuvat moderneista ehkäisymenetelmistä pois lukien naisten ja miesten steriloinnista (ks. Liite 4). Kuvien ollessa erillisenä tiedostona, mutta kuitenkin tulostettavissa, voidaan kuvia käyttää hyödyksi antaessa ehkäisyneuvontaa. Kuvien läsnäoloa ehkäisyneuvontaa antaessa pidettiin hyvin tärkeänä, sillä kuvat helpottavat muistamista ja auttavat hahmottamaan, millaisesta ehkäisymenetelmästä on kyse.

Kuvat ehkäisy- ja minipillereistä, kupari- ja hormonikierukasta sekä miesten kondomista ja hormonikapselista saimme käyttööme Elina Söderlundin ja Laura Ylitalon opinnäytetyönä tehdystä Ehkäisyoppaasta (2015). Kuvat ehkäisyinjektiosta ja naisten kondomista kuvasimme itse kännykkäkameralla ja muokkasimme Paint-ohjelmalla. Kuvia valitessa ja ottaessa haluttiin kiinnittää huomiota kuvien selkeyteen, jotta niitä pystyttäisiin helposti käyttämään apuna antaessa ehkäisyneuvontaa.



## 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettinen ongelma muodostuu kahden tai useamman arvon välisestä ristiriidasta. Eettisessä ajattelussa pohditaan mikä on oikein tai väärin, hyvää tai pahaa tietystä tilanteesta tai ongelmassa. Eettisiin ongelmiin ei yleensä ole olemassa yhtä oikeaa vastausta, mutta eettinen ajattelu voi auttaa valintojen tekemisessä tai toiminnan arvioinnissa ja perustelussa. (Leino-Kilpi 2009a, 61.)

Sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa terveydenhoitajan tehtäväksi on määritetty väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhoitajan tehtävänä on auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa ja hoitotyössä pyrkiä tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea hoitajien eettistä päätöstentekoa ja määrittää hoitajan perustehtävä yhteiskunnassa sekä sairaanhoitajan työn periaatteet. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Terveydenhuoltoa ohjaavat perustuslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus (ETENE 2001). Näitä periaatteita ja lakeja noudatamme myös opinnäytetyössämme.

Asiakasohjauksessa tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä ottaa huomioon asiakkaan arvot, vakaumus ja tavat. Asiakasohjaus on siis tehtävä loukkaamatta asiakkaan seksuaalisuutta, uskontoa ym. paikalliseen kulttuuriin sopeuttaen. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme jatkuvasti työmme eettisyyttä ja pyrimme rakentamaan blogitekstistä mahdollisimman neutraalin, jotta se ei loukkaisi ketään ja tavoittaisi mahdollisimman suuren yleisön.

Hoitajan tulee ohjata jokaista asiakasta yhtä hyvin ja hänen yksilöllisen tarpeensa mukaan, riippumatta hänen kulttuuristaan, uskonnostaan, äidinkielestään, sukupuolestaan, iästään tai yhteiskunnallisesta asemasta. Jokaista asiakasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Abdelhamid ym. 2010, 79-80.)

Antaakseen asiakkaalleen riittävän hyvää tietoa tulee hoitajan olla tietoinen siitä, että annettava ohjaus perustuu luotettavaan ja tieteelliseen näyttöön. Lisäksi hoitajan on kyettävä arvioimaan, minkälainen riski jollain asialla kuten sukupuolitaudeilla on asiakkaan terveyden kannalta, jotta hän kykenee perustellusti vaikuttamaan toisen ihmisen terveyttä koskeviin päätöksiin. Kaikelle terveyttä koskevalle tiedolle ei ole olemassa yhtä tutkimuksiin perustuvaa näyttöä, minkä vuoksi toisinaan hoitajan tulee tukeutua kokemuksiinsa ja kuunnella potilaan käsityksiä asiasta. (Leino-Kilpi 2009b, 186-187.) Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme, mikä oikeus meillä on vaikuttaa toisen näkemykseen hänen omasta terveydestään. Tämä on myös terveyden edistämisen peruskysymys.

Itsemääräämisoikeus näkyy seksuaalineuvonnassa ja asiakasohjauksessa asiakkaan osallistamisena. On tärkeää välttää oletuksia ja stereotyyppistä ajattelua ja antaa asiakkaan itse kertoa mielipiteensä. Seksuaalisuus on herkkä aihe ja sen vuoksi ehkäisyneuvontaa annettaessa asiakasta on lähestyttävä kunnioittavasti ja hienotunteisesti. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Voidaan myös eettisesti pohdita, onko meillä oikeutta neuvoa toisten maiden ja kulttuurien ihmisiä heidän henkilökohtaisissa ehkäisyvalinnoissaan? Tarkoitus on joka tapauksessa hyvä ja tiedon jakaminen on tärkeää seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyvien ongelmien kuten äitiyskuolemien ja HIV:n vähentämiseksi.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisen tutkimuksen edellytys. Lähdekriittisyys on tärkeä osa eettisesti hyvää tutkimusta, joten lähteiden luotettavuutta tulee arvioida lähteitä valitessa. Opinnäytetyön lähteiden luotettavuutta arvioidessa on huomioitu lähteiden ikä, laatu ja uskottavuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 113.) Opinnäytetyössä on käytetty lähteinä tieteellisesti hyväksytyjä terveysalan julkaisuja kuten tutkimuksia, artikkeleita ja suosituksia.

Opinnäytetyö perustuu ajankohtaisiin ja luotettaviin, tieteellisesti hyväksyttyihin aineistoihin. Plagioinnin eli luvattoman lainaamisen välttämiseksi kaikki opinnäytetyössä esitetty tieto perustuu lähteisiin ja lähteet on merkitty huolellisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon (Airaksinen & Vilka 2004, 78). Pyrimme ensisijaisesti käyttämään lähteiden haussa luotettavia hakutietokantoja ja arvioimaan hakutuloksia kriittisesti. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja ovat Medic, Pubmed ja Google Scholar. Opinnäytetyön liitteenä olevasta tiedonhakutaulukosta (ks. Liite 5) selviävät käytetyt hakusanat ja rajaukset.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet ovat sekä kansainvälisiä että suomalaisia. Kansainväliset lähteet ja tutkijat ovat opinnäytetyön kohderyhmän kannalta välttämättömiä ja tuovat autenttisuutta työhön. Englanninkielisten lähteiden lukeminen on toisinaan haastavampaa kuin suomenkielisten, ja väärinymmärrykset saattavat aiheuttaa luotettavuusongelman. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Englanninkielisten lähteiden tulkitsemisessa olemme käyttäneet tarvittaessa sanakirjaa ja varmistaneet tarkkaan ymmärtäneemme oikein ennen kuin olemme käyttäneet lähteen tietoja työssämme.

Lähteiden valinnassa olemme olleet kriittisiä varmistaaksemme julkaisijan luotettavuuden ja olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman paljon alkupe-  
räisjulkaisuja. Lisäksi pyrimme käyttämään vain mahdollisimman tuoreita, alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Osa lähteistä, kuten Sairaanhoidajaliiton eettiset ohjeet (1996) ovat yli kymmenen vuotta vanhoja, mutta niiden käyttö on perusteltua tiedon hyödyllisyyden ja nykyaikaan sovellettavuuden takia (Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sairaanhoidajaliitto 1996). Pyrimme olemaan mahdollisimman objektiivisia ja esittämään tiedon huolellisesti ja rehellisesti.

Opinnäytetyön kehittämisvaiheessa tehty kysely toteutettiin paperisen kyselylomakkeen avulla, osa vastaajista vastasi kysymyksiin sosiaalisen median kautta. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastanneiden hoitajien nimeä ei merkitty ylös missään vaiheessa, vaan kysely toteutettiin nimettömänä. Osallistujille myös kerrottiin että kyselyssä ei kerätä heidän nimiään, näin taattiin vastaajien anonymiteetti, vastausten todenmukaisuus ja nostettiin vastaajien halukkuutta osallistua kyselyyn. Sosiaalisen median kautta jaettavaan tietoon

liittyy aina tietoturvariski. Osa kyselyistä voitiin siitä huolimatta toteuttaa sosiaalisen median kautta sillä kyselyssä ei kerätty henkilökohtaista tietoa vastaajista ja he itse halusivat osallistua kyselyyn nimenomaan sosiaalisen median välityksellä. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista.

Opinnäytetyöhön liitettiin kehittämisvaiheessa kuvia ehkäisymenetelmistä. Osa kuvista on luvallisesti lainattu Elina Söderlundin ja Laura Ylitalon opinnäytetyönä tehdystä Ehkäisyoppaasta (2015) ja osa kuvista on otettu itse kännykkäkameralla ja muokattu Paint-ohjelmalla. Näin välttyttiin plagioinnilta ja tekijänoikeusongelmilta.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli Saharan eteläpuolisen Afrikan maiden äitien seksuaaliterveyden edistäminen, sekä ko. maiden hoitajien asiakasohjaustaitojen ja ehkäisytietyden parantaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä asiakasohjausta käsittelevä blogiteksti sekä tekstiin liitettävä ehkäisymentelmiä käsittelevä taulukko. Blogitekstin ja taulukon tavoitteena on antaa hoitajille tietoa ehkäisymentelmistä ja saada Saharan eteläpuolisen Afrikan hoitajat toteuttamaan työssään enemmän asiakaslähtöistä ohjausta.

Opinnäytetyön tuotos voidaan perustella kirjallisuuskatsauksen avulla (Airaksinen & Vilkkä 2004, 42). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli rajata opinnäytetyön aihetta ja tarkastella aiemmin aiheesta tehtyjä tutkimuksia.

Alkuperäinen opinnäytetyön aiheen rajaus koski ainoastaan Ghanaa, mutta kirjallisuuskatsausta tehdessä päädyimme laajentamaan aihealueen koskemaan koko Saharan eteläpuolista Afrikkaa. Pelkästään Ghanasta ei löytynyt riittävästi tietoa ja huomasimme tarpeen asiakaslähtöiselle ohjaukselle ja ehkäisyneuvonnalle koskevan myös muita maita. Olisimme halunneet tuoda esiin myös enemmän kulttuurin ja uskontojen vaikutusta ehkäisyneuvontaan, mutta aihetta ei ole tutkittu riittävästi. Myöskään alueella tapahtuvasta asiakasohjauksesta ja asiakasohjaukseen liittyvistä projekteista ei löytynyt juuri lainkaan tutkittua tietoa.

Kirjallisuuskatsauksessa nousi esille Saharan eteläpuolisen Afrikan asukkaiden lisätarve ehkäisyneuvonnalle, "unmet need for family planning" (Agardh ym. 2012; Askew ym. 2013; Bansah ym. 2009; Cleland ym. 2014) ja että asiakasohjaus on siellä usein puutteellista ja hoitajalähtöistä (Bansah ym. 2009; Jewkes 2010). Asiakasohjauksesta ja ehkäisyneuvonnasta tarvitaan siis lisätietoa, ja kirjallisuuskatsauksessa esitetyt tulokset osoittavat opinnäytetyömme hyödyllisyyden.

Blogin markkinointi ja sen tunnetuksi tuominen on yksi suurimpia haasteita opinnäytetyömme kannalta. Blogi on melko tuore (perustettu tammikuussa

2014) ja huhtikuussa 2015 sitä on luettu vasta 225 kertaa, joten markkinoinnille on tarvetta (Jalonen 2014). Uskomme että opinnäytetyön tuotoksesta voisi olla suuri hyöty kehittyvien maiden hoitajille, mutta haasteena on tavoittaa kohdeyleisömme. Blogia on aiemmin markkinoitu Ghanassa Narh Bitan opetussairaalassa. Markkinointia jatkettiin kesällä 2015 sosiaalisessa mediassa (Facebook), Ghanassa ja Sambiassa sekä henkilökohtaisesti että yhteyshenkilöiden välityksellä, minkä seurauksena blogia oltiin luettu lokakuussa 2015 jo 500 kertaa (Jalonen 2014). Markkinoinnin lisäksi toivomme, että kun blogi saavuttaa enemmän lukijoita, hoitajat myös suosittelevat blogia toisilleen.

Haasteena on tavoittaa myös kaikkein köyhimmät alueet, joilla ei ole mahdollisuutta tietokoneen ja/tai netin käyttöön. Juuri tämän takia blogi on suunnattu ensisijaisesti terveysneuvontaa antavalle henkilökunnalle, joilla on suurempi todennäköisyys työpaikallaan päästä tietokoneen ja internetin ääreen. Antamalla oikeaa tietoa kehittyvien maiden hoitajille saadaan tietoa ehkäisystä välitettyä myös niille asiakkaille, joilla ei itsellään ole mahdollisuutta käyttää tietokonetta.

Blogia päivittää ja ylläpitää blogin perustaja Johanna Jalonen. Ehkäisymenetelmistä ja asiakasohjauksesta tulee koko ajan uutta tietoa ja tutkimuksia, joten blogitekstin ja taulukon ajan tasalla pitäminen on tärkeää jotta asiakas saa ohjauksen kautta aina tuoreimman näyttöön perustuvan tiedon.

Opinnäytetyön tuotoksen arviointi tapahtui kehittämistyönä. Suunnitelmana oli toteuttaa Ghanassa kesällä 2015 kysely tuotoksesta. Tarkoituksena oli pyytää ghanalaisia hoitajia lukemaan blogitekstin ja siihen liitetyn ehkäisymenetelmätaulukon sekä mahdollisesti käyttämään niitä ohjattaessaan asiakkaita ehkäisyasioissa. Tämän jälkeen pyysimme heitä täyttämään lyhyen kyselyn blogitekstin ja taulukon hyödyllisyydestä, tiedon tarpeellisuudesta, blogin käyttökelpoisuudesta ohjaustilanteessa ja siitä, onko heillä ylipäättään työssään mahdollisuutta käyttää internetiä. Pyysimme myös kommentteja ja parannusehdotuksia, joiden perusteella kehitämme tuotostamme vielä paremmaksi ja kohderyhmää paremmin palvelevaksi.

Kyselyn perusteella opinnäytetyön tuotoksen voidaan arvioida täyttäneen sille asetetut tavoitteet. Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä ehkäisymenetelmätaulukko ja blogiteksti olivat selkeitä, helppolukuisia ja hyödyllisiä ehkäisyneuvontaa antavalle hoitajalle. Erityisesti ehkäisymenetelmätaulukkoa pidettiin helposti ymmärrettävänä. Jokainen kyselyyn vastanneista hoitajista sanoi että voisi käyttää tuotosta hyödyksi työssään. Seitsemän vastanneista koki oppineensa jotain uutta, mikä oli tärkeimpiä tavoitteitamme. Halusimme tuoda asiakasohjauksen käsitettä tutuksi ja antaa hoitajille eväitä asiakasohjauksen toteuttamiseen.

Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista sanoi käyttävänsä internetiä älypuhelimellaan, mutta vain muutamalla oli mahdollisuus käyttää internetiä työpäikällä. Tämä asettaa haasteita opinnäytetyömme tuotteelle, pohdimmekin tavoittaako blogi kohdeyleisönsä riittävällä laajuudella. Erityisesti haasteena on saada tietoa kaikkein köyhimmille alueille missä internetin käyttö on vähäistä.

Opinnäytetyön kehittämiseksi pyysimme hoitajilta kehittämis ehdotuksia opinnäytetyön tuotosta koskien. Puolet vastanneista toivoi materiaalin tueksi kuvia ehkäisymenetelmistä, kaksi toivoi tekstin helppolukuisuutta ja yksi vastaaja toivoi tekstin käännöstä muulle kielelle kuin englanniksi. Koska puolet vastaajista toivoi kuvien lisäämistä, päätimme lisätä ne materiaaliin. Kuvat lisäävät asiakkaan ymmärrystä ja tietämystä ehkäisymenetelmistä. Kuvien avulla asiakasta ohjaava henkilö voi helposti visualisoida eri ehkäisymenetelmiä asiakkaalle. Jatkokehitysideana materiaalia voisi kääntää muillekin kielille, mutta meillä ei siihen valitettavasti ollut mahdollisuuksia.

Jatkossa olisi hyödyllistä, jos blogitekstin ja ehkäisymenetelmätaulukon käyttöön ottaneita hoitajia voitaisiin haastatella ja selvittää, onko ohjeistuksesta ollut hyötyä pidemmällä aikavälillä. Lisäksi tulisi tutkia millaisilla muilla asiakasohjausmenetelmillä ehkäisyneuvontaa voitaisiin antaa ja mikä näistä on hyödyllisin asiakkaan kannalta. Asiakasohjauksen toteutumista yleisesti Saharan eteläpuolisessa Afrikassa olisi hyvä tutkia lisää ja sen vaikutuksia asiakkaiden kokemukseen tulisi tutkia laajemmin. Blogin käyttöä ohjausmenetelmänä voitaisiin laajentaa myös muihin kuin ehkäisyyn liittyviin aiheisiin.

## LÄHTEET

- Abdelhamid, P.; Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Agardh, A.; Asamoah, B.; Boltena, A. & Khan, F. 2012. Barriers faced by Ugandan university students in seeking medical care and sexual health counselling: a cross-sectional study. Viitattu 19.11.2014. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/986>
- Airaksinen, T. & Vilka, H. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ali, A. & Okud, A. 2013. Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan. Viitattu 20.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566931/>
- Asante, K. & Doku, P. 2010. Cultural adaptation of the Condom Use Self Efficacy Scale (CUSES) in Ghana. Viitattu 15.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874779/>
- Askew I.; Jain AK.; Obare F.; RamaRao S. 2013. Reducing Unmet Need by Supporting Women With Met Need. Viitattu 22.3.2015. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3913313.pdf>
- Bansah, M.; O'Brien, B.; Oware-Gyekye, F. 2009. Perceived prenatal learning needs of multi-gravid Ghanaian women. Viitattu 11.3.2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000903>
- Baschieri, A.; Clements, S.; Hennink, M.; Madise, N.; Stephenson, R. 2007. Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. Viitattu 15.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913073/>
- Buvé, A.; Bishikwabo-Nsarhaza, K. & Mutangadura, G. 2002. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. Viitattu 24.3.2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602088232>
- Central Intelligence Agency 2012a. The world factbook: Djibouti. Viitattu 11.3.2015. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/dj.html>
- Central Intelligence Agency 2012b. The world factbook: Ghana. Viitattu 11.3.2015. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gh.html>
- Central Intelligence Agency 2012c. The world factbook: Niger. Viitattu 19.9.2014. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ng.html>
- Central Intelligence Agency 2012d. The world factbook: Swaziland. Viitattu 19.9.2014. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/wz.html>
- Central Intelligence Agency 2013. About CIA. Viitattu 17.3.2015. <https://www.cia.gov/about-cia>
- Cleland J.; Harbison S.; Shah IH. 2014. Unmet need for contraception: issues and challenge. Viitattu 11.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24931071>
- Cleland, J. & Machiyama, K. 2015. Unmet Need for Family Planning: Past Achievements and Remaining Challenges. Viitattu 11.3.2015. <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1395273>
- Dalton, V.; Danso, K.; Gyan, K.; Johnson, T.; Kwawukume, Y.; Mullan, P. & Xu, X. 2013. International Family Planning Fellowship Program: Advanced Training in Family Planning to Reduce Unsafe Abortion. Viitattu 18.9.2014. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3904213.html>



Educational Pathways International 2010. What is a Developing Country. Viitattu 30.3.2015. [http://www.educationalpathwaysinternational.org/?page\\_id=97](http://www.educationalpathwaysinternational.org/?page_id=97)

Faculty of Sexual & Reproductive Health Care UK 2009. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Viitattu 30.3.2015. <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>

Filimon, S.; Ioan, A.; Alexandru, R.; Ruxandra, R. 2010. Blog marketing – a relevant instrument of the marketing policy. *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 12(2), 760-765. Viitattu 11.3.2015. <http://oeconomica.uab.ro/upload/lucrari/1220102/29.pdf>

Fonner, V.; Armstrong, K.; Kennedy, C.; O'Reilly, K. & Sweat, M. 2014. School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Viitattu 27.10.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942389/>

Hankonen, A.; Kaarela, E.; Palosaari, T.; Pinola, K.; Säkkinen, M.; Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit, 23–30. Toimittaneet Lipponen, K; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Viitattu 17.9.2014. [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Hattingh, D.; Russo, B.; Sun-Basorun, A. & Van Wamelen, A. 2012. The rise of the African consumer. Viitattu 11.3.2015. [http://notiziario.infoafrica.it/wp-content/uploads/2013/01/Rise\\_of\\_the\\_African\\_consumer-McKinsey\\_Africa\\_Consumer\\_Insights\\_Center\\_report.pdf](http://notiziario.infoafrica.it/wp-content/uploads/2013/01/Rise_of_the_African_consumer-McKinsey_Africa_Consumer_Insights_Center_report.pdf)

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

International Telecommunication Union 2015. About ITU. Viitattu 17.3.2015. <http://www.itu.int/en/about/Pages/default.aspx>

International Telecommunication Union 2014. The world in 2014. ICT Facts and Figures. Viitattu 17.3.2015. <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/ICTFactsFigures2014-e.pdf>

International Telecommunication Union 2013. Study on international Internet connectivity in sub-Saharan Africa. Viitattu 17.3.2015. [http://www.itu.int/en/ITU-D/Regulatory-Market/Documents/IIC\\_Africa\\_Final-en.pdf](http://www.itu.int/en/ITU-D/Regulatory-Market/Documents/IIC_Africa_Final-en.pdf)

Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A.; Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006 Hyvä potilasohjaus prosessina. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit, 10–18. Toimittaneet Lipponen, K; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Viitattu 17.9.2014. [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Jalonen, J. 2014. Health Education for Mothers –blogi. Viitattu 30.3.2015. <http://momsteroy.blogspot.fi/>

Jewkes, R. 2010. Where to for Sexual Health Education for Adolescents in Sub-Saharan Africa? Viitattu 18.9.2014. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000288>

Kantorová, V.; Biddlecom, A. & Newby, H. 2014. Keeping pace with population growth. Viitattu 19.9.2014. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961130-2/fulltext>

Kvasny, L. & Chong, J. 2008. The ABC Approach and the Feminization of HIV/AIDS in the Sub-Saharan Africa. Viitattu 24.3.2015. <http://faculty.ist.psu.edu/lkvasny/eHealthBookChapter-KvasnyChong.pdf>

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27–31. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki.

Lal, K. & Oyelaran-Oyeyinka, B. 2005. Internet diffusion in sub-Saharan Africa: A cross-country analysis. Viitattu 28.3.2015.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308596105000479>

Leino-Kilpi, H. 2009a. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. 2009b. Terveystiedon edistämisen etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.....

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Murphy, E.; Greene, M.; Mihailovic, A. & Olupot-Olupot, P. 2006. Was the “ABC” Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV? Viitattu 24.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1564179/> Nations Online 2015. One world. Viitattu 11.3.2015. [http://www.nationsonline.org/oneworld/countries\\_by\\_languages.htm](http://www.nationsonline.org/oneworld/countries_by_languages.htm)

Ncube, N.; Akunna, J.; Babatunde, F.; Nyarko, A.; Yatich, N.; Ellis, W.; Turpin, A. & Jolly, P. 2012. Sexual Risk Behaviour Among HIV-Positive Persons in Kumasi, Ghana. Viitattu 16.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353501/#?po=75.0000>

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Tutkimuseettiset suositukset. Viitattu 24.10.2014. [http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oamk.fi%2Fsote%2Fdocs%2Ftutkimuseettiset\\_suositukset&ei=8NxLVInOPMLjywPBxoCIDQ&usq=AFQjCNE2TA6Ual2niDfv9e1\\_5xTI9o0OVg&bvm=bv.77880786,d.bGQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oamk.fi%2Fsote%2Fdocs%2Ftutkimuseettiset_suositukset&ei=8NxLVInOPMLjywPBxoCIDQ&usq=AFQjCNE2TA6Ual2niDfv9e1_5xTI9o0OVg&bvm=bv.77880786,d.bGQ)

PEPFAR 2015a. About PEPFAR. Viitattu 24.3.2015. <http://www.pepfar.gov/about/index.htm>

PEPFAR 2015b. Defining the ABC Approach. Viitattu 24.3.2015. <http://www.pepfar.gov/reports/guidance/75837.htm>

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 24.10.2014. [https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Sannisto, T.; Kuortti, M.; Kuukankorpi, A. & Niitty, S. 2012. Raskauden ehkäisyn aloitus ja seuranta. Duodecim. Viitattu 17.3.2015. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10329#s4](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10329#s4)

Santa Clara University 2001. Religion and Politics in Sub-Saharan Africa. Viitattu 11.3.2015. [http://www.scu.edu/ethics-center/world-affairs/politics/By\\_Countries\\_Regions/Subsaharanafrica.cfm](http://www.scu.edu/ethics-center/world-affairs/politics/By_Countries_Regions/Subsaharanafrica.cfm)

Sovran, S. 2013. Understanding culture and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. Viitattu 18.9.2014. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17290376.2013.807071#.VBIQLRZ57yU>

Stephenson, R. 2009. Community Influences on Young People's Sexual Behavior in 3 African Countries. Viitattu 16.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636596/>

Söderlund, E. & Ylitalo, L. 2015. Ehkäisyopas.

The WHO Reproductive Health Library 2011. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. Viitattu 21.3.2015. [http://apps.who.int/rhl/archives/cd004317\\_goonewardenem\\_com/en/index.html](http://apps.who.int/rhl/archives/cd004317_goonewardenem_com/en/index.html)

The World Bank 2015. Country and Lending Groups. Viitattu 30.3.2014.  
<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 24.3.2015.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut)

UNAIDS 2014. Fact sheet 2014. Viitattu 15.9.2014.  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716\\_FactSheet\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf)

United Nations 2011. World Contraceptive Use 2011. Viitattu 19.3.2015.  
[http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart\\_front.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf)

United Nations 2015. Overview. Viitattu 20.3.2015. <http://www.un.org/en/sections/about-un/overview/index.html>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 20.10.2014.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)

Väestöliitto 2015a. Raskauden ehkäisy. Viitattu 17.3.2015.  
[http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/raskauden\\_ehkaisy/](http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/raskauden_ehkaisy/)

Väestöliitto 2015b. Ehkäisymenetelmät. Viitattu 17.3.2015.  
<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisymenetelmat/>

Väestöliitto 2015c. Ehkäisyvaihtoehtoja eivät ole. Viitattu 30.3.2015.  
<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisyvaihtoehtoja-eivat-ole/>

World Health Organization 2013. Family planning. Viitattu 6.3.2015.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

World Health Organization 2015. HIV/AIDS. Viitattu 17.3.2015.  
[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/en/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/)

# Asiakasohjaus ja ehkäisyneuvonta

## Mitä asiakasohjaus on?

Asiakasohjaus tarkoittaa asiakkaan opastamista, ohjaamista ja neuvontaa. Asiakasohjauksen tavoitteena on antaa asiakkaalle hänen tarpeidensa mukaista tietoa, lisätä hänen ymmärrystään ja aktivoida hänet ottamaan itse vastuu omaa terveyttään koskevista päätöksistä. Asiakkaalle annettavan tiedon tulee olla näyttöön perustuva ja ajankohtaista. Ohjaajan tulisi pyrkiä keskustelemaan ilmapiiriin ja välttää antamasta asiakkaalle valmiita ratkaisuja.

Ehkäisyneuvonnassa asiakasohjaus koostuu asiakkaan opastamisesta hänelle parhaan ehkäisymenetelmän valinnassa. Asiakasta informoidaan eri ehkäisymenetelmien eroista, mahdollisista hyödyistä ja haitoista sekä turvallisesta käytöstä. On tärkeää huomioida asiakkaan tarpeet ja toiveet, aikaisempi ehkäisytausta, mahdolliset sairaudet, kumppanien määrä sekä asiakkaan mahdollisesti kokemat oireet. Asiakkaan on tärkeä tietää, miksi käyttää juuri hänelle yhdessä valittua ehkäisymenetelmään ja mitä vaikutuksia ko. menetelmällä voi olla hänen terveyteensä.

## Ehkäisyneuvonnan tavoitteet:

1. Asiakas saa yksilöllistä ja tarpeitansa vastaavaa ohjausta ehkäisymenetelmistä
2. Asiakas ymmärtää ehkäisymenetelmien tarkoituksen
3. Asiakas osaa käyttää valittua menetelmää oikein jotta ehkäisyteho on paras mahdollinen
4. Ehkäisyneuvontaa toteuttava ammattilainen kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja toteuttaa salassapitovelvollisuutta

## Miten asiakasohjausta toteutetaan?

Asiakasohjaus lähtee asiakkaan tarpeesta. Yhdessä keskustellen kartoitetaan asiakkaan ongelma ja etsitään siihen ratkaisu, lopuksi ohjausta ja sen tuloksia arvioidaan yhdessä. Ohjausprosessin tarkoituksena on saada asiakas itse pohtimaan vaihtoehtojaan saamansa ohjauksen perusteella, ohjaajan tehtävänä on tukea, opastaa ja auttaa asiakasta pääsemään hänelle yksilöllisesti valittuun päämäärään.

Aluksi on hyvä selvittää, mitä asiakas jo tietää aiheesta ja mistä hän haluaa lisätietoa. Anna asiakkaan kertoa omia kokemuksiaan ja mielipiteitään. Tämä lisää asiakkaan kokemusta siitä, että hän saa itse osallistua päätöksentekoon, mikä taas lisää hänen motivaatiotaan sitoutua käyttämään valittua ehkäisymenetelmää. On tärkeää puhua sellaista kieltä jota asiakas ymmärtää, älä käytä vaikeita hoitotyön termejä.

Käytä apuna myös visuaalista ohjausta ja kirjallisia ohjeita! On tutkittu että asiakas ymmärtää vain 10% siitä mitä kuulee, mutta 75% siitä mitä näkee. Kirjallinen materiaali helpottaa tiedon muistamista. Ohjaustilanteen loppuun on hyvä jättää tilaa kysymyksille ja keskustelulle, tärkeimmät asiat tulisi aina kerrata ohjaustilanteen loppuksi, jotta ne jäisivät mieleen.

Kun asiakas ymmärtää ehkäisymenetelmien tarkoituksen ja käytön, se lisää hänen motivaatiotaan sitoutua käyttämään menetelmää ohjeiden mukaan. On tärkeää, että asiakas saa kysyä kysymyksiä ja tarkentaa saamaansa tietoa. Kun asiakas saa tarpeeksi tietoa ja on motivoitunut käyttämään ehkäisyä oikein, välttään ei-toivotuilta raskauksilta ja sukupuolitaudeilta.

### Hyvä ohjaussuhde

Ohjaajan ja asiakkaan välille muodostuu ohjaussuhde heidän pohtiessaan yhdessä ratkaisua asiakkaan ongelmaan. Ohjaussuhteessa tärkeää ovat hyvät vuorovaikutustaidot, luottamus, empatia ja välittäminen. Ohjaajan tulee luoda ohjaustilanteeseen sellainen ilmapiiri, että asiakas uskaltaa kysyä ja kertoa oman mielipiteensä. Ohjaajan tulee ottaa huomioon asiakkaan tausta, kulttuurilliset tekijät ja arvot ja toteuttaa ohjausta yksilöllisesti asiakkaalle sopivalla tavalla. Ohjaajan tarkoitus on tiedon antamisen lisäksi motivoida ohjattavaa näkemään asiat uudella tavalla.

Ohjaajan tulee noudattaa salassapitovelvollisuutta ja kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä sekä ohjaustilanteessa että sen jälkeen. On tärkeää valita ohjaukseen sopiva rauhallinen tila, missä muut hoitajat tai asiakkaat eivät voi kuulla asiakkaan asioita. Ohjaajan tulee käsitellä kaikkia seksuaalisuuteen liittyviä asioita kunnioittaen ja hienotunteisesti.

Liitteenä tulostettava taulukko ehkäisymenetelmistä.

### Lähteet

Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A.; Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006 Hyvä potilasohjaus prosessina. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhän soveltuvat ohjausmallit, 10–18. Toimittaneet Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Viitattu 17.9.2014. [https://www.ppshep.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27–31. Suomensairaanhoitajaliitto ry: Helsinki.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Ehkäisyvälineet	Miten käytetään?	Miten toimii?	Mitä sisältää?	Käytön esteet:	Pos. vaikutukset	Mahd haittavaikutukset
Yhdistelmäehkäisytabletti	Otetaan joka päivä yksi tabletti 3 viikon ajan, minkä jälkeen pidetään viikon tauko	Estää munasolun irtoamisen munasarjoista (ovulaation)	Progesteroni- ja estrogeenihormoneja	Imetys, kohonnut laskimo- tai valtimotukoksen riski, syöpä, migreeni	Kuukautiskivut, vuodon määrä ja vuodon kesto vähenevät	Rintojen arkuus, pahoinvointi, päänsärky, mielialanmuutokset, turvotuksesta johtuva painon nousu
Minipilleri	Otettava samaan aikaan joka päivä	Estää ovulaation sekä paksuntaa kohdunkaulan limaa, jotta siittiösolut eivät pääse kohtuun	Progesteroni-hormonia	Rintasyöpä tai sairastettu rintasyöpä, vakava maksakirroosi tai muu maksasairaus		Epäsäännöllinen vuoto, akne ja emättimen limakalvojen kuivuminen
Ehkäisyimplantti	Hoitohenkilö asettaa injektiona ihon alle, josta hormonia vapautuu hitaasti	Estää ovulaation sekä paksuntaa kohdunkaulan limaa, jotta siittiösolut eivät pääse kohtuun	Progesteroni-hormonia	Rintasyöpä tai sairastettu rintasyöpä, vakava maksakirroosi tai muu maksasairaus		Epäsäännöllinen vuoto, akne ja emättimen limakalvojen kuivuminen
Ehkäisyinjektio (vain progesteroni)	Hoitaja pistää injektion lihakseen 2-3kk välein (riippuen merkistä)	Estää ovulaation sekä paksuntaa kohdunkaulan limaa, jotta siittiösolut eivät pääse kohtuun	Progesteroni-hormonia	Rintasyöpä tai sairastettu rintasyöpä, vakava maksakirroosi tai muu maksasairaus		Epäsäännöllinen vuoto, viivästynyt hedelmällisyyteen palautuminen (1-4kk käytön jälkeen)
Ehkäisyinjektio (yhdistelmä)	Hoitaja pistää lihakseen 1kk välein	Estää ovulaation	Progesteroni- ja estrogeenihormoneja	Imetys, kohonnut laskimo- tai valtimotukoksen riski, syöpä, migreeni	Kuukautiskivut, vuodon määrä ja vuodon kesto vähenevät	Epäsäännöllinen vuoto, viivästynyt hedelmällisyyteen palautuminen (1-4kk käytön jälkeen)
Kuparikierukka	Lääkäri asettaa kohtuun (Kestää 5 vuotta)	Kupari vahingoittaa siittiöitä ja estää munasolun hedelmöittymisen	Pieni, joustava, muovinen esine, joka sisältää kuparia	Synnytyksestä alle 4 viikkoa	Voidaan käyttää jälkiehkäisinä	Runsas ja pidemmät kuukautiset muutaman kuukauden ajan
Hormonikierukka	Lääkäri asettaa kohtuun (Kestää 3 tai 5 vuotta riippuen merkistä)	Vapauttaa tasaisesti pienen määrän hormonia, joka estää kohdun seinämän paksuuntumisen	Pieni, joustava, muovinen T:n muotoinen esine, joka sisältää progesteroni-hormonia	Rintasyöpä tai sairastettu rintasyöpä, vakava maksakirroosi tai muu maksasairaus	Vähentää kuukautisten aikana esiintyviä kramppeja ja lieventää endometreosin oireita	Kuukautisten loppuminen
Miesten kondomi	Asetetaan miehen jäykistyneen peniksen päälle	Estää sperman pääsyn emättimeen	Ohutta läpikuultavaa kumia tai muovia	Lateksiallergia (huom! saatavilla myös lateksittomia kondomeja)	Ainoa menetelmä naisten kondomin lisäksi joka suojaa sukupuolitaudeilta	
Naisten kondomi	Asetetaan sisään emättimeen	Estää sperman pääsyn emättimeen	Ohutta läpikuultavaa muovia		Ainoa menetelmä miesten kondomin lisäksi joka suojaa sukupuolitaudeilta	
Miesten sterilisaatio	Siemenjohtimet, jotka tuovat spermasoluja kiveksistä leikataan poikki tai tukitaan	Estää siittiöiden pääsyn siemennesteeseen			Ei vaikuta miehen "suorituksen" seksin aikana	Ehkäisyteho on varma vasta 3kk leikkauksen jälkeen, ei voida peruuttaa
Naisten sterilisaatio	Munanjohtimet, jotka kuljettavat munasoluja kohtuun, tukitaan tai leikataan poikki	Estää munasolujen pääsemisen kohtuun				Ei voida peruuttaa

# Ehkäisymenetelmät –taulukko

Ehkäisyneuvonnan/asiakasohjauksen tavoitteet:

1. Asiakas saa yksilöllistä ja tarpeitansa vastaavaa ohjausta ehkäisymenetelmistä
2. Asiakas ymmärtää ehkäisymenetelmien tarkoituksen
3. Asiakas osaa käyttää valittua menetelmää oikein jotta ehkäisyteho on paras mahdollinen
4. Ehkäisyneuvontaa toteuttava ammattilainen kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja toteuttaa salassapitovelvollisuutta

## Lähteet:

Faculty of Sexual & Reproductive Health Care UK 2009. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Viitattu 30.3.2015. <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>

Sannisto, T.; Kuortti, M.; Kuukankorpi, A. & Niitty, S. 2012. Raskauden ehkäisyn aloitus ja seuranta. Duodecim. Viitattu 17.3.2015. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10329#s4](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10329#s4)

Väestöliitto 2015b. Ehkäistymenetelmät. Viitattu 17.3.2015. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisymenetelmat/>

World Health Organization 2013. Family planning. Viitattu 6.3.2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

Feedback survey:

[www.momsteroy.blogspot.fi](http://www.momsteroy.blogspot.fi)

1. Do you have access to internet at work?  
yes/no
2. Do you use internet on a mobile phone?  
yes/no
3. Have you ever seen a blog being used as an educational tool?  
yes/no
4. Would you rely on a blog text for educational information?  
yes/no
5. Do you think the blog post and table are useful?  
yes/no
6. Did you learn anything new?  
yes/no

If yes, what?

---

7. Would you use the blog post and the table of the contraceptive methods as an aid when giving family planning guidance?  
yes/no

Why /Why not?

---

8. What would make the blog post and the table better? Any suggestions/comments?

---



---

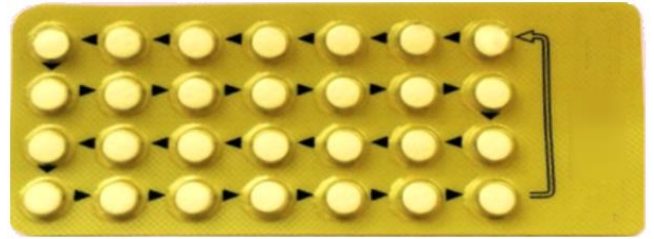
Thank you for your answers! ☺



## Kuvia ehkäisymenetelmistä



Ehkäisypilleri



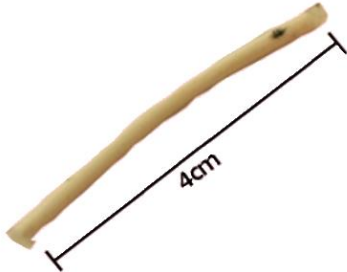
Minipilleri



Kuparikierukka



Hormonikierukka



Ehkäisykapseli



Ehkäisyinjektio



Miesten kondomi



Naisten kondomi

## Tiedonhakutaulukko

Tietokanta/ tietolähde <b>Databases</b>	Hakusana(t) and asiasana(t) <i>ja niiden yhdis- telmät (and/or/not)</i> <b>Search terms &amp; “Phrases”, Subject Head- ings</b>	Rajaukset <b>Limits</b>	”Osumien” määrä <b>Results or Hits</b>	Valitut viitteet
<b>Google Scho- lar</b>	potilasohjaus	ei rajoituksia	2180	2
	sub-saharan africa AND internet use	2004-2014	22900	1
<b>Medic</b>	potilasohjaus	2004-2014	319	1
<b>PubMed</b>	condom use AND ghana	10 years free full text	14	2
	sub-saharan Africa AND contraception	10 years free full text	54	2
	sub-saharan africa AND contracept* AND patient education	10 years free full text	9	1
	sub-saharan africa AND family planning AND unmet need	10 years free full text	27	2
	sub-saharan africa AND family planning AND patient education	10 years free full text	11	1
	sub-saharan africa AND culture	10 years free full text	2106	1
	sub-saharan africa AND patient educa- tion AND sex*	10 years free full text	31	1