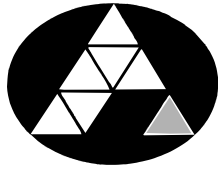


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Asta Lohtander  
Hanna-Kaisa Mutikainen

KLAMYDIAPOTILAAN HOITOPOLKU POHJOIS-KARJALAN TER-  
VEYSKESKUKSISSA  
Kyselytutkimus klamydiapotilaan hoitajille

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2012



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Huhtikuu 2012**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. (013) 260 600

**Tekijät**

Asta Lohtander, Hanna-Kaisa Mutikainen

Klamydiapotilaan hoitopolku Pohjois-Karjalan terveyskeskuksissa  
Kyselytutkimus klamydiapotilaan hoitajille

**Toimeksiantaja**

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, infektio- ja sairaalahygieniayksikkö

**Tiivistelmä**

Klamydia on yleisin sukupuolitauti Suomessa ja muualla maailmassa. Sen esiintyvyys on lisääntynyt Suomessa merkittävästi 1990-luvun puolivälistä lähtien etenkin nuorilla aikuisilla. Nykyisin Suomessa todetaan vuosittain noin 13 000 klamydiatartuntaa, joista Pohjois-Karjalan alueella ilmenee noin 300 tartuntaa vuodessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten klamydiapotilaan hoito on järjestetty Pohjois-Karjalan kuntien terveyskeskuksissa. Vastaavanlaista tutkimusta aiheesta ei ole aikaisemmin toteutettu. Tutkimuksessa haluttiin kiinnittää huomiota erityisesti potilaan saamaan ohjaukseen, jälkitarkastuksen toteutukseen sekä tartunnan jäljitykseen. Tavoitteena oli selvittää, toteutuuko klamydiapotilaan hoito sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007 - 2011 sekä sukupuolitautien Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin laatimallamme kyselylomakkeella kesäkuun ja elokuun 2011 välisenä aikana. Aineiston analysoinnissa käytettiin Microsoft Excel 2010 -taulukkolaskentaohjelmaa. Vastausprosentiksi muodostui 75.

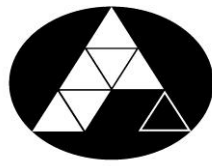
Tulosten mukaan klamydiapotilaan hoidossa ei vielä ole käytössä selvää yhtenäistä hoitolinjaa. Parhaiten klamydiapotilaan hoidossa toteutui potilaan ohjaus. Eniten puutteita ilmeni seksikumppanin sukupuolen ja seksitavan selvittämisessä sekä jälkitarkastuksen toteuttamisessa. Käypä hoito -suosituksen tiesi suurin osa vastaajista, kun taas sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma oli tuttu puolelle vastaajista.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 43  
Liitteet 3  
Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**

klamydiainfektio, klamydiapotilas, klamydiapotilaan hoito, Käypä hoito -suositus



NORTH KARELIA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**THESIS**  
**April 2012**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkarinne 9  
FIN 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. 358-13-260 600

**Authors**

Asta Lohtander, Hanna-Kaisa Mutikainen

**Title**

Chlamydia Patient's Care Pathway in North Karelian Municipalities of Health Centres  
Questionnaire Survey to Chlamydia Patient's Nurses

**Commissioned by**

The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, Infection and Hospital Hygiene Unit

**Abstract**

Chlamydia infections are the most common sexually transmitted diseases in Finland and elsewhere in the world. Since the mid-1990s, the prevalence of Chlamydia started to increase significantly, especially among young people. In present day Finland statistics show a total of 13 000 infections occurring every year, of which about 300 infections are in North Karelia.

The purpose of the survey was to find out how the municipalities of North Karelia have organized Chlamydia patient's care. There has never been a similar study done on this subject. The goal of the present paper was to find out whether Chlamydia patient's treatment follows the evidence-based guidelines for the appropriate diagnostic methods and patient's guidance.

The study was quantitative by nature. Data for this study was collected from the health care nurses around North Karelia by sending them a questionnaire. Response time was from June to end of August 2011. The material was analyzed using Microsoft Excel 2010- program. The response rate was 75 per cent.

The most important result was that there is no cohesive policy for Chlamydia patient's care in the health centers of North Karelia. Most respondents were aware of the evidence based care guidelines. However, the guidelines issued by the Ministry of Health and Social Services were known by only 50 % of the respondents.

Language  
Finnish

Pages 43  
Appendices 3  
Pages of Appendices 6

**Keywords**

Chlamydia infection, patient's care, evidence-based guidelines

# Sisältö

Tiivistelmä	
Abstract	
1 Johdanto .....	5
2 Klamydian esiintyvyyden seuranta.....	6
2.1 Tartuntatautilaki .....	6
2.2 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos .....	7
2.3 Tartuntatautirekisteri .....	8
2.4 Anturiverkosto .....	8
3 Klamydian esiintyvyys .....	9
3.1 Esiintyvyys Suomessa .....	9
3.2 Esiintyvyys Pohjois-Karjalassa .....	10
4 Sukupuolitautia epäilevän hoitopolku.....	12
4.1 Klamydiatartunta ja oireet .....	12
4.2 Hoitoon hakeutuminen ja tulohaastattelu .....	13
4.3 Kliininen tutkimus ja näytteenotto .....	14
4.4 Hoito ja jälkitarkastus .....	16
4.5 Tartunnanjäilytys.....	17
5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen -toimintaohjelma 2007 - 2011.....	18
5.1 Toimintaohjelman tarkoitus .....	18
5.2 Sukupuolitautien torjunta .....	18
5.3 Toimenpiteet klamydiatartuntojen ehkäisemiseksi.....	19
6 Käypä hoito -suositus sukupuolitautien diagnostiikasta ja hoidosta .....	21
7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat .....	21
8 Tutkimuksen toteutus.....	22
8.1 Tutkimusmenetelmän valinta .....	22
8.2 Kyselylomake.....	22
8.2.1 Lomakkeen laatiminen.....	22
8.2.2 Esitestaus .....	24
8.3 Aineiston analysointi .....	24
9 Tutkimustulokset.....	25
9.1 Vastausprosentti ja vastaajien taustatiedot.....	25
9.2 Klamydiapotilaan hoitoon ohjaus ennen tartunnan toteamista .....	26
9.3 Hoitopolku klamydiatartunnan toteamisen jälkeen.....	28
9.4 Kontrollinäytteen otto ja tartunnanjäilytyksen toteutus .....	29
9.5 Koulutuksen ja näytteenoton riittävyys.....	30
9.6 Vastaajien tietämys valtakunnallisista suosituksista .....	31
10 Tulosten tulkinta ja johtopäätökset.....	32
10.1 Vastuu klamydiapotilaan hoidosta ja ohjauksesta.....	32
10.2 Klamydiapotilaan hoidossa ilmenneet puutteet.....	33
10.3 Klamydiapotilaan hoidossa hyvin toteutuneet asiat .....	34
11 Pohdinta.....	35
11.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	35
11.1.1 Luotettavuutta heikentävät tekijät.....	35
11.1.2 Luotettavuutta parantavat tekijät .....	37
11.1.3 Reliabiliteetti ja valideetti .....	38
11.2 Eettisyys .....	39
11.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet .....	40
Lähteet.....	42

## Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Kyselylomake klamydiapotilaan hoitajille

## 1 Johdanto

Klamydia on yleisin sukupuolitauti Suomessa ja muualla maailmassa. Suomessa sitä todetaan noin 13 000 tapausta vuodessa. Esiintyvyys on pysynyt suhteellisen samana viime vuosien aikana (Kurki & Pammo 2010, 93 - 94). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman vuosille 2007 - 2011 ja sen tarkoituksena on edistää suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Ohjelma on suunnattu pääosin sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville henkilöille. Suomessa ei ole käytössä valtakunnallisia ohjeita siitä, kuinka klamydiapotilaan hoito tulisi järjestää, joten toimintaohjelman tarkoituksena on myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä terveydenhuollossa. Yksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen osa-alue on sukupuolitautilien torjunta ja sen pohjalta tehtävät toimenpiteet. Esimerkki näistä toimenpiteistä on toimintaohjelman perusteella laadittu Käypä hoito -suositus sukupuolitautilien diagnostiikasta ja hoidosta, joka ilmestyi vuonna 2010. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 3 - 4.)

Opinnäytetyömme käsittelee klamydiapotilaiden saamaa hoitoa ja ohjausta sekä tartuntojen leviämisen ehkäisyä Pohjois-Karjalan kuntien avoterveydenhuollossa. Suuntasimme tutkimuksemme koskemaan perusterveydenhuoltoa, koska suurin osa klamydiatartunnoista todetaan siellä. Tarkoituksenamme oli selvittää, millainen on klamydiapotilaan hoitopolku maakuntamme terveyskeskuksissa. Tutkimuksessamme hyödynnämme etenkin sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa 2007 - 2011 sekä Käypä hoito -suositusta sukupuolitautilien hoidosta. Tavoitteenamme oli selvittää, noudatetaanko maakunnassa klamydiapotilaan hoidossa ja tartuntojen ehkäisyssä sosiaali- ja terveysministeriön antamia suosituksia. Tässä opinnäytetyössä klamy-

diapotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla epäillään olevan tai on todettu klamydiainfektio ja joka on hakeutunut hoitoon perusterveydenhuoltoon.

Saimme opinnäytetyöhömme toimeksiannon Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän infektio- ja sairaalahygieniayksiköltä. Sovimme tutkimuksen toteutuksesta toimeksiantajan kanssa ja laadimme yhdessä toimeksiantosopimuksen (liite 1). Teoreettiseen viitekehykseemme kuuluvat käsitteet ovat klamydiainfektio, klamydiapotilaan hoitopolku, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma ja Käypä hoito -suositus.

## **2 Klamydian esiintyvyyden seuranta**

### **2.1 Tartuntatautilaki**

Alkuperäinen tartuntatautilaki tuli voimaan 25.7.1986, mutta lakia on sen jälkeen uudistettu usean kerran. Lain mukaan sosiaali- ja terveysministeriö vastaa tartuntatautien yleisen vastustamistyön suunnittelusta, ohjauksesta sekä valvonnasta, kun taas alueellisesta vastustustyöstä huolehtii Aluehallintovirasto yhdessä sairaanhoitopiirien ja kuntien toimielinten kanssa. (Tartuntatautilaki 935/2003, 6.§.)

Lain mukaan tartuntataudit kuuluvat joko yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin tai muihin tartuntatauteihin. Ilmoitettavan tartuntataudin kriteerinä on, että taudin seuranta vaatii lääkäriltä saatavia tietoja, maksuton hoito on tarpeellinen tartuntaketjun katkaisemiseksi tai tauti kuuluu yleisellä rokotusohjelmalla ehkäistäviin tauteihin. Klamydia sisältyy ilmoitettavien tartuntatautien ryhmään (Tartuntatautilaki 935/2003, 4.§.)

Ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastuneen henkilön hoidosta vastaa ensisijaisesti häntä hoitava lääkäri. Kyseinen lääkäri vastaa myös muiden mahdollisen tartunnan saaneiden tutkimuksiin ja hoitoon saattamisesta. Mikäli hoitava lääkäri ei kykene sitä itse tekemään, vastuu siirtyy toimipaikan tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Tartunnan saanut henkilö on velvollinen kertomaan lääkärille

tartuntatavan, -ajankohdan ja -paikan niitä tiedusteltaessa. Lisäksi hänen tulee kertoa lääkärille mahdollisen tartunnanlähteen nimi. (Tartuntatautilaki 935/2003, 22.§.)

Jokaisesta ilmoitettaviin tartuntatauteihin kuuluvasta todetusta tartunnasta tulee tehdä tartuntatauti-ilmoitus Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Hoitava lääkäri vastasi aikaisemmin tartuntatauti-ilmoituksen teosta, mutta vuonna 1999 astui voimaan laki tartuntatautilain muuttamisesta. Sen perusteella ilmoitusvastuu todetusta tartunnasta siirtyi näytteen tutkineelle laboratoriolle. Annettaviin tietoihin kuuluvat henkilön tunnistetiedot, ilmoittajan nimi sekä tarkemmat välttämättömät tiedot tartunnasta, joiden avulla pyritään selvittämään tartuntatautiepidemioita ja ehkäisemään niiden leviämistä. Ilmoituksen tietoja ei saa tallentaa toimipaikan potilasrekisteriin, ja tiedot tulee hävittää viimeistään ennen seuraavan vuoden loppua. (Tartuntatautilaki 70/1999, 23.§.)

## **2.2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoima tutkimus- ja kehittämislaitos. Sen tehtävänä on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä, ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012a.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on neljä toimialaa, joista yksi on terveyden suojele. Tämän alaisena on tartuntatautiseurannan ja -torjunnan osasto, jonka alaisena toimii tartuntatautien torjuntayksikkö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012b.) Yksikön tehtävänä on laatia toiminta-alueitaan koskevia ohjeita, antaa konsultaatioita ja tehdä tutkimuksia. Yksikön toiminta-alueisiin kuuluvat tartuntatautien, sairaalainfektioiden ja sukupuolitautilien seuranta, koulutus ja tartuntatautitiedostus sekä epidemiaselvitykset ja matkailuterveys. Tartuntatautien torjuntayksikkö seuraa tartuntatautien esiintyvyyttä tartuntatautirekisterin, sukupuolitautilien antu-  
riverkoston sekä sairaalainfektioista kertovan SIRO-ohjelman avulla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012c.)

### 2.3 Tartuntatautirekisteri

Tartuntatautien esiintyvyyden seuraamiseksi ja leviämisen ehkäisemiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää tartuntatautirekisteriä, jonne rekisteröidään kaikki Suomessa tehdyt tartuntatauti-ilmoitukset. (Tartuntatautilaki 935/2003, 23a.§). Tartuntatautirekisterin tietoja käytetään hyväksi epidemioiden torjunnassa ja valistustyön suunnittelussa. Suomessa on tilastoitu todetut klamydiainfektiot lääkäreiden toimesta vuodesta 1987 lähtien. (Kontula & Lottes 2000, 278, 172.) Valtakunnallinen tartuntatautirekisteri aloitti toimintansa vuonna 1995. Tartuntatautirekisteristä saa yksityiskohtaisia tartuntatautilastoja kaikista tartuntataudeista. Rekisterin päätavoitteita ovat ajantasaisuus, laatu, kattavuus ja hyvä käytettävyys. Tartuntatautirekisteri on julkinen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.)

### 2.4 Anturiverkosto

Anturiverkosto on vuonna 1995 käynnistetty sukupuolitautilien seurantajärjestelmä, johon kuuluu 14 eri toimipistettä ympäri Suomea. Verkostoon kuuluvat Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun sukupuolitautilien poliklinikat, Helsingin ja Oulun ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön vastaanotot, Kauhajoen, Lappeenrannan ja Ivalon terveyskeskukset sekä HYKS:n ja TAYS:n naistenklinikat. Anturiverkoston avulla saadaan tietoa esimerkiksi sukupuolitautilien esiintyvyydestä, asiakkaan hoitoon hakeutumisesta, sukupuolikumppaneista, ehkäisystä ja HIV-testausaktiivisuudesta, jota ei saada pelkän tartuntatauti-ilmoituksen perusteella. (Hiltunen-Back, Haikala, Kautiainen ym., 1998:98, 1541 - 1545.)

Anturiverkoston tiedot kerätään normaalin vastaanottokäynnin yhteydessä 21-kohtaisen kyselylomakkeen avulla. Asiakkaan täyttämässä lomakkeessa häneltä kysytään muun muassa oireista, tartunnanlähteestä, tartuntapaikasta sekä riskitekijöistä, kuten aiemmista sukupuolitaudeista ja tartunnan mahdollisesta levittämisestä muille. Lääkäri hyödyntää lomaketta esitietoja kerätessään. Anturiverkoston poliklinikoilla asiakas täyttää lomakkeen heti saavuttuaan. Muualla lomake täytetään jälkikäteen vain, jos asiakkaalla on todettu jokin sukupuolitaui-



ti. Lomakkeen tietojen käsittelyä varten on laadittu oma tietokoneohjelma. Toimipisteet lähettävät tiedostonsa puolen vuoden välein Kansanterveyslaitokselle, jossa niistä tehdään yhteenveto. (Hiltunen-Back ym. 1998:98, 1541 - 1545.)

### **3 Klamydian esiintyvyys**

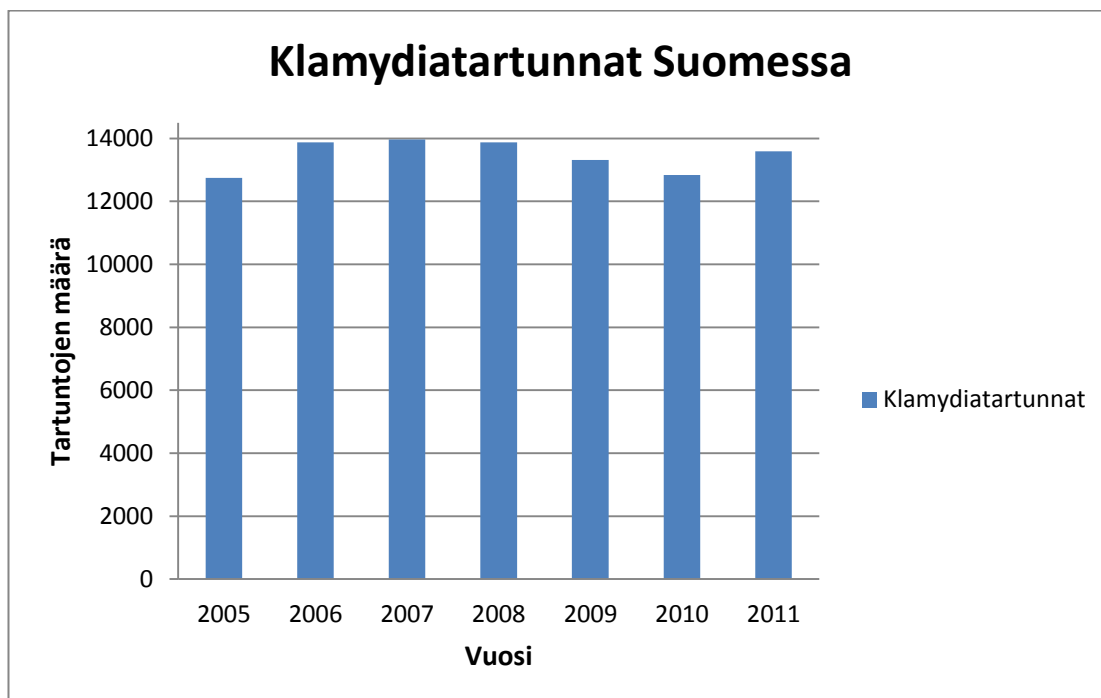
#### **3.1 Esiintyvyys Suomessa**

Klamydiatartuntojen määrä lisääntyi Suomessa huomattavasti vuosina 1995 – 2000 välillä. Kuuden vuoden seurantatutkimuksen aikana, klamydiatartuntoja todettiin yhteensä 61 845 kappaletta, 10 - 69-vuotiailla. Niistä 62 prosenttia todettiin naisilla. Yleinen esiintyvyys kasvoi 23,4 tartunnasta 10 000:ta suomalaista kohden 29,2 tartuntaan vuosien 1995 - 2000 välillä. Lisääntymistä tapahtui eniten nuorimmissa ikäryhmissä, eli 10 - 19- ja 20 - 29-vuotiailla. Klamydian esiintyvyyden kasvuun vaikutti todennäköisesti seksikumppaneiden määrän kasvu naisilla. Vuonna 1995 naisista 8,3 prosenttia ilmoitti harrastavansa seksiä yli viiden kumppanin kanssa vuodessa, kun taas vuonna 2000 määrä oli kasvanut 18,8 prosenttiin. (Hiltunen-Back, Haikala, Kautiainen, Ruutu, Paavonen & Reunala, 2003.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen antaman raportin, Tartuntataudit Suomessa 1995 - 2009, mukaan Suomessa todettiin vuonna 2009 yhteensä 13 317 klamydiatartuntaa. Tartuntojen määrä oli hieman laskenut vuoteen 2008 verrattuna. Alueellisesti klamydian esiintyvyys oli suurinta Lapin, Länsi-Pohjanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan alueilla. Yli puolet (59 %) tartunnoista todettiin naisilla. Tartunnan saaneista naisista suurin osa (73 %) kuului ikäryhmään 15 - 24-vuotiaat ja miehistä (65 %) 20 - 29-vuotiaisiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2010, 35.)

Vuonna 2010 klamydiatartuntojen määrä laski hieman vuoteen 2009 verrattuna. Tuolloin Suomessa tilastoitiin yhteensä 12 825 (241/100 000) tapausta. Edellisvuosien tapaan tartunnoista suurin osa (73 %) todettiin 15 - 24-vuotiailla naisilla ja 20 - 29-vuotiailla miehillä (66 %). (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2011,

23.) Vuonna 2011 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin yhteensä 13 662 klamydiatartuntaa. Näistä tartunnoista naisilla todettiin 8 095 ja miehillä 5 567. Koko Suomen klamydiatartuntojen määrässä ei ole tapahtunut huomattavia muutoksia, vaan määrä on pysynyt melko tasaisena viime vuodet (kuvio 1). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012d.) Tartuntatautirekisteriin ilmoitettavien tartuntojen määrä ei kuitenkaan vastaa täysin todellisuutta, koska nykyisin osa potilaista hoidetaan suoraan antibiooteilla kumppanilla todetun tartunnan perusteella. Tartuntojen määrää lisäävät myös oireettomat tartunnan saaneet, jotka eivät haakeudu tutkimuksiin. Suomessa todetut klamydiatartunnat saadaan pääosin (90 %) kotimaassa. (Käypä hoito -suositus 2010.)

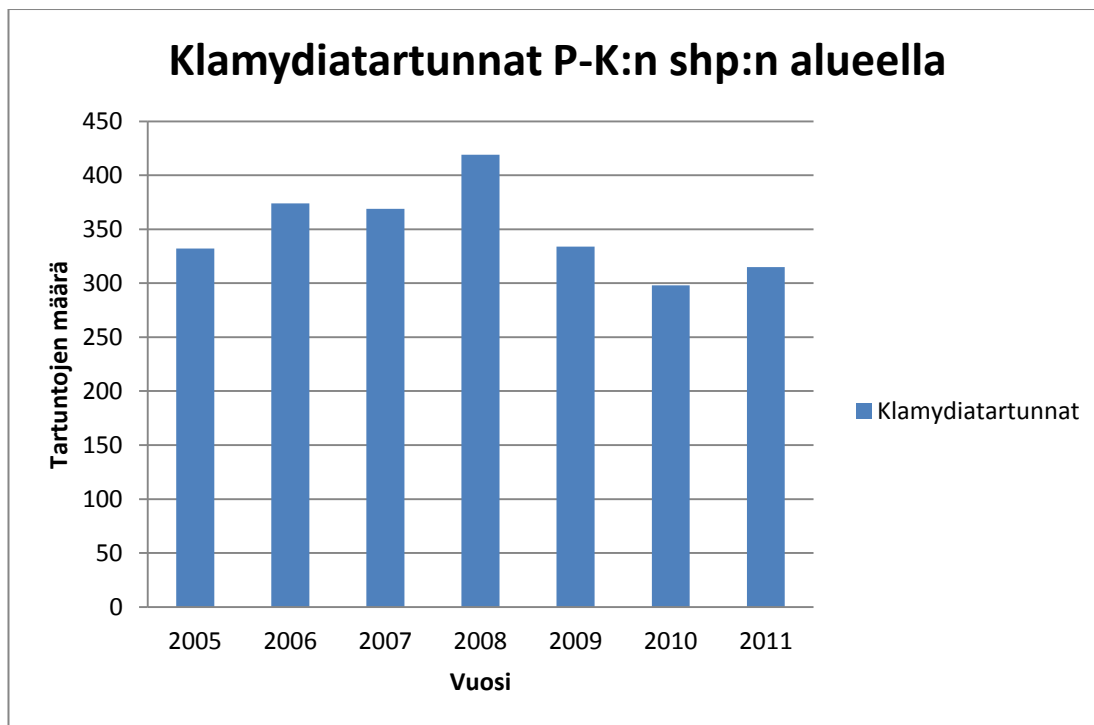


Kuvio 1. Klamydiatartuntojen määrä kaikenikäisillä koko Suomessa vuosina 2005 – 2011 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012d).

### 3.2 Esiintyvyys Pohjois-Karjalassa

Tartuntatautirekisteristä saatujen tietojen mukaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä klamydiatartuntojen määrässä ei ole tapahtunut suuria vaihteluja viimeisen seitsemän vuoden aikana (kuvio 2). Vuosittaisten tartuntojen määrä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella liikkuu kolmensadan molemmin puolin. Viime vuosia tarkastellen tartuntojen määrän huippu sijoittuu vuoteen 2008,

jolloin klamydiatartuntoja todettiin 419 kappaletta. Se tarkoittaa 104 tapausta enemmän kuin vuonna 2011, jolloin tartuntoja todettiin yhteensä 315 kappaletta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012d.)



Kuvio 2. Ilmoitettujen klamydiatartuntojen määrä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella vuosina 2005–2011 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012d).

Vuonna 2011 Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella klamydiatartuntoja todettiin naisilla 184 ja miehillä 132 eli yhteensä 185,67 tapausta 100 000:ta asukasta kohden. Sen sijaan esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella todettiin samana vuonna yhteensä 305,77 tapausta 100 000:ta asukasta kohden ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 237,9 tapausta 100 000:ta asukasta kohden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012d.) Pohjois-Karjalassa klamydian alueellinen esiintyvyys vaikuttaisi siis olevan alhaisempi edellä mainittuihin alueisiin verrattuna.

## 4 Sukupuolitauteja epäilevän hoitopolku

### 4.1 Klamydiatartunta ja oireet

Klamydiainfektion aiheuttaa *Chlamydia trachomatis* -niminen bakteeri. Ensimmäisen kerran *Chlamydia trachomatis* -bakteeri eristettiin genitaaliniäytteestä vuonna 1959. (Reunala 2003, 21 - 24.) Bakteeri tarttuu suojaamattomassa liimakalvosketuksessa vagina-, anaali- tai oraaliseksi aikana (Kurki & Pammo 2010, 93). Jos äidillä on hoitamaton klamydiainfektio, vastasyntynyt voi saada bakteeritartunnan synnytyksen yhteydessä. Klamydiainfektio kuuluu seksitauteihin, joiden riskitekijät liittyvät seksuaalikäyttäytymiseen. Riskitekijöitä ovat yhdyntöjen aloittaminen varhaisella iällä, suuri määrä seksikumppaneita tai uusi seksipartneri sekä naisilla ehkäisytablettien käyttö. (Reunala 2003, 24.)

Myös suomalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että sukupuoliteitse tarttuvat infektiot ovat selkeästi yhteydessä seksuaalikäyttäytymiseen, jonka riskitekijöiksi osoittautuivat nimenomaan siviilisäätö sekä alkoholin ja huumeiden käyttö (Nikula 2009, 60). Tutkimusaineisto kerättiin kolmella poikittaisella väestökyselyllä Suomessa ja Virossa vuosina 1998 - 2005. Siviilisäätö oli tärkein seksuaalikäyttäytymistä määrittävä tekijä sekä miehillä että naisilla. Naimattomilla oli ilmoituksensa mukaan useampia seksipartnereita kuin naimisissa tai avoliitossa olevilla. Tutkimuksen mukaan riskikäyttäytyminen ja sukupuolitaudit ovat selvästi yhteydessä myös alkoholin ja huumeiden käyttöön. (Nikula 2009, 50.)

Klamydiatartunta on usein oireeton, varsinkin tartunnan saaneilla naisilla, mikä hankaloittaa sen toteamista. Oireiden hidas ilmeneminen johtuu taudinaiheuttajabakteerin hitaasta lisääntymisestä kantasolussaan. (Reunala, 2003, 24.) Noin kolme neljäsosaa tartunnan saaneista naisista on oireettomia. Klamydian itämisaika eli aika tartunnasta oireisiin on yleisesti 10–14 vuorokautta. Miehillä oireita esiintyy naisia useammin, noin kolme neljäsosaa miehistä saa oireita. Niitä voivat olla esimerkiksi harmahtava limavuoto virtsaputkesta sekä virtsaputken kirvely ja ärsytys. (Kurki & Pammo 2010, 97.) Lisäksi miehillä voi esiintyä alavatsa- sekä kiveskipuja (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 297).

Naisilla taudin tavallisin ilmenemismuoto on kohdunkaulan tulehdus eli servisiitti. Klamydiatartunnasta aiheutuvia oireita ovat virtsaamisvaivat, kuten tihentynyt ja kirvelevä virtsaaminen sekä vuoto virtsaputkesta. Muita oireita ovat lisääntynyt valkovuoto sekä verinen vuoto ja alavatsakivut yhdynnän jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2010.) Klamydiatartunnan yhteydessä esiintyy usein myös kuu-kautishäiriöitä (Koskinen ym. 2012, 297). Tartuntatavasta riippuen oireita voi ilmaantua myös peräsuoleen, nieluun tai silmän sidekalvolle. Nielu- ja peräsuolitulehdukset ovat usein kuitenkin oireettomia. (Käypä hoito –suositus 2010.)

## 4.2 Hoitoon hakeutuminen ja tulohaastattelu

Sukupuolitauteja epäillessä hoitoon hakeutumisen kynnyks on yhä korkea, koska asia on hyvin arkaluontoinen ja potilas voi pelätä leimautumista (Hiltunen-Back & Aho 2005, 10). Suurin osa sukupuolitauteja epäilevistä potilasta hakeutuu tutkimuksiin perusterveydenhuollon palveluiden piiriin. Kyseisiin palveluihin kuuluvat muun muassa kuntien koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä terveysasemat. (Kurki & Pammo 2010, 95.) Näiden lisäksi hoitoon voi hakeutua myös sukupuolitauteja poliklinikoille tai yksityisille lääkäriasemille (Hiltunen-Back & Aho 2005, 11). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen laatimien tilastojen mukaan noin 60 prosenttia tartunnoista todetaan terveysasemilla, 25 prosenttia sukupuolitauteja poliklinikoilla ja viisi prosenttia yksityisillä lääkäriasemilla (Kontula & Lottes 2000, 177). Julkisen terveydenhuollon osalta sukupuolitauteja tutkimaan ja hoito on potilaalle maksutonta, mutta yksityisillä lääkäriasemilla maksullista (Kontula & Lottes 2000, 176 - 178).

Anturiverkostosta saatujen tietojen mukaan nuorten klamydiatestiin hakeutuminen on puutteellista, jolloin 30 prosenttia tartunnan saaneista ehtii välittää bakteerin eteenpäin ennen hoitoon hakeutumista. Myöhäistä hoidon aloitusta selittää osaltaan terveyspalveluiden alueellinen riittämättömyys tai huono saatavuus nuoren näkökulmasta. Testeihin hakeutumista tulisi edistää tiedottamalla etenkin nuoria sukupuolitaudeista ja palvelujen piiriin hakeutumisesta. Helppo ja suora pääsy testeihin ilman leimatuksi tulemisen pelkoa edistää niihin hakeutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Potilaan tullessa vastaanotolle sukupuolitautilien hoitoon perehtynyt hoitaja tai lääkäri suorittaa hänelle tulohaastattelun. Siinä potilaalta kysytään muun muassa tartuntariskiä ja -ajankohtaan liittyviä asioita. Haastattelun tarkoituksena on selvittää potilaan mahdollisuus sukupuolitautilien tartunnalle altistumisesta. Asiakkaalta kysytään mahdollisia oireita, niiden alkamisajankohtaa, aikaisempaa lääkitystä, kumppanin sukupuolitauteja ja seksikumppaneiden määrää viimeisen puolen vuoden ajalta. Lisäksi selvitetään, milloin mahdollinen tartunta on saatu, onko se saatu hetero-, homo- vai suuseksin välityksellä ja missä maassa tartunnan saaminen on tapahtunut. Kirsi Valtonen ja Eija Hiltunen-Back ovat laatineet mallin sukupuolitautilien haastattelulomakkeesta Käypä hoito -suositusten yhteyteen. (Käypä hoito -suositus 2010.) Mallia voi käyttää apuna sukupuolitautilien haastattelussa.

Tärkeä tieto klamydiatartunnan riskin arvioinnissa on suojaamattomassa yhdynnässä oleminen, eli onko potilas ollut yhdynnässä ilman kondomia. Klamydiatartuntaa arvioidessa tulee ottaa huomioon myös muiden sukupuolitautilien, virtsatie-, emätin- tai hiivasienitulehduksen mahdollisuus, koska ne voivat aiheuttaa samankaltaisia oireita kuin klamydiatartunta. (Kurki & Pammo 2010, 96.)

Potilaan ohjauksessa tulee käyttäytyä hienotunteisesti, koska asia on useimmille hyvin arkaluontoinen. Etenkin aikuiset, vakituksessa parisuhteessa olevat, voivat kokea asiasta puhumisen hyvin kiusallisena. Potilaat ovat usein vastaanotolle tullessaan ahdistuneita ja pelokkaita, koska harvoilla on aikaisempaa kokemusta sukupuolitaudeista ja tieto mahdollisesta tartunnasta huolestuttaa. Haastattellessaan potilasta sairaanhoitajan ei tule ilmaista omaa mielipidettään asiasta eikä syyllistää potilasta asenteellaan tai käyttäytymisellään, koska se hankaloittaa luottamuksen saavuttamista. (Kurki & Pammo 2010, 103.)

### **4.3 Kliininen tutkimus ja näytteenotto**

Vastaanottokäynnin yhteydessä hoitaja tai lääkäri voi tarpeen mukaan suorittaa asiakkaalle kliinisen tutkimuksen, jonka tarkoituksena on havainnoida mahdollisia muutoksia, kuten haavaumia tai rakkuloita sukuelinten alueella. Klamydiainfektioon voi liittyä infektiota viittaavaa eritettä, joka huomioidaan tutkimuksen

yhteydessä. Mikäli tutkimuksessa todetaan kohdunnipukan tai sivuelinten liikutteluarkuutta, ne viittaavat sisäsynnytintulehdukseen, joka voi olla seurausta hoitamattomasta klamydiainfektiosta. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Kliinisen tutkimuksen yhteydessä lääkäri tai hoitaja ottaa näytetikulla klamydianäytteen. Naisilta näyte otetaan joko virtsaputken suulta tai kohdunkaulalta ja miehiltä virtsaputken suulta. (Kurki & Pammo 2010, 97.) Tartuntatavasta riippuen näyte voidaan ottaa myös peräsuolesta, silmän sidekalvolta tai nielusta (Käypä hoito -suositus 2010). Nykyisin yleisin vaihtoehto on ottaa klamydianäyte ensivirtsasta. Vuonna 2008 tehdyn uusiseelantilaisen tutkimuksen mukaan klamydian toteaminen keskivirtsasta on kuitenkin yhtä luotettava menetelmä kuin tartunnan toteaminen ensivirtsasta. Tutkimukseen osallistui 100 naista, joiden keski-ikä oli 20 vuotta. Kaikki tutkimukseen osallistujat antoivat positiivisen ensivirtsanäytteen. Osallistujista 96:lla todettiin myös positiivinen keskivirtsanäyte. (Bagshaw, Chambers, Corwin, Coughlan, Mangin, Murdoch, Toop & Wells 2009.)

Näytteenottotavat perustuvat nukleiinihapon osoitukseen eli PCR-tekniikkaan. (Kurki & Pammo 2010, 97). Nukleiinihappotesti (NAATs) on herkkä havaitsemaan nukleiinihapon virtsasta, mutta se ei erottele bakteerin eri genotyyppisiä. Chlamydia trachomatis -bakteerista on onnistuttu erottelemaan 15 eri serotyyppiä, joista tyypit D-K aiheuttavat genitaali-infektioita. Niistä Suomessa yleisimmin esiintyviä bakteerikantoja ovat tyypit E, F ja G, jotka yhdessä aiheuttavat noin 80 prosenttia tartunnoista. (Niemi, Hiltunen-Back & Puolakkainen 2011, 1-2.)

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan asiakkaalta tulisi aina ottaa klamydianäyte, jos hän itse sitä pyytää. Klamydiatartuntaan viittaavat oireet, kumppanilla todettu tartunta ja uusi seksikumppani toimivat myös perusteina klamydianäytteen ottamiselle. Klamydianäyte olisi hyvä ottaa, jos asiakkaalla on todettu joku muu sukupuolitauti tai aiempi klamydiatartunta, virtsasta löytyy leukosytoosia ilman bakteerikasvustoa tai jos seksuaalisesti aktiivisella naisella on useita virtsatieinfektioita tai veristä vuotoa yhdynnän jälkeen.

Nykyisin on mahdollista tehdä klamydian kotitestaus, johon näytepakkauksia myydään esimerkiksi Internet-apteekeissa. Niissä näyte otetaan joko emättimen pyyhkäisyinäytteenä tai ensivirtsanäytteenä. Näyte lähetetään tutkittavaksi postin välityksellä anonyymisti, mutta siihen tulee merkitä osoite, johon tulokset lähetetään. Vastaus näytteestä tulee noin viikon kuluttua. (Kurki & Pammo 2010, 97.) Kotitestauksen toteutuksessa on kuitenkin vielä ongelmia muun muassa liittyen kustannuksiin ja tartunnan saaneen hoitoon ohjaukseen, joten sen käyttö ei ole vielä yleistynyt (Käypä hoito -suositus 2010).

#### **4.4 Hoito ja jälkitarkastus**

Klamydiainfektio hoidetaan tehokkaasti antibiooteilla. Ensisijainen hoito on atsitromysiini, joka otetaan 1 g:n kerta-annoksena suun kautta. (Käypä hoito -suositus 2010; Koskinen ym. 2012, 297.) Tutkimuksen mukaan asitromysiini on yhtä tehokas ja hyvin siedetty kuin doksisykliini klamydian hoidossa (Lay & Qureshi 2002). Toissijaisena hoitona käytetään doksisykliiniä ja lymesykliiniä, mutta niissä hoitoajat ovat huomattavasti pidempiä. Mikäli asiakkaalla on selvät klamydian oireet tai hänen kumppaniltaan on löydetty klamydiatartunta, antibiootti voidaan aloittaa suoraan näytteenoton jälkeen. Muualla kuin sukupuolielinten alueella esiintyvien klamydiainfektion hoidossa käytetään ensisijaisesti doksisykliiniä 10 vuorokauden ajan. Sen on osoitettu tehoavan paremmin kuin kerta-annos atsitromysiiniä. Tartunnan leviämisen ehkäisemiseksi on tärkeää, että asiakasta ohjataan pidättäytymään yhdynnöistä seuraavan viikon ajan. Lisäksi kondominkäyttöä tulee suositella jälkitarkastukseen saakka. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Neljän viikon kuluttua hoidon aloituksesta potilaalle tulisi varata aika jälkitarkastukseen. Sen avulla varmistetaan hoidon onnistuminen ja hoito-ohjeiden asianmukainen noudattaminen. Jälkitarkastuksen yhteydessä tarkistetaan, että potilas on ilmoittanut tartunnanlähteelle ja muille seksikumppaneilleen mahdollisesta tartunnasta ja tutkimuksiin hakeutumisesta. Jälkitarkastuksessa tulisi myös antaa tietoa raskaudenehkäisystä ja turvaseksistä. Hoidon epäonnistumisen taustalla on useimmiten hoito-ohjeiden laiminlyönti tai uusi klamydiatartunta. (Käypä hoito -suositus 2010.)



Klamydian huolellinen hoito on tärkeää, koska hoitamattomana siitä voi aiheutua vakavia komplikaatioita. Naisilla se voi aiheuttaa sisäsynnytintulehduksen, jonka seurauksena voi esiintyä kohdunulkoisia raskauksia tai lapsettomuutta. (Käypä hoito -suositus 2010.) Miehillä hoitamattoman infektion on todettu aiheuttavan nongonokokkaaliuretriittia, jolla tarkoitetaan virtsaputkentulehdusta, minkä aiheuttajana ei ole tippuri. Muita komplikaatioita ovat lisäkiveksen ja peräaukon tulehdukset sekä reaktiivinen nivel tulehdus. (Kurki & Pammo 2010, 98-99.)

#### **4.5 Tartunnanjäljitys**

Käsitteellä tartunnanjäljitys tarkoitetaan kaikkien tartunnalle altistuneiden seksikumppanien tutkimuksiin ja hoitoon ohjausta. Sen tarkoituksena on ehkäistä tartunnan leviämistä uusille kumppaneille ja hoitamattomasta tartunnasta aiheutuvia komplikaatioita. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 85.) Tartunnanjäljityksen toteuttamisesta on määrätty Suomen lainsäädännössä tartuntatautilain ja -asetuksen kohdassa. Sen mukaan hoitavalle lääkärille kuuluu ensisijaisesti vastuu tartunnanjäljityksestä ja kumppanien hoitoon saattamisesta. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Tartunnan saaneella on velvollisuus kertoa hoitavalle lääkärille käsityksensä tartunta-ajankohdasta, -tavasta ja -paikasta sekä siitä, keneltä on voinut tartunnan saada. Tietojen avulla pyritään estämään tartunnan leviäminen. (Käypä hoito -suositus 2010.) Kansanterveyslaitoksen ylläpitämän anturiverkoston tietojen mukaan yleisin käytäntö tällä hetkellä on, että tartunnan saanut henkilö ottaa itse yhteyttä kumppaneihinsa ja ilmoittaa mahdollisesta tartunnasta. Tartunnanjäljityksen toteutumista ei kuitenkaan valvota millään tavalla, joten käytäntö ei ole riittävä, vaan sitä tulisi tehostaa klamydiatartuntojen ehkäisemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Muissa tapauksissa ilmoitusvastuu on hoitavalla lääkärillä, jonka tulee ilmoittaa epäillyille tartunnansaajille mahdollisesta tartunnasta. On arvioitu, että nykyisen menettelyn avulla kumppaneista tavoitetaan noin 40 - 60 prosenttia. Ensisijaisesti kumppanit ohjataan hakeutumaan tutkimuksiin heidän omaan terveyskeskukseensa ja kertomaan, että kyseessä on tartunnanjäljitys. Mikäli asiakas kieltäytyy ilmoittamasta tartunnasta vakitui-

selle kumppanilleen, lääkärillä ei ole ilmoitettavan tartuntataudin osalta oikeutta kertoa asiasta vasten potilaan omaa tahtoa. (Käypähoito -suositus 2010.)

## **5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen - toimintaohjelma 2007 - 2011**

### **5.1 Toimintaohjelman tarkoitus**

Suomen ensimmäinen valtakunnallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma laadittiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän toimesta. Toimintaohjelman tarkoituksena on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, etenkin nuorten osalta. Ohjelma on jaettu 14 eri osa-alueeseen, joille on määritelty tavoitteet ja suunniteltu tehtävät toimenpiteet tavoitteisiin pääsemiseksi. Opinnäytetyömme kannalta tärkein toimintaohjelman osa-alue on sukupuolitautilien torjunta. Muita aiheeseemme liittyviä osa-alueita ovat seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen organisointi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittäminen. Hoitokäytäntöjen selkeyttämisen kannalta tärkeitä osa-alueita ovat tilastointi- ja seurantajärjestelmien kehittäminen sekä työnjaon, yhteistyön ja koordinoinnin parantaminen. Toimintaohjelma on suunnattu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, heidän johtajilleen, kunnallisille luottamushenkilöille sekä keskeisimmille yhteistyötahoille. Lisäksi sosiaali- ja terveysalan opettajat sekä peruskoulun ja toisen asteen koulutuksen terveystiedonopettajat voivat hyödyntää toimintaohjelmaa työssään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

### **5.2 Sukupuolitautilien torjunta**

Sukupuolitautilien torjunnan osa-alueessa käsitellään sukupuolitautilien epidemiologiaa, tutkimusta ja hoitoa, tartunnan jäljitystä ja kumppaneiden hoitoon saattamista. Muita käsiteltäviä asioita ovat klamydian seulonta, sukupuolitautilien ehkäisy sekä omaehtoiseen testaukseen hakeutumisen tehostaminen. Klamydian osalta tavoitteena on, että tartuntojen määrä laskee vuoteen 2012 men-

nessä ainakin viidenneksellä vuoden 2005 määrästä. Toimintaohjelman mukaan yksi tärkeimmistä asioista klamydiatartuntojen torjunnassa on klamydiapositiivisen henkilön kumppaneiden tutkimuksiin saaminen eli tartunnan jäljityksen toteutus. Lisäksi tulisi tehostaa nuorten hoitoon hakeutumista, jotta tartunnan saanut ei ehtisi levittää klamydiatartuntaa eteenpäin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Toimintaohjelmassa tuodaan esille klamydiatartuntojen seulontaan liittyvät ongelmat. Alhaisten seulontakokeiluihin osallistuneiden määrän ja klamydiatartunnan luonnollisen kulun heikon tuntemuksen vuoksi Suomessa ei ole ryhdytty väestöpohjaisiin klamydiaseulontoihin. Suomessa ei ole yleisiä ohjeita klamydiatestauksen toteuttamisesta muulloin kuin raskauden keskeytykseen lähetettävän henkilön osalta. Näin ollen terveyskeskusten käytännöt klamydiantestauksesta vaihtelevat suuresti. Osassa terveyskeskuksista toteutetaan opportunistista seulontaa, jolloin esimerkiksi kaikilta uusilta raskaudenehkäisyasiakailta otetaan klamydiakokeet. Joissain terveyskeskuksissa klamydiatesti otetaan ehkäisyyn vuositarkastuksessa, jos kumppani on vaihtunut vuoden aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Sukupuolitautilien ehkäisystä toimintaohjelmassa todetaan kondomin käytön olevan riittämätöntä, koska klamydiatartunnat ovat päässeet yleistymään nopeasti. Samaan suuntaan viittaavat myös nuorille suunnatut kyselytutkimukset. Suomessa ei ole toteutettu valtakunnallisia kondomin käyttöä edistäviä kampanjoita vuoden 1980 jälkeen, vaan kondomia ovat markkinoineet ulkopuoliset tahot lähinnä kesäisin tietoiskuilla ja festivaalikampanjoilla. Yksi tärkeimmistä kondomin suosiota laskevista tekijöistä on niiden korkea hinta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

### **5.3 Toimenpiteet klamydiatartuntojen ehkäisemiseksi**

Toimintaohjelmassa esitetään valtakunnallisesti tehtäviä toimenpiteitä, joiden avulla sukupuolitauditartuntojen leviämistä pyritään ehkäisemään. Yksi keino on tiedotuksen tehostaminen aiheesta. Suomalaisten, etenkin nuorten, tietoisuutta sukupuolitaudeista pyritään lisäämään laatimalla ohjemateriaalia sukupuoli-

taudeista verkkoon, perustamalla kansalaisen terveystietoportti. Materiaalia laaditaan suomen lisäksi myös muilla kielellä. Seksuaalivalistuksessa otetaan huomioon erikseen miesten välinen seksi sekä siinä suojautuminen. Ulkomaille matkustaville tarkoitettussa terveysohjeistuksessa korostetaan tiedotusta sukupuolitartunnoilta suojautumisesta. Mediatiedotusta sukupuolitaudeista tullaan myös lisäämään. Testaukseen ja hoitoon hakeutumista pyritään edistämään terveyskeskusten tiedotuksella paikallisista palveluista ja toiminnasta sukupuolitauteja epäiltäessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kondomin käytön suosion lisäämiseksi tehtäviä toimenpiteitä on niiden alveron alentaminen ja ilmaisjakelun lisääminen nuoria hoitavissa toimipisteissä. Toimenpiteiden jälkeen toteutetaan tutkimushanke, jossa tutkitaan niiden vaikutuksia kondomin käyttöön ja hankintaan sekä klamydiatartuntojen ja raskaudenkeskeytysten määrään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Toimintaohjelma velvoittaa aloittamaan opportunistiset klamydiaseulonnat niissä toimipisteissä, joissa hoidetaan raskaudenehkäisyasiakkaita. Seulonnat toteutetaan, niin että kaikilta alle 25-vuotiailta raskaudenehkäisyasiakkailta otetaan heidän suostumuksellaan klamydianäyte. Myöhemmillä seurantakäynneillä näyte otetaan, jos asiakkaalla on vaihtunut kumppani käyntien välillä tai hän on aikaisemmin saanut tartunnan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007)

Sukupuolikumppaneiden hoitoon hakeutumista pyritään tehostamaan selkeyttämällä klamydiapotilaan diagnosointiin ja hoitoon liittyviä käytäntöjä sekä tehtäväjakoja toimipaikkakohtaisesti. Uusien testausmenetelmien, kuten kotinäytteenoton, mahdollisuutta kumppaneiden testauksessa tutkitaan. Lisäksi seurantajärjestelmistä saatavaa tietoa pyritään hyödyntämään enemmän sukupuolitaruntojen ehkäisyssä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoisuutta sukupuolitaudeista lisätään tehostamalla täydennyskoulutusta ja järjestämällä alueellista koulutusta sairaanhoitopiireittäin. Hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi laaditaan klamydian ehkäisyyn, hoitoon ja tutkimukseen Käypä hoito -suositus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

## **6 Käypä hoito -suositus sukupuolitautilien diagnostiikasta ja hoidosta**

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman suunnitelman mukaan vuonna 2010 ilmestyi Käypä hoito -suositus sukupuolitautilien diagnosointiin ja hoitoon. Suosituksen tavoitteena on vähentää sukupuolitautilien esiintyvyyttä ja ehkäistä niistä aiheutuvia jälkiseurauksia Suomessa. Tarkoituksena on yhteinäistää sukupuolitautilien diagnosointia sekä hoitokäytäntöjä ja siten edesauttaa asiakkaan tutkimuksiin pääsyä. Suosituksen avulla pyritään helpottamaan potilaskohtaisen tartuntariskin arvioimista ja tyyppillisten oireiden tunnistamista. Lisäksi suositus ohjaa oikeanlaiseen näytteidenottoon, tartunnan hoitoon ja hoidon onnistumisen varmistamiseen sekä tartunnanjäljitykseen. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Käypä hoito -suosituksessa annetaan yleiset ohjeet perusterveydenhuollolle ja muille sukupuolitautilipotilaita hoitaville yksiköille Suomessa yleisimmin esiintyvien sukupuolitautilien testauksen ja hoidon järjestämisestä. Suosituksessa on esitetty, kuinka sukupuolitautilia epäilevän hoitopolun tulisi edetä ja mitä asioita kussakin kohdassa tulee huomioida. Ohjeet koskevat asiakkaan haastattelua, kliinistä tutkimusta ja tartunnanjäljitystä sekä eri tautien diagnostiikkaa ja hoitoa. Suosituksessa kerrotaan myös muista yleisistä sukupuolitaudeista ja siitä, milloin asiakas tulee lähettää erikoissairaanhoidon. (Käypä hoito -suositus, 2010.)

## **7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on klamydiapotilaan hoitopolku Pohjois-Karjalan kuntien terveyskeskuksissa ja ovatko kuntien hoitokäytännöt sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisia. Tutkimuksemme yhtenä tavoitteena oli tuoda esille poikkeavuudet kuntien hoitokäytäntöjen ja valtakunnallisten suositusten välillä sekä osoittaa kunnille osa-alueita, joita he voisivat tulevaisuudessa kehittää.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat:

1. Millainen on klamydiapotilaan hoitopolku Pohjois-Karjalan kuntien terveyskeskuksissa?
2. Mitä kuntien tulisi kehittää klamydiapotilaan hoidossa valtakunnallisten suositusten mukaan?

## **8 Tutkimuksen toteutus**

### **8.1 Tutkimusmenetelmän valinta**

Toteutimme tutkimuksen kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän ajan käytön rajallisuuden ja terveyskeskusten pitkien välimatkojen vuoksi. Kohdensimme tutkimuksemme koskemaan perusterveydenhuoltoa, koska suurin osa tartunnoista todetaan siellä. Kohdejoukkomme muodostui klamydiapotilaiden hoitajista. Lähestyimme heitä saatekirjeellä (liite 2). Keräsimme aineiston laatimallamme kyselylomakkeella (liite 3), jonka lähetimme postitse kuntien tartuntatautihoitajille. Päädyimme ratkaisuun, koska emme varmuudella tiedäneet, ketkä vastaavat klamydiapotilaiden hoidosta eri terveysasemilla. Saimme tartuntatautihoitajien yhteystiedot opinnäytetyömme toimeksiantajalta ja etsimme terveyskeskusten postiosoitteet kuntien internet-sivuilta. Kyselytutkimus mahdollisti, että pystyimme ottamaan kaikki Pohjois-Karjalan kunnat mukaan tutkimukseen kattavien tulosten saamiseksi.

### **8.2 Kyselylomake**

#### **8.2.1 Lomakkeen laatiminen**

Kyselylomakkeen laatimisessa käytimme Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaa. Muotoilimme kysymysten sisällön sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007 - 2011, Käypä hoito -suosituksen sekä muun teoriatietomme pohjalta. Lisäksi toimeksiantajamme kertoi meille omia toiveitaan kysymysten sisällöstä. Kysymysmuo-

toina käytimme avoimia -ja monivalintakysymyksiä, niiden välimuotoa sekä asteikollisia kysymyksiä.

Kysymysmuodot valikoituivat opinnäytetyöprosessimme aikana. Tarkoituksenamme oli pitää kyselylomake yksinkertaisena, selkeänä ja helppona vastata. Asettelimme kysymykset niin, että helpoimmat kysymykset ovat lomakkeessa ensimmäisenä ja loppuun sijoitimme tarkempaa miettimistä vaativat kysymykset. Lomakkeen alkuun sijoitimme taustatiedot-osion, jolla halusimme kartoittaa terveyskeskuksen, josta vastaus on tullut sekä vastaajan ammatin ja työkokemuksen määrän. Selvyyden vuoksi jaoin kyselylomakkeen kuuteen osioon hoitopolun ajallisen kulun mukaan.

Suosimme kyselylomakkeessamme monivalintakysymyksiä, jotta saimme toisiinsa nähden helposti vertailtavia vastauksia. Osaan kysymyksistä lisäsimme avoimen vaihtoehdon, koska emme voineet sanoa täysin varmaksi, että olimme huomioineet kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot. Kysymyksen numero kuusi jätimme täysin avoimeksi, koska emme löytäneet lähteistämme selviä ohjeita siitä, milloin potilaan kliininen tutkiminen tulisi tehdä. Ajattelimme, että avoimella kysymyksellä saisimme enemmän tietoa kliinisen tutkimuksen yleisyydestä ja siitä, millä perusteilla kliininen tutkimus tehdään terveyskeskuksissa. Tutkimuslupaa varten otimme yhteyttä sähköpostitse terveyskeskusten vastaaviin hoitajiin, jotta saimme heidän suostumuksensa tutkimuksen tekemiseen. Kieltäviä vastauksia ei tullut yhtään, joten lähetimme kyselyt kaikkiin suunnittelemiimme seitsemääntoista terveyskeskukseen.

Laadimme kyselylomakkeen mukaan saatekirjeen, jossa kerroimme lyhyesti tutkimuksemme tarkoituksesta, lomakkeiden palautusajankohdasta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyydestä. Huomioimme kesälomakauden vastausajan pituudessa, jota oli kesäkuun lopusta elokuun loppuun saakka.

### 8.2.2 Esitestaus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää suorittaa lomakkeen esitestaus ennen varsinaisen tutkimuksen tekemistä kysymysten toimivuuden testaamiseksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 206). Esitetasimme kyselylomakkeen toimivuutta kahdella eri työnantajan palveluksessa työskentelevällä hoitajalla. Testaajista molemmat työskentelevät klamydiapotilaiden parissa. Valitsimme heidät, koska he eivät kuuluneet varsinaiseen tutkimusjoukkoomme.

Esitestauksen perusteella ei tullut ilmi epäkohtia tai puutteita, emmekä näin ollen muuttaneet kyselylomakkeen sisältöä. Testaajat pitivät lomakkeen sisältöä kattavana ja tutkimuskysymyksiä vastaavana. Toteutimme esitestauksen kesäkuun alussa ja toimitimme varsinaiset lomakkeet postiin 20.6.2011.

### 8.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analysoinnin ensimmäinen vaihe on saatujen tutkimuslomakkeiden tarkistaminen. Tarkistuksessa kiinnitetään huomiota siihen, sisältyykö vastauksiin selviä virheellisyyksiä ja onko kaikkiin kysymyksiin vastattu. Näiden kriteerien perusteella päätetään tarvitseeko jokin vastauslomake hylätä. (Hirsjärvi ym. 2003, 207.) Kun tarkistimme lomakkeita, havaitsimme joissakin vastauksissa puutteita. Osassa lomakkeista vastaaja oli valinnut useamman vastausvaihtoehdon tai jättänyt kokonaan vastaamatta kysymykseen. Pohdimme puutteellisten lomakkeiden hylkäämistä, mutta aineiston pienuuden ja puutteiden vähäisyyden vuoksi päätimme ottaa myös puutteelliset vastaukset mukaan tutkimustuloksiin. Näin tutkimusaineistomme kooksi (n) muodostui 12. Huomioimme puutteelliset lomakkeet tutkimuksemme luotettavuutta arvioitaessa.

Tarkistusvaiheen jälkeen nimesimme kunnat vastausten määrän perusteella kirjaimilla A-L. Näin varmistimme, että kunnat eivät ole missään tutkimuksen vaiheessa tunnistettavissa. Syötimme vastaukset Microsoft Excel 2010 - taulukkolaskentaohjelmaan tulosten analysointia varten. Käytimme Excel -



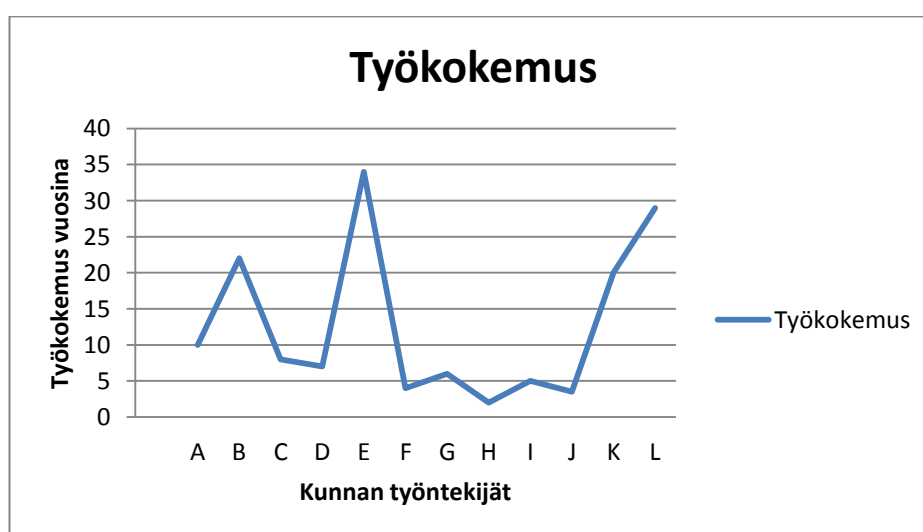
ohjelmaa avuksi tulosten graafisessa esityksessä ja kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisten tunnuslukujen määrittämisessä.

## 9 Tutkimustulokset

### 9.1 Vastausprosentti ja vastaajien taustatiedot

Lomakkeiden ensimmäisen lähetyksen jälkeen saimme vastauksia yhteensä kahdeksan kappaletta. Kattavamman aineiston saamiseksi suoritimme lomakkeiden uudelleen lähetyksen niihin terveyskeskuksiin, joista emme vielä olleet saaneet vastausta. Uudelleen lähetyksen myötä saimme neljä vastausta, joten 16 lähetetystä lomakkeesta palautui yhteensä 12 lomaketta. Varsinaiseksi vastausprosentiksi muodostui 75.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyimme kohdejoukon taustatietoja eli ammattia, työkokemusta ja terveyskeskusta, jossa henkilö työskentelee. Vastaajista suurin osa eli 67 % (n=8) oli terveydenhoitajia. Sairaanhoidajien ja tartuntatautihoitajien määrä vastaajista oli saman verran eli molempia oli 17 % (n=2). Työkokemuksen määrä vaihteli kahden ja 34 vuoden välillä (kuvio 3). Työntekijöiden keskimääräinen työkokemus oli 12,5 vuotta.

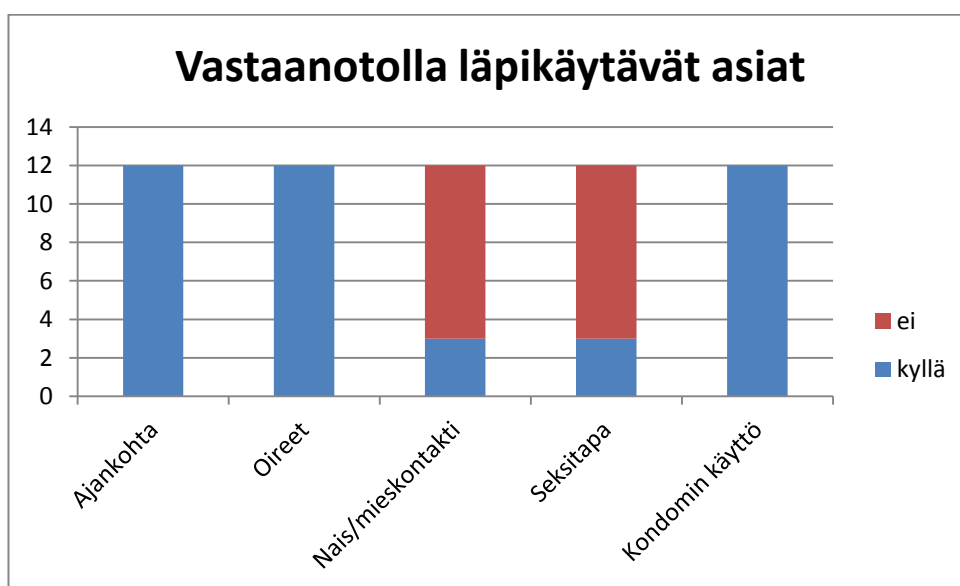


Kuvio 3. Vastaajien työkokemuksen määrä.

## 9.2 Klamydiapotilaan hoitoon ohjaus ennen tartunnan toteamista

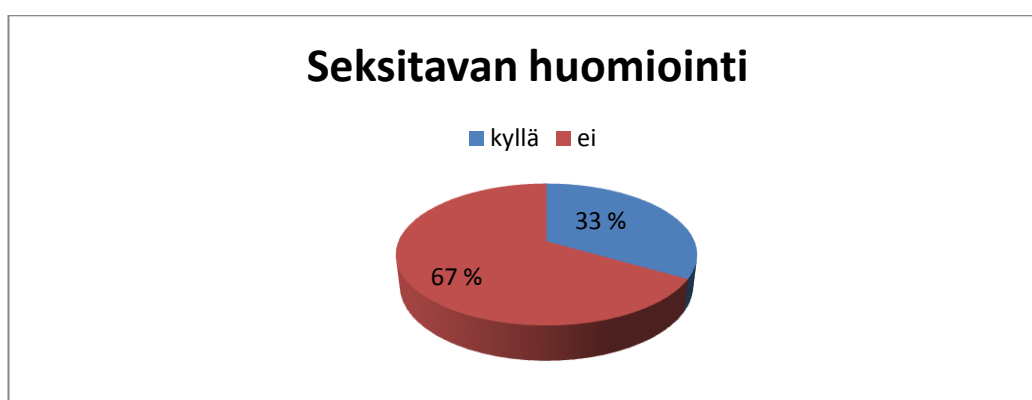
Toisessa osiossa kartoitimme potilaan hoidon ohjaukseen, tulohaastatteluun, kliiniseen tutkimukseen ja näytteenottoon liittyviä asioita. Kysymyksessä neljä ”Kenen vastaanotolle klamydiatartuntaa epäilevä potilas pääsääntöisesti ohjataan?” osa vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Useimmissa terveyskeskuksissa klamydiatartuntaa epäilevä potilas ohjataan joko terveyden- tai sairaanhoitajan (n=7) tai tartuntatautihoitajan (n=6) vastaanotolle. Pelkästään vaihtoehtoa lääkärin vastaanotolle ei vastaajista kukaan ollut valinnut. Yhdessä terveyskeskuksessa potilaan tutkimukseen ohjauksesta vastaa äitiys- tai perhesuunnitteluneuvola.

Kun kysyttiin tulohaastattelussa läpi käytäviä asioita, kolme kahdestatoista vastaajasta ilmoitti, että asiakkaan kanssa käydään aina läpi kaikki antamamme vastausvaihtoehdot (kuvio 4). Niitä olivat tartunta-ajankohta, oireet, seksikumppani ja -tapa sekä kondomin käyttö yhdynnässä. Kyseiset kolme vastaajaa olivat valinneet myös kohdan ”muuta, mitä?”. Muiksi läpikäytäviksi asioiksi ilmoitettiin kontaktit, kumppanin testeissä käynti, aikaisemmat annetut sukupuoli-näytteet, klamydiatartunnat ja niiden lääkitys. Muissa yhdeksässä terveyskeskuksessa vastaajat ilmoittivat yhtenäisesti, että asiakkaalta kysytään tulohaastattelussa kaikki muut asiat paitsi seksikumppanin sukupuoli ja seksitapa.



Kuvio 4. Vastaanottokäynnin yhteydessä läpikäytävät asiat. Vastaajien määrä (n) on ilmoitettu y-akselilla.

Kuudes kysymys oli avoin kysymys kliinisen tutkimuksen toteutuksesta. Vastuksista kävi ilmi, että kliinisen tutkimuksen teon perusteina yleisimmin olivat pitkittyneet, uusiutuneet tai muuten hankalat oireet. Ulkoiset oireet ja epäily muusta sukupuolitaudista sekä lääkityksen tehottomuus tai toistuvat tulehdukset olivat myös syitä kliinisen tutkimuksen teolle. Yhdessä terveyskeskuksessa kliininen tutkimus tehdään, jos naiselta ei ole otettu papa-koetta pitkään aikaan tai jos potilas itse pyytää tutkimusta. Seksitavan (vagina-, anaali- tai oraaliseksi) näytteenotossa ilmoitti huomioivansa neljä vastaajista eli 33 % (kuvio 5). Suurin osa vastaajista, eli 67 %, ei siis huomionnut tartuntareittiä näytteenotossa.

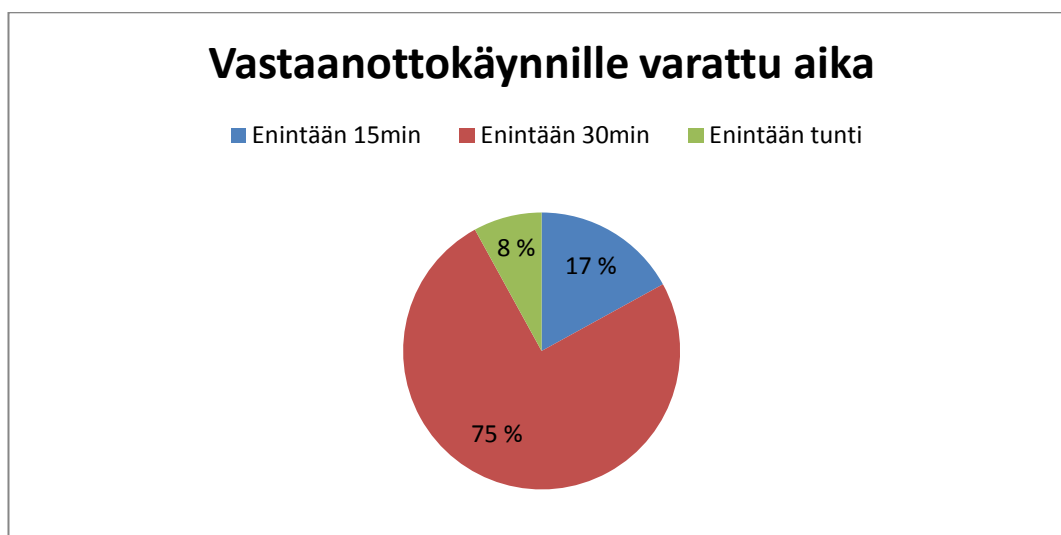


Kuvio 5. Seksitavan huomioiminen näytteenotossa.

Kysymyksessä kahdeksan kartoitimme, miten tieto todetusta tartunnasta saadaan terveyskeskukseen. Suurin osa (n=10) tutkimukseen osallistuneista vastasi, että tieto tartunnasta näkyy potilastietojärjestelmän laboratoriokaavakkeella. Neljä vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon, joten tulosten esittäminen prosentuaalisesti ei ole luotettavaa. Ainoastaan puhelimitse tai faksilla tieto tartunnasta saatiin vain yhdessä terveyskeskuksessa. Toiseksi vaihtoehdoksi puhelimen oli valinnut kolme ja faksin kaksi vastaajista. Sama ongelma ilmeni myös kysymyksessä yhdeksän, jossa seitsemän vastaajista oli valinnut useamman vaihtoehdon. Melkein kaikki vastaajat (n=10) olivat kuitenkin valinneet vaihtoehdon, että klamydiatestiin lähetteen tehnyt hoitaja ilmoittaa vastauksen potilaalle. Toiseksi yleisimmäksi käytännöksi osoittautui, että potilas ohjattiin itse kysymään tuloksista. Vaihtoehdon ”lähetteen tehnyt lääkäri” oli valinnut ainoastaan kaksi vastaajista, ja kyseiset vastaajat olivat valinneet myös vaihtoehdon ”lähetteen tehnyt hoitaja”.

### 9.3 Hoitopolku klamydiatartunnan toteamisen jälkeen

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa kartoitimme tartunnan saaneen potilaan saamaa ohjausta ja hoitoa. Klamydiatartunnan toteamisen jälkeen suurimmassa osassa (n=9) terveyskeskuksia asiakkaalle varataan aika terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Ainoastaan yhdessä kunnassa klamydiapotilaalle varataan aika suoraan lääkäriin vastaanotolle. Keskimäärin aikaa vastaanottokäynnille varattiin enintään 30 minuuttia (n=9). Kahdessa terveyskeskuksessa käynnille varattiin aikaa enintään 15 minuuttia ja yhdessä enintään tunti (kuvio 6).

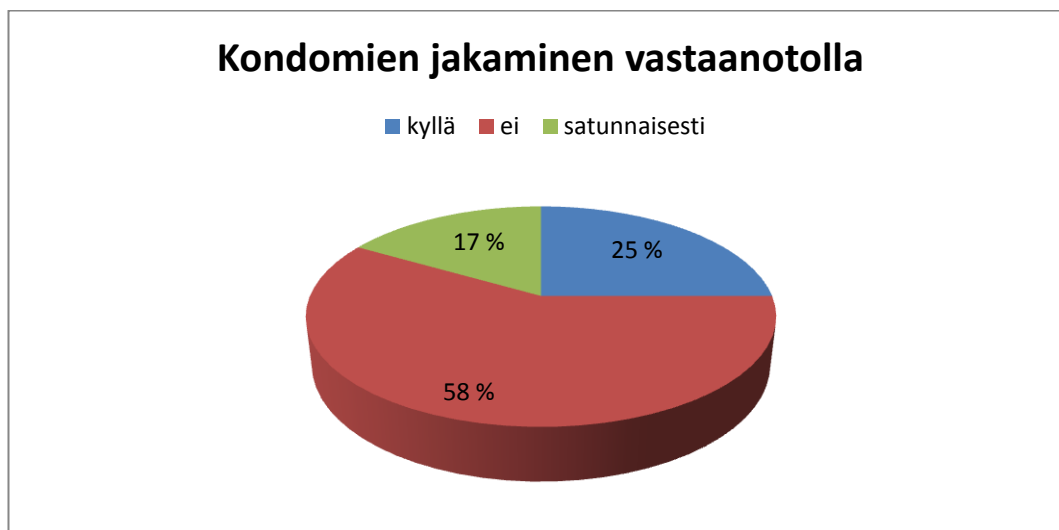


Kuvio 6. Klamydiapotilaan vastaanottokäynnille varattu aika.

Kysymyksen numero 11 muotoilussa käytimme hyväksi Likert-asteikkoa, joka sisälsi vastausvaihtoehdot "aina", "lähes aina", "harvoin" ja "ei koskaan". Kysymyksellä kartoitimme ohjauksessa läpi käytäviä asioita, joiden listauksessa käytimme apuna sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa. Terveyskeskuksista 83 %:ssa (n=10) asiakas ohjataan aina pidättäytymään yhdynnöistä viikon ajan ja, 92 %:ssa (n=11) kehoitetaan aina käyttämään kondomia jälkitarkastukseen saakka. Kontrollinäytteen ottaminen toteutui aina yhteensä kymmenessä terveyskeskuksessa ja yhdessä lähes aina. Myös tartunnan jäljityksestä huolehdittiin hyvin terveyskeskuksissa, sillä 83 %:ssa terveyskeskuksista tartunnan jäljityksestä sovitaan aina ja lopuissa 17 prosentissa lähes aina. Seitsemän osallistujista vastasi, että turvaseksistä annetaan tietoa aina vastaanottokäynnin yhteydessä ja viisi, että lähes aina. Ras-

kaudenehkäisyyä käsitellään aina 33 %:ssa ja lähes aina 41 %:ssa paikoista. Kirjallinen potilasohje jaetaan aina 58 %:ssa terveyskeskuksista, ja ainoastaan yhdessä sitä ei jaeta koskaan. Muut mahdolliset sukupuolitaudit huomioitiin aina 67 %:ssa ja lähes aina 33 %:ssa paikoista. Myös HIV-testiä suositeltiin aina tai lähes aina yhteensä 83 %:ssa (n=10): terveyskeskuksista.

Saadaksemme tietoa klamydiatartuntojen ehkäisystä, kysyimme vastaajilta jae-taanko heidän vastaanotollaan ilmaisia kondomeja asiakkaille (kuvio 7). Vastaa-jista 58 % (n=7) vastasi tähän kieltävästi, eli ilmaisia kondomeja jaettiin ainoas-taan kolmella vastaanotolla ja satunnaisesti kahdella vastaanotolla.

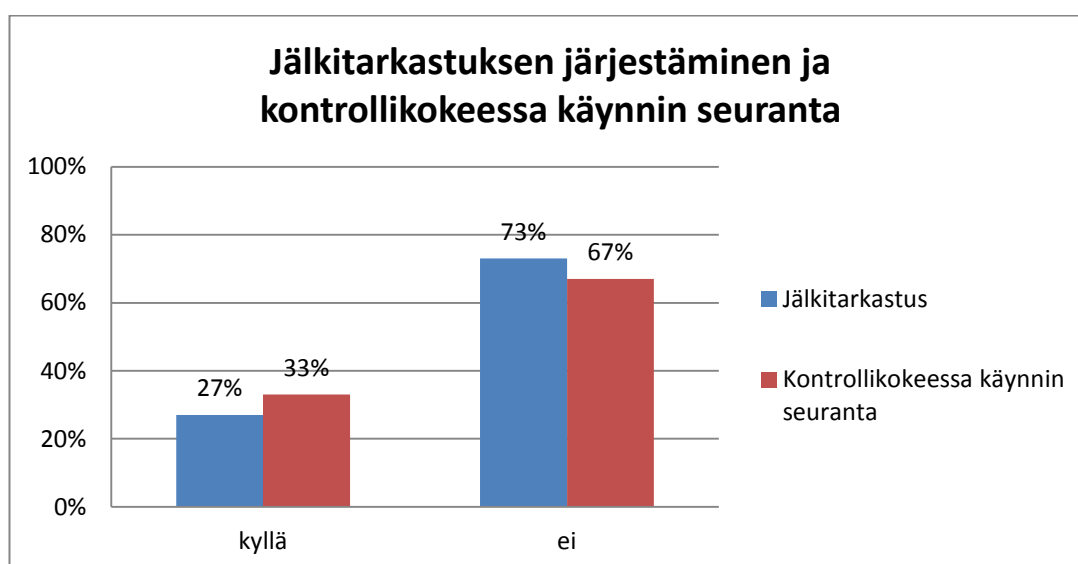


Kuvio 7. Ilmaisten kondomien jakaminen asiakkaille vastaanottokäynnin yhteydessä.

#### 9.4 Kontrollinäytteen otto ja tartunnanjäljityksen toteutus

Neljännessä osiossa käsitelimme vastaanottokäynnin jälkeisiä asioista ja tartunnan jäljitystä. Kysymyksessä 14 kartoitimme, mikä on yleisin käytäntö kumppaneiden hoitoon saattamisessa. Kaikki vastaajat olivat valinneet vaihtoehdon, jossa potilas itse ilmoittaa kumppaneilleen mahdollisesta tartunnasta. Viisi vastaajista oli lisäksi valinnut vaihtoehdon ”hoitaja”, mikä todennäköisesti tarkoittaa tilannetta, jossa potilas ei itse halua ottaa ilmoitusvastuuta. Lääkäri ei osallistu tartunnan jäljitykseen missään terveyskeskuksessa.

Kysymykset 15 ja 16 koskivat jälkitarkastuskäynnin toteutusta ja kontrollikokeessa käynnin seuranta. Vastaajista 73 % (n=8) ilmoitti, että he eivät varaa asiakkaalle jälkitarkastusaikaa (kuvio 8). Yksi vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen 15 ollenkaan, joten prosenttiosuudet laskettiin vain 11 vastaajalla. Ainoastaan kolmessa terveyskeskuksessa asiakkaalle siis tehdään jälkitarkastus. Myös kontrollikokeessa käyntiä seurattiin vain neljässä terveyskeskuksessa, eli 67 %:ssa toimipaikoista ei kontrollikokeessa käyntiä valvota lainkaan (kuvio 8). Ne, jotka seurasivat kontrollinäytteessä käyntiä, toteuttivat seurannan merkitsemällä potilaan tiedot kalenteriin ja tarkastamalla potilastietojärjestelmän laboriokaavakkeelta, onko potilas käynyt antamassa kontrollinäytteen.



Kuvio 8. Jälkitarkastusajan varaaminen ja kontrollikokeessa käynnin seuranta.

## 9.5 Koulutuksen ja näytteenoton riittävyys

Viidennessä osiossa kysyimme vastaajien omaa mielipidettä siitä, ovatko he saaneet mielestään riittävästi koulutusta sukupuolitaudeista ja otetaanko heidän mielestään riittävästi klamydianäytteitä ”potentiaalisilta” asiakkailta. Muotoilimme kysymykset Likert-asteikollisiksi, joissa vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa. Koulutus-kysymyksessä 58 % (n=7) oli samaa mieltä siitä, että he ovat mielestään saaneet koulutusta riittävästi (taulukko 1). Yksi vastaajista oli täysin eri mieltä ja

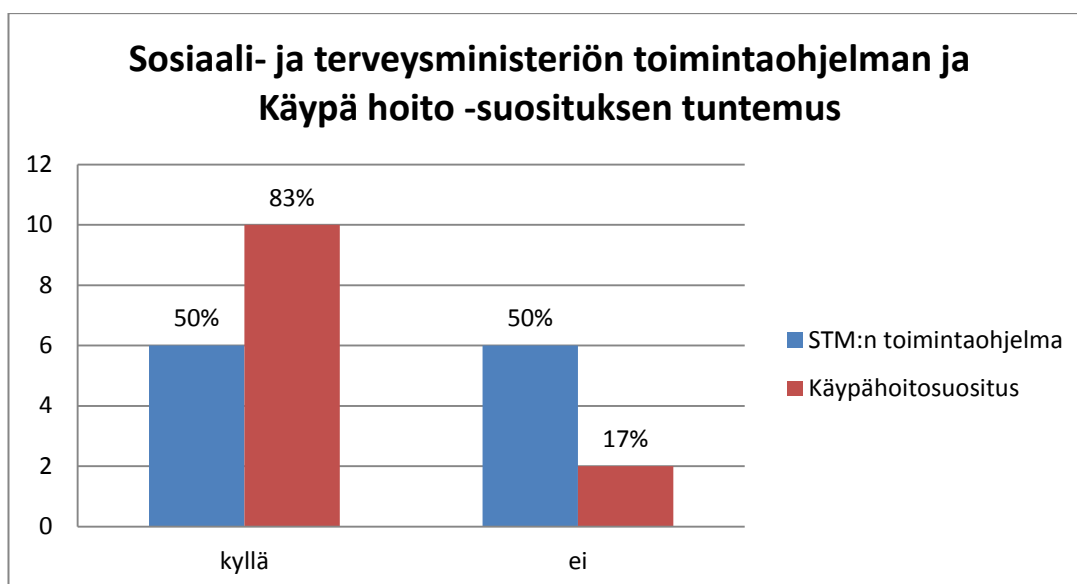
kolme eri mieltä koulutuksen riittävydestä, jolloin kieltävien vastausten prosenttiosuudeksi muodostui 33 % (n=4). Yksi vastaajista ei osannut vastata kysymykseen. Näytteiden oton riittävydestä samaa mieltä oli 50 % (n=6) ja eri mieltä 33 % (n=4). Täysin eri mieltä oli kaksi vastaajista.

Taulukko 1. Vastaajien (n=12) mielipide koulutuksen riittävydestä sukupuoli-tauteihin liittyen.

	n	%
Täysin samaa mieltä	0	0
Samaa mieltä	7	58
Eri mieltä	3	25
Täysin eri mieltä	1	8
Ei osaa sanoa	1	8
Yhteensä	12	100

## 9.6 Vastaajien tietämys valtakunnallisista suosituksista

Viimeiseen osioon sijoitimme kysymykset sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman sekä Käypä hoito -suosituksen tuntemuksesta (kuvio 9). Vastauksista kävi ilmi, että Käypä hoito -suositus oli paremmin vastaajien tiedossa. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tiesi 50 % (n=6) ja ei tiennyt 50 % vastaajista. Sen sijaan Käypä hoito -suositus oli tuttu 80 %:lle (n=10) tutkimukseen vastanneista.



Kuvio 9. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman ja Käypä hoito -suosituksen tuntemus.

## 10 Tulosten tulkinta ja johtopäätökset

### 10.1 Vastuu klamydiapotilaan hoidosta ja ohjauksesta

Tulosten tulkinta tarkoittaa sitä, että analysoinnin jälkeen tutkimuksen tekijä pohtii saamiaan tuloksia ja tekee niiden pohjalta omia johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym. 2003, 211). Saamiemme tulosten perusteella voimme tehdä johtopäätöksen, että klamydiapotilaiden hoidosta vastaavat kuntien terveyskeskuksissa hoitoalan ammattilaiset. Missään tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista ei klamydiatartuntaa epäilevää potilasta ohjattu suoraan lääkärin vastaanotolle, vaan tutkimukseen ohjauksesta huolehti hoitohenkilökunta. Tartunnan toteamisen jälkeenkin potilaan ohjaaminen lääkärin vastaanotolle oli harvinaista. Tulosten perusteella lääkärin osuus klamydiapotilaan hoidossa vaikuttaa olevan vähäinen. Tulevaisuudessa hoitajien lääkkeenmääräämisoikeuksien yleistyessä lääkärin osuus klamydiapotilaan hoidossa voi vähentyä entisestään.

Ennako-odotustemme mukaisesti yleisimmäksi käytännöksi osoittautui, että lähetteen tehnyt hoitaja ilmoittaa todetusta tartunnasta potilaalle. Toiseksi ylisin käytäntö oli, että potilas kysyy itse vastauksen näytteestä. Odotustemme mu-



kaista oli myös se, että tartunnan toteamisen jälkeen potilaat ohjattiin yleensä terveyden-, sairaan- tai tartuntatautihoitajan vastaanotolle. Ainoastaan yhdessä terveyskeskuksessa potilaalle varattiin aika suoraan lääkärin vastaanotolle.

## 10.2 Klamydiapotilaan hoidossa ilmenneet puutteet

Saatujen tulosten perusteella tulohaastattelussa käsiteltävien asioiden osalta eniten puutteita ilmeni seksikumppanin sukupuolen ja seksitavan selvittämisessä. Kyseiset asiat olisi tärkeä huomioida erityisesti näytteenottoa suunniteltaessa, jotta näyte otetaan oikeasta paikasta ja tulos on luotettava. Kuitenkin 67 prosenttia vastaajista jätti seksitavan huomioimatta näytettä ottaessa. Vaikka asiat ovat arkaluontoisia, ne tulisi silti huomioida klamydiapotilaan hoidossa etenkin, kun nykyisin yhä useampi edustaa jotakin seksuaalivähemmistöä.

Suurimpaan osaan terveyskeskuksista tieto potilaan tartunnasta saatiin potilastietojärjestelmän laboratorikaavakkeen kautta. Tähän voi vaikuttaa maakunnassa yleisesti käyttöön otettu yhteinen potilastietojärjestelmä. Puolessa terveyskeskuksista tietolähteenä tartunnasta oli käytössä pelkkä laboratorikaavake. Pohdimme, onko pelkästään laboratorikaavakkeen kautta saatava tieto tarpeeksi riittävä. Mikäli potilas ei itse jostain syystä kysy tuloksia tai hoitaja ei muista niitä katsoa, tieto tartunnasta voi jäädä kokonaan saamatta. Kysymyksen muotoilussa emme rajanneet, kuinka monta vaihtoehtoa vastaajan tulee valinta. Yksi vastaajista oli valinnut jopa kolme eri tiedonsaantitapaa, mikä voi kertoa epäselvistä käytännöistä. Kolmessa terveyskeskuksessa tieto tartunnasta saatiin myös jostain muualta kuin laboratorikaavakkeelta.

Tulosten perusteella potilas ohjattiin käymään kontrollikokeessa, mutta kokeessa käynnin seuranta osoittautui puutteelliseksi. Paikoissa, joissa kokeissa käyntiä seurattiin, se toteutettiin alkeellisilla kalenterimerkinnöillä laittamalla potilaan nimi muistiin. Isommilla paikkakunnilla, suuremmilla potilasmäärillä kyseinen menettely voi olla hyvin haasteellista, joten jatkossa voisi olla hyvä kehittää jokin työväline klamydiakokeissa käynnin ja tulosten valmistumisen seurantaan.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tavoitteeseen sukupuolitautipotilaiden hoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä kunnissa ei ole päästy. Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota valtakunnallisten suositusten tiedotukseen, jotta ne saavuttaisivat työntekijät. Tämän lisäksi työntekijöiden tulisi itse olla aktiivisia ja päivittää tietämystään.

### **10.3 Klamydiapotilaan hoidossa hyvin toteutuneet asiat**

Potilaan ohjaus oli tulosten perusteella kattavaa ja Käypä hoito -suositusten mukaista. Suurimmassa osassa terveyskeskuksista potilaalle annettiin kirjallinen potilasohje ja huomioitiin muiden sukupuolitartuntojen mahdollisuus. Lisäksi potilasta ohjattiin hyvin pidättäytymään yhdynnöistä ja käyttämään kondomia jälkitarkastukseen asti. Tartunnan jäljityksestä ja kontrollinäytteen ottamisestakin sovittiin aina tai lähes aina kaikissa terveyskeskuksissa ja suositeltiin potilasta käymään HIV-testissä. Suositusten mukaista oli myös tartunnanjäljityksen toteuttaminen, koska tulosten mukaan suurimmassa osassa terveyskeskuksista potilas itse ilmoitti mahdollisesta tartunnasta seksikumppaneilleen. Tartuntatautilain mukaan vastuu tartunnanjäljityksestä kuuluu yhä hoitavalle lääkärille, mutta käytännössä vastuu vaikuttaisi olevan hoitohenkilökunnalla, koska vastauksien perusteella yhdessäkään terveyskeskuksessa lääkäri ei ilmoita seksikumppaneille altistumisesta klamydiatartunnalle.

Tulosten perusteella suurin osa hoitajista koki sukupuolitaudeista saamansa koulutuksen olevan riittävää. Verratessamme vastaajan työkokemusta ja mieli- pidettä koulutuksen riittävydestä niillä ei näyttäisi olevan yhteyttä toisiinsa nähden. Niiden keskuudessa, jotka arvioivat koulutuksen olevan riittävää, oli sekä yli 20 vuotta että alle viisi vuotta työelämässä olleita. Työkokemuksen määrä vaihteli myös eri mieltä koulutuksen riittävydestä olleiden keskuudessa 3,5–34 vuoden välillä. Niistä seitsemästä, jotka kokivat koulutuksen olevan riittävää, neljä tunsi entuudestaan sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman, ja kuusi heistä tiesi Käypä hoito -suosituksen. Kokonaisuudessaan Käypä hoito -suositus oli paremmin työntekijöiden tiedossa kuin sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma, sillä 80 prosenttia vastaajista tunsi Käypä hoito -suosituksen mutta vain 50 prosenttia sosiaali- ja terveysministeriön toimintaoh-

jelman. Työkokemuksella vaikutti olevan yhteyttä sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tuntemukseen, sillä sen tuntevien keskimääräinen työkokemus oli yhteensä 8,8 vuotta ja niiden, jotka eivät tunteneet toimintaohjelmaa, 16,25 vuotta. Keskimääräinen vastaajien työkokemus oli 12,5 vuotta. Tulosten perusteella henkilöt, joilla oli vähemmän työkokemusta, tunsivat paremmin sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman.

## **11 Pohdinta**

### **11.1 Tutkimuksen luotettavuus**

#### **11.1.1 Luotettavuutta heikentävät tekijät**

Kyselytutkimuksen avulla saatavaan aineistoon liittyy aina tiettyjä heikkouksia. Tutkija ei voi olla varma siitä, kuinka vakavasti tutkimukseen on suhtauduttu ja kuinka huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat kysymyksiin vastanneet. Tutkijan voi olla hankala hahmottaa vastausvaihtoehtojen selkeyttä vastaajan näkökulmasta, jolloin voi syntyä vääринymmärryksiä. Koska tutkija ei tiedä, ketkä ovat täyttäneet kyselylomakkeet, hän ei myöskään voi olla varma vastaajien ammattitaidosta ja tietämyksestä kyseiseen aihealueeseen. (Hirsjärvi ym. 2003, 182.)

Kun kokosimme tutkimustuloksia, emme voineet olla varmoja siitä, kuinka vakavasti vastaajat olivat tutkimukseemme suhtautuneet ja kuinka totuudenmukaisesti he vastasivat kysymyksiimme. Esimerkiksi lomakkeen kysymyksessä 11 kaksi vastaajista oli rastinut suoraan kaikkiin kohtiin vaihtoehdon ”aina”. Emme voineet olla varmoja siitä, ovatko kaikki vastaukset luotettavia, vai onko vastaaja halunnut antaa hyvän kuvan toiminnastaan. Emme voineet myöskään täysin luottaa siihen, että vastaajat olisivat ymmärtäneet kaikki kysymykset tarkoittamallamme tavalla, koska useissa kysymyksissä oli valittu useita vastausvaihtoehtoja. Olisimme voineet selkeyttää vastaustapaa lisäämällä lomakkeeseen kehotuksen ”Valitse vain yksi vastausvaihtoehto”. Vastausten epäluotettavuudesta voi kertoa myös se, että joitakin asioita, kuten kontrollinäytteen ottoa ja seksitavan selvitystä, kysyimme tarkoituksella kahdella eri tavalla. Vastausten

perusteella kysymyksessä 11 kontrollinäytteen ottamisesta sopivat potilaan kanssa kaikki vastaajat, kun taas kysymyksessä 15 varsinaisen jälkitarkastusajan varasi vain kolme vastaajista. Lisäksi kontrollikokeessa käynnin seuranta oli puutteellista. Seksitavan tulohaastattelussa kysyi kolme vastaajista, kun taas näytteenotossa seksitavan huomioi neljä vastaajista. Kunnat F ja I huomioivat vastaustensa perusteella seksitavan näytteenotossa, mutta eivät tulohaastattelussa. Kunta C huomioi seksitavan tulohaastattelussa mutta ei näytteenotossa. Pohdimme, että mikäli kunnat F ja I eivät kysy seksitapaa tulohaastattelussa, kuinka he voivat huomioida sen näytteenotossa ja mikäli kunta C huomioi seksitavan tulohaastattelussa, todennäköisesti vastaaja huomioisi sen myös näytteenotossa. Pohdintojamme ei kuitenkaan voi pitää täysin luotettavina, koska kontrollinäytteen ottoa ja seksitavan selvitystä ei kysytty eri kysymyksissä tarkalleen samalla tavalla. Vastauksiin voi myös vaikuttaa se, että nykyisin klamydianäyte otetaan usein ensivirtsasta, johon ei vaikuta näytteenottoaika. Lisäksi on mahdollista, että potilaalle ei sovi vastaanottoaika kontrollikäynnille, vaan hän käy antamassa uuden klamydianäytteen laboratoriossa.

Kyselylomakkeiden lähetyksessä emme voineet olla täysin varmoja siitä, päätyivätkö kyselylomakkeet klamydiapotilaiden hoitajille. Hoitokäytäntöjen epäselvyyden ja ajankäytön vuoksi emme pystyneet selvittämään jokaisesta kunnasta, kuka vastaa klamydiapotilaiden hoidosta. Epäselvyyttä lisäsivät myös sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymät, joista emme olleet varmoja, mihin kuntien sukupuolitautilaisten hoito oli keskitetty. Näistä syistä johtuen päätimme laittaa kyselyn tartuntatautihoitajille, koska sellainen on nimetty jokaisessa kunnassa. Yritimme painottaa saatekirjeessämme, että kysely on suunnattu nimenomaan klamydiapotilaan hoitajalle. Lisäksi mainitsimme saatekirjeessä yhteystietomme, jotta mahdollisissa epäselvissä tilanteissa vastaaja voisi ottaa meihin yhteyttä. Uskoimme, että tartuntatautihoitajat ovat tietoisia oman kuntansa hoitokäytännöistä, vaikka eivät hoitaisikaan klamydiapotilaita työkseen. Toivoimme myös, että mikäli he eivät osaa vastata kyselyymme, he toimittavat sen henkilölle, joka osaa siihen vastata. Huomioimme kuitenkin, että lomakkeiden lähetyksen tartuntatautihoitajille vaikuttaa heikentävästi tutkimuksemme luotettavuuteen. Vaikka lähetimme kyselyn kaikille Pohjois-Karjalan alueen tartuntatautihoitajille, emme huomanneet, että vastauksia olisi tullut samoilta henkilöiltä.

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentää, että meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta sukupuolitautipotilaiden hoidosta tai hoitopolusta. Emme voineet siis täysin luottaa siihen, että huomioimme kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot kysymyksiä laatiessamme. Opinnäytetyömme oli ensimmäinen tutkimus meille molemmille, joten kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta kvantitatiivisen tutkimuksen toteutuksesta. Koimme tutkimuksen teon ajoittain haastavaksi, etenkin hankkiessamme teoretietoa kvantitatiivisesta tutkimusmenetelmästä, koska tekstit olivat hyvin teoreettisia ja täynnä käsitteitä.

### **11.1.2 Luotettavuutta parantavat tekijät**

Opinnäytetyömme aihe oli mielestämme mielenkiintoinen, ja perehdyimme aiheeseen liittyvään teoretietoon mielellämme. Otimme selvää valtakunnallisista suosituksista klamydiapotilaan hoidosta ja rakensimme teoriaosuuden valtakunnallisten suositusten sisällön mukaisesti. Kiinnitimme huomiota lähteiden luotettavuuteen ja suosimme teoriaosuudessa suomalaisia lähteitä. Pyrimme valitsemaan mahdollisimman tuoreita lähteitä, minkä vuoksi suuri osa lähteistämme on otettu Internetistä. Löytämiemme suomalaisten lähteiden tiedot olivat osittain aika vanhoja, mutta tuoreempia lähteitä aiheesta ei ollut saatavilla tai emme osanneet niitä hakea.

Kyselylomakkeemme luotettavuutta lisäsi mielestämme se, että kysymysten sisällön laatimisessa hyödynsimme toimeksiantajamme kokemusta ja asiantuntijuutta sukupuolitautipotilaiden hoidosta. Esitimme myös valmiin kyselylomakkeen toimeksiantajallemme ja kysyimme siitä hänen mielipidettään. Toinen lomakkeen luotettavuutta lisäävä tekijä oli se, että esitestasimme lomakkeemme asiantuntijoilla, eikä esitestauksessa ilmennyt suuria puutteita. Selkeyttääksemme kysymyksien vastausohjeita lisäsimme monivalintakysymyksiin esimerkiksi sanat ”pääsääntöisesti” tai ”aina” alleviivattuina, jotta vastaaja valitsisi vain yleisimmin käytössä olevan vaihtoehdon. Näin ei kuitenkaan käynyt, vaan vastaajat olivat valinneet useita vastausvaihtoehtoja. Se toi mielestämme lisää pohdittavaa työhömmä, koska useiden vastausvaihtoehtojen valitseminen voi kertoa terveyskeskusten epäselvistä käytännöistä klamydiapotilaiden hoidossa.

Lomakkeiden lähetystä varten etsimme postiosoitteet jokaisen kunnan Internet-sivuilta. Tarkistimme, että sivustot olivat ajan tasalla, joten lomakkeiden olisi pitänyt päätyä kohderyhmälle. Tartuntatautihoitajien tiedot saimme toimeksiantajaltamme, joten oletimme niiden olevan luotettavia.

Mielestämme tutkimuksen luotettavuutta paransi se, että otimme tutkimuksemme mukaan kaikki Pohjois-Karjalan kunnat, jolloin saadut tulokset ovat yleistettävissä koskemaan koko maakuntaa. Ajattelimme, että lomakkeen lähetyksen postitse lisäisi vastausprosenttia, koska lomakkeen täyttö käsin on helpompaa kuin sähköisesti lähetetyn lomakkeen. Uskoimme myös, että pitkä vastausaika voisi nostaa vastausprosenttia. Tulosten luotettavuutta arvioitaessa vastausprosentti on tärkeässä asemassa. Mielestämme saamaamme vastausprosenttia (75 %) voidaan pitää luotettavana. Tosin tutkimusaineistomme jäi kooltaan suhteellisen pieneksi (n=12). Käsittelimme saamaamme tutkimusaineistoa huolella ja tietojen syötössä käytimme kaksoistarkastusta.

Uskomme, että lomakkeiden uudelleen lähetyksellä päästäisiin samansuuntaisiin tutkimustuloksiin kuin opinnäytetyössämme. Kaikilla vastaajilla oli pidempi-ajasta kokemusta työstään, mikä mielestämme parantaa tulosten pätevyyttä. Saimme tuloksista vastauksia asettamiimme tutkimusongelmiin. Tulosten mukaan klamydiapotilaan hoitokäytännöissä on sekä eroja että yhtäläisyyksiä. Lisäksi opinnäytetyön pohjalta tuli esiin kehitettäviä asioita klamydiapotilaan hoidon toteutuksessa.

### **11.1.3 Reliabiliteetti ja validiteetti**

Tutkimuksen tulosten luotettavuuden ja pätevyyden arviointiin liitetään käsitteet tutkimuksen reliabiliteetista ja validiteetista. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaus-tulosten toistettavuutta, eli jos tutkimus toteutettaisiin uudestaan, saataisiinko uusintamittauksella samat tulokset. Validiteetilla sen sijaan tarkoitetaan mittaus-tulosten pätevyyttä, eli mittarin kykyä mitata nimenomaan sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2003, 213.)

Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa pohditaan, voidaanko saatuja tuloksia yleistää koskemaan tutkimuksen ulkopuolista perusjoukkoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152). Opinnäytetyössämme tämä tarkoittaa perusterveydenhuollosta saatujen tulosten yleistämistä koskemaan koko Suomen perusterveydenhuoltoa. Mielestämme saatuja tuloksia ei suoraan voida yleistää koskemaan koko Suomea, koska klamydian esiintyvyys ja hoitokäytännöt vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Tutkimusotoksemme sen sijaan edustaa mielestämme hyvin perusjoukkoa eli klamydiapotilaiden hoitajia, koska otoksemme koski kaikkia Pohjois-Karjalan terveyskeskuksia.

Tulosten reliabiliteettia arvioitaessa tarkastellaan mittarin toimivuutta ja tulosten pysyvyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152). Mittarimme eli kyselylomake osoittautui toimivaksi esitestauksessa, mutta pätevyyttä heikentää, että lomake oli ensimmäinen laatimamme kyselylomake. Lisäksi kysymysten asettelussa ja sanamuodoissa ilmeni puutteita, jotka saattoivat aiheuttaa vastaajassa väärinymmärrystä. Uskomme kuitenkin, että uudelleen mittauksella päästäisiin samankaltaisiin tutkimustuloksiin. Kaikilla vastaajilla oli pidempiaikaista kokemusta työstään, mikä parantaa tulosten pysyvyyttä. Mittarimme antoi meille vastauksia tutkimusongelmiin eli saimme kuvan klamydiapotilaan hoitopolusta sekä sen kehitettävistä alueista.

## 11.2 Eettisyys

Toteutimme tutkimuksemme anonymisti, jolloin ainoat vastaajista saamamme tiedot olivat kunta, jossa henkilö työskentelee ja hänen työkokemuksensa. Tuloksia analysoidessamme annoimme jokaiselle kunnalle sattumanvaraisesti koodinimen A-L, joten tuloksista ei käy ilmi, mistä kunnasta on kysymys. Tutkimuksemme eettisyyttä tukee, että kysyimme luvan tutkimuksen tekoon terveyskeskusten johtavilta hoitajilta. Lisäksi lähetimme kyselylomakkeen mukana saatikirjeen, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta, toteutuksesta ja nimityksestä. Siten myös vastaajat olivat tietoisia tutkimuksestamme.

Tuloksia analysoidessamme ja lomakkeita käsitellessämme olimme huolellisia siitä, etteivät ulkopuoliset henkilöt nähneet missään vaiheessa tutkimusaineis-

toamme. Teimme tulosten raportointia pääosin ammattikorkeakoulullamme, mutta käytimme silloinkin aineistosta puhuessamme kuntien koodinimiä. Opinnäytetyön valmistuttua huolehdimme aineiston huolellisesta hävittämisestä.

Tutkimusta tehdessä ja tuloksia analysoitaessa tulee kiinnittää huomiota lähdeaineiston asianmukaiseen käyttöön. Tutkimuksen tekijä ei saa sortua plagiointiin eli suoraan lainaamiseen toisen ihmisen teoksesta ilman lähdeviitettä. Tuloksia ei myöskään saa sepittää itse, vaan niiden tulee olla totuudenmukaisia ja faktaan perustuvia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 182 - 183.) Teoriaosuutta tehdessämme kiinnitimme huomiota tarkkoihin lähdemerkintöihin alkuperäisteksteistä. Emme lainanneet suoraan tekstiä, vaan referoimme sen omin sanoin. Tuloksia raportoidessa emme muunnelleet niitä, vaan säilytimme ne alkuperäisessä muodossaan. Vastauksissa ilmenneet puutteet otimme huomioon raportoinnissa.

### **11.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet**

Sukupuolitautilaisten hoitajat voivat hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia omassa työssään. Opinnäytetyössä ja laatimassamme kyselylomakkeessa on tuotu esille tärkeitä asioita, jotka tulisi ottaa huomioon jokaisen klamydiapotilaan hoidossa ja ohjauksessa. Mikäli tämä toteutuisi, saataisiin maakuntaan yhtenäisempi hoitolinja klamydiatartunnan saaneille potilaille. Yhtenäiset käytännöt takaisivat lisäksi hyvän hoidon laadun potilaalle.

Toimeksiantajamme saa tutkimuksemme pohjalta tietoa siitä, miten klamydiapotilaan hoito maakunnassamme toteutuu. Siten saadaan myös selville, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi koulutuksien järjestämisessä. Lisäksi opinnäytetyömme toimii tietopakettina kaikenikäisille klamydiasta tietoa hakeville sekä antaa vastauksia klamydiatartuntaa epäilevälle potilaalle.

Laatimamme kyselylomakkeen pohjalta voitaisiin kehittää uusi vastaavanlainen kyselylomake esimerkiksi HIV-tartuntojen hoitokäytännöistä. Jatkotutkimusmahdollisuuksia ajatellen voitaisiin tutkia klamydiapotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tulosten pohjalta voitaisiin tehdä esimerkiksi toiminnallinen



opinnäytetyö, jolla parannetaan valtakunnallisten suositusten tuntemusta. Kvalitatiivisena tutkimuksena voitaisiin selvittää työntekijöiden kokemuksia klamydian hoitokäytäntöjen selkeydestä ja toimivuudesta.

## Lähteet

- Bagshaw, S., Chambers, S., Corwin, P., Coughlan, E., Mangin, D., Murdoch, D., Toop, L. & Wells, J.E. 2009. Chlamydia trachomatis Testing Sensitivity in Midstream Compared with First-Void Urine Specimens. <http://www.annfamned.org/content/10/1/50.long>. 26.3.2012.
- Hiltunen-Back, E. & Aho, K. 2005. Terveellistä seksiä. Helsinki: Duodecim.
- Hiltunen-Back, E., Haikala, O., Kautiainen, H., ym. 1998:98. Anturiverkosto: uusi sukupuolitautilien epidemiologinen seurantajärjestelmä Suomessa. Suomen lääkärilehti.
- Hiltunen-Back, E., Haikala, O., Kautiainen, H., Ruutu, P., Paavonen, J., & Reunala, T. 2003. Nationwide Increase of Chlamydia trachomatis Infection in Finland: Highest Rise Among Adolescent Women and Men. *Sexually Transmitted Diseases* 30:10, 737-741. [http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2003/10000/Nationwide\\_Increase\\_of\\_Chlamydia\\_trachomatis.1.aspx#P.22.1.2](http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2003/10000/Nationwide_Increase_of_Chlamydia_trachomatis.1.aspx#P.22.1.2).2012.
- Hiltunen-Back, E. & Reunala, T. 2005. Klamydia lisääntyy. Duodecim. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo94710&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94710&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero). 1.2.2012.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki:WSOYpro Oy.
- Kontula, O. & Lottes, I. 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki:Tammi.
- Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki:Sanoma Pro Oy.
- Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki:WSOY.
- Käypä hoito -suositus. 2010.Sukupuolitaudit.Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50087>. 24.2.2012.
- Laki tartuntatautilain muuttamisesta 70/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990070>.3.2.2012.
- Laki tartuntatautilain muuttamisesta 935/2003. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030935>. 3.2.2012.
- Lau CY & Qureshi AK 2002. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12218839>.4.4.2012.
- Niemi, S., Hiltunen-Back, E. & Puolakkainen, M. 2011. Chlamydia trachomatis Genotypes and the Swedish New Variant among Urogenital Chla-

- mydia trachomatis Strains in Finland. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124027/pdf/IDOG2011-481890.pdf>. 1.2.2012.
- Nikula, M. 2009. Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50626/youngmen.pdf?sequence=1>.26.3.2012.
- Reunala, T., Paavonen, J. & Rostila, T. 2003. Sukupuolitaudit. Helsinki: Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf).20.1.2012.
- Tartuntatautilaki 583/1986.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583#a14>.11.2003-935.3.2.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2010.Tartuntataudit Suomessa 1995 - 2009. Raportti 17/2010. Helsinki:Yliopistopaino.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a4c2f994-438c-4f3e-9d72-7d0bf17f551c>.3.5.2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tartuntataudit Suomessa 2010.Raportti 17/2011. Helsinki:Yliopistopaino.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d73f597-8188-4ff5-b33c-101d7e1c3e90>. 12.4.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen organisaatio.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio). 1.2.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimialat.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/toimialat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/toimialat). 7.2.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Tartuntatautirekisterin kuvaus.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/tutkimus/tartuntatautien\\_suuranta/tartuntatautirekisterin\\_kuvaus/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/tutkimus/tartuntatautien_suuranta/tartuntatautirekisterin_kuvaus/). 1.2.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012c. Tartuntatautien torjuntayksikkö.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/tartuntatautien\\_torjunta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/tartuntatautien_torjunta). 7.2.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012d. Tartuntatautirekisteri.  
<http://www3.ktl.fi/stat/>. 1.2.2012.



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

### SOPIJAOsAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA PKSSK, Infektio- ja sairaalahygienia yksikö

Yhteystiedot: Tikkamäentie 16, talo 9/3, 80210 Joensuu

Sähköpostiosoite: Irija.Kolchmainen@pkssk.fi

OPISKELIJA Asta Lohtander & Hanna-Kaisa Mutikainen

Yhteystiedot: 0900025@edu.pkamk.fi, 0900143@edu.pkamk.fi

### TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Opiskelijat tekivät opinnäytetyön aiheesta Klamydian hoitokäytännöt Pohjois-Karjalassa maakaupungin terveyskeskuksissa (avoterveyshuolto).

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

#### Toimeksiantaja

PKSSK, infektio- ja sairaalahygienia yksikö ei vastaa opinnäytetyöstä koituvista kustannuksista.

#### Opiskelija(t)

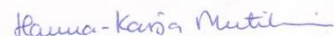
Asta Lohtander ja Hanna-Kaisa Mutikainen pitivät toimeksiantajan ajantasalla työn eri vaiheissa ja huolentivat opinnäytetyön kustannuksista itse.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Tiina Halonen

Päiväys ja allekirjoitukset

25.5.2011

  
Toimeksiantajan edustaja

  
Opiskelija

**Hyvä klamydiapotilaan hoitaja!**

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta Joensuusta. Teemme opinnäytetyötä klamydiapotilaan hoidosta sairaanhoitopiirimme alueella. Toteutamme opinnäytetyömme Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Infektio- ja sairaalahygienia yksikön toimeksiantona. Tarkoituksenamme on selvittää, millaisia klamydiapotilaan hoitokäytännöt maakunnassamme ovat.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselyyn ja lähettämään sen meille palautuskuorella, joka on tämän kyselyn mukana. Odotamme vastaustanne **elokuun loppuun** mennessä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu täysin anonyymisti. Toivomme, että kiinnostuitte asiasta. Vastauksenne on meille arvokas! Jos Teille tulee jotain kysyttävää opinnäytetyötämme koskien, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin

Asta Lohtander

[0900025@edu.pkamk.fi](mailto:0900025@edu.pkamk.fi)

Hanna-Kaisa Mutikainen

[0900143@edu.pkamk.fi](mailto:0900143@edu.pkamk.fi)

**KYSELYLOMAKE KLAMYDIAPOTILAAN HOITAJALLE**

## TAUSTATIEDOT

1. Ammatti \_\_\_\_\_

2. Terveyskeskus, jossa työskentelet \_\_\_\_\_

3. Työkokemus avoterveydenhuollossa \_\_\_\_\_ vuotta

.....

4. Kenen vastaanotolle klamydiatartuntaa epäilevä potilas pääsääntöisesti ohjataan?

- vastaanoton terveydenhoitaja/sairaanhoitaja
- tartuntatautihoitaja
- ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvolan hoitaja
- lääkäri
- joku muu, kuka \_\_\_\_\_

5. Käydäänkö tulohaastattelussa aina läpi seuraavat asiat

- |   |                          |       |                          |    |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Mahdollinen tartunta-ajankohta                  | <input type="checkbox"/> | kyllä | <input type="checkbox"/> | ei |
| Oireet ja niiden alkaminen                      | <input type="checkbox"/> | kyllä | <input type="checkbox"/> | ei |
| Miesten välinen seksi vai naisten välinen seksi | <input type="checkbox"/> | kyllä | <input type="checkbox"/> | ei |
| Seksitapa (vagina-, anaali- tai oraaliseksi)    | <input type="checkbox"/> | kyllä | <input type="checkbox"/> | ei |
| Onko potilas ollut yhdynnässä ilman kondomia    | <input type="checkbox"/> | kyllä | <input type="checkbox"/> | ei |
| Muuta, mitä _____                               |                          |       |                          |    |

6. Missä tilanteessa potilaalle tehdään kliininen tutkimus?

---

---

7. Huomioidaanko näytteenotossa aina seksitapa (vagina-, anaali- tai oraaliseksi)?

- kyllä
- ei

8. Miten tieto tartunnasta saadaan terveystieteeseen?

- puhelimitse
- faksilla
- vain sairaskertomuksen kautta (laboratoriokaavake)
- muu, mikä \_\_\_\_\_

9. Kuka ilmoittaa potilaalle vastauksen näytteestä?

- lähetteen tehnyt terveydenhoitaja/sairaanhoitaja
- lähetteen tehnyt lääkäri
- muu, kuka \_\_\_\_\_
- potilas kysyy itse vastauksen

10. Kenelle pääsääntöisesti varataan aika, kun potilaalla todetaan klamydiatartunta?

- vastaanoton terveydenhoitajalle/sairaanhoitajalle
- tartuntatautihoitajalle
- lääkärille
- muulle, kenelle \_\_\_\_\_

11. Huomioidaanko vastaanottokäynnin yhteydessä potilasta ohjattaessa seuraavat seikat

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
yhdynnästä pidättäytyminen viikon ajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kondomin käyttö jälkitarkastukseen asti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sovitaan kontrollinäytteen ottamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sovitaan tartunnan jäljityksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annetaan tietoa turvaseksistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annetaan tietoa raskaudenehkäisystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annetaan kirjallinen potilasohje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mahdolliset muut sukupuolitaudit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suositellaan HIV-testiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Jaetaanko vastaanotolla ilmaisia kondomeja?

- kyllä
- ei
- satunnaisesti

13. Paljonko tartunnan saaneen vastaanottokäynnille on varattu aikaa?

- enintään 15 minuuttia
  - enintään 30 minuuttia
  - enintään tunti
- .....

14. Kuka ilmoittaa seksikumppanille tartunnan mahdollisuudesta ja testeihin hakeutumisesta?

- hoitava lääkäri
- hoitaja
- potilas itse
- joku muu, kuka \_\_\_\_\_

15. Varataanko tartunnan saaneelle jälkitarkastusaika?

- kyllä
- ei

16. Seurataanko käykö tartunnan saanut klamydiakontrollikokeessa?

- kyllä, miten \_\_\_\_\_
  - ei
- .....



17. Oletteko mielestänne saaneet riittävästi koulutusta sukupuolitauteihin liittyen?

Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Otetaanko klamydianäytteitä mielestänne riittävästi ”potentiaalisilta” asiakkailta?

Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Onko STM:n Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007 – 2011 Teille tuttu?

- kyllä
- ei

20. Onko Käypähoito- suositus Sukupuolitautilien diagnostiikasta ja hoidosta Teille tuttu?

- kyllä
- ei

**Kiitos ajastanne! 😊**

