

1098.

TERVEYDENHOITAJIEN TYÖMALLIT PERHESUUNNITTELUSSA

Piia Astila

**Terveyskasvatuksen
pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteen laitos
Syksy 1998**

TIIVISTELMÄ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

Terveystieteiden koulutusohjelma

Terveyskasvatuksen suuntautumisvaihtoehto

PIIA ASTILA: ”TERVEYDENHOITAJIEN TYÖMALLEJA PERHESUUNNITTELUSSA”

Pro gradu -tutkielma, 58 s., 1 liite

Syksy 1998

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien käyttämiä työmalleja perhesuunnittelussa. Tutkimusaineisto muodostui yhdentoista Keski-Suomen läänin alueella työskentelevän terveydenhoitajan teemahaastatteluista. Aineisto analysoitiin laadullisesti sisällön erittelyllä.

Tutkimustuloksista ilmenee, että perhesuunnitteluneuvojen terveydenhoitajien työmallit voidaan jakaa neljään eri ryhmään sen mukaan, mikä mallissa vaikuttaa eniten. Työmallit ovat terveydenhuollon kuntayhtymän laatimiin normeihin perustuva, asiakassuuntautunut, ehkäisykaavakkeeseen perustuva ja monitahoinen kokemukseen perustuva työmalli. Kokonaisuutena terveydenhoitajien työtavat olivat melko samansuuntaiset, johtuen perhesuunnitteluneuvolan työn luonteesta.

Perhesuunnitteluneuvolan terveydenhoitajien työmallit tuovat esille jatkuvan perhesuunnitteluneuvolaverkoston kehittämistarpeen. Tavoitteena voidaan pitää monitahoista kokemukseen perustuvaa työmallia perhesuunnittelussa terveydenhoitajien keskuudessa. Koulutuksella ja terveydenhoitajan omaehtoisella työn kehittämisellä työmalleja voidaan edelleen kehittää.

Avainsanat: perhesuunnittelu, perhesuunnittelupalvelut, terveydenhoitajan työmalli, seksuaalisuus

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1. JOHDANTO	5
2. SEKSUAALISUUS OSANA IHMISEN HYVINVOINTIA	7
3. PERHESUUNNITTELUPALVELUT	10
3.1 Hedelmällisyyden edistäminen	11
3.2 Syntyvyyden säännöstely	12
3.3 Sukupuolitautilien ehkäisy	13
4. TERVEYDENHOITAJIEN AMMATTIPÄTEVYYDESTÄ SEKSUAALINEUVONNASSA	15
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
6. AINEISTON HANKINTA JA ANALYSOINTI	20
6.1 Aineiston hankinta	20
6.2 Sisällön erittely aineiston analyysimenetelmänä	22

7. TULOKSET	24
7.1 Seksuaalineuvonta osana terveydenhoitajien perhesuunnittelutyötä	24
7.1.1 Seksuaalineuvonnan sisältö	24
7.1.2 Seksuaalineuvonnan toteutustapa	28
7.1.3 Ammatillisuus seksuaalineuvonnassa	30
7.2 Perhesuunnittelua vai perheen suunnittelua ?	32
7.2.1 Terveydenhoitajien kuvaus perhesuunnittelusta	32
7.2.2 Perhesuunnittelun asiakaskäynti terveydenhoitajien kuvaamana	35
7.2.3 Terveydenhoitajien työmallien muodostuminen	38
7.2.4 Millä edistää perhesuunnittelutyötä ?	41
7.2.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	44
8. POHDINTA	46
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	46
8.2 Tulosten tarkastelu	47
8.3 Tulosten hyödyntäminen	50
LÄHTEET	51
LIITE	58

1. JOHDANTO

Hoitotyön perustehtävä, ihmisten auttaminen terveyteen liittyvissä asioissa, luo perustan kaikille hoitotyöntekijöille. Terveydenhuollon ammattien professionaalisuus, yksilökohtainen työn hallinta on siirtymässä työn yhteistoiminnalliseen ja tiedolliseen hallintaan. Tämä ei kuitenkaan edellytä luopumista omasta ammatti-identiteetistä, vaan päinvastoin hyvää ammatti-identiteettiä voidaan pitää työyhteisön voimavarana. (Merjola-Partanen 1994.)
Terveydenhoitopalvelujen tarjoajina myös terveydenhoitajien tulee kehittää omaa tietotaitoperustaansa jatkuvasti ja vastata näin yhteiskunnan muuttuviin haasteisiin.

Perhesuunnittelun alalla tehty tutkimus on nuorta Suomessa ja siksi sen alaan liittyviä tutkimuksia on tehty toistaiseksi vähän. Tosin tilanne on korjaantumassa tämän vuosikymmenen aikana, muun muassa Stakesin työryhmän ”Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000” ansiosta. Tässä tutkimuksessa perhesuunnittelulla käsitetään seksuaalisen terveyden edistämistä, raskauden suunnittelua, lapsettomuutta, raskauden ehkäisyä, raskauden keskenmenoa, raskauden keskeytystä ja sukupuolitautien ehkäisyä. Raskauden keskenmenoa ja raskauden keskeytystä ei tulla tässä tutkimuksessa käsittelemään tarkemmin.

Perhesuunnittelupalvelut ovat ammattiauttajien eli hoitohenkilökunnan, lääkärien, sosiaalityöntekijöiden ja opettajien toteuttamaa toimintaa asiakassuhteissa ihmisten tukemiseksi perhesuunnittelutoiminnoissa ja samalla perhesuunnittelutoiminnan organisoimista (Rimpelä, Ritamo 1995; Stakes 1995). Perhesuunnittelupalvelujen tavoitteena on edistää seksuaalista terveyttä ja hyvinvointia. Erityisenä tehtävänä on tukea perhesuunnitteluvalintoja siten, että raskauden alkaminen on toivottua ja suunniteltua. Perhesuunnittelupalvelujen tulee edistää perheen ja tulevan lapsen hyvinvointia. (Stakes 1995).

Seksuaalisen terveyden edistämiseen voidaan käyttää samoja periaatteita kuin yleisempään terveyden edistämiseen. Seksuaalinen terveys voidaan tulkita voimavaraksi, jota voidaan

käyttää yleisen terveyden edistämiseen, elämän laadun kohottamiseen ja myönteisten kokemusten hankintaan. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989.) Terveyskasvatuksen näkökulmasta kiinnostus kohdistuu erityisesti seksuaaliseen terveyteen ja sen edistämiseen. Tavoitteena voidaan pitää seksuaalisuutta koskevan yleissivistyksen välittämistä vapaiden valintojen perustaksi. (Kannas 1993.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada kuvailevaa tietoa niistä käsityksistä, joita perhesuunnitteluneuvoloiden terveydenhoitajilla on omasta työstään. Tutkimuksen tavoitteena on myös selvittää terveydenhoitajien toimintaa seksuaalikasvattajina. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä terveydenhoitajan työtä perhesuunnitteluneuvoissa.

2. SEKSUAALISUUS OSANA IHMISEN HYVINVOINTIA

Seksuaalisuutta on usein tulkittu vain fysiologisesti, mutta näkökulmaa seksuaalisuuteen tulee laajentaa. Seksuaalisuuden piiriin kuuluu kaikki mielihyvä, mitä ihminen kokee oman ruumiinsa eri osien tuntemuksina sekä lämpö ja läheisyys vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin.

Seksuaalisuudesta ei ole luotu yksiselitteistä määritelmää (Webb & Askham 1987; Nurmi 1990; Ronkainen & Rauhala 1990). Yhteiskunnassa vallitsevat seksuaalisuuteen liitetyt arvot, asenteet, normit ja moraalikäsitteet, sekä yhteisön tavat, ideologiat ja uskonto muokkaavat ihmisten seksuaalikäsitteitä ja -käyttäytymistä (Nurmi 1990; Kannas 1993). Käsitteet seksuaalisuudesta vaihtelevat usein elämänkaaren eri vaiheissa, joten seksuaalisuus voi merkitä nuorelle eri asiaa kuin aikuiselle (Roper ym. 1985; Yura & Walsh 1988).

Seksuaalisuuden suppea näkökulma käsittää lähinnä sukupuolielinten toimintaan liittyvän käyttäytymisen. Tällöin seksuaalisuus on ainoastaan yksi ihmisen fysiologisista tarpeista, joka on yhteydessä suvunjakamiseen. (Roper ym. 1985; Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989; Karanka 1993.) Goettschin (1989) mukaan seksuaalisuus on yksilön kyky reagoida fyysisiin kokemuksiin. Hänen mukaansa seksuaalisuus ilmenee rakenteellisesti neljällä eri tasolla: yksilön kykyä, kokemuksellisenä, kehoon suuntautuvana ja sukupuolielimiin suuntautuvana tasona.

Seksuaalitoimintojen fysiologinen puoli ja kyky sukupuoliyhdyntään ovat vain yksi osa seksuaalisuutta. Kun näkökulmaa laajennetaan fysiologisista toiminnoista kokonaisvaltaisempaan lähestymistapaan eli ihmisen seksuaaliseen eheyteen, voidaan ihmistä tarkastella kokonaisuutena. Seksuaalinen eheys ei ole pelkästään fysiologinen tai psyykinen tarve. Se vaikuttaa koko ihmiseen; fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, kulttuuriseen ja henkiseen tai hengelliseen minään, ja nämä kaikki vuorostaan vaikuttavat seksuaaliseen eheyteen. Tämän tarpeen tyydyttämisestä ihminen voi tuntea kokonaisvaltaista tyydytystä. (McFarlane, Rubinfeld 1993.)

Seksuaalisen eheyden tunnusmerkkeinä voidaan nähdä roolit, ihmissuhteet, oman seksuaalisuutensa arvostaminen ja hallinta. Seksuaalisen eheyden saavuttanut yksilö pystyy omaksumaan rooleja, jotka heijastavat hänen minäänsä sellaisena kuin hän on ja millaiseksi hän yrittää tulla. Hän pystyy solmimaan suhteita, joita voidaan kuvata rakkaussuhteiksi. Yksilö pystyy kunnioittamaan ja arvostamaan itseään seksuaalisena olentona ja arvostaa ja kunnioittaa myös muita. Hän säilyttää itsehallintansa sen tietoisuuden avulla, joka hänellä on omista hyvistä ja huonoista puolista. Seksuaaliseen eheyteen vaikuttavat minäidentiteetti, kommunikaatio ja ympäristö, jotka kaikilla ihmisillä liittyvät erottamattomasti toisiinsa. (McFarlane, Rubenfeld 1993.)

Seksuaalisuus voidaan nähdä myös sukupuolisuutena, johon kuuluu eriytyminen mies- ja naissukupuoleen sekä tunne omasta naiseudesta ja mieheydestä. Sukupuolisuus saa erilaisia ilmenemismuotoja eri ikäkausina. (Roper ym. 1985). Seksuaalisuutta on kuvattu myös ihmisen persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen läpi elämän kuuluvana ulottuvuutena. Seksuaalisuus kehittyy koko elämän ajan, ja muotoutuu osana ihmisen kokonaisvaltaista kehitystä. (Roper ym. 1985; Greenberg ym. 1993.)

Greenberg ynnä muut (1993) kuvaavat seksuaalisuuden laaja-alaisuutta ihmisen biologisena, psyykkisenä, eettisenä ja kulttuurisena ulottuvuutena. Seksuaalisuuden biologinen ulottuvuus sisältää muun muassa fyysisen ulkonäön, reaktiot seksuaalisiin ärsykkeisiin, kyvyn lisääntyä tai ehkäistä raskauksia. Perhesuunnittelussa tällä tarkoitetaan muun muassa raskauden ja hedelmättömyyden ehkäisyä. Psyykinen ulottuvuus käsittää seksuaalisuuteen liittyvät asenteet itseä ja toisia kohtaan. Tähän liittyy se, miten työntekijä on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa ja miten hän asennoituu esimerkiksi nuorten seksuaalisuuteen.

Eettiseen ulottuvuuteen kuuluu se, miten ihminen kohtelee itseään ja muita ihmisiä sekä mitä hän pitää oikeana ja vääränä. Suhtautuminen aborttiin ja seksuaalisiin vähemmistöihin ovat eettisen ulottuvuuden kysymyksiä. Kulttuurinen ulottuvuus muodostuu ajatuksiin ja tekoihin kohdistuvista kulttuurisista vaikutteista, joita muun muassa media, sosiaaliset instituutiot sekä ihmissuhteet antavat. Ne vaikuttavat käsityksiin seksuaalisuudesta; esimerkiksi siihen, miten erilaisena naisten ja miesten seksuaalisuus nähdään. (Greenberg ym. 1993). Seksuaalisuutta

on pohdittu laajasti myös monissa suomalaisissa julkaisuissa (esim. Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989; Nurmi 1990; Karanka 1993).

Seksuaalista terveyttä määriteltäessä on käytetty esimerkiksi moraalisia, lääketieteellisiä ja subjektiivisia kriteerejä. Vaikeaksi seksuaalisen terveyden määrittelyn tekee se, että seksuaalisuuskin on kulttuurisidonnaista ja sen soveltaminen erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten elämään on vaikeata. Tärkeätä on huomata seksuaalisen terveyden subjektiivisuus ja elämyksellisyys. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989, Kannas 1993). Seksuaalisen terveyden määrittelyssä heijastuvat kulttuureja säätelevät normit. Eräänä seksuaalisen terveyden edistämisen tavoitteena tulisikin olla seksuaalisuuden kulttuurinen lukutaito ja sen kriittinen lukutaito (Kannas 1993).

WHO on määritellyt seksuaalisen terveyden ruumiillisten, emotionaalisten, älyllisten ja sosiaalisten tekijöiden integraatioksi siten, että se myönteisesti rikastuttaa ja vahvistaa persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta. Vuonna 1987 WHO on määritellyt seksuaalisen hyvinvoinnin, jonka on todettu merkitsevän seksuaalisuuden monimuotoisuuden ja erityislaadun tunnistamista jokaisen yhteiskunnan ja sen jäsenten seksuaalisissa elämyksissä, kokemuksissa ja tarpeissa. Samalla todettiin yksilön oikeus olla joutumatta seksuaalisen hyväksikäytön, painostuksen ja väärinkohtelun kohteeksi. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989.)

Kingin ynnä muiden mukaan seksuaalisesti terve ihminen kokee seksuaalisuutensa miellyttävänä ja turvallisena. Seksuaaliseen terveyteen kuuluu kyky vapaasti ja vastuullisesti päättää ja valita; eli missä määrin ihminen haluaa kokemuksia seksuaalisuudesta ja minkälaisista variaatioista. (King ym. 1991.) Elämäntilanteella on suuri merkitys seksuaaliselle terveydelle. Monien seksuaalikysymysten keskeisten teoreetikkojen mielestä seksuaalisten tarpeiden tyydyttämisen estyminen haittaa mielenterveyttä. Ongelmat ilmenevät toiminnallisina häiriöinä ja fyysisinä terveysongelmina. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989.)

3. PERHESUUNNITTELUPALVELUT

Perhesuunnittelu muodostaa yhden avoterveydenhuollon tärkeimmistä osa-alueista.

Perhesuunnittelun tärkeimmät sisältöalueet ovat ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus, lapsiluvun ja lasten syntymän ajoituksen suunnittelu, ehkäisyneuvonta, raskaudenkeskeytykset, sukupuolitautien ehkäisy ja hoito sekä hedelmättömyyden ehkäisy ja hoito (Stakes 1994; Stakes 1995).

Perhesuunnittelupalvelujen asiantuntijuudessa yhdistyvät seksuaalineuvonnan ammattitaito ja kunkin ammattiryhmän tiedot ja taidot hedelmällisyyden edistämisessä.

Perhesuunnittelupalveluihin kuuluu myös hedelmättömyyden ehkäisy ja hoito, raskauden ehkäisy ja keskeyttämishoito sekä seksitautien ehkäisy ja hoito. Tärkeää on ammattitaitoisen avun ja tuen antaminen myös kaikissa perhesuunnitteluun liittyvissä ongelmissa. (Rimpelä, Ritamo 1995, Stakes 1995.) Perhesuunnittelussa on haastetta perhesuunnittelutyötä toteuttaville. Sen tavoitteena on asiakkaiden tarpeita vastaava ammattitaito ja osaaminen ja päämääränä seksuaalisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.

Perhesuunnittelun ammattiauttajan tulee osata tarkastella seksuaalista terveyttä ja hyvinvointia suhteessa kasvuun, kypsymiseen ja vanhenemiseen; samoin hänen tulisi ymmärtää seksuaalisen terveyden ja hyvinvoinnin merkitys vammaisille, pitkäaikaissairaille ja eri seksuaalikulttuureihin kuuluville. Jokaisen perhesuunnitteluverkoston kuuluvan ammattiauttajan tulisi selvittää itselleen, millä tavalla hän kokee ja ymmärtää seksuaalisuuden sekä seksuaalisen hyvinvoinnin ja terveyden. Näin hän oppii hallitsemaan omia tuntemuksiaan hoitosuhteissa. (Stakes 1995.)

3.1. Hedelmällisyyden edistäminen

Stakesin johdolla on ”Perhesuunnittelu vuoteen 2000”-hankkeessa tuettu perhesuunnittelupalvelujen uudistamista. Hedelmällisyys nousi tärkeäksi teemaksi tämän hankkeen ympärillä Keski-Suomen läänin terveyskeskuksissa. Hedelmättömyyden ehkäisy ja hoito nähtiin osana avoterveydenhuollon perustehtävää. (Stakes 1994; Rimpelä 1995.)

Rimpelän (1995) mukaan on tehtävä selvä ero hedelmättömyyden ja lapsettomuuden välillä, puhuttaessa hedelmällisyyden edistämisestä terveydenhuollon haasteena. Hedelmättömyyttä voidaan pitää biologisena häiriönä, jonka diagnostiset kriteerit ovat sopimuksenvaraisia. Yhdyvät ilman ehkäisyä johtavat tavallisesti raskauteen kolmen, neljän kuukauden kuluessa. Hedelmättömyydeksi katsotaan tila, jossa säännölliset yhdyvät ilman ehkäisyä eivät ole tuottaneet raskautta vuoden kuluessa. (Rimpelä 1995.)

Lapsettomuus on sosiaalinen tila, joka voi olla harkittua tai tahatonta. Tahaton lapsettomuus voi johtua joko siitä, ettei ole löytänyt hyväksyttävää kumppania tai hedelmättömyydestä. Nykyisin lapsettomuuden voidaan nähdä olevan myös harkittu valinta, jota tulee kunnioittaa asiakassuhteissa. Lapsettomuuden tutkimisen ja hoidon on kohdistuttava aina parisuhteeseen ja hoidon tulee olla kokonaisvaltaista. (Rimpelä 1995; Stakes 1995b.) Selvitettäessä lapsettomuutta huomio kiinnittyy ensin lisääntymiskyvyn häiriön luonteeseen, jonka jälkeen on vuorossa biologinen häiriö; sen diagnostiikka ja korjaaminen. Lääketieteellinen teknologia on kehittynyt tässä asiassa viimeisten vuosien aikana; kun sukusolut eivät toimi luonnonmukaisesti, voidaan alkio tuottaa ja istuttaa kohtuun biologisin ja lääketieteellisin keinoin. (Stakes 1995b.)

3.2. Syntyvyyden säännöstely

Perhesuunnittelun ja raskaudenehkäisyneuvonnan tavoite on raskauden ehkäisyn onnistuminen ja lasten syntyminen toivottuina. Ehkäisyn avulla on mahdollista rajoittaa lasten lukumäärä haluttuun. Eri elämänvaiheiden aikana tulevat kysymykseen eri ehkäisymenetelmät. Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat ehkäisyn turvallisuus, luotettavuus, vaikutuksen kesto, vaivattomuus, hedelmällisyyden palautuminen ja mahdollisesti terveyttä edistävät vaikutukset. Vuonna 1994 tehdyssä ehkäisy tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa 15-29-vuotiaista käyttää kondomia tai ehkäisytabletteja, 30-39-vuotiaista kierukkaa ja eniten sterilisaatioita oli tehty 40-50-vuotiaille. (Salmi 1996.)

Kansanterveyslain mukaan ehkäisyneuvonta kuuluu terveyskeskuksille. Miltei jokaisessa terveyskeskuksessa on perhesuunnitteluneuvola, jossa terveydenhoitaja ja lääkäri antavat ehkäisyneuvontaa ja seksuaalivalistusta. (Contraception 1996.) Perhesuunnittelun kannalta on tärkeää, että ehkäisymenetelmät ovat helposti niitä tarvitsevien ulottuvilla. Tässä suhteessa terveyskeskusten perhesuunnitteluneuvoloiden osuus on ollutkin merkittävä. (Erkkola, Kontula 1993.)

Kansainvälisesti ajatellen Suomea voidaan pitää mallimaana raskaudenehkäisyn suhteen aborttitilastojen valossa. Ehkäisymenetelmien tutkimus ja valmistus on myöskin erittäin pitkälle viety Suomessa, joten turvallisia ehkäisyvaihtoehtoja löytyy runsaasti.

Ehkäisyvalistuksella on osana laajempaa ihmissuhde- ja sukupuolikasvatusta tärkeä tehtävä terveyden edistämisessä. (Erkkola, Kontula 1993.)

Uudet ehkäisymenetelmät eivät ole vaikuttaneet kondomin vankkaan asemaan suomalaisessa ehkäisyssä. 1990-luvulla kondomia käyttää Suomessa vuosittain 25 % pareista.

Ehkäisytabletteja käyttää noin 30 % ja kohdun sisäistä ehkäisyä 30 % ehkäisyn tarvitsijoista.

Kemiallisten ehkäisimien käyttö on Suomessa melko vähäistä. Noin 10 % on päätenyt sterilointiin, naisten steriloinnit ovat olleet kymmenen kertaa yleisimpiä kuin miesten. (Anttila, Raudaskoski 1996.) Suojaamattoman yhdynnän jälkeen raskaus voidaan ehkäistä niin

sanotulla jälkiehkäisyllä. Se on kuitenkin vain tilapäinen ehkäisymuoto, ja siihen turvautuville tulee suositella pitkäaikaisehkäisyä. (Salmi 1996.)

Raskauden keskeytykset ovat vähentyneet Suomessa puoleen parissakymmenessä vuodessa. Raskauden keskeytysten lukumäärä heijastaa ehkäisyvalistuksen tasoa, ehkäisyvälineiden saatavuutta sekä niiden käyttöä. 1990-luvun alussa keskeytyksiä tehtiin noin 11000 vuodessa. Noin 12 % raskauksista päättyi vuonna 1993 raskaudenkeskeytykseen. (Stakes 1995c.) Toistuvat keskeytykset ovat Suomessa harvinaisia. On kuitenkin huomattava, että noin joka kolmas keskeytysasiakas tulee myöhemmin uudelleen vastaanotolle samassa asiassa. Vuoden 1993 tilastoista nousee esille lähiaikoina synnyttäneiden suuri osuus keskeytysasiakkaista. Ehkäisyä on pidetty lähinnä äitiysneuvonnan jälkitarkastuksen asiana. Vastuu on kuitenkin siirtymässä nyt lasten terveysneuvonnan oheen lastenneuvoloihin, koska synnyttäneille tehdään niin useasti keskeytyksiä. (Rimpelä, Ritamo 1995.) Toisaalta tilanne saattaa olla helpottumassa väestövastuun tullessa kuvaan mukaan. Sama terveydenhoitaja hoitaa perhettä ennen ja jälkeen synnytyksen, joten synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä huolehtii sama terveydenhoitaja perheen tarpeet tuntien.

Aborttirekisteriin ilmoitetaan naisille tehdyt raskauden keskeytykset, joten tarkastelu on rajattu vain naisiin. Perhesuunnittelu on kuitenkin naisten ja miesten yhteinen asia. Perhesuunnittelupalvelujen tulisi ottaa huomioon molemmat sukupuolet ja järjestää nykyistä enemmän palveluja pareille ja miehille. (Rimpelä, Ritamo 1995.)

3.3. Sukupuolitautilien ehkäisy

Sukupuoliteitse tarttuvat tulehdukset ovat viime vuosien aikana vähentyneet, samalla kun sukupuolitautilien kirjo on muuttunut jatkuvasti. Tippiuri ja kuppua ovat selvästi vähentyneet. Tautien tartunnanlähteitä on pyritty aktiivisesti selvittämään ja näin hoitokin on ollut helpompaa. Tulehdusten lääkehoito on uusien valmisteiden myötä yksinkertaistunut ja

hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin on päästy parempiin tuloksiin. Perhesuunnittelussa annettu valistus sukupuolitaudeista on lisännyt kondomin käyttöä, vaikka raskauden ehkäisy olisikin hoidettu muulla menetelmällä. (Erkkola 1993.)

Tutkijoiden mielenkiinto kondomin käyttöön on lisääntynyt maailmalla HIV-infektion tunnustamisen ja muiden sukupuolitautilien yleistymisen myötä. Yhdysvaltalaiset tutkijat ovat tulleet siihen tulokseen, että teini-ikäisten kondomin käyttö ei ole merkittävästi yleistynyt USA:ssa 1980-luvun lopussa. (Becker & Joseph 1988, Boyer & Kegeles 1991.) Suomessa tehty tutkimus vuonna 1988 osoitti, että 15-vuotiaista nuorista 27 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä ensimmäisessä yhdynnässään. Useimmat, pojista 66 % ja tytöistä 71 %, olivat käyttäneet kondomia ensimmäisessä yhdynnässä. (Erkkola & Kontula 1993.)

Klamydian, herpesen ja kondyloomaviruksen aiheuttamat ongelmat ovat edelleen lisääntyneet. Klamydian merkitys vasta vuosien kuluttua ilmenevien palautumattomien jälkitautien, sekä naisen että miehen lapsettomuuden ja kohdun ulkopuolisten raskauksien, aiheuttajana on selvinnyt vasta viime vuosien aikana. Kondyloomavirus on kaikkein yleisin seksitaudin aiheuttaja. Papilloomavirukselle on tyypillistä hyvin vaihteleva itämisaika: viikoista kuukausiin, jopa vuosiin. Tutkimustulokset ovat tuoneet esille papilloomaviruksen yhteyden syövän ja sen esiasteiden syntyyn. (Erkkola 1993.)

Kaikista sukupuolitaudeista eniten huomiota on viime aikoina saanut HIV, vaikkakin sen esiintyvyys Suomessa on vähäinen. Tilanne on kuitenkin jatkuvasti muuttuva. Uusista HIV-tapauksista joka kolmas on heteroseksuaalinen tartunta. Naisia HIV-tartunnan saaneista on 15 %, ja tartunnan saaneista miehistä runsas puolet on homoseksuaaleja. Neljännes Suomessa todetuista tapauksista on ulkomaalaisia. (Erkkola 1993.)

Ihmisten kanssakäyminen lisääntyy koko ajan, matkustaminen lisää alttiutta riskikäyttäytymiseen, joten sukupuolitautilien ennaltaehkäisyä tarvitaan jatkuvasti. Valistusta tulee kohdistaa kaikkiin ikäluokkiin, erityisesti nuoriin - vanhempia ikäluokkia unohtamatta.

4. TERVEYDENHOITAJIEN AMMATTIPÄTEVYYDESTÄ SEKSUAALINEUVONNASSA

Ammatillinen pätevyys muodostuu tiedosta ja osaamisesta. Tieto voi olla kokemuseräistä tai teoreettista ja adaptiivista tai innovatiivista. Suppea-alainen ja adaptiivinen pätevyys johtaa helposti arvostamaan pysyvyyttä ja pelkäämään muutoksia. Laaja-alainen ja innovatiivinen pätevyys antaa taas mahdollisuuden sopeutua tilanteeseen, kehittyä työssä ja muuttaa sitä jatkuvasti. Sosiaalisen toimintakyvyn katsotaan kuuluvan ammatilliseen pätevyYTEEN.
(Leppänen 1994.)

Ammattipätevyys määritellään kyvyksi jonkin työn suorittamiseen ja kehittämiseen. Pätevyyden sisältö muuttuu kuitenkin jatkuvasti kehittyvän työn mukana. Toisaalta ammatipätevyyttä ei pidä tarkastella erikseen, vaan se ilmaisee aina yksilön ominaisuuksien ja työn ehtojen suhdetta. Pätevyyden kehittyminen on ammatillisen sosiaalisaation keskeisin prosessi. Sosiaalisaatiolla tarkoitetaan ammattiin liittyvien tottumusten, normien, tietojen ja taitojen omaksumista koulutuksessa, harjoittelussa ja työssä; prosessia, jonka läpäistyään yksilö on valmis ammattiinsa. (Kivinen ym. 1989.) Stylesin (1990) mukaan sosiaalisaatiolla tarkoitetaan prosessia, jossa uusi jäsen perehtyy hoitotyön ammattiin miksi ja miten - kysymyksin. Tällöin opitaan näkemään mitä työ on, havaitaan minkälaista käyttäytymistä odotetaan ja arvostetaan, ymmärtämään lojaalisuutta ja luomaan ihmissuhteita.

Benner (1984) korostaa viiden ammattitaitoisen suorituksen tasoa hoitotyössä ja miten kunkin tason suoritusta voidaan kehittää kokemuksen perusteella. Kokemuksella tarkoitetaan ennakkokäsitysten ja teorian hioutumista varsinaisissa käytännön tilanteissa. Suoriutumisen tasot muodostuvat Dreyfusin mallia mukaellen hoitotyöhön sovellettuna: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Asiantuntijuuden perustana ovat hyvin suunnitellut terveydenhuollon koulutusohjelmat. Tuoreimman aloittelijankaan toiminta hoitotyön alalla ei Bennerin mukaan voi perustua yritysten ja erehdysten kautta oppimiseen, koska hoitotyöhön sisältyy lukuisia riskejä sekä asiakkaan että hoitotyöntekijän kannalta.

Terveydenhuollon koulutus on uudistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Terveydenhuollon työn sisällöt ja toimintaprosessit uudistuvat, joten terveydenhuoltoalan kehitystarpeet ovat voimistuneet muun yhteiskunnallisen kehityksen myötä. (Räisänen 1995.)

Laurin (1988) mukaan hoitoalan ammatillinen koulutus luo arvo-, tieto- ja taitoperustan hyvän hoidon toteutukselle, jota työ- ja elämäkokemus muokkaa, täydentää ja lisää.

Oleellista Laurin mukaan tässä kehityksessä on se, miten ammatillinen tieto opetetaan ja millaisina rakenteina se jäsentyy opiskelijoille. Toisena tärkeänä tekijänä voidaan pitää sitä, millaisten hoitotyön tietorakennelmien varassa käytännön työtä tehdään.

Asenteelliset, tiedolliset ja taidolliset valmiudet ovat lähtökohtana terveydenhoitajan toiminnalle. Terveydenhoitajan työssään tarvitseman laaja-alaisen tieto- ja taitopohjan hallinta edellyttää lisäksi terveydenhoitajalta jatkuvaa itsensä kehittämistä. (Ammattikasvatushallitus 1987.) Terveydenhoitaja on perusterveydenhuollossa sekä kansanterveystyön että hoitotyön asiantuntija ja toteuttaja. Terveydenhoitajan työssä auttaminen liittyy keskeisesti terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. (Ammattikasvatushallitus 1987; Opetushallitus 1992.)

Terveydenhoitajalla tulee olla valmiuksia, jotta hän voi auttaa asiakkaitaan seksuaalisten tarpeiden tyydyttämisessä hoitotyön auttamismenetelmin (Nurmi 1990). Hoitotyöntekijän ammatilliset valmiudet muodostuvat omaksutuista asenteista, tiedoista ja taidoista (Mölsä 1992). Pystyäkseen kohtaamaan esimerkiksi nuoren heräävän seksuaalisuuden, terveydenhoitajan on pohdittava omia seksuaalisuuteen liittyviä asenteitaan ja uskomuksiaan. Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittely edellyttää, että terveydenhoitaja on selvittänyt oman suhtautumisensa seksuaalisuuteen ja hyväksynyt seksuaalisuuden osana itseään. (Nurmi 1990, 1993.)

Nurmen (1990) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajiksi valmistuvien opiskelijoiden seksuaaliasenteet olivat hieman muuttuneet myönteisempään suuntaan vuosien 1973-1987 välisenä aikana, vaikka asenteet olivatkin edelleen melko konservatiivisia. Tämä tutkimus osoitti myös hoitotyön koulutuksen riittämättömyyden asiakkaiden neuvontaan ja ohjaukseen puhuttaessa seksuaalisuudesta. Kouluterveydenhoitajan tiedollisten ja asenteellisten valmiuksien riittämättömyys tuli esille myös Laurin ym. (1986), Kerrin (1988) ja Katodan ym.

(1990) tutkimuksissa. Kerrin (1988) Yhdysvalloissa suorittama tutkimus osoitti, että koulutus, yhteistyö yhteiskunnan eri tahojen kanssa, herkkyys vallitseville asenteille ja arvoille ja yhteinen kieli ovat tärkeitä seksuaalikasvatuksen onnistumiselle. Lisäksi työskentely tällä alueella vaatii seksuaalikasvattajalta tietojen ohella myös omien arvojen, asenteiden ja tunteiden tiedostamista.

Pelkosen (1989) tutkimuksessa terveydenhoitajien työskentelyssä nähtiin melko paljon eroja. Esille nousi kaksi toimintatapaa: väestöorientoitunut ja järjestelmäorientoitunut. Väestöorientoituneessa toimintatavassa lähdetään liikkeelle ensisijaisesti asiakkaan tarpeista, joita määritellään avoimesti ja huolella. Asetetaan asiakaskohtaisia tavoitteita ja pyritään ottamaan asiakkaan oma ajattelu ja voimavarat huomioon. Väestöorientoitunutta toimintatapaa luonnehtii joustavuus ja rohkeus tarkastella omaa toimintaansa kriittisesti ja tehdä tarvittavia muutoksia. Järjestelmäorientoitunut toimintatapa on kaavamaisempi. Asiakkaan tarpeita määritetään enemmänkin ennalta sovitun suunnitelman tai kaavakkeen mukaan kuin sen hetkisen tilanteen mukaan. Asiakaskohtaisia tavoitteita ei aseteta juuri lainkaan ja toiminta tapahtuu järjestelmän tiloissa. (Pelkonen 1989.)

Simoilan (1994) tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhoitajan työn kehitystä, ristiriitoja ja työorientaatiota. Terveydenhoitajien käsitysten pohjalta muotoutui kahdeksan erilaista tapaa hahmottaa omaa työtoimintaa. Ne nimettiin seuraavasti: äitiyshuollon, perinteinen, professiokeskeinen, kouluhoitajan, tiimihakuinen, kriittis-analyttinen, väestö- ja yhteisökeskeinen sekä pirstoutunut työorientaatio. Nämä kahdeksan toimintatapaa tulivat esille 25 terveydenhoitajan hahmottaessa omaa työtänsä. Näillä työorientaatioilla on kytkeviä terveydenhoitajan työn historiallisiin vaiheisiin.

Äitiyshuollon sektoriorientaatiota edustaneet neljä terveydenhoitajaa määrittivät työnsä tuloksen terveydenhoitajan toiminnasta käsin asiakkaan auttamisena ja tukemisena. Sektoriorientaatio hallitsi heidän yhteistyö- ja työnjakokäsityksiään. Perinteisessä terveystieteidenorientaatiossa työyhteisö ja työnjako hahmotettiin terveydenhoitajakeskeisenä kokonaisvastuuna. Työn tulos hahmotettiin lopputuloksena, joko ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymisenä tai asiakkaan lisääntyneenä omatoimisuutena. (Simoila 1994.)

Professiokeskeiselle työorientaatiolle oli luonnollisesti tunnusomaista professiokeskeinen ajattelu. Kolme neljästä näistä terveydenhoitajista olivat sitä mieltä, että koulutus oli antanut heille puutteelliset käytännön valmiudet työhön. Kouluvoiton työorientaatiossa oli taas keskeisenä piirteenä tapa hahmottaa yksilö laajemmassa yhteydessä, työyhteisötaustansa vasten. Terveydenhoitajien työn kokonaisuutta leimaa yksintyöskentely. (Simoila 1994.)

Tiimityöhakuinen työorientaatio ilmeni kolmen terveydenhoitajan työskentelytavassa, joiden työ oli muutettu hiljan sektorityöstä laaja-alaiseksi väestövastuutyöksi. Kriittis-analyttisen työorientaation terveydenhoitajat ovat vahvan identiteetin omaavia työntekijöitä, joilla on halukkuutta tiimipohjaiseen tai koko terveystalosta yhdistävään työnteon malliin. Heitä oli kolme 25 haastattelusta terveydenhoitajasta. Tutkimusaineistossa yhdellä terveydenhoitajalla oli selkeä väestö- ja yhteisökeskeinen työorientaatio. Hän orientoitui kohteeseen, tulokseen ja työvälineisiin yhteisö-, väestö- ja asiakaskeskeisesti. (Simoila 1994.)

Pelkosen (1989) tutkimuksessa esille tulleet terveydenhoitajien toimintatavat noudattavat samoja linjoja kuin tässä tutkimuksessa esille tulleet työmallit. Terveydenhoitajien työtä ohjaavat hyvin pitkälle asiakaslähtöiset tekijät. Toisaalta toimintaan vaikuttaa kaavamaisuus ja sopimusten noudattaminen. Terveydenhoitajat työskentelevät siis melko samansuuntaisesti; on kyse sitten mistä avoterveydenhuollon sektorista tahansa.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat kokivat koulutuksen antaman riittämättömän valmiuden seksuaaliväestöön. Perhesuunnittelusta ei kokonaisuutena puhuttu terveydenhoitajien haastattelujen mukaan lainkaan, vaan tietoa oli ripoteltu eri aihealueisiin. Sama ilmiö toistui jo Nurmen (1990) tutkimuksessa terveydenhoitajaopiskelijoille. Terveydenhoitajakoulutuksen haastealueena voidaan pitää näin perhesuunnittelua.

Simoilan (1994) työorientaatiotyypit muodostavat hyvin kattavan kokonaisuuden terveydenhoitajan työstä. Simoilan tarkasteltavan mukaan olisi voitu tarkastella myöskin terveydenhoitajan työmalleja perhesuunnittelussa tässä tutkimuksessa, mutta katsoin sen aiheettomaksi tutkimusjoukon koosta riippuen. Simoilan tutkimustulokset antavat tärkeää tutkimustietoa terveydenhoitajan työstä ja sen kehityksestä.

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten perhesuunnitteluneuvoiloiden terveydenhoitajat toteuttavat omaa työtään.

Tutkimustehtäviksi muodostuivat:

1. Mitä sisältöjä terveydenhoitajilla on perhesuunnittelussa ?
2. Minkälaisilla toimintatavoilla terveydenhoitajat toteuttavat seksuaalivointia perhesuunnittelussa ?
3. Miten terveydenhoitajien asiakaskäynnit rakentuvat ?

6. AINEISTON HANKINTA JA ANALYSOINTI

6.1 Aineiston hankinta

Tutkimusjoukko muodostui 11 terveydenhoitajasta, jotka työskentelivät perhesuunnitteluneuvoissa Keski-Suomen läänissä elokuussa 1996 kahden eri kuntayhtymän alueella. Tutkimukseen mukaan otettiin kaikki terveydenhoitajatutkinnon suorittaneet, joille oli kertynyt työkokemusta alalta vähintään yksi vuosi sekä; että terveydenhoitajat olivat tutkimusaineiston keruuajana työssä. Terveydenhoitajilla oli näin kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, joten he kaikki olivat niin sanottuja avaintodistajia (vrt. Field & Morse 1985, Hämäläinen 1987, Alasuutari 1989). Terveydenhoitajien tehtäväalueet olivat erilaisia. Kukaan terveydenhoitajista ei tehnyt perhesuunnittelutyötä yksinomaan, vaan kaikilla oli sen lisäksi yhdestä neljään tehtäväaluetta työnkuvassa mukana. Neljä terveydenhoitajaa toteuttivat työtään väestövastuisesti ja muiden kohdalla oli kysymyksessä sektoroitu työ. Kokonaistyöajasta käytetty aika viikossa perhesuunnitteluun vaihteli 5 - 40 %:n välillä, sen ollessa keskimäärin 20 %. Terveydenhoitajat olivat iältään 34 - 59-vuotiaita.

Anoin tutkimusluvut tutkimuksessa mukana olleista kahdesta terveydenhuollon kuntayhtymästä. Otin ensin yhteyttä puhelimitse, jonka jälkeen lähetin tutkimuslupanomukseni. Tämän jälkeen sovin haastatteluajankohdasta ja -paikasta tutkittavien kanssa.

Tutkimuksessa käytin laadullista lähestymistapaa, koska tutkittavasta ilmiöstä, terveydenhoitajien toiminnasta perhesuunnittelussa, on toistaiseksi vähän tutkittua suomalaista tietoa. Näin laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin tämän aineiston hankinta- ja analyysimenetelmäksi. (vrt. Field & Morse 1985.) Teemahaastattelun valitsin aineiston keruumenetelmäksi, koska halusin saada syvällisempää tietoa kuin esimerkiksi kyselyn avulla olisin saanut. Lisäksi haastattelussa oli tarkentamismahdollisuus ja mahdollisuus keskustella jostakin teemasta tarvittaessa laajemmin. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 1991.) Ennen haastatteluja

laadin haastattelurungon (liite 1), mikä sisälsi teema-alueuuttelon. Hirsjärven ja Hurmeen (1988) mukaan teema-alueuuttelo toimii haastattelijan muistilistana ja on tarpeen keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Varsinkin ensimmäisten haastattelujen aikana koin sen tarpeelliseksi.

Tein yhden esihaastattelun ennen varsinaisia haastatteluja; tämän jälkeen tein pieniä korjauksia yhteen teema-alueeseen, muuten ei ollut aihetta muuttaa haastattelurunkoa. Esihaastateltu terveydenhoitaja ei osallistunut varsinaiseen tutkimukseen. Esihaastatteluja suorittamalla tutkija voi testata teemahaastattelurungon toimivuutta, harjaantua kysymysten muotoiluun ja teema-alueiden hallintaan haastattelutilanteessa (Hirsjärvi ym. 1990).

Haastattelut kestivät puolesta tunnista vajaaseen tuntiin. Haastattelut etenivät teema-alueittain. Haastattelukysymysten aihealueet olivat ainoastaan tutkijalla. Ennen haastattelujen alkua kerroin haastateltaville lyhyesti tutkimuksen tarkoituksen ja haastattelun kulun, jotta he pystyivät orientoitumaan haastatteluun.

Haastatteluajankohta pyrittiin järjestämään mahdollisimman joustavasti terveydenhoitajien toiveiden mukaan. Hieman haastatteluajkojen sopimisia sekoittivat kesälomien ajankohdat; muutamassa tapauksessa tutkija otti uudelleen yhteyttä terveydenhoitajaan ja varmisti näin haastatteluajankohdan. Haastattelin terveydenhoitajat heidän omissa työhuoneissaan. Suoritin itse kaikki haastattelut, jotka nauhoitin. On todettu, että haastateltavat hyvin pian unohtavat nauhurin olemassaolon, vaikka alussa sitä jännittäisivätkin. Haastattelujen nauhoittaminen kuuluu teemahaastattelun luonteeseen ja tällöin saadaan haastattelu sujumaan nopeasti, ilman katkoja. Lisäksi kommunikaatiosta saadaan säilytettyä olennaisia seikkoja. (Hirsjärvi & Hurme 1988.)

Haastatteluja en tässä vaiheessa numeroinut, eikä terveydenhoitajien nimiä käytetty missään vaiheessa tutkimusaineistossa. Nauhoituksia ei juuri jouduttu keskeyttämään ; ainoastaan muutama puhelinsoitto ja kaksi ennakoimatonta asiakaskäyntiä keskeyttivät haastatteluja muutamiksi minuuteiksi.

Haastattelujen kuluessa oli huomattavissa, että terveydenhoitajat melko pian pystyivät kertomaan kokemuksistaan vapaasti. He olivat motivoituneita kertomaan kokemuksistaan ja toivat esille myös ongelmallisia puolia työstään perhesuunnitteluneuvoissa.

6.2 Sisällön erittely aineiston analyysimenetelmänä

Aineiston analysoinnissa käytin sisällön erittelyä (Grönfors 1982, Field & Morse 1985, Hämäläinen 1987, Burns & Grove 1987). Sisällön analyysissä tutkimusaineiston luokittelu voi edetä joko deduktiivisesti tai induktiivisesti (Grönfors 1982). Tässä tutkimuksessa teema-alueiden sisältöluokat ja niiden alaluokat muodostettiin induktiivisesti aineistosta. Aineiston laadullinen analyysi pohjautuu tutkijan suorittamaan loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aineiston laadullinen käsittely perustuu tutkijan tekemiin jäsennyksiin, klustereihin, oivalluksiin ja abstrahoiviin päätelmiin. (Miles & Huberman 1984, Hämäläinen 1987, Patton 1990.)

Klusterointi ja abstrahointi ovat aineiston muokkauksen ja organisoimisen perusmuotoja. Klusteroinnissa yhdistetään ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Ilmiöitä ryhmitellään ja yhdistellään. Aineisto pelkistyy ja pienenee, kun klusteroinnissa sisällytetään yksittäiset tekijät yleisiin. Abstrahoinnissa tutkimusaineisto saavuttaa päätelmät, jotka on muokkauksen jälkeen saavutettu. (Miles & Huberman 1984.) Tässä tutkimuksessa yhdistettiin eri haastateltavien samansisältöiset asiat yhteen ja ne järjestettiin temahaastattelurungon mukaisiin luokkiin.

Tutkija tuottaa prosessin aikana aineistoa kuvaavia teemoja ja käsitteitä. Tehdään johtopäätöksiä, joiden kanssa aineistoon palataan yhä uudelleen. (Miles & Huberman 1984, Hämäläinen 1987, Miles & Huberman 1994.) Muokkasin tutkimusaineistoa siten, että pystyin löytämään aineistosta asioille yläkäsitteitä sekä ala- ja yläkategorioita. Luin siksi aineiston läpi useita kertoja ja pyrin tekemään johtopäätöksiä.

Varsinaisen aineiston analysoinnin aloitin puhtaaksikirjoittamisen jälkeen. Kirjoittaessani ääninauhoja puhtaaksi yritin palauttaa mieleeni haastattelut. Haastattelunauhat kuuntelin uudelleen sen jälkeen kun olin ne kokonaisuudessaan kirjoittanut. Kaikki haastattelut olivat kokonaisuuksia, joista ei voinut eikä tarvinnut jättää osioita pois. Kirjoitin nauhat puhtaaksi siis sanasta sanaan. Haastattelut koodasin kirjaimilla. Alkuperäiset kirjaimet ja sivunumeroinnit olivat käytössä loppuun asti, joten oli helppo palata aina tarvittaessa alkuperäisiin haastatteluihin ja tarkistaa ilmaisujen merkityksiä.

7. TULOKSET

Tutkimuksen tulokset esitetään tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Tulokset kuvataan taulukoina, kuvioina ja haastattelukatkelmina nauhoista.

7.1 Seksuaalineuvonta osana terveydenhoitajien perhesuunnittelutyötä

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajien kuvailema seksuaalineuvonta koostui lopulta monista aihealueista. Tosin kolmen suurimman aihealueen jälkeen tuli esille yksittäisiä aiheita, joita niitäkin voidaan pitää tärkeinä seksuaalineuvonnan osina.

7.1.1 Seksuaalineuvonnan sisältö

Terveydenhoitajat määrittelivät tärkeimpinä seksuaalineuvonnan sisältöalueina sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy, parisuhteen ja seurustelun sekä raskauden ehkäisy ja ehkäisymenetelmät. Sukupuolitautilasiat tulivat esille kaikissa haastatteluissa. (Taulukko 1)

Taulukko 1. Seksuaalivonnan sisältöalueet (N=11)

sisältöalue	hoitajien ilmoitus
sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy	11
parisuhde ja seurustelu	3
raskauden ehkäisy	3
ehkäisymenetelmät	4
miesnäkökulma	1
tyttönä ja poikana oleminen	1
sukupuolisuhteet	1

Terveydenhoitajien tapa kertoa sisältöalueista oli hyvin erilainen. Kaikkien haastateltujen terveydenhoitajien huomio kiinnittyi sukupuolitauteihin ja niiden ehkäisyyn, jota voidaankin pitää merkittävänä asiana hedelmällisyyden edistämistyötä ajatellen.

”...sukupuolitaudit käydään läpi ja niiden hoito ja ehkäisy.”

”Ensimmäkin tulee mieleen nää seksitaudit, joista paljon puhutaan oikeastaan. Lähes joka käynnillä, no tietysti lähinnä

nuorten kanssa, mutta myös sitten vanhempien asiakkaiden kanssa.”

”... esim. seksitaudit nuorten kanssa, sukupuolitautilasiat tulevat esille.”

”Seksitaudeista tulee puhuttua nuorten kanssa, jotka eivät ole vielä vakiintuneet. Puhun kaikille esim. juuri seksitaudeista pillerien aloituksen yhteydessä.”

Kuten edellä tuli ilmi, terveydenhoitajat suuntasivat sukupuolitaudeista puhumisen miltei aina nuorille. Sukupuolitautilaistus aloitetaan perhesuunnitteluneuvoissa silloin, kun asiakas aloittaa raskauden ehkäisyn. Toisaalta tällöin voitaisiin peräänkuuluttaa myös seksuaalineuvontaan kuuluvaksi sukupuolisuhteet. Vain yhden terveydenhoitajan haastattelussa tuli esille tämä asia.

”Esim. jos tulee nuori hakemaan ensimmäisiä pillereitä, puhutaan seksisuhteista ja ehkäisystä yleensä”

Seksuaalineuvonnassa toinen tärkeä aihealue oli parisuhteeseen ja seurusteluun liittyvät asiat. Tämänkin sisältöalueen käsittelyyn vaikuttivat asiakkaan ikä ja toisaalta terveydenhoitajien työkokemus seksuaalineuvonnasta. Parisuhteesta ja seurustelusta keskustelun liittyivät seksuaalineuvontaan viisi terveydenhoitajaa.

”Puhutaan parisuhteen asioista...”

”..., sitten jos on jotain pulmia parisuhteessa, esim. halun ja tarpeen välillä epäsuhta, niin niistä puhutaan.”

”Nuorille seurustelusta, ... , tyttönä ja poikana olemisesta.”

"Puhun näistä tarpeista yleensä eli mennäänkö sun vai poikaystäväsi tarpeista seksuaalinen kanssakäyminen. Onko se haluttua vai ei."

Ehkäisy ja ehkäisymenetelmät muodostivat seitsemän terveydenhoitajan mielestä seksuaalineuvonnan yhden peruselementin.

"Nuorille puhutaan enemmän ohjausta ja neuvontaa. Synnyttävälle puhun vähemmän, se on sitä ehkäisyä..."

"Ehkäisymenetelmien käytöt käydään läpi."

"Jälkiehkäisy vie nykyisin melko paljon..."

Ainoastaan yksi terveydenhoitaja otti esille jälkiehkäisyn seksuaalineuvonnassa. Muita yksittäisiä mainintoja olivat synnytyksen jälkeiset ongelmat, hellyyden osoitukset osana seksuaalisuutta, miesnäkökulman huomioiminen ja yleensä seksuaalisuus osana seksuaalineuvontaa.

"Jotakin ongelmia saattaa olla esim. synnytyksen jälkeen, niin niistä. Kyllä mä sikäli yritän puhua, että seksuaalisuus on paljon muutakin kuin sukupuoliyhdyntä, sehän on muutakin esim. hellyydenosoitukset."

"... miesnäkökulmaa olen yrittänyt ottaa mukaan..."

Tutkimuksessa tuli ilmi se, että terveydenhoitajien antaman seksuaalineuvonnan sisältö ei ollut kuitenkaan niin kattavaa, kuinka terveydenhoitajat antoivat aluksi ymmärtää. Osaltaan tähän ilmiöön saattoi vaikuttaa se, että suurimmalla osalla haastatelluista terveydenhoitajista oli työkokemusta viisi vuotta tai sen alle.

7.1.2 Seksuaalineuvonnan toteutustapa

Seksuaalineuvonnan toteutustapa muodostui terveydenhoitajien haastatteluissa selvästi kaksiportaiseksi. Kaikki terveydenhoitajat toivat esille asiakaslähtöiset tekijät. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Seksuaalineuvonnan toteutustapa (N=11)

toteutustapaan vaikuttava tekijä	hoitajien ilmoitus
asiakas	11
-ikä	1
-toiveet	3
-tarpeet	2
-kysymykset	2
tieto	5
-asiallisuus	5
-moralisoimattomuus	4

Seksuaalineuvonnan toteutustapaan vaikuttivat asiakkaan ikä, asiakkaan tarpeet ja toiveet ja mahdolliset asiakkaan kysymykset.

”...pitkälle teen työtä asiakasta kuunnellen ja yritän saada heidät puhumaan. Kuuntelen ja autan.”

”...lähtee asiakkaan tarpeista, että mitä siinä asiakkaan käynnin aikana tulee esille. Yksilöllisesti lähdän liikkeelle.”

”Pitää ajatella ensin asiakasta.”

”Tapauskohtaisesti. Lähdetään asiakkaan toiveista ja kysymyksistä liikkeelle. Edetään sen mukaan.”

”No se riippuu asiakkaan iästä...”

Toinen tekijä toteutustavassa muodostui tiedosta. Viisi terveydenhoitajaa pitivät tärkeänä sitä, että seksuaalineuvonta oli asiallista ja tietoa antavaa; eikä toteutustapa moralisoinut asiakasta, vaan kohtelun katsottiin olevan luontevaa.

”Ei saa puhua liian vapaamielisesti, muttei liian moralisoidenkaan. Antaa asiasta tietoa.”

”Faktat ja tosiasiat tietysti kerrotaan, mutten mene puoleen enkä toiseen, ratkaisut ovat asiakkaan itse tehtävä...”

”Tietoisesti pyrin siihen, etten moralisoi. On kuitenkin puhuttava seksitautien faktat.”

”Ainakin mä pyrin olemaan luonteva ja puhun asioista niiden oikeilla nimillä. Tällaisena luonnollisena osana pidän

seksuaalineuvontaa, että se kuuluu normaalina osana tähän neuvolatoimintaan.”

”Olen aika vapaamielinen näissä asioissa.”

”En moralisoi ketään. Tietoa pitää antaa kuitenkin. Valinta on asiakkaalla itsellään, enkä tuputa. Yritän päästä irti terveysterrorismista.”

7.1.3 Ammatillisuus seksuaalineuvonnassa

Ammatillisen seksuaalinäkemyksen teema aiheutti lisäkysymyksiä eniten haastatteluissa. Pyrin kuitenkin muotoilemaan tätä alateemaa uudelleen jo esihaastattelun perusteella. Toisaalta tässä voidaan peräänkuuluttaa ammatillisuutta seksuaalineuvonnassa ja itsensä kehittämistä siinä. Eikö näin ollen terveydenhoitajien keskuudessa ole tarpeeksi mietitty ammatillisuuden merkitystä osana seksuaalineuvontaa? Tutkijana pidän tärkeänä sitä; että jokaisella terveydenhoitajalla on selkeä ammatillinen seksuaalinäkemys. Seksuaalisuus kuuluu luonnollisena osana elämään; varsinkin terveydenhoitaja ammatissaan toimiessaan pitäisi olla sinut seksuaalisuuden kanssa.

Teema nosti haastatteluissa esille moraalin. Viisi terveydenhoitajaa nimesivät omaksi näkemykseksen moralisoimattoman työskentelytavan.

”En pyri moralisoimaan. Usein nuoret kysyvät, että onko tää normaalia vai epänormaalia? Semmosiin kysymyksiin pyrin antamaan vastauksia.”

”No siinä ei ainakaan minun omat moraalikäsitteeni saa vaikuttaa.”

”Vaikea kysymys. Luulisin, että kuitenkin mulla on aika vapaa käsitys tästä asiasta, en ole mielestäni mitenkään tiukkapipoinen, joka välittynee myös asiakkaille. En ole kovin moralisoiva.”

Moraalittomuudesta seuraa taasen vapaa ja vapaamielinen näkemys, samoin kuin joustava ja hyväksyvä seksuaalinäkemys. Kuusi terveydenhoitajaa painottivat näitä näkökohtia haastatteluissaan. Seuraavassa muutama esimerkki:

*”Seksuaalinäkemykseni on muuttunut...
Nykyisin puhun asioista niiden oikeilla nimillä...
vapaamielinen.”*

”Olen yrittänyt ”kouluttaa” itseäni ja olen yrittänyt nyt olla mahdollisimman joustava ja hyväksyä erilaisia vaihtoehtoja.”

”Ammatillisesti mä en voi sanoa mikä on oikein, mikä väärin. Kaikki elävät omien toiveidensa ja halujensa varassa..., vaan asiakkaan on itse tehtävä ratkaisut.”

Toisaalta moraalittoman ja vapaamielisen seksuaalinäkemys vierellä kulki haastatteluissa asiallinen ja tietoa antava seksuaalinen ammattinäkemys.

”Pitää olla asiallinen seksuaalinäkemys, esim. juuri nuorille puhuttaessa.”

7.2 Perhesuunnittelua vai perheen suunnittelua ?

7.2.1 Terveystenhoitajien kuvaus perhesuunnittelupalveluista

Tutkimuksessa terveydenhoitajat kuvailivat perhesuunnittelun koostuvan raskauden ehkäisyyn liittyvistä asioista, sukupuolitautien ehkäisystä sekä perhesuunnittelusta. Nämä aihealueet tulivat miltei kaikkien terveydenhoitajien haastatteluissa esille. (Taulukko 3)

Taulukko 3. Tutkimuksessa esiintulleet perhesuunnittelun osa-alueet

perhesuunnittelun osa-alue	hoitajien ilmoitus
sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy	11
raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat	11
parisuhde ja seurustelu	3
seksuaalisuus	2
lapsettomuusasiat	3
terveyteen liittyvät asiat	2
terveyskasvatus	1

Terveydenhoitajat painottivat puheilmmaisussaan usein raskauden ehkäisyä perhesuunnittelun osa-alueena.

”Perhesuunnittelu käsittää ensinnäkin ehkäisytoiminnan: pillerit, kierukat ja sukupuolitautilien ehkäisyyn.”

”Perhesuunnittelu käsittää jo kouluissa puhumisen nuorille tytöille; kun he tulevat jatkossa kyselemään ehkäisyvaihtoehtoja, niin niistä kertominen.”

”..., mutta se alkaa siitä kun nuori on alkanut seurustella ja tarvitsee ekat pillerit. Ja synnytyksen jälkeen seuraava ehkäisy ja varttuneemmille kun perhe on tehty ja on silti hedelmällisessä iässä.”

”Perhesuunnitteluhan lähtee aivan sieltä alusta, ennen kuin vauva on tulossa. Huolehditaan ehkäisystä, vauva tulee oikeaan aikaan. Vauvan syntymisen jälkeen ehkäisy.”

Haastattelut, joissa perhesuunnittelun kuvattiin muodostuvan miltei ehkäisystä yksinomaan, yhteinen nimittäjä oli terveydenhoitajan lyhyehkö työkokemus perhesuunnittelusta.

Terveydenhoitajien työn tavoitteena on hedelmällisyyden edistäminen. Sukupuolitautilien ehkäisy koettiin tavoitteellisena toiminta-alueena. Useissa haastatteluissa esille nousivat sukupuolitautilien ehkäisyn rinnalla lapsettomuusasiat.

”Perhesuunnitteluunhan kuuluu paljon muutakin kuin ehkäisy, kun suunnitellaan lapsen tekoa. Kun hedelmällisyys säilyy, jos ja kun sitten tullaan raskaaksi. Se ei ole niin yksinkertaista se lapsen saaminen.”

"... nää seksitaudit, lapsettomuusasiat ja itse perhesuunnittelun, kun suunnitellaan perhettä."

"Sitten tietysti tämä ehkäisy, ehkäisyasiakkaat ja nuo lapsettomuusasiat. Lapsettomuustutkimukset usein aloitetaan täällä, paljon meillä täällä ei voida tehdä."

Parisuhteesta ja seurustelusta keskustelu esiintyi varsinkin nuorten asiakkaiden kohdalla osana perhesuunnittelua.

"Perhesuunnitteluhan alkaa siitä parisuhteesta ja sen merkityksestä pitää puhua varsinkin nuorten kohdalla, oman itsensä ja läheisen kunnioittamisesta."

"Sitten parisuhteeseen liittyvät kysymykset, seurustelusta puhumisen ja intiimiasioista puhuminen."

Vain kaksi terveydenhoitajaa mainitsivat perhesuunnitteluun kuuluvaksi seksuaalisuuden. Seksuaalisuutta voidaankin pitää näin melko arkana asiana terveydenhoitajille, koska sitä ei otettu useammin esille. Toisaalta terveydenhoitajien mielestä ammatillinen seksuaalinäkemyks oli vapaamielinen ja asiallinen, kuten edellä todettiin. Tilanne on ristiriitainen tässä suhteessa, koska seksuaalisuutta ei otettu enempää esille.

"Omaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat, niistä ollaan puhuttu nuorten kanssa... Seksuaalineuvonta kuuluu osana perhesuunnitteluun."

"Kyllä tähän kuuluu naisen tunteiden kuunteleminen, että millaisessa tilanteessa hän kulloinkin on. Kyllä perhesuunnitteluun kuuluu sitten iäkkäidenkin ihmisten, ei nyt enää ehkäisy, vaan seksuaalisuus, ..."

Vain yhden terveydenhoitajan haastattelussa tuli esille terveystkasvatuksen antaminen. Terveystkasvatuksellisen ohjannan ja neuvonnan vähyyttä pitänee kyseenalaistaa, koska suurelta osalta terveydenhoitajan työ koostuu terveystkasvatuksesta; oli työpiste sitten perhesuunnitteluneuvola tai lastenneuvola. Jos tilanne todellakin on tämä, pitää terveystkasvatuksen osuutta terveydenhoitajan työssä oleellisesti korostaa.

”Terveystkasvatuksen antaminen ja ohjanta on tärkeää perhesuunnittelutyössä.”

Terveyteen liittyvät seikat tulivat myöskin esille hyvin harvoin näissä haastatteluissa. Perhesuunnittelun osa-alueiksi katsottiin luonnollisesti kuuluvan raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat ennenkuin naisen terveyteen vaikuttavat tekijät.

7.2.2 Perhesuunnittelun asiakaskäynti terveydenhoitajien kuvaamana

Tämän tutkimuksen teemahaastattelussa oli eräänä teemana asiakaskäynnin sisällön kuvaus. Terveydenhoitajat toteuttivat työtään tämän tutkimuksen mukaan hyvin samansuuntaisesti. Asiakaskäynnin sisältö oli kaikissa haastatteluissa samantyyppinen muodostuen asiakkaan ja aihealueen mukaan.

1. asiakkaan taustan selvittäminen

2. tutkimukset

RR, paino, pituus,
viimeiset kuukautiset,
rintojen palpoinni jne.

3. terveystasvatus

esim. ylipaino, tupakointi

4. ehkäisy

5. muut esille tulevat asiat

esim. parisuhde

Kuvio 1. Terveystenhoitajien toteuttaman asiakaskäynnin sisältö
tapahtumajärjestyksessä.

Teemahaastattelukysymyksissä terveydenhoitajat kertoivat kapea-alaisemmin perhesuunnittelun osa-alueet. Asiakaskäyntien kuvaukset toivat esille sen, että terveydenhoitajat ottavat aina esille terveystasvatukselliset seikat, esimerkiksi juuri tupakoinnin ja ylipainon.

”Tupakointi kysytään ja puhutaan yleisesti terveystasvasioista ja varsinkin jos nuori tupakoi. Tupakoinnista ja pillereiden yhteiskäytöstä puhun ja siitä haitasta.”

”Tupakoinnista puhuin, koska tyttö tupakoi.”

Lisäksi terveydenhoitajat etenivät keskusteluissa asiakkaansa tuntien tai heihin tutustuen tavalla, mikä juuri nimenomaiseen tilanteeseen oli heidän mielestään oikea. Asiakkaan taustan

tunteminen vaikutti asiaan. Väestövastuinen terveydenhoitaja koki olevansa ensiarvoisessa asemassa, koska tunsisi asiakkaansa jo monen vuoden takaa.

Terveydenhoitajien haastattelut kuvasivat asiakaskäyntien sisällöt hyvinkin kattaviksi. On kuitenkin muistettava, että vain terveydenhoitajat haastateltiin.

”Nuori tyttö, 15 vuotta... Siinä aluksi sitten juteltiin seurustelusta ja selviteltiin ehkäisyn tarve. Sitten käytiin terveyteen liittyvät asiat, kuukautiset, sukuanamneesi, verenpaine. Hän oli ihan terve, ei ollut terveydellisiä riskejä. Hän oli rakastunut. Olivat seurustelleet jo yli puoli vuotta. Kerroin kaiken pillereistä, niiden vaikutuksesta. Miten rahoitus järjestyy, mitä ne maksaa, miten ne ehkäisee. Tyttö oli yksin, mutta olisin kaivannut poikaakin. Olivat asiasta kyllä keskustelleet, mutta tyttö tuli kuitenkin yksin. Sanoin, että ensi kerralla voivat tulla yhdessä. Olen sitä mieltä, että tämä on yhteinen asia.”

Toisaalta asiakkaansa tuntien terveydenhoitajat keskittyivät olennaisiin asioihin.

Haastatteluissa tuli esille se, että nuorten asiakkaiden kanssa terveydenhoitajat puhuivat enemmän perhesuunnittelun osa-alueista kuin varttuneempien asiakkaiden kanssa. Raskauden ehkäisystä pitkään huolehtineet naiset halusivat puhua muustakin kuin ehkäisyyn liittyvistä asioista.

7.3.3 Terveystenhoitajien työmallien muodostuminen

Terveystenhoitajien työmalleja ohjaavat tekijät voidaan jakaa neljään eri ryhmään, sen mukaan, mikä vaikuttaa työmallissa eniten. Ryhmät muodostuivat perhesuunnitteluneuvolan terveystenhoitajien asiakaskäyntikuvausten mukaan. Ohjaavia tekijöitä saattoi olla samalla terveystenhoitajalla useita, mutta yksi oli aina vaikuttavin. Ryhmät ovat:

- a) terveystenhoollon kuntayhtymän ohjeet
- b) asiakas
- c) ehkäisyhaastattelukaavake
- d) oma käytännön kokemus.

Arvioidessaan omaa työmalliaan terveystenhoitajat kartoittivat mielestäni hyvin kattavasti omaa työtään ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tärkeimmäksi tekijäksi nousi oman terveystenhoollon kuntayhtymän perhesuunnitteluohjeet. Niiden mukaan neljä terveystenhoitajaa toimivat ensisijaisesti. Lisäksi toimintaan tällöin vaikuttivat asiakaslähtöiset tekijät ja näistä yhdessä muodostui työmalli.

"Aluksi olin kyllä aika tyhjän päällä, mutta onneksi kuntayhtymässä on tehty tarkat ohjeet, joiden pohjalta teen työtä. Se säätelee ja luo rajat työlle."

"Meillä on sovittu omassa terveystenkeskuksessa ohjeet, joiden mukaan toimitaan. Tietysti asiakkaatkin vaikuttavat, että miten toimitaan."

"Meillä on oman kuntayhtymän puitteissa omat toimintalinjat, miten tätä työtä tehdään. Niin ne on jotka ohjaa, mutta sitten on tietysti asiakkaan tarpeet lisänä, joiden mukaan toimitaan. Kuntayhtymän ohjeet eniten ohjaa."

”Meillä on kuntayhtymällä ohjeet, joita noudatetaan, tosin ne ovat jo hieman vanhentuneita. Uusia suunnitellaan, palaveripäivä on jo sovittu.”

Samoin neljä terveydenhoitajaa kuvasivat ensisijaisesti asiakkaasta riippuvien tekijöiden vaikuttavan toimintatapaansa. Asiakkaan tarpeet ja ikä ohjasivat käyntien kulkua.

”Asiakaslähtöiset tekijät ohjasivat käyntiä, esim. rintojen tutkiminen. Asiakas oli hyvin mukana keskustelussa. Eniten ohjasi asiakas ja lisäksi sovitut tekijät terveystieteissä, jotka on lääkärin kanssa sovittu.”

Jokaista käyntiä ohjaa tietenkin asiakas, minkä ikäinen hän on. Minkälaista tietoa hänellä on näistä asioista aiemmin. Tarpeen mukaan puhutaan siitä asiasta. ... mutta tietyt jutut tehdään kaikille asiakkaille, ns. rutiinit. Se, miten ne tehdään, riippuu asiakkaasta.”

”Mitä äiti halusi tietää tai mistä oli kiinnostunut. Eniten ohjasi se, että mitä äiti halusi. On riippuvainen asiakkaan toiveista.”

Terveydenhuollon kuntayhtymän ohjeisiin verrattavissa oleva ehkäisyhaastattelukaavake oli kahden terveydenhoitajan mielestä eniten heidän työtään ohjaava tekijä.

”Se, mikä ohjaa on ehkäisykaavake. Ne huomioidaan, jotka siinä tulee.”

”Kyllä se on se kaavake, joka ohjaa eniten ja kyllä työtapani on riippuvainen asiakkaasta.”

Yhdentoista terveydenhoitajan joukosta vain yksi terveydenhoitaja toi esille kaikki nämä edellä mainitut tekijät työkokemuksen lisäksi:

”Kuntayhtymän suunnittelurunko hahmottaa sen perustan. Meillä on ollut toimipaikkakoulutuksia työkavereiden kanssa, joissa on mietitty, miten missäkin vaiheessa ja tapauksessa menetellään... Riippuu asiakkaasta, kuinka paljon on tietoa ennestään, vanhemmat eivät halua niin paljon kuin nuoret. Pitkä käytännön kokemus ohjaa myös työtä.”

Terveydenhoitajien työtavoista tehdä perhesuunnittelua muodostin neljä terveydenhoitajien työmallia perhesuunnitteluun. Nämä työmallit ovat:

- 1. Terveydenhuollon kuntayhtymän laatimiin normeihin perustuva työmalli (N=4)**
- 2. Asiakassuuntautunut työmalli (N=3)**
- 3. Ehkäisykaavakkeeseen perustuva työmalli (N=3)**
- 4. Monitahoinen kokemukseen perustuva työmalli (N=1)**

Työmallit kuvaavat 11 terveydenhoitajan tapaa työskennellä perhesuunnitteluneuvolassa. Tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina puhuttaessa terveydenhoitajien toteuttamasta perhesuunnittelutyöstä.

7.2.4 Millä edistää perhesuunnittelutyötä ?

Teemahaastattelun päätteeksi halusin kartoittaa niitä tekijöitä, joilla terveydenhoitajat haluavat parantaa perhesuunnittelutyötä. Lisäkoulutuksen tarve oli päällimmäisenä toiveena. (Taulukko 4)

Taulukko 4. Tutkimuksessa esille tulleet perhesuunnittelua edistävät tekijät.

perhesuunnittelua edistävä tekijä	hoitajien ilmoitus
lisä- ja täydennyskoulutus	6
asiakas	3
miehet / pojat	2
aika	3
ehkäisykaavake	2

Kaikenlainen koulutus perhesuunnittelun alalta olisi tervetullutta terveydenhoitajille.

”Koulutusta tarvitsisi saada enemmän. Valmisteista haluaisin uusinta tietoa...”

”Lisäkoulutus olisi tarpeen, saisi ajankohtaista tietoa.”

”Täydennyskoulutuksen kaltainen tiivis paketti saattaisi olla paikallaan. Kouluttautuminen on ollut lähinnä työkavereilta kysymistä ja tässä työssä ”kouluttautumista”.”

”Pitää vaan antaa tietoa enemmän, joten pitää saada koulutusta lisää.”

Kaikkien terveydenhoitajien mielestä oma terveydenhoitajien koulutus ei ollut aikanaan antanut riittäviä valmiuksia perhesuunnittelutyöhön. Muutama terveydenhoitaja mainitsi hyvin suppeaksi senkin koulutuksen, mitä siihen liittyi. Esimerkkeinä mainittiin gynekologin luennot, tutustuminen perhesuunnitteluneuvolaan tai hajanaisia tietoja muiden koulutusaiheiden seassa.

Kolme haastatelluista terveydenhoitajista peräänkuulutti lisää työaikaa perhesuunnitteluun. Mahdollisuus sen lisäämiseen saattaisi heidän mukaansa tuoda uutta sisältöä työskentelyyn.

”Haluaisin enemmän aikaa. Äitiysneuvola haukkaa liian suuren ajan.”

”Olisi enemmän aikaa käyttää asiakkaan kanssa. Sitten että voisi keskusteluun satsata. Voisi enemmän ottaa huomioon parisuhdetta ...”

”Tässä työn kiireessä ei ehditä sillain kehittää itseensä, kuin pitäisi.”

Kolmelle terveydenhoitajalle oli muodostunut mielipide, että asiakasta pitäisi kuulla enemmän, kokonaisvaltaisemmin.

”Omaa työtä voi tietysti aina kehitellä paremmin, että kuuntelee paremmin asiakkaita.”

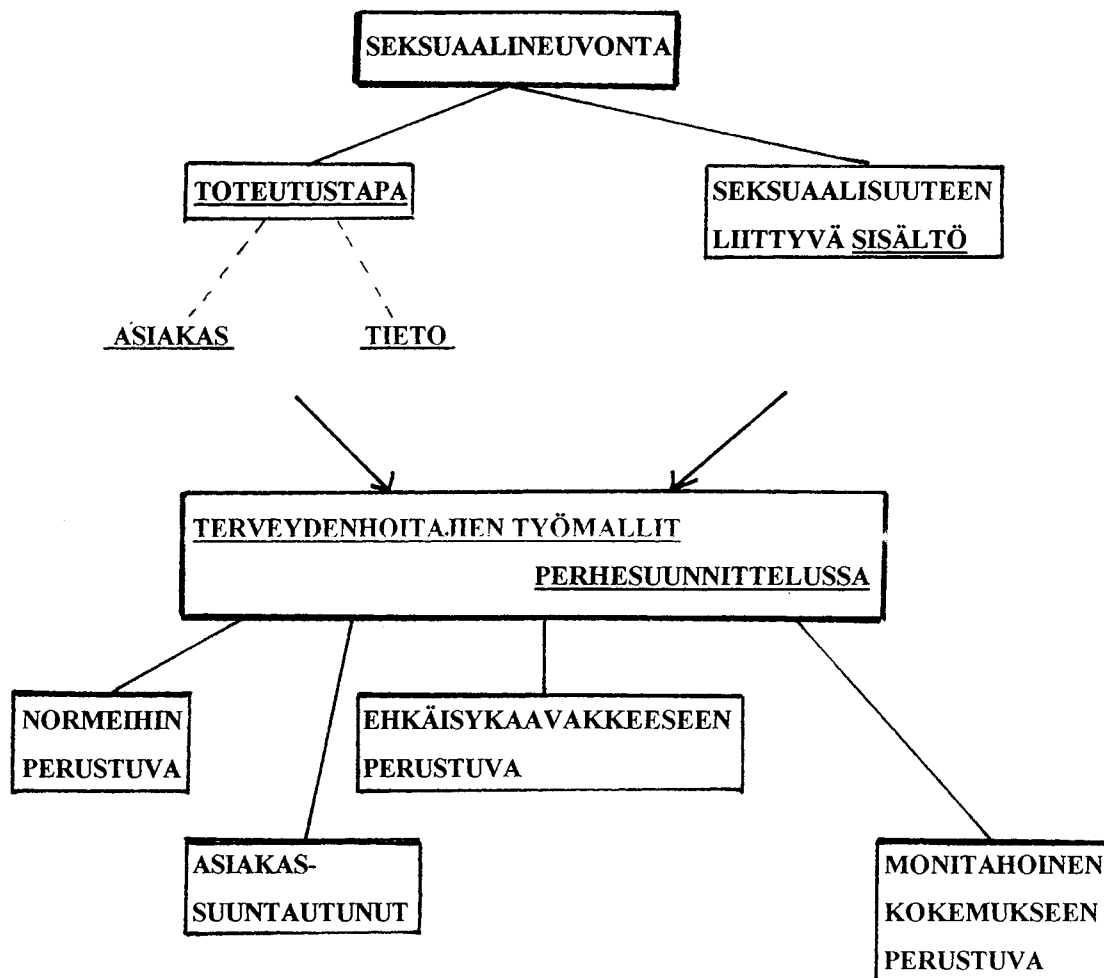
*”Vaikka on kaikki rutiinit, onko ne kaikki kuitenkin pakollisia ?
Voisin kehittää sitä, että lähtisin asiakkaan tarpeista, että
asiakas olisi mahdollisimman paljon mukana siinä itse.”*

Pari terveydenhoitajaa näkivät käyttämättömän kapasiteetin miehissä/pojissa. Heidän mukaansa seksuaalikäyttäytyminen muuttaisi mahdollisesti parisuhdetta, jos ja kun miehetkin kävisivät enemmän perhesuunnitteluneuvoissa. Haastattelujen mukaan perhesuunnitteluneuvoissa käy jo jonkin verran lähinnä poikia, mutta heidän määränsä toivotaan lisääntyvän, koska esimerkiksi nuorten ehkäisy on molempien osapuolten asia, sekä pojan että tytön.

Näiden parannusehdotusten lisäksi muutama terveydenhoitaja kaipasi uutta ja käytännöllisempää lomaketta asiakaskäyntien kirjaamiseen. Toive olikin molempien kohdalla toteutumassa.

7.2.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tutkimuksen tulokset johtavat selkeästi terveydenhoitajien työmalleihin. Lähdin liikkeelle terveydenhoitajien antamasta seksuaalineuvonnasta, päätyen neljään eri työmalliin. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Terveystenhoitajien antamaa seksuaalineuvontaa perhesuunnitteluasiakkaille ohjaavat toteutustapa ja sisältö tässä tutkimuksessa. Kaikki terveydenhoitajat toivat esille seksuaalineuvonnan sisältöön liittyen sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy. Vastaavasti vähiten seksuaalineuvontaan kuuluvaksi katsottiin esimerkiksi sukupuolisuhteista keskusteleminen.

Seksuaalineuvonnan toteutustapa jakaantui selkeästi kaksiportaiseksi; lähtokohtana asiakas tai tieto. Näistä seksuaalineuvonnan osa-alueista päädyin terveydenhoitajien työmallia ohjaavien tekijöiden kautta terveydenhoitajien työmalleihin perhesuunnittelussa. Työmalleihin vaikuttivat näin ollen perhesuunnittelun osa-alueet ja perhesuunnitteluneuvolan asiakaskäynnin sisältö.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisten tutkimusten tulosten arvioinnista on esitetty erilaisia perusteluita. Laadullista tutkimusta on arvioitu joidenkin tutkijoiden mielestä ottamalla kantaa tutkimuksen validiteetti- ja reliabiliteettikysymyksiin. (Grönfors 1982, Hämäläinen 1987). Tässä tutkimuksessa käytän arviointikriteereinä tutkimusasetelmaa, aineistoa, aineistonanalyysiä ja raportointia.

Tässä tutkimuksessa keräsin aineiston teemahaastatteluilla terveydenhoitajilta. Kaikki haastattelut (N=11) suoritin itse. Tutkijana tiedostin olevani osa samaa todellisuutta tiedonantajien kanssa, pyrkien samalla kuitenkin irrottautumaan terveydenhoitajan roolista tutkijan rooliin. (Varto 1992). Haastattelut olivat kaikki vapaita, joten terveydenhoitajat saivat vapaasti kertoa kokemuksistaan ja työstään.

Luotettavuutta lisäävänä tekijänä pidetään tutkimusalueen tuntemista (Grönfors 1982, Hämäläinen 1987). Oma kokemukseni käytännön työstä lisäsi tietoaani terveydenhoitajan kokemusmaailmasta. Tämä auttoi minua siinä, että haastatteluissa minun oli helppo ymmärtää terveydenhoitajien käyttämää kieltä. Toisaalta huomasin laadulliseen tutkimukseen liittyvänä vaikeutena oman esiymmärryksen kurissa pitämisen. (Varto 1992.)

Tutkimustuloksia olen havainnollistanut käyttämällä raportissa terveydenhoitajien alkuperäisiä lausumia, jotka ovat haastateltavien tyypillisiä mielipiteitä. Joitakin tuloksia olen esittänyt kuvioina ja taulukoina. Tutkimuksen kulun yksityiskohtaisella selostamisella olen pyrkinyt parantamaan tutkimuksen ymmärrettävyyttä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan mahdollisuudet tehdä oikeita johtopäätöksiä ovat paremmat, jos hän on viettänyt pitemmän ajan tutkittavien kanssa ja ymmärtää heidän kielenkäyttöään (Grönfors 1982, Hämäläinen 1987). Tässä tutkimuksessa haastattelin jokaista haastateltavaa yhden kerran ja haastattelukerran pituus oli melko lyhyt, joten joidenkin asioiden syvällisten merkitysten löytäminen on saattanut jäädä osittain puutteelliseksi. Ilmausten merkitysten ymmärtäminen oli helpompaa, koska haastateltavien ja tutkijan puhuttu kieli on sama.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulisi analysoida samalla kun tietoa kerätään (Hämäläinen 1987). Tähän minulla ei ollut mahdollisuutta. Haastattelut aukikirjoitin heti haastattelujen jälkeen. Nauhoitus ja aineiston tarkka aukikirjoittaminen parantavat tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 1988).

Varsinaisen analyysin aloitin vuoden 1997 keväällä. Analyysin aikana oli useita ongelmia, jotka aiheuttivat sen, että oli hyvä välillä miettiä asioita ja palata niihin uudelleen myöhemmin. Toisaalta tällä asioihin yhä uudelleen palaamalla merkitysten ymmärtäminen on ollut helpompaa. Analyysin hitaaseen etenemiseen vaikutti myös se, että tein samalla väestövastuista terveydenhoitajan työtä, joten ajankäyttö oli rajoitettua.

8.2 Tulosten tarkastelu

Terveydenhoitajien kuvaamia työmalleja perhesuunnittelussa muodostui neljä: terveydenhuollon kuntayhtymän laatimiin normeihin perustuva työmalli, asiakassuuntautunut työmalli, ehkäisykaavakkeeseen perustuva työmalli ja monitahoinen kokemukseen perustuva työmalli; sen mukaan, mikä tekijä ohjasi terveydenhoitajaa eniten työskentelyssä. Tutkimuksessa tuli hyvin esille myös se, etteivät työmallit olleet näin yksipuolisia, vaan niihin saattoi liittyä useampikin yhdistävä tekijä. Monipuolisempina voidaan mainita monitahoinen kokemukseen perustuva työmalli, jonka mukaan vain yksi terveydenhoitaja työskenteli. Onkin

kysyttävä, mistä johtuu, ettei tämän työmallin omaavia terveydenhoitajia ollut enempää ? Onko perhesuunnittelu jäänyt muiden avoterveydenhuollon osa-alueiden jalkoihin ? Julkiselle terveydenhuollolle ja koko yhteiskunnalle on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää se, että perhesuunnittelun käyttöön annetaan voimavaroja ja aluetta pystytään kehittämään. Sukupuolitautien ehkäisystä alkaen on perhesuunnittelu yksi tärkeä avoterveydenhuollon sektori.

Hämmentävää oli mielestäni se, että vain neljä asiakasta työskentelivät ensisijaisesti asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtien. Toki useampi terveydenhoitaja toi esille asiakkaan tarpeisiin vastaamisen, mutta mitä he sillä loppujen lopuksi tarkoittivat ? Jälkikäteen ajatellen minun olisi pitänyt tutkijana tarkentaa haastateltujen vastauksia, jolloin olisi saatu tarkempaa tietoa. Yhtenä mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena olisikin selvittää, millä tavoin terveydenhoitajat vastaavat asiakkaiden tarpeisiin - sekä asiakkaiden että terveydenhoitajien näkökulmasta.

Terveydenhuollon kuhtayhtymän laatimiin normeihin ja ehkäisykaavakkeeseen perustuvat työmallit ilmaisevat sen, miten pitkälle terveydenhoitajat tekevät työtään jonkin kaavan mukaan. Onko ”kaavamaisesti ” helpompi toteuttaa omaa työtään ? Onko luovuus kadonnut terveydenhoitajien työstä ? Toivottavasti vastaukset molempiin kysymyksiin ovat kielteiset ! Pidän terveydenhoitajan työtä niin itsenäisenä ja ”vapaana”, että meillä terveydenhoitajilla on vapaat kädet toteuttaa omaa työtämme persoonallisesti asiakkaan parhaaksi. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että kaksi terveydenhoitajaa kaipasi uudenlaista ehkäisykaavaketta, joten he olivat jo uudistamassa omaa työtapaansa.

Perhesuunnitteluasiakaskäynnin sisällön samankaltaisuus ei minua terveydenhoitajana ihmetytä, koska asiakaskäyntiin liittyy paljon tutkimuksia, jotka tulee toteuttaa jokaisella käyntikerralla; esimerkiksi verenpaineen mittaus ja rintojen palpoini. Asiakaskäynnin rakenteeseen jokainen terveydenhoitaja voi itse vaikuttaa kuitenkin omalla ainutlaatuisella tavallaan. Suuri merkitys tällöin on myös vuorovaikutuksella. Heimonen ym. (1996) tutkimuksen mukaan nuoret perhesuunnitteluasiakkaat odottavat perhesuunnitteluneuvolan terveydenhoitajalta ennen kaikkea ystävällistä kohtelua ja hyväksyntää sekä he kokevat

luottamuksellisuuden hyvin tärkeäksi. Nuoret ovat yleensä tyytyväisiä työntekijöiden tekniseen ammattitaitoon ja luottamuksellisuuteen.

Tässä tutkimuksessa ei voida vetää johtopäätöksiä suoraan terveydenhoitajien iästä ja työkokemuksen määrästä perhesuunnittelussa, mutta nekin voisivat olla pohdinnan alaisina, varsinkin silloin jos olisi käytettävissä myös asiakkaiden mielipiteet.

Terveydenhoitajien on kuunneltava asiakasta - kuuntelemisen taito kehittyy vuosien myötä. Kaschin (1986) mielestä perusterveydenhuollossa on tärkeää asiakkaan omien näkemysten huomioon ottaminen ja hänen aktiivinen osallistumisensa päätöksentekoon. Tasavertaista suhdetta tarvitaan myös silloin, kun ihmiset ottavat vastuun terveydestään (Allen 1983, Meleis 1992).

Tutkimuksessa esille tullut terveystietokasvatuksen vähäisyys kyseenalaistaa terveydenhoitajien työmalleja perhesuunnitteluneuvoloissa. Oliko terveystietokasvatus terveydenhoitajille itsestään selvyyttä, jolloin se tavallaan unohtui? Terveystietokasvatus muodostaa yhden tärkeän osa-alueen terveydenhoitajan työkentässä - on työalueena sitten mikä tahansa äitiysneuvolasta kotisairaanhoidon. Perhesuunnittelussa terveystietokasvatus käsittää muun muassa tupakoinnin haittoista puhumisen, oikeista ruokailutavoista ja liikunnan eduista puhumisen varsinkin ylipainoisille asiakkaille.

Tutkimusjoukko oli pieni (N=11) ja siksi tutkittavien anonymiteetin suojaaminen on tärkeää. En ole esittänyt terveydenhoitajien nimi- tai työpaikkatietoja, joten terveydenhoitajat eivät ole tunnistettavissa. Tutkimuksessa käytettyjä nauhoja ei ole kukaan muu kuin minä tutkijana kuunnellut.

8.3 Tulosten hyödyntäminen

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa terveydenhoitajien näkökulmasta perhesuunnittelun työmalleista. Tutkimuksesta nousee kehittämiskohteita perhesuunnittelun käytännölle, koulutukselle ja myöskin hallinnolle.

Terveydenhoitajat tarvitsevat jatkuvasti uutta tietoa pystyäkseen vastaamaan asiakkaiden toiveisiin. Tieto voi karttua koulutustilaisuuksissa, joiden suunnitteluun kannattaa panostaa, jotta koulutus olisi hedelmällistä ajatellen terveydenhoitajan omaa kypsymistä ammattiin ja asiakaspalvelun kehittämistä. Perhesuunnittelualan koulutus on pitkälti nykyisin työpaikoilla tapahtuvaa ja näin hyvinkin kapea-alaista. Koulutusta pitäisi laaja-alaistaa, jotta perhesuunnittelu kehittyisi. Alueelliset koulutustilaisuudet mahdollistaisivat myös ajatusten vaihdon perhesuunnittelutyötä tekevien terveydenhoitajien kesken.

Myöskin terveydenhoitajan koulutuksessa pitää kysyä, mitkä ovat tämän päivän vaatimukset ja missä ne opitaan. Tästäkin syystä tarvitaan jatkuvaa tutkimus- ja kehittämistyötä terveydenhuollon koulutuksen sisällä.

Ennaltaehkäisevää työtä tehdään nykyisin yhä niukkenevin resurssein. Resurssien vähetessä terveydenhoitajat voivat panostaa omaan ammattitaitoonsa. Terveydenhuollon hallinnon tehtävänä onkin näiden resurssien oikea kohdentaminen. Hedelmällisyyden edistäminen sukupuolitauteja torjumalla on työsarka tulevaisuudessa, johon terveydenhoitajien pitää panostaa yhä enemmän.

LÄHTEET:

- Alasuutari, P. 1989. Erinomaista, rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö.
- Allen, M. 1983. Primary care nursing: research in action. In: Hockey Lisbeth (ed.). Primary care nursing. London. Churchill Livingstone.
- Ammattikasvatushallitus 1987. Terveystenhoitajan opetussuunnitelma. 1.-2. painos. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Anttila, L., Raudaskoski, T. 1996. Raskauden ehkäisyn ongelmat. Käytännön lääkäri 3/1996. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Becker, M.H., Joseph, J. g. 1988. AIDS and Behavioral Change to Reduce Risk: A Review. American Journal of Public Health 78 (4):394-410.
- Benner, P. 1984. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. California: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Berner, B. 1985. Den komplicerade kvalifikationen. Tankar och resultat från fransk kvalifikationsforskning. Lund: Sociologisk Institutionen.
- Boyer, C.B., Kegeles, S.M. 1991. AIDS risk and prevention among adolescents. Social Science and Meicine 33 (1): 11-23.
- Burns, N., Grove, S. 1987. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Contraception 1996. The Family Federation of Finland. Helsinki: Markprint.

Erkkola, R. 1993. Sukupuolitaudit. Teoksessa Kontula, O., Haavio-Mannila, E. (toim.) Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva:WSOY, 371-389.

Erkkola, R., Kontula, O. 1993. Syntyvyyden säännöstely. Teoksessa Kontula, O., Haavio-Mannila, E. (toim.) Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva:WSOY, 343-364.

Field, P., Morse, J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.

Greenberg, J.S., Bruess, C.E., Mullen, K.D., Sands, D.W. 1993. Sexuality, insights and issues. Dubuque: C. Brown Publishers.

Heimonen, A., Launis, T., Liinamo, A. 1996. Ehkäistä vai edistää? Nuori perhesuunnittelun asiakkaana. Stakesin julkaisuja. Aiheita 18/1996. Helsinki: Stakesin monistamo.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 1988. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P., Sajavaara, P. 1990. Tutkimus ja sen raportointi. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen ”käsityötaitoon”. Kuopion yliopiston julkaisut. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset.

Kannas, L. 1993. Nuorten seksuaalikasvatuksen tavoitteita, tehtäviä ja menetelmällisiä erityispiirteitä. Teoksessa L. Kannas (toim.) Ihanan tukala seksuaalisuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1993:4. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 9-40.

Karanka, I. 1993. Tehdään rakkautta. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Oppimateriaaleja 13. Jyväskylän yliopisto, Painatuskeskus

Kasch, C. R. 1986. Establishing a collaborative nursepatient relationship: a distinct focus of nursing action in primary care. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 18(2), 44-47.

Katoda, H., W-Lindgren, G., Mannerfeldt, S. 1990. School nurses and health education for pupils with and without intellectual handicaps: a study conducted in Japan and Sweden. *Nurse Education Today* 10: 437-447.

Kerr, L. D. 1988. Summary of ASHA Members Results on the ASHA AidsEducation needs Assesment *Journal of School Health* 58 (8): 315.

King, B.M., Cameron, J.C., Downey, A.M. 1991. *Human sexuality today*. Prentice Hall. Englewoods Cliffs.

Kivinen, K., Parviainen, U., Pitkänen, T. 1989. *Terveydenhuoltoalan koulutus ja työelämäntarpeet*. Esitutkimus. *Tehy*

Lauri, S., Liukkonen, A., Matero, R. 1986. *Terveydenhoitajan työ ja päätöksenteko yläasteen oppilaiden terveydenhuollossa*. Mannerheimin lastensuojelun lapsiraportti A 50.

Lauri, S. 1988. *Hoitotyön ammattiin kasvaminen*. *Sairaanhoitaja* 1, 15-18.

Leppänen, A. 1994. *Oppiva organisaatio ja ammatillinen pätevyys*. Teoksessa K. Lindström (toim.) *Terve työyhteisö - kehittämisen malleja ja menetelmiä*. Helsinki: Työterveyslaitos.

McFarlane, E.A., Rubenfeld, M.G. 1993. *Seksuaalinen eheys*. Teoksessa H. Yura, M.B. Walsh (toim.) *Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö* 3. Juva: WSOY, 212-264.

Meleis, A. I. 1992. Directions for nursing theory development in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 5(3) , 112-117.

Merjola-Partanen, T. 1994. Hoitotyön työelämän tulevaisuus: näkökulmia koulutuksen kehittämiseen. Teoksessa A. Kananoja, M. Elovainio (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon työn tulevaisuus. Stakes Raportteja 150. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22-36.

Miles, M.B., Huberman, A.M. 1984. Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods. Beverly Hills: Sage Publications.

Miles, M.B., Huberman, A.M. 1994. Qualitative data analysis. An expanded sourcebook. California: Sage Publications.

Nurmi, T. 1990. Terveystenhoitaja ja seksi. Terveystenhoitajiksi valmistuvien opiskelijoiden valmiudet ihmissuhde- ja sukupuoli- kasvatukseen. Lääkintöhallituksen julkaisu. Terveysten edistäminen. Sarja Tutkimukset 3/1990. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Nurmi, T. 1993. Aikuisväestön seksuaalivertoutta sairaanhoidossa. Teoksessa Kontula, O., Haavio-Mannila, E. (toim.) Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva: WSOY, 410-449.

Opetushallitus 1992. Sairaanhoidajan, kättilön ja terveydenhoitajan ammattikuvat. Opetushallituksen julkaisusarjat. Opetussuunnitelmasarja 1/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Patton, M.Q. 1990. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage Publications.

Pelkonen, M. 1988. Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut. Tutkimus nuorten kuntalaisten sekä terveyden- ja sairaanhoidajien itsestä huolenpitoa, terveyttä ja hoitotyötä koskevista käsityksistä. Lisensiaatin tutkimus. Terveystenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.

Pulkinen, S. 1995. Asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvontapalveluiden toimivuudesta. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 31(1), 4-14.

Rimpelä, M. 1995. Hedelmällisyyden edistäminen terveydenhuollon haasteena. Suomen Lääkärilehti 8/95.

Rimpelä, M., Ritamo, M. 1995. Perhesuunnittelua vuoteen 2000. Kehittämishankkeen tavoitteet ja sisältö. Suomen Lääkärilehti 8/95, 907-912.

Ritamies, M. 1993. Ehkäisyyn ja aborttiin liittyviä käsitteitä. Teoksessa M. Rimpelä & M. Ritamo (toim.) Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes Raportteja 126. Jyväskylä: Gummerus, 51-64

Ronkainen, S., Rauhala P-L. 1990. Elämää eroottisena naisena. Teoksessa Kontula, O., Miettinen, M. (toim.) Seksuaalinen mielihyvä. Vaasa: Kirjayhtymä, 111-118.

Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. 1985. The elements of nursing. (2nd ed.). USA, New York: Churchill Livingstone Inc.

Räisänen, A: 1995. Työelämän koulutukselle asettamat tavoitteet ja niiden arviointi. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli, A. Räisänen (toim.) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 27-36.

Salmi, T. 1996. Raskauden ehkäisyn valinta. Käytännön lääkäri 3/1996. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Salmimies, P. 1990. Seksuaalisuus ja hyvinvointi parisuhteessa. Teoksessa Kontula, O., Miettinen, M. (toim.) Seksuaalinen mielihyvä. Vaasa. Kirjayhtymä, 55-86.

Simoila, R., Harmalov, A. 1994. Terveydenhoitajatyön jännitteet. Analyysi neljän terveystieteiden toimivan terveydenhoitajan ajattelu- ja toimintamalleista. Teoksessa R. Simoila, A. Harmalov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma, M. Kokkinen- Jussila (toim.) Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: välineitä terveystieteiden analysointiin. Toimiva terveyskeskus-projektin viides osaraportti. Stakes Raportteja 80. Jyväskylä: Gummerus, 32-56.

Stakes 1994. Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. Työryhmän raportti. Stakes Aiheita 3. Helsinki.

Stakes 1995a. Perhesuunnittelu 2000. Verkostolehti 5. Helsinki.

Stakes 1995b. Perhesuunnittelu 2000. Verkostolehti 8. Helsinki.

Stakes 1995c. Aborttitilasto 1993. Tilastotiedote. 1995:14. Helsinki.

Styles, M. 1990. Hoitotyön uudet mahdollisuudet. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajien kirjasto. Helsinki. Kirjayhtymä.

Taylor, B. 1993. Phenomenology: one way to understand nursing practice. International Journal of nursing Studies. 30(2), 171-179.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1989. erotiikka ja terveys. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyden edistäminen, Sarja Tilastot ja Selvitykset 4/1989. Helsinki. Valtion painatuskeskus, 17-78.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.

Yura, H., Walsh, M.B. 1988. *The Nursing Process: assessing, planning, implementing, evaluating*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

LIITE 1

TEEMAHAASTATTELURUNKO:

1. TAUSTATIEDOT

- a) ikä
- b) koulutustausta
- c) kuinka monta kuukautta / vuotta olet tehnyt perhesuunnittelutyötä ?
- d) täydennyskoulutus perhesuunnittelun alalta
(mitä?, minkälaista?, kuinka paljon?)
- e) kokonaistyöajasta käytetty aika perhesuunnitteluun
- f) antoiko mielestäsi oma terveydenhoitajakoulutuksesi riittävästi valmiuksia perhesuunnitteluun ?

2. SEKSUAALIKASVATUS JA -NEUVONTA

- a) millä tavalla toteutat seksuaalineuvontaa puhuessasi asiakkaan kanssa ?
- b) minkälainen näkemys sinulla on seksuaalisuudesta ammatillisesti, jota tarvitset työssäsi terveydenhoitajana ?
- c) millä tavalla intymiteettisuoja huomioidaan asiakaskäynnillä ?

3. TYÖMALLI PERHESUUNNITTELUSSA

- a) mitä osa-alueita perhesuunnittelu mielestäsi käsittää ?
- b) kuvaile viimeinen perhesuunnitteluasiakaskäyntisi
(mitkä tekijät ohjaavat työskentelyäsi ?
mikä ohjaa eniten työtäsi ?
onko työtapasi riippuvainen asiakkaasta ?)
- c) mitkä asiat ohjaavat käynnin sisältöä ja miten ne vaikuttavat omaan työhösi ?
(ohjeet yms.)
- d) millä tavalla haluaisit itse edistää työtäsi perhesuunnittelussa ?