

REYNSLA UNGRA KVENNA AF KYNSJÚKDÓMAMÓTTÖKU: ÞÖRFIN FYRIR ÖRYGGI OG VINGJARNLEGT VIÐMÓT

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur: Rannsóknir hafa sýnt margvíslegar hindranir sem ungt fólk verður fyrir í sambandi við aðgengi og notkun kynheilbrigðisþjónustu. Þessi rannsókn er sú fyrsta sinnar tegundar hér á landi þar sem reynsla ungra kvenna af kynsjúkdómamóttöku er skoðuð með eigindlegri aðferð.

Aðferð: Rannsóknin byggist á túlkandi fyrirbærafræði. Tekin voru eigindleg viðtöl við sjö ungar konur á aldrinum 17-23 ára. Þær voru valdar af handahófi úr hópi 34 einstaklinga sem mættu á kynsjúkdómamóttöku. Viðtölin voru skráð frá orði til orðs. Við gagnagreiningu var stuðst við túlkunarkenningu Ricoeur.

Niðurstöður: Í ljós komu þrjú meginþemu: *feimnismál, spennu og léttir* en að baki þjó skömm. Niðurstöður sýndu að ungu konurnar lifðu í samfélagi þar sem kynsjúkdómar eru feimnismál. Þær fundu fyrir innri spennu í sambandi við að nálgast þjónustuna og í tengslum við sjálfa heimsóknina en voru fegnar því hversu vel móttakan var falin og að mæta skilningsríku og fordómalausum fagfólki. Þær höfðu mikla þörf fyrir að geta farið í gegnum þjónustuferlið með reisu þar sem tekið væri tillit til þarfa þeirra. Áður en þær komu á móttökuna og í gegnum þjónustuferlið blundaði með þeim sá ótti að einhver kæmist að því að þær hefðu farið þangað. Óttinn við skömmina lá í loftinu.

Ályktanir: Konurnar fundu fyrir spennu varðandi heimsóknina og voru að mörgu leyti auðsæranlegar. Það var þeim mikils virði að njóta virðingar í gegnum þjónustuferlið. Niðurstöður benda til að auðvelda þurfi aðgengi að þjónustunni og huga að gæðum hennar þannig að þjónustuferlið reynist jákvætt.

Lykilorð: Ungar konur, kynsjúkdómar, kynheilbrigðisþjónusta, reynsla, gæði þjónustunnar.

INNGANGUR

Kynsjúkdómar eru meiriháttar lýðheilsuvandamál víða um heim og leggst einkum á fólk sem er yngra en 25 ára (Bearinger o.fl., 2007; Panchaud o.fl., 2000). Hérlandis hafa klamydíusýkingar verið algengari en víða í Evrópu (ECDC, 2009; EpiNorth, e.d.). Ungu fólki er hættara við að smitast af klamydíu en eldri einstaklingum og stúlkum (konur) í meira mæli en piltum (karlar) (CDC, 2012; Lewis o.fl., 2012; Panchaud o.fl., 2000). Það á einnig við hér á landi. Á tímabilinu 1997-2011 voru langflest tilfelli klamydíusýkinga hér á landi meðal fólks á aldrinum 15-24 ára. Á árinu 2011 var sá hópur með 72% af heildarfjölda þess konar sýkinga (Landlæknisembættið, 2014). Konur voru á sama tímabili með hærra hlutfall sýkinga en karlar eða um 60%. Á Íslandi byrja unglingar fyrr að hafa kynmök en jafnaldrar þeirra í ymsum nágrannalöndum (Avery og Lazdane, 2010; Bender, 1999). Snem-m-kynhegðun tengist iðulega annarri áhættuhegðun eins og takmarkaðri smokkanotkun

ENGLISH SUMMARY

Bender, S.S., and Gudmundsdottir, J.

The Icelandic Journal of Nursing (2015), 91 (2), 44-49

THE EXPERIENCE OF GOING TO A STI CLINIC: THE NEED FOR SAFETY AND FRIENDLY ATTITUDE

Purpose: Studies have shown that young people experience numerous hindrances regarding the access to and use of sexual and reproductive health services. This study is the first of its kind in Iceland which is exploring, with a qualitative method, the lived experience of young women of a sexually transmitted infections (STI) clinic.

Method: The study is a hermeneutic phenomenological study. Seven young women in the age group 17-23 years old, were interviewed qualitatively. They were randomly selected from a group of 34 individuals who attended the outpatient clinic of Sexually Transmitted Infections. The interviews were recorded verbatim. The text was analysed by applying the interpretation theory of Ricoeur.

Results: Three main themes emerged; source of embarrassment, tension and relief; but shame was lingering underneath. The results showed that the young women lived in a community where STI are a source of embarrassment. They sensed inner tension regarding accessing the service and towards the visit to the clinic but were relieved because of the discreteness of the clinic and meeting understanding and nonjudgemental health care professionals. They had a great need to go through the service process in a respectful manner where their needs were acknowledged. Before their visit to the clinic and through the service process the fear of someone finding out that they had been there lingered in their mind. The fear of the shame was in the air.

Conclusions: The women experienced tension regarding the visit and were in many cases feeling vulnerable. It was very valuable for them to be respected while going through the service process. The results indicate that the clinic needs to be more easily accessible and by emphasizing quality of care can contribute to positive experience towards the service process.

Keywords: Young women, sexually transmitted infections, sexual and reproductive health service, lived experience, quality of care.

Correspondance: ssb@hi.is

(Bender og Kosunen, 2005; Ma o.fl., 2009). Jafnframt auka fleiri rekkjunautar líkur á kynsjúkdómasmiti (Ma o.fl., 2009). Í nýlegri rannsókn á Norðurlöndum (Danmörku, Íslandi, Noregi og Svíþjóð) kom fram að þær konur, sem byrjuðu snemma að reykja, voru líklegri til að byrja fyrr að stunda kynlíf, nota síður

smokkinn og eiga fleiri rekkjunauta en þær sem reyktu ekki (Hansen o.fl., 2010).

Samkvæmt alþjóðlegri samþykkt frá alheimspingi sem haldið var í Kaíró árið 1994 þá ber hverri þjóð að hafa kynheilbrigðisþjónustu (*sexual and reproductive health service*) fyrir ungt fólk sem það getur treyst á og sem því finnst sniðin að þess þörfum (UNDP, 1995). Samkvæmt íslenskum lögum á ungt fólk rétt á því, þegar það leitar á slíka móttöku, að fá markvissar og góðar upplýsingar sem stuðla að kynheilbrigði þess (Lög nr. 25/1975). Ungmenni þurfa að kunna að verjast óráðgerðum þungunum, kynsjúkdómum og ofbeldi. Þau eru á viðkvæmu skeiði í lífinu og þurfa á unglíngavænni kynheilbrigðisþjónustu að halda þar sem þau mæta fagmannlegu viðmóti heilbrigðisstarfsfólks. Rannsóknir sýna að margt getur hindrað ungt fólk í að leita eftir kynheilbrigðisþjónustu. Þessar hindranir lúta einkum að aðgengi, komu á móttöku og gæðum þjónustunnar. Það er ungu fólki mjög mikils virði að trúnaðar sé gætt (Bender, 1999; Garside o.fl., 2002; Lindberg o.fl., 2006). Það vill að sem fæstir taki eftir því þegar það leitar þjónustunnar og meðan það dvelur þar (Garside o.fl., 2002). Þegar viðkomandi er mættur á móttökuna þarf biðtími á biðstofunni að vera sem stytur því ungt fólk óttast að einhver sjái viðkomandi á biðstofunni (Lindberg o.fl., 2006). Það er ungu fólki jafnframt mikils virði að mæta starfsfólki sem er vingjarnlegt, veitir upplýsingar og dæmir það ekki (Evans og Cross, 2007) og að komið sé fram við það af virðingu (Lindberg o.fl., 2006).

Staðsetning getur einnig skipt miklu máli því ef langt er að fara getur það hindrað viðkomandi í að sækja sér þjónustuna (DiCenso o.fl., 2001; Wilson og Williams, 2000). Einnig er mikilvægt að þjónustan sé á afviknum stað (Bender, 1999) og að hún sé opin á þeim tíma dagsins sem hentar (Evans og Cross, 2007; Donnelly, 2000). Sumir vilja geta mætt þegar þeir þurfa og finnst það fyrirhöfn að verða að panta tíma fyrir fram (Nwokolo o.fl., 2002).

Áður en þessi rannsókn var framkvæmd vorið 2007 höfðu fáar rannsóknir verið gerðar hér á landi á viðhorfum ungs fólks til kynheilbrigðisþjónustu. Árið 1996 var gerð landskönnun sem byggðist á slembiúrtaki ungs fólks og sýndi hún að gæði þjónustunnar voru ofarlega í huga þess (Bender, 1999). Þessi landskönnun var endurtekin árið 2009 og staðfesti fyrri niðurstöður frá 1996 um mikilvægi gæða þjónustunnar. Um og yfir 90% þátttakenda fannst í báðum könnunum að það væri mikilvægt eða mjög mikilvægt að viðhöfð væri algjör þagnarskylda, ungu fólki væri sýnd virðing, því líði vel í viðtalinu, gæti spurt spurninga og hefði nægan tíma til að ræða málin (Bender, 1999; Sóley S. Bender, 2010).

Á göngudeild húð- og kynsjúkdóma á Landspítalanum hefur lengi verið starfrækt kynsjúkdómamóttaka fyrir alla aldurshópa. Þegar rannsóknin fór fram var deildin opin alla virka daga kl. 8-16. Tímapiöntun fór fram klukkan 8 til 9 alla virka daga og var niðurstöðum úr rannsóknum svarað daglega milli kl. 13 og 14. Þjónustan er samkvæmt lögum án endurgjalds (Sóttvarnalög nr. 19/1997). Í ljósi þeirra kynheilbrigðisvandamála, sem blasað

hafa við ungu fólki hér á landi, og vegna þess hversu mikilvægt er að skipuleggja þjónustu á þessu sviði, sem tekur mið af þörfum ungs fólks, var þessi rannsókn gerð. Tilgangur hennar var að skoða reynslu ungra kvenna af þeirri þjónustu sem veitt var á kynsjúkdómamóttöku.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin byggist á túlkandi fyrirbærafræði (*hermeneutic phenomenology*) sem Martin Heidegger var upphafsmaður af og er aðferð til að skoða reynsluheim (*life world*) einstaklinga (Laverty, 2003). Þótti sú aðferð æskileg til að geta skoðað reynslu kvenna af því að fara í greiningu á kynsjúkdómum.

Úrtak

Rannsóknin var gerð í kjölfar könnunar meðal 303 ungmenna 24 ára og yngri sem komu á göngudeild húð- og kynsjúkdóma á Landspítalanum. Sú rannsókn var BS-verkefni hjúkrunarfræðinema (Sigrún B. Hafsteinsdóttir og Sigrún Ingvarsdóttir, 2007). Með könnuninni fylgdi eyðublað þar sem þátttakendur gátu skráð nafn og símanúmer ef þeir vildu bjóða sig fram til þátttöku í viðtalsrannsókn um reynslu sína af móttökunni. Alls gáfu 34 kost á sér. Valdar voru sjö ungar konur af handahófi úr þeim hópi.

Gagnasöfnun

Áður en rannsóknin hófst voru fengin leyfi frá yfirráðum húð- og kynsjúkdómadeildar Landspítalans og siðanefnd Landspítalans (6. febr. 2007) til að framkvæma rannsóknina. Hún var jafnframt tilkynnt til Persónuverndar (nr. S3258/2007).

Gagnasöfnunin fór fram vorið 2007 og byggðist á einstaklingsviðtölum við sjö ungar konur. Lögð var fyrir þær meginspurningin: Hver var reynsla þín af því að fara á kynsjúkdómamóttöku? Spurningunni var fylgt eftir og grennslast fyrir um framkomu starfsfólks, liðan og aðstöðu.

Gagnagreining

Viðtölin voru hljóðrituð og vélrituð orðrétt. Í gagnagreiningunni var stuðst við túlkunarkenningu Paul Ricoeur (*theory of interpretation*) þar sem farið er í gegnum þrjú megin skref sem eru útskýring (*explanation*), skilningur (*understanding*) og eignarhald (gera textann að sínum, *appropriation*) (Geanellos, 2000; Ghasemi o.fl., 2011; Ricoeur, 1976). Í fyrsta skrefinu er hvert viðtal lesið vel til að skoða um hvað textinn fjallar, hvað er merkingarþættur. Í næsta skrefi er rýnt í merkingarþættur texta og skoðað hvað textinn segir í raun. Þarna fer fram greining á merkingarþættu efni. Í lokaskrefinu gerir túlkandi textann að sínum þar sem hann tengir þekkingu sína og túlkun á því sem fram kom í textanum. Túlkunarferlið er hringferli (*hermeneutic cycle*) þar sem sá sem túlkar textann fer stöðugt frá einstökum atriðum til að bera saman við heildina og öfugt. Í túlkunarferlinu á sér stað fjarlæging frá textanum (*distanciation*) sem felst í því að merking er mikilvægari en sjálfur textinn. Textinn er losaður úr því samhengi sem hann var skapaður í og hægt er að túlka hann á marga vegu (Geanellos, 2000).

NIÐURSTÖÐUR

Pátttakendur í rannsókninni voru konur á aldrinum 17-23 ára og voru þær allar búsettar á Reykjavíkursvæðinu en nokkrar voru af landsbyggðinni. Þrjár höfðu áður komið á kynsjúkdómamóttöku. Við gagnagreiningu komu fram þrjú meginþemu sem lýsa því hvernig kynsjúkdómar eru feimnismál, hvernig hugsunin um kynsjúkdóma og það sem fram undan er getur valdið innri spennu hjá konunum og hvernig þær finna fyrir létti þegar þær mæta jákvæðu og skilningsríku viðmóti (tafla 1). Þessi meginþemu eru *feimnismál*, *spenna* og *léttir*. Meginþemað feimnismál skiptist í tvö undirþemu sem eru *hinn samfélagslegi tónn* og *óttinn við skömmina*. Meginþemað spenna skiptist í undirþemun *búast við því versta* og *hið vandræðalega og ópersónulega*. Meginþemað léttir skiptist í tvö undirþemu sem eru *fagmennska* og *fordómaleysi*.

Feimnismál

Hér kemur annars vegar fram hvernig orðræðan um kynsjúkdóma er í samfélaginu sem konurnar lifa og hræst í og hins vegar hvernig þær upplifa feimnina í tengslum við það að fara í greiningu á kynsjúkdómum og vilja því með öllum ráðum vera ósýnilegar.

Hinn samfélagslegi tónn

Konunum fannst ekki vera nægilega opin umræða í samfélaginu um kynsjúkdóma en það viðhéltil þeirri skömm og fordómum sem greining á kynsjúkdómum getur haft í för með sér. Þetta kristallaðist í setningunni: „Þetta er náttúrulega svo mikið feimnismál.“ Fram kom að slík viðhorf viðhaldist einnig innan fjölskyldna og í vinnuhópum.

Síðan fer á kreik orðrómur um þá sem fara í greiningu eða fá greiningu þar sem í því felst viss skömm. Erfitt virðist vera að hemja umræðuna, „það fréttist út“: „... einhver kjaftasaga í skólanum að einhver strákur væri með klamydíu.“ Það liggur því í loftinu að sá sem fer í greiningu getur orðið að skotsþæni.

Konurnar greindu frá því að það geti jafnvel verið mun meiri hætta á slíku í litlum samfélögum úti á landsbyggðinni. Þó að það kæmi fram að greining á kynsjúkdómi væri í raun ekki neitt mál og meðferð fælist bara í því að taka töflur þá er greinilegt að hinn fordæmandi samfélagslegi tónn er ekki langt undan.

Óttinn við skömmina

Þar sem kynsjúkdómar eru feimnismál voru konurnar, sem fóru í greiningu, berskjaldaðar og óttuðust slæman orðrómi. Þetta kom fram í tengslum við tímabantanir, staðsetningu móttökunnar, nafnleynd á biðstofunni og biðina á biðstofunni. Það var ýmislegt sem gat gert konunum erfitt fyrir að sækja sér þjónustu. Það reyndist þeim erfitt að panta tíma, „ofboðslega stuttur tími sem þú mátt hringja til að panta tíma“. Það var meðal annars tengt því að viðkomandi þurfti að fara afsíðis til þess að enginn heyrði símtalið. Jafnframt var til staðar sú fjarlægga hugsun að greinast sjálfur með kynsjúkdóm: „Manni finnst þetta svona ofboðslega fjarlægt sér ... þangað til maður lendir í þessu sjálfur.“ Einnig gat óttinn við skömmina dregið úr löngun þeirra til að koma sér á staðinn því ljóst var að „sumir ... mundu aldrei þora að fara upp á húð og kyn“, „sumir mundu bara fríka út“. Þeim var mikið í mun að enginn vissi um ferðir þeirra og lögðu mikið upp úr því að staðsetning deildarinnar væri afsíðis. „Jú, hún ... er á rosa finum stað ... af því hún er falin sko ... Hún er ekki alveg í ... Kringlunni, eða þú veist, allir sjá að þú labbar inn, eða þú veist.“ Þeim fannst það gott að deildin væri ekki auglýst með skilti á útveggnum þar sem HÚÐ OG KYN stæði með stórum stöfum. Það gaf til kynna að þær vildu ekki að nokkur maður sæi þær fara á móttökuna, „mann langar ekki eitthvað að hitta ... hvern sem er þarna fyrir utan eða þegar þú ert að labba þangað“, „ekki að allir sjái að maður sé að fara þarna“.

Þegar þær voru mættar á staðinn var nafnleynd þeim mikilvæg. Fram kom að lítið næði væri til staðar til að ræða við móttökuritarann þar sem allt heyrðist sem sagt væri. „Mér fannst svolítið ... opið sko, mér fannst svolítið heyrast sem sagt var, maður þurfti alveg

Tafla 1. Þemagreining.

Feimnismál	<i>Hinn samfélagslegi tónn</i> Fordómar Slúður	<i>Óttinn við skömmina</i> Erfitt að panta tíma Móttakan sé vel falin Nafnleynd mikilvæg Óttast að hitta einhvern
Spenna	<i>Búast við því versta</i> Óróleiki Viðhorf þeirra og annarra Bið eftir niðurstöðum	<i>Hið vandræðalega og ópersónulega</i> Vandræðalegt að fara í skoðun Vera eins og einhver hlutur Mikill hraði í þjónustuferlinu
Léttir	<i>Fagmennska</i> Vingjarnlegt viðmót Vellíðan Gagnkvæm samskipti	<i>Fordómaleysi</i> Mannlegt að gera mistök Mæta skilningi Vera ekki skammaður

að hvísla ef maður vildi ... endilega halda einhverju leyndu, sko.“ Þær voru mjög fegnar því að vera kallaðar upp eftir númerum en ekki nöfnum. Það gaf þeim persónulegt skjól. Auk þess var til staðar heilmikill ótti hjá þeim gagnvart því að geta hugsanlega hitt einhvern sem þær þekktu því það gat þýtt að orðrómur kæmist á kreik. Ein sagði: „Ég myndi örugglega fara rosalega hjá mér ef ég myndi hitta einhvern sem ég vildi ekkert hitta og vildi ekkert vita að ég væri þarna.“

Spenna

Konurnar greindu frá því hvernig þær spenntust upp bæði áður en þær fóru á móttökuna, meðan þær voru á biðstofunni, þegar þær voru á móttökunni sjálfri og þegar þær fengu niðurstöður. Þeirra eigin hugsun gagnvart því að greinast hugsanlega með kynsjúkdóm og hvað öðrum fyndist um það hafði áhrif á það hvernig þeim leið.

Búast við því versta

Þær greindu frá því að það væri „bara hræðsla við þetta“, „bara að fara í tékk, þurfa að tala um þetta“, „hvernig verður þetta“, „maður býst við því versta“. Eftir að komið var á staðinn kom spennan þeirra fram í eftirfarandi lýsingum: „... og ég sat þarna frammi í einhverju svitakófi, ég var orðin svo stressuð.“ „Maður stressast náttúrulega rosalega, bara að sitja þarna.“ Þó að þær litu kannski út fyrir að vera afar rólegar á biðstofunni þá kraumaði undir niðri hugsunin um væntanlega móttöku sem olli óróleika, eins og ein sagði: „Þá var ég nervös því ég vissi ekki alveg kannski hverju ég átti von á.“

Það að eiga von á að greinast með kynsjúkdóm skapar óróa því það getur hugsanlega haft afleiðingar í för með sér. „Þetta var svona rosalega óþægilegt, maður fer ... þarna inn og maður náttúrulega hugsar, ókei ... ég er með einhvern kynsjúkdóm, þá náttúrulega, þú veist, maður fær svolítið sjökk.“

Þær hugleiddu jafnframt hvað öðrum fyndist um þær: „Maður heldur að fólk haldi að maður sé þarna út af, þú veist, einhverju hræðilegu.“ Afstaða þeirra til kynsjúkdóma var sú að „það er ekkert gaman að vera með einhvern kynsjúkdóm“. Þannig var lítið á kynsjúkdóma sem skammarlegt fyrirbæri.

Biðin eftir niðurstöðum var einnig spennuþrungin. „Maður bara stressar sig alveg geðveikt upp ... vill fá að vita strax (um) niðurstöður.“ Því var þeim mikils virði að fá niðurstöður sem fyrst til að stytta þann tíma sem þær voru áhyggjufullar. Svo þegar „jákvæð“ niðurstaða lá fyrir var það „... þínu svona sjökk þegar maður fær þetta til baka“. Það var því greinilegt að „jákvæð“ niðurstaða úr kynsjúkdómaprófi var neikvæð reynsla.

Hið vandræðalega og ópersónulega

Þær óttuðust að móttakan yrði vandræðaleg. „Það er náttúrulega frekar vandræðalegt að koma þarna.“ Það var þeim til dæmis „vandræðalegt að þurfa að fara í skoðun“ og vissar aðstæður gátu verið vandræðalegar, svo sem „ljótur stóll“ eða „gamall karl“. Einnig spilaði feimni inn í: „Þetta er líka svona staður (kvensköp) sem maður vill ekki vera eitthvað að ... er bara feiminn við eitthvað ...“

Í sjálfri móttökunni fannst þeim aðstæður stundum vandræðalegar eins og þegar þær voru með þvagprufuna: „Ég kom út (frá fagaðila) alveg geðveikt týnd, hún sagði ekki einu sinni bless.“ „Þú ert bara þarna eins og illa gerður hlutur að biða fyrir utan klósettið ...“

Fram kom í frásögnum þeirra að þjónustan gat reynst ópersónuleg. „Þú veist þetta er ógeðslega mikil svona færíbanda eitthvað.“ Sú tilfinning kom fram hjá einni konunni að hún væri nánast fyrir og að fagaðili hefði í raun engan tíma til að fara í gegnum hlutina með henni. „Mér fannst ég ... alveg svona stoppa hana af og spyrja hana ... áður en hún ... var bara búin að senda mig burt.“ Í hraðanum fannst konunni meðferðaraðilinn engan veginn eins almennilegur: „Ótrúlega að flyta sér ... þú veist, ferð þetta (fram) og búið.“ Ekki var gefið tækifæri til að spyrja: „Mér finnst bara að hún hefði alveg mátt aðeins gefa meiri tíma og vera aðeins svona almennilegri.“ Einnig kom fram þörf fyrir meiri ráðgjöf en hraði þjónustunnar leyfði það ekki: „Náði ekki almennilega ... að tala um allt ... þetta er náttúrulega svona í flyti ... hefði alveg viljað fá meiri ... ráðgjöf.“ Þetta sýndi að sumar konurnar höfðu þörf fyrir meiri tíma með fagaðila og að fá tækifæri til að spyrja og ræða málin.

Léttir

Þegar konurnar mættu í viðtal eða skoðun létti þeim yfirleitt við það að mæta fagfólki sem var alúðlegt í framkomu, skapaði þægilegt andrúmsloft, var formdómalaust og jákvætt. Þessi framkoma fannst þeim að drægi úr spennu og kvíða hjá þeim. Þær höfðu mikla þörf fyrir öryggi og að geta treyst aðstæðum. Þær áttu jafnvel von á því að vera skammaðar á staðnum fyrir að hafa verið óábyrgar í kynlífi. Það reyndist þeim því mikill léttir þegar það var ekki gert. Fram kom þörf fyrir að mynda augnsamband við meðferðaraðila og að hann heilsaði konunni. Það reyndist þeim jafnframt mikils virði að hlustað væri á þær, þær fengu tækifæri til að ræða málin, gætu spurt spurninga og fengið útskýringar.

Fagmennska

Konurnar uppgötvaðu fljótlega að þjónustuferlið var í raun ekki svo hræðilegt heldur „... bara lítið mál þegar maður er kominn þarna inn“. Almenn séð voru „... allir voðalega jákvæðir“. Dæmigerð lýsing á reynslu þeirra var eftirfarandi: „Hún ... róaði mann mjög mikið niður ... maður var stressaður, svo róaðist maður.“ Þær höfðu þörf fyrir gott andrúmsloft. Þegar þær höfðu fundið fyrir óöryggi og spennu var það þeim mikilvægt að mæta vingjarnlegu viðmóti. „Rosa mikilvægt, bara eitt bros og það dugar alveg fyrir litlar sálir.“ „Um leið og einhver kemur til manns ... og brosir til mín þá er maður bara rosa rólegur.“ „Hún var mjög almennileg, rosalega, ég var mjög ánægð með hana.“ „Hún var meira að þæla í því hvort að þú ... hugsir vel um sjálfan þig.“

Það var þeim mikilvægt að fá góðar útskýringar og að þær væru settar fram á kurteisán hátt, „hún var rosalega kurteis ... útskýrði vel fyrir mér, þú veist, að ég gæti alltaf komið í blóðprufu ... sagði mér alveg hvað finnst í þvagprufunni, hvað finnst í blóðprufunni ...“ Þær höfðu þörf fyrir að spyrja spurninga: „Hún gaf manni tækifæri til að segja allt og hún

hlustaði.“ „Maður var ekki feiminn við að spyrja neitt.“ „Hún svaraði öllu sem spurði um.“

Sú spennulosun, sem varð við það að konurnar mættu fagmannlegu viðmóti, varð til þess að þær urðu opnari fyrir því að ræða málin og leið betur.

Fordómaleysi

Konurnar lögðu mikla áherslu á að fagfólk væri fordómalaust gagnvart þeirra kynhegðun. Tilhugsunin um að hafa stundað óábyrgt kynlíf gerði það að verkum að þær áttu jafnvel von á því að verða skammaðar. Það var þeim því mikill léttir þegar þær voru ekki dæmdar fyrir hegðun sína eða skammaðar fyrir óábyrga kynhegðun. Í frásögnum kom fram: „Hún var mjög almennileg ... hún var með svona enga fordóma.“ „Hún var ekkert að skamma mann fyrir eitthvað.“

Að auki kom í ljós sú afstaða að fólki gæti orðið á í lífinu, „fólk gerir mistök“, „þetta getur komið fyrir alla“. Þannig fannst þeim mikilvægt að sýnt væri umburðarlyndi gagnvart margvíslegri hegðun fólks. Fordómaleysið þýddi fyrir þeim að þær væru ekki stimplaðar.

UMRÆÐUR

Niðurstöðurnar sýndu að konurnar voru hluti af stærra samfélagi þar sem á sér stað umræða um þessi mál. Þó að sumum þeirra hafi tekist að vera frjálsglegar í viðhorfum sínum til kynsjúkdóma kom það fram sem rauður þráður að kynsjúkdómum tengdist einhver skömm sem er almennt viðhaldið í samfélaginu. Þannig var skömmin undirliggjandi merkingarbær reynsla hjá þátttakendum rannsóknarinnar. Í henni felst meginhindrunin. Það var þessi yfirvofandi skömm sem gat brostið á hvar sem konurnar voru í þjónustuferlinu sem gerði það að verkum að þær urðu uppspenntar, kvíðnar og óttuðust jafnvel niðurlægingu. Þær þráðu því ósýnileikann þegar þær gengu í gegnum það að panta tíma, fara á staðinn og fá þjónustu. Það var ósýnileikinn sem gat verið þær fyrir skömminni.

Meginþráðurinn í reynslu kvennanna var að komast í gegnum allt þjónustuferlið, frá því að þær pöntuðu tíma og þar til þær fengu niðurstöður, af virðingu, tillitssemi og án fordóma. Innst inni eru þær óöruggar og óttast niðurlægingu. Það getur verið mjög stórt skref að fara á slíka móttöku og þær þurfa að yfirvinna margar hindranir áður en þær mæta á staðinn en einnig eftir að þangað er komið. Þær vilja innst inni ekki þurfa að leita á svona móttöku, vilja fyrir alla muni ekki hitta þar nokkurn mann sem þær þekkja eða að einhver komist að því að þær hafi verið þarna. Ótti þeirra og spenna felst í að þekkja einhvern á staðnum, finna fyrir einhverju neikvæðu á móttökunni og að greinast með kynsjúkdóm því það geti orðið þeim til minnkunar. Yfir þeim svífur sá möguleiki að einhver komist að þessu og hugsanlega niðurlægi þær. Í erlendum rannsóknum hefur komið fram að ungt fólk óttast að aðrir sjái það eða komist að því að það hafi verið á kynheilbrigðismóttöku (Donnelly, 2000; Griffiths o.fl., 2008; Lindberg o.fl., 2006). Rannsókn okkar sýndi að trúnaður, virðing og vingjarnleg framkoma var konunum mikils

virði. Það er að mörgu leyti í samræmi við erlendar niðurstöður um mikilvægi trúnaðar (Garside o.fl., 2002; Lindberg o.fl., 2006; Nwokolo o.fl., 2002), virðingar (Baraitser o.fl., 2003; Donnelly, 2000; Evans og Cross, 2007; Lindberg o.fl., 2006) og að þjónustan sé vingjarnleg (Nwokolo o.fl., 2002). Í könnun Nwokolo og féлага kom fram að unglingum af báðum kynjum fannst mest um vert (um 90%) að starfsfólkið væri vingjarnlegt.

Niðurstöður okkar rannsóknar sýna að það var ákveðin spenna sem tengdist því að panta tíma, því sem fram undan er og fá niðurstöður úr rannsóknum. Reynslan var þeim mjög persónuleg. Niðurstöðurnar eru samhljóma niðurstöðum fræðilegrar yfirlitsgreinar á sautján vísindalegum rannsóknum yfir tímabilið 2000-2010 um það sem helst hindrar ungt fólk að nýta sér kynheilbrigðisþjónustu. Í þeirri grein kom fram að það eru einmitt persónulegir þættir sem varða aðgengi að þjónustunni, biðina í biðstofunni og gæði þjónustunnar sem skiptir ungt fólk miklu máli (Bender og Fulbright, 2013). Til þess að þjónustan nái til ungs fólks þarf að ryðja úr vegi hindrunum er varða skipulag þjónustunnar en jafnframt að hlúa vel að gæðum hennar. Þau felast meðal annars í því að fagfólk gæti trúnaðar, er alúðlegt og fordómalaust, hlustar á skjólstæðinginn og gefur honum tækifæri til að spyrja. Reynsla kvennanna af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk, það er hjúkrunarfræðinga og lækna, er yfirleitt góð en sumum finnst þau vera vandræðaleg eða ópersónuleg, að ekki sé komið til móts við þarfir þeirra og fara þaðan án þess að fá mikla fræðslu. Stundum eiga þær sjálfar erfitt með að spyrja spurninga en það virðist haldast í hendur við aðstæður hverju sinni. Ef fagaðili er jákvæður og opinn í samskiptum virðast samræðurnar vera gagnkvæmari. Einnig spilar þarna inn í sá tími sem skjólstæðingnum er gefinn hverju sinni. Ef tíminn er naumur kemur það niður á þjónustunni. Það er í höndum fagaðila eins og hjúkrunarfræðinga að skipuleggja þjónustuna og halda vörð um gæði hennar þannig að viðkomandi skjólstæðingi geti liðið vel meðan á heimsókninni stendur. Við skipulagningu ungdómsvænnar (*youth friendly*) móttöku hefur meðal annars verið lögð áhersla á að starfsfólk sé áhugasamt um að vinna með ungu fólki, sé fordómalaust og gefi nægar upplýsingar. Auk þess þarf að gefa nægan tíma til að ræða málin, hafa biðtíma stuttan, hafa umhverfi móttökunnar vingjarnlegt en jafnframt að fagaðili hafi góða þjálfun í að veita ungu fólki þjónustu (Tylee o.fl., 2007). Í kjölfar þessarar rannsóknar og könnunarinnar, sem gerð var á sama tíma, hafa verið gerðar ýmsar skipulagsbreytingar á göngudeild húð- og kynsjúkdóma á Landspítalanum. Má þar helst nefna að auðveldara er að panta tíma og fá svör úr kynsjúkdómaprófum en áður. Bætt var við einum móttökuritari, viðtöl við hjúkrunarfræðinga voru lengd og viðtalsherbergjum fjölgað.

Styrkur og takmarkanir

Þessi eigindlega rannsókn gefur innsýn í hugarheim þeirra kvenna sem höfðu nýlega nýtt sér þjónustuna og hvað skipti þær máli. Þátttakendur voru valdir af handahófi og voru konurnar ýmist að nýta þjónustuna í fyrsta sinn eða höfðu áður komið á móttökuna. Úrtaksaðferðin gefur því tilefni til að ætla að svörin séu fjölbreytilegri en ella. Það er því minni hætta á að

konurnar endurspeglar til dæmis einvörðungu þann hóp sem er óánægður með þjónustuna. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar felast í því að hún byggist á viðtölum við einungis sjö ungar konur og því er ekki unnt að yfirfæra niðurstöðurnar á stærri hóp. Hún náði ekki til ungra karla sem sækja sér þjónustu á kynsjúkdómamóttöku og því væri það verðugt framtíðarverkefni að skoða reynslu þeirra af þjónustunni og hvernig hún er miðað við konurnar. Ein slík rýnihóparannsókn í Bretlandi meðal ungra karla sýndi að í þeirra huga var kynheilbrigðisþjónusta einkum ætluð konum. Þeir sóttu hana ef mikið lá við og til að fá ókeypis smokka. Þá var það þeim mikilvægt að fara hratt í gegnum þjónustuferlið (Pearson, 2003).

ÁLYKTANIR

Niðurstöður sýna mikilvægi þess að auðvelda ungum konum aðgengi að kynheilbrigðisþjónustu þar sem þær geta fengið greiningu og meðferð á kynsjúkdómum. Það sem þó er mun mikilvægara er að þjónustan sé af þeim gæðaflokki að þeim sem þangað leita geti liðið vel á meðan á heimsókninni stendur og styrki þá til að lifa heilbrigðu kynlífi.

Þakkir

Höfundar vilja þakka þátttakendum fyrir að veita mikilvægar upplýsingar til að afla þekkingar á þessu sviði. Auk þess viljum við þakka Jóni Hjaltalín Ólafssyni, páverandi yfirlækni húð- og kynsjúkdómadeildar Landspítalans, fyrir að leyfa og styðja við rannsóknina og Emmu Björgu Magnúsdóttur deildarstjóra og öðru starfsfólki deildarinnar fyrir stuðning við rannsóknarverkefnið. Auk þess er Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði þakkað fyrir að útvega viðtalsaðstöðu og fyrir fjárhagslegan stuðning.

Heimildir

Avery, L., og Lazdane, G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health*, 15, Supplement S2, 54-67.

Baraitser, P., Blake, G., Brown, K.C., og Piper, J. (2003). Barriers to the involvement of clients in family planning service development: Lessons learnt from experience. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29, 199-203.

Bearinger, L.H., Sieving, R.E., Ferguson, J., og Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369, 1220-31.

Bender, S.S., og Fulbright, K. (2013). Content analysis: A review of perceived barriers to sexual and reproductive health services by young people. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(3), 159-167.

Bender, S.S., og Kosunen, E. (2005). Teenage contraceptive use in Iceland: A gender perspective. *Public Health Nursing*, 22(1), 17-26.

Bender, S.S. (1999). Attitudes of Icelandic young people toward sexual health and reproductive health services. *Family Planning Perspectives*, 31, 294-301.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2012). 2012 sexually transmitted diseases surveillance. Sótt 5. ágúst á <http://www.cdc.gov/std/stats12/figures/1.htm> og <http://www.cdc.gov/std/stats12/figures/5.htm>.

DiCenso, A., Borthwick, V.W., Busca, C.A., Creatura, C., Holmes, J.A., Kalagian, W.F., og Partington, B.M. (2001). Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*, 92(1), 35-38.

Donnelly, C. (2000). Sexual health services: A study of young people's perceptions in Northern Ireland. *Health Education Journal*, 59, 288-296.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2009). *ECDC GUIDANCE: Chlamydia Control in Europe*. Stokkhólmi: ECDC.

EpiNorth (e.d.). Genital chlamydial infection. Sótt 31. júlí 2012 á http://www.epinorth.org/eway/default.aspx?pid=230&trg=Area_5279&MainArea_5260=5279:0:15,2937:1:0:0::0:0&Area_5279=5291:44530::1:5290:1::0:0&disseid=04.

Evans, J., og Cross, J. (2007). Community sexually transmitted infection services are good enough: A qualitative study of clients' experiences. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 33(4), 259-262.

Garside, R., Ayres, R., Owen, M., Pearson, V.A.H., og Roizen, J. (2002). Anonymity and confidentiality: Rural teenagers' concerns when accessing sexual health services. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 28(1), 23-26.

Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*, 7, 112-119.

Ghasemi, A., Taghinejad, M., Kabiri A., og Imani, M. (2011). Ricoeur's theory of interpretation: A method for understanding text (Course Text). *World Applied Sciences Journal*, 15(11), 1623-1629.

Griffiths, C., Gerressu, M., og French, R.S. (2008). Are one-stop shops acceptable? Community perspectives on one-stop shop models of sexual health service provision in the UK. *Sexually Transmitted Infections*, 84(5), 395-399.

Hansen, B.T., Kjær, S.K., Munk, C., Tryggvadóttir, L., Sparén, P., Hagerup-Jenssen, M., Liaw, K.-L., og Nygård, M. (2010). Early smoking initiation, sexual behavior and reproductive health – a large population-based study of Nordic women. *Preventive Medicine*, 51, 68-72.

Landlæknisembættið (2014). *Tilkynningaskyldir sjúkdómar*. Sótt 26. febrúar 2014 á <http://www.landlaeknir.is/smit-og-sottvarnir/smitsjukdomar/tilkynningarskyldir-sjukdomar/>.

Laverty, S.M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Research*, 2(3). Sótt 12. mars 2014 á http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/html/laverty.html.

Lewis, D., Newton, D.C., Guy, R.J., Ali, H., Chen, M.Y., Fairley, C.K., og Hocking, J.S. (2012). The prevalence of Chlamydia trachomatis infection in Australia: A systematic review and meta analysis. *BioMedical Central Infectious Diseases*, 12(113), 1471-2334. Sótt 7. ágúst 2014 á <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-12-113.pdf>.

Lindberg, C., Lewis-Spruill, C., og Crownover, R. (2006). Barriers to sexual and reproductive health care: Urban male adolescents speak out. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 73-88.

Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir nr. 25/1975.

Ma, Q., Ono-Kihara, M., Cong, L., Xu, G., Pan, X., Zamani, S., Ravari, S.M., Zhang, D., Homma, T., og Kihara, M. (2009). Early initiation of sexual activity: A risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. *Bio Medical Central Public Health*, 9, 111. DOI:10.1186/1471-2458-9-111.

Nwokolo, N., McOwan, A., Henneby, G., Chislett, L., og Mandalia, S. (2002). Young people's views on provision of sexual health service. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 342-345.

Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D., og Darroch, J.E. (2000). Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspective*, 32(1), 24-32 og 45.

Pearson, S. (2003). Promoting sexual health services to young men: Findings from focus group discussions. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29(4), 194-198.

Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory-discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth: Texas Christian University Press.

Sigrún Birna Hafsteinsdóttir og Sigrún Ingvarsdóttir (2007). *Viðhorf ungs fólks til kynheilbrigðisþjónustu*. Óbirt BS-ritgerð: Hjúkrunarfræðideild Háskóli Íslands.

Sóley S. Bender (2010, mars). *Kynheilbrigðisþjónusta: Sýn ungs fólks fyrir og nú*. Opinn prófessorsyrirlestur á Háskólatorgi, Reykjavík. *Sóttvarnalög* nr. 19/1997.

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., og Sanci, L. (2007). Youth friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 369, 1565-1573.

UNDP (United Nations Department of Public Information) (1995). *International conference on population and development. Summary of the programme of action*. Sótt 27. júlí 2012 á <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm#chapter7>.

Wilson, A., og Williams, R. (2000). Sexual health services: What do teenagers want? *Ambulatory Child Health*, 6, 253-260.