

Satu Heikkilä, Niina Jaakkola,

Sanna Jaakkola ja Anna Tillikainen

VERKKOKURSSI PÄIHTEISTÄ
JA
SEKSUAALITERVEYDESTÄ
ETELÄ-SAVON
AMMATTIOPISTOLLE

Opinnäytetyö
Terveystyön koulutusohjelma


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>26.5.2010</p>
<p>Tekijä(t)</p> <p>Satu Heikkilä, Niina Jaakkola, Sanna Jaakkola, Anna Tillikainen</p>		<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystiedon suuntautumisvaihtoehto</p>
<p>Nimeke</p> <p>Verkkokurssi päihteistä ja seksuaaliterveydestä Etelä-Savon ammattiopistolle</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kouluilla ja oppilaitoksilla on keskeinen tehtävä nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Stakesin teettämä kouluterveyskysely antaa kunnille ja oppilaitoksille ajankohtaista tietoa siitä, kuinka nuoret voivat. Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan ammattiopiston opiskelijat voivat keskimäärin huonommin kuin lukiolaiset. Heillä on ongelmallista päihteiden käyttöä sekä puutteita seksuaaliterveystiedoissa. Tulokset myös osoittavat, ettei terveystiedon opetus lisää opiskelijoiden valmiuksia huolehtia omasta terveydestään.</p> <p>Tämän toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Etelä-Savon ammattiopistolle oppimateriaalia päihteistä ja seksuaaliterveydestä. Oppimateriaali tuotettiin verkkokurssin muotoon, Moodle-alustalle osaksi ammattiopiston pakollista yhden opintopisteen laajuista terveystiedon kurssia. Verkkokurssi suunniteltiin Etelä-Savon ammattiopiston toiveiden mukaan tukemaan terveystiedon opetusta. Kurssin pilotointi tapahtui toukokuussa 2010, testausryhmänä olivat koulun omat opiskelijat. Oppimateriaali on tarkoitus ottaa Etelä-Savon ammattiopistossa opetuskäyttöön syksyllä 2010.</p> <p>Tavoitteenamme oli tämän verkkokurssin avulla parantaa opiskelijoiden tietoja päihteistä ja seksuaaliterveydestä, sekä ohjata heidät etsimään tietoa luotettavista lähteistä. Materiaali sisältää tuottamaamme teorialtetta, Internet -linkityksiä, sekä tekemiämme oppimista testaavia monivalinta- ja ristikkotehtäviä. Opiskelijoiden osaaminen testataan kurssin lopuksi tekemällämme Moodle-tentillä.</p> <p>Ammattikouluissa on hyvä toteuttaa päihde- ja seksuaaliterveystiedon opetus ainakin osittain verkkokurssin muodossa, koska aiheet soveltuvat arkaluontoisuutensa puolesta hyvin itseopiskeluun. Jatkokehittämissuunnitelmaksi kurssiin voisi liittää pohdinta-tehtäviä, joissa nuoret käsittelevät omaa terveystietämistään. Ehdotuksemme on, että koko terveystiedon kurssi toteutettaisiin jatkossa verkkokurssin muodossa.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>Verkko-oppiminen, päihteet, seksuaaliterveys, kouluterveys</p>		
<p>Sivumäärä</p> <p>46 + lähteet ja liite</p>	<p>Kieli</p> <p>Suomi</p>	<p>URN</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Vappu Martikainen</p>		<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Etelä-Savon ammattiopisto</p>

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Date of the Bachelor's thesis 26.5.2010	
Author(s) Satu Heikkilä, Niina Jaakkola, Sanna Jaakkola, Anna Tillikainen	Degree Programme and Option Degree Programme in Nursing, Specialisation: Public Health Nursing	
Name of the Bachelor's Thesis An Internet-based Study Course of Intoxicants and Sexual Health for the South Savo Vocational College		
Abstract <p>Schools and other educational establishments play a central role in promoting young people's health and well-being. The National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, undertook a national survey that provides municipalities and educational establishments with up-to-date information on young people's well-being. According to the results of this school health survey, the average level of well-being among vocational college students is lower than that of the upper secondary school students. Vocational college students have problems relating to the use of intoxicants, and deficiencies in their sexual health knowledge. The results also indicate that health education does not improve the students' preparedness to take care of their personal health.</p> <p>The purpose of this operative thesis was to produce teaching and study materials for the South Savo Vocational College relating to intoxicants and sexual health. The materials were compiled into an Internet-based study course implemented on the Moodle platform and included as part of a compulsory health education course provided by the Vocational College constituting one credit. The Internet-based study course was designed in accordance with the wishes and instructions of the College to support health education provision. A pilot course was conducted in May 2010 with the College's own students serving as the test group. The teaching and study material package is to be applied to practical teaching by the College in the autumn of 2010.</p> <p>Our aim for this Internet-based study course was to improve the students' knowledge of intoxicants and sexual health, and to guide them towards seeking information from reliable sources. The materials produced included theoretical knowledge, Internet links as well as multiple choice and crossword tests, which we designed to test the learning results. The students' learning achievements will be tested at the end of the course by means of a Moodle-based exam.</p> <p>At the vocational school level, it is advisable to implement the teaching of intoxicant-related and sexual health education in the form of an Internet-based course, at least partly, due to the fact that the themes in question are well-suited for self-study, because of their delicate nature. Our proposal for further development is that discussion-type exercises be included in the course, for young people to analyse their own health-related behaviour. We propose that the entire health education course could be implemented as an Internet-based course in future.</p>		
Subject headings (keywords) Internet-based learning, intoxicants, sexual health, school health		
Pages 46	Language Finnish	URN
Remarks (concerning the appendices)		
Tutor Vappu Martikainen	Bachelor's thesis commissioned by South Savo Vocational College	

ESIPUHE

Kiitämme yhteistyöstä koulun opinto-ohjaajaa Laila Huttusta ja koulun terveydenhoitajia Sirpa Pirskasta ja Sirpa Rautiota, joilta idea alunperin materiaalin tuottamiseen lähti. Erityiskiitoksen haluamme osoittaa ammattiopiston Moodle-vastaavalle Kirsi Kataniemelle, joka opasti meitä verkkokurssin toteuttamisessa. Haluamme kiittää myös ohjaavaa opettajaamme Vappu Martikaista työmme ohjauksesta.

Mikkelissä 24.5.2010

Satu Heikkilä

Niina Jaakkola

Anna Tillikainen

Sanna Jaakkola

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KOULUTERVEYS.....	3
2.1	Terveystieto kouluissa	3
2.2	Nuorten terveystietäminen.....	4
2.3	Kouluterveyskysely	4
2.4	Kouluterveyskyselyn tuloksia.....	5
3	PÄIHDETYÖ JA SEKSUAALITERVEYDEN TUKEMINEN	7
3.1	Päihdetyö	7
3.2	Seksuaaliterveys	9
4	VERKKO-OPISKELU	13
4.1	Verkko-opiskelun muodot	13
4.2	Verkko-opiskelun haasteet.....	14
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA AIKATAULU	15
7	VERKKOKURSSIN TOTEUTUS JA AIKATAULU	16
7.1	Verkkokurssin suunnittelu ja aikataulu	16
7.2	Verkkokurssin testaus	19
8	VERKKOKURSSIN RUNKO JA SISÄLTÖ.....	20
8.1	Päihteet	20
8.1.1	Alkoholi	21
8.1.2	Tupakka ja nuuska	23
8.1.3	Huumeet.....	24
8.1.4	Päihderiippuvuus.....	25
8.2	Seksuaalisuus	28
8.2.1	Sukupuoli-identiteetti ja seksuaalinen minäkuva.....	29
8.2.2	Seksuaalisuuden portaat.....	29
8.2.3	Sukupuolitaudit.....	33
8.2.4	Raskauden ehkäisy.....	39
9	POHDINTA	42

LÄHTEET 47

LIITTEET

1 JOHDANTO

Valtioneuvoston vuonna 2001 hyväksymä sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 -ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä. Ohjelman yksi keskeisimmistä tavoitteista on kansalaisten terveyserojen kaventuminen. Terveyserot näkyvät jo nuorissa ikäryhmissä ja ne ovat verrannollisia koulutustasoon ja sosiaaliluokkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Lukioissa terveystiedon opetukseen panostetaan enemmän kuin ammatillisissa oppilaitoksissa. Lukioissa terveystieto on oma erillinen oppiaine, kun taas ammattioppilaitoksissa se on sisällytetty osaksi liikunnan opetusta. Terveyskasvatuksen merkitykseen on ryhdytty kiinnittämään yhä enemmän huomiota lukion opetuksessa, mistä kertoo myös se, että terveystieto on nostettu yhdeksi reaaliaineeksi ylioppilaskirjoituksissa. Suomen Liikunta- ja Urheilu ry:n (SLU) tavoitteena oli koululakiuudistuksen yhteydessä parantaa terveystiedon opetuksen asemaa ammatillisissa oppilaitoksissa (Liikunnan ja Urheilun Maailma 2001.)

Terveystiedon opetus on ollut osana liikunnan opetusta ammattioppilaitoksissa, jolloin terveystiedon opetusta ovat antaneet liikunnanopettajat. Liikunnanopettajaliiton esille nostama epäkohta terveyskasvatuksessa on juuri se, että terveystiedon opetusta antavilla henkilöillä ei ole riittävää pätevyyttä terveystiedon opettamiseen. Myöskään laissa ei ole tarkkaan määritelty koulujen terveystiedon opetuksen sisältöä (Liikunnan Ja Urheilun Maailma 2001).

Vuonna 2008 Stakesin teettämän kouluterveyskyselyn Etelä-Savon raportti osoittaa, ettei terveystiedon opetus ole riittävää ammatillisissa oppilaitoksissa. Suurimmat puutteet ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilla on erityisesti päihde- ja seksuaalitetämyksessä (Harju ym. 2008a). Myös Etelä-Savon ammattiopiston terveydenhoitajien käytännön kokemus osoittaa, että suurimmat ongelmat ovat päihde- ja seksuaaliterveyden osa-alueilla.

Etelä-Savon ammattioppilaitos on toisen asteen koulu, jossa opetusta toteutetaan kolmella eri paikkakunnalla. Koulutusta annetaan seitsemällä eri alalla. Ammattiopistossa opiskelee vuosittain n. 7000 opiskelijaa. Ammattitutkinnon ohella Etelä-Savon am-

mattiopistossa on myös mahdollista suorittaa ylioppilastutkinto. (Etelä-Savon ammattiopisto 2010.)

Etelä-Savon ammattiopistossa terveystietoa opetetaan yhden opintoviikon verran. Opintoviikon yhtenäistä sisältöä ei ole kuitenkaan tarkemmin määritelty, eikä ammattiopistolla ole ollut käytössä yhtenäistä sisältörunkoa terveystiedon kurssille. Toiminnallinen opinnäytetyömme tulee vastaamaan ammattiopistolta nousseeseen tarpeeseen tuottaa terveystiedon kurssille yhtenäistä opintomateriaalia päihteistä ja seksuaaliterveydestä.

Etelä-Savon ammattiopistolla on suunnitteilla jakaa terveystiedon kurssi A- ja B-osioihin, joiden keskiarvosta muodostuu kurssin arvosana. Tehtävänämmä oli suunnitella ja tuottaa seksuaaliterveyteen ja päihteisiin liittyvä A-osio verkkomateriaalina ammattiopiston Moodle-alustalle. A-osio sisältäisi tietoa päihteistä ja seksuaaliterveydestä ja materiaali olisi opiston käytössä. B-osion suunnittelusta ja toteutuksesta vastaa koulu itse.

Tarkoituksenamme oli ideoida kurssin sisältöä yhteistyössä koulun opinto-ohjaajan, rehtorin ja terveydenhoitajien kanssa. Meidän vastuullamme oli suunnitella ja tuottaa kurssi ja viedä se Moodle-alustalle. Tuottamamme verkkomateriaalin hyödyntämisestä opetuksessa vastaavat sekä liikunnan että terveystiedon opettajat.

2 KOULUTERVEYS

2.1 Terveystieto kouluissa

Perusedellytys omasta terveydestä huolehtimiselle on, että ihminen omaa riittävän tietopohjan terveyteen vaikuttavista asioista. Kouluissa terveystiedon opetuksen tarkoituksena on edistää ja tukea oppilaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää osaamista. Osaamista lisäämällä voidaan vaikuttaa oppilaan terveyttä koskeviin valintoihin ja terveyskäyttäytymiseen. (Pitkänen 2007, 10–12.)

Terveystiedon opetuksen lähtökohtana on ihmisen kokonaisvaltaisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ymmärtäminen (Opetushallitus 2010). Opetuksessa tulee huomioida opiskelijan sen hetkinen lähtökohta ja kehitysvaihe. Vaikka monet terveystiedon tiedot omaksutaan jo nuoremmilla vuosiluokilla, murrosiässä oppilaat kykenevät paremmin käsittelemään omaa suhtautumistaan terveyteen ja tässä iässä terveyden kannalta tärkeät tottumukset vakiintuvat. (Sosiaali- ja Terveysministeriö & Stakes 2002, 49–50.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2008 laatimassa kouluterveyssuosituksessa on kohta, jossa mainitaan, että koululaisen tulisi saada riittävää terveystietoa koulussa hyvinvointiinsa liittyvistä asioista ja niihin vaikuttamisesta. Kouluyhteisön näkökulmasta sekä koulu- että terveydenhuollon erityistyöntekijät osallistuvat oppilaiden terveyden edistämiseen ja terveystiedon antamiseen yhteistyössä koulun opetushenkilökunnan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Ammatillista koulutusta koskevan lakimuutoksen mukaan terveystiedon opetusta tulee ammatillisessa oppilaitoksessa olla yhden opintoviikon (40 tuntia) verran. Vapaaehtoisista se on kuitenkin niille opiskelijoille, jotka ovat täyttäneet 18 vuotta aloittaessaan ammatilliset opintonsa. Yhden pakollisen opintoviikon lisäksi koulut voivat tarjota terveystiedon valinnaisia opintoja 0–4 opintoviikon verran. (Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998.)

2.2 Nuorten terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytyminen on käsitteenä monitahoinen ja se ilmenee valintoina, joita yksilö tekee terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyen. Valinnat voivat olla joko terveyttä tukevia tai riskikäyttäytymistä. Parhaimmassa tapauksessa valinnat edistävät terveyttä ja huonot aiheuttavat riskejä sairastumiselle ja jopa kuolemalle (Terveyskirjasto 2009d). Nuori voi tehdä valintojaan joko tiedostamattomasti omien tottumustensa perusteella tai tietoisesti käyttäytymällä tietyllä tavalla. Perheellä, koululla ja kaveripiirillä voi olla suuri vaikutus nuoren terveyskäyttäytymiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Kaveripiirin painostus voi joissakin tapauksissa saada nuoren tupakoimaan ja käyttämään alkoholia, koska nuori menee helposti ns. massan mukana (Jokela & Puusniekka 2009).

Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa opiskelijan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja sen kautta hänen toiminta- ja opiskelukykyynsä. Opiskelukykyyn vaikuttaa yhtenä osa-alueena opiskelijan terveyskäyttäytyminen ja sen myötä hänen psyykinen ja fyysinen terveydentilansa, josta nousee voimavaroja opiskeluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Työhyvinvoinnin asiantuntijayritys Odumin ja työeläkeyhtiö Varman tekemästä Suomalaisen työntekijän hyvinvoinnin selvityksestä käy ilmi, että terveyskäyttäytyminen on sidoksissa opiskelukyvyn lisäksi myös tulevaan työkykyyn. Tutkimuksessa nousi esiin huoli etenkin nuorten terveyskäyttäytymisestä ja sen yhteydestä nuorten arvioinnista tulevasta työkyvystään. (Eläkevakuutusyhtiö Varma 2009.)

2.3 Kouluterveyskysely

Kouluterveyskysely on valtakunnallinen tutkimus, jota on tehty vuodesta 1996 lähtien. Kouluterveyskyselyn tulokset antavat tietoa opiskelijoiden terveyskäyttäytymisestä sekä terveyteen vaikuttavista tiedoista. Kysely on sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakes) alainen kysely, ja rahoitus kyselyyn saadaan sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoista. Sen pohjalta saadaan tietoa 14 -18-vuotiaiden nuorten terveydestä, elämästä koulussa ja sen ulkopuolella, terveyskäyttäytymisestä sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. Kouluterveyskyselyn pohjalta pyritään kehittämään nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä oppilas- tai

opiskelijahuollossa sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Kysely tehdään kulloisessakin kunnassa aina kahden vuoden välein ja tuloksista kootaan raportti. Niillä kunnilla, jotka ovat osallistuneet kyselyn teettämisen kustannuksiin, on mahdollisuus saada itselleen kyselyistä koulukohtaiset raportit. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Vuosien kuluessa kohderyhmän kokoa on muokattu, ja nykyään kouluterveyskyselyyn osallistuvat peruskoulusta 8.-9. luokkalaiset, lukion 1.- 2. vuosikurssilaiset sekä vuodesta 2008 lähtien myös ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Peruskoulut ja lukiot käyttävät kyselyssä yhteistä lomaketta ja ammatillisilla oppilaitoksilla on oma lomakkeensa, joka on kuitenkin pääosin samanlainen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Vuonna 2008 kouluterveyskyselyn vastausvuorossa oli Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänit käsittäen yhteensä 146 kuntaa. Kyselyyn vastanneita oli 110 600, josta ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien osuus oli 22 400 opiskelijaa. Etelä-Savon kunnat ovat olleet kouluterveyskyselyssä mukana joka toinen vuosi vuodesta 1996 lähtien. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijat olivat vuoden 2008 kouluterveyskyselyssä ensimmäistä kertaa mukana, joten varsinaista vertailua edellisiin tuloksiin ei heidän osaltaan voida tehdä. Kysely kuitenkin antoi tietoa Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijoiden nykytilanteesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.) Pyrimme käyttämään kyselytuloksia hyödyksemme kurssia suunnitellessamme.

2.4 Kouluterveyskyselyn tuloksia

Opinnäytetyössämme tarkastelemme Stakesin kouluterveyskyselyjen tuloksia nuorten terveysosaamisen osalta. Keskitymme pääosin Etelä-Savon ja Etelä-Savon ammattiopiston raportteihin. Etelä-Savossa Stakesin kouluterveyskysely on tehty joka toinen vuosi. Ensimmäistä kertaa mukana olivat ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat vuonna 2008. Vastajia ammatillisista oppilaitoksista oli ko. vuonna 1 324. (Harju ym. 2008a, 3.)

Ammatillisissa oppilaitoksissa poikien kiinnostus terveystietoon oli huomattavasti vähäisempää kuin tyttöjen. Pojista 35 % ei ollut kiinnostunut terveystiedosta, ja vastaavasti tytöistä 14:ää % ei aihe kiinnostanut. Oppilaista 33 % koki, että terveystiedon opetus ei lisää valmiuksia huolehtia omasta terveydestä. Sukupuolten välillä ei tässä ollut havaittavissa eroa. (Harju ym. 2008a, 34.)

Seuraavaksi esittelemme kouluterveyskyselyn tuloksia terveyskäyttäytymisestä ja -osaamisesta Etelä-Savon alueen ammattioppilaitosten osalta.

Tupakointi

Eteläsavolaisista nuorista 44 % kertoi polttavansa tupakkaa päivittäin. Ammattiopiston opiskelijat kokivat tupakan ostamisen helppona esimerkiksi kavereilta. Opiskelijat kertoivat tupakoivansa koulussa ja koulumatkoilla. Eteläsavolaisista ammattikoululaisista nuuskaa kertoi käyttävänsä päivittäin vain 1 %. (Harju ym. 2008b.)

Alkoholin käyttö

Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan 40 % ammattioppilaitosten opiskelijoista kertoi juovansa itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa. Ammattioppilaitosten alle 18-vuotiasta nuorista 37 % koki, että heidän on melko helppoa ostaa alkoholituotteita. Alaikäisistä kyselyyn vastanneista 87 % kertoi saavansa juomat hankittua täysi-ikäisten kavereidensa kautta. (Harju ym. 2008b.)

Huumekokeilut

Huumekokeilut olivat yleisempiä Etelä-Savossa kuin muissa Suomen lääneissä. Ammattioppilaitosten opiskelijoista 13:lle %:lle oli tarjottu laittomia huumeita ja huumeiden hankkiminen omalta paikkakunnalta koettiin myös yllättävän helpoksi. Nuorista 53 % kertoi tuntevansa jonkun, joka oli kokeillut laittomia huumeita kuluneen vuoden aikana. (Harju ym. 2008b.)

Nuorten tiedot seksuaaliterveydestä

Poikien tiedot seksuaaliterveydestä oli 26:lla %:lla puutteelliset ja huonot. Tyttöillä tiedot olivat huomattavasti paremmat – vain 8:lla %:lla oli huono seksuaalitetämys. Yleisesti ottaen Etelä-Savon alueella ammattiin opiskelevilla tiedot seksuaaliterveydestä oli Itä-Suomen läänin keskiarvoa heikkommat. (Harju ym. 2008a, 34.)

Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Stakesin kouluterveyskyselyssä vuonna 2008 kysyttiin ensimmäistä kertaa vastentahoisessa yhdynnässä olemisesta ja kumppanin painostamisesta yhdyntään. Ammattioppilaitoksen opiskelijoista 8 % vastasi olleensa vasten tahtoaan yhdynnässä. Vastaa-ajista 4 % kertoi painostaneensa kumppaniaan yhdyntään. (Harju ym. 2008a, 43.)

3 PÄIHDETYÖ JA SEKSUAALITERVEYDEN TUKEMINEN

Terveyskasvatuksella tarkoitetaan laajemmin kaikkea sitä yhteiskunnassa tapahtuvaa viestintää ja opetusta, jolla pyritään vahvistamaan oppilaiden omaehtoista terveyttä edistävää toimintaa ja tukemaan normaalia kasvua ja kehitystä. Koivisto (2002) kirjoittaa, että koulujen ohella myös esimerkiksi Stakes on vahvasti mukana terveyskasvatuksessa ja sen tutkimuksessa, sekä lisäksi mm. Terveyden edistämisen keskus järjestää erilaisia kampanjoita terveellisen elämän puolesta. Terveystietoa voidaan vahvistaa terveyskasvatuksella pyrkimällä vaikuttamaan vuorovaikutuskeinoin oppilaiden asenteisiin ja terveyskäyttäytymiseen. Terveyskasvatukseen liittyy myös terveyttä suosiva, turvallinen kouluympäristö. (Koivisto 2002, 13.) Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistyivät Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi 1.1.2009.

3.1 Päihdetyö

Terveyskasvatukseen kuuluu päihdetyö, jota toteutetaan ehkäisevässä muodossa primääri-, sekundaari- ja tertiääritasolla. Primääritason ehkäisyllä tavoitellaan interventiota eli väliintuloa jo ennen kuin päihdeestä on muodostunut terveysongelmaa. Kasvatustyö kotona ja kouluissa on esimerkki primääri-interventiosta, jossa tietoja antamalla

ja asenteisiin ja ajatuksiin vaikuttamalla pyritään vahvistamaan nuoren hyviä terveysvalintoja -tottumuksia. (Kylmänen 2005, 10–11.)

Päihdekasvatus ja tiedon jakaminen ennaltaehkäisevästi käsittää useimmiten isoja massoja, luokkia ja nuorisoryhmiä, ja tällöin yksilöllisyyttä ei ymmärretä tai edes kyetä ottamaan tarpeeksi huomioon. Sekundaaripäihdetyöllä tarkoitetaan avun ja tuen antamista jollekin riskiryhmälle tai yksilölle. Työtä ohjaa varhaisen välittämisen ajatus; puututaan ajoissa, ennen kuin ongelmat kasvavat tai kasaantuvat. Tertiäriehkäisyn kohteena ovat päihdeongelmaiset ja työtä toteutetaan hoitoina ja kuntoutuksena. Ehkäisevää päihdetyötä tekevän on tiedettävä mitä päihderiippuvuus on ja kuinka asioihin on mahdollista vaikuttaa. (Kylmänen 2005, 10–11.)

Jotta nuori pystyy toimimaan itseään suojelevalla tavalla ja tehdäkseen terveytensä ja tulevaisuutensa kannalta hyviä päätöksiä päihteiden käyttöön houkuttelevaisessa maailmassa, tarvitsee hän harjaantumista omakohtaiseen ajatteluun. Nuorelle tulisi suodasuvaitsevainen ilmapiiri ja mahdollistaa tilanteita ja rauhaa keskusteluille sekä pohdinnoille yhdessä kuuntelevan aikuisen kanssa. Vain itse ajattelemalla nuori voi muodostaa kestäviä vakaumuksia, joiden pohjalta hän voi tehdä viisaita valintoja arjessaan. (Soikkeli 2002, 91.)

Päihdetyö kouluissa

Kansallisen alkoholiohjelman (2004 -2007) tavoitteena on vähentää ja ehkäistä alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja. Nuorissa koskevassa toimintalinjassa pyrkimyksenä on lisätä vanhempien ja koulun, sekä muiden tahojen yhteistyötä alkoholihaittojen vähenemiseen lisäämällä päihdekasvatusta, sekä rajoittamalla alkoholijuomien saatavuutta ja alkoholimainontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on nuorten alkoholinkäyttöön liittyvien terveysongelmien väheneminen. Opiskeluterveydenhuollon tehtävänä on ylläpitää ja parantaa opiskelijoiden hyvinvointia. Näitä tehtäviä on mahdollisuus toteuttaa terveystarkastuksissa kyselemällä ja keskustelemalla päihteiden käytöstä. Aikuisopiskelijoille suositellaan käytettävän AUDIT-kyselyä ja 16–21-vuotiaille Adsumekyselyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Suomen lain edellytysten mukaan koulun tulisi toteuttaa päihdetyötä ensisijaisesti kasvatuksellisin keinoin. Terveysteen vaikuttaminen kouluissa on sikäli avainasemassa, että nuoret viettävät siellä suuren osan ajastaan. Päihdekasvatuksen tulisi olla osana koulun toimintaa, sekä terveys-, tapa- ja laillisuuskasvatusta. (Huoponen ym.1998.)

Lastensuojelulain (L417/2007) mukaan koulun terveydenhoitajan tai muun asiasta tietävän on tehtävä lastensuojeluilmoitus viipymättä salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos epäilee nuoren oman käyttäytymisen edellyttävän lastensuojelutarpeen arviointia. Syöpäjärjestön teettämän tutkimuksen mukaan nuoret luottavat siihen, että niin vanhemmat, kuin koulukin huolehtivat heidän terveydestään. Vanhemmat helposti lykkäävät vastuun vaikeista asioista koulun harteille. Nuoret pitävät koulua vanhempien, kavereiden ja Internetin ohella tärkeänä tiedon lähteenä. (Immonen 2007.)

Ulla Kemppaisen tutkimus Venäjän ja itäsuomalaisien 9. luokkalaisten terveyskäyttäytymisestä (2007) osoitti, että huumekekeilut, ongelmat vanhempien ja opettajan kanssa sekä psykosomaattiset oireet kasaantuvat tietyille nuorille. Perheenjäsenten ja parhaan ystävän tupakoinnin ja alkoholin käyttö ennustivat nuoren omaa vastaavaa käyttäytymistä. Tietyille nuorille tarvitaan heidän tarpeistaan lähteviä toimia ja ohjelmia.

3.2 Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveyden katsotaan olevan yksi suuri osa-alue ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, millä on vaikutusta ihmisen hyvinvointiin läpi elämän (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23). Se edellyttää yksilön kunnioittavaa ja tervettä käyttäytymistä itseään kohtaan (Aho ym. 2008, 34). Jotta yksilö omaisi hyvän seksuaaliterveyden, tulisi hänen olla sinut itsensä kanssa ja kyettävä puhumaan avoimesti seksuaalisuudesta. Hyvään seksuaaliterveyteen liittyy vastuu omista toimista ja rajojen asettamisesta. Mihinkään sellaiseen toimintaan ei tule ryhtyä, mikä tuntuu itsestä epämiellyttävältä. Ihmisen tulisi myös pitää omaa seksuaalisuuttaan arvokkaana sekä samalla arvostaa ja kunnioittaa muidenkin seksuaalisuutta. Lisäksi erilaisuuden hyväksyminen liittyy hyvään seksuaaliterveyteen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 16.)

Jotta omaa hyvän seksuaaliterveyden, tarvitaan keinoja, joilla huolehtia omasta seksuaaliterveydestään. Tälle on kuitenkin edellytyksenä se, että yksilö saa oikeanlaista tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kuten sukupuolitaudeista, seksuaalisesta riskikäyttäytymisestä ja raskauden ehkäisystä ikä- ja kehitystaso huomioon ottaen. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23–24.)

Nuoren seksuaaliterveyden tukeminen

Seksuaalisen terveyden tukeminen lähtee jo nuoren kotoa aivan lapsuudesta, jolloin vanhemmat opettavat lastaan arvostamaan ja kunnioittamaan niin itseään kuin muita ihmisiä erilaisina yksilöinä. Jos kotona seksuaaliterveyttä tuetaan oikein, nuoren itsetunto ja minäkuva vahvistuu ja nämä ovat tärkeitä asioita seksuaalisen identiteetin muodostumisessa. (Apter ym. 2006, 223.) Nuoren seksuaaliterveyttä tuetaan antamalla nuorelle tietoa seksuaalisuudesta, ehkäisystä ja riskikäyttäytymisestä, unohtamatta kuitenkaan seksuaalisuuden yhteyttä psyykkiseen minään. Nämä tiedot täytyy antaa niin, että ne soveltuvat nuoren ikäkauteen ja kehitystasoon ja tukevat näitä. (Aho ym. 2008, 34.)

Jotta nuori voisi kehittyä seksuaalisesti myönteisellä tavalla, tarvitaan siihen tukkeinoja (Kansanterveyslaitos 2006, 12–13). Nuorille kohdistetut palvelut ovat avainasemassa, kun halutaan vaikuttaa nuorten seksuaaliterveyteen (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23–24). Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto on tärkeässä asemassa nuoren seksuaalisen kehityksen tukemisessa. Koska nuori useimmiten aloittaa sukupuolielämän keskustelematta ennakoon ulkopuolisen tahon kanssa, tulisi terveydenhuollon käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita ennaltaehkäisevästi. (Kansanterveyslaitos 2006, 12–13.) Terveydenhoitotyön haasteena on motivoida nuori kiinnostumaan omasta hyvinvoinnistaan, koska nuori ei kykene suunnittelemaan elämää pitkällä aikatah- täimellä (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 23–24).

Nuorten seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut

Yleisimmät nuorten seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut sijoittuvat perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvolan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä oman lääkärin vastaan- oton piiriin (Kontula & Lottes 2000, 271–272). Näiden palveluiden tulisi olla helposti tavoitettavissa ja niiden tulisi olla ns. matalan kynnyksen paikkoja, joihin nuoren olisi

helppo mennä keskustelemaan asioista tai kysymään neuvoa mieltä askarruttavissa asioissa (Kosunen & Ritamo 2004, 88).

On tärkeää, että palvelut ovat ehdottoman luotettavia, koska nuorten asiat saattavat olla todella arkaluontoisia. Nuoret pitävätkin palveluiden luotettavuutta todella tärkeänä asiana. Nuorelle tulisi vakuuttaa, että esimerkiksi terveydenhoitajalla on vaitiolovelvollisuus ja nuoren kertomista asioista ei kerrota vanhemmille tai muillekaan ulkopuolisille ihmisille. Keskustelut ovat terveydenhoitajan ja nuoren välisiä luottamuksellisia keskusteluja. (Kosunen & Ritamo 2004, 88.)

Palveluiden ilmapiirin tulisi olla riittävän suvaitseva ja vapaamielinen. Kuten päihdeasioissakin, myös seksuaaliterveyteen liittyvä jyrkästi kantaa ottava valistus saattavat säikäyttää nuorta ja tällä tavalla hän saattaa jäädä pois palveluiden piiristä, eikä uskalla enää mennä keskustelemaan asioistaan. Nuori voi kokea, että häntä ei hyväksytä, jos esimerkiksi terveydenhoitajan omat mielipiteet sekä asenteet ovat liian vahvat ja jyrkät. Kouluterveydenhuolto on todella tärkeässä asemassa nuorten seksuaaliterveyden edistämässä. Yleensä kouluterveydenhoitaja on ensimmäinen ihminen, jolta kysytään neuvoa esimerkiksi ehkäisyasioissa. (Kontula & Lottes 2000, 271–272.)

Seksuaalikasvatus

Nuorten seksuaalikasvatuksen yhtenä tavoitteena on edistää sukupuolten ja yksilöiden välistä tasa-arvoa sekä seksuaalista hyvinvointia (Nummelin 1997, 38). Tärkeimpänä päämääränä on myös hyvä seksuaaliterveys. Nuoren tulisi sisäistää vastuun lisäksi myös seksuaaliterveyteen liittyvät tiedot ja taidot (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 46). Näiden tietojen perusteella nuori tekee omia päätöksiä ja valintoja koskien hänen seksuaaliterveyttään. Näiden tietojen tulisi olla asiantuntevaa ja lapsen/nuoren kehitystasolle sopivaa (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 13–14).

Seksuaalikasvatuksen keskeisimmät asiat ovat tunteet, minäkuva sekä oma identiteetti. Hyvällä seksuaalikasvatuksella on mahdollista antaa nuorille oikeaa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, ja näin myös vähentää yleisiä harhaluuloja (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 16–17; Kosunen & Ritamo 2004, 186). Seksuaalikasvatukseen sisältyy kolme käsitettä, jotka ovat seksuaalivalistus, seksuaaliopetus ja seksuaalineuvonta.

Olisi tärkeää, että nuori saisi seksuaalikasvatusta kaikilta näiltä osa-alueilta. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 13–14.)

Seksuaalivalistus

Seksuaalivalistuksessa jaetaan isoille ryhmille tietoa seksuaaliterveydestä ja siitä, miten jokainen voi vaikuttaa omaan seksuaaliterveyteensä (Nummelin 1997, 38–39). Seksuaalivalistuksessa voidaan käyttää erilaisia esitteitä apuvälineinä ja se toteutuu useimmiten joukkoviestimien avulla ollen yksisuuntaista. Sitä voidaan toteuttaa myös erilaisten kampanjoiden avulla. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 13–14.)

Seksuaaliopetus

Seksuaaliopetuksella tarkoitetaan toimintaa, jossa seksuaalisuuteen liittyviä asioita opetetaan esimerkiksi koulussa eri luokille. Pohjana seksuaaliopetukselle on sen sisältöä ohjaava opetussuunnitelma. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 16.) Seksuaaliopetus tulisi aloittaa jo päiväkodista ja ala-asteelta saakka, koska monet vanhemmat ovat hieman epävarmoja siitä, mitä lapselle tulisi kertoa seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvistä asioista ja milloin olisi sopiva aika keskustella lapsen kanssa näistä asioista (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 13–14).

Seksuaalineuvonta

Jos jokin seksuaalisuuteen tai seksiin liittyvä asia askarruttaa mieltä, voi silloin tukeutua seksuaalineuvontaan. Se on yleisimmin yksilöllistä vuorovaikutustoimintaa, jonka pohjana ovat yksilölliset lähtökohdat ja tarpeet. Seksuaalineuvontaa saa lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Myös erilaisten lehtien lääkäripalstat voidaan katsoa seksuaalineuvontaa antaviksi tahoiksi ja sitä voi myös saada puhelimitse tai sähköpostitse. Seksuaalineuvontaa saadaan myös kouluissa terveydenhoitajilta. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 13–14.)

4 VERKKO-OPISKELU

Verkko-opiskelu on yksi opiskelun muoto, jossa opiskelu tapahtuu internet-yhteyden avulla. Verkko-oppimisella tarkoitetaan sellaista vuorovaikutuksellista oppimistoimintaa, joka vaikuttaa opiskelijan ajatuksiin ja saa aikaan reflektiivistä toimintaa, joka tapahtuu verkkoaineistojen, -tehtävien, -keskustelujen ja -työskentelyn kautta. (Verkko-tutor 2005.)

Tutustuimme verkko-oppimisen ja verkko-opettamisen teoriaan kirjallisuuden avulla. Verkko-opetuksesta puhuttaessa on hyvä tarkentaa, mitä tällä tarkoitetaan. Me tarkoitamme sillä oppimismateriaalin julkaisemista verkossa, tarkemmin sanottuna verkko-opetusympäristössä, Moodlessa. Moodle on web-sovellus, joka asennetaan web-palvelimelle ja jota käytetään web-selaimen avulla. Se on verkko-opetusympäristönä maailman käytetyin. Sen avulla on helppoa perustaa verkkokurssi ja muokata kurssin sisältöä sekä hyödyntää Internetin mahdollisuuksia. Lähtökohtana Moodlessa on oppiminen yhteisöllisiä tietorakenteita apuna käyttäen. (Karevaara 2009, 15.)

Oppimismateriaalin lisäksi verkko-opetus sisältää testejä ja oppimistehtäviä, jotka oppilas tekee verkossa ja saa niistä palautetta verkon kautta automaattisesti testin tehtyään. Lisäksi verkkoympäristöön ja siis kurssiin on sisälletty tietoverkkojen linkityksiä, joita opiskelija voi hyödyntää itseopiskelussaan. (Kalliala 2002, 9–10.)

4.1 Verkko-opiskelun muodot

Verkko-opiskelussa käytetään erilaisia opiskelumuotoja. Opiskelumuodot voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Ohjattu verkko-opiskelu tarkoittaa, että opettaja ja opiskelijat ovat vuorovaikutuksessa keskenään verkon välityksellä. Yleensä ohjattuun verkko-opiskeluun liittyy palautettavia tehtäviä ja joissain tapauksissa myös tentti, joka voidaan tehdä verkossa tai tenttitilaisuudessa. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2009.)

Monimuoto-opiskelu edellyttää, että opiskelija on läsnä lähiopetuksessa ja työskentelee myös verkkoympäristössä tehden kurssiin liittyviä tehtäviä. Itseopiskelu taas tarkoittaa opiskelijan itsenäistä perehtymistä aineistoihin ja tehtävien tekoon verkossa. Se on etäopiskelua, eli se ei sido opiskelijaa mihinkään tiettyyn ympäristöön. Tällöin

siis opiskella voi niin koulussa kuin kotonakin, eli opintoja voi suorittaa omassa tahdissa ajasta tai paikasta riippumatta. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2009.)

Emme vaikuta siihen, toteutuuko tuottamamme verkkokurssi monimuoto- vai itseopiskeluna. Tarkoituksenamme on suunnitella ja toteuttaa kurssimateriaalia, jota eri opettajat voivat käyttää eri laajuudessaan sekä erilaisia verkko-opiskelujen muotoja soveltaen.

4.2 Verkko-opiskelun haasteet

Verkko-oppimisen tutkimus on osoittanut, että verkossa toimiminen voi asettaa opiskelijalle ylimääräistä kognitiivista kuormaa, etenkin jos kyseessä on opiskelija, joka on tottumaton verkon käyttäjä tai tottunut käyttämään muita opiskelutekniikoita opiskelussaan (Suomen virtuaaliyliopisto 2004). Yhtenä haasteena verkko-opiskelussa on myös lähiopetuksen ja sosiaalisten tilanteiden väheneminen (Pökkylä & Turunen 2007).

Verkko-opiskelussa vaaditaan opiskelijalta usein hyvää oppimismotivaatiota. On helppoa kopioida tietoa sivuilta toiselle, mutta asian sisäistäminen vaatiikin jo paljon enemmän työtä ja aikaa (Opetushallitus 2005). Vaikka verkko-opiskelu onkin jollain lailla tyyliiltään ”vapaampaa”, ovat opinnot kuitenkin yleensä aikataulutettuja – tehtävillä on määrätty palautusajat ja mahdollisten tenttien päivämäärät ovat ennalta sovitut. Koska verkko-opiskelussa opiskelija voi itse päättää, mitä ja milloin hän opiskelee, on hänen myös kyettävä asettamaan tavoitteet oppimiselleen, hallitsemaan ajankäyttöään, keskittyttävä olennaiseen ja tiedostettava verkkotyöskentelyn vaatimukset. (Suomen virtuaaliyliopisto 2004.) Verkko-oppijalta vaaditaan kykyä hallita ajankäyttöään, olemaan vastuullinen ja itseohjautuva, yhteistyökykyinen. Lisäksi hänen tulee omata taitoja median lukuun ja tekniikan hallintaan (Kalliala 2002, 35).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa päihdetietouteen ja seksuaaliterveyteen liittyvää verkkomateriaalia osaksi Etelä-Savon ammattiopisto terveystiedonkurssia. Tavoitteenamme oli verkkokurssin avulla parantaa opiskelijoiden

päihde- ja seksuaaliterveystietoa, sekä edistää heidän seksuaaliterveyttään ja päihteettömyyttään. Opinnäytetyömme yhtenä tavoitteena oli myös ohjata opiskelijat luotettaville tietolähteille.

Lisäksi tavoitteenamme on lisätä omaa tietoperustaamme päihteistä ja seksuaaliterveydestä sekä saada näkemystä siitä, minkälaisia terveydenedistämisen keinoja verkko ja verkko-opetus tarjoavat.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA AIKATAULU

Ryhdyimme etsimään opinnäytetyön aihetta alkuvuonna 2009. Halusimme työelämälähtöisen aiheen, joka lisäisi ammattitaitoamme ja näkemystämme tulevina terveydenhoitajina. Alkusyksyllä 2009 Moodlen opinnäytetyön aihepankkiin oli lisätty aiheideaksi verkkokurssimateriaalin tuottaminen Etelä-Savon ammattiopistolle, mikä kiinnosti meitä kaikkia neljää.

Syksyn ensimmäiset kuukaudet menivät puheluihin ja sähköpostin vaihtoon, kun pyrimme selvittämään tarkalleen, kuka oli opinnäytetyön aiheesta ilmoittanut ja kenellä olisi antaa meille lisää tietoa työn tarpeesta. Olimme yhteydessä pääasiassa Etelä-Savon ammattiopiston terveydenhoitajiin ja rehtoriin. Heidän kanssaan sovimme tapaamiset loka-marraskuun tienoilla 2009.

Tapasimme ensiksi Etelä-Savon ammattiopiston rehtorin Kari Mattilan. Vielä tässä vaiheessa ei ollut tarkkaa tietoa, minkälaista kurssia lähtisimme tuottamaan, tai minkälainen heidän tarpeensa verkkokurssin suhteen olisi. Tiedossa oli vain se, että terveystiedon kurssi olisi mahdollista ideoida verkkokurssiksi.

Rehtori ehdotti, että tapaisimme Etelä-Savon ammattiopiston terveydenhoitajat Sirpa Raution ja Sirpa Pirskasen ja ideoisimme heidän kanssaan tarkemmin kurssia. Ennen terveydenhoitajien tapaamista aloimme jo ryhmänä ideoida mahdollisia aihekokonaisuuksia, joita terveystiedon kurssi voisi sisältää. Näitä aiheita olivat mm. ravitsemus, lepo ja liikunta, henkinen hyvinvointi, seksuaalisuus, päihteet, kansantaudit sekä ensiapu.

Sovimme terveydenhoitajien kanssa tapaamisen Otavankadun toimitiloihin syksyllä 2009. Esitimme heille ideamme ja rehtorin kanssa läpi käydyt asiat. Tapaamisessa aihe rajautui terveystiedon opetuksen laajemmasta aiheäärästä päihteisiin ja seksuaaliterveyteen. Myöhemmin syksyllä tapasimme ammattiopiston opinto-ohjaajan Laila Huttusen, josta muodostui opinnäytetyömme kannalta tärkeä yhdyshenkilö ammattiopiston ja meidän välille. Luvan opinnäytetyön toteutukselle saimme joulukuussa 2009. Samalla sovimme mahdollisista kuluista, joita opinnäytetyön tekemisestä saattaa koitua. Keskustelimme lisäksi tekijänoikeusasioista, mutta asiat näiden osalta jäivät toistaiseksi lisäselvityksien alle.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen tarkastelu alkoi jo lokakuussa 2009 perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Ajankäytön tehostamiseksi toteutimme lähteiden keruuta parityöskentelynä ja tämän jälkeen ryhmässä tuotimme verkkokurssin sisällön rungon yhdessä. Tavoitteenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi keväällä 2010, jotta kurssinmateriaali olisi Etelä-Savon ammattiopiston opetuksen käytössä syksyllä 2010. Ennen kurssin käyttöönottoa materiaalia oli tarkoitus testata ammattiopiston opiskelijoilla.

7 VERKKOKURSSIN TOTEUTUS JA AIKATAULU

7.1 Verkkokurssin suunnittelu ja aikataulu

Suunnittelemamme verkkokurssi on laajuudeltaan yhden opintoviikon arvoinen. Yksi opintoviikko vastaa noin 40:tä työtuntia. Työpanoksen määrää on kuitenkin vaikeaa arvioida tarkasti, koska toiset joutuvat käyttämään työskentelyyn huomattavasti enemmän aikaa kuin toiset. Verkkokurssissamme opiskelijat käyttävät Moodle -oppimisympäristöä. Kurssimme on tarkoitus sisältää digitaaliseen muotoon saatettua materiaalia, tehtäviä ja tietoiskuja.

Kurssin varsinainen suunnittelu lähti liikkeelle ohjaajamme Vappu Martikaisen tapaamisella, jolla oli osaamista ja kokemusta verkko-opetuksesta Mikkelin ammatti-korkeakoulussa. Hän antoi vinkkejä pääpiirteittäin, kuinka kurssia lähdetään rakentamaan ja kannusti meitä eteenpäin.

Alkuvuodesta 2010 sovimme tapaamisen Etelä-Savon ammattiopiston Moodle -vastaavan Kirsi Kataniemen kanssa, jonka puheille Etelä-Savon ammattiopiston opinto-ohjaaja meitä ohjasi menemään. Ensimmäinen tapaaminen hänen kanssaan oli Etelä-Savon ammattiopiston Otavankadun tiloissa 7.1.2010. Tällöin sovimme alustavasti yhteistyöstä sekä kerroimme ideoistamme verkkokurssin suhteen ja suunnittelemastamme aikataulusta. Seuraavan kerran tapasimme 26.1.2010 Etelä-Savon ammattiopiston Raviradantien tiloissa, jolloin saimme tunnukset Moodle –alustalle. Tällä tapaamisella Kataniemi opasti meille Moodlen käyttöä opettajan näkökulmasta sekä opetti meitä muokkaamaan ja luomaan kurssille pohjaa. Ajatuksena oli, että verkkokurssi toteutettaisiin joko monimuoto-opiskeluna, sisältäen myös joitain lähiopetus- ja kontaktitunteja, tai pelkkänä itseopiskeluna, mutta kuitenkin niin, että perehdytys kurssin käyttöön tapahtuisi terveystiedon opettajan toteuttamana.

Loimme kurssin alkuun lyhyen tervetuloitovotuksen kurssiin liittyneelle, sekä lyhyen ohjeistuksen kurssin läpikäymisestä. Otsikoimme kurssin kahteen osa-alueeseen; päihteet ja seksuaaliterveys. Näiden kahden otsikon alle ryhdyimme kokoamaan lähteiden pohjalta muokkaamaamme teoriatietoa opiskelijoiden luettavaksi.

Päihteet ja seksuaaliterveys -aihealueet otsikoimme kuvion 1 esittämällä tavalla.

Päihteet	Seksuaaliterveys
Alkoholi <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholi & kroppa • Alkoholi & aivot • Alkoholi & uni • Krapula, mitä se on? • Alkoholi & onnettomuudet 	Ihminen ja seksuaalisuus Seksuaalinen suuntautuminen Seksuaalinen häirintä ja kaltoinkohtelu <ul style="list-style-type: none"> • Seksuaalioikeudet
Tupakointi <ul style="list-style-type: none"> • Aikomuksena lopettaa? 	Sukupuolitaudit <ul style="list-style-type: none"> • Minullako sukupuolitauti?
Nuuska Huumeet <ul style="list-style-type: none"> • Stimulantit 	Ehkäisy <ul style="list-style-type: none"> • Myyttejä ehkäisystä • Ehkäisyn historiaa

<ul style="list-style-type: none"> • Hallusinogeenit • Opiaatit • Kannabis <p>Päihderiippuvuus</p>	<p>Seksi ja alkoholi</p>
---	--------------------------

KUVIO 1. Verkkokurssin aihealueet

Asetimme kurssin tavoitteelliseksi valmistumisajankohdaksi 3.5.2010, jolloin kurssi olisi testausvalmis. Testiryhmäksi suunnittelimme Etelä-Savon ammattiopiston omia opiskelijoita, joilta keräisimme palautteen niin suullisesti kuin lyhyen arviointilomakkeen avulla. Kataniemi kertoi meille lisäksi ”HotPotatoes”-ohjelmasta, jonka avulla saisimme liitettyä kurssiin erilaisia ristikko- ja monivalintatehtäviä ja joiden avulla opiskelija pystyi testaamaan oppimaansa. Samoihin aikoihin löysimme kuvittajat kurssille.

Sovimme seuraavan tapaamisen maaliskuun 26. päivälle. Tähän sovittuun päivään olimme suunnitelleet ja ideoineet monivalintakysymyksiä, väittämiä sekä ristikoita liitettäväksi kurssiin. Kataniemi näytti kuinka ”HotPotatoes” -ohjelmaa käytetään ja saimme harjoitella lisää kurssin käyttöä. Saimme myös lisää vinkkejä kuinka muokata kurssin kieliasua kohdeyleisölle sopivammaksi. Sovimme, että 20.4. tapaamiselle muokkaisimme tekstiosuuden ja tehtävät viimeistelyä vaille olevaan muotoon.

Teimme kukin neljä ryhmän jäsentä arkipäivät tahoillamme terveydenhoitotyön harjoitteluja ja muita opiskeluun liittyviä tehtäviä, eikä aika tahtonut riittää kaikkeen. Olimme jo siirtäneet opinnäytetyön valmistumisen ajankohtaa ajatuksissamme kevästä 2010 alkusyksyyn. Opinnäytetyömme ohjaaja Vappu Martikainen kuitenkin kannusti pitämään kiinni sovitusta aikataulusta sekä piti realistisena toivottomalta näyttävää tavoitettamme. Tapaamisen jälkeen teimme selkeämmän työjaon. Kolme meistä panosti verkkokurssin tekoon, samalla kun yksi alkoi kirjoittaa opinnäytetyöraporttia.

Luonnonvoimat tulivat esteeksi, kun Moodle-vastaava Kataniemi jäi ulkomaille lento-kiellon takia, eikä päässyt sovittuun tapaamiseen 20.4.2010. Toteutimme kurssin viimeistelyä 27.4.2010, jolloin veimme tenttikysymyksiä Moodleen sekä muokkasimme kurssin ulkoasua kuvineen ja Hot-Potatoes -tehtävineen. Tapaamisen jälkeen sovimme

kurssin testauksesta. Kataniemi vei palautekysymykset Moodle-alustalle, jonne opiskelijat antoivat palautetta kurssista.

7.2 Verkkokurssin testaus

Sopimuksemme mukaan verkkokurssimme oli valmis testaukseen 3.5.2010. Testauksimme sen koeryhmällä, joka koostui Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijoista. Moodle-vastaava Kirsi Kataniemen ja opinto-ohjaaja Laila Huttusen kokoama ryhmä muodostui kymmenestä opiskelijasta. Verkkokurssi oli koekäytössä 3.5.-7.5.2010 välisen ajan Etelä-Savon ammattiopiston Moodle-alustalla. Kurssin päätteeksi koeryhmästä seitsemän (7) opiskelijaa antoi palautetta Webropolin kautta, jossa kyselylomakkeemme oli sähköisessä muodossa. Näin testiryhmämme opiskelijoiden ei tarvinnut käyttää aikaa paperilomakkeiden kirjoittamiseen ja Webropol-ohjelma myös laski meille vastauksien prosentit ja jakaumat. Lisäksi pystyimme tarkastelemaan palautetta luotettavasti, koska testiryhmä ei ollut meidän itsemme kokoama ja ryhmän opiskelijat olivat meille tuntemattomia.

Palautelomakkeessa oli seitsemän kysymystä tai väittämää:

- 1.) Mielestäni verkkokurssin aiheet olivat mielenkiintoisia.
- 2.) Mielestäni aiheet olivat hyödyllisiä.
- 3.) Verkkokurssissa oli riittävästi tietoa päihteistä ja seksuaaliterveydestä.
- 4.) Mielestäni linkit www-sivuille olivat hyviä ja aiheeseen sopivia.
- 5.) Mielestäni aiheet olivat esitetty selkeästi.
- 6.) Olivatko itseopiskelutehtävät mielestäsi
 - a. helppoja?
 - b. sopivia?
 - c. liian vaikeita?
- 7.) Olisitko kaivannut verkkokurssiin jotain lisää?

Neljä vastaajaa seitsemästä arvioi verkkokurssin aiheiden olevan mielenkiintoisia. Vastaajista kaksi ei osannut vastata kysymykseen ja puolestaan yksi ei kokenut aiheita mielenkiintoisina. Kirjallisena palautteena eräs vastaajista kommentoi osan aiheista olleen kiinnostavia, mutta jo peruskoulussa opetettuja.

Verkkokurssin hyödyllisyyttä kysyttäessä kysymykseen vastanneita oli kaiken kaikkiaan kuusi, joista kaikki pitivät kurssin aiheita hyödyllisinä. Riittävästi tietoa päihteistä ja seksuaaliterveydestä oli kuuden mielestä vastaajista ja lisäksi yksi ei osannut sanoa, oliko tietoa riittävästi vai ei. Verkkokurssillamme olevista www-linkeistä viisi vastaajaa seitsemästä sanoi niiden olleen hyviä sekä aiheisiin sopivia ja kaksi ei osannut sanoa sopivuudesta.

Verkkokurssin aiheet oli esitetty selkeästi viiden mielestä ja yksi ei ollut tyytyväinen esitystapaan. Lisäksi yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. Itseopiskelutehtäviä vaikeusasteeltaan sopivina piti viisi vastaajaa kuudesta ja helppoina yksi. Liian vaikeita tehtävät eivät olleet kenenkään vastaajan mielestä.

Lopussa kartoitimme, olisiko joku toivonut, että kurssissa olisi ollut jotain lisää. Kaiken kaikkiaan kysymykseen vastasi neljä opiskelijaa, joista kolme oli tyytyväisiä kurssin sisältöön. Vastaajista yksi olisi toivonut kurssiin enemmän jonkinlaisia tehtäviä. Pääsimme myös katsomaan, millaisia tuloksia koeryhmä oli saanut kurssin lopussa olevasta tentistä. Tentin suorittaneita oli 9, ja se meni koeryhmältä yleisesti ottaen kiitettävästi. Arvosanojen yhteiskeskisarvo oli 9,38 ja yksilöarvosanat vaihtelivat arvosanojen 8,5–10 välillä.

8 VERKKOKURSSIN RUNKO JA SISÄLTÖ

Tässä kappaleessa käymme läpi kurssin teoreettista taustaa. Aihealueet on jaettu päihteisiin ja seksuaaliterveyteen, aivan kuten jaoinne ne kurssiinkin omiksi kokonaisuuksiinsa. Teoriatiedon muokkasimme verkkokurssiin kohderyhmälle sopivaan kieliasuun.

8.1 Päihteet

Paihdehuoltolaki (1986/41) määrittelee päihteiksi aineet, joita käytetään päihtymistarkoitukseen. Päihteiden kirjo on laaja. Erilaisiksi päihteiksi voidaan luokitella alkoholi, erilaiset lääkkeet, huumausaineet ja tekniset liuotteet.

Kaikille päihteille yhteisenä piirteenä voidaan pitää niiden käytöstä aiheutuva tietoisuuden muuttuminen (Ahlström 2003, 20). Ne vaikuttavat keskushermostoon ja sitä kautta ihmisen psyykkisiin toimintoihin ja käyttäytymiseen. Tätä psyykkistä kokemusta kutsutaan päihtymykseksi. Päihtymystila on sellainen, jonka ihminen haluaa kokea uudelleen, vaikkakin päihteen käyttöön liittyy monia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ja riskejä. (Soikkeli 2002, 14, 92.)

Runsa päihteiden käyttö on yhteydessä moniongelmaisuuksiin elämän eri osa-alueilla. Päihteiden käyttö saattaa vaikuttaa nuoren kasvuun heikentäen kognitiivista, sosiaalista ja emotionaalista kehitystä, johtaa psykososiaalisen toimintakyvyn huonontumiseen ja mielenterveysongelmiin. Runsaasti päihteitä käyttävillä on kohonnut riski joutua tapaturmiin ja ajautua rikollisuuteen. Lisäksi riski myöhemmän päihdeongelman syntymiselle on moninkertainen verrattuna päihteettömiin nuoriin. (Aalto-Setälä ym. 2003a, 3.)

8.1.1 Alkoholi

Alkoholi on Suomen yleisin laillinen päihde, ja sen käyttö on keskeinen kansanterveydellinen huolenaihe. Sen käytön haittavaikutukset näkyvät liikenneonnettomuus-, kuolemansyy-, sikiövaurio-, sairaus- ja väkivaltatilastoissa. (Giesekus 1999, 27.) Alkoholin nauttiminen, ostaminen ja hallussa pitäminen on alle 18-vuotiaalta lain mukaan kielletty (Päihdehuoltolaki 1986/41).

Alkoholijuomat sisältävä pääasiassa etanolia, joka on keskushermostoa lamaava aine. Keskushermostovaikutuksen seurauksilla tarkoitetaan humalaa, eli ihmisen muuttuvaa käyttäytymistä, suorituskykyä sekä mielentilaa. Pieni määrä alkoholia kiihdyttää hermoston toimintaa ja suuret määrät lamaavat ja lamaava vaikutus syvenee humalan kasvaessa. (Inkinen ym. 2003, 60–61.)

Vaikka pieni määrä alkoholia kiihdyttääkin joitakin toimintoja, ei se tarkoita, että suorituskyky paranisi, sillä alkoholitason ollessa puoli promillea koordinaatiokyky heikenee jo selvästi. Toimintojen kiihdytysvaikutelma selittyykin ehkä enemmän käyttäytymistä kontrolloivien ja säätelevien mekanismien höltymisenä. (Kiianmaa 2003, 120–121.) Pienikin määrä alkoholia heikentää reaktiokykyä ja vain 0,3 promillen alkoholipitoisuus vaikeuttaa useiden kohteiden samanaikaista seuraamista ja toimintojen

koordinointia (Inkinen ym. 2003, 61). Alkoholin vaikutuksenalaisena oleminen aiheuttaa vaaratilanteita ja suurentaa riskiä joutua onnettomuuteen.

Alkoholin käytöllä on riskinsä. Riskit kasvavat silloin, kun kertakäytön määrät, eli annoskoot ovat suuria sekä silloin, kun alkoholia käytetään toistuvasti ja pitkään. Nuorilla ja tottumattomilla jo kolmen promillen veren alkoholipitoisuus voi johtaa alkoholimyrkytykseen, joka on hengenvaarallinen tila mahdollisen tukehtumisvaaran ja hengityslaman vuoksi. (Inkinen ym. 2003, 62.)

Pitkään käytettynä alkoholi vaurioittaa lähes jokaista elintä, mutta eniten se kuitenkin vaikuttaa hermostoon, maksaan ja haimaan (Hessel 1992, 34). Aivoissa alkoholin liikkakäyttö aiheuttaa kudostuhoa, joka voi johtaa ennenaikaiseen dementoitumiseen. Liikkakäytön seuraukset voivat näkyä myös maksassa ja haimassa kudostuoksina sekä tulehduksina. (Mattila & Partanen 2000, 64.)

Useimmilla nuorilla, joilla on päihdehäiriö, voidaan todeta samanaikaisesti jokin mielenterveyshäiriö, kuten käytös-, masennus- tai ahdistuneisuushäiriö. Mielenterveyshäiriön esiintyminen päihdehäiriöisellä on verrannollinen päihdeongelmaan. Yksilö, jolla on vaikeampi päihdeongelma, myös todennäköisemmin kärsii jostakin mielenterveysongelmasta. (Kiianmaa & Marttunen 2003, 100–102.) Myös unihäiriöt ovat alkoholin liikkakäyttäjillä tavanomaisia (Inkinen 2003, 62–63).

Usein on vaikea arvioida, oliko nuorella ensin mielenterveyshäiriö tai -ongelma vai päihdeongelma. Alkoholi voi kuitenkin provosoida psyykkisten häiriöiden ilmaantumista käyttäjälle. Psykkiset häiriöt myös lisäävät alttiutta alkoholin runsaalle käytölle. Tutkimusten mukaan alkoholin käytöllä on mielialaa laskeva vaikutus ja kaikilla alkoholiriippuvaisilla on todettu esiintyvän jonkin asteista masennusta. Masennus taas on riski itsetuhoiseen ajatteluun ja käytökseen. (Mäkelä 2003, 183–185.)

Alkoholin runsas käyttö voi johtaa alkoholipsykooseihin. Yksi näistä on sekavuustila, delirium tremes, jota kansankielellä kutsutaan juoppohulluudeksi. Tilaa ennakoivia oireita ovat unettomuus, vapina ja pelokkuus. Tilan edetessä ilmenee aistiharhoja, sekavuutta ja voimakasta vapinaa. Kyseisessä tilassa ihmisen tajunta on hämärtynyt ja useimmilla ilmenee myös harhaluuloja, kiihtymystä, hikoilua ja pulssin nopeutumista. Tila voi tulla päihtymisen aikana, mutta useimmiten vasta juomisen päätyttyä. Tila on

hoitamattomana hengenvaarallinen. Juoppohulluuden ohella yleisin alkoholipsykoosi on alkoholiaistiharhaisuus, jolle ovat tunnusomaista nimensä mukaisesti aistiharhaisuus ja lieväästeisempi tajunnan hämärtyminen. Keskeisenä oireena voi ilmaantua harhaluuloisuutta, joka ilmenee vainoavina harhaluuloina tai mustasukkaisuutena. Molempia tiloja on syytä hoitaa ja lääkittää asianmukaisesti. Hyvin vahingollinen alkoholin aiheuttama jälkitila on Korsakovin psykoosi, jossa henkilön älylliset toiminnot, tunnetilat, persoonallisuus tai käytös on lopullisesti vahingoittunut alkoholin käytön seurauksena. Lähimuisti on vaurioitunut merkittävästi ja lopullisesti, uuden oppiminen ja ajantaju on häiriintynyt. (Mäkelä 2003, 190.)

8.1.2 Tupakka ja nuuska

Tupakka on poltettava tai pureskeltava nautintoaine, joka stimuloi ja rauhoittaa keskushermostoa. Sitä valmistetaan tupakkakasvin lehdistä tai sen osista. Tupakan sisältämä nikotiini aiheuttaa voimakasta huumeiden kaltaista riippuvuutta. (Hakkarainen 2000, 94.)

Suomessa tupakanmyyntiä ja sen hallussapitoa rajoittaa ja ohjeistaa tupakkalainsäädäntö. Laki kieltää tupakan myymisen tai hallussapidon alle 18-vuotiaille ja tupakan tai tupakkatuotteiden mainonnan. Vaikka tupakan valmistus ja myynti on laillista, kehitys on kulkenut tiukempaan suuntaan. Tupakkalainsäädännön tavoitteena on edistää ihmisten terveyttä ja taata savuton elinympäristö sitä haluaville. (Nieminen 1999.)

Suomessa tupakka on merkittävä sairauksien aiheuttaja. Tupakoinnin ja sairastavuuden välillä on selvä yhteys. Noin 6000 ihmistä vuosittain kuolee tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Se altistaa mm. erilaisille syöville, sydän ja verenkiertohäiriöille sekä erilaisille keuhkosairauksille. Myös tupakoitsijoiden iho ja suunterveys on tupakoimattomiin verrattuna huonompi. (Nieminen 1999, 73, 84–85.)

Tupakka ja nuuska sisältävät nikotiinia, joka aiheuttaa opiaatteihin verrattavaa voimakasta riippuvuutta (Inkinen 2003, 60). Vaikka nuuska sisältää nikotiinia tupakan tavoin, nikotiinin imeytyminen on nuuskakäyttäjillä hitaampaa. Sen käytöllä on todettu olevan samanlaisia terveysvaikutuksia kuten tupakoitsijoillakin. Nuuskalla eli suutupakalla tarkoitetaan tupakasta joko osittain tai kokonaan valmistettavia tuotteita. Ne voivat olla jauheena, annospusseissa tai pieninä paloina. Nuuskan käyttö Suomessa ei

ole lailla kiellettyä, mutta sitä ei saa tuoda maahan muuta kuin omaan käyttöön. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2010.)

Nuuskan käyttö on suosittua erityisesti urheilevien nuorten keskuudessa, sillä sen uskotaan parantavan pelisuoritusta. Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, ettei nuuskan käytöllä ole havaittu olevan parantavaa vaikutusta urheilusuorituksiin. (Robertson ym. 1997, 307–312.)

Tupakoivalla koululaisella on enemmän poissaoloja, useammin hengitystietulehduksia ja yskää. Toipuminen flunssasta on hitaampaa ja tupakointi heikentää elimistön puolustusmekanismeja, jotka pyrkivät suojaamaan tulehduksilta, syövilta ja allergioilta. Tupakoivalla oppilaalla on useammin vatsakipuja, stressiä, psyykkisiä häiriöitä, väsymystä ja masennusta. (Vierola 2004, 35–36.)

Nikotiini ja häkä heikentävät verenkiertoa. Lihasten verenkierto on heikentynyttä ja urheiluvammoista toipuminen on heikompaa, samoin kuin urheilusuorituksesta palautuminen on tupakoivilla hitaampaa. Lisäksi heikentynyt verenkierto huonontaa ihon terveyttä ja nopeuttaa ikääntymisen merkkejä. Lisäksi tupakointi aiheuttaa rytmihäiriöitä ja lisälyönnejä. (Vierola 2004, 35–36.)

8.1.3 Huumeet

Huumausaineiksi luetellaan tupakkaa ja alkoholia lukuun ottamatta kaikki päihdyttävät aineet. Huumausaineet usein jaotellaan niiden vaikutustavan mukaan, keskushermostoa lamaaviin ja piristäviin aineisiin, sekä hallusinogeeneihin (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006.)

Huumausainelain mukaan ”huumausaineen tuotanto, valmistus, maahantuonti, maastavienti, jakelu, kauppa, hallussapito ja käyttö on kielletty muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin taikka huumausainerikosten ehkäisemistä tai tutkintaa edistäviin tarkoituksiin”. Lisäksi laissa on maininta huumausaineeksi tarkoitetun kasvin viljelyn ja kasvatuksen laittomuudesta. (Päihdehuoltolaki 2006.)

Stimulanttihuumeisiin kuuluvat amfetamiini ja kokaiini aiheuttavat käyttäjälleen euforiantunnetta ja itsevarmuuden lisääntymistä, sekä voimakasta psyykkistä riippuvuutta

aineeseen. Unen tarve vähenee tilapäisesti stimulanttihuumeita käyttävillä. Fyysisen riippuvuuden kehittyminen ko. huumeisiin on vähäistä. (Ahtee 2003a, 161.)

Hallusinogeeniset huumeet vaikuttavat ihmisen ajatteluun vääristäen ajan- ja paikantajuja, sekä ne aiheuttavat käyttäjälleen näkö- ja kuuloharhoja (Ahtee 2003a, 169). Kokemukset aineen vaikutuksista vaihtelevat suuresti eri ihmisten välillä (Fabritius & Salaspuro 2003, 462). Tunnetuin hallusinogeeninen huume on lysergihappodiatyyliliamidi eli LSD. Hallusinogeenisiin huumeisiin ei yleensä kehity voimakasta riippuvuutta. (Ahtee 2003a, 169.)

Opiateihin kuuluvia huumeita ovat esimerkiksi oopium, morfiini ja kodeiini. Huumetta saadaan oopiumunikosta tai synteettisesti valmistamalla. Opiateilla on vahva kipua poistava vaikutus ja niiden erilaisia johdannaisia käytetään lääketeollisuudessa vahvoina kipulääkkeinä. (Ahtee 2003b, 151.)

Kannabis on huume jota valmistetaan Cannabis Sativa nimisestä kasvista. Kasvista voidaan valmistaa hasista, marihuanaa, sekä siitä saadaan myös kannabisöljyä. Kannabiksen sisältämän myrkyllisen nimen nimi on THC. Se vaikuttaa ihmiseen keskushermoston kautta antaen käyttäjälleen hyvänolon tunteen. Myrkyllisyys varastoituu elimistöön ja voi vaikuttaa vielä pitkänkin ajan päästä. Kannabiksen käyttö hermentää aisteja ja sen vuoksi aineen käyttäjät ovat usein hyvin ahdistuneita. (Ruotsin sosiaalivaltio 1985, 73.)

8.1.4 Päihderiippuvuus

Päihteet vaikuttavat hermostossa ja aivoissa joko osittain tai kokonaan samanlaisen mekanismin välityksellä. Useimmat päihteet huijaavat hermostoa luulemaan, että päihteiden käytön aiheuttamalla mielihyvän tunteella on jotakin tekemistä yksilön tai lajin säilymisen kannalta elintärkeillä asioilla. Elimistö reagoi palkitsevasti tällaisiin asioihin, kuten syömiseen ja paritteluun, tuottamalla mielihyvähormoneja. Palkitseminen vahvistaa käytöstä ja saa aikaan sen, että ihminen kokee tarvetta tavoitella näitä elintärkeitä toimintoja. Päihteet ovat kemikaaleja, jotka aktivoivat aivoissa tätä samaa mielihyväjärjestelmää. (Soikkeli 2002, 80.)

Päihteiden käyttö vaikuttaa nuoren aivojen kehitykseen. Päihdekokeilujen vaikutukset aivojen mielihyväradoissa jättävät jälkensä muistiin kokemuksina, jotka voivat olla vaikuttamassa myöhemmän päihderiippuvuuden syntymiselle. Nämä päihdemuistin muuttuneet alueet vaikuttavat myöhemmässä elämässä myös persoonallisuuteen, stressinsietokykyyn sekä päämäärähakuisuuteen. Muisti ja oppiminen voivat heikentyä päihteiden käytön vaikutuksista ja johtaa myöhemmällä iällä työkyvyttömyyteen ja syrjäytymiseen. (Vierola 2007, 36–37.)

Nuorena aloitettu päihteiden käyttö on tutkimusten valossa iso riski sille, että päihteiden käytöstä kehittyy myöhemmin päihdeongelma. Tupakointi lisää riskiä sille, että nuori ryhtyy käyttämään huumeita. Harva tupakoimaton nuori alkaa koskaan käyttää huumeita. Heroiinin käyttäjistä 90 % on aikaisemmin käyttänyt tupakkaa, alkoholia sekä kannabista. Jos nuori selviää 18–21 vuoden ikään ilman päihteitä, hänellä on hyvät edellytykset sille ettei hänestä koskaan tulekaan päihteiden käyttäjää. (Vierola 2007, 34.)

Päihteille tunnusomainen piirre on niiden mahdollisuus aiheuttaa käyttäjässä riippuvuutta. Riippuvuus on käsitteenä joskus hankala ymmärtää, varsinkin jos puhutaan aineesta, jonka käytön lopettaminen ei aiheuta ankaria vieroitusoireita. Riippuvuus käsite on hyvä ymmärtää, jotta voisi mieltää sen joksikin haitalliseksi ilmiöksi, eikä vain synonyymiksi sille, että pitää kovasti jostakin. (Soikkeli 2002, 18.)

Päihteiden liiallinen käyttö voidaan ymmärtää riippuvuussairautena, kuten mikä tahansa välitöntä tyydytystä tuoma tapa, joka toistetaan tarpeeksi usein (Kemppinen 1997, 7). WHO määrittelee riippuvuuden krooniseksi sairaudeksi ja siitä on olemassa diagnostinen määritelmä.

Kansainvälisen ICD-10 luokituksen mukaan kyseessä on riippuvuus, kun kolme seuraavista kriteereistä täyttyy:

- Henkilölle kehittyy toleranssi päihdyttävää ainetta kohtaan
- Henkilöllä ilmenee vieroitusoireita tai hän yrittää kumota vieroitusoireita jollakin vastaavalla aineella
- heikentynyt kyky hallita päihteenkäytön aloittamista, määrää tai lopettamista
- Voimakas himo tai pakonomainen tarve saada päihdyttävää ainetta

- Aineen käyttö jatkuu haitoista huolimatta
- Päihdyttävä aine ja sen käyttö muodostuu elämän keskipisteeksi

Nuorten kohdalla käytön aloitus ja niin ollen riippuvuuskin on kytköksissä sosiaalisiin tilanteisiin ja opeteltuihin tapoihin. Tie kohti päihderiippuvuutta alkaa täyden raittiuden kautta kokeilusta satunnaiseen käyttöön ja siitä yhä huolestuttavampaan ja haitallisempaan käyttöön. Tunnistamisen haasteena on mahdollinen hyvin nopeakin eteneminen kokeilusta ja satunnaiskäytöstä haitalliseen käyttöön ja päihdeongelmaan. (Kylmänen 2005.)

Nuoren kielteinen suhtautuminen alkoholiin alkaa muuntua myönteisemmäksi 12–13-vuotiaana. Ensimmäiset kokeilut alkavat, kun uteliaisuus päihdettä kohtaan herää. Kokeilukerrasta on usein pitkä matka päihderiippuvuuskäyttäytymiseen, mutta sen muodostumista edesauttaa suosivat ympäristötekijät ja pitkä altistumisaika. (Kempainen 1997, 23.)

Riippuvuus voi muodostua monella eri tavalla. Psykkisen riippuvuuden muodostuttua ihminen on totuttautunut ja opetellut päihteen käytöllä reagoimaan erilaisiin tunteisiin ja tilanteisiin. Sosiaalinen riippuvuus liittyy päihteen käytön sosiaaliseen merkitykseen. Päihdettä kokeillaan usein jossakin sosiaalisessa tilanteessa toisen/toisten kanssa, jolloin päihteen käyttö saattaa luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta ja ryhmäytymistä. Fyysisestä riippuvuudesta on kyse, kun ihmisen elimistö reagoi vieroitusoireisiin päihteen puutteeseen. (Aalto-Setälä ym. 2003b.)

Hermosto pyrkii sopeutumaan vieraan aineen vaikutuksiin ja läsnäoloon ja muokkautumaan päihteen käytön vaikutuksiin. Fyysisen riippuvuuden selkein merkki on vieroitusoireet, jotka elimistössä ilmenee käytön aineen vaikutusten hävitessä elimistöstä. (Soikkeli 2002, 19.) Toinen fyysisestä riippuvuudesta kertova merkki on sietokyvyn kasvu. Elimistö on totuttautunut vastaanottamaan päihdettä ja sama määrä päihdyttävää ainetta ei saa yhtä suuria reaktioita aikaan ja reaktion aikaansaamiseksi ihminen suurentaa annoksiaan. (Hyytiä & Kiianmaa 2003, 111.)

Päihderiippuvainen ihminen saa tyydytystä päihteen/päihdeiden käytöstä. Tyydytyksen saamisella on pystytty perustelemaan ja ymmärtämään riippuvuuden syntyminen.

Psykodynaamisesta viitekehuksesta katsottuna riippuvuus johonkin on kytköksissä minän eheyttämättömyyteen ja itsetuntokysymyksiin. Tästä kehyksestä katsottuna mielihyväsävytteiseen minäkokemukseen tavallinen päihteetön elämä ei riitä, vaan sitä paikataan päihteellä. Kun päihteen käyttö tuo tyydyttävän minäkokemuksen, pyritään sitä palauttamaan aina uudestaan päihteen käytöllä. Myöhemmin käytön edetessä ja riippuvuuden muodostuessa minäkokemus ei tyydyty samalla tavalla kuin käytön alussa, vaan käyttöä jatketaan pääosin vieroitusoireita kumoavassa tarkoituksessa. (Granström & Kuoppasalmi 2003, 30–32.)

8.2 Seksuaalisuus

Väestöliiton mukaan seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen kyky ja valmius reagoida psyykkisesti ja fyysisesti aistimukseen ja virikkeisiin kokemalla mielihyvää ja valmius pyrkiä näihin kokemuksiin (Väestöliitto 2009). Seksuaalisuus kuuluu ihmisen elämään aina syntymästä kuolemaan asti. Se liittyy yksilön niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin minään. Jokainen kokee ja määrittelee seksuaalisuuden eri tavoin, eikä siihen saisi vaikuttaa muiden ihmisten ajatukset tai teot. Seksuaalisuuden määrittely vaihtelee yleensä ihmisen iän karttuessa, ja siihen vaikuttavat erilaiset elämäntilanteet ja kokemukset. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 18.) Nuori tarvitsee ulkopuolista tukea matkallaan aikuisuuteen. Seksuaalisuus on yksi iso kokonaisuus, joka kehittyy läpi elämän, mutta ehkä voimakkaimmin nuoruudessa.

Nuoruusikä (yleisimmin 12-22 vuotta) valmistaa ihmistä fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti aikuisuuteen, ja myös seksuaalisuus kehittyy tänä aikana (Nummelin 1997, 23). Nuoruuden yksi kehitystehtävä on seksuaalisen identiteetin jäsentäminen. Murrosikäinen nuori ei ole vielä löytänyt seksuaalista identiteettiään, joten erilaiset seksuaaliset suuntautumiset, kuten homo- tai biseksuaalisuus sekä samaan sukupuoleen ihastumiset ovat mahdollisia. (Aho ym. 2008, 12, 15.)

Murrosikä ja sen tuomat muutokset sekä kehossa että tunteissa on monelle nuorelle sellaista aikaa, jolloin nuori aloittaa itsensä tutkimisen. Tällöin nuori vertailee itseään ja kehitystään muihin ikätovereihin. Tämä saattaa aiheuttaa hämmennystä nuoren tunteissa ja nuori saattaa kyseenalaistaa oman kehittymisensä varsinkin tilanteissa, joissa joku toinen on fyysiseltä olemukseltaan kehittyneempi. (Aho ym. 2008, 17.) Nuoruudessa alkaa sopeutuminen omaan kehoon ja tällöin seksuaalinen kehitys on keskeisintä

ja se tapahtuu vaihe vaiheelta (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 40). Nuori saattaa olla hämmentynyt tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Siksi olisikin tärkeää, että nuorella olisi joku aikuinen, jonka kanssa puhua mieltä askarruttavista asioista. (Aho ym. 2008, 17.)

8.2.1 Sukupuoli-identiteetti ja seksuaalinen minäkuva

Sukupuoli-identiteetissä ihminen tiedostaa ja tuntee oman sukupuolensa, esim. olen tyttö/poika. Se muodostuu jo varhaislapsuudessa ja sen muodostumiseen vaikuttavat geneettiset, hormonaaliset ja kasvatuksesta johtuvat tekijät. Yksi tärkeä tekijä sukupuoli-identiteetin muodostumisessa on se, että lapsi kokee olevansa hyväksytty perheessään, esimerkiksi pojasta ei yritetä tehdä tyttöä ja päinvastoin. (Nummelin 1997, 15.)

Seksuaalinen minäkuva muokkautuu jo lapsuudesta alkaen ja se muuttuu sekä selkiytyy koko ajan elämän varrella iän ja kokemuksen karttuessa. Jotta seksuaalinen minäkuva olisi myönteinen, tulisi nuoren kunnioittaa omaa kehoaan ja siinä tapahtuvia muutoksia (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 22). Seksuaalisen minäkuvan kehitykseen vaikuttavat yksilön elämäkokemukset ja muutokset hänen kehossaan. Siihen vaikuttavat myös monet muut asiat, kuten yksilön käsitys omasta sukupuolesta ja kehosta. On tärkeää, että nuori kokee oman sukupuolensa oikeaksi ja hyväksyy kehonsa sellaisena kuin se on. Nuoren tulisi itse päättää omasta seksuaalisuudestaan ilman, että kukaan pakottaa häntä mihinkään. Mahdolliset ikävät tapahtumat, kuten hyväksikäyttö, saattaa vahingoittaa seksuaali-identiteetin muodostumista. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 21.)

8.2.2 Seksuaalisuuden portaat

Seksuaalisuus kuuluu ihmisen elämään aina syntymästä kuolemaan saakka, ja se kehittyy asteittain lapsuudesta lähtien. Kätilö-terveydenhoitaja Erja Korteniemi-Poikela ja lastenpsykiatri Raisa Cacciatore ovat luoneet Seksuaalisuuden portaat -mallin, joka kuvaa seksuaalista kehitystä. Portaita on kaikkiaan yhdeksän, ja niistä jokaisella on

oma kehitystehtävänsä. Yksilön tulisi käydä läpi kaikki portaavat, jotta hän voi saavuttaa eheän seksuaalisuuden. Mallia käyttämällä voidaan keskustella nuoren kanssa hänen omasta seksuaalisuuden kehityksen vaiheesta ja kuinka kehitys etenee. (Aho ym. 2008, 19.)

Ensimmäinen porras: Sukupuolierot - ensirakkaus

Ensimmäistä porrasta voidaan kutsua seksuaalisuuden kehityksen kivijalaksi ja se on välttämätön myöhemmälle kehitykselle. Tällä portaalla rakentuu lapsen perusturvallisuus ja -luottamus vanhempiin ja muihin aikuisiin ihmisiin. Lapsi saattaa rakastua esimerkiksi omaan vanhempansa ja tämä on aivan normaalia tässä vaiheessa kehitystä. Lapsi kuitenkin joutuu kokemaan ensimmäisen sydänsurunsa ymmärtäessään, ettei oman isän tai äidin kanssa voi mennä naimisiin. (Aho ym. 2008, 20–21.)

Toinen porras: Idolirakkaus

Tällä portaalla nuoren ihastuksen/rakastumisen kohde voi olla jokin julkisuuden henkilö. Ihastuksen kohde voi olla tässä vaiheessa myös samaa sukupuolta. Nuorella on erilaisia mielikuvia ja haaveita ihastuksen kohteestaan ja nuori voi jopa samaistua häneen. Samaistuminen voi joskus olla vahingollista nuorelle, jos hän omaksuu idolinsa mahdolliset huonot elämäntavat. Koska idolirakkaus ei koskaan oikeasti toteudu, voi nuori turvallisesti harjoitella hallitsemaan ihastumisen ja rakastumisen tunteita haaveilemalla. (Aho ym. 2008, 21–22.)

Kolmas porras: Tuttu–salattu

Tuttu-salattu –portaalla nuori opettelee käsittelemään ihastumisen tunteita, jotka kohdistuvat lähempänä olevaan ihmiseen. Tällä portaalla nuoren kehitystehtävänä on sieittää näitä tunteita. Ihastumisen tai rakastumisen kohteena on idolirakkauteen verrattuna ”todellisempi” ihminen ja nuori saattaa ihastua tai rakastua johonkin lähellä olevaan henkilöön, kuten omaan opettajaansa. Tälläkin portaalla ihastuksen kohde voi olla samaa sukupuolta, mikä ei kuitenkaan kerro aikuisuuden seksuaalisesta suuntautumisesta. (Aho ym. 2008, 22.)

Nuori ei tässä vaiheessa kerro tunteistaan edes kaverille saati ihastuksen kohteelle, vaan hän käy tunteitaan läpi itse ajatellen ja haaveillen. Tuttu-salattu –portaalta voi

jäädä tavallista pidemmäksi aikaa, mikäli nuoren lähipiirissä on homovastainen suhtautuminen ja nuoren ihastus on samaan sukupuoleen kohdistuva eikä hän uskalla kertoa tunteistaan muille. (Aho ym. 2008, 22.)

Neljäs porras: Kaverille kerrottu

Kaverille kerrottu –portaalla ihastumisen kohde tulee taas hieman lähemmäksi ja yleensä se on joku tuttu henkilö. Tällä portaalla nuori opettelee luottamusta ja rohkaistuu kertomaan tunteistaan esimerkiksi parhaalle ystävälleen, muttei kuitenkaan vielä ihastuksen kohteelle itselleen. Nuoren tunne-elämä on kehittynyt niin, että hän pystyy jakamaan muiden kanssa tunteitaan ja hän tietyllä lailla hakee hyväksyntää ihastumiselleen. Tässä vaiheessa nuoren tarvitsee saada tukea, jotta hän saa itsetuntoa ja luottamusta ja kykenee etenemään seuraavalla portaalle. (Aho ym. 2008, 22–23.)

Myös ystävyys on hyvin tärkeä asia nuorelle tällä portaalla ja hän hakee tukea tunteilleen ystäviltaan. Tässä vaiheessa opetellaan ystävyystaitoja ja pelisääntöjä. Ystävyys-suhteet opettavat nuorelle rakastumista, pettymystä, sietämistä ja selviämistä ristiriidoista, mitä tarvitaan parisuhteessakin. (Aho ym. 2008, 22–23.)

Viides porras: Tykkään susta

Viidennellä portaalla nuori miettii keinoja, kuinka hän ilmaisisi tunteensa ihastuksen kohteelle. Nuori ei uskalla vielä kertoa tunteistaan suoraan kasvojen kautta, vaan saattaa tehdä tämän esimerkiksi tekstiviestillä pitkänkin harkinnan jälkeen. Hän myös miettii asioita, jotka liittyvät mahdolliseen torjutuksi tulemiseen ja opettelee keinoja selviytyä vastoinkäymisistä. Myös seurustelua voi ilmetä, vaikka sen piirteet eivät täytä aikuisen ajatuksia seurustelusta. Seurustelu ei yleensä ole pitkäaikainen, se voi kestää muutaman tunnin tai muutamaan viikkoon ja tämän jälkeen seurustelu palautuu ystävydeksi. (Aho ym. 2008, 23.)

Kuudes porras: Käsi kädessä

Tämä porras on luultavimmin tärkein kehitysvaihe, koska tällöin nuori oppii ilmaisemaan rakkaudentunteita toiselle ja myös sietämään pettymyksiä sekä kertomaan niistä toiselle. Nuori ilmaisee rakkaudentunteitaan ja saa myös niitä itse osakseen. Ympärillä

oleville ihmisille halutaan näyttää seurustelun olemassa olo esimerkiksi kulkemalla käsi kädessä. (Aho ym. 2008, 23.)

Nuori ei ole vielä tässä vaiheessa valmis läheisempään kanssakäymiseen, kuten suuteleluun, koska se ei vielä välttämättä tunnu nuoren mielestä oikealta. Läheisyyteen liittyviä tunteita ei jaeta seurustelukumppanin kanssa, vaan ne tunteet ovat vielä nuoren oma yksityinen asia. Nuoren käsitellessä omia seksuaalisia tuntemuksiaan, alkavat myös kiihottuminen ja itsetyydytys kiinnostamaan nuorta. (Aho ym. 2008, 23.)

Pettymykset seurustelusuhteessa koetaan todella rankasti ja siihen liittyvät tunteetkin ovat voimakkaita. Olisikin tärkeää, että nuoren tunteita ei vähäteltäisi ja hänen kanssaan käytäisiin läpi seurustelusuhteen päättymistä. Nuoren tulisi opetella purkamaan ja jakamaan pettymyksen tunteita esimerkiksi kertomalla ne parhaalle ystävälle. Kaikkien kohdalla tunteista puhuminen ei auta, ja tällöin jokaisen on löydettävä itselleen muu sopiva keino käsitellä tunteitaan. (Aho ym. 2008, 24.)

Seitsemäs porras: Suudellen

Suudellen –portaalla nuori opettelee ihastumisen, rakkauden ja läheisyyden tunteiden ilmaisua. Tällä portaalla tulee kuvaan intiimi kanssakäyminen, kuten yhdessäolo, suutelelu ja halailu. Nuori opettelee ottamaan huomioon myös entistä enemmän seurustelukumppaninsa ajatuksia ja tunteita. Tällöin myös ymmärretään, että kiihottuminen kuuluu seksuaaliseen kehitykseen ja se on täysin normaali ja terve asia. Nuori on saattanut jo aiemmin kokeilla itsetyydytystä, ja näin ollen hän voi olla tietoinen oman kehonsa seksuaalisista reaktioista, mutta viimeistään tällä portaalla itsetyydytys koetaan kiinnostavana asiana. (Aho ym. 2008, 24.)

Kahdeksas porras: Mikä tuntuu hyvältä

Mikä tuntuu hyvältä –portaalla nuori opettelee kumppaninsa kanssa antamaan ja ottamaan vastaan hellyyttä ja hyväilyjä. Tässä vaiheessa nuori tutustuu kumppaninsa kehoon ja rakastelua opetellaan hyväilyn kautta. Oma keho on nuorelle jo tuttu, ja vuorossa on toisen kehon opettelu. Tähän saattaa vielä liittyä hieman häpeän tunteita, esimerkiksi toisen edessä ei kehdeta olla vielä täysin alasti. (Aho ym. 2008, 24–25.)

Kommunikointi kumppanin kanssa on yksi tärkeimpiä kehitysvaiheita tällä portaalla: nuoren täytyy opetella puhumaan omista peloistaan, toivomuksistaan ja ajatuksistaan. Nuoren tulisi opetella kertomaan toiselle, mikä tuntuu ja mikä ei tunnu hyvälle. Tärkeää on ymmärtää, että mitään sellaista ei tule tehdä, mitä ei itse halua. (Aho ym. 2008, 25.)

Yhdeksäs porras: Rohkaistuminen ja rakastelu

Yhdeksännellä eli viimeisellä portaalla mielihyvän tunteita koetaan jo fyysisestikin kumppanin kanssa. Tällöin suhde kumppaniin tulisi olla todella läheinen, jotta nuori uskaltaa nauttia kumppaninsa läheisyydestä. Ensimmäinen yhdyntäkokemus merkitsee monelle nuorelle aikuiseksi tulemistä. Siihen ei parhaimmillaan liity pelkoja ja nuori on varma omista ja kumppaninsa haluista. Nuoren tulisi osata olla vastuuntuntoinen ja tiedostaa riskit, kun ensimmäistä yhdyntää suunnitellaan kumppanin kanssa. Rohkaistuminen tällä portaalla tarkoittaa sitä, että nuoren tulisi rohjeta tehdä omat valintansa ja kantaa vastuu itsestään. Nuorella täytyisi olla tässä vaiheessa jo aikuisten parisuhdetaitoja, ja hänen tulisi ymmärtää, että vaikeudet voi joskus kääntää voitoksi. Jos seurustelusuhde ei näytä toimivan, nuoren tulisi jo tässä vaiheessa ymmärtää pohtia eroamisen mahdollisuutta, sillä aiemmilla portailla nuori on jo oppinut, että ero ei ole maailmanloppu. (Aho ym. 2008, 25–26.)

8.2.3 Sukupuolitaudit

Sukupuolitaudit ovat tauteja, joiden aiheuttajina ovat bakteerit, virukset ja alkueläimet. Emättimen erite, siemenneste ja veri toimivat välittäjinä sukupuolitaudeille. Taudit tarttuvat yhdynnässä, mutta ne voivat tarttua myös limakalvokontaktissa. Näin ollen yhdynnän lisäksi sukupuolitautin voi saada mm. suuseksissä, naisten välisessä seksissä, käytettyjen huumeruiskujen välityksellä sekä äidistä lapsen raskauden, synnytyksen ja imetyksen yhteydessä. Ehkäisyn käytön laiminlyönti ja tiheään vaihtuvat seksikumppanit lisäävät riskiä saada sukupuolitauti. Jotkut sukupuolitaudit eivät välttämättä anna selviä oireita. Oireettomuus onkin riski sille, että henkilö voi tartuttaa tietämättään sukupuolitautia kumppaniin tai kumppaneihin. Joissakin tapauksissa oireita voi esiintyä, ja ne saattavat olla rajujakin. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 102.)

Klamydia

Klamydia on bakteerin aiheuttama hyvin yleinen sukupuolitauti (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103). Se tarttuu yleensä yhdynnässä, mutta se voi tarttua myös suuseksin välityksellä. Klamydia on usein oireeton yli puolessa tapauksista. Vaikka oireita ei olisi ollenkaan, voi taudin kantaja tartuttaa muita ihmisiä harrastamalla suojaamatonta seksiä. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 27–28.) Mahdolliset oireet kuitenkin ilmenevät 5-12 päivän kuluessa tartunnan saamisesta (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103). Mahdollisia klamydian aiheuttamia oireita miehillä ovat mm. kirvely virtsatessa, epämääräinen vuoto virtsaputkesta. Lisäksi alavatsalla ja kiveksissä voi esiintyä kipua. Naisilla voi esiintyä alavatsakipuja, epänormaalia valkovuotoa, tihentynyttä virtsaamista ja kirvelyä virtsatessa. Kuukautiskierrossa voi esiintyä häiriöitä ja verinen vuoto yhdynnän jälkeen on mahdollista. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 28.)

Klamydia voidaan todeta virtsanäytteestä. Lisäksi näyte voidaan ottaa myös virtsaputken suulta tai kohdunkaulan kanavasta. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 28–29.) Mikäli klamydiatesti osoittautuu positiiviseksi, aloitetaan taudin hoito antibiooteilla. Jos positiivisen tuloksen omaavalla on kumppani, tulee myös hänet hoitaa samanaikaisesti. Yhdyntöjä tulee välttää viikon ajan, tai ainakin kondomia tulee käyttää klamydian leviämisen ehkäisemiseksi. (Aho ym. 2008, 86–87.)

Jos henkilöllä todetaan klamydiatesti positiiviseksi, tulee hänen käydä kontrolliko-keessa noin kuukauden kuluttua lääkityksen aloituksesta, ja tällöin otetaan uusi virtsanäyte. Tällä tavalla varmistetaan, ettei klamydia ole uusiutunut, koska taudin uusiutuminen on yleistä. (Aho ym. 2008, 87.) Hoitamattomana tauti voi aiheuttaa miehelle lisäkivestulehduksen ja naiselle hedelmättömyyttä. Lisäksi riski saada kohdun ulkopuolinen raskaus on suurempi. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 30.)

Kondylooma

Kondylooma eli visvasyyliä on yleisin sukupuolitauti nuorilla ihmisillä ja sen aiheuttajana on papillooma-virus (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103). Kondyloomaa esiintyy sekä naisilla että miehillä, ja se tarttuu ihmisestä toiseen limakalvokontaktissa (Aho & Hiltunen-Back 2005, 38; Aho ym. 2008, 88). Taudin itämisaika vaihtelee viikoista kuukausiin. Hoitamattomana kondylooma voi aiheuttaa solumuutoksia kohdun-

kaulassa, ja näin ollen se on yksi riskitekijä kohdunkaulan syövälle. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103.)

Taudin oirekuvaan kuuluu genitaali- ja anaalialueelle ilmestyvät syyliät, jotka eivät välttämättä ole ulkoisia (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103). Miehillä syyliä esiintyy mm. peniksessä, esinahan alla ja peräaukon ympärillä. Naisilla ne voivat löytyä ulkosynnyttimistä, välilihasta ja myös peräaukon ympäriltä. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 38.)

Selvät kondyloomalöydökset lääkäri voi todeta tutkimuksen yhteydessä. Epäselvissä tapauksissa syylistä voidaan ottaa koepala tai niille tehdään etikkahappopenslaus, joka tuo syyliät helpommin näkyviin. Kondylooman hoito aloitetaan paikallisesti podofyllo-toksini-penslauksilla, eli syylien päälle levitetään lääkeliuosta lastalla tai vanupuikolla. Penslausta jatketaan muutaman päivän ajan ja se voidaan toistaa viikon välein aina viiden viikon ajan. Mikäli oireet eivät helpotu penslauksella, kokeillaan imikomidi-voidetta. Voidetta käytetään kolmena iltana viikossa, ja sen annetaan vaikuttaa yön yli. Voidetta voidaan käyttää enintään 16 viikon ajan. Viimeisinä hoitokeinoina on syylien nestetyyppijäädytys ja laserilla suoritettava leikkaus, mikäli muut hoidot eivät syyliin tepsii. Usein kondylooman hoidossa joudutaan käyttämään useita hoitomuotoja. Kondyloomien hoidon ajan yhdynnässä tulee käyttää kondomia. Hoitojen jälkeen tilannetta seurataan 3–6 kuukauden ajan. (Aho ym. 2008, 88; Aho & Hiltunen-Back 2005, 39–40.)

Kuppa

Kuppa on *Treponema pallidum*-bakteerin aiheuttama sukupuolitauti. Yleisimmin se tarttuu yhdynnän kautta, mutta se voi tarttua myös suuteluun ja suuseksin aikana. (Terveyskirjasto 2009b.) Kuppa on usein tuliainen ulkomaan matkoilta, sillä kolmasosa tartunnoista tulee ulkomailta, mm. Venäjältä (Terveyskirjasto 2009c).

Kupan itämisaika vaihtelee 3–4 viikkoon ja siihen kuuluu hoitamattomana kolme vaihetta; primaari-, sekundaari- ja tertiääriluppa. Primaarikupassa sukuelinten alueelle ilmestyy kovareunainen haava, joka ei useimmiten ole kipeä. Haava parantuu yleensä itsestään muutaman viikon kuluessa. Primaarivaiheen aikana kuppa tarttuu erityisen helposti. Mikäli kuppaa ei ensimmäisen vaiheen aikana hoideta, voi se edetä sekundaarivaiheeseen, joka ilmaantuu 3–6 viikon kuluttua primaarikupan vaiheista. Tällöin

oireita voivat olla mm. lämpöily, pahoinvoinnin tunne sekä ihottuma, jota esiintyy ympäri kehoa. Tämän jälkeen hoitamaton kuppa voi useiden vuosien kuluttua edetä tertiäärivaiheeseen, josta johtuvia oireita voi esiintyä mm. aivoissa, sydämessä ja nivelissä. (Terveyskirjasto 2009b.)

Kuppa voidaan todeta kahdella tavalla. Primaarivaiheen haavassa on runsaasti kuppaa aiheuttavia bakteereja, joten mikroskooppinäyte on yksi diagnosointimenetelmistä. Kuitenkin yleisimmin otetaan verikoe, josta tutkitaan elimistön mahdolliset vasta-aineet kupalle. Kupan hoidossa käytetään penisilliiniä tai muita antibiootteja. Hoidon jälkeen tilannetta seurataan muutaman vuoden ajan, jotta voidaan olla varmoja tartunnan häviämisestä. (Terveyskirjasto 2009b.)

B-hepatiitti

Hepatiitti eli maksatulehdus on viruksen aiheuttama tauti. Yleensä B-hepatiitti tarttuu ihmisestä toiseen veren välityksellä. (Eskola & Hytönen 2002, 167.) Yleisin syy veren välityksellä tarttuvaan B-hepatiittiin on likaiset neulat suonensisäisiä huumeita käytettäessä. B-hepatiitti voi tarttua myös seksikontaktissa limakalvojen välityksellä. (Aho ym. 2005, 52.) Tartunnan saaneen ikä vaikuttaa B-hepatiitin oireiluun. Jos henkilö saa tartunnan jo nuorena, on hyvin suuri todennäköisyys, että hän jää B-hepatiitin kantajaksi. B-hepatiitin kantajuus todetaan verikokeella. Positiivinen verikokeen tulos kertoo yleensä siitä, että henkilö sairastaa kroonista maksatulehdusta. Noin 20 %:lla B-hepatiittiin sairastuneista esiintyy niveloireita. Sairastuneella esiintyy myös keltaisuutta, koska maksan toiminta on heikentynyt. (Aho ym. 2005, 53.) B-hepatiittiin sairastumista voidaan estää rokotteella. Rokotteen antamaa suoja ei kuitenkaan voida täysin taata, vaan se antaa noin 90 %:n suojan B-hepatiittia vastaan. Rokotusohjelmaan kuuluu kolme rokotetta; toinen rokote annetaan kolmen kuukauden päästä ja kolmas rokote noin puolen vuoden päästä ensimmäisestä rokotteesta. (Aho ym. 2005, 53.)

Tippuri

Tippuri on gonokokki-bakteerin aiheuttama sukupuolitauti. Se on nykyään Suomessa aika lailla harvinainen tauti, ja usein tartunnat ovat peräisin ulkomailta. Hoitamattomana tippuri voi aiheuttaa klamydian tavoin lapsettomuutta. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103.)

Tippurin oireet ilmaantuvat 3–7 päivän kuluessa. Naisilla tauti on harvinainen ja usein oireeton. Mikäli naisella esiintyy oireita, niitä ovat kirvely virtsatessa, lisääntynyt valkovuoto ja alavatsakipu. Miehillä tippuri on yleisempää kuin naisilla, ja taudinkuva on voimakkaampi. Miehillä esiintyviä oireita ovat mm. märkäinen vuoto virtsaputkesta, kipu virtsatessa, tihentynyt virtsaamistarve sekä alavatsakivut. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 24.)

Tippuri todetaan virtsaputkesta tai kohdunkaulan kanavasta otetusta näytteestä. Hoitona käytetään antibioottia yleisimmin kerta-annoksena. Antibioottikuuri tulee kyseeseen, jos tauti on pitkittynyt tai oireet ovat voimakkaita. Klamydian tavoin tippuritartunnan saaneen olisi hoidon ajan hyvä välttää yhdyntöjä tai käyttää kondomia. Tartunnan saaja kutsutaan lääkärin jälkitarkastukseen noin viikon kuluttua, jolloin otetaan kontrollinäyte ja todetaan taudin mahdollinen paraneminen. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 25–26.)

Genitaalierpes

Herpes simplex-viruksia on olemassa kahdenlaisia – tyyppi 1 aiheuttaa huulierpeksen ja tyyppi 2 genitaalierpeksen (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103). Genitaalierpes tarttuu vain rakkulavaiheessa, ja sen voi saada iho- ja limakalvokontaktissa. Genitaalierpeksen voi saada myös suuseksin välityksellä, jos kumppanilla on rakkulavaiheessa oleva huulierpes. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 33.) Mikäli genitaalierpes on rakkulavaiheessa, kun nainen synnyttää, voi virus siirtyä vauvaan ja aiheuttaa aivokalvontulehduksen (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 103).

Genitaalierpeksen ensioireet ilmaantuvat 1–2 viikon kuluessa tartunnan saamisesta ja ne voivat olla voimakkaita. Ensioireita ovat yleinen voimattomuus, kuume, kurkkukipu ja lihassärky. Seuraavaksi genitaalialueelle ilmestyy vesirakkuloita, jotka ovat kivuliaita. Vesirakkulalöydökset ovat usein niin selviä, että lääkäri toteaa kyseessä olevan genitaalierpes. Kuitenkin rakkulasta voidaan ottaa myös näyte, jos taudinkuva on epäselvä. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 33–34.)

Hoitoa genitaalierpekseen ei ole, vaan virus jää elimistöön ja aktivoituu aika ajoin. Oireita voi kuitenkin lievittää ja rakkuloiden syntymistä estää lääkkeillä. Herpesaluetta voi suihkuttaa, mikä ehkäisee tulehduksen kehittymistä. Hoitona voi käyttää herpesin hoitoon tarkoitettuja voiteita, joita käytetään paikallisesti. Myös suun kautta otettavia lääkkeitä on olemassa, joita voi käyttää herpesin aktiivivaiheessa tai esto-
lääkityksenä. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 34–35.)

HIV

HIV-infektio on sairaus, jonka aiheuttajana on hi-virus (human immunodeficiency virus). Sairaus heikentää vähitellen elimistön puolustusjärjestelmää ja altistaa näin ollen helpommin infektioille ja sairauksille. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 104.) Hi-viruksen voi saada suojaamattomasta yhdynnästä. Lisäksi sen voi saada myös suuseksistä, vaikka riski siinä on pienempi kuin yhdynnässä. Hi-virus ei tartu terveeseen ihon läpi, joten tartuntaa ei voi saada esimerkiksi kätelessä tai julkisista wc-tiloista. Suurempi riski saada tartunta on silloin, kun limakalvot ovat rikkoutuneet. Hi-virus tarttuu myös veren välityksellä, kuten likaisten neulojen kautta suonensisäisiä huumeita käytettäessä. (Aho & Hiltunen Back 2005, 45–46.)

HIV:n oireet alkavat muutaman viikon kuluttua tartunnasta. Ensimmäisenä oireena kehittyy kuumetauti, jolloin kurkku ja nielu tulehtuvat ja kaulan imusolmukkeet turpoavat. Seuraavaksi kasvoihin ja ylävartaloon voi tulla tuhkarokkomaista ihottumaa. Ihottuma on merkki siitä, että virus on lisääntynyt verenkierrossa ja sen tarttuvuus on suuri. (Aho & Hiltunen-Back 2005, 46–47.)

HIV diagnosoidaan verikokeella, josta tutkitaan, löytyykö elimistöstä vasta-aineita hiv-virukselle. Mikäli vasta-aineita löytyy, on henkilö tällöin hiv-positiivinen. Luotettava testituloks saadaan vasta noin kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunta-ajankohdasta, koska vasta-aineet eivät näy veressä heti tartunnan jälkeen. Hi-virukseen ei ole parantavaa hoitoa, mutta tänä päivänä on jo olemassa lääkkeitä, joilla hiv-positiivisen elämää pystytään pidentämään ja oireita vähentämään. Hiv:n loppuvaihe on nimeltään AIDS (acquired immunodeficiency syndrome). (Aho & Hiltunen-Back 2005, 48–50; Bildjuschkin & Malmberg 2000, 104.)

8.2.4 Raskauden ehkäisy

Raskauden hormonaalinen ehkäisy jaetaan kahteen osa-alueeseen: yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin ja keltarauhashormonivalmisteisiin. On olemassa myös ei-hormonaalista ehkäisyä. Estemenetelmistä yleisin ja tunnetuin on kondomi. Joskus käytössä ollut ehkäisymenetelmä pettää, ja tällöin kyseeseen tulee jälkiehkäisyn mahdollisuus.

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet

Yhdistelmävalmisteita ovat e-pillerit, ehkäisyrenkas ja – laastari. Nämä sisältävät sekä estrogeenia että progestiinia (keltarauhashormonia). Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden vaikutus ja ehkäisyteho perustuu siihen, että munasolun irtoaminen eli ovulaatio estyy. (Aho ym. 2008, 78–79.)

Nykypäivänä on olemassa eri pillerimerkkejä, joiden estrogeenipitoisuus vaihtelee. E-pillereiden käytössä on tärkeää muistaa ottaa pillerit samaan aikaan joka päivä varsinkin ensimmäisen viikon aikana, jotta ehkäisyteho olisi hyvä. Jos nuorella on ongelmana pillerien unohtelu tai hän pelkää unohtavansa ottaa niitä, vaihtoehtoisina ehkäisymenetelminä on silloin ehkäisyrenkas tai -laastari. Emättimeen laitettavan ehkäisyrenkaan annetaan olla paikallaan kolme viikkoa, ja iholle kiinnitettävä ehkäisy-laastari taas vaihdetaan viikon välein. (Aho ym. 2008, 78–79.)

Yhdistelmävalmisteisiin liittyy myös sivuvaikutuksia. Sivuvaikutukset ovat jokaisen ihmisen kohdalla yksilöllisiä. Tyypillisimpiä sivuvaikutuksia ovat mm. mielialanvaihtelut, tiputteluvuoto, päänsärky sekä rintojen turvotus ja aristus. Joillakin saattaa esiintyä myös seksuaalista haluttomuutta. Sivuvaikutukset yleensä lieviytyvät ajan kuluessa, joten siksi valmistetta tulisi kokeilla muutama kuukausi, jotta sopivuus varmistuisi. (Aho ym. 2008, 79.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet eivät sovi kaikille, koska on olemassa vasta-aiheita, jotka ovat este valmisteiden käytölle. Yksi vasta-aiheista on mm. verenpainetauti. Yhdistelmäehkäisy ei myöskään sovi henkilölle, joka kärsii aurallisesta migreenistä. Erilaiset vaikeat sairaudet, kuten maksasairaudet ovat ehdoton este yhdistelmäehkäisyn käytölle. Jos perheessä ja/tai lähisuvussa esiintyy kohonnutta laskimotulppariskiä ja kor-

keaa kolesterolia, ei yhdistelmävalmisteita tulisi käyttää ehkäisyyn. Lisäksi tupakointia ei suositella, koska se lisää veritulppariskiä entisestään. (Aho ym. 2008, 80.)

Vastaavasti yhdistelmäehkäisyn käytölle on myös hyötyjä, kuten kuukautiskipujen lieventyminen. Kuukautisvuoto on niukempaa ja yhdistelmäpillereillä voi myös siirtää kuukautisia. Lisäksi tietyt pillerimerkit parantavat akneihoa. (Aho ym. 2008, 80.)

Keltarauhasvalmisteet

Keltarauhashormonivalmisteet tulevat useimmiten ajankohtaisiksi silloin, kun henkilöllä on jokin vasta-aihe estrogeenia sisältäville yhdistelmävalmisteille. Keltarauhashormonivalmisteisiin luetaan ehkäisymenetelmät, jotka sisältävät vain keltarauhashormonia. Keltarauhashormonivalmisteita ovat mm. minipillerit, ehkäisykapselit, hormonikierukka sekä -pistokset. (Aho ym. 2008, 82.)

Minipillerit eivät aiheuta niin suurta komplikaatioiden riskiä käyttäjälleen kuin yhdistelmäpillerit, mutta niiden hyödyt ovat pienemmät verrattuna yhdistelmäpillereihin. Koska minipillerit sisältävät vain yhtä hormonia, tulee niiden ottamisajankohdassa olla tarkempi. Kuukautisten epäsäännöllistyminen ja tiputteluvuoto ovat haittoja minipillerien käytössä. (Aho ym. 2008, 82.)

Kondomi

Kondomi lukeutuu ns. estemenelmiin ja sitä käytetään koko yhdynnän ajan (Elomaa 1997, 63). Kondomi valmistetaan luonnonkumista eli lateksista tai polyuretaanista. Se on ainoa ehkäisyväline, joka suojaa raskauden lisäksi sukupuolitaudeilta. Sterilisaation lisäksi kondomi on myös ainoa miesten ehkäisymenetelmä. (Väestöliitto 2010b.)

Kondomin ehkäisyteho perustuu siihen, että siemensyöksyn tapahduttua siittiöt jäävät kondomin kärjessä olevaan tilaan eivätkä pääse kulkeutumaan emättimeen ja kohtuun (Väestöliitto 2010b). Kondomin ehkäisyteho on noin 97 % raskauden ehkäisyssä. Ehkäisyteho voi kuitenkin heikentyä helposti, mikäli kondomin käsittelyssä ja käytössä ollaan huolimattomia. (Elomaa 1997, 63–64.)

Jokainen kondomi on kertakäyttöinen ja yksittäispakattu. Niitä on olemassa erimallisia, -merkkisiä ja -värisiä, ja niitä voi ostaa yhden tai useamman kappaleen pakkauksissa. Ne ovat myös viimeinen käyttöpäivä-merkattuja, eli ne eivät säily loputtomiin. Päiväyksen lisäksi on tärkeää säilyttää kondomit oikein, sillä pakkanen ja suora aurin-
gonvalo haurastuttavat niitä. Kondomin asettaminen jäykistyneen siittimen päälle jo ennen limakalvokontaktia ja yhdyntää on tärkeää, koska ennen varsinaista siemensyökyä voi siittimen päähän tulla ns. liukastustippoja, jotka saattavat sisältää siittiötä. Ennen asentamista on varmistettava, mihin suuntaan kondomi rullautuu auki. Koska kondomi on herkkä menemään rikki, on asentamisen yhteydessä varottava sen rikkomista esimerkiksi kynsillä tai koruilla. Kondomia tulee käyttää koko yhdynnän ajan ja se täytyy vetää siittimen päältä pois ennen siittimen veltostumista. (Elomaa 1997, 64–67.)

Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisyllä tarkoitetaan raskauden ehkäisyä jo tapahtuneen yhdynnän jälkeen. Sen teho perustuu siihen, että munasolun irtoaminen viivästyy tai estyy eikä hedelmöitymistä näin ollen pääse tapahtumaan. Jälkiehkäisyä käytetään, mikäli yhdynnässä ei ole käytetty minkäänlaista ehkäisyä tai varsinainen ehkäisymenetelmä on epäonnistunut: esimerkiksi kondomi on mennyt rikki yhdynnän aikana. Jälkiehkäisy ei kuitenkaan keskeytä jo alkanutta raskautta. (Väestöliitto 2010a.)

Jälkiehkäisyä käytetään ottamalla levonorgestreeli –keltarauhashormonia sisältävä pilleri kerta-annoksena. Se tulee ottaa mahdollisimman pian yhdynnästä, mutta viimeistään 72 tunnin kuluessa. Mitä nopeammin jälkiehkäisytablettia ottaa, sitä parempi sen teho on. Kuten mikään muukaan raskauden ehkäisymenetelmä, ei jälkiehkäisykään ole täysin varma keino ehkäistä raskauden alkamista, sillä 1-5 % tapauksista raskaus alkaa sen käytöstä huolimatta. (Terveyskirjasto 2009a.)

Jälkiehkäisyyn käyttöön voi liittyä lieviä sivuvaikutuksia, joista yleisimpiä ovat pahoinvointi, oksentelu, huimaus, väsymys sekä kuukautiskierron hetkellinen epäsäännöllisyys. Yli 15-vuotiaat voivat ostaa jälkiehkäisytablettia apteekista ilman lääkärin reseptiä. Vaikka jälkiehkäisytabletti on nykyään vapaasti markkinoilla, on tärkeää muistaa, että sitä ei tule koskaan pitää ensisijaisena ehkäisymenetelmänä. (Väestöliitto 2010a.)

Seksuaalinen häirintä

Seksuaalinen häirintä ja kaltoinkohtelu on yksipuolista ja vasten ihmisen omaa tahtoa tapahtuvaa toimintaa (Väestöliitto 2010c). Se voi olla niin sanallista kuin sanatontakin sekä seksuaalissävyytteistä fyysistä toimintaa, joka on luonteeltaan aina negatiivista. Seksuaalisen häirinnän kohdetta halutaan loukata, häiritä tai halventaa. Se aiheuttaa lähes poikkeuksetta ahdistusta, uhmaa ja jopa vihaa ilmapiirissä. (Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 1986.)

Jokainen kokee yksilöllisesti, mitä tarkoitetaan seksuaalisella häirinnällä. Sanattomassa muodossa esiintyvää häirintää voivat olla erilaiset vihjailevat eleet sekä ilmeet. Sanallista muotoa puolestaan ovat esimerkiksi kaksimielisten vitsien kertominen, sekä seksuaalisväritteiset vihjailut, viestit ja puhelut. Fyysisesti seksuaalinen häirintä voi ilmetä kosketteluna ja kähmintänä, ja pahimmillaan se voi olla jopa raiskaus tai sen yritys. (Tasa-arvovaltuutettu 2010.)

9 POHDINTA

Ammattioppilaitoksen opiskelijoista suurin osa on aikuistumisen kynnyksellä olevia nuoria. He ovat siinä iässä, jolloin muodostetaan perustaa asenteille ja käyttäytymiselle, jotka ovat vaikuttamassa heidän terveyteensä sekä tulevaisuuteensa. Omaan terveyteen panostaminen ja tulevaisuuden suunnitteleminen on tärkeää ja ajankohtaista, mutta se vaatii tiettyjä arvoja ja valintoja, joita nuorella ei välttämättä ole tai joita hän ei ole kykenevä/halukas tekemään.

Terveyskäyttäytyminen ja siihen liittyvät valinnat ovat joko terveyttä tukevia tai riskikäyttäytymistä. Ympäristöllä sekä kaveripiirillä on terveyskäyttäytymiseen suuri vaikutus. Päihde- ja seksikokeilut aloitetaan entistä varhaisemmassa vaiheessa ja hyvin usein juuri kaveripiirin vaikutuksesta. Kouluterveyskyselyn raportin mukaan (Harju ym. 2008a) päihteisiin ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat ajankohtaisia monen Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijoiden elämässä.

Yksi oleellinen terveyskäyttäytymistä ohjaava seikka on tieto terveysvalintojen vaiku-

tuksista omaan terveyteen, toisin sanoen terveystieto. Kouluterveyskyselyn raportin (Harju ym. 2008a) tulosten mukaan ammattiin opiskelevien nuorten terveystieto on puutteellista. Heillä ei ole riittävästi tietoa päihteiden vaaroista eikä seksuaaliterveydestä, ja tämä näkyy suoraan niissä valinnoissa, joita nuoret omaa terveyttään koskien tekevät. Terveysvalintoihin voidaan vaikuttaa panostamalla terveystiedon opetukseen ja lisäämällä nuorten terveystietoa.

Teimme terveystiedon verkkokurssin siten, että sen voi toteuttaa joko monimuoto-opiskeluna, johon sisältyy lähiopetustunteja, tai pelkkänä itseopiskeluna, johon opiskelija kuitenkin saa terveystiedonopettajalta lyhyen perehdytyksen. Opettajat itse saavat päättää, mitä osioita he käyvät läpi lähiopetuksessa vai toteutuuko kurssin A-osio (päihteet ja seksuaaliterveys) kokonaan itseopiskeluna verkossa. Tuottamamme verkkokurssin hyötynä on se, että terveystiedon opettajilla on käytössään nyt yhtenäinen sisältö opetettavista asioista, minkä uskomme yhtenäistävän käytäntöjä ja selkeyttävän opetusta. Olisi mielenkiintoista tutkia jatkossa, kuinka nämä asiat toteutuvat.

Kurssia työstäessä pohdimme, että on hyvä, jos kurssiin sisältyy myös lähiopetusta. Verkkokurssin aiheet ovat tärkeitä, ja lähiopetuksella turvataan se, ettei aiheiden oppiminen jää pelkästään itseopiskelun varaan. Verkko-oppiminen kun asettaa omat haasteensa oppilaalle juuri ajankäytön ja vastuullisuuden suhteen, emmekä voi olla varmoja, soveltuuko verkko-opiskelu kaikille. Myös aiheiden arkaluonteisuuden vuoksi ehdotamme, että kurssiin sisältyy itseopiskelun lisäksi lähiopetustunteja. On hyvä, että kyseisistä aiheista puhutaan avoimesti luokan kesken, jolloin aiheista ei muodostu nuorten keskuudessa tabuja. Lisäksi avoin keskustelu ja mielipiteiden vaihto saattavat herättää opiskelijassa pohdintaa omasta terveyskäyttäytymisestä eri tavalla kuin itseopiskelu.

Itseopiskelussa on se hyvä puoli, että nuori voi tutustua aiheisiin omassa rauhassaan ja syventää tietojaan oman kiinnostuksen mukaan laittamiemme Internet-linkitysten avulla. Pyrimme laittamaan linkityksiä, joista nuori ei löydä asiaankuulumatonta tai virheellistä tietoa ja jotka parhaimmillaan syventävät oppimista ja herättävät heissä pohdintaa koskien omia terveystottumuksiaan ja -valintojaan. Verkkokurssimme teoriaosuuksien lopussa on lisäksi linkkejä, mistä saada apua, jos esimerkiksi kärsii päihdeongelmasta tai epäilee itsellään sukupuolitautia. Luokkatilanteessa varmasti harva kysyy apua tämän kaltaisiin ongelmiin.

Olemme tehneet verkkokurssin huomioiden Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijat joilla on riskikäyttäytymistä päihteiden suhteen ja puutteita seksuaaliterveystiedoissa. On kuitenkin hyvä muistaa, etteivät kaikki nuoret käytä päihteitä, tai aloita seksiä määnsä varhaisessa vaiheessa. Pohdimme paljon verkkokurssia tehdessämme, kuinka muotoilemme ulkoasun ja kielen sellaiseksi, että se palvelisi mahdollisimman monia Etelä-Savon ammattiopiston opiskelijoita.

Etelä-Savon ammattiopistossa on paljon erilaisia opiskelijoita ja varmasti myös opiskelijoita eri kulttuureista. Oli vaikeaa ottaa eri kulttuureista tulevia opiskelijoita huomioon kurssia suunniteltaessa. Osalla esim. uskonnollinen vakaumus saattaa estää kurssin suorittamisen, mikäli joitakin asioita on käsitelty heidän kulttuurinsa tai uskontonsa vastaisella tavalla. Vanhemmat ovat lisäksi saattaneet kieltää nuoria käsittelemästä näitä asioita oppitunneilla tai osallistumasta kokonaan terveystiedon opetukseen esim. seksuaaliterveyden osalta. Vähemmistöryhmien huomioiminen kurssin jatkokehittämissä olisi mielestämme suotavaa.

Opinnäytetyön tekeminen oli prosessina haastava, sillä meillä ei ollut aiempaa kokemusta verkkokurssin teosta. Verkkokurssin ideoiminen ja tekeminen oli haastavuudestaan huolimatta mukavaa. Yksi suurimmista haasteista oli rajata verkkokurssimateriaalin oleellisin teoriatieto ja muokata se kohderyhmälle sopivaan muotoon. Verkkokurssia tehdessämme opimme esittämään kurssin aiheet ns. nuorten kielellä. Esitimme asiat siten, että nuorten on helppo lukea ja opiskella kyseisiä aiheita. Vaikka ilmaisimme asiat nuoria kiinnostavalla tavalla, halusimme varoa sitä, etteivät verkkokurssimme asiat, kuvat tai linkit herätä heissä esimerkiksi kokeilunhalua päihteitä kohtaan, vaan asiat on esitetty neutraaliin, asialliseen sekä luotettavaan sävyyn.

Tulevan ammattimme kannalta oli hyödyllistä tarkastella kyseisiä aiheita nuorten näkökulmasta. Opinnäytetyötä tehdessämme pääsimme perehtymään kyseessä oleviin aiheisiin huomattavasti enemmän kuin opiskeluissamme. Osa asioista oli tuttuja, eli sellaisia, joita olimme käyneet jo opinnoissamme läpi. Uutta tietoa tuli kuitenkin paljon ja pääsimme syventymään niihin hyvin, koska lähteitä näistä kahdesta aihealueesta löytyi runsaasti sekä ne olivat ajantasaisia, joten niiden kanssa ei syntynyt ongelmia.

Neljän opiskelijan aikataulujen sovittaminen keskenään oli toisinaan hankalaa, mutta se onnistui suunnittelulla ja delegoinnilla. Yhteistyö meidän neljän välillä on sujunut

hyvin, vaikka pieniä erimielisyyksiä on toisinaan ollut. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa sujui todella hyvin. Kaikki neljä ryhmämme jäsentä osallistui aktiivisesti työn ideoimiseen ja toteuttamiseen. Myös työnjakomme nopeutti paljon teoreettisen viitekehityksen tekemistä, koska olimme jakautuneet etsimään lähteitä sekä kirjoittamaan opinnäytetyön teoreettista viitekehystä pareittain. Verkkokurssia teimme välillä kaikki neljä yhdessä, mutta suurimmaksi osaksi jokainen meistä teki sitä yksin vapaa-aikana. Jokainen omalla tahollaan vei Moodle-alustalle materiaalia, jossa ne olivat kaikkien meidän luettavissa ja kommentoitavissa.

Koska verkkokurssimme otetaan Etelä-Savon ammattiopistossa käyttöön vasta syksyllä 2010, meillä ei ole tuloksia, joiden avulla voimme pohtia ja joihin voimme verrata opinnäytetyömme tavoitteiden täyttymistä. Olisi mielenkiintoista tietää, mitä opiskelijat ja opettajat ovat mieltä kurssista jatkossa ja kuinka aiheet soveltuvat verkko-opetukseen. Lisäksi olisi ollut kiinnostavaa nähdä, parantuiko nuorten päihde- ja seksuaaliterveystietämys sekä muuttuiko nuorten päihde- ja seksuaaliterveyskäyttäytymisen kurssimme avulla.

Tuotimme verkkokurssin, joka sisältää keskeisimmät asiat päihdeistä ja seksuaaliterveydestä. Teoriaosiot ja Internet-linkitykset antavat nuorille luotettavaa tietoa verrattuna esimerkiksi nuorten suosiossa oleviin keskustelupalstoihin. Testiryhmästä kaikki opiskelijat, jotka vastasivat palautelomakkeeseen, sanoivat verkkokurssin aiheiden olevan hyödyllisiä. Lisäksi yli puolet vastaajista piti aiheita mielenkiintoisina. Pääosin positiivisen palautteen perusteella näyttäisi, että tulevilla opiskelijoilla voi olla hyvä motivaatio perehtyä kurssiin. Tätä kautta he mahdollisesti myös oppisivat ja pohtisivat omaa terveyskäyttäytymistään.

Verkkokurssin testausryhmän koko oli melko pieni, koska kurssin suorittaneita opiskelijoita oli kymmenen ja heistä vain seitsemän vastasi palautelomakkeeseen. Epäselväksi jäi, olisivatko testiryhmäläisten antaman palautteen tulokset voineet olla erilaisia, mikäli kurssia olisi voitu testata suuremmalla ryhmällä. Voi olla, että esimerkiksi ehdotuksia ja kehittämisajatuksia kurssille olisi tullut lisää, mikäli opiskelijoita olisi ollut enemmän. Jos puutteita olisi palautteen perusteella ollut, olisimme voineet tarkastella ja muokata kurssia toiveiden mukaisesti. Kurssin testiryhmä koostui kuitenkin samanikäisistä opiskelijoista, jotka syksystä 2010 lähtien opiskelevat päihde- ja seksua-

aaliterveysasioita verkkokurssimme kautta. Tämän takia uskomme, että saamamme palaute oli suuntaa antava.

Jatkokehittämissuunnitelmana kurssiin voisi liittää pohdintatehtäviä, joissa nuoret käsittelevät omaa terveystietämistään. Ehdotuksemme on, että koko terveystiedon kurssi toteutettaisiin jatkossa verkkokurssin muodossa. Tekemämme materiaali on jaettu pieniin osa-alueisiin, ja näin ollen niitä pystyy hyödyntämään myös omina kokonaisuuksinaan opetuksessa.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, M. 2003a. Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. PDF-dokumentti.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisu/ohjeet_ja_suosituks/paihdehairiot.pdf

Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. & Pelkonen, M.: 2003b. Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. PDF-dokumentti. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/komorbiditeetti.pdf>

Ahlström, S. 2003. Sosiokulttuurinen tausta ja juomatavat. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2005. Terveellistä seksiä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Aho, T., Kotiranta-Ainamo, A., Pelander, A., Rinkinen, T. & Alkio, P. (toim.) 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta – Nuori vastaanotolla. Helsinki: Väestöliitto.

Ahtee, L. 2003a. Kokaiini, amfetamiinin johdokset ja hallusinogeenit. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Ahtee, L. 2003b. Opioidit ja kannabioidit. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. 2006. Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

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

Elomaa, K. 1997. Ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eläkevakuutusyhtiö Varma. 2009. Selvitys: Nuoret uhkaavat syrjäytyä työelämästä. WWW-dokumentti.

<https://www.varma.fi/fi/TietoaVarmasta/Media/UutisetJaTulostiedotteet/Pages/Suomalaisentyontekijanhyvinvointi.aspx>

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Etelä-Savon ammattiopisto. 2010. WWW-sivut. <http://www.esedu.fi/yleisinfo> Luettu: 12.5.2010

Fabritius, C. Salaspuro, M. 2003. Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinogeenien päihdekäyttö. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Gieseckus, U. 1999. Kun riippuvuus ajaa umpikujan. Miten auttaa päihderiippuvaista? Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Grandström, V & Kuoppasalmi, K. 2003. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Hakkarainen, P. 2000. Tupakka- nautinnosta ongelmaksi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Harju, H., Jokela, J., Kinnunen, T., Luopa, P., Pietikäinen, M., Puusniekka, R. & Sinkkonen, A., 2008a. Kouluterveys 2008. Etelä-Savon raportti. Helsinki: Stakes. PDF-dokumentti. <http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/esavo2008rap.pdf> Luettu 30.11.2009

Harju, H., Jokela, J., Kinnunen, T., Luopa, P., Pietikäinen, M., Puusniekka, P. & Sinkkonen, A., 2008b. Kouluterveys 2008. Etelä-Savon kysymyskohtaiset taulukot. Helsinki: Stakes. WWW-dokumentti.

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2008/esavo2008/index.htm>
Luettu 18.12.2009

Hessel, L. 1992. Alkoholi ja terveytesi. Hollanti: Lademann Terveys.

Huoponen, K., Peltonen, H., Mustalampi, S., Koskinen-Ollonqvist, P. 1998. Ehkäisevää päihdetyötä tukevien ohjelmien käyttö koulussa. Opetushallitus, Stakes, Terveysten edistämisen keskus. Helsinki: Oy Edita Ab. PDF-dokumentti. http://www.oph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/oph/embeds/48953_paihde.pdf. Luettu 3.5.2010

Hyytiä & Kiianmaa 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa päihdelääketiede. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus.

Immonen, A-J. Nuorten terveys on aikuisen vastuulla - myös koululla on suuri merkitys. Sydänliitto 3/2007. Verkkolehti. WWW-dokumentti. http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_3_07/artikkelit/fi. Luettu 29.11.2009.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2003. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.

Jokela, J. & Puusniekka, R. 2009. Riski päihteiden käyttöön suurempi ammattiin opiskelevilla kuin lukiolaisilla. Yhteiskuntapolitiikka 74:2. PDF-dokumentti. <http://www.stakes.fi/yp/2009/2/puusniekka.pdf>

Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto MAO. WWW-dokumentti. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/paihdehairiot.pdf

Kansanterveyslaitos. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. Kansanterveys 7/2006. Verkkolehti. PDF-dokumentti. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2006/7kansanterveys2006.pdf>. Luettu 2.12.2009.

Karevaara, S. 2009. Moodlen perusteet. Opettajan ja opiskelijan opas. Tampere: Esa Print Oy. 15

Kemppainen, U. 2007. Ninth-Grade Adolescents' Health Behavior in Pitkäranta District (Russian Karelia) and in Eastern Finland: a Comparative and Predictive Cross-Cultural Study. Väitöskirja. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Kemppinen, P. 1997. Nuori minänsä vankina. 1.osa: Alkoholit, imppaaminen, lääkkeet, huumeet, kielteinen elämä. Vantaa: Kannustusvalmennus.

Kiianmaa, K. & Marttunen, M. 2003. Nuoret ja päihtet. Teoksessa: Kiianmaa & Salaspuro & Seppä (toim.) Päihdeläätietiede. Kustannus Oy Duodecim.

Kiianmaa, K. 2003. Alkoholit. Teoksessa: Kiianmaa & Salaspuro & Seppä (toim.) Päihdeläätietiede. Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto, T. 2002. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Kustannus Oy Tammi.

Kosunen, E & Ritamo, M. 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmänen, P. 2005. Kun kaikki muutkin... Nuorten ehkäisevä päihdetyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Laki ammatillisesta koulutuksesta. 21.8.1998/630. FINLEX. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980630>. Luettu 4.12.2009.

Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta. 1986/609. FINLEX. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860609>. Luettu 5.5.2010.

Lastensuojelulaki. L417/2007. FINLEX. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki> Luettu 2.12.2009.

Liikunnan ja urheilun maailma, 2001. WWW-dokumentti.
http://www.slu.fi/lum/05_06/jasenjarjestoille/kannanotto_liikunnan_ja_terveyst/ Päi-
 vitetty: ei määritetty. Luettu 2.12.2009

Mattila & Partanen 2000. Terveys ja päihteenkäyttö. Teoksessa Päihdehoitotyö. Toim.
 Havio, M, Inkinen, M & Partanen, A. Helsinki: Tammi

Mäkelä, R. 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa:
 Päihdelääketiede. M.Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus Kir-
 japaino Oy

Nieminen, R. 1999. Vapaaksi tupakasta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nummelin, R. 1997. Seksuaalikasvatusmateriaalit: Millaista seksuaalikasvatusta nuo-
 rille? Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Opetushallitus. 2005. Verkko-opiskelun ominaispiirteitä. WWW-dokumentti.
<http://opiskelija.edu.fi/pageLast.asp?path=30385,41820,42157> Luettu 15.5.2010.

Opetushallitus. 2010. Terveystieto. WWW-dokumentti.
<http://www.edu.fi/perusopetus/terveystieto> Luettu 15.5.2010.

Pitkänen, R. 2007. Alakoulun luokanopettajat terveystiedon opettajina: Kyselytutki-
 mus opettajille. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Päihdehuoltolaki 1986/41. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki> Päivitetty: ei määritetty. Luettu 3.12.2009.

Pökkylä, L. & Turunen, E. 2007. Oppimiskokemuksia verkko-oppimisesta. Opinnäy-
 tettyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun toimipaikka.
 PDF-dokumentti.
[http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2007/861bcd_Oulu_Pokkyla_Turunen_2007.](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2007/861bcd_Oulu_Pokkyla_Turunen_2007.pdf)
 pdf

Robertson PB, Walsh MM, Greene JC. 1997;11(3) Oral effects of smokeless tobacco use by professional baseball players. Adv Dent Res 1997; 11(3), 307-312.

Ruotsin sosiaalhallitus.1985. Hasis kirja- On tiedettävä mistä puhuu. Suomen Vanhempainyhdistys HUUMEITA VASTAAN ry.

Satakunnan ammattikorkeakoulu. 2009. Verkko-opinnot. WWW-dokumentti.. <http://www.samk.fi/opiskeluverkossa/kasitteita> Luettu 4.12.2009. Päivitetty 23.10.2009

Soikkeli, M. 2002. Miten puhua huumeista. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2010. Nuuska. WWW-dokumentti. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet Luettu 3.2.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2005. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Opiskelijaterveydenhuollon opas. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3574.pdf . Luettu 4.12.2009.

Sosiaali- ja Terveysministeriö & Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Helsinki: Stakes. Oppaita 51:2002. WWW-dokumentti.

http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf Luettu 25.11.2009

Suomen Liikunta ja Urheilu ry. Liikunnan ja Urheilun Maailma. 01/2001. SLU haluaa terveystiedon ylioppilaskirjoituksiin. WWW-dokumentti. http://www.slu.fi/lum/01_01/slu-yhteiso/_slu_haluaa_terveystiedon_yliopp/. Luettu 4.12.2009

Suomen virtuaaliyliopisto. 2004. Hanna Salovaara. Verkko-oppimisen taidot. WWW-dokumentti. http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_5/verkko-oppimisen_taidot.htm

Tasa-arvovaltuutettu. 2010. Seksuaalinen ja sukupuoleen perustuva häirintä on tasa-arvoaistua tarkoitettua syrjintää. WWW-dokumentti. <http://www.tasa-arvo.fi/syrjinta/hairinta>. Luettu 6.5.2010.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2006. WWW-dokumentti. Luettu 5.12.2009. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/perustiedot/index.htm>

Terveyskirjasto. 2009a. Jälkiehkäisy. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00133 Luettu 6.5.2010.

Terveyskirjasto. 2009b. Kупpa (syfilis, lues). WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00247 Luettu 6.5.2010.

Terveyskirjasto. 2009c. Kупpa. Sairauksien ehkäisy. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00119 Luettu 6.5.2010.

Terveyskirjasto. 2009d. Terveyskäyttäytyminen. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441&p_teos=ltt&p_selaus

Verkko-tutor. 2005. Verkko-oppimisen haasteet ja mahdollisuudet. WWW-dokumentti.

<http://www.uta.fi/tyt/verkkotutor/verkkopedagogiikka/index.php?valinta=14>. Luettu 4.12.2009.

Vierola, H. 2007. Pysy nuorena – elä kauemmin: Tyttöjen ja naisten tupakkatietokirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma.

Vierola, H. 2004. Tupakka -miehen tietokirja. Terra Cognita.

Väestöliitto. 2010a. Jälkiehkäisy. WWW-dokumentti.

<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/raskaudenehkaisy/ehkaisynpettaminen/> Luettu 6.5.2010.

Väestöliitto. 2010b. Kondomi. WWW-dokumentti.

<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/raskaudenehkaisy/kondomi/> Luettu 6.5.2010.

Väestöliitto. 2010c. Seksuaalinen kaltoinkohtelu. WWW-dokumentti.

http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/seksuaalinen_kaltoinkohtelu/ Luettu 5.5.2010.

Väestöliitto. 2009. Seksuaalisuus. WWW-dokumentti.

<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/> Luettu 30.11.2009

LIITE1.



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Etelä-Savon ammattiopisto ja Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitoksen terveydenhoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Satu Heikkilä, Niina Jaakkola, Sanna Jaakkola ja Anna Tillikainen

Opinnäytetyön aihe: Verkkokurssin tuottaminen Etelä-Savon ammattiopistolle, aiheena päihteet ja seksuaaliterveys

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Vappu Martikainen
Työelämäohjaaja:

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: kevät 2010, verkko-opetusmateriaali koulun käytössä syksyllä 2010

Muut sopimusehdot:

Aika ja paikka

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

Satu Heikkilä
Niina Jaakkola
Sanna Jaakkola
Anna Tillikainen

Toimeksiantajan allekirjoitus

Kari Mattila
rehtori

