

# **9.-luokkalaisille suunnattu seksuaaliterveysoppitunti**

Sanni Lahti

Heidi Lindberg

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAHTI, SANNI & LINDBERG, HEIDI:  
9.-luokkalaisille suunnattu seksuaaliterveysoppitunti

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 1 sivu  
Lokakuu 2014

---

Opinnäytetyön taustalla oli Ylöjärven terveydenhoitajien tarve saada käyttöönsä opetusmateriaali, jonka avulla he voivat opettaa 9.-luokkalaisia yhtenäisesti ja johdonmukaisesti. Tämän tarpeen pohjalta opinnäytetyö sai tarkoitukseseen seksuaalioppitunnin suunnittelun ja suunnitellun oppitunnin kokeilemisen käytännössä. Tarkoituksen lisäksi opinnäytetyölle asetettiin tehtävät. Tehtävinä oli selvittää seksuaalioikeuksia nuorten näkökulmasta, nuorten keskuudessa yleisimpiä sukupuolitauteja ja niiden ehkäisyä sekä sitä millainen oppitunti tavoittaa parhaiten 9.-luokkalaisen oppijan. Tavoitteiksi asetettiin onnistuneen oppitunnin pitäminen sekä opetusmateriaalin tuottaminen. Oppitunnille asetettiin erillinen tavoite, joka oli oppilaiden seksuaaliterveystietämyksen lisääntyminen niin, että he osaisivat tehdä hyviä päätöksiä ja valintoja omaan seksuaaliterveyteensä liittyen.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi PowerPoint-esitys, jota kokeiltiin käytännössä kahdelle 9. luokalle. PowerPoint-esitystä tukemaan tehtiin tuntisuunnitelma, mikä sisälsi tunnilla esille tulevat tiedot aiheista sekä johdannot, joilla aiheet liitettiin toisiinsa. Nämä yhdessä muodostivat yhtenäisen ja eheän kokonaisuuden. PowerPoint-esitys osoittautui käytössä toimivaksi. Tuntisuunnitelma muuttui hieman ensimmäisen ja toisen oppitunnin välillä. Kokemukset ensimmäisen oppitunnin sujuvuudesta ohjasivat tekemään muutoksia seuraavaa oppituntia suunnitellessa.

Sekä oppilailta että oppituntia tarkkailemassa olleilta terveystiedonopettajalta ja terveydenhoitajalta saadun palautteen mukaan opinnäytetyön toiminta oli onnistunut. Erityistä kiitosta sai PowerPoint-esityksen tunnin alussa kerrottu tarina. Tulevaisuudessa oppitunnin sisällön voisi jakaa useampaan erilliseen oppituntiin, jolloin olisi mahdollista käyttää useampia opetusmetodeja.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Public Health Nursing

LAHTI, SANNI & LINDBERG, HEIDI:  
Sexual Health Class For The 9<sup>th</sup> Grades

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 1 page  
October 2014

---

The purpose of this study was to provide informative sexual health teaching material to the public health nurses of Ylöjärvi town in order to help them give health care classes to the 9th grade pupils. The objective of the study was to teach the classes and evaluate the material using student feedback. An additional objective was set to increase the 9th graders' knowledge of their own sexual health so that they can make wise decisions in the future. The approach of this study was action-oriented.

A PowerPoint slideshow was produced and presented to two classes. There was written teaching material to support the slideshow. The slideshow itself was found to be very useful. Using this approach it was possible to change certain elements of the process after teaching the first group of students, so that the second group was presented with much improved material.

The feedback from the students, public health nurses and health education teacher showed that the classes were successful. The slide show and a story told at the beginning of the class was specifically appreciated. However, the topics covered a wide range of subjects and it would be wise to divide the material into different sections. Dividing the topics would give more time to use various teaching methods more effectively.

---

Key words: sexual health, sexually transmitted diseases, contraception

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1	Seksuaaliterveys.....	9
3.2	Seksuaalioikeudet.....	10
3.3	Seksuaalisuuden portaat.....	12
3.4	Sukupuolitaudit.....	16
3.4.1	Klamydia.....	17
3.4.2	Genitaalierpes.....	19
3.4.3	Kondylooma.....	20
3.4.4	Muut sukupuolitaudit.....	22
3.5	Ehkäisy.....	25
3.5.1	Sukupuolitautilien ehkäisy.....	25
3.5.2	Raskauden ehkäisy.....	26
3.6	Oppitunti 9.-luokkalaiselle.....	32
4	TOIMINTAAN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	36
4.1	Metodina toiminnallinen opinnäytetyö.....	36
4.2	Toiminnan suunnittelu ja kuvaus.....	37
4.3	Toiminnan raportointi.....	43
4.4	Toiminnan arviointi ja palaute.....	47
5	POHDINTA.....	50
5.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	50
5.2	Pohdintaa opinnäytetyön prosessista.....	52
5.3	Jatkotutkimus ja kehittämis ehdotuksia.....	54
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET.....	59
	Liite 1. Kirje oppilaalle.....	59

## 1 JOHDANTO

Viimeisimmällä yhdyntäkerralla yläluokkalaisista pojista 17 % ja tytöistä 13 % jätti käyttämättä ehkäisyä. Sukupuolitaudit ovat edelleen huolestuttavan yleisiä, etenkin klamydian kohdalla ei ole tapahtunut haluttua muutosta tartuntojen vähenemiseksi. Sek-suaalista väkivaltaa kokevat niin nuoret tytöt kuin pojatkin. (Nipuli 2013.) Raskauden-keskeytykset alle 20-vuotiaiden keskuudessa ovat viime vuosina vähentyneet (Heino, Gissler & Soimula 2013, 2).

Tutkimustulokset kertovat nuorten heikosta seksuaaliterveystietämyksestä (Nipuli 2013). Nuorten seksuaaliterveydentilaa ja seksuaaliterveystietämystä voidaan selvittää eri mittareiden avulla. Mittareina käytetään muun muassa nuorten ehkäisyn käyttöä, sukupuolitautilien ja muiden sukuelinsairauksien esiintyvyyttä, seksuaalisen väkivallan yleisyyttä, aborttien ja teiniraskauksien määrää, sekä seksuaalitietoja. (Nuoret ja seksuaalisuus 2013.)

Sari Laakson (2008) tutkielman mukaan 9.-luokkalaiset kokevat seksuaaliterveys tietä-myksensä vajavaiseksi. Erityisesti he toivovat saavansa täydennystä sukupuolitautilien perustietoihin, sekä tietoa seurustelusta ja siihen liittyvästä toisen huomioinnista, ja itse seksistä (Laakso 2008). Positiivista on, että nuoret itse oivaltavat seksuaaliterveystietä-myksensä olevan puutteellista ja tietävät mistä asioista haluavat oppia tarkemmin. Hy-vää on etenkin se, että nuoret haluavat oppia lisää seurustelusta ja toisen huomioinnista, sillä niissä tulee esille toisen kunnioittaminen. Kunnioitetuksi tuleminen taas kuuluu jokaisen nuoren seksuaalioikeuksiin. Seksuaalioikeudet ja niiden sisäistäminen sekä nou-dattaminen ovat tärkeä osa seksuaaliterveyttä (World Health Organization 2006, 5).

Opinnäytetyön aihe syntyi Ylöjärven terveydenhoitajien tarpeesta saada yhtenäinen runko seksuaaliterveysoppituntien pitämiseen 9.-luokkalaisille. Nuorten seksuaaliterve-yys on mielenkiintoinen ja haastava aihe, joten halusimme lähteä selvittämään aihetta syvemmin. Toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi muovautui 9.-luokkalaisten seksuaa-literveysoppitunti, jonka sisältö rajattiin yhteistyössä työelämätahon kanssa. Sisällöksi rajautuivat seksuaalisuuden kerrokset sekä portaat, seksuaalioikeudet, ehkäisy ja suku-puolitaudit. Koska tarkoituksena on suunnitella ja pitää seksuaaliterveysoppitunti kah-delle Ylöjärven yläkoulun 9. luokalle, käsittelemme teoreettisessa viitekehyksessä myös

nuoria oppijina. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin oppitunnin pitäminen ja oppituntia tukevan materiaalin suunnittelu. Itse oppitunnin tavoitteena oli oppilaiden seksuaaliterveystietämyksen lisääntyminen. Suunnittelemamme oppitunnin runko sekä sen tueksi tehty PowerPoint-esitys tulevat Ylöjärven terveydenhoitajien käyttöön. Opinnäytetyön otsikko sai lopullisen muotonsa vasta juuri ennen työn valmistumista. Otsikko sisältää tiedon siitä, mikä on opinnäytetyön toiminta.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella seksuaaliterveysoppitunti ja pitää oppitunti erään Ylöjärven yläkoulun 9.-luokkalaisille.

Tehtävät:

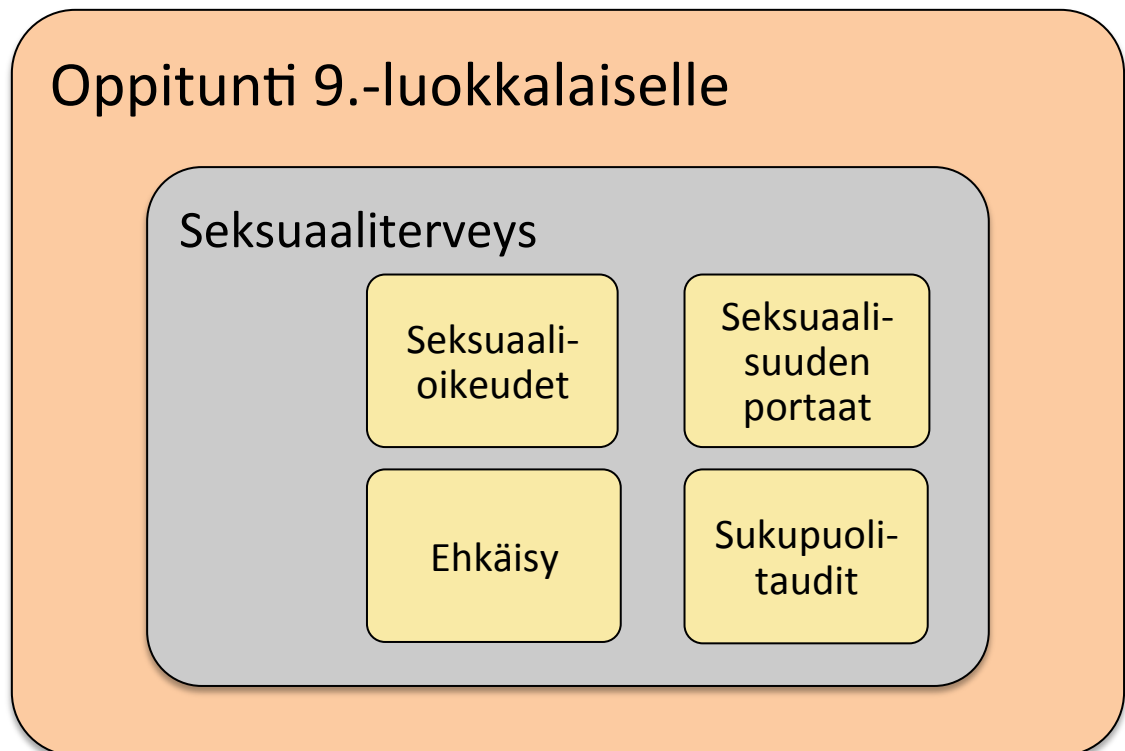
1. Mitkä ovat seksuaalioikeudet nuorten näkökulmasta?
2. Mitä ovat sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy?
3. Millainen oppitunti tavoittaa parhaiten 9.-luokkalaiset?

Tavoitteena on pitää onnistunut oppitunti 9.-luokkalaisille sekä tuottaa oppitunnin runko ja PowerPoint-esitys terveydenhoitajien käyttöön. Toiminnan tavoitteena on oppilaiden seksuaaliterveystietämyksen lisääntyminen niin, että he osaavat tehdä hyviä valintoja omaan seksuaaliterveyteensä liittyen.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön lähtökohtana on 9.-luokkalaisille suunnattu seksuaaliterveysoppitunti. Jotta pystytään suunnittelemaan ja toteuttamaan onnistunut oppitunti seksuaaliterveydestä, on sen lisäksi, että perehdytään seksuaaliterveyteen, myös perehdyttävä siihen minkälaisia tapoja nuorilla on vastaanottaa tietoa.

Seksuaaliterveys on laaja käsite, johon sisältyy käytännössä ihmisen koko elämä. Laakson (2008, 33–34) tutkielman mukaan nuoret ja erityisesti pojat liittyvät seksuaaliterveyden lähinnä sukupuolitauteihin. Tutkielmassa 9.-luokkalaiset toivoivat seksuaaliopeutuksessa käsiteltäviksi aiheiksi muun muassa seurustelua, sukupuolitauteja ja ehkäisyä (Laakso 2008, 38–40). Opinnäytetyössä seksuaaliterveydestä käsitellään seksuaalioikeudet, seksuaalisuuden portaat, sukupuolitaudit ja ehkäisy. Oppitunnin ja opinnäytetyön rajausta perustuu Ylöjärven kaupungin opetussuunnitelmaan, sekä Ylöjärven terveydenhoitajien toiveisiin tunnin sisällöstä. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat oppitunti 9.-luokkalaiselle, seksuaaliterveys, seksuaalioikeudet, seksuaalisuuden portaat, sukupuolitaudit ja ehkäisy. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on esitetty kuviona (kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet



### 3.1 Seksuaaliterveys

Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO) on käyttänyt seksuaaliterveyskäsitettä jo 1970-luvulla, mutta varsinaiseen käyttöön se otettiin vasta vuonna 1994, jolloin se määriteltiin osaksi lisääntymisterveyttä. Vuonna 2002 WHO määritteli seksuaaliterveyden käsitteen tarkemmin. Määritelmä pohjautuu edelleen käsitejärjestelmään, jossa seksuaaliterveys on osa lisääntymisterveyttä. Tätä asetelmaa on kyseenalaistettu paljon. WHO:n määritelmällä ei ole olemassa virallista asemaa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 17–18.)

Käsitteellä seksuaaliterveys tarkoitetaan seksuaalisuuden tilaa, jossa ihminen voi hyvin fyysisesti, emotionaalisesti, psyykkisesti sekä sosiaalisesti. Sen ei katsota tarkoittavan vain tilaa, jossa ihmisellä ei ole sairauksia, toimintahäiriöitä tai heikkouksia. Seksuaaliterveyden perustana on kunnioittava ja positiivinen asenne seksuaalisuutta, sekä seksikumppaneita kohtaan. Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan jokaisen oikeutta tyydyttävään ja turvalliseen seksiin ilman väkivaltaa tai sortoa. Seksuaalioikeudet ja niiden sisäistäminen, sekä noudattaminen ovat tärkeä osa seksuaaliterveyttä. (World Health Organization 2006, 5.) Erään näkökulman seksuaaliterveyteen on tuonut myös tunnustus siitä, että ihmisen hyvinvointi ja terveys on riippuvainen seksuaalisesta mielihyvästä ja nautinnosta (Lottes 2000, 23).

Laakson (2008) tutkielmassa käy ilmi, että nuoret määrittelevät seksuaaliterveyden paljolti sukupuolitautilien ja ehkäisyn ympärille. Tutkielmassa saaduissa vastauksissa nuorilta puuttui näkemys esimerkiksi siitä, mitkä ovat välineet sukupuolitaudeilta suojautumiseen sekä miksi sukupuolitaudit ovat osa seksiin liittyvää terveyttä. (Laakso 2008, 34.) Kontulan ja Meriläisen (2007, 127) tutkimustulosten mukaan pojilla on selkeästi huonompi seksuaaliterveystietämys kuin tytöillä. Sekä tytöillä ja pojilla oli keskimäärin huono tietämys sukupuolitaudeista sekä seksuaalisesta kanssakäymisestä. (Kontula & Meriläinen 2007, 127).

### 3.2 Seksuaalioikeudet

YK:n ihmisoikeusjulistuksen perustana ovat tasa-arvo, yksityisyys, vapaus ja itsemääräämisoikeus. Näihin oikeuksiin perustuu myös seksuaalioikeudet. (Seksuaalioikeudet 2013.) Monet kansainväliset järjestöt kuten perhesuunnittelujärjestö IPPF, seksuaaliterveyden maailmanjärjestö WAS ja WHO ovat määritelleet seksuaalioikeuksia. Muiden järjestöjen määritelmät mukailevat hyvin paljon WHO:n määritelmää. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14–15.) Eri ammatti-ihmiset käyttävät määritelmää, joka vastaa parhaiten heidän tarpeitaan. Väestöliitto määrittelee seksuaalioikeudet WHO:n periaatteiden mukaisesti. (Väestöliitto 2014b.)

WHO:n vuonna 2002 tekemän määritelmän mukaan seksuaalioikeudet sisältyvät ihmisoikeuksiin. Jokaisella on oikeus parhaaseen saavutettavissa olevaan seksuaaliterveydentilaan, johon kuuluu myös mahdollisuus käyttää terveydenhuoltopalveluita. Jokaisella on oikeus seksuaalikasvatukseen sekä tiedon etsimiseen, saamiseen sekä tietämyksen levittämiseen. Kukin saa valita kumppaninsa niin, että kanssakäyminen perustuu yhteiseen tahtoon. Jokainen saa päättää omasta seksuaalisesta aktiivisuudestaan, mutta samalla jokaisen velvollisuus on kunnioittaa toisen kehon koskemattomuutta. Pariskunnilla on yhteisestä tahdosta oikeus avioliittoon. Jokaisella on oikeus päättää haluaako lapsia ja jos haluaa niin milloin. Kaikilla on myös oikeus tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksielämää. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 17–18.)

Seksuaalioikeuksia ovat määritelleet myös muutamat suomalaiset asiantuntijat. Kontula ja Meriläinen (2007, 11–13) määrittelevät seksuaalioikeuksien tarkoittavan jokaisen oikeutta toteuttaa seksuaalisuuttaan tavalla, joka tuottaa mielihyvää. Oikeudet sisältävät myös vastuun, vapauden ja itsenäisyyden, joka tulee ilmi seksuaalikäyttäytymisessä (Kontula & Meriläinen 2007, 12). Lotteksen (2000, 20) määritelmässä painotetaan jokaisen oikeutta tietoon, tukeen, sekä palveluihin niin, että jokaisella olisi valmiudet ja mahdollisuudet tehdä omaa seksuaalisuutta koskevia päätöksiä.

IPPF on luonut seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirjan, jonka pohjalta Väestöliitto on koonnut suomalaisia nuoria koskevat seksuaalioikeudet (Seksuaalioikeudet 2013). Nuoria koskevat seksuaalioikeudet sisältävät oikeuden elämään, oikeuden nauttia seksuaalisuudesta, oikeuden saada seksuaalisuuteen liittyvää tietoa, oikeuden tulla suo-

jelluksi ja suojautua, oikeuden seksuaaliterveyteen liittyvään terveyden huoltoon sekä oikeuden vaikuttaa asioihin jotka liittyvät seksuaalisuuteen. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeudella elämään tarkoitetaan nuorten oikeutta itsenäiseen päätöksentekoon sekä omien mielipiteiden ilmaisemiseen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Nuorella on oikeus seksuaalisiin erityispiirteisiin ja yksilölliseen kehittymiseen ilman syrjityksi, kiusatuksi tai loukatuksi tuleamista. Nuoren tulee myös olla vapaa uskonnollisten tehtiin, uskomusten, aatteiden ja perinteiden asettamista rajoitteista. Oikeus elämään tarkoittaa ennen kaikkea oikeutta nauttia omasta kehosta ja seksuaalisuudesta. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeudella nauttia seksuaalisuudesta tarkoitetaan jokaisen nuoren oikeutta tyydyttävään seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään valitsemansa suuntautumisen mukaisesti. Toiminnallaan nuori ei kuitenkaan saa vahingoittaa eikä alistaa toista, sillä jokaisella on oikeus päättää haluaako seksiä, kenen kanssa seksiä harrastaa ja oikeus myös viime hetkellä perääntyä ja kieltäytyä kanssakäymisestä. Nuorilla on oikeus päättää avioitumisestaan tai naimattomana pysymisestä. Jotta seksuaalisuudesta voi nauttia, on nuorille annettava riittävästi tietoa suunnittelemattomien raskauksien ehkäisystä. Nuorilla on myös oikeus oikein tehtyyn raskauden keskeytykseen ja yhtäläillä oikeus jatkaa raskautta niin, että he saavat kaiken tarvitsemansa tuen. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeus saada tietoa seksuaalisuudesta sisältää niin nuoren oikeuden saada tietoa oikeuksistaan, sukupuolitaudeista ja ehkäisymenetelmistä, kuin myös oikeuden saada tietoa riskeistä ja menetelmistä, joilla riskit on vältettävissä. Nuorille on myös kerrottava seksuaalisuuden luonnollisuudesta ja keinoista, joiden avulla nuori saa seksuaalista tyydytystä, sekä kokee onnellisuutta ja tasapainoa turvallisesti. Tieto on esitettävä muodossa, jossa nuoret ymmärtävät sen. Tämä oikeus sisältää myös oikeuden, jonka mukaan neuvonnan, ehkäisyvälineiden ja seksuaaliterveydenhoidossa käytettävien lääkkeiden tulee olla saatavilla mahdollisimman otollisissa paikoissa, hyvään aikaan ja sopivalla hinnalla. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeus itsensä suojeluun ja suojelluksi tulemiseen tarkoittaa nuorten oikeutta suojautua suunnittelemattomilta raskauksilta, sukupuolitaudeilta sekä hyväksikäytöltä. Nuorta ei saa painostaa suojaamattomaan seksiin tai muiden riskien ottamiseen. Sen lisäksi, että aikuisilla on velvollisuus taistella sellaisia henkilöitä vastaan, joiden tarkoituksena on

nuorten ja lasten seksuaalinen hyväksikäyttö, on heillä myös velvollisuus antaa riittävästi neuvontaa ja tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeus seksuaaliterveydenhuoltoon sisältää oikeuden laadullisesti korkeatasoisiin tasarvoisiin palveluihin, jotka vastaavat nuorten tarpeita ja joihin kaikilla nuorilla on varaa. Palvelun tulee olla luottamuksellista ja molemmin puolin kunnioittavaa, eikä hoito saa tuottaa kipua tai olla loukkaavaa. (Väestöliitto 2014a.)

Oikeudella osallistua tarkoitetaan nuorten mahdollisuuksia osallistua nuorille suunnattujen ohjelmien suunnitteluun sekä mahdollisuuksia päästä vaikuttamaan nuoria koskevaan päätöksen tekoon. Päätöksentekoon osallistuminen tarkoittaa todellista oikeutta vaikuttaa suunnitelmiin ja päätöksiin, jotka koskevat nuorten seksuaali- ja lisääntymisasiota, kuten seksuaalipalveluita. (Väestöliitto 2014a.)

### **3.3 Seksuaalisuuden portaat**

Seksuaalisuus on synnynnäistä ihmiselle, eikä sitä voi erottaa muusta ihmisyydestä. Seksuaalisuus sisältää seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen aina seksuaaliseen suuntautumiseen ja suvunjatkamiseen asti. (Alkio (toim.) 2008, 17.) Seksuaalisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle erilainen, se kasvaa ja kehittyy koko elämän ajan ja sen määritelmä muuttuu elämän vaiheiden myötä. Ihmisillä tulee olla mahdollisuus muodostaa oma käsityksensä seksuaalisuudesta ja mahdollisuus kokea oma seksuaalisuutensa hyväksyttävänä ja myönteisenä asiana. (Bildjuschkin & Malmberg 2000, 18.)

Seksuaalinen kehitys tapahtuu kolmella eri kerroksella. Kerroksia ovat järki (kognitio), tunne (emootio) ja biologia (fyysinen). (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 124.) Biologian kerros tarkoittaa ihmisen muuttumista lapsesta sukukypsäksi aikuiseksi. Kukaan saavuttaa sukukypsyyden yksilöllisellä tahdilla. (Seksuaalisuuden kehitys 2013; Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 18.) Biologinen kerros on yhteinen niin eläimillä kuin ihmisilläkin. Ihminen eroaa eläimestä sillä, että he tarvitsevat seksin harrastamiseen muutakin kuin vain biologisen lisääntymisvietin. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 124.)

Tunne kerros tarkoittaa erilaisten tunteiden kokemista, hallintaa, sekä niiden sietämistä (Väestöliitto 2013). Ihastuminen ja rakastuminen auttavat lasta suuntautumaan ikätove-reihin ja itsenäistymään. Rakastaessa unelmoidaan ja pettymyksien kohdalla harjoitel-laan sisäisten voimien löytämistä ja tilanteesta selviämistä. Lapsen itsearvostus ja it-seymmärrys kasvavat, kun tunnekuohut käydään rauhassa läpi. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 18.)

Järjen kerroksella ihminen oppii, omaksuu ja ymmärtää tietoa (Väestöliitto 2013). Tällä kerroksella tapahtuu tietoinen prosessointi, joka sisältää asenteiden muokkautumisen, uskomukset, riskiarviointi- ja päätöksentekokyvyn. Järjen kerroksella kasvu näkyy vai-heittain. Pieni lapsi suhtautuu seksuaalisuuteen leikillisellä uteliaisuudella, sitten nuo-ruudessa hämmentyneenä herkkyytenä, johon kuuluu paljon itsetutkiskelua ja itsekri-tiikkiä. Varhaisaikuisuudessa halut ja rohkeus lisääntyvät, jolloin päästään todellisiin tekoihin. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 17–18.)

Kaikki kolme kerrosta ovat tärkeitä ja yksilöllisiä. Tasapainoiseksi ihmiseksi kasvaa, kun pärjää kaikilla kerroksilla. Ihmisyys ja sivistys tarkoittavat järjen hallitsevan tuntei-den ja biologian kuohunnat. Kun seksuaalisuus on nuoren omassa hallussa kaikilla ker-roksilla, voi hän ymmärtää myös vastuun. Omassa hallussa seksuaalisuus on nautinnol-linen ja ymmärrettävissä oleva mahdollisuus rikastuttaa elämää. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 18.)

Seksuaalisuuden portaille astutaan jo kohdussa ja niillä edetään koko elämän ajan. Por-taat on nimetty portaalle tyypillisen ihastumisen tai rakastumisen laadun mukaan. Jo-kainen porras käsitellään järjen, tunteen ja biologian kerroksilla. Portaiden avulla käsi-tellään muun muassa tytöstä naiseksi ja pojasta mieheksi kehittymistä, lisääntymistä, itsetyydytystä ja yhdyntää. Seksuaalisuuden portaat -malli auttaa nuorta tunnistamaan oman seksuaalisen kehitysvaiheensa. Oleellista on, että nuori pystyy samaistumaan kul-lakin portaalla edes joissakin asioissa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 17.)

Ensimmäisellä, vanhempien ihailu -portaalla lapsi rakentaa perusturvallisuuden ja luot-tamuksen aikuisiin. Moni leikki-ikäisistä ihastuukin omaan vanhempaansa tai muuhun lähipiiriin aikuiseen. Tämä on luonnollinen ilmiö, joka on tärkeä ja täysin normaali. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 24.) Ihastuminen vanhempaan kuitenkin aihe-uttaa lapsen ensimmäisen sydänsurun, kun hän ymmärtää, ettei ihailun aikuisen kanssa

voikaan mennä naimisiin (Alkio (toim.) 2008, 20–21). Vanhempien ihailu -portaalla lapsi oppii sukupuolierot ja tutustuu omaan kehoonsa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 24).

Julkkisrakkaus -portaalla nuori kokee ja opettelee rakastumiseen ja ihastumiseen liittyviä tunteita haaveilemalla. Ihastuksen tunne on nyt kodin ulkopuolella, se voi olla julkisuuden henkilö, kuten filmitähti, urheilija, muusikko tai muu riittävän kaukainen yleisesti ihailtu henkilö. Idolirakkaus voi olla pelkkää ihastumista ja ihailua tai jopa palavaa rakastumista kohteeseen. Idolirakkaus perustuu mielikuvitusmaailmaan, jossa ihastuksesta haaveillaan, ihailtaan ja samaistutaan. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 25.) Samaistuminen voi kuitenkin olla myös vahingollista nuorelle, riippuen kohteen asenteista ja elämäntavoista (Alkio (toim.) 2008, 21–22). Julkkisrakkaus-porras on turvallinen, jolloin nuori saa rauhassa opetella hallitsemaan ihastumisen tunteita. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 24.)

Tuttu - salattu -portaalla nuori ihastuu lähellä olevaan ihmiseen. Ihastumisen kohde voi olla kuka tahansa todellinen henkilö, kuten opettaja tai kaverin sisko. Ihastumista ei kuitenkaan vielä osoiteta ihastuksen kohteelle, eikä sitä paljasteta edes parhaalle ystävälle. Tällä portaalla nuori käsittelee vielä rauhassa omia ihastumisen ja rakastumisen tunteita itsekseen turvallisesti haaveilemalla. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 26.)

Tuttu ja kaverille kerrottu -portaalla nuori opettelee luottamusta ja uskallusta kertoa omista tunteista toiselle ihmiselle. Ihastuksen kohteena on nyt joku tuttu, usein ikätoveri, kenestä kerrotaan vain parhaalle ystävälle. Tällä portaalla nuori on kehittynyt tunne-elämässään niin paljon, että uskaltaa jakaa omat tunteensa jonkun toisen arvioitavaksi. Kertomalla ystävälle halutaan saada tukea ja hyväksymistä muilta sille, että ihastuminen on hyvä ja normaali tunne ja siitä voi puhua. Tuttu ja kaverille kerrottu -portaalla koetellaan myös ystävyystaitoja. Nuori opettelee tunnistamaan hyvän ystävän piirteitä ja oppii itse olemaan hyvä ystävä toiselle. Näitä taitoja käytetään myös myöhemmin seurustelusuhteissa ja aikuisiän parisuhteissa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 27.)

Tykkään sinusta -portaalla nuori uskaltaa jo tunnustaa ihastuksensa ihastuksen kohteelle. Nuori harjoittelee tunteiden ilmaisua ja pettymyksen tunteen sietämistä ja keinoja selviytymiseen, jos ei saakaan vastakaikua tunteilleen tai tulee torjutuksi. Nuori harjoit-

telee ilmaisemaan tunteitaan muun muassa kirjelapuin tai kavereiden ja tekstiviestien välityksellä. Tykkään sinusta -portaalla nuoret voivat sopia myös seurustelewansa, mutta suhteeseen ei liity läheisyyttä, sillä nuori kokee sen vielä liian intiimiksi. (Alkio (toim.) 2008, 23.) Seurustelu tapahtuu enimmäkseen mielikuvina, tekstiviesteinä ja keskusteluviesteissä toiselle ja aikaa voidaan kuluttaa vain kävellen yhdessä tai kaveriporukan joukossa (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 93–94). Tykkään sinusta -portaalla alkanut ensimmäinen seurustelusuhde päättyy usein muutaman tunnin ja viikon kuluttua ja suhde palautuu usein takaisin ystävyudeksi. (Alkio (toim.) 2008, 23.)

Käsi kädessä -portaalla nuori opettelee seurustelun pelisääntöjä. Nuori opettelee ymmärtämään toista suhteessa itseensä, harjoittelee ilmaisemaan rakkautta sekä sietämään ja ilmaisemaan pettymyksen tunteita. Käsi kädessä -portaalla ollaan usein pitkään ja eri seurustelukumppanien kanssa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 29.) Ihastumisen tunne on yhteinen, kahden ihmisen välinen tunne, joka halutaan näyttää koko maailmalle. Kosketuksen kaipuu on nyt selvä. Kosketukselle valitaan kuitenkin mahdollisimman neutraalialue, kuten käsi. Nuori tuntee iloa ja innostusta, mutta myös hämmennystä. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 94.) Käsi kädessä -portaalla nuori alkaa usein tutkia omaa seksuaalisuuttaan mielikuviituksen, sekä fantasioiden kautta ja itseyydytys voi tulla luontevana, yksityisenä asiana elämään (Alkio (toim.) 2008, 23–24).

Suudellaan -portaalla nuori kokee ensisuudelmansa. Portaalla opetellaan ilmaisemaan ihastusta, rakkautta ja läheisyyttä intiimisti toisen kanssa. Suudellaan -portaalla opetellaan ottamaan myös huomioon kumppanin tuntemukset. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 31.) Suudeltaessa nuori myös ottaa ison askeleen kohti intiimiyden jakamista. (Alkio (toim.) 2008, 24.) Nuoren tuntema hämmennys alkaa kaikota ja tilalle tulee rohkeutta ja uskallusta jakaa itseään rakkaansa kanssa (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 107–108). Nuori ymmärtää kiihottumisen mukavana ja nautinnollisena asiana. Kuitenkin tunteiden ilmaisuun riittää vielä kädestä pitäminen, halailu ja suuteleminen, sekä lähekkäin olo. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 31.)

Mikä tuntuu hyvältä -portaalla, nuori opettelee toisen ihmisen kanssa nautintoa ja kiihottumista. Hyväily on nuorelle rakastelun opettelua. (Alkio (toim.) 2008, 24–25.) Nuori rohkaistuu jakamaan seksuaalista nautintoa kumppanin kanssa, kuitenkin vielä vain kosketuksen kautta. Nuori on nyt myös kypsä kuuntelemaan itseään seksuaalisessa kontaktissa eli arvioimaan mikä itsestä tuntuu hyvältä ja pystyykö todella siihen mitä tekee.

Aiemmin seksuaalinen kiihottuminen on ollut vain yksityinen asia, mutta nyt se voidaan jakaa toisen kanssa. Nuori pystyy yhdistämään rakkaudentunteen seksuaalisiin koskeuksiin, kiihottumiseen ja mielihyvään. Nuori tuntee rakkaudentunteen yhteiseksi ja haluaa jakaa intiimeimmän rakkauden juuri tämän henkilön kanssa. Fyysiset hyväilyt lähentävät paria kehollisesti, mutta lähentymistä tapahtuu myös psyykkisellä tasolla. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 122.) Mikä tuntuu hyvältä -portaalla, tärkeää on opetella kommunikoidaan, viestimään ja jopa puhumaan seksiin liittyvistä asioista ääneen. Nuori opettelee kertomaan myös omista peloista, jännittämisestä ja estoista kumppanille. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 33.) Tällä portaalla on tärkeää, oppia sanomaan ei. Mitään sellaista ei tarvitse tehdä mikä epäilyttää itseä tai ei tunnu hyvältä, etenkin vain toista miellyttääkseen. (Alkio (toim.) 2008, 24 – 25.)

Rakastellaan -portaalla ihminen uskaltaa heittäytyä täysin nauttimaan toisen ihmisen läheisyydestä, rakkaudesta ja hellyydestä (Alkio (toim.) 2008, 24–25). Nuori pystyy siis yhdistämään fyysisen yhdynnän ja rakkauden tunteen ja kokemaan mielihyvää sekä fyysisesti, että psyykkisesti (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 34). Rakastellaan -portaalla tärkeää on myös nuoren rohkaistuminen. Nuori kokee sisäisen seksuaalisuutensa olevan hänen hallinnassaan ja voi halutessaan jakaa sen jonkun kanssa. (Alkio (toim.) 2008, 24–25.) Tällä portaalla nuoren tulisi osata kantaa vastuu sekä ymmärtää mahdolliset riskit, jotta hän osaa ottaa huomioon ne jo rakastelua suunniteltaessa. Nuorella tulisi siis olla riittävästi tietoa ehkäisystä, jotta hän osaisi käyttää sitä käytännössä. Jos itsemääräämisoikeus ei toteudu tällä portaalla, voi sillä olla vaikutuksia myöhemmän aikuisuuteen. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 1999, 34.) Pahimmillaan se voi aiheuttaa haluttomuutta, pelkoa, kipua ja ahdistusta. Ennen tätä porrasta on nuoren täytynyt oppia kieltäytymään ja sanomaan ei. (Alkio (toim.) 2008, 24–25.)

### **3.4 Sukupuolitaudit**

Sukupuolitaudit ovat pääasiallisesti sukupuoliteitse tarttuvia bakteeri- ja virusinfektioita. Tartunta tapahtuu suojaamattomassa seksissä limakalvojen, sekä ihorikkojen välityksellä. Sukupuolitauteja ovat muun muassa klamydia, genitaalierpes, tippuri, kuppa, kondylooma, sekä sukupuoliteitse ja veriteitse tarttuvat hepatiitti B ja HIV. (Hannukse-la-Svahn 2014b.)



Terveyskasvatuksessa sukupuolitautilien kohdalla tavoitteena on, ettei kukaan sairastuisi seksitauteihin tietämättä niihin liittyviä riskejä (Hiltunen-Back & Aho 2005, 89). Epäily mahdollisesta sukupuolitauti tartunnasta riittää syyksi hakeutua sukupuolitautilutkimuksiin. Epäily voi olla esimerkiksi suojaamaton seksi muun kuin vakituisen kumppanin kanssa. Selvä tutkimuksiin hakeutumisen syy on alkaneet oireet mahdollisen tartunnan jälkeen. (Hannuksela-Svahn 2014b.) Sukupuolitautilutesteihin hakeutumalla saa varmuuden mahdollisesta tartunnasta ja siten voi olla varma siitä, ettei tietämättään tartuta tulevia seksikumppaneita. Tämän vuoksi tutkimuksiin hakeutumiseen pitäisi olla mahdollisimman matala kynnyks. Hoitoon hakeutumisen kynnystä madaltaa sukupuolitautilien tutkimiseen ja hoitoon liittyvien virheellisten luulojen ja uskomusten hälventäminen. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 10–11.)

Sukupuolitautilutesteihin hakeutuessa on huomioitava tautien itämisaika. Sukupuolitautilutkimukset voidaan tehdä maksuttomasti kunnallisissa hoitopaikoissa tai maksullisesti yksityisellä lääkärint vastaanotolla. Ennen tutkimuksia potilaalle esitetään kysymyksiä, joiden avulla kartoitetaan muun muassa mahdollisia kliinisiä oireita sekä mitä tutkimuksia kannattaa ottaa ja tarvitaanko mahdolliset uudet tutkimukset myöhempänä ajankohdana. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 10-11.) Seksipartnereilla on oikeus saada tietää mahdollisesta tartunnasta, jotta he tietävät hakeutua tutkimuksiin sekä hoitoon. Vakituinen partneri pyritään tutkimaan ja hoitamaan samaan aikaan, jotta uusintatartunnoilta vältyttäisiin. (Hannuksela-Svahn 2014b.)

### **3.4.1 Klamydia**

Klamydia on yleisin sukupuoliteitse leviävä bakteeri-infektio, jonka aiheuttaja on *Chlamydia trachomatis*-bakteeri (Öhman 2006). Suomessa vuonna 2013 klamydia tartuntoja ilmoitettiin 12 156 kappaletta, joista 2 751 kappaletta oli 15–19-vuotiaita nuoria (*Chlamydia trachomatis* 2013). Klamydiaa esiintyy kaikissa ikäryhmissä, mutta nuoret alle 25-vuotiaat, joilla on useita seksikumppaneita, ovat suurimmassa tartuntavaarassa. Klamydia kuuluu ilmoitettaviin tartuntatauteihin. Luku, joka kertoo ilmoitetuista tartunnoista, ei kuitenkaan kerro koko totuutta klamydian yleisyydestä. Tämä johtuu siitä, etteivät tartunnan saaneet oireettomuutensa takia aina tiedä sairastavansa klamydiaa, eivätkä siten hakeudu hoitoon. Toinen tilastoja vääristävä tekijä on se, että tartunnan

saanut voi saada mikrobilääkityksen partnerinsa kautta. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Klamydian itämisaika on 10–14 vuorokautta. Klamydian aiheuttama infektio on kuitenkin usein oireeton. Vain noin puolet tartunnan saaneista miehistä ja noin 30 % naisista oireilee. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.) Pitkä itämisaika sekä usein oireeton tartunta, johtuu bakteerin tavasta lisääntyä hitaasti kohdesoluissa tuottaen uusia bakteereja suojassa elimistön puolustusmekanismeilta (Hiltunen-Back & Aho 2005, 27).

Tavanomaisia oireita klamydiasta ovat tihtynyt virtsaamisentarve, kirvely virtsatessa, vuoto virtsaputkessa, lisääntynyt valkovuoto, alavatsakivut ja verinen vuoto yhdyntöjen jälkeen. Gynekologisissa tutkimuksissa voidaan havaita sisäsynnytintulehdukseen viittaavia oireita kuten kohdunnapukan ja sivuelinten liikutteluarkuutta. Sidekalvotulehdukset silmän, nielun ja peräsuolen sidekalvoilla voi olla oire tartunnasta. Varsinainen diagnoosi tehdään nukleiinihappo monistustestillä. Näyte voidaan ottaa ensivirtasta tai tikkunäytteenä emättimen limakalvoilta, kohdunkaulankanavasta, peräsuolen, nielun tai silmän sidekalvoilta tartuntatavasta riippuen. Syyksi klamydia näytteen ottamiseen riittää potilaan pyyntö, tartuntaan viittaavat oireet, potilaalla on jokin muu sukupuolitauti tai on epäily tartunnasta, mutta myös silloin kun potilaalla on uusi tai usein vaihtunut seksikumppani. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Hoitamaton tai usein toistuva klamydia voi aiheuttaa naisilla hedelmättömyyttä sekä kohdun ulkoisia raskauksia, sillä klamydia tartunta on vaurioittanut ja arpeuttanut munatorvia (Öhman 2006). Miehillä klamydia voi aiheuttaa lisäkiestulehduksen (Hiltunen-Back & Aho 2005, 30). Tartuntojen lisääntyminen nuorten keskuudessa huolestuttaa sillä mahdolliset jälkiseuraukset tulevat ilmi vasta kymmenien vuosien päästä (Öhman 2006; Hiltunen-Back & Aho 2005, 30).

Tartuntatautilain mukaan klamydia luetaan ilmoitettavaksi tartuntataudiksi, jonka tartuntaketjun katkaisemiseksi maksuton hoito on hoidettavalle tarpeellinen (Tartuntatautilaki). Näin ollen klamydian tutkiminen ja hoitaminen ovat maksutonta kunnallisissa hoitopaikoissa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2014c). Klamydian ensisijaisena hoitona käytetään astromysiini yhden gramman kerta-annosta. Muita vaihtoehtoja ovat tetrasykliini 500 milligramman annos kolmesti päivässä kymmenen päivän ajan, doksisykliini 100 milligramman tai lymesykliiniä 300 milligramman annokset kahdesti päi-

vässä kymmenen päivän ajan. Doksisykliini kuuri on kuitenkin tehokkaampi hoitomuoto kuin astromysiini kerta-annos kun hoidetaan sukupuolielinten ulkopuolista klamydiaa. Hoito voidaan aloittaa kun potilaan oireet ovat selkeät tai kumppanilla on todettu klamydia. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Osana hyvää hoitoa on ohjaus lääkehoidon rinnalla. Ohjauksen tarkoituksena on ehkäistä uusia tartuntoja sekä estää infektion leviämistä (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.) Viidestä sukupuolitautilien poliklinikoista koostuvassa anturiverkostossa vuosina 1995–2006 tehdyn tutkimuksen mukaan toistuvat sukupuolitartunnat ovat yleisiä. Esimerkiksi klamydia tartunnan saaneista noin 15 %:lla oli ollut klamydia tartunta jo aiemmin edeltävän vuoden aikana. (Hiltunen-Back ym. 2009, 3004.) Klamydian levittäminen lääkehoidon aikana estetään yhdynnöistä pidättäytymisellä ensimmäisen hoitoviikon ajan sekä kondomin käytön ehdottomuudella siihen asti kunnes jälkitarkastus on tehty. Jälkitarkastuksessa varmistetaan mikrobiologinen paraneminen sekä hoito-ohjeiden noudattaminen. Hoidon epäonnistuminen johtuu usein joko uudesta tartunnasta tai hoito-ohjeiden noudattamatta jättämisestä. Jälkitarkastuksessa huolehditaan myös, että tartunnan lähde ja muut tartunnan kantajat ovat saaneet hoitoa ja potilaalle annetaan ohjeet sukupuolitaudeilta suojautumiseen sekä raskaudenehkäisyyden jatkossa. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

### **3.4.2 Genitaalierpes**

Genitaalierpesinfektion aiheuttavat herpes simplex -virukset 1 ja 2. Genitaalierpeksen itämisaika on yhdestä kahteen viikkoon. Ensitartunta on usein vähäoireinen tai oireeton, mutta primaari-infektion eli uusiutuvan infektion oireet voivat ilmaantua jo 2-6 vuorokauden kuluessa tartunnasta. Ensitartunnan oireita ovat iholla ja limakalvoilla olevat pinnalliset ja helposti rikkoutuvat rakkulat. Sen lisäksi voi olla yleisoireita kuten päänsärkyä, huonovointisuutta, kuumetta sekä nivusten imusolmukkeiden suurentumista. Oireet häviävät usein 2-3 viikon aikana. Henkilöillä, joilla on viruksen aiheuttama uusintaepisodi, ei useinkaan ole yleisoireita, vaan osa heistä on täysin oireettomia. Oireetoman genitaalierpeksen kantaja erittää virusta, jolloin henkilö saattaa tartuttaa muita huomaamattaan. Uusintaepisodeissa oireet alkavat kutinalla ja kihelmöinnillä jonka jälkeen limakalvoille ilmestyvät rakkulat ja haavaumat. Oireet lieventyvät kuitenkin jo noin viikon sisällä. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Diagnoosi tehdään ensisijaisesti herpesviljelyllä. Hoitona käytetään viruslääkkeitä, jotka nopeuttavat oireiden lievittymistä, mutta eivät poista virusta elimistöstä. Viruslääkkeitä suositellaan käytettäväksi oireellisissa primaariherpes tapauksissa kliinisen epäilyn perusteella jo ennen laboratoriovarmistusta sekä uusintaepisodeissa oireiden voimakkuuden ja henkilön toiveen mukaan heti ensioireista alkaen. Tällaisissa tapauksissa henkilöillä kannattaa olla viruslääkeresepti jo valmiina mahdollista uusintaepisodia varten. Viruslääkkeitä on mahdollista käyttää myös estohoitona. Silloin lääkkeiden tarkoitus on vähentää genitaalierpeksen oireisia jaksoja ja tartuttavuutta. Estohoitoa voidaan harkita diagnosoituun genitaalierpekseen tapauskohtaisesti, kun uusintaepisodeja on puolen vuoden sisällä vähintään kuusi tai potilas ja oireiden voimakkuus sen vaatii. Kondomi ei suojaa genitaalierpes tartunnalta täysin, mutta sen käytöllä on vaikutusta tartuntojen määrän vähenemiseen. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

### **3.4.3 Kondylooma**

Tavallisimmin kondylooman aiheuttavat ihmisen papilloomaviruksen (Human Papilloma virus eli HPV) tyypit 6 ja 11. Se tarttuu suojaamattoman seksin lisäksi myös perinataalisesti sekä käsien välityksellä, tämän vuoksi kondomi ei suojaa täysin HPV-infektiolta. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Kondylooman itämisaika vaihtelee kuukausista vuosiin, myös oireet ovat hyvin vaihtelevia. Oireet voivat olla kukkakaalimaisia tai syylän kaltaisia ulokkeita. Litteää kondyloomaa joka on usein sileäpintaista epiteelipaksunnosta tai sitten papuloista kondylooma jossa ihon tai limakalvojen pinnassa on koholla olevia luomimaisia muutoksia, jotka voivat olla myös pigmentoituneita. Miehillä nämä oireet voivat esiintyä sulkuksessa, esinahassa, terskassa, siittimen varressa tai virtsaputkessa. Naisella oireet esiintyvät useimmiten ulkosynnyttimissä, virtsaputken suulla, emättimen aukolla ja välilihalla. Joskus oireita havaitaan myös emättimessä ja kohdunnapukassa. Sukupuolesta riippumatta oireet voivat olla myös peräaukon ympärillä, peräaukossa sekä suuontelossa. Diagnoosi tehdään ulkogenitaalit tutkimalla sekä sen lisäksi virtsaputken suu tutkitaan, peräaukon iho tarkistetaan sekä naisille tehdään gynekologinen spekulatutkimus. Naisilta, joilla oireet ovat ulkosynnyttimillä, tulee ottaa kohdunsuun irtosolunäyte. Muutoin

näytteitä otetaan vain jos muutokset ovat tarunnalle epätyypillisiä tai eivät reagoi hoitoon. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Kondylooman hoidossa tavoitellaan oireiden ja potilasta häiritsevien muutosten poistamista. Hoitomuodon valintaan vaikuttaa potilaan mahdollisuudet hoidon toteutukseen, kondylooman sijainti ja määrä, sekä hoitopaikan varustelu. Perusterveydenhuollossa hoito voidaan aloittaa potilaan itsensä toteuttamalla paikallishoidolla, mikä tarkoittaa erilaisten voiteiden ja liuosten käyttöä. Jos kotona toteutetulla hoidolla ei saada riittävää vastetta, voidaan siirtyä vastaanotoilla toteutettaviin hoitomuotoihin. Hoitomuotoja ovat muun muassa nestetyypijääditys, kirurginen poisto ja hiilidioksidilaser. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Suojaamattomissa yhdynnöissä leviävät myös ihmisen papilloomaviruksen tyypit, jotka aiheuttavat muun muassa kohdunkaulan syöpää. Näitä ihmisen papilloomaviruksen aiheuttamia tauteja vastaan on kehitetty HPV-rokote. Rokotteilla on tarkoitus ehkäistä muutamia papilloomavirusten aiheuttamia sairauksia kuten kohdunkaulan syöpää sekä muita hoitoa vaativia solumuutoksia. (Tiitinen 2013b.) Kouluterveyskyselyiden mukaan vain noin 25 % 8.-9.-luokkalaisista tietää HPV-rokotteen suojaavan kohdunkaulan syövältä (Nipuli 2013).

Jotta rokotteella saadaan haluttu suoja, tulee se antaa ennen HPV:lle altistumista eli ennen ensimmäistä sukupuoliyhdyntää. Yhdyntöjen aloitus ei ole este rokottamiselle, mutta jos tyttö on jo saanut HPV-viruksen elimistöön, ei rokote anna haluttua suojaa. (Tiitinen 2013b.) Noin 33 % 8.-9.-luokkalaisista tiesi, ettei rokote anna suojaa kaikkia sukupuolitauteja vastaan. Nuorille on annettava lisää tietoa siitä, ettei HPV-rokote anna suojaa kaikkia sukupuolitauteja vastaan. (Nipuli 2013.) Rokote lisättiin kansalliseen rokotusohjelmaan marraskuussa 2013 ja sen saavat 11–12-vuotiaat tytöt. Rokotuksella ei ole havaittu vakavia haittavaikutuksia vaan haitat rajoittuvat lähinnä pistopaikan paikalliseen kipuiluun, punoitukseen sekä turvotukseen. Noin 20 % rokotteen saaneista on saanut lihas- tai nivelsärkyjä. (Tiitinen 2013b.)

### 3.4.4 Muut sukupuolitaudit

Yleisvaarallisiin tartuntatauteihin kuuluva kuppa on *Treponema pallidum* -bakteerin aiheuttama krooninen yleisinfektio. Tartunta voi olla oireeton tai sitten oireinen kupan etenemisvaiheen mukaisesti. Primäärikupan itämisaika on 3-4 viikkoa. Oireina tällöin ovat kovareunaiset aristamattomat haavat ja imusolmuketurvotus. Infektion edetessä sekundäärikuppaan 1,5-2 kuukauden kuluttua alkavat yleisoireet, kuten kuume ja yleinen sairauden tunne. Tämän lisäksi esiintyy iho-oireita, roseolaa ja syfilidejä. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Infektion seuraava vaihe on latenttikuppa. Latenttikupassa voi esiintyä primäärikupan oireita, mutta kahden vuoden jälkeen latenttikuppa ei enää oireile eikä tartu. Tetriääräkuppa on vaihe joka saavutetaan 4-40 vuoden päästä tartunnasta. Se on useimmiten oireeton, mutta muutokset sydämessä, ihossa ja keskushermostossa ovat mahdollisia. Kuppa todetaan kliinisen kuvan ja vasta-ainetestin perusteella. Hoitona käytetään ensisijaisesti penisilliiniä, Suomessa eniten kokemusta kupan hoidossa on prokaiinipenisilliinin käytöstä. Kupan kohdalla on tärkeä seurata hoitovastetta. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Tippuri on *Neisseria gonorrhoeae* -bakteerin aiheuttama sukupuolitauti. Nykyään tippuri tartunnat ovat Suomessa harvinaisia, useimmiten tartunnat ovat peräisin ulkomailta. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 23.) Tartunnan saaneista vain osalla on oireita, jotka alkavat naisilla 2-4 viikon ja miehillä 1-5 päivän jälkeen suojaamattomasta seksistä itämisajan päätyttyä. Tippurin oireet miehillä ovat virtsaamistarpeen tihentyminen, kirvely ja virtsaputken märkäinen vuoto. Naisilla oireina ovat virtsaamisvaivat, lisääntynyt valko- vuoto sekä alavatsakivut. Infektio voi olla myös peräsuolella tai nielussa, jolloin se on usein oireeton. Tippuri todetaan ensivirtsanäytteen tai tartuntapaikasta otetun tikkunäytteen perusteella. Hoitona käytetään ensisijaisesti keftriaksonia 500 mg kerta-annos injektiona lihakseen annettuna. Jälkitarkastus tehdään viikon tai neljän viikon jälkeen injektion annosta. (Sukupuolitaudit: Käypä hoito -suositus 2010.)

Satiaiset ovat noin millimetrin kokoisia, helposti paljailla silmillä havaittavia ruskeita täitä. Satiaiset elävät pääasiassa vain häpykarvoituksessa, jonka takia ne tarttuvat usein seksikontakteissa. Satiaisia löytyy erittäin harvoin kainaloissa, ihokarvoissa, silmäripsissä tai kulmakarvoissa. Hiuksissa niitä ei esiinny. Satiaiset kiinnittävät munansa eli

saivarit karvoihin ja noin viikon kuluessa saivareista kehittyä aikuisia satiaisia. (Hannuksela 2013; Hiltunen-Back & Aho 2005, 56). Tartunnan oire on useimmiten kutina häpykarvoituksen alueella (Hiltunen-Back & Aho 2005, 56). Hoitona satiaisten poistamiseksi on täishampoo, mutta saivarit on poistettava mekaanisesti esimerkiksi pinsetein. Tarvittaessa voidaan ajella saivareiden valtaamat ihokarvat pois. (Hannuksela 2013.)

Syyhy on 0,03-0,5 millimetrin pituisen syyhypunkin aiheuttamaa kovaa kutinaa, jota esiintyy enemmän iltaisin. Tartunnan alussa syyhyä on vaikea havaita, mutta jonkin ajan kuluttua ihon alla on nähtävissä noin 1 cm mittaisia punkin kaivamia käytäviä, joiden päässä on havaittavissa punkki eli pieni musta piste. Käytäviä näkyy kutiavilla alueilla muun muassa sormienvälissä, kämmenissä ja ranteissa. Kutinasta seuraa raapimista, mikä vaikeuttaa diagnosointia ja voi aiheuttaa ihon tulehtumisen. (Hannuksela 2012.)

Syyhy tartunnan voi saada läheisessä kontaktissa kuten kouluista, perheen keskuudesta tai seksikontaktista mutta myös mahdollisesti vaatteiden ja vuodevaatteiden välityksellä. Tauti todetaan tunnistamalla syyhypunkki, jota varten lääkärin on pyydystettävä sellainen potilaan kehosta. Hoidon aloittamisen syyksi riittävät syyhyyn sopivat oireet kun esimerkiksi päiväkodissa tai lähiomaisella on lääkärin toteama syyhy. Syyhy hoidetaan voiteella, jota hierotaan koko kehoon illalla ja joka pestään aamulla pois. Syyhypunkin hävittämiseksi on syytä hoitaa kaikki perheenjäsenet, myös oireettomat. Petivaatteet ja käyttövaatteet on syytä pestä. (Hannuksela 2012.)

Hepatiitit ovat maksan virustulehduksia. B-hepatiitti tarttuu äidistä lapseen synnytyksen yhteydessä, veriteitse sekä sukupuoliteitse suojaamattomassa seksissä. Suomessa todetaan tartuntoja noin 300 vuosittain, niistä suurin osa on saatu seksin ja huumeruiskujen välityksellä. Hepatiitti C tarttuu erittäin harvoin seksin välityksellä. (Lumio 2013.)

Hepatiitti B:n itämisaika on 1-6 kuukautta ja vain noin 33 % tartunnan saaneista saa maksatulehdukselle tyypillisiä oireita. Oireita ovat muutamien päivien kuumeilu, epämääräiset vatsavaivat, ruokahaluttomuus, pahoinvointi, väsymys sekä tämän jälkeinen keltaisuus ihossa ja silmänvalkuaisissa. Terveysuhkana ei ole lievät akuutin maksatulehduksen oireet vaan maksatulehduksen kroonistuminen. Tartunnan saaneista 3-5 % jää krooniseksi viruksen kantajiksi. Kantajilla on lisääntynyt riski sairastua maksasyöpään ja osalla heistä tulehdus johtaa maksakirroosiin. (Lumio 2013.)

B-hepatiitti todetaan verikokein. Tartunnan toteamisen jälkeen on hyvä tutkia myös seksikumppanit ja perheenjäsenet, jotta oireettomat tartunnat havaitaan. Henkilöille, joilla tartunta jää krooniseksi ja joilla on maksatulehdus, annetaan vuoden kestävä injektio hoito jonka jälkeen hoitoa jatketaan tablettihoitona. Hoidon tarkoitus on vaimentaa tulehdus, vaikkakaan virusta ei saada poistettua elimistöstä. Hepatiitti B-tartunnoilta voi suojautua myös ottamalla siihen tarkoitettua rokotteen. (Lumio 2013.)

Hiv on Human Immunodeficiency-viruksen eli immuunikatoviruksen aiheuttama infektio. Se tarttuu pistosten välityksellä, äidistä syntyvään lapseen sekä suojaamattoman seksin välityksellä, joka on näistä yleisin tartuntatapa. HIV-tartuntojen tilastoiminen on aloitettu jo ennen valtakunnallista tautirekisterin perustamista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Vuodesta 1980–2014 syksyyn mennessä HIV-tartuntoja on todettu 15–19-vuotiaiden nuorten keskuudessa 62 kappaletta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b).

Noin 30–50 % tartunnan saaneista on taudin ensivaiheessa oireettomia. Ensivaiheen oireet voivat kuitenkin alkaa 2-6 viikon sisällä. Oireita ovat muun muassa kuume, kipeät haavat suussa, nielutulehdus, päänsärky, imusolmuketurvotus, nivelsäryt, ripuli ja rokon kaltainen ihottuma. Nämä oireet kuitenkin häviävät kuukauden sisällä, josta seuraa usein monen vuoden oireeton jakso. Kun immuunivaste vähitellen heikkenee alkaa ilmetä kuumeilua, laihtumista, ripulia, hiiva- ja sieni-infektioita sekä runsaasti syyliä tai kondyloomaa. Hiv voi edetä AIDS -vaiheeseen, jossa immuunipuolustus romahtaa ja keho on altis jopa normaalisti vaarattomien bakteereiden aiheuttamille infektioille. (Hannuksela-Svahn 2014a).

Hiv-infektio todetaan verestä, ottamalla verikoe viimeistään kolmen kuukauden kuluttua mahdollisen tartunnan jälkeen. Hiv-infektion hoidossa käytetään keskeyttämätöntä viruslääkitystä, jotka eivät hävitä virusta verestä vaan hidastavat Aids oireiden tuloa tai voivat jopa estää aidsin kokonaan. (Hannuksela-Svahn 2014a).



### 3.5 Ehkäisy

Ehkäisyllä tarkoitetaan sukupuolitauditartuntojen ja raskauden ehkäisyä. Jokaisella on halutessaan oikeus saada neuvontaa käytettävissä olevista raskauden ehkäisymenetelmistä. Useat erilaiset ehkäisymenetelmät mahdollistavat sen, että jokainen voi valita itselleen ja elämäntilanteeseensa sopivan tavan ehkäistä ei-toivottuja raskauksia ja sukupuolitauteja. (Tiitinen 2013a.)

Ehkäisymenetelmät jaetaan estomenetelmiin, hormonaalisiin menetelmiin ja kierukkaan. Estomenetelmiä ovat kondomi, spermisidit ja pessaari. Hormonaalisia menetelmiä ovat yhdistelmäehkäisyvalmisteet, progestiiniehkäisy, sekä jälkiehkäisy. Kierukalla tarkoitetaan kuparikierukkaa. Lisäksi oma lukunsa on sterilisaatio, jota käytetään yleensä viimeisenä vaihtoehtona. (Tiitinen 2013a.) Suosituimmat ehkäisykeinot nuorten keskuudessa ovat kondomi ja kasvavassa trendissä e-pillerit (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007).

#### 3.5.1 Sukupuolitautilien ehkäisy

Sukupuolitauditartunnoille altistumisesta vastaa jokainen itse omalla käytöksellään. Seksipartnereiden vaihtuvuus vaikuttaa sukupuoliteitse leviävien tautien yleisyyteen. Tämän lisäksi myös pitkäaikainen tartunnankantavuus ja oireeton itämisaika lisäävät tartunnan riskiä pidemmissäkin sukupuolisuhteissa. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

Kondomin ehkäisy perustuu siittiöiden jäämiseen kondomin sisälle, jolloin hedelmöitymistä ei tapahdu. (Aarnipuu & Aarnipuu 2012, 42.) Jotta kondomi ehkäisee mahdollisimman hyvin, tulee sitä käyttää koko yhdynnän ajan, myös suuseksissä (Ehkäisy.net 2010). Kondomin ehkäisyteho on 98 %, joka saavutetaan vain käyttämällä kondomia oikein (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6).

Kondomi on toistaiseksi ainoa miehille suunnattu ehkäisyväline (Tikka 2012, 603). Kondomit ovat helposti hankittavissa ja niiden käyttö on helppoa, niiden hankkimiseen ei myöskään ole ikärajaa. Kondomi on ainoa sukupuolitaudeilta suojaava ehkäisyväline. (Tikka 2012, 603.) Kondomeja on erimallisia, kokoisia, maulla tai ilman. Jokaiselle käyttäjälle löytyy varmasti juuri itselle parhaiten sopiva. (Tikka 2012, 603.)

Kondomia on hyvä käyttää erityisesti tilapäisissä seksisuhteissa, sekä tuplaehkäisyinä e-pillereiden tai muun raskaudenehkäisyvälineen kanssa. Ongelmana kondomin käytölle on usein hinta ja käyttövirheet. (Tikka 2012, 603.) Kouluterveyskyselyn perusteella noin 25 % yläkoululaisista kokee kondomien hankkimisen vaikeaksi (Nipuli 2013). Nuorilla käyttövirheitä vähentää kondomin käytön harjoittelu ennen ensimmäistä yhdyntää (Cacciatore, ym. 2001, 177).

Sukupuolitaudeilta suojaa myös naisten kondomi. Kondomi on ohutta muovia, jossa on kaksi joustavaa rengasta joiden tehtävä on pitää kondomi paikallaan. Kondomi asetetaan paikalleen ennen yhdyntää, eikä sitä saa käyttää samanaikaisesti miesten kondomin kanssa. Suomessa tämä ehkäisy muoto ei ole saavuttanut suurta suosiota, osittain siihen vaikuttaa myös naisten kondomin korkea hinta. (Tikka 2012, 603–604.)

### **3.5.2 Raskauden ehkäisy**

Yhdyntäaktiivisuus sekä raskauden ehkäisyvälineiden käyttö heijastuu suoraan raskauksien määrään nuorten keskuudessa. Suurin osa alaikäisten raskauksista on suunnittelemattomia, joten niiden vähäisen määrän voidaan ajatella kertovan hyvästä seksuaaliterveyden tilasta. (Kosunen & Ritamo 2004, 17,24.) Raskaudenkeskeytykset alle 20-vuotiaiden keskuudessa ovat viime vuosina vähentyneet. Vuonna 2000 alle 20-vuotiaille tehtiin 16,3 raskaudenkeskeytystä 1000 samanikäistä kohden. Vuonna 2012 tehtiin enää 10,9 raskaudenkeskeytystä 1000 samanikäistä kohden. (Heino, Gissler & Soimula 2013, 2.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet sisältävät estrogeeniä ja progестиinia. Raskauden ehkäisyteho perustuu munasolun kehittymisen estymiseen, munarakkula ei kypsy eikä munasolu irtoa ja näin hedelmöittyminen estyy. (Tiitinen 2013a.) Ehkäisyvarmuudeltaan yhdistelmäehkäisyvalmisteet ovat 99,7 % (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6).

Tikan (2012, 608) sekä Heikinheimon, Suhosen ja Lähteenmäen (2011, 158) mukaan yhdistelmäehkäisyvalmisteet sopivat hyvin nuorille synnyttämättömille naisille ensisijaiseksi ehkäisy menetelmäksi. Kaikille yhdistelmäehkäisyvälineet eivät kuitenkaan sovi

ja aina ennen lääkityksen aloittamista on syytä huomioida käytön esteet (Tikka 2012, 608). Vasta-aiheita yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön ovat tupakointi, yli 35 vuoden ikä, raskaus, aurallinen migreeni, selvittämätön gynekologinen vuoto, diabetes jossa on kohde-elinvaurio, korkea (yli 160/100mmHg) verenpaine, rinta- tai kohtusyöpä, TIA, iskeeminen sydänsairaus, sairastettu syvä laskimoveritulppa tai taipumus laskimotukoksiin ja aktiivinen maksatauti (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 159). Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ovat yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja -laastari (Tikka 2012, 608).

Yhdistelmäehkäisytabletit aloitetaan ensimmäisenä kuukautisvuotopäivänä ja niitä otetaan 21–28 päivän jaksoissa valmisteesta riippuen. Jakson jälkeen pidetään seitsemän päivän tauko. Yhdistelmätableteissa estrogeenin sekä progestiinin suhteet ja annokset voivat vaihdella kierron eri vaiheiden mukaan. Hormonien määrillä pyritään mukailemaan kuukautiskierron estrogeeni-progesteronisuhdetta. Ehkäisyrenkaan ja -laastarin periaate on sama, kuin yhdistelmäehkäisytablettien. Myös edut, haitat ja vasta-aiheet ovat samanlaiset kuin yhdistelmäehkäisytableteissa. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 158.)

Suosituksen mukaan ehkäisy-laastari asetetaan joko olkavarteen, pakaraan, vatsaan tai yläselkään. Laastari vaihdetaan kerran viikossa, jolloin laastarin paikkaa on hyvä vaihtaa mahdollisen ihoärsytyksen vuoksi. (Tikka 2012, 607.) Ehkäisyrenkas asetetaan emättimeen ja sen annetaan olla paikallaan kolme viikkoa. Renkas vapauttaa hormonit verenkiertoon emättimen limakalvojen kautta. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 158.) Renkaan käyttö vaatii hieman muita ehkäisyvälineitä enemmän harjoittelua. Se on kuitenkin saavuttanut runsaasti tyytyväisiä käyttäjiä. Renkas ei yleensä tunnu ja halutessaan sen voi poistaa yhdynnän ajaksi. Renkas on muistettava asettaa takaisin kolmen tunnin sisällä yhdynnästä tai ehkäisyteho laskee. (Tikka 2012, 608.)

Yhdistelmävalmisteiden käyttötavat ovat muuttuneet. Perinteisessä 28 vuorokauden kuukautiskierrossa kolmen viikon jälkeen ehkäisystä pidetään tauko josta seuraa kuukautisia muistuttava vuoto. Uudessa käyttötavassa ehkäisyä voidaan käyttää jopa 2-6 kuukautta tauotta. Tällainen käyttörytmi on mahdollinen ehkäisytableteilla, -renkaalla sekä -laastareilla. Pitkästä ajanjaksosta ilman kuukautisia on katsottu parantavan naisten elämänlaatua etenkin naisilla, joilla kuukautisiin liittyvät oireet ovat epämiellyttäviä ja voimakkaita kuten esimerkiksi migreeni. (Tikka 2012, 607.)

Yhdistelmäehkäisyn mahdolliset tavanomaiset ja vaarattomat haitat ovat välivuodot, päänsärky, huimaus, mielialavaihtelut, painonnousu, turvotukset, pahoinvointi, rintojen aristus, seksuaalinen haluttomuus, emättimen kuivuus, akne sekä ärtyneisyys. Näitä haittoja esiintyy yleensä käytön alussa. Haittojen on usein tapana korjaantua itsestään, jos oireet kuten pahoinvointi, päänsärky ja mielialan muutokset eivät häviä, tulee harkita valmisteiden vaihtamista, yhdistelmäehkäisyn lopettamista ja vaihtamista paremmin sopivaan menetelmään. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 158.)

Yhdistelmäehkäisyllä on myös terveyshyötyjä, miksi niitä suositetaan nuorten naisten raskauden ehkäisyssä. Yhdistelmäehkäisy suojaa kohdun ulkopuolisilta raskauksilta ja aiheuttaa niukemmat vuodot, jolloin anemian riski vähenee. Yhdistelmäehkäisy vähentää myös kuukautiskipuja tai poistavat ne kokonaan. Se vähentää todennäköisyyttä saada rintojen ja munasarjojen hyvän laatuksia kasvaimia sekä vähentää munatorvien tulehdusvaurioita ja sisäsynnyttimien tulehduksia. Lisäksi riski sairastua kohdun runko osantai munasarjasyöpään pienenee. Jossain tapauksissa yhdistelmäehkäisy hoitaa aknea ja liikakarvoitusta. Eduksi voidaan lukea myös säännöllisestä ehkäisyn käytöstä seuraava säännöllinen kuukautiskierto. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 156; Tikka 2012, 609.)

Yleisin hormonaalinen ehkäisymenetelmä on yhdistelmätabletti, joka on tehokas, turvallinen ja käyttäjän kontrolloitavissa oleva ehkäisymenetelmä. Ehkäisyrenkas ja -laastari ovat kuitenkin ehkäisyteholtaan hieman varmempia kuin tabletti, sillä niiden ehkäisy teho ei riipu päivittäin muistettavista tableteista. Tutkimusten mukaan ehkäisytablettien unohtaminen on erittäin yleistä, tablettien unohtamisen ajankohta ja lukumäärä vaikuttavat riskiin tulla raskaaksi. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 158.) Unohdukset eteenkin alkukierrolla ja taukoviikon pidentyminen lisäävät raskaaksi tulemisen riskiä (Tikka 2012, 607). Kondomin käyttö on joidenkin unohdusten kohdalla erittäin suositeltavaa. Unohdusten katsotaan olevan yhteydessä myös jälkiehkäisyn käytön lisääntymiseen. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 158.)

Kierukka on kohdunsisäinen ehkäisyväline. Suomessa käytössä ovat hormoni- ja kuparikierukat. Kohdunsisäinen ehkäisy sopii ensisijaisesti synnyttäneille naisille, mutta tutkimusten mukaan synnyttämättömyys ei ole este niiden käytölle. Niiden on jopa todettu olevan hyvä vaihtoehto myös vakituudessa parisuhteessa oleville naisille, jotka

tarvitsevat pitkäaikaista ehkäisyä. Näin ollen ne sopivat myös nuorille. (Tikka 2012, 605.)

Ennen kierukan asennusta tehdään gynekologinen tutkimus, joka sisältää sisä- ja ulko-tutkimuksen sekä tarvittaessa irtosolunäytteen ottamisen. Usein kierukka asetetaan kuukautiskierron alussa, sillä kohdunsuu on silloin hieman avautunut jolloin toimenpide on hieman kivuttomampi. Kierukka voidaan kuitenkin asettaa missä tahansa kierron vaiheessa, kunhan mahdollinen raskaus on poissuljettu. (Tikka 2012, 605.)

Kuparikierukan ehkäisy perustuu kohtuontelossa tapahtuvaan muutokseen, joka estää siittiöiden etenemisen, sekä munasolun kiinnittymisen kohdun seinämään (Tikka 2012, 605). Ehkäisyvarmuudeltaan se on 99,4 % (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6). Haittavaikutuksena kuparikierukalla on lisääntynyt kuukautisvuoto, joka koetaan usein epämiellyttäväksi. Lisäksi joissain tapauksissa kupari kierukka lisää kuukautiskipuja. (Tikka 2012, 605.)

Hormonikierukka on rakennettu samaan T-muotoon kuin kuparikierukka. Hormonikierukassa on kuparihopealangan tilalla levonorgestreelihormonimassa, josta vapautuu vaikuttavaa ainetta tasaisesti kohtuun. Hormoni aiheuttaa kohtuun niin sanotusti lepotilan jolloin vuodot niukkenevat tai jäävät kokonaan pois. (Tikka 2012, 605-606.) Ehkäisyteholtaan hormonikierukka on 99,9 % (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6). Hyvät puolet hormonikierukassa ovat osittain samoja kuin kuparikierukassa, sekä lisäksi vuotojen väheneminen. Huonoja puolia ovat hoidon alussa esiintyvää tiputteluvuotoa, sekä joissain tapauksissa hoidon alussa toiset saavat pahoja aknejaksoja. (Tikka 2012, 605–606.)

Progestiiniehkäisyn eräs muoto on minitabletit. Näissä tableteissa on vain progestiinia, ja niitä määrätään vaihtoehtoisesti jos yhdistelmäehkäisy ei sovi tai käytölle on vasta-aiheita. Minitabletit pyritään aloittamaan kuukautisvuodon ensimmäisinä päivinä. Tabletteja otetaan tauotta yksi päivässä. Niiden ehkäisyteho perustuu kohdun limakalvojen ohentumiseen ja kohdunsuun liman muuttumiseen sitkeämmäksi, jolloin siittiöiden kulku kohdunsuulta eteenpäin vaikeutuu. Limakalvojen muutokset vaikeuttavat myös hedelmöittyneen munasolun implantaatiota eli munasolun kiinnittymistä kohdun seinämään. Minitabletit häiritsevät myös munasolun irtoamista. (Tikka 2012, 609–610.) Ehkäisyvarmuus on 99,6 %:a (Selected practice recommendations for contraceptive use

2004, 6). Käytön ongelmia ovat vuotohäiriöt, joita ovat epäsäännöllisyys sekä vuotojen pois jääminen (Tikka 2012, 610).

Muita progestiini ehkäisyvälineitä ovat ihonalaiset ehkäisykapselit ja -ruiske. Ehkäisykapselit sopivat hyvin naisille keillä on tarve pitkäaikaiselle ehkäisylle ja keillä on ongelmia muistaa ottaa pillerit säännöllisesti. Suomessa on tarjolla kaksi eri kapselivaihtoehtoa. Kaksi sauvaa (vapauttaa levonorgestreelia) joiden teho kestää viisi vuotta tai yksi sauva (vapauttaa etonogestreelia) jonka ehkäisyteho kestää kolme vuotta. Kapselit asettavat ja poistavat lääkäri. Kapselit asetetaan ihon alle olkavarren sisäpuolelle. (Tikka 2012, 610.) Ehkäisyteholta kapselit ovat 99-100 %:a (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6). Ehkäisykapselien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat tiputteluvuodot tai vuodon jääminen kokonaan pois sekä joissain tapauksissa painonnousu (Tikka 2012, 610).

Ehkäisyruiske ei ole saavuttanut kovin suurta suosiota Suomessa ja valikoimasta löytyykin vain yksi valmiste. Ehkäisyruiskeen teho kestää kolme kuukautta, ja sen pistää terveydenhuollonammattilainen. (Tikka 2012, 610–611.) Ehkäisyvarmuudeltaan se on 99,7 % (Selected practice recommendations for contraceptive use 2004, 6). Yleisimmät haittavaikutukset ovat samanlaisia kuin muissa progestiiniehkäisy muodoissa eli vuotohäiriöt ja kuukautisten poisjääminen, sekä painonnousu. Ehkäisyruiskeen ongelmista huomattavin on hedelmällisyyden palautuminen, joka voi kestää kuudesta kahdeksaan kuukauteen käytön lopettamisen jälkeen. (Tikka 2012, 610–611.)

Pessaari on ensimmäisiä naisten käytössä olleita ehkäisyvälineitä. Ehkäisyteholtaan pessaari ei ole yhtä varma kuin kondomi, eikä se ehkäise sukupuolitaudeilta. Pessaari on kumi kuppi, joka asetetaan kohdunnapukkaan ja se estää näin siittiöiden pääsyn kohtuun ja munasolulle. Pessaarin kanssa on suositeltavaa käyttää myös spermisidejä. Käyttöä hankaloittaa pessaarin asettaminen paikoilleen, asetus tulee tehdä 10–30 minuuttia ennen yhdyntää. Se on poistettava 6-12 tunnin sisällä yhdynnästä. Pessaari on monikäyttöinen ja sen saatavuus vaihtelee Suomessa. Gynekologin tulee mitata sovitusrankailla oikea koko ennen pessaarin ostoa. (Tikka 2012, 603.)

Spermisidit ovat kemiallisia valmisteita, joita on saatavilla vagitorion, vaahdon ja geelin muodossa. Spermisidit asetetaan emättimeen asettimella ennen yhdyntää, teho säilyy 1-2 tuntia asettamisesta. Uusi yhdyntä vaatii uuden annoksen spermisidiä. Spermisidien

käytön huonoja puolia ovat toisille aiheutuvat paikalliset reaktiot, käytön epäsiisteys sekä muihin ehkäisymenetelmiin nähden heikko ehkäisyteho. (Tikka 2012, 603.)

Jälkiehkäisyllä tarkoitetaan raskaudenehkäisyn varamenetelmää, johon turvaudutaan ehkäisyn epäonnistuttua tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen (Jälkiehkäisy: Käypä hoito -suositus 2010). Jälkiehkäisyn tarkoituksena on vähentää ei-toivottuja raskauksia ja raskaudenkeskeytyksiä. Jälkiehkäisyllä pyritään estämään hedelmöittyminen ja munasolun implantaatio, jolloin mekanismi on eri kuin esimerkiksi raskaudenkeskeytyksessä. (Tikka 2012, 604.) Erään tutkimuksen mukaan itsehoitona toteutettavaa jälkiehkäisyä käyttävät eniten 20–24-vuotiaat ja tämän jälkeen suurin käyttäjäryhmä on alle 20-vuotiaissa. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että monella jälkiehkäisyvalmisteita hake-neella on takana jo aiempaa jälkiehkäisyn käyttöä. (Oksama, Sihvo & Pietilä 2004.)

Jälkiehkäisyssä voidaan käyttää kahta erilaista hormonaalista menetelmää tai kuparikierukkaa. Hormonaaliset menetelmät ovat levonorgestreeli ja ulipristaali. Näistä levonorgestreeli on itsehoitovalmiste, jota otetaan 1,5 milligramman kerta-annos mahdollisimman pian suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Ehkäisyteho on sitä parempi mitä nopeammin tabletti otetaan, mieluiten 12 tunnin kuluessa ja viimeistään 72 tunnin kulluttua. Ulipristaali on reseptivalmiste, joka voidaan ottaa jopa 120 tunnin sisällä suojaamattomasta yhdynnästä, kun raskaus on suljettu pois. Ehkäisy perustuu ovulaation estymiseen tai myöhästymiseen. Jälkiehkäisynä levonorgestreeliä käyttäneistä 1-3 % on tullut raskaaksi. (Jälkiehkäisy: Käypä hoito -suositus 2010.)

Jälkiehkäisymielessä kuparikierukka tulee käydä laitattamassa viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä, jos sen ei haluta antavan jatkossa suojaa mahdollisilta raskauksilta voi sen käydä poistattamassa seuraavien kuukautisten jälkeen. Kuparikierukan ehkäisy perustuu vaikutuksiin siittiöiden liikkuvuudessa ja kohdun limakalvoilla. Jälkiehkäisymenetelmänä kuparikierukka on erittäin tehokas, vain 0,1 % käyttäjistä on tullut raskaaksi. (Jälkiehkäisy: Käypä hoito -suositus 2010).

Jälkiehkäisytableteilla on myös haittavaikutuksia, kuten päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, huimaus, väsymys, alavatsakivut, rintojen arkuus ja erilaiset vuoto ongelmat (Jälkiehkäisy: Käypä hoito-suositus 2010). On syytä muistaa, että ehkäisynä jälkiehkäisy on kertaluonteinen, eikä sitä tule käyttää toistuvasti. Jälkiehkäisyn käytön jälkeen ehkäisystä on huolehdittava esimerkiksi kondomilla seuraaviin kuukautisiin asti. Jälkiehkäisyn

käyttäjää tulee ohjata tekemään raskaustesti jos seuraavat kuukautiset ovat yli viisi vuorokautta myöhässä tai ovat poikkeavat. (Tikka 2012, 604.)

### 3.6 Oppitunti 9.-luokkalaiselle

Nykymaailmassa ihmisiltä vaaditaan työssä itseohjautuvuutta ja innovatiivisuutta, muuntautumiskykyä ja valmiutta kouluttautua jatkuvasti. Nuorille on tärkeää opettaa näitä taitoja. Suomessa nuoret päätyvät koulussa objektin, vastaanottajan asemaan, kun hänelle hyödyllisempää olisi olla oman oppimisensa subjekti. Opetuksessa tulee korostaa taitoja, joita tarvitaan tiedon hankinnassa, organisoinnissa ja käyttäytymisessä. Nuoren opetuksessa pyritään syväoppimiseen, jossa nuori sisäistää syy-seuraussuhteet ja osaa yleistää ja käyttää monipuolisesti opittua asiaa. Keskeistä ovat sisäisten mallien hyödyntäminen nuoren opettamisessa. Opiskelu on asioiden omaksumisen lisäksi myös oppimisstrategioiden omaksumista. Nuori pystyy myös tietoisesti opettelemaan eri oppimisstrategioita ja näin vaikuttaa oppimisensa laatuun. Oppiminen on parhainta jos nuoren oppiminen on tavoitteellista, tietoista ja omakohtaista. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 2003,69.)

Oppimistapoja on määritelty aina henkilökohtaisista strategioista, tiedon ja opin keruu menetelmiin, opitun informaation organisointiin, muistamiseen ja ajatteluun. Yksi oppii parhaiten kuuntelemalla, toinen lukemalla. Toiset oppivat paremmin yksin, toiset ryhmässä. Yhtä oikeaa ja parasta oppimismenetelmää ei ole, vaan se vaihtelee yksilöittäin. (Davis 2009, 273.) Eri tutkijat ovat pyrkineet määrittelemään eri oppimisstrategioita. Tunnetuimpia oppimisen tutkijoita ovat Fleming ja Miller, sekä Kolb (Davis 2009, 274–275.)

VARK-malli kuvaa eri tiedonvastaanottotapoja. VARK-mallin mukaan henkilö voi olla visuaalinen, auditiivinen, kinesteettinen tai lukeva ja kirjoittaja eli taktiilinen. (Davis 2009, 275; Laine ym. 2007,139.) Usein taktiilinen vastaanottotapa yhdistetään kinesteettiseen (Laine, ym. 2007, 139). Suomessa VARK-malli tunnetaan myös nimellä VAK ja NLP:ssä (Neurolinguistic programming) nimellä mieltämisjärjestelmät eli mieljärjestelmät (Hiltunen, Kiviaho & Vikeväinen-Tervonen 2003, 25).



Flemingin ja Millerin mukaan henkilöllä on näistä neljästä yksi hallitseva tapa kerätä uutta tietoa (Davis 2009, 275.) NLP:ssä nähdään ihmisellä olevan käytössä kaikki miellejärjestelmät, mutta yksi nousee usein suosikiksi. Jotkut ihmiset saattavat myös käyttää luontevasti kahta tai useampaa miellejärjestelmää rinnakkain. (Hiltunen, Kiviaho & Vikeväinen-Tervonen 2003, 25.) Käytetty oppimisstrategia vaihtelee henkilöllä tehtävästä ja tilanteesta riippuen (Davis 2009, 275). Hyödyllisintä olisi jos henkilö pystyy vaihtamaan käytetyn tiedonvastaanottotapansa tilanteen mukaan (Laine ym. 2007, 139). Mitä vanhemmaksi henkilö kasvaa, sitä epäselvempää on mitä tiedon keruu mallia hän eniten suosii (Davis 2009, 275).

Visuaalinen henkilö tarvitsee ruokaa näkömuistilleen, kuten kaavioita, kuvia, monisteita ja kalvoja (Davis 2009, 275). Visuaaliselle yleistä on että hän saattaa muistaa selvästi, missä kohtaa kirjaa ja sivua jokin tietty asia oli. Tyypillisesti visuaalinen henkilö pitää kokonaisuuksista ja kuvauksista. Kertoessaan tarinaa hän samalla näkee sen ikään kuin filminä. Keskustellessaan visuaalinen henkilö piirtää käsillään ilmaan eloisesti ja katsekontakti keskustelukumppaniin on tärkeä. Hän usein muistaa ihmiset vain kasvoilta. (Laine, ym. 2007, 140–141.)

Auditiivinen tukeutuu kuuloonsa. Hän oppii parhaiten luento-tilaisuuksista, keskusteluista ja selvityksistä. (Davis 2009, 275.) Tyypillisiä piirteitä auditiiviselle henkilöllä on, että hän pitää kirjaa lukiessaan dialogista, mutta ei välitä pitkistä kuvauksista tai kuvituksesta. Auditiivinen muistaa paremmin ihmisten nimet, muttei kasvoja. Hän saattaa puhua itsekseen, sillä se auttaa häntä ajattelemaan. Auditiivinen henkilö etenee loogisesti ja järjestelmällisesti, hänen eleensä ovat vähäisiä, eikä katsekontakti ole välttämätön. (Laine 2007, 141.)

Taktiilinen oppii parhaiten tehtäviä tekemällä (Davis 2009, 275). Taktiilinen oppija on jätetty pois NLP:ssä tai se nähdään yhdistyvän kinesteettiseen oppimiseen (Hiltunen, Kiviaho & Vikeväinen-Tervonen 2003, 25). Käsillä tekemisen lisäksi taktiiliselle henkilölle tärkeää ovat tunteet ja fyysiset tuntemukset. Hän on herkkä havaitsemaan muiden tunteet ja saa enemmän irti sanattomasta viestinnästä, ilmeistä ja eleistä kuin sanallisesta. Tyypillistä taktiiliselle henkilölle on, että hän muistaa millainen tunne hänellä on ollut esimerkiksi uudesta tuttavuudesta. Taktiilinen henkilö katselee toisia lukeakseen heidän sanatonta viestintää. (Laine, ym. 2007, 141.) Taktiilinen käyttää myös käsiään ja muuta sanatonta viestintää keskustellessaan. Kuunnellessaan taktiilinen henkilö puuhai-

lee samalla jotain, esimerkiksi leikkii hiuksillaan tai naputtaa kynäänsä. Taktiilinen muistaa kuulemansa ja näkemänsä asiat parhaiten, kun hän kirjoittaa tai piirtelee samalla. (Laine, ym. 2007, 142.)

Kinesteettinen eli tuntoaistiin luottava oppii parhaiten tekemällä, kuten roolipeleillä ja opintomatkoilla (Davis 2009, 275). Kinesteettinen ei jaksakaan istua kauaa paikallaan, vaan usein kävelee lukiessaan tai keskeyttää lukemisen liikkuaakseen. Kinesteettiselle tyypillistä on, että uusista tuttavuuksista muistaa mitä tämä teki tai mitä tehtiin yhdessä. Hän ei halua olla katsekontaktissa. Jos ympäristössä on liikettä, kinesteettinen suuntaa katseensa sinne. Puhuessaan kinesteettinen saattaa liikkua ja esittää liikkeitä. (Laine, ym. 2007, 143.)

Kolbin mukaan oppiminen on prosessi, jossa tieto muodostetaan kokemuksen muutoksella. Kolbin oppi piirin mukaan oppijat prosessoivat neljän eri vaiheen läpi. Observoinnin ja reflektoinnin, yleistyksen ja abstraktin hahmottamisen, aktiivisen kokeilun, sekä konkreettinen kokemus, joista mitä tahansa henkilö voi käyttää ensimmäisenä oppimismatkallaan. Vaikka teoriaa on keuhuttu sen vaikutuksesta oppimisteorioiden kehittämiseen, on sen kritisoitu olevan liian yksinkertainen. (Huddleston & Unwin 2007, 89 - 90.)

Teoriassaan Kolb määrittelee neljä eri oppijatyyppejä. Näitä ovat päättelijä, osallistuja, tarkkailija ja toteuttaja. Päättelijät yhdistelevät teoriaa ja käytännön kokemuksia. He haluavat konkreettisia vastauksia ja etsivät nopeasti ratkaisuja ongelmiin. He ovat hyviä identifioimaan ongelman ja tekemään päätöksiä. (Davis 2009, 274 -275.) Osallistujat hankkivat konkreettisia kokemuksia. He keskittyvät nykyhetkeen ja kokeilevat asioita. He ovat erinomaisia aivoriihessä ja ideoimassa luovia vaihtoehtoja. (Davis 2009, 274 - 275; Laine, ym. 2007, 144.)

Tarkkailijat painottavat hankittujen tietojen ja kokemusten pohdintaan. He viihtyvät taka-alalla ja keräävät näin suuren määrän informaatiota ja järjestävät sen uudelleen suppeaan loogiseen muotoon. He ovat hyviä suunnittelemaan, kehittämään teorioita ja muodostamaan malleja. (Davis, 2009, 274–275.; Laine, ym. 2007, 145.) Toteuttaja ovat parhaita ideoiden ja teorioiden kokeilemissa käytännössä (Laine, ym. 2007, 145). He usein käyttävät yrityksen ja erehdys-mallia tai intuitiivisia strategioita ongelmien ratkaisuun. He ottavat usein riskejä ja heittäytyvät ongelmiin. (Davis 2009, 274- 275.)

Luokkahuonetilanteessa päättelijät pitävät ongelmien ratkaisusta, joilla on selkeät vastaukset. Osallistujat pitävät enemmän keskustelusta ryhmässä ja työskentelystä yhteistyössä. Tarkkailijat pitävät eniten observoinnista, seuraamalla näytelmiä ja simulaatioita luokassa ja sitten muodostaa konsepteja. Toteuttajat pitävät käytännön aktiviteeteistä. (Davis, 2009, 274–275.)

Jotta syntyy tavoiteltua oppimista, opettajan tulee valita työtavat aiheeseen ja tilanteeseen sopivaksi, jotta oppimistuloksiin johtava motivaatio pysyy yllä. Opettajan roolissa toimivan on saatava oppilaat motivoitumaan aiheesta. Motivoituminen tapahtuu kun oppilaille selviää millä tavalla työskentely liittyy heidän arvoihin ja tarpeisiin, sillä erään teorian mukaan arvot ja tarpeet saavat ihmiset motivoitumaan. (Vuorinen 2005, 26, 39, 12 21.)

Motivoituneella nuorella on korkeat, mutta realistiset päämäärät, eikä hän anna helposti periksi. Hyvin motivoitunut nuori pystyy niihin tavoitteisiin, jotka hän on itselleen asettanut. Motivaatio on sisäinen tila, joka saa aikaan, ohjaa, ylläpitää toimintaa ja saavat ihmisen sisäiset voimavarat liikkeelle. (Kauppila 2003, 43.) Motivaatio vaikuttaa yksilön valintoihin eri toiminta- ja käyttäytymisvaihtoehtojen välillä. Kun ihminen on motivoitunut johonkin asiaan, hän jaksaa keskittyä samaan tehtävään kauemmin ja hänen toimintansa on intensiivisempää. Motivaatio vaikuttaa myös yksilön ajatteluun ja tunteisiin hänen suorittaessaan tehtävää. (Lehtinen, Kuusinen & Vauras 2007, 177.)

## 4 TOIMINTAAN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

### 4.1 Metodina toiminnallinen opinnäytetyö

Vaihtoehtona ammattikorkeakoulun tutkimuksellisen opinnäytetyön tekemiselle on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tuo esille opiskelijan ammattitaidon, osoittaa riittävää tietojen, taitojen ja teorian hallintaa, sekä kykyä koota nämä toiminnaksi. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on tuottaa työelämän toimintaa ohjaavaa materiaalia, jonka tehtävä on muun muassa opastaa, järjeistää ja järjestää toimintaa. Se voi olla esimerkiksi perehdyttämisorja, turvallisuusohjeistus, käytäntöön suunnattu ohje, kansio, CD tai kotisivu. Konkreettisen materiaalin lisäksi toteutustapana voi olla myös tapahtuma, kuten konferenssi, näyttely tai oppitunti. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 41–42.)

Opinnäytetyön aihe on usein työelämälähtöinen, jolloin sen tarkoituksena on vastata työelämästä nousseeseen tarpeeseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään viestinnällisin ja visuaalisin keinoin luomaan kokonaisilme, josta on tunnistettavista tavoitellut päämäärät. Työelämän asettamiin tavoitteisiin opiskelija pyrkii vastaamaan miettimällä tehtävän tarkoitusta. Tehtävien asettamisen jälkeen kootaan opinnäytetyölle teoreettinen viitekehys joka auttaa rajaamaan aihetta. Tuotos tulee suunnitella siis kohderyhmää palvelevaksi. Tärkeänä osana toiminnallista opinnäytetyötä on raportti, jossa perustellaan tehdyt ratkaisut, kuvataan työprosessia, sekä käsitellään tulokset ja johtopäätökset. (Vilka & Airaksinen 2003, 10, 43, 51–52, 65.)

Tämän opinnäytetyön aihe tuli Ylöjärven kaupungin terveydenhoitajien tarpeesta saada yhtenäinen ja toimiva tuntisuunnitelma sekä opetusmateriaali 9.-luokkalaisten seksuaaliterveyden oppituntien pitämiseen. Tämä mahdollistaa sen, että terveydenhoitajat voivat jatkossa tarjota kouluille selkeästi rajattua oppituntia.

## 4.2 Toiminnan suunnittelu ja kuvaus

Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen selvitimme itsellemme mitä seksuaaliterveys tarkoittaa, mitä se pitää sisällään sekä mikä on todellinen nuorten seksuaaliterveydentila tällä hetkellä. Seuraavaksi tapasimme työelämäyhteyshenkilön, jonka kanssa keskustelimme opinnäytetyön tarkoituksesta, sisällöstä ja rajauksesta. Toimeksiantaja halusi meidän tekevän seksuaaliterveysoppitunnin, jonka tarkoituksena on yhtenäistää terveydenhoitajien pitämiä oppitunteja. Oppitunnin sisällön tuli nousta 9.-luokkalaisten opetussuunnitelmasta niin, että tämä terveydenhoitajan pitämä oppitunti täydentää terveystiedon opetusta. Tuntia markkinoidessaan terveydenhoitajat voisivat siis selkeästi kertoa mitä tulevat opettamaan, jolloin terveystiedon opettaja voi integroida sen omaan opetukseensa.

9.-luokkalaisten seksuaaliterveyttä koskevaa opetussuunnitelmaa apuna käyttäen rajasimme oppitunnin sisällön koskemaan seksuaalisuutta, seksuaalisuuden kehitystä, seksiä, seurustelua, sukupuolitauteja sekä ehkäisyä. Tämän rajauksen jälkeen tapasimme ryhmän terveydenhoitajia, joiden käyttöön tuleva tuotos tulee. Heiltä saimme lisää tietoa siitä kuinka oppitunnin sisältö olisi hyvä rajata ja minkälaisiin asioihin tulisi kiinnittää huomiota. Terveydenhoitajilta saatujen ajatusten ja kokemusten mukaan muo-vasimme tunnin sisällön koskemaan seksuaalisuuden portaita, seksuaalisuuden tasoja, seksuaalioikeuksia, sukupuolitauteja sekä raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyä.

Teoreettinen viitekehys oli lopullisen oppitunnin sisällön rajauksen jälkeen hyvin selkeä. Päädyimme käsittelemään viitekehyksessä myös itse seksuaaliterveyden määrittelmää sekä nuoria oppijina. Mielestämme seksuaaliterveyttä tai sen sisältöä ei voi opettaa ilman, että ymmärtää seksuaaliterveyden määrittelmän ja sisällön. Nuoret oppijat valikoitu viitekehukseen kun aloimme analysoida oppitunnin kohderyhmää ja sitä kuinka he sisäistävät asioita.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä kohderyhmällä tarkoitetaan henkilöitä joille tuotos tai toiminta tehdään mutta yhtälailla myös henkilöitä joiden käyttöön ne mahdollisesti tulevat. Kohderyhmän sosioekonomista asemaa, ikää sekä koulutusta voidaan käyttää apuna kohderyhmän määrittelemisessä. Määritelty kohderyhmä rajaa vaihtoehtoja sekä sisällön, että valintojen kohdalla, jolloin tiedetään kenelle idea on suunniteltu. (Vilkka & Airaksinen 2003, 38–40.) Kohderyhmänä oli erään Ylöjärven koulun kaksi 9. luokkaa.

Alkuperäinen tieto ryhmien koosta oli noin 25 oppilasta per ryhmä. Ryhmät olivat kuitenkin vain noin 20 oppilaan kokoisia. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut tunnin suunnitelmaan, sillä muutos ei ollut suuri ja suunniteltu oppitunti on mahdollista toteuttaa hieman vaihtelevan kokoisille ryhmille.

Ryhmät joille oppitunti pidetään, ovat heterogeenisiä siinä mielessä, että molemmilta luokilta löytyi niin poikia, kuin tyttöjä. Ryhmät olivat kuitenkin olleet suurin piirtein samat jo seitsemänneltä luokalta lähtien, joten siinä mielessä luokat olivat siis homogeenisiä. Molempia sukupuolia koskevien aiheiden, tuntien järjestämisen ja jo valmiin ryhmäytymisen vuoksi ei ollut järkevää sekoittaa luokkia keskenään, eikä myöskään pitää tunteja erikseen tytöille ja pojille.

Toinen kohderyhmämme on terveydenhoitajat, joiden käyttöön toiminta ja sen tueksi suunnitellut tuotokset menevät. Huomioimme heitä suunnitellessamme millainen oppitunti tulee olemaan, mitä se pitää sisällään ja millaiset resurssit heillä on tuntien pitämiseen. Valintamme mahdollistavat sen, että oppituntien pitämiseen ei tarvita huomattavasti rekvisiittaa, tuntia tukevat tuotokset ovat selkeitä ja perusteellisia sekä sen, että pienillä muutoksilla tuntia saa uudistettu ja sisältöä päivitettyä.

Ensimmäisessä työelämätapauksessa tiedustelimme myös onko luokissa eri etnisten ryhmien edustajia. Saimme tiedon, että ryhmän pitäisi olla siltä osin homogeeninen, jolloin oppituntin suunnittelussa jätetään heidät huomioimatta. Jos olisi ollut niin, että luokassa olisi ollut henkilöitä, jotka eivät olisi kokeneet oppituntia heille sopivaksi, olisi heidät ohjattu ennen oppituntin alkua pois. Tällaisessa tapauksessa oletamme heidän jäävän pois samankaltaisesta opetuksesta myös meistä riippumatta. Oli järkevää rajata kohderyhmä, niin ettei tarvinnut huomioida muita etnisiä ryhmiä tai uskontoja, sillä se olisi tehnyt opinnäytetyöstä aivan liian laajan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä oppitunti rajataan jollekin ryhmälle, sillä tavoitteena on aina joidenkin ihmisten osallistuminen toimintaan (Vilka & Airaksinen 2003, 38).

Tunnin pituudeksi vahvistui 45 minuuttia, mikä rajoitti jossain määrin eri opetusmetodien käyttöä. Luokkahuoneet olivat normaalit luokkahuoneet, joissa oli hyvät mahdollisuudet tietokoneen, netin ja PowerPoint-esityksen käyttöön. Näiden resurssien perusteella tehtiin välittömästi päätös, että osana oppituntia on PowerPoint-esitys. Lisäksi luokissa oli mahdollista vaihtaa pulpettien järjestystä. Davis (2009, 106) kehottaa järjes-

tämään pulpetit puoliympyrään, jolloin kaikki oppilaat voivat nähdä toisensa, jolloin keskustelu on otollista. Me päädyimme kuitenkin siihen, että pulpetit asetellaan neljän hengen ryhmiin, niin että kaikkien kasvot ovat kohti taulua. Näin oppilaat pystyvät seuraamaan PowerPoint-esitystä mutta myös ryhmäkeskustelut onnistuvat vain hieman tuoleja kääntämällä.

Helmikuussa 2014 teimme pienimuotoinen selvityksen (liite 1). Selvitys on tapa selvittää toiminnallisen opinnäytetyön ideaa sekä toteutustapaa eli se ohjaa kohderyhmälähtöisen toteutustavan valintaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–57). Tekemämme selvityksen tarkoituksena oli saada varmuus, että oppitunnin sisältö ja opetusmenetelmät vastaavat oppilaiden tarpeita. Opettajan tulee valita työtavat aiheeseen ja tilanteeseen sopivaksi, jotta oppimistuloksiin johtava motivaatio pysyy yllä (Vuorinen 2005, 26, 39).

Selvityksen yhteydessä olevassa kirjeessä oppilaille kerrottiin, mitä tuleva oppitunti tulee pääpiirteittäin sisältämään. Tämän oli tarkoitus ohjata oppilaiden toiveita siitä mitä tunnilla käsitellään. Selvityksessä kysyttiin mitä 9.-luokkalaiset haluaisivat oppia tai kysyä seksuaaliterveyteen liittyen ja kuinka he haluaisivat näitä asioita käsiteltävän. Pidimme selvityksen lyhyenä, se sisältää sekä laadullisia, että määrällisiä kysymyksiä. Toiminnallisen opinnäytetyön yhteydessä tehdyn selvityksen kohdalla on huomioitava mahdollisen selvityksen laajuus, ettei opinnäytetyön työmäärä mene liiallisuuksiin (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 56–57). Selvitys tehtiin sen koulun 9.-luokkalaisille, johon valmis oppituntikin menttiin pitämään. Selvitys toimitettiin terveystiedonopettajalle, joka teetti selvityksen oppilailla.

Toiminnallista opinnäytetyötä varten kerättyä aineistoa ei ole välttämätöntä analysoida yhtä järjestelmällisesti ja tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Kerättyä aineistoa voidaan käyttää argumentteina sekä osana päättelyä. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 57–58). Käytimme selvityksestä saatuja vastauksia tunnin sisällön rajauksessa sekä vertasimme niitä muiden tutkimusten tuloksiin. Laakson (2008) tutkielmassa 9.-luokkalaiset toivovat seksuaaliterveysoppituntien sisällöksi muun muassa tietoa seurusteluun liittyvästä vastuusta ja velvollisuuksista, seksistä ja oikeudesta tehdä päätös seksin aloittamisesta. Sukupuolitautien perustiedoista, kuinka ne tarttuvat, kuinka niiltä suojaudutaan, kuinka sukupuolitauti todellisuudessa vaikuttaa fyysisesti ja mistä tarvittaessa saadaan apua. Tutkielmassa käy ilmi myös tasa-arvo ja toisen kunnioittaminen. Tytöt käsitelivät aihetta seksistä kieltäytymisen ja eriarvoisuus tilanteina, joissa pojille

on paljon hyväksytympää useat seksikumppanit kuin tytöille. Pojat taas näkevät asian toisen huomioon ottamisessa ja tunteiden käsittelemisenä. (Laakso 2008.)

Aikaisempien tutkimusten tulokset tukivat saamiamme vastauksia, jolloin voimme olettaa, että juuri tälle ryhmälle heidän vastauksiaan huomioiden suunniteltu oppitunti soveltuu myös muiden samanlaisten ryhmien käyttöön. Vastaukset mahdollistivat muun muassa sen, että aikaisemmin opitut asiat, kuten raskauden ehkäisy, voitiin oppitunnilla vain kerrata, sillä 9.-luokkalaiset kokivat jo tietävänsä asiasta tarpeeksi. Selvitys toi myös selkeästi esille sen, että useat oppilaat haluavat oppia monin eri menetelmin. Oppitunnin suunnittelussa pyrimme käyttämään mahdollisimman monia opetusmetodeja, jotta eritavoin oppivilla nuorilla olisi mahdollisuus oppia mieleisellään tavalla. Opetusmetodeja valitessamme otimme huomioon sen mitä nuoret jo mahdollisesti osaavat ja kuinka nuoret saadaan pohtimaan asioita sekä liittämään asioita omaan elämäänsä. Tämän lisäksi oli huomioitava myös rajallinen aika.

Oppituntien ajankohdaksi varmistui 8.5. ja 11.5.2014. Alun perin oli suunniteltu, että oppitunnit pidettäisiin vasta aivan kevään 2014 lopulla tai syksyn 2014 alussa. Oppituntien aikaistuminen vaikutti oppitunnin suunnitteluun. Lähdimme ensin suunnittelemaan oppituntia ja sen sisältöä samalla valintoja tutkimuksilla perustellen, kuin että olisimme ensin etsineet teoria tietoa syvällisemmin.

Oppitunnin alkuun suunniteltiin tarina, jonka tarkoitus oli herätellä oppilaat aiheeseen. Tarinan voima opetuksessa perustuu siihen, että kuulialla on mahdollisuus samaistua tarinan henkilöihin ja siten heidän tunteisiin ja toiveisiin. Tarinan sisältö saattaa pysyä mielessä pitkiäkin aikoja. Kuulia tekee tarinasta omat tulkintansa ja käyttää tarinasta sen osan, jota tämänhetkisessä elämäntilanteessaan tarvitsee. (Vuorinen 2005, 116–119.) Tarinan rakenne oli hyvin perinteinen. Se noudattaa Vuorisen (2005, 122–124) ohjetta eli siinä on selkeä johdanto, toiminta, kriisi, huipennus ja päätös. Keskustelua käytiin tarinan mielenkiintoisuuden riittävydestä. Tarina kuitenkin päädyttiin pitämään yksinkertaisena ja toden tuntuksena.

Seksuaalioikeuksien kohdalla opiskelu tavaksi valittiin ryhmäkeskustelu. Oppilaiden saattaa olla helpompi keskustella kolmen ja neljän hengen ryhmissä kuin koko luokan kuullen. Aluksi pienessä ryhmässä keskusteleminen, voi vähentää epäröintiä puhua koko luokan kuullen (Davis 2009, 107). Aiheen rajauksen yhteydessä terveydenhoitajilta



tuli toive siitä, että oppilaat tulisi saada pohtimaan ja sisäistämään seksuaalioikeudet. Koimme, että ryhmätehtävä oli paras tapa saada nuoret pohtimaan oikeuksia omalle kohdalleen. Jos koulussa tehty omien rajojen kunnioittamiseen liittyvä harjoitus, on tavoittanut nuoren oman maailman, on heidän paljon helpompi toteuttaa rajojensa kunnioittamista myös tositilanteissa (Kosunen & Ritamo 2004, 141).

Eräessä tapahtumassa seksuaalisuuden portaiden luennoinnin yhteydessä 15–18-vuotiaat nuoret saivat anonymisti ilmoittaa minkä seksuaalisuuden portaan he kokevat ajankohtaiseksi. Vastausten perusteella tämän ikäisistä nuorista löytyi nuoria jokaiselle kehityksen portaalle, joka korostaa ihmisten yksilöllisyyttä. Kuudennen käsi kädessä portaan sekä yhdeksännen rohkaistumisen portaan välillä oli 69 % vastanneista. Viidennellä, tykkään susta –portaalla, oli 10 % vastanneista. (Cacciatore 2006, 208–209.) Teorian mukaan kuudennella portaalla ollaan 12–16-vuotiaana (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 93). Näiden tulosten perusteella päättelimme, että portaat kuudesta yhdeksään ovat 9.-luokkalaisella ajankohtaisia tai hyvin lähellä tulevaisuudessa. Siksi päädyimme opetuksessamme käsittelemään portaat ensimmäisestä viidenteen vain hyvin lyhyesti ja keskityimme ajankohtaisiin, neljään viimeiseen portaaseen. Myöskään rajallinen aika ei mahdollistanut kaikkien portaiden käsittelyä. Opetus tavaksi valikoitui esittävä opetus.

Esittävällä opetuksella tarkoitetaan muun muassa luentoja ja esitelmiä. Opetustapana se on eniten käytetty silloin kun opetettavana on suuri joukko ihmisiä. Esittävä opetus soveltuu tiedon jakamiseen, asioiden kuvaamiseen sekä kannanottojen esittämiseen. Tässä työtavassa esittäjän persoonallisuudella, valmistautumisen asteella sekä jaettavalla tai näytettävällä materiaalilla on suuri merkitys tunnin onnistumiseen. (Vuorinen 2005, 78–80.) Kysymykset, yleiskeskustelu sekä pienryhmätyöskentely tukevat esittävää opetusta. Ilman sitä opetuksesta voi jäädä puuttumaan asioiden tulkitseminen, soveltaminen sekä harjoittelu. (Vuorinen 2005, 80.) Niinpä oppitunnin aikana, etenkin esittävän opetuksen kohdissa on muistettava antaa oppilaille mahdollisuus esittää kysymyksiä tai aloittaa keskustelua.

Sukupuolitaudeista rajasimme opetuksen keskittymään lähinnä klamydiaan, genitaalierpekseen ja kondylooman. Tätä valintaa ohjasi Lehtisen ja Paavosen (2005) artikkeli, jossa kehoitetaan muokkaamaan seksuaaliterveysopetusta suuntaan, joka vastaa tämän päivän seksuaalikäyttäytymistä ja sen aiheuttamia riskejä. Tämä tarkoittaisi muun mu-

assa harvinaisten sukupuolitautilien kuten kupan ja tippurin sivuttamista, niiden tartuntojen vähäisyyden takia. Pääpaino siirrettäisiin yleisiin tauteihin, niiden seurauksiin ja torjuntaan. (Lehtinen & Paavonen 2005.)

Päädyimmekin jättämään opetuksen Hiv:n, hepatiitti B:n, kupan, tippurin sekä syyhyn ja satiaisten osalta hyvin vähäiseksi. Selvityksessä sisältöä koskevissa kohdissa kysimme kuinka paljon nuoret kokevat tietävänsä sukupuolitaudeista ja ehkäisystä. Vastusten perusteella nuoret kaipaavat lisää tietoa sukupuolitaudeista. ”- Tasan tarkkaa mikä aiheuttaa sukupuolitaudit”. ”Enemmän sukupuolitaudeista ja niiden oireista ja niiden hoidosta”. Päätimme siis opettaa kaiken oleellisen lyhyesti ja ytimekkäästi sekä niin, että se koskettaa mahdollisimman hyvin juuri kohderyhmää.

Sukupuolitaudit päädyttiin myös opettamaan esittävänä opetuksena. Aihe oli oppilaille uusi ja se sisälsi paljon tietoa, joten lähdimme liikkeelle ajatuksesta, ettei nuorilla ollut ennestään mitään tietoa aiheesta. Esitettävissä dioissa oli sukupuolitautilien tärkeimmät tiedot lyhyesti. Genitaalierpes diaan oli myös liitetty kuva, jonka tarkoituksena oli selvittää miltä sukupuolitaudin aiheuttama ihomuutos voi näyttää mutta myös hieman herättää siihen, etteivät sukupuolitaudit ole miellyttäviä.

Opetussuunnitelman mukaan ehkäisy opiskellaan jo 7. luokalla, mutta se tulee vielä kerrata 9. luokalla. Tehty selvitys tuki myös tietoa siitä, että aiheen käsittelyksi riittää vain kertaus. Selvityksessä 9.-luokkalaiset kokivat tietävänsä jo suurimman osan ehkäisystä. Näiden perusteella päädyimme käymään aiheen läpi kyselemällä mitä nuoret aiheesta muistavat. Tämä opetusmetodi huomioi nuoren jo olemassa olevan tietämyksen. Jotta nuoret oppivat käyttämään oppimiaan asioita niin koulussa kuin arkielämän tilanteissakin, on opetuksen tapahduttava suhteessa siihen mitä oppilaat jo ennestään tietävät ja ovat kokeneet. (Kosunen & Ritamo 2004, 141).

Oppitunnin loppuun suunniteltujen väittämien tarkoitus oli koota oppitunnilla käydyt asiat hauskalla ja humoristisella tavalla. Halusimme muistuttaa nuoria, että kaikesta huolimatta seksuaalisuus on hauska ja miellyttävä asia. Väittämät olivat kuultuja ja internetistä etsittyjä. Väittämien valintaan vaikutti selvityksessä esille tulleet aiheet, joista nuoret halusivat saada tietoa, mutta joita kaikkia ei myöskään käsitelty itse tunnilla. Selvityksessä esille tulleet aiheet, joita käytimme väittämissä, eivät sellaisinaan sisälly opetussuunnitelmaan, eivätkä välttämättä sovellu teorian osalta koulussa opetettaviksi.

Oppituntia tukemaan suunniteltiin PowerPoint-esitys, joka eteni koko tunnin ajan. PowerPoint-esityksen ulkonäkö pidettiin yhtenäisenä ja yksinkertaisena. Jokaisen dian taustalla oli käytetty samaa taustakuvaa ja tekstit pyrittiin pitämään lyhyinä sekä ytimekkäinä. Dioille kirjoitettiin vain tärkeimmät pääpointit. Ideana oli saada tietyissä kohdissa 9.-luokkalaiset itse tuottamaan materiaalia, kun taas toisissa saada oppilaat keskittymään opetukseen.

Oppitunnin suunnittelun aikana saimme ehdotuksia muun muassa kondomin käytön demonstrointiin. Tutkimukset kuitenkin kertovat kondomin käytön demonstroinnin opitunneilla tuntuneen joidenkin poikien mielestä hämmentävältä sekä jopa nöyryyttävältä. Kun taas kondomien jakaminen tunnilla on koettu positiivisesti sillä niiden pyytäminen vaatii paljon rohkeutta. (Kontula 2012, 271.) Siksi emme päätyneet demonstroimaan kondomin käyttöä vaan jaoimme oppitunnin päätteeksi oppilaille terveydenhoitajalta saadut kondomit.

### **4.3 Toiminnan raportointi**

Tunti aloitettiin esittelemällä itsemme sekä aihe, tätä tukemassa oli ensimmäinen dia. Sen lisäksi, että sanoimme olevamme nuoria sairaanhoitajaopiskelijoita, kerroimme myös hieman elämäntilanteistamme. Kertomalla itsestämme jotain henkilökohtaista pyrimme tekemään itsestämme helpommin lähestyttävämpiä. Selitimme oppilaille, että olemme tekemässä opinnäytetyötä jonka osana on näiden oppituntien pitäminen. Ensimmäisellä tunnilla arvioimassa olivat myös terveydenhoitaja ja terveydenhoidonopettaja. Kerroimme oppilaille, miksi he olivat läsnä oppitunnilla sekä myös sen, etteivät he kuitenkaan osallistu oppitunnin kulkuun.

Aluksi kävimme läpi tunnilla käsiteltävät aiheet otsikkotasolla, jotka olivat myös näkyvissä dialla. Näin oppilaat tiesivät mitä tunti tuli sisältämään. Seuraavaksi 9.-luokkalaiset heräteltiin tunnin aiheeseen tarinalla. Tarina kerrottiin todellisena tarinana erään Jennan elämästä. Tarina käsitteli Jennan seurustelua, neitsyyden menettämistä ja sen seurauksia. Tarina luettiin minä muodossa, ikään kuin lukija olisi kertonut tarinaa itsestään. Se oli puhekieltä, jota yritettiin elävöittää äänen käytöllä, painotuksilla ja tauoilla. Näillä keinolla pyrittiin saamaan nuorten huomio ja mielenkiinto.

Seksuaalioikeuksiin siirryttiin viittaamalla edellä kerrottuun tarinaan, jossa Jenna teki omasta tahdostaan päätöksen harrastaa seksiä. Tämä kuvastaa sitä vapautta, joka kaikilla on. Vapautta valita milloin, kenen kanssa ja miten omaa seksuaalisuutta toteuttaa. Ensimmäisellä oppitunnilla seksuaalioikeuksien sisältöä avattiin kertomalla, että jokaisella on oikeus valita oma suuntautumisensa, oikeus päättää milloin ja kenen kanssa harrastaa seksiä, sekä jokaisen oikeutta saada tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tämä kuitenkin osoittautui huonoksi, sillä näiden tietojen jälkeen oppilaat kokivat, ettei heillä ollut enää aiheeseen lisättävää.

Toisella oppitunnilla siirryimme tarinaan viittaamisen jälkeen suoraan ryhmätehtävään, jossa valmiiksi asetellut ryhmät saivat tehtäväkseen pohtia, kuinka seksuaalioikeudet näkyvät heidän elämässään ja millaisissa tilanteissa oikeudet tulevat ilmi. Ryhmätehtävän ajan esillä oli aiheeseen suunniteltu dia, jossa oli ensimmäisellä tunnilla ennen ryhmätehtävää avatut oikeudet sekä tehtävänanto. Seksuaalioikeuksien kohdalla opiskelutavaksi valittiin ryhmäkeskustelu, jotta oppilaat saatiin pohtimaan oikeuksia omalle kohdalleen. Aiheen rajauksen yhteydessä terveydenhoitajien toive oli, että oppilaat saataisiin pohtimaan ja sisäistämään seksuaalioikeudet. Terveydenhoitajien mielestä seksuaalioikeudet saavat liian vähän huomiota vaikkakin ovat erittäin tärkeä aihe.

Tehtävänannon jälkeen kiersimme ryhmissä herättelemässä keskustelua, sekä toimme esille esimerkkejä tilanteista, joissa seksuaalioikeudet tulevat selkeästi ilmi. Näistä esimerkeistä ja aiheista olimme keskustelleet oppitunnin suunnittelun yhteydessä. Esimerkkejä ei ollut kirjoitettu ylös, vaan tarkoitus oli tilannekohtaisesti johdatella ja herättää pohtimaan tilanteita joita oppilaiden kohdalle voisi tulla. Tehtävä osoittautui hyväksi tavaksi käsitellä seksuaalioikeuksia. Ryhmien pohdintoja käsitellessä yhdessä tulivat seksuaalioikeudet ilmi monipuolisesti ja juuri siltä kannalta kun oppilaat itse asiat kokivat. Esimerkkeinä nuorilta nousseista ajatuksista oli seksistä kieltäytyminen ja kondomi poikien oikeutena ehkäisyyn. Lopuksi teimme aiheesta yhteenvedon.

Jokaisen oikeudella kehittyä seksuaalisesti omaan tahtiinsa, siirryttiin seksuaalisuuden portaisiin. Ensiksi muisteltiin seksuaalisuuden portaita ja ensimmäiset viisi porrasta tiivistettiin lyhyesti. Ensimmäisellä tuntia varten ensimmäisten portaiden läpikäyntiä ei ollut suunniteltu riittävän huolellisesta, sillä oletimme oppilaiden muistavan portaat aiemmilta vuosilta. Näin ei kuitenkaan ollut ja suunnittelematon läpikäynti vei liikaa

aikaa. Toiselle tunnille suunniteltiin valmiiksi miten lyhyesti kerrataan ensimmäiset portaat, jonka jälkeen kävimme läpi vain neljä viimeistä porrasta. Seksuaalisuuden portaat käytiin läpi opettajajohtoisena luentona. Seksuaalisuuden portaiden diassa oli kaikki neljän viimeisen portaan nimet luettelona ja dia oli näkyvissä aiheen käsittelyn ajan. Opetuksessa korostettiin erityisesti itsemääräämisoikeutta, jokaisella on oikeus kieltäytyä ja perääntyä ja jokaisella on oikeus pitää itsestään huolta esimerkiksi käyttämällä ehkäisyä.

Jokainen etenee seksuaalisuuden portaita omaan tahtiinsa, mutta lopulta jokainen kohtaa tilanteen, jossa sukupuolitaudit on otettava huomioon. Tämä toimi johdatuksena seuraavaan aiheeseen, sukupuolitauteihin. Koska aihe oli 9.-luokkalaisille uusi, olimme päättäneet opettaa sukupuolitaudit luennoiden. Ennen kun aloimme luennoita aiheesta, muistutimme oppilaita, että heillä on mahdollisuus kysyä ja keskeyttää opetus, jos tulee kysyttävää tai jokin asia jää epäselväksi. Opetimme yleisimmät sukupuolitaudit perusteellisesti. Harvinaiset sukupuolitaudit sekä muut seksikontakteissa tarttuvat taudit kävimme läpi vain siltä osin, että nuoret tietävät niiden yleisimmät oireet ja keinot joilla niiltä suojaudutaan. Luentoja tuki diat, joilla luki tärkeimmät tiedot sukupuolitaudeista.

Opetuksen lomassa kerroimme oman opinnäytetyön tekemisen aikana tulleen oivalluksen. Oivalsimme, että useampiin sukupuolitauteihin ei ole parantavaa hoitoa, vaan infektio jää kehoon pysyvästi ja vaikuttaa siten loppuelämään. Totesimme tämän olevan meistä jopa hieman pelottava asia. Ensimmäisellä oppitunnilla päätimme opetuksen sukupuolitautilien kohdalla kertomalla milloin on hyvä hakeutua sukupuolitautiltutitesteihin, mihin voi hakeutua tutkittavaksi ja mitä tutkimuksissa tapahtuu. Toisella oppitunnilla näiden asioiden kertominen tapahtui vasta ehkäisyn kertaamisen jälkeen. Tämä muutos oli tarkoitukseton. Aiheen sai kuitenkin liitettyä myös ehkäisyn perään hyvin luontevasti.

Tämän jälkeen siirryimme luontevasti seuraavaan aiheeseen, sukupuolitautilien ja raskauden ehkäisyyn. Aiheen käsittely aloitettiin kysymällä, kuinka sukupuolitaudeilta voi suojautua. Oppilaat osasivat vastata tähän heti, oikea vastaus oli käyttämällä kondomia. Tämän jälkeen kertosimme nopeasti kondomin oikean käytön. Kertaus tapahtui siten, että oppilaat vastasivat kysymyksiin kondomin säilytykseen ja käyttöön liittyen. Tiivistimme vielä kondomin käytön tärkeimmät seikat sekä muistutimme, että kondomin käyttöä on hyvä harjoitella etukäteen. Raskauden ehkäisy käytiin läpi kyselemällä oppi-

lailta mitä eri raskaudenehkäisy menetelmiä he muistavat. Kun oppilaat vastailivat muistamansa raskaudenehkäisy menetelmät, kerroimme lyhyesti mihin ehkäisy teho perustuu ja kuinka niitä käytetään. Eniten painotettiin mistä voi saada lisää tietoa ehkäisystä.

Lopettelimme tunnin erilaisilla väittämillä, jotka olivat kuultuja, internetistä etsittyjä tai tehdystä selvityksestä nousseita. Väittämät lukivat dialla ja ne kyseltiin oppilailta peräjälkeen periaatteella oliko väittäjä paikkansa pitävä vai ei. Oppilaat saivat vastata väittämiin ilman viittaamista. Muutamien väittämien kohdalla tarkensimme vastauksia tai esitimme oppilaille lisäkysymyksiä. Tarkensimme esimerkiksi vastausta väitteeseen, 'onnistunut seksi on sitä, että molemmat saavat orgasmin mieluiten vielä samanaikaisesti'. Sanoimme, että kokemus seksistä on hyvin yksilöllistä, jolloin myös kokemukset seksin onnistumisesta eroavat toisistaan. Kerroimme myös, että onnistunut seksi ei ole riippuvainen orgasmeista tai niiden määrästä vaan tyydytys perustuu paljon muuhunkin.

Lisäkysymyksiä esitimme muun muassa väittämästä, jossa väitettiin keskeytetyn yhdynnän riittävän raskaudenehkäisyksi. Kun kysyimme oppilailta miksi asia ei ole näin he osasivat heti vastata, että siittiöitä erittyy pienissä määrin koko yhdynnän ajan. Ryhmistä riippumatta oppilaat osallistuivat väittämien ratkaisuun hyvin. Ensimmäisellä oppitunnilla aikaa väittämien läpikäymiseen ei alkupuolen ajankäytönongelman vuoksi ollut yhtä paljon kuin toisen oppitunnin päätteeksi. Toisella oppitunnilla väittämät käytiinkin läpi hieman perusteellisemmin. Väittämät kevensivät tunnelmaa ja ainakin muutama suu kääntyi hymyyn.

Aivan oppitunnin lopuksi näytimme käyttämämme lähteet. Dia lähteistä oli esillä oppilaiden poistumiseen saakka. Jaoimme oppilaille oppituntia koskevat palautekyselyt. Ajan vähyden vuoksi jaoimme palautelomakkeet ensimmäisellä oppitunnilla hieman ennen opetuksen päättymistä. Annoimme ohjeeksi alkaa täyttää kyselyä samalla kun kävimme läpi oppitunnin lopussa olevia väittämiä. Tämä kuitenkin aiheutti oppilaissa levottomuutta ja keskittyminen herpaantui. Ensimmäisestä oppitunnista oppien, toisella oppitunnilla jaoimme lomakkeet vasta oppitunnin loputtua ja kerroimme, että kyselyn täytettyään oppilaat saavat siirtyä välitunnille.

Molempien oppituntien päätteeksi kiitimme, että saimme tulla pitämään oppitunnin ja totesimme, että oli mukava kun oppilaat osallistuivat oppituntiin. Oppilaat palauttivat palautekyselyt ja saivat mukaansa kondomin, sekä kondomin käyttöohjeen. Kondomit

ja niiden käyttöohjeet olivat koulun terveydenhoitajalta, joka ehdotti meille ennen oppituntia, että voimme halutessamme jakaa ne oppilaille tunnin loputtua. Koimme sen sopivan oppitunnin loppuun, voisivathan nuoret vaikka harjoitella niiden käyttöä itseksensä, jos niiden käyttö ei muutoin ole ajankohtaista. Kun oppitunti oli päättynyt, keräsimme opetusmateriaalimme ja suljimme käyttämämme laitteet. Palautimme myös luokan pöytien järjestyksen ennalleen.

#### **4.4 Toiminnan arviointi ja palaute**

Kokonaisuudessaan molemmat oppitunnit olivat onnistuneita. Ensimmäiseltä oppitunnilta saamamme kokemus, teki toisesta oppitunnista paljon sujuvamman ja luontevamman. Ensimmäisellä oppitunnilla oli puutteita ajankäytön hallinnassa, vaikkakin oppitunti eteni suunnitelman mukaisesti. Toisella oppitunnilla taas suunniteltu ajankäyttö onnistui, mutta aiheiden esitys järjestykseen tuli oppitunnin aikana pieniä tarkoituksettomia muutoksia. Ajankäyttö ja muutokset saatiin kuitenkin kompensoitua tunnin lopussa ilman, että kokonaisuus kärsi tai annettu aika olisi ylitetty. Ensimmäisen tunnin lopulla ajankäyttö saattoi kärsiä hieman, sillä kiire oli havaittavissa käytöksestämme.

Ensimmäisellä oppitunnilla jännitys vaikutti omaan käytökseemme, emmekä saavuttaneet oppitunnille niin rentoa tunnelmaa kuin olimme toivoneet. Rentoutta estämässä oli suunnitellun oppitunnin kulun ja aikataulutuksen hyvin säntillinen seuraaminen. Toinen oppitunti eteni omalla painollaan luonnollisemman oloisesti. Olimme itse paljon rennompia ja itsevarmempia. On vaikea arvioida johtuiko ensimmäisen ryhmän oppilaiden passiivisuus arvioijien läsnäolosta vai eikö aihe ollut ensimmäisellä ryhmälle niin ajankohtainen tai mielekäs. Arvioijien läsnäolo lisäsi myös meille painetta tunnin onnistumiseen ja sisällön riittävyttä kohtaan.

Kohderyhmän motivaatio aihetta kohtaan heijastui ilmapiiriin. Ensimmäisen ryhmän oppilaat eivät osallistuneet oppituntiin yhtä aktiivisesti kuin toinen ryhmä. Esimerkiksi seksuaalioikeuksien ryhmätehtävässä johdattelimme ensimmäistä ryhmää huomattavasti enemmän. Pienryhmissä ei syntynyt yhtä aktiivista keskustelua, kuin toisessa ryhmässä jossa oppilaat keskustelivat aiheesta monipuolisesti ja intensiivisesti. Ensimmäiselle ryhmälle ennen ryhmätehtävää kerrotut ydinkohdat seksuaalioikeuksista kertoivat liikaa

ja tämän jälkeen oppilaat kokivat, että oli vaikea keksiä enää uusia tilanteita joissa oikeudet näkyvät.

Suunnittelemamme PowerPoint-esitys osoittautui käytössä erinomaiseksi. Lyhyet ja ytimekkäät diat auttoivat oppilaita keskittymään opetukseen. Oppilaat eivät jääneet lukemaan dioja pitkäksi aikaa, vaan selvästi keskittyivät opetukseen. Dioja oli suhteessa oikea määrä. Dioja ei tarvinnut esimerkiksi kelata läpi nopealla tahdilla, vaan yksi dia oli esillä riittävän pitkän aikaa. Yksi dia tuki laajojakin asia kokonaisuuksia opetuksessa. Diat olivat ulkoasultaan neutraaleja ja yksinkertaisia. Käyttämämme kuva diaesityksen taustalla herätti mielenkiintoa ja sai hyvää palautetta.

Tehty tuntisuunnitelma oli toimiva ja luonteva kokonaisuus. Saimme seuraavan aiheen linkitettyä aina hyvin edelliseen ja aiheiden järjestys oli looginen. Suunnitelmassa oli arvioitu sopivat ja joustavat ajat jokaisen aiheen käsittelyyn. Tuntisuunnitelma mahdollisti myös keskustelun ja kysymyksiin vastaamisen, vaikkakin pidetyillä tunneilla kysymykset jäivät vähäisiksi. Tunnin sisällön rajaus oli onnistunut ja kaikki sovitut aiheet käsiteltiin tunnin aikana.

Kohderyhmältä kerättyä palautetta voidaan käyttää kokonaisarvioinnissa. Kohderyhmältä voidaan pyytää palautetta tuotteen tai toiminnan käytettävyyteen, selkeyteen ja onnistumiseen liittyen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40.) Lopuksi kerätyn palautteen mukaan oppilaat kokivat oppivansa erityisesti sukupuolitaudeista. Oppilailla oli etukäteen jonkinlaista tietoa aiheesta, mutta uskomme, että tämä oppitunti poisti vääriä uskomuksia sekä syvensi tietämystä. Uskomme, että nyt oppilaat tietävät muun muassa kuinka sukupuolitaudin voi saada ja millaisia ovat niiden oireet. Myös tieto siitä, ettei kaikille sukupuolitaudeille ole hoitoa, saivat nuoret ajattelemaan, ettei sukupuolitauteja kannata hankkia. Sukupuolitaudeilta suojautuminen kun on helppoa.

Palautekysely oli nopeasti täytettävissä oleva lomake, jonka kaikki oppilaat täyttivät tunnin lopuksi. Palautteen antamiseen olisi voinut olla enemmän aikaa ja kaikki kysymykset olisivat voineet olla rastitusvaihtoehtoja. Nyt lomakkeessa oli vain yksi rastitusvaihtoehto, eivätkä oppilaat jaksaneet vastata kahteen avoimempaan kysymykseen. Niukasta sanallisesta palautteesta huolimatta koimme oppitunnin ilmapiirin ja oppilaiden aktiivisuuden olevan todenmukaisempi palaute oppitunnin onnistumisesta. Tarkoituksenamme oli seksuaaliterveysoppitunnilla herättää ajatuksia ja laittaa 9.-luokkalaiset



pohtimaan. Tällaisen oppimisen esille tuominen voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta palautteen antotilanteessa ja näin pian oppitunnin jälkeen.

Ensimmäisen oppitunnin palautteessa oppilaat pitivät oppitunnista ja päällimmäiseksi mieleen jäi sukupuolitaudit. Kaksi ensimmäisen oppitunnin oppilasta eivät kokeneet tuntia erityisen mielekkääksi, mutta kukaan ei kokenut tuntia huonoksi. Kaksi oppilasta, jotka eivät tunteneet oppituntia erityisen mielekkääksi toivat esiin, etteivät kokeneet juuri saavansa uutta tietoa seksuaaliterveydestä. Vaikka kaikki eivät kokeneet oppineensa, koimme kuitenkin että oppitunti palveli hyvin kohderyhmää. Jokainen oppilas on yksilö ja omaa eri mielenkiinnon kohteet, sekä oppimistavan. Mikään oppitunti ei voi vastata jokaisen yksilön sen hetkistä tarvetta.

Toisella oppitunnilla suurin osa oppilaista piti oppitunnista, vain kolme oppilasta ei kokenut oppituntia erityisen mielekkäästi. Toisen oppitunnin palautteessa päällimmäiseksi jäi myös sukupuolitaudit ja moni koki oppivansa tästä aiheesta jotakin uutta. Parannusehdotuksena eräs oppilas toivoi tietoa raskauksista, toivotusta ja ei-toivotusta. Toinen oppilas vastasi parannusehdotuskohtaan oppitunnin olevan hyvä sellaisenaan.

Ensimmäisen oppitunnin päätteeksi saimme palautetta myös oppituntia arvioimassa olleelta terveystiedonopettajalta ja terveydenhoitajalta. He antoivat palautetta hyvän ulkoasun omaavasta PowerPoint-esityksestä, oppitunnin hyvästä ja riittävästä asiasisällöstä sekä tunnin aloittaneesta mukaansa tempaavasta tarinasta. He pitivät myös erittäin hyvänä sitä kun kerroimme hieman itsestämme tunnin alussa. Heidän mukaansa se vei meitä hieman lähemmäksi oppilaita. He pitivät tuntia myös erittäin hyvin suunniteltuna.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on näytettävä tutkimuksellinen ote vaikkakaan se ei ole varsinainen tutkimus. Tämä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön raportin on täytettävä vaatimukset, jotka on asetettu tutkimusviestinnälle. (Vilka & Airaksinen 2003, 82.) Hyvä tieteellinen käytäntö on perusta eettisesti hyvälle ja luotettavalle tutkimukselle (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu muun muassa rehellisyys, eettisesti kestävät tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät, muiden tutkijoiden asianmukainen huomiointi, suunnittelu sekä toteutuksen vaatimusten mukainen raportointi, tutkimusluvut sekä tietosuojan huomiointi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-7).

Noudatimme opinnäytetyössämme hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Ennen opinnäytetyön tekemistä anoimme tutkimusluvut, jossa määriteltiin tuotokseen liittyvistä käyttö- ja julkaisuoikeuksista. Pyrimme myös mahdollisimman tarkkaan ja täsmälliseen suunnitelman ja toteutuksen raportointiin. Tarkkaa raportointia helpotti oppinäytetyöprosessin aikana kirjoitetut tarkat muistiinpanot. Muistiinpanot kertovat työn kehittymisestä, mutta niihin palaaminen auttoi myös tekemään opinnäytetyötä koskevia valintoja.

Eettisesti kestävä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät ovat osa hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattavaa tutkimusta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Tutkimuksia tehdessä on huomioitava monia eettisiä kysymyksiä, kuten mitkä ovat tutkimuseettisiä periaatteita noudattavia tapoja hankkia tietoa. Eettisiä ongelmia kohdataan tutkimusten teossa myös muun muassa koejärjestelyiden kohdalla sekä tiedon lainaamisen, tulosten kriittittömän yleistämisen ja joko puutteellisen tai harhaanjohtavan raportin kohdalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23, 26.)

Selvitystä tehtäessä eettisyyttä huomioitiin siten, että Ylöjärven 9.-luokkalaiset vastasivat vapaaehtoisesti ja nimettömästi, jolloin pyrimme kunnioittamaan oppilaiden itsemääräämisoikeutta. Se myös mahdollisti sen, että oppilaat pystyivät kysymään itselleen arkaluontoisemmistakin asioista ilman, että heitä leimataan asiayhteyteen. Nimettömyy-

den säilyminen varmistettiin sillä, ettei opettaja lukenut oppilaiden vastauksia vaan laittoi ne välittömästi niille tarkoitettuun kuoreen ja sulki sen välittömästi. Selvityksestä saatuja tuloksia käytetään oppitunnin suunnittelussa ja aikaisempien tutkimustulosten vertailuissa niin, että yksittäisten oppilaiden vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Tämän ajattelimme olevan ihmisarvoa kunnioittavaa toimintaa, sillä näin toimiessamme kukaan ei voinut joutua vastauksiensa vuoksi naurunalaiseksi tai pilkan kohteeksi.

Eettisyys tuli huomioitua myös oppituntia arvioivan tahon kohdalla. Pohdimme, että usein aikuisen läsnäolo vaikuttaa oppilaisiin, mutta oppitunnin videokuvaaminen olisi ollut arveluttavaa. Päädyimme kuitenkin siihen, että koulun terveydenhoitaja ja sen hetkinen terveystiedonopettaja olivat läsnä. He olivat oppilaille jokseenkin tuttuja henkilöitä, joiden kanssa on käyty samankaltaisia asioita läpi jo aikaisemmin. Näin ollen koimme, ettei heidän läsnäolonsa ollut oppilaita kohtaan väärin. Täysin vierasta henkilöä kuten opinnäytetyön ohjaavaa opettajaa oppitunnilla ei ollut. Koimme sen hyväksi vaikkakin se vaikeuttaa hieman opinnäytetyön toiminnan arviointia.

Eettisyys on vahvasti esillä myös tutkimuksissa käytettyjen lähteiden kohdalla. Toisen tekstin plagiointi on epärehellisyttä. Toisten tekstiä, artikkelia tai käsikirjoitusta ei tule esittää omanaan vaan niiden kohdalla on oltava asianmukaiset lainaus- ja lähdemerkinnät. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26.) Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet rehellisyyttä käytetyn aineiston kohdalla. Tuomme opinnäytetyössä esille useiden eri henkilöiden tekemien tutkimusten tuloksia sekä kirjoittamia artikkeleita. Emme kuitenkaan väitä niitä omiksemme, emmekä ole niitä suoraan lainanneet. Tuomme heidän tutkimustulokset ja ajatukset esille omin sanoin kuitenkin aina viitaten lähteeseen, josta tieto on kerätty.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä työn luotettavuutta lisää lähdekritiikki. Lähdekritiikkiä on tiedonlähteen auktoriteetin ja tunnettavuuden, lähteen iän ja laadun tarkastelu, sekä lähteen luotettavuuden aste. Tiedonlähteellä on usein auktoriteettia, mikäli sama tekijä toistuu eri lähteissä. Näin ollen tekijä, joka on kirjoittanut paljon teoksia alalta, voidaan pitää asiantuntijana ja luotettavana lähteenä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita ja ensikäden lähteitä. Päädyimme käyttämään muutamia yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, sillä ne sisälsivät ensikäden tietoa, joihin useat tämän päivän julkaisut perustuvat. Valitsimme myös lähteitä, jotka esiintyivät monissa muissa opinnäytetöissä sekä tutkimuksissa. Opinnäy-

tetyössä on käytetty muutamia samojen kirjoittajien tuotoksia lähteinä, voimme siis olettaa, että nämä ovat luotettavia lähteitä ja kirjoittaja on asiantuntija. Oppikirjojen käyttö ei useinkaan ole suositeltavaa, mutta oman työn tueksi sekä lisämateriaaliksi ne soveltuvat (Vilkka & Airaksinen 2003, 73). Käytimme opinnäytetyössä muutamia oppikirjoja. Perustelemme käytön sillä, että niistä poimitut asiat täydentävät muiden lähteiden tietoa, eikä tieto kyseisistä asioista ole muuttunut.

Lähdekritiikin lisäksi luotettavuutta lisää vaatimusten mukainen suunnittelun ja toteutuksen raportointi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-7). Opinnäytetyön raportti on ikään kuin tarina jossa kerrotaan aiheen valinnasta, opinnäytetyötä koskevien kysymysten ratkomisesta ja kuinka kysymyksiin etsittiin vastauksia. Raportista selviää myös valinnat ja ratkaisut, joita on tehty valmiin toiminnan tai tuotoksen eteen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 82.) Olemme pyrkineet mahdollisimman tarkkaan raportointiin niin suunnittelun, kuin pidetyn oppitunnin kohdalla. Suunnitelman raportissa käy selkeästi ilmi miten olemme valinneet ja rajanneet aiheet oppitunneille, sekä miksi olemme päätyneet tiettyihin opetusmetodeihin.

## **5.2 Pohdintaa opinnäytetyön prosessista**

Opinnäytetyötä innoitti työelämälähtöinen aihe, jolla on selkeä tarkoitus. Konkreettisen tekemisen, oppitunnin, suunnittelu motivoi meitä koko työn ajan. Lisäksi tieto, että toiminnan ohessa valmistuva tuotos tulisi tulevaisuudessa käyttöön lisäsi halua tehdä mahdollisimman hyvän työn. Aiheen rajaus oli aluksi selkeä. Prosessin myötä oli kuitenkin haastava vetää viivoja aiheiden välille, kuten seksuaaliterveys ja -oikeudet. Ne ovat laajoja käsitteitä, joissa on myös paljon päällekkäisyyksiä. Opinnäytetyön lähteiden löytäminen ei tuottanut ongelmia, tosin useiden lähteiden joukosta oli haastava löytää ensikäden tieto, sekä arvioida mikä tiedosta on arvokasta tai oleellista 9.-luokkalaisille suunnatun tunnin kannalta.

Yhteistyö Ylöjärven terveydenhoitajien kanssa oli onnistunutta. Alussa saimme vapaat kädet tunnin aiheiden rajaukseen. Kriteerinä oli, että tunnin aiheiden oli sovittava Ylöjärven kaupungin opetussuunnitelmaan. Ehdotuksemme oli terveydenhoitajien mielestä hyvä, ja yhdessä vielä tarkennettiin ja muokattiin tunnin aiheita heidän tarpeisiinsa sopiviksi. Saimme hyviä neuvoja ja ideoita työelämäpalavereista ja sähköpostilla käydyis-

tä keskusteluista. Kävimme ohjaavanopettajan ohjauksessa säännöllisesti ja saimme työhömmä hyviä tarkennuksia, sekä ohjeita, jotka auttoivat meitä prosessin etenemisessä. Seminaareissa saimme kriittistä palautetta kanssaopiskelijoilta ja erityisesti opponenteiltamme, joka sai meidät haastamaan itsemme vielä paremman työn tekoon.

Ryhmässä työskenteleminen ei sujunut aina ongelmitta. Erot kirjoittamisessa ja tavassa prosessoida aihetta saivat välillä ottamaan etäisyyttä pariin ja puurtamaan hetken vain osan teoriaosuuden kanssa. Jaoin aiheet keskenämme, jotka myöhemmin yhdistimme ja muokkasimme yhtenäisemmiksi. Jaon perustana toimi oma henkilökohtainen mielenkiinto tiettyihin aiheisiin, ja siihen kumpi opetti aiheen oppitunnilla. Aiheiden jako mahdollisti oppitunnin suunnittelun lyhyessä ajassa, sillä molempien ei tarvinnut opetella kaikkia aiheita yhtä syvällisesti, vaan pystyi keskittymään muutamaaan aiheeseen tarkemmin.

Mielestämme täytimme asettamamme tehtävät ja tavoitteet opinnäytetyössämme. Teoria osassa käsittelemme tarkasti ja laajasti seksuaalioikeudet nuorten näkökulmaa painottaen, seksuaalisuudenportaat, sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy, sekä raskaudenehkäisy. Olemme jokaisessa teoria osiossa korostaneet 9.-luokkalaisten näkökulmaa, ja mikä on olennaista tietoa nuorille. Teoria osaan tuli kenties hieman ylimääräistä materiaalia, esimerkiksi sukupuolitaudeista olisi voinut jättää käsittelemättä satiaiset ja syyhy tai ehkäisymenetelmissä jättää pessaarin ja spermisidit pois. Koska terveydenhoitajat ovat toinen kohderyhmämme, ajattelimme, että teoriaa saa ja pitääkin olla hieman laajemmin kuin mitä itse oppitunnit tulevat sisältämään. Itse opinnäytetyö voi toimia hyvänä kertauksena aiheesta seksuaaliterveys. Keräsimme myös tietoa oppitunnin pohjalle, mitä voi oppijoista huomioida ja millainen on hyvä oppitunti. Käytännössä saimme aikaiseksi hyvän oppitunnin, joka vastasi terveydenhoitajien tarpeita.

Lottes ja Kontula (2000, 320) toteavat suomalaista seksuaaliterveyttä pohtiessaan, ilman seksuaalioikeuksia ei ole mahdollista saavuttaa seksuaalista terveyttä. Voimme yhtyä tähän. Opinnäytetyöprosessin aikana meille selvisi kuinka koko seksuaaliterveys pohjautuu seksuaalioikeuksiin. Vaikka suunnittelemamme oppitunti täytti asetetut tavoitteet, ei se seksuaalioikeuksien osalta ole riittävän laaja siihen nähden kuinka tärkeä asia on kyseessä.

Opinnäytetyö aihe ja tuotos antoivat haastetta ammatilliseen kehittymiseen, sillä aihe ei ole suoranaisesti hoitotyötä. Se antoi mahdollisuuden kehittyä ohjaamisessa, opettamisessa, kohderyhmän huomioimisessa, nuorten ja toisen terveystieteen ammattilaisen kanssa tehdyssä yhteistyössä. Ohjauksessa käytetään samoja keinoja kuin opettamisessa ja sairaanhoitajana ohjaus on osa jokapäiväistä työtä toimipisteestä riippumatta. Tunnin pito madalsi kynnystä myös esiintyä ja kehityimme tiedon esille tuomisessa. Työelämässä näitä taitoja tarvitaan esimerkiksi osastokokousta pitäessä. Koimme kehittyneemme tutkitun tiedon etsimisessä ja sen omaksumisessa, niin että tulevaisuudessa ammattilaisina meidän on helppo perustaa toimintamme tutkittuun tietoon.

### 5.3 Jatkotutkimus ja kehittämisehdotuksia

Jatkossa Ylöjärven terveydenhoitajilla on oikeus oppitunnin ja materiaalin muokkaukseen. Oppitunnin päivittäminen on myös toivottavaa. Terveydenhoitajat voivat myös miettiä mitkä asiat ovat olennaisimpia oppitunnin pituuden kannalta, esimerkiksi kannattaako kaikkia sukupuolitauteja käydä läpi. Oppitunnin voisi toteuttaa myös erillisinä osioina. Aiheet voi jakaa kahtia tai jokainen oppitunnin aihe voisi olla oma oppituntinsa. Silloin voitaisiin käyttää tehokkaammin erilaisia opetusmetodeja, esimerkiksi oppilaat etsivät itse tietoa ja opettavat toisiaan. Laakson (2008, 41) tutkielmassa toivotuin opetusmenetelmä on keskustelu. Sitä voitaisiin hyödyntää enemmän, mikäli tunnin pituutta lisättäisiin.

Laakson (2008, 45) tutkielmassa nuoret kokivat seksuaaliterveydentunnit, joita pitävät koulun ulkopuoliset ja erityisesti nuoret aikuiset, mielekkäämmäksi ja luonnollisemmiksi. Opinnäytetyön kehittämisehdotuksena Ylöjärven terveydenhoitajat voisivat pyytää esimerkiksi terveydenhoitajaopiskelijoita pitämään seksuaaliterveydentunteja heidän puolestaan. Nuoret voivat kokea olevan helpompaa kysyä henkilökohtaisempia kysymyksiä, sillä tunnille osallistuminenkin on jo anonyymimpää, kuin jos tuntia pitäisi koulun terveydenhoitaja.

Jatkoehdotuksena opinnäytetyö voitaisiin tehdä lyhytelokuvana, jolloin oppitunnilla nuoret saavat interaktiivisesti osallistua opetukseen. Toisena ehdotuksena tunnilla kerrottu tarina voitaisiin videoida, sillä tarinan mielenkiintoa lisää sen elävöittäminen. Mitä todellisemmalta tarina kuulostaa oppilaille, sitä mielenkiintoisempi se on. Erityisesti pojat toivovat opetuksen sisältävän enemmän DVD:n, internetin ja tv:n käyttöä (Anttila 2012, 87–88).

## LÄHTEET

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2003. Nuoren aika. 2. painos. Porvoo: WSOY.

Aarnipuu, T. & Aarnipuu, P. 2012. Kondomikirja. Helsinki: Into.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007. Seksitautitartuntojen ehkäisy. Terveellistä seksiä. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Julkaistu 14.12.2007. Luettu 7.12.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=tes00019](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=tes00019)

Alkio, P. (toim.) 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: Väestöliitto.

Anttila, A. 2012. Seksiin, seurusteluun sekä koulun seksuaaliopetukseen liittyviä poikien kokemuksia ja toiveita nettikyselyssä. Teoksessa Kontula, O. (toim.) Mitä pojat todella haluavat tietää seksistä. Tehoa poikien seksuaaliopetukseen. Helsinki: Väestöliitto.

Bildjuchkin, K. & Malmberg, A. 2000. Kerro meille seksistä. Tampere: Tammi.

Cacciatore, R. 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. Painos. Helsinki: Duodecim

Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E., Rynänen J., Rynänen A. & Apter, D. 2001. Legopalikoista leopardikalsareihin. Porvoo: Tammi.

Chlamydia trachomatis. 2013. Tartuntatautirekisterin tilastotietokannan.Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 5.12.2013. Luettu 18.3.2014. <http://www3.thl.fi/stat/>

Davis, B. 2009. Tools for teaching. 2nd edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Ehkäisy.net. 2010. Kondomi. Luettu 4.3.2014.  
<http://www.ehkaisy.net/mekaaniset/kondomi>

Hannuksela, M. 2012. Syyhy (scabies). Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 24.6.2012. Tarkistettu 24.9.2012. Luettu 7.3.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00507](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00507)

Hannuksela, M. 2013. Loishyönteiset (täit, satiaiset, lude, väiveet, kirput) pistot ja pu-remat. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 7.1.2013. Tarkistettu 7.1.2013. Luettu 7.3.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00971#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00971#s3)

Hannuksela-Svahn, A. 2014a. Sukupuolitaudit, seksitaudit. Lääkärikirja Duodecim. Tarkastettu 7.4.2014. Luettu 7.8.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00497](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00497)

Hannuksela-Svahn, A. 2014b. HIV-infektio, AIDS. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 3.4.2014. Tarkistettu 3.4.2014. Luettu 31.8.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00421](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421)

Heikinheimo, O., Suhonen, S. & Lähteenmäki, P. 2011. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkela, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Heino, A., Gissler, M. & Soimula, A. 2013. Raskauden keskeytykset 2012. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 6.12.2013.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110210/Tr18\\_13.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110210/Tr18_13.pdf?sequence=5)

Hiltunen-Back, E. & Aho, K. 2005. Terveellistä seksiä. 1. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Hiltunen-Back, E., Ruutu, P., Kautiainen, H., Ådahl, L., Savolainen, R., Paavonen, J. & Reunala, T. 2009. Sukupuolitautien anturiverkosto 1995–2006: Toistuvat sukupuolitautitartunnat ovat yleisiä. Suomen Lääkärilehti 64 (37). 2999–3004.

Hiltunen, S., Kiviaho, M. & Vikeväinen-Tervonen, L. 2003. NLP perusteet. Tampere: Tampere University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huddleston, P. & Unwin, L. 2007. Teaching and Learning in further education. 3rd edition. London and New York: Routledge.

Jälkiehkäisy. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.10.2014.  
<http://www.kaypahoito.fi>

Kauppila, R. 2003. Opi ja opeta tehokkaasti. Psykkinen valmennus oppimisen tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kontula, O. 2012. Millaisia tietoja ja millaista seksuaalikasvatusta pojat tarvitsevat? Teoksessa Kontula, O. (toim.) Mitä pojat todella haluavat tietää seksistä. Tehoa poikien seksuaaliopetukseen. Helsinki: Väestöliitto.

Kontula, O. & Meriläinen, H. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 1999. Seksuaalisuuden portaat. Opetuspaketti peruskoulun 1.-9. luokille. Helsinki: Opetushallitus.

Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin. Helsinki: WSOY.

Kosunen, E. & Ritamo, M. 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Helsinki: Stakes.

Laakso, S. 2008. 9.-luokkalaisten nuorten toiveita ja ehdotuksia koulun seksuaaliopetuksesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen Pro gradu -tutkielma.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2007. Opi ja ohjaa. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.



Lehtinen, E., Kuusinen, J. & Vauras, M. 2007. Kasvatuspsykologia. Helsinki: WSOY

Lehtinen, M. & Paavonen, J. 2005. Nuorten seksin yhteydessä tarttuvat taudit – ajattelu ja torjunta uusiksi. *Kansanterveys* 6/2005, 16–17.

Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa Kontula, O & Lottes, I. (toim.) *Seksuaaliterveys suomessa*. Tampere: Tammi.

Lottes, I. & Kontula, O. 2000. Suomalaisen seksuaaliterveyden vahvuudet ja kehittämiskohteet. Teoksessa Kontula, O & Lottes, I. (toim.) *Seksuaaliterveys suomessa*. Tampere: Tammi.

Lumio, J. 2013, Maksatulehdus, hepatiitti. *Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 25.3.2013. Luettu 25.3.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00451](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00451)

Nipuli, S. 2013. Nuorten seksuaaliterveydestä uutta tietoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos SELI-verkostokirje. Päivitetty 31.10.2013. Luettu 3.12.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkostokirje/2013/nuorten\\_seksuaaliterveydesta\\_uutta\\_tietoa](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkostokirje/2013/nuorten_seksuaaliterveydesta_uutta_tietoa)

Nuoret ja seksuaalisuus. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.7.2013. Luettu 12.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopaketit/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/seksuaaliterveys/nuoret-ja-seksuaalisuus>

Oksama, H., Sihvo, S. & Pietilä, K. 2004. Jälkiehkäisy itsehoitona. Käyttäjäkysely apteekin asiakkaille. *Suomen Lääkärilehti* 59:4507–11

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. *Seksuaalisuus hoitotyössä*. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima.

Seksuaalioikeudet. 2013. *Ihmisoikeudet.net*. Luettu 8.8.2014.  
<http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=seksuaalioikeudet>

Selected practice recommendations for contraceptive use. 2004. Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf)

Sukupuolitaudit. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.10.2014. <http://www.kaypahoito.fi>

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimista ja BZgA Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliit-

tisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Helsinki: Valopaino Oy. Luettu 12.8.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/039844e2-c540-4e81-834e-6f11e0218246>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Hiv- ja aidstilastot. Päivitetty 2.4.2014. Luettu 9.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiati/tartuntatautirekisteri/hiv-ja-aidstilastot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Hiv Suomessa ikäryhmittäin - Hiv i Finland, åldersgruppsfördelning. Luettu 9.9.2014. <http://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/hivika.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Klamydia. Päivitetty 30.6.2014. Luettu 31.8.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/bakteeritaudit/klamydia>

Tiitinen, A. 2013a. Raskauden ehkäisy. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 27.9.2013. Luettu 7.12.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00165](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165)

Tiitinen, A. 2013b. Tietoa potilaalle: HPV-rokote. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 18.11.2013. Luettu 1.9.2014. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Tikka, M. 2012. Raskauden ehkäisy. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. 2.-4. painos. Helsinki: Edita.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2. Painos. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, V. 2005. Tuhat tapaa opettaa. 7. Painos. Vammala: Resurssi.

Väestöliitto. 2013. Seksuaalinen kehitys. Ammattilaisten tietopankki. Luettu 30.11.2013. [http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalinen\\_kehitys/](http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalinen_kehitys/)

Väestöliitto. 2014a. Nuorten seksuaalioikeudet. Luettu 15.1.2014. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/seksuaalioikeudet/>

Väestöliitto. 2014b. Seksuaalioikeudet. Luettu 15.1.2014. <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalioikeudet/>

World Health Organization. 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Luettu 11.8.2014. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

Öhman, H. 2006. Klamydia on yleinen nuorten tauti suomessa. Luettu 3.12.2013. <http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:11668>

## LIITTEET

### Liite 1. Kirje oppilaalle

Moi!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Sanni ja Heidi Tampereen ammattikorkeakoulusta ja tulemme koulullesi pitämään seksuaaliterveysoppitunnin kevään aikana. Seksuaaliterveys tarkoittaa oman seksuaalisuutensa hyväksymistä ja siihen kuuluu kaikkea seksuaalisuuteen liittyvää iästä riippumatta. Se sisältää muun muassa seksuaalisensuuntautumisen, seksin, sukupuolitaudit, seurustelun sekä perhesuunnittelun. Tunnilla, jonka tulemme pitämään, käsittelemme seksuaalisuutta, seksuaalioikeuksia, seurustelua, sukupuolitauteja ja ehkäisyä. Haluamme näin etukäteen selvittää mitä näistä asioista sinä haluat oppia. Toivomme sinun vastaavan kyselyyn, sekä tuomaan esille sinua askarruttavia asioita. Näin me voimme suunnitella tunnin sen mukaan, mitä juuri sinä ja luokkasi haluaa tietää seksuaaliterveydestä.

Vastaa nimettömästi!

Olen,

tyttö  poika

1. Mitä haluaisit oppia seksuaaliterveydestä?

2. Tietoni sukupuolitaudeista?

Tiedän kaiken   
 Tiedän jonkin verran   
 En tiedä mitään

3. Tietoni ehkäisystä?

Tiedän kaiken   
 Tiedän jonkin verran   
 En tiedä mitään

4. Miten haluaisit näitä asioita käytävän läpi tunnilla?

Ryhmässä   
 Keskustellen   
 Luennoiden

5. Sana vapaa, kerro tai kysy mitä tahansa seksuaaliterveyteen liittyvästä asiasta?

Kiitos vastauksistasi! Nähdään pian!