

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Silja Karoliina Keskitalo
Anu Ilona Mustaniemi

**KATSAUS NUORTEN SEKSUAALI-
TERVEYTEEN JA SEKSUAALITER-
VEYDEN EDISTÄMISEN KEINOIHIN**

Sosiaali- ja terveysala
2009

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Vaasan ammattikorkeakoulussa osana Vaasan kaupungin seksuaalikasvatusprojektia. Työn aihe on nuorten seksuaaliterveys ja seksuaaliterveyden edistämisen keinot.

Haluamme kiittää ohjaajaamme Ulla Isosaarta, Vaasan Ammattiopiston terveydenhoitaja Katja Gladia ja Vaasan kaupungin terveydenedistämisen yhdyshenkilö Tarja Paikkalaa yhteistyöstä seksuaalikasvatusprojektissa sekä opinnäytetyön tekkoon tarvittavasta tiedosta ja opetuksesta yliopettaja Hannele Laaksosta. Tuesta ja kannustuksesta kiitämme opiskelutovereita.

Vaasassa 12.5.2009

Silja Keskitalo

Anu Mustaniemi

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Silja Keskitalo, Anu Mustaniemi
Opinnäytetyön nimi	Katsaus nuorten seksuaaliterveyteen ja seksuaaliterveyden edistämisen keinoihin
Vuosi	2009
Kieli	suomi
Sivumäärä	78
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Opinnäytetyö on osa Vaasan kaupungin seksuaalikasvatusprojektia, jossa suunnitellaan ja tulevaisuudessa toteutetaan seksuaaliopetusmateriaalia ammattiopistopiskelijoille. Tutkimuskysymyksiä ovat: Mitkä ovat ammattiopistossa opiskeleville nuorille keskeiset aihealueet seksuaaliterveyden alueella? Miksi nuorten seksuaalikasvatus nykypäivänä on tarpeellista? Mikä vaikuttaa nykypäivän nuorten seksuaalitetouteen? Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksen keinoin. Työ perustuu tuoreisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Työn luotettavuus perustuu lähdemateriaalin ajankohtaisuuteen ja asiantuntijoiden ammattitaitoon.

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Seksuaalikasvatuksen tavoite on edistää nuorten seksuaaliterveyttä. Nuoren seksuaalikasvatuksessa vaikuttavat perhe, koulu, terveydenhoitaja ja media. Seksuaalikasvatuksen tulee olla oikeinajoitettua sekä kohderyhmän tarpeisiin vastaavaa. Seksuaaliterveyden edistämistyöhön vaikuttavat seksuaalioikeudet, erilaiset toimintaohjelmat ja lainsäädäntö.

Kohderyhmän, 16–19-vuotiaiden nuorten, keskeisimpiä seksuaalikasvatuksen aihealueita ovat sukupuolitaudit, ehkäisy ja raskaus. Nuorten sukupuolitautilien levinneisyyden syitä ovat varhain aloitettu sukupuolielämä, kondomienkäisyn epäonnistuminen tai unohtuminen ja lisääntynyt seksisuhteiden sekä satunnaisten partnerien määrä. Kondomin lisäksi työssä käsitellään raskauden ehkäisyyn käytettäviä hormonaalisia menetelmiä, joita ovat yhdistelmäehkäisy- sekä kelta-ruuhashormonia sisältävät valmisteet. Nuorten raskauksia lähestytään näkökulmista vanhemmuus ja raskaudenkeskeytys nuoren valintana.

Asiasanat	ehkäisy, nuori, seksuaalikasvatus, seksuaaliterveys, sukupuolitaudit
-----------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Authors	Silja Keskitalo, Anu Mustaniemi
Title	A Literature Review - Sexual Health among Young People and the Methods of Sexual Health Promotion
Year	2009
Language	Finnish
Pages	78
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

This bachelor's thesis is a part of a sex education project carried out by the city of Vaasa. The purpose of this project is to produce sex education material for students in vocational education. The research questions are: What are important topics within sexual health for students in vocational education? Why is it important to have sex education nowadays? What factors have an effect on how much young people nowadays know about sexual health? The thesis has been carried out as a literature review. The work is based on current research and articles. The reliability of the thesis is based on the proficiency of specialists and on the source material that is current.

Sexual health can be defined as a state of physical, emotional, mental and social wellbeing. The aim of sex education is to promote the sexual health of the young people. The family, the school, the public health nurse and the media have an effect on the sex education of the young. The timing of the sex education should be right and meet the needs of the target group. Sexual health promotion is affected by different factors – sexual rights, different plans of action and legislation.

The central topics in the field of sex education for the target group are venereal diseases, contraception and pregnancy. Early initiation of sex life, non-successful use of condom, increased amount of sexual relationships and casual partners all have an effect on how much venereal diseases spread. Different contraception methods are dealt with in this study – condoms and hormonal methods. Young people's pregnancies are dealt with from different angles – from the parents' point of view (parenthood) and from the young person's point of view (abortion as one's own choice).

Keywords	Contraception, Young, Sex education, Sexual health, Venereal diseases
----------	---

SISÄLLYS

ALKUSANAT	1
TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	6
1.1 Projektin esittely	6
1.2 Opinnäytetyön sisältö	7
1.3 Kohderyhmä	8
1.4 Tutkimuksen tavoitteet, aineisto ja menetelmät	10
2 NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	12
2.1 Seksuaaliterveys	12
2.2 Seksuaaliterveyden suositukset	14
2.2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011	15
2.2.2 Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma	16
2.2.3 Seksuaalioikeudet	17
2.3 Seksuaalikasvatus	17
2.3.1 Koulun rooli seksuaalikasvatuksessa	18
2.3.2 Terveystoimijoiden rooli seksuaalikasvatuksessa	19
2.3.3 Median rooli seksuaalikasvatuksessa	20
2.4 Seksuaaliopetuksen keinot	21
2.4.1 Opetustapahtuman teoreettisia näkökulmia	22
2.4.2 Opetusmateriaali	23
3 SUKUPUOLITAUDIT	25
3.1 Klamydia	26
3.1.1 Tartunnat, tutkimus ja hoito	27
3.1.2 Klamydiaseulonnan hyödyt	29
3.2 Ihmisen papilloomavirus eli HPV ja kondylooma	30
3.2.1 HPV	31
3.2.2 Kondylooma	32
3.2.3 Seulonta	33
3.2.4 HPV-rokote	34

3.3	Herpes	36
3.3.1	Tartunta ja oireet	36
3.3.2	Diagnosointi ja hoito	38
3.4	HIV	39
3.4.1	Tartunta ja oireet	39
3.4.2	HIV:n ehkäisyn keinot	41
4	RASKAUDEN JA SUKUPUOLITAUTIEN EHKÄISY	42
4.1	Kondomi	43
4.2	Hormonaalinen ehkäisy	45
4.2.1	Yhdistelmäehkäisyvalmisteet	46
4.2.2	Keltarauhashormonia sisältävät valmisteet	48
4.3	Jälkiehkäisy	49
5	RASKAANA OLEVAN NUOREN VALINNAT	51
5.1	Vanhemmuus nuorena	51
5.2	Raskauden keskeytys	55
6	YHTEENVETO JA POHDINTAA	59
6.1	Yhteenveto	59
6.2	Pohdinta	65
6.3	Luotettavuus	69
6.4	Jatkotutkimusaiheita	70
	LÄHTEET	71

1 JOHDANTO

Kun mietimme ja suunnittelimme opinnäytetyömme aihetta, suurimpia kriteereitä aiheen valinnalle oli ajankohtainen aihe ja työn tulosten käytäntöön sovellettavuus. Koulumme kautta kuulimme Vaasan kaupungin koulujen terveystieteiden opetukseen liittyvästä projektista, jonka tarkoituksena on toteuttaa opetusmateriaalia seksuaalikasvatukseen eri kouluasteille ja ikäryhmille. Onneksemme pääsimme mukaan projektiin muutaman muun työparin ohella. Oma osa-alueemme projektissa on ammattiopisto-opiskelijat. Terveystieteiden koulutusohjelmassa tehdään kaksi opinnäytetyötä, 15 opintopisteen, ja suuntaavien opintojen yhteydessä viiden opintopisteen työ. Käytännössä osuutemme projektissa toteutuu siten, että tämä opinnäytetyö toimii pohjatyönä itse opetusmateriaalin tekemiselle. Suunnittelemme ja toteutamme materiaalin suuntaavien opintojemme pienempänä opinnäytetyönä.

Opinnäytetyö luo perustan itse opetusmateriaalin tekemiselle. Molemmat opinnäytetyöt tähtäävät opetusmateriaalin tuottamiseen. Lopullinen opetusmateriaalin laatiminen tapahtuu lukuvuoden 2009–2010 aikana, jolloin opinnäytetyön viiden opintopisteen osuutta jatketaan. Tarkoitus on, että opettajat saisivat käyttöönsä valmiit ja kattavat materiaalit, joiden avulla seksuaaliterveyttä koskevat oppitunnit voidaan pitää. Huolellisesti tehty 15 opintopisteen opinnäytetyö on pohjana ja suunniteltuna materiaalin teolle.

1.1 Projektin esittely

Opinnäytetyö on osa Vaasan kaupungin seksuaalikasvatusprojektia, jonka tavoitteena on opetusmateriaalin laatiminen useille eri luokka- ja koulutusasteille. Projektiin osallistuu opiskeluryhmästä viisi työparia, joista jokaisella on oma kohderyhmänsä. Oma opinnäytetyömme laaditaan Vaasan ammattiopistoon toisen asteen opetukseen. Projektin puitteissa tuotetaan opetusmateriaalia myös ala- sekä yläkouluikäisille sekä heidän vanhemmilleen seksuaaliterveyden eri osa-alueisiin liittyen. Jokainen työpari tekee oman, itsenäisen työnsä omin tavoittein, mutta yhteinen aihe motivoi.

Ammattiopiston terveydenhoitaja Katja Glad on yhteyshenkilö projektin puitteissa. Hän on tuonut asiantuntijan näkökulman erityisesti aihevalinnoissa ja -rajauksissa työn alkuvaiheessa. Kohdekoululta on saatu selkeä viesti, että työ on tarpeellinen ja ajankohtainen. Terveystenhoitaja Gladin mukaan opiskelijoiden tiedot muun muassa ehkäisyasioista ovat jokseenkin puutteelliset ja koulun resurssit valistuksen eteenpäinviemiseksi rajalliset. Seksuaalikasvatuksessa ja opinnäytetyössämme tärkeintä on vastata opiskelijoiden tiedontarpeeseen ja keskittyä heille ajankohtaisiin aiheisiin. Koska tähän työhön ei liity kartoituskyselyä opiskelijoille heidän tiedon tasostaan tai toiveistaan käsiteltävien asioiden suhteen, kommunikointi koulun yhteyshenkilön kanssa on keskeisessä asemassa.

Työssä käsiteltävät aiheet ovat selkeästi muotoutuneet ja rajautuneet projektin saneleman tehtävänannon sekä yhteistyötahon toivomusten perusteella. Opinnäytetyön teoriaosuuden ja tulevaisuudessa laadittavan opetusmateriaalin sisältö tulee olemaan yhtenäinen.

1.2 Opinnäytetyön sisältö

Toisen asteen opiskelijat ovat iältään noin 16–19-vuotiaita. Kohderyhmää ajatellen työn pääasialliset aihepiirit ovat sukupuolitaudit, ehkäisy ja raskaus sekä nuorten seksuaaliterveyden edistäminen. Sukupuolitaudeista ja HIV:stä työssä tuodaan esille tyypillisimmät oireet, tartuntatavat ja taudeilta suojautumisen, tautien seuraukset, diagnosoinnin ja hoidon. Sukupuolitautilien ehkäisyn lisäksi korostetaan raskaudenehkäisyn monia vaihtoehtoja. Nuorten raskauksia lähestytään näkökulmista vanhemmuus ja raskaudenkeskeytys nuoren valintana.

Opinnäytetyössä tuodaan esille tutkimustuloksia nuorten seksuaaliterveystietoudesta sekä nuorten toiveista ja kokemuksista seksuaalikasvatusmateriaalia koskien. Opetusmateriaalin käsittelemien aiheiden lisäksi paneudutaan seksuaalikasvatuksessa käytettyihin keinoihin sekä opetusmenetelmiin. Työssä pohditaan myös keinoja, joilla opetuksesta saataisiin mahdollisimman monipuolinen, mielenkiintoinen ja nuorten

seksuaaliterveyttä edistävä kokonaisuus. Asian ilmaisu ja keinot vaikuttavat nuorten kohdalla suuresti asian omaksumiseen. Tämän vuoksi opinnäytetyön yhdeksi osa-alueeksi on valittu myös opetuksen teoreettiset näkökulmat sekä opetuksen keinot.

Opinnäytetyön jatko-osassa suunnitellaan ja toteutetaan opetusmateriaali PowerPoint-esityksenä teoriaosuuden pohjalta. Tarkoitus on, että opettaja pystyy pitämään luentoja materiaalin perusteella myös jatkossa. Aihe on rajattu siten, että pääasiassa käsiteltävät asiat ovat sukupuolitaudit, ehkäisy sekä raskaus, sillä nämä osa-alueet ovat heille ajankohtaisimpia. Opinnäytetyön teoriaosuus painottuu ajankohtaiseen ja tuoreeseen tutkimustietoon ja työssä on erityisesti haluttu panostaa monipuolisiin lähteisiin.

1.3 Kohderyhmä

Työn kohderyhmä eli toisen asteen opiskelijat ovat iältään noin 16–19-vuotiaita ammattiopistossa opiskelevia nuoria. Ammatillinen koulutus antaa opiskelijalle ammatissa vaadittavia tietoja ja taitoja sekä valmiuksia ammatin harjoittamiseen tai yrittäjäksi. Ammatilliseen peruskoulutukseen hakemisen edellytyksenä on perusopetuksen oppimäärä. Opiskeluaika ammattiopistossa on kolme vuotta ja opetus on maksutonta. (Opetusministeriö 2006.) Vaasan kaksikielisestä ammattiopistosta valmistuu vuosittain yli 600 nuorta ammattilaista tekniikan, liiketalouden ja viestinnän sekä hoiva- ja palvelualan aloilta. Vaasan ammattiopistossa tarjotaan myös maahanmuuttajien ammatilliseen peruskoulutukseen valmistavaa koulutusta. (Vaasan ammattiopisto 2009.)

Ammatilliset opinnot muodostavat suurimman osan perustutkinnosta. Tutkinnon 120 opintoviikosta 90 on ammatillisia, 20 yleissivistäviä ja 10 vapaasti valittavia opintoja. Liikunta ja terveystieto ovat osa kaikille pakollisia oppiaineita. (Opetusministeriö 2006.) Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystietoa on yksi opintoviikko, mutta opetuksen sisällöissä ei mainita ollenkaan seksuaaliterveyttä. Tämän asian suhteen lukiossa ja ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevat nuoret ovat

eriarvoisessa asemassa, sillä lukiossa terveystiedon opetukseen on varattu yksi kokonainen sekä kaksi valinnaista kurssia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 37.)

Murrosiän muutokset jatkuvat nuorella noin 18-vuotiaaksi asti. Sukupuolisessa kypsymisessä on suuria eroja sukupuolten ja yksilöiden välillä. Elinolojen yhtenäistyttyä perimästä on tullut tärkein biologisen kypsymisen ajankohtaa määrittävä tekijä. (Pötsönen 2003, 103.) Tytöt kokevat ensimmäisen yhdyntänsä Suomessa keskimäärin 17-vuotiaana ja pojat 18-vuotiaana. Jos viimeistään tähän vaiheeseen mennessä ei ole riittävästi tietoa, taitoa ja toimintamalleja omasta seksuaaliterveydestä huolehtimiseen, tulee se näkymään seksitautitilastojen huononemisena, mutta myös muun terveyden ja hyvinvoinnin heikkenemisenä. (Aho 2006, 24.) Stakesin tilastojen mukaan peruskoulun päättäessään noin kolmannes tytöistä ja noin neljännes pojista on aloittanut yhdynnät. Poikien tiedot ovat olleet seksuaaliterveyden osalta heikompia kuin tyttöjen. (Lehtinen, M., Apter, Lehtinen, E., Verho, Paavonen 2007, 3002.)

Nuoruusiässä ihminen tarvitsee omia, erityisiä terveystalvaeluita. Palvelut tulee järjestää niin, että niissä osataan kohdata nuori ja ymmärretään nuorille tyypillistä käyttäytymistä. Nuori on saatava kokemaan itsensä hoidon ja suojaamisen arvoiseksi. Tämä vaatii aikaa, kärsivällisyyttä ja kykyä arvostaa nuoren itsemääräämisoikeuden kehittymistä. (Apter 2006, 13.)

Seksuaalisuus on erottamaton osa ihmistä ja seksuaalikasvatus on osa terveystalvaelutusta. Hyvä terveystalvaelutus on paitsi tiedon jakamista, myös riskikäyttäytymisen ehkäisyä: itsetuntemuksen, itseluottamuksen ja positiivisen minäkuvan vahvistamista sekä oikeanlaisten asenteiden siirtämistä. Oikeat asenteet korostavat oman ja muiden ihmisten elämän ja kehon kunnioittamista ja suojaamista. Seksitauteja ennaltaehkäistään parhaiten, jos pyritään edistämään seksuaalioikeuksia, tarjotaan tietoa ja palveluita. Seksuaalikasvatuksen tulee perustua opetussuunnitelmaan ja sen tulee olla jatkuvaa ja kehitystason mukaista. Seksuaalikasvatukseen tarvitaan koko yhteiskunnan tukea. (Aho 2006, 25.) Seksuaalikasvatus lisää tietoa, ja on hyvää näyttöä siitä, että se vähentää riskikäyttäytymistä (Apter 2008, 427).

1.4 Tutkimuksen tavoitteet, aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat ehkäisy, sukupuolitaudit, seksuaalikasvatus, seksuaaliterveys sekä nuoret. Tutkimuskysymykset ovat: **Mitkä ovat ammattiopistossa opiskeleville nuorille keskeiset aihealueet seksuaaliterveyden alueella? Miksi nuorten seksuaalikasvatus nykypäivänä on tarpeellista? Mikä vaikuttaa nykypäivän nuorten seksuaalitietouteen?**

Opinnäytetyö on projektityö, jonka toteutustavat ja menetelmät muistuttavat lähinnä kirjallisuuskatsausta. Tutkimusaineisto koostuu tuoreista tutkimuksista, väitöskirjoista sekä asiantuntijoiden artikkeleista ja teoksista. Aineiston keräämisen menetelmänä käytettiin tietokantoja Medic sekä EBSCOhost. Suomenkielisiä hakusanoja ovat muun muassa raskaudenehkäisy, sukupuolitaudit, ennaltaehkäisy ja nuori. Englanninkieliset hakusanat ovat contraception, sexually transmitted diseases, young, venereal disease, safe sex, barrier methods. Hakutulokset on rajattu koskemaan vain 2000-luvulla ilmestyneitä tieteellisiä julkaisuja, jotta mukana olisivat vain tuoreet julkaisut.

Saimme tietää pääsevämme mukaan projektiin 16.12.2008. Työ pääsi virallisesti käyntiin vasta 13.1.2009, jolloin tapasimme projektista vastaavan Tarja Paikkalan. Saimme tarkemman tehtävänannon ja kuulimme projektin tavoitteista sekä mitä omalta osuudeltamme odotetaan. Alkuperäinen suunnitelma oli, että itse opetusmateriaali olisi valmistunut jo kevään 2009 aikana, mutta muiden projektilaisten sekä ohjaavan opettajan kanssa tehtiin yhteinen päätös, että materiaalin toteuttaminen siirtyy kaikkien seuraavan syksyn jatkotyöhön.

Työn aihetta työstettiin, muokattiin ja rajattiin työparin sekä ammattiopiston terveydenhoitaja Gladin kanssa. Näistä pohdinnoista muodostui runko sekä suuntaviivat työlle. Laadimme yhdessä projektisuunnitelman, jonka mukaan opinnäytetyötä alettiin tehdä. Halusimme panostaa huolelliseen pohjatyöhön ja suunnitteluvaiheeseen, jotta työskentely olisi tavoitteellista ja pysyisimme aiheessa sekä aikataulussa. Varsinaisen opinnäytetyön alkuvaiheessa työskentelimme itsenäisesti tarkoituksenamme

saada mahdollisimman monipuolista ja runsasta lähdemateriaalia. Materiaalin etsiminen ja kerääminen oli työlästä ja vei paljon aikaa. Materiaalin pohjalta kirjoitimme teoriaa itsenäisesti. Itsenäinen työskentely osoittautui hyväksi keinoksi materiaalin kokoon saamiseksi ja päällekkäinen ja kaksinkertainen työ onnistuttiin välttämään kirjoitusvaiheessa pitämällä yhteyttä ja raportoimalla työn etenemisestä. Tekstiosuuk-sien kokoaminen tapahtui yhteistyönä, jolloin tekstit muokattiin yhtenäiseksi ja suju-vaksi kokonaisuudeksi sekä lisättiin puuttuvia tietoja.

Opinnäytetyön aihe eli nuorten seksuaaliterveys on paljon tutkittu ja erittäin tärkeä aihe. Työhön tuo omakohtaisen näkökulmansa se, että työ tehdään tietyn kohdekou-lun tarpeita silmälläpitäen. On motivoivaa tehdä opinnäytetyö yhteistyötahon kanssa ja kohderyhmää varten tietäen, että materiaali tullaan myös ottamaan käyttöön.

Sekä työn suunnittelu- että toteutusvaiheessa on olennaista yhteistyö ja kommuni-kointi niin työparin, projektin jäsenten, kohdekoulun kuin ohjaavan opettajan kanssa. Aihe on ennaltaehkäisevää terveydenhoitotyötä parhaimmillaan, ja tulemme varmasti hyötymään työn tekemisestä myös myöhemmin ammatissamme.

2 NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen sisältävät seksuaalikasvatuksen, seksuaalisen kehityksen suojelun, sukupuolisen kypsymisen tukemisen sekä molempien sukupuolten arvostamisen. Hyvän seksuaaliterveyden edellytyksiä ovat myös ymmärrettävästi annettu, oikein kohdennettu tieto, sekä riittävät ja korkeatasoiset seksuaaliterveyspalvelut. Seksuaalisen hyvinvoinnin kokemuksiin vaikuttaa ihmisen seksuaalisten oikeuksien ja niiden toteutumisen tukeminen lainsäädännöllisin ja seksuaaliterveyttä edistävin toimenpitein. (Väestöliitto 2006, 9–10.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on oleellinen osa lasten ja nuorten terveyden edistämistä. Kosusen (2008, 432) mukaan heikko seksuaaliterveys kasaantuu niille, joilla jo muutenkin menee huonosti. Huonoimmat tiedot seksuaaliterveydestä ovat muutoinkin niillä nuorilla, joilla on heikko koulumenestys eivätkä välttämättä jaksa olla kiinnostuneita terveystiedosta. Raskauden ehkäisyn yhteydessä terveyspalvelut tavoittavat myös sen osan väestöstä, joka ei kuulu koulu-, opiskelu- tai työterveyshuollon piiriin. (Alkio ym. 2008, 44.)

Seksuaaliterveyden edistämiseen liittyy tapa, jolla seksuaalineuvontaa tai -kasvatusta annetaan. Riskien ottaminen esiin on aina tärkeää ja välttämätöntäkin, sillä seksiin liittyy aina riskejä, jotka tulee ennaltaehkäistä. (Aho 2006, 26.)

2.1 Seksuaaliterveys

Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO 2006, 5) määrittelee seksuaaliterveyden seuraavasti:

”Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta.” (Alkio, Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander, Rinkinen 2008, 34.)

WHO:n mukaan seksuaaliterveyden määritelmässä tulee olla mukana seuraavat osa-alueet: kyky nauttia molempia osapuolia tyydyttävästä seksuaalisista suhteista, mahdollisuus olla altistumatta seksuaaliselle hyväksikäytölle, painostukselle tai ahdistelulle, suoja sukupuolitaudeilta sekä onnistunut raskauksien suunnittelu. (Kontula & Meriläinen 2007, 11.)

Pötsönen (2003, 101) lisää seksuaaliterveyden määritelmään vapauden valita oman seksuaalisuutensa ilmentämis- ja toteuttamismuodot ja mahdollisuuden toteuttaa sitä ilman riskiä sukupuolitaudeista, ei-toivotusta raskaudesta, painostuksesta, väkivallasta ja syrjinnästä. Seksuaaliterveyteen sisältyy myös päätösvalta omasta lisääntymisestäään ja käyttämästään ehkäisystä. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa näkökulmaa seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttamiseksi tulee kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia kunnioittaa ja suojella. (Väestöliitto 2006, 11.)

Seksuaaliterveyden olennainen osa on elämää ja ihmissuhteita rikastuttava sekä turvallinen ja tyydytystä tuottava seksuaalielämä. Seksuaaliterveyttä voidaan edistää tukemalla ihmisten mahdollisuuksia nauttia seksuaalisuudestaan auttamalla heitä hyväksymään seksuaalinen erityisyytensä ja sen ilmaiseminen. Seksuaaliterveys on keskeinen terveyden osa-alue ja läheisessä yhteydessä muun muassa mielenterveyteen. Se on osa kehitystä ja ihmisoikeuksia. (Kontula & Meriläinen 2007, 10–11; Apter 2006, 13.)

Seksi ja seksuaalisuus

Seksuaalisuus on parhaimmillaan voimavara, ja seksuaaliterveys on hyvinvoinnin kannalta tärkeä osa. Seksuaalinen tyydytys on välttämätön edellytys seksuaaliterveydelle. (Kontula & Meriläinen 2007, 11.) Seksi on seksuaalisuuden ilmaisemista tuntein ja ajatuksin sekä käyttäytymisen ja toiminnan kautta. (Väestöliitto 2006, 10). Seksi on seksuaalista toimintaa. Se voi olla oman seksuaalisuuden esille tuomista, kontaktien hakemista tai hyvänolon tunteeseen tai nautinnon saavuttamiseen tähtäävää toimintaa joko yksin tai vuorovaikutuksessa. Seksi on erilaista eri ikävaiheissa, ja

siihen vaikuttaa se, missä kehitysvaiheessa nuori on. Usein nuorten seksi tapahtuu yksin haavemaailmassa, fantasioissa ja itsetyydytyksessä. (Alkio ym. 2008, 28, 36.)

Seksuaalisen toiminnan tapahtuessa yhdessä toisen ihmisen kanssa sen tulee olla molempien haluja, toiveita, rajoja ja oikeuksia kunnioittavaa ja huomioonottavaa. Seksin tulee perustua tasavertaisuuteen ja yhteiseen sopimukseen, johon ei liity vallankäyttöä. Nuoret eivät aina tunnista esimerkiksi alistamista, uhkailua, painostamista, kiristystä tai johdattelua vallankäytöksi seksisuhteessa, joten näitä seikkoja kannattaa tuoda esille nuorten kanssa työskennellessä. Jokainen joutuu tekemään omat päätöksensä omasta seksuaalikäyttäytymisestään ja jokainen myös vastaa omasta käytöksestään. Sallittua ja turvallista seksiä on kaikki, mikä ei vahingoita itseä, kumppania tai ulkopuolisia. (Alkio ym. 2008, 29–30.)

2.2 Seksuaaliterveyden suositukset

WHO:n Euroopan alueen strategia ja globaali lisääntymisterveyden strategia sekä Euroopan neuvoston päätöslauselma kehottavat Euroopan maita laatimaan omat seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategiat kansallisten tavoitteiden pohjalta. Suomen toimintaohjelman tavoitteena on vahvistaa hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edellytyksiä yhteiskunnassa. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä muun muassa seksuaalineuvontaa ja -terveyspalveluja sekä koulujen seksuaaliopetusta ja -kasvatusta. (Kosunen & Stakes 2006, 14, 33.)

Kairossa vuonna 1994 järjestetty väestö- ja kehityskonferenssi on ollut merkittävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämisen suunnannäyttävä. Yhdistyneiden Kansakuntien järjestämä konferenssin tarkoituksena oli antaa uusia virikkeitä kansainväliselle yhteistyölle, eritoten köyhien ja rikkaiden maiden välisille suhteille. Maailman väestökongressin toimintaohjelman hyväksyi Kairossa 179 valtiota, Suomi mukaan luettuna. Toimintaohjelman keskeiset tavoitteet tähtäsivät tasapainoiseen ja kestäväan väestökehitykseen. Tavoitteina oli muun muassa yleinen mahdollisuus käyttää lisääntymisterveyden, perhesuunnittelun ja sukupuolitervey-

denhoidon palveluja sisältäen sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisy ja torjunnan. (Euroopan Parlamentti 2004, 15–16.) Seksuaaliterveyden uusi kansainvälinen näkökulma on korostanut sitä, että yksilöiden seksuaaliset oikeudet tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveystalvveluita järjestettäessä. (Kontula & Meriläinen 2007, 10).

2.2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011

Sosiaali- ja terveysministeriön (2007, 17) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 mukaan suositeltavana toimenpiteenä on, että koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tuetaan nuorten seksuaaliterveyden kehitystä annettujen suositusten mukaisesti. Sen tavoitteena on väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistaminen. Toimintaohjelma on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle ja johdolle, kunnallisille luottamushenkilöille, sosiaali- ja terveysalan opettajille ja opiskelijoille, eri kouluasteiden terveystiedon opettajille, sekä opettajien kouluttajille. Toimintaohjelman keskeiset aiheet ovat seksuaaliopetus, seksuaalivalistus sekä seksuaalineuvonta.

Toimintaohjelman osa-alueista seksuaalineuvontaa ja valistusta, raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyä sekä raskaudenkeskeytystä käsittelevät osuudet liittyvät omaan opinnäytetyöhömmö. Olemme tutustuneet toimintaohjelman sisältöön ja tavoitteisiin ja ajankohtaisuutensa vuoksi toimintaohjelma on muotoutunut yhdeksi työn keskeisimmistä punaisista langoista. Olemme lukeneet asiantuntijoiden artikkeleja ja kommentteja toimintaohjelmasta ja lähteiden vuoropuhelu aiheisiimme liittyen on kuin huomaamatta kiertynyt tavalla tai toisella toimintaohjelman ympärille. Opinnäytetyömmö tekoaika sijoittuu ohjelman elinkaaren keskivaiheille, joten on ollut mielenkiintoista tutustua aiheen ympärille nivoutuneisiin tapahtumiin ja kirjoituksiin.

Työryhmän tausta-aineistoksi laatimassaan muistiossa Kosunen (2006, 9) määrittelee seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteet sekä niiden keskinäiset suhteet seuraavasti:

”Olipa suositusten, toimintaohjelmien tai strategioiden nimessä pelkästään seksuaaliterveys tai seksuaali- ja lisääntymisterveys, sisältöön kuuluvat aina seksuaalikasvatus, ei-toivotut raskaudet, raskauden keskeytykset, sukupuolitaudit ja HIV sekä nuorten seksuaaliterveys.”

Opinnäytetyön pääkäsite on seksuaaliterveys, ja sen alakäsitteiksi on rajattu sukupuolitaudit, sukupuolitautilien ja raskauden ehkäisy, raskauden keskeytys sekä nuorten seksuaaliterveys. Työn tarkoitus puolestaan on nimenomaan seksuaalikasvatuksellinen, opetusmateriaalin laatiminen.

2.2.2 Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma

Seksuaaliterveyden edistäminen vaatii yhtenäistä kansallista strategiaa. Ennaltaehkäisevän toiminnan ja seksuaaliterveyden hoitamisen on oltava pitkäjännitteistä. Väestöliiton seksuaalipoliittinen ohjelma laatii käytännön esityksiä ja osoittaa keinoja, joiden avulla seksuaaliterveydentilaa voidaan parantaa yhteiskunnallisella tasolla. (Väestöliitto 2006, 2.)

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä, ja sisältää seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin ja sen mukaisen identiteetin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, nautinnon ja intiimiyden sekä suvun jatkamisen. Seksuaalisuuden ilmaisuun vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset seikat sekä poliittisten, kulttuuristen, taloudellisten, oikeudellisten, eettisten, historiallisten ja uskonnollisten tekijöiden vuorovaikutus. (Väestöliitto 2006, 10.)

Väestöliiton seksuaalipoliittisen ohjelman ratkaisu- ja parannusehdotuksia seksuaaliterveyden edistämiseksi ovat asenne- ja seksuaalikasvatus, seksologisen tutkimuksen tukeminen ja käytäntöön soveltaminen, terveydenhuollon ja opetustoimen koulutuksen kehittäminen, seksuaaliterveyspalvelujen riittävät resurssit sekä sosiaalisen tasa-arvon tukeminen ja edistäminen seksuaalioikeudet huomioon ottaen lainsäädännön keinoin. (Väestöliitto 2006, 13.)

2.2.3 Seksuaalioikeudet

Seksuaalioikeudet ovat tärkeä osa ihmisoikeuksia ja niiden tiedostaminen sekä toteutuminen ovat avaintekijöitä seksuaaliterveydelle. Seksuaalioikeuksiin sisältyy oikeus vapauteen ja itsenäisyyteen vastuullisessa seksuaalikäyttäytymisessä sekä oikeus kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta. (Alkio ym. 2008, 36; Kontula & Meriläinen 2007, 12.) Maailman terveysjärjestön WHO:n (2006, 5) mukaan kaikilla on yhtäläinen oikeus seuraaviin asioihin tarvitsematta kokea painostusta, syrjintää tai väkivaltaa:

- oikeus etsiä, ottaa vastaan ja levittää tietoa seksuaalisuudesta
- oikeus parhaaseen saavutettavissa olevaan seksuaaliseen terveyteen, mukaan lukien mahdollisuus käyttää seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyviä terveyspalveluja
- oikeus saada seksuaalineuvontaa
- oikeus ruumiilliseen koskemattomuuteen
- oikeus partnerin valintaan
- oikeus saada päättää omasta seksuaalisesta aktiivisuudestaan
- oikeus molemminpuoliseen vapaaehtoisuuteen perustuviin seksuaalisiin suhteisiin
- oikeus päättää omasta avioitumisestaan
- oikeus päättää siitä, hankkiiko lapsia vai ei, ja milloin niitä hankkii
- oikeus tavoitella tyydyttävää, turvallista ja mielihyvää tuottavaa seksielämää (Kontula & Meriläinen 2007, 12; Alkio ym. 2008, 35.)

2.3 Seksuaalikasvatus

Käsite seksuaalikasvatus on vakiintunut käsitteenä Suomessa vasta 1990-luvulla. Sitä ennen on käytetty lähinnä ihmissuhde- ja sukupuolikasvatustermejä. (Kontula & Meriläinen 2007, 9–10.) Kasvatus ei ole ensisijaisesti tiedollinen eikä edes taidollinen

tehtävä, vaan pikemminkin etiikan ja moraalien eli arvojen, normien, hyvien tapojen ja käyttäytymissääntöjen pohdinnan aluetta (Suoranta 2003, 69).

Seksuaalikasvatus on elämänpitäinen prosessi, jonka aikana hankitaan tietoja, taitoja ja arvoja seksuaalisista suhteista, identiteetistä ja intimitetistä (Kontula & Meriläinen 2007, 9). Seksuaalikasvatus on osa seksuaaliterveyden edistämistä. Se perustuu Kansanterveyslakiin, seksuaalioikeuksiin, opetussuunnitelmaan, hyviin ja riittäviin terveyspalveluihin, hyvään päätöksentekoon ja sen mukaiseen resursointiin. (Aho 2006, 24–26.)

Seksuaalikasvatuksella pyritään muokkaamaan seksuaalisuuteen liittyviä tietoja, uskomuksia, asenteita ja käyttäytymistaitoja. Sen avulla voidaan vaikuttaa nuoren seksuaaliterveystiedon tasoon, nuoren kokemaan alttiuteen liittyen raskaaksi tuloon ja sukupuolitauti- tai HIV-tartuntoihin. Seksuaalikasvatuksen vaikutukset näkyvät nuorisossa asenteiden muutoksena siten, että sukupuolitaudeilta suojautuminen sekä ei-toivottujen raskauksien välttäminen koetaan tärkeäksi. (Liinamo 2008, 132.) Yhdessä hyvin suunniteltujen seksuaaliterveyspalvelujen kanssa voidaan saavuttaa hyviä tuloksia (Apter 2006, 13).

Nuoren lähiympäristö - perhe, ystävät, koulu, media ja seurakunta - ovat merkittävimpiä seksuaalikasvattajia. Oman perheen asenteet, arvot, normit ja toimintamallit määrittävät ihmisen maailmaa ja samalla hänen omaa seksuaalisuuttaan. Koulun vastuulla on opetussuunnitelman toteuttaminen sisältäen seksuaaliterveyskasvatuksen. Terveystieteiden palvelut ja ammattilaiset nauttivat kansalaisten luottamusta, ja niiden merkitys seksuaalikasvattajana on avainasemassa. (Kolari 2007, 37–47; Aho 2006, 25.)

2.3.1 Koulun rooli seksuaalikasvatuksessa

Koulun seksuaalikasvatus on erinomainen kanava tavoittaa kaikki nuoret ja huolehtia ikään sovitetusta, suunnitelmallisesta, oikeita malleja ja asenteita tarjoavasta ja kor-

kealaatuisesta terveystieteistä. Koulun seksuaalikasvatuksessa tulee huomioida nuoren järjen, tunteen ja biologian tasolla tapahtuva kehitys. (Apter 2006, 13.)

1990-luvun laman aikana säästökohteiksi valittiin useissa kunnissa ehkäisevän terveydenhuollon palvelut, kuten kouluterveydenhuolto ja ehkäisyneuvolat. Valtionohjauksen vähenemisen myötä kunnat ja yksittäiset koulut saivat lisää valtaa päättää itse opetusohjelmistaan, mikä johti määrällisiin ja laadullisiin eroihin koulujen välillä 1990-luvun puolivälin jälkeen. Kouluopetuksen ja seksuaalitietojen välillä on osoitettu olevan selvä yhteys. (Gissler 2008, 25.)

Seksuaaliopetuksen sisältö ja laatu on selvässä yhteydessä nuorten tietoihin seksiasioista. Tiedon tasoon vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa saadun seksuaaliopetuksen määrä ja laaja-alaisuus sekä seksuaalivalistusmateriaalin lukeminen. Opetussisältöjen ja menetelmien kehittäminen on tärkeää. Kouluterveystutkimukset osoittavat, että koulujen seksuaaliopetus on määrällisesti vähentynyt ja se on sisällöltään suppeaa. Opetussuunnitelmien siirtyminen koulujen ja kuntien vastuulle on entisestään lisännyt koulujen välisiä eroja seksuaaliopetuksen ajoituksessa ja laadussa. Terveystieto määriteltynä oppiaineena opetussuunnitelmassa ei takaa opetuksen laadukkuutta, ellei valtakunnallisesti ole käynnissä riittävän korkeatasoista tutkimus- ja kehitystoimintaa. (Ritamo, Kautto, Poikajärvi 2000, 59, 64–65; Liinamo 2008, 125.)

2.3.2 Terveydenhoitajan rooli seksuaalikasvatuksessa

Terveydenhoitajalla on ensikäden laaja tietämys oman alueensa ja yhteisönsä tilanteesta ja tarpeista. Siksi terveydenhoitajalla on keskeinen rooli terveydenedistämistyössä. (Aho 2006, 25–26.) Nuoret arvostavat terveydenhoitajaa seksuaalikasvatuksen toteuttajana sekä tiedonantajana, ja kaipaavat häneltä seksuaalisuuteen liittyvää terveystietoa. Terveydenhoitajan tulisi hallita tiedollisesti seksuaalikasvatukseen liittyvät asiat. Selkeän ja varman tiedon antaminen on merkittävä osa terveydenhoitajan ammattitaitoa. Nuorille on tärkeää, että terveydenhoitaja ottaa seksuaalisuuteen liittyviä asioita aktiivisesti esille terveystarkastusten yhteydessä, sillä nuoret eivät välttä-

mättä uskalla toimia aloitteentekijänä seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Kolari 2007, 37–38, 40–41.)

Jokaisella, myös terveydenhoitajalla, on oikeus omiin asenteisiin ja mielipiteisiin. Työntekijän on kyettävä erottamaan omat asenteensa, arvonsa ja mielipiteensä asiakastyöstä. Osa ammatillisuutta on se, etteivät ne näy työssä. Työntekijän henkilökohdainen seksuaalisuus ei ole läsnä, eivätkä esimerkiksi omat kokemukset kuulu näihin tilanteisiin. Seksuaalisuudesta tulee puhua ammatillisesti. (Alkio ym. 2008, 41; Aho 2006, 26.)

Jos terveydenhoitaja suhtautuu seksuaalisuuteen tai esimerkiksi kondomin käyttöön negatiivisesti, hän istuttaa samalla negatiivista asennetta nuoreen asiakkaaseen. Silloin on vaikeampaa oppia myöhemminkään suhtautuman seksuaalisuuteen liittyviin asioihin asiallisesti. Nuoriin liitettynä asenteet seksiä ja seksuaalisuutta kohtaan ovat joskus negatiivisia, sillä ne mielletään usein vain aikuisten maailmaan kuuluvaksi. (Alkio ym. 2008, 36.) Terveydenhoitaja voi osoittaa nuorelle, että seksuaalisuutta ja seksiä voidaan käsitellä luonnollisena osana myös nuoren ihmiselämää. Positiivinen asenne nuorta ja hänen seksuaalisuuttaan kohtaan sekä ehkäisyyn, lisää ehkäisyntäyttöä kun sitä tarvitaan eikä aja terveesti itseensä suhtautuvaa ihmistä riskikäyttämiseen. (Aho 2006, 26.)

2.3.3 Median rooli seksuaalikasvatuksessa

Kodin, koulun ja muiden kasvatustahojen lisäksi kasvun materiaalia tarjoavat yhä enemmän myös vapaa-aika ja media. Koulun opetussuunnitelman rinnalla kulttuurin ja median asema kasvattajana on tullut merkittäväksi. Viime vuosikymmenen aikana yhteiskunta on muuttunut yhä mediakeskeisempään suuntaan ja se vaikuttaa väistämättä läsnäolonsa vuoksi. (Väestöliitto 2006, 27.) Joukkotiedotusvälineiden rooli informaationvälittäjänä perustuu ihanteeseen, jossa julkinen keskusteluareena mahdollistaisi auktoriteeteista vapautumisen ja aktiivisen kansalaistoiminnan (Suoranta 2003, 181).

Median eri muodoissa puhutaan nykyään enemmän ja avoimemmin seksuaalisuudesta kuin koskaan aiemmin. Medialla on tunteisiin vetoava voima kuvan, kielen ja musiikin käytössä ja toistossa. Seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää tietoa on tarjolla päivittäin. Media luo ja välittää nuorille erilaisia kuvia siitä, miten asioita kuuluu tehdä ja miltä tulee näyttää, mutta ei välttämättä tue nuoren seksuaaliterveyttä. (Alkio ym. 2008, 37–38; Väestöliitto 2006, 27.)

Media itsessään on väline eikä sinänsä hyvä tai paha. Ongelma on se, miten ja kuka mediaa kontrolloi. (Väestöliitto 2006, 27.) Esimerkiksi Internetissä on sekä hyvää että huonoa tietoa seksuaalisuudesta ja nuoren on joskus mahdotonta erottaa ne toisistaan. Internetistä löytyy monia hyödyllisiä sivustoja, ja sen avulla pystyy tavoittamaan nopeasti muita nuoria. Internetin ongelmia ovat muun muassa sivustojen päivittämätön tieto sekä seksuaalista kehitystä haittaavan materiaalin saatavuus. (Alkio ym. 2008, 37–38; Kolari 2007, 37–47.)

Mediakulttuuri tarjoaa runsaasti aineksia identiteetin koostamiseen, mutta ei anna nuorelle rakennusohjeita materiaalin käyttöön (Suoranta 2003, 184). Hyvä itsetunto, mediakriittisyys sekä luotettavat aikuiset, joilta voi tarkistaa asioiden totuudenmukaisuutta, suojaavat nuorta parhaiten mediaan liittyviltä riskeiltä. Olipa kyse sitten tiedoista, tavoitteista tai arvoista, täytyy aikuisenkin etsiä oikeaa väärästä. Omien rajojen asettaminen on usein haasteellista myös aikuisille. Aikuisten tehtävänä on opettaa nuorille, ettei kaikkea tarvitse katsoa, kokea tai opetella. On tärkeää, että nuoret oppisivat kunnioittamaan omia rajojaan. (Alkio ym. 2008, 37–38.)

2.4 Seksuaaliopetuksen keinot

Nuorten seksuaalikasvatukseen on pyritty panostamaan viime vuosikymmenien aikana erilaisten suositusten, ohjeiden ja oppaiden avulla. Eroja seksuaaliopetuksen toteutuksessa on kuitenkin eri koulujen välillä. Kouluterveydenhuoltoa on vähennetty ja tämä myös osaltaan vaikuttaa nuorten seksuaaliterveyteen. Haasteita ja tarvetta nuorten seksuaalikasvatuksen kehittämiseen on edelleen. Opetushallinto on vastannut tä-

hän haasteeseen siten, että kouluilla on terveystieto erillisenä oppiaineena. Terveystiedon yksi keskeinen alue onkin seksuaaliterveys, joka sisältää muun muassa ihmisuhteet ja seksuaalisuuden. (Kolari 2007, 5.)

Nuoria tulisi rohkaista itsenäiseen tiedonhakuun ja omien tuotosten, esimerkiksi seksuaalisuutta käsittelevien kirjoitelmien, tekoon. Näin opetuksesta saataisiin monipuolisempi perinteisten kalvojen sijaan. Seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulisi entistä enemmän kuunnella nuoria. Näin voitaisiin paremmin vastata heidän todellisiin tarpeisiinsa. Nuoret toivovat, että seksuaaliopetusta kehitettäisiin toiminnallisempaan suuntaan ja opetus sisältäisi konkreettisia esimerkkejä. Nuoret toivovat myös voivansa osallistua opetuksen suunnitteluun terveydenhoitajan kanssa. (Kolari 2007, 48, 64–65.)

2.4.1 Opetustapahtuman teoreettisia näkökulmia

Opetustapahtumaan liittyy käsitteet pedagogiikka sekä didaktiikka. Pedagogiikka tarkastelee kasvatusta yleensä ja didaktiikka opetusta yhtenä kasvatuksen ilmenemismuotona. Didaktiikka on siis kasvatustieteen alue, jonka tutkimuskohteena on opetus. Didaktiikka antaa neuvoja ja ohjeita opetuksen toimintatavoiksi. (Krokkfors 2004, verkkoluento; Uusikylä & Atjonen 2005, 26)

Opetuksen suunnittelun keskeiset osat ovat tavoitteet, oppiaines, toteutus ja arviointi. Tavoitteita pidetään yleisesti pedagogiikan ensisijaisina kohteina. Ensimmäiseksi tulee ratkaista, mihin oppitunnilla tai opetusjaksolla pyritään, mikä on sen tavoite. Vasta sen jälkeen valitaan, millaisen oppiaineuksen avulla tavoitteeseen voidaan päästä, koska oppiaines on väline. (Uusikylä & Atjonen 2005, 71.)

Tavoitteet ohjaavat opetuksen suunnittelua ja toteutusta. Niiden toteutuminen on todennäköisempää, kun tiedetään mihin pyritään. Tavoitteet luovat opetuksen ja sen tulosten arvioinnin perustan sekä ohjaavat oppijan ponnisteluja (Uusikylä & Atjonen 2005, 72–73.)

Oppilaskeskeisessä pedagogiikassa toivotaan, että opettaja siirtyy taka-alalle ohjaajaksi, pois dominoivasta tiedonjakajan roolista. Tällainen oppimistapa ei vähennä tavoitteiden merkitystä, vaan päinvastoin. Olennaisin kysymys on, kenelle ja millaisia tavoitteita asetetaan ja kuka tavoitteet asettaa. Hyvä opettaja valitsee opettamistapansa joustavasti sen mukaan, kuinka hyvin ne edistävät opetuksen tavoitteiden mukaista opiskelua ja oppimista. Opettajan tulee itse arvioida, millaisia opetustapoja hän käyttää. (Uusikylä & Atjonen 2005, 74, 114–115)

2.4.2 Opetusmateriaali

Seksuaalivalistus on väestölle tai suurelle joukolla suunnattua seksuaalikasvatusta. Valistuksella pyritään vaikuttamaan asenteisiin, tietoihin, mielikuviin ja myös yleiseen mielipiteeseen. Seksuaalivalistusta ovat esimerkiksi nuorille jaetut esitteet. (Kontula & Meriläinen 2007, 10.)

Opetusmateriaali on oppiainesta sisältävä tiedonlähde. Oppimateriaalin tehtävät riippuvat opetukselle asetetuista tavoitteista sekä opiskeltavasta asiasta. Materiaalin tulee asettaa kysymyksiä ja houkuttella etsimään vastauksia ongelmiin. Hyvän ja laadukkaan opetusmateriaalin avulla opetusta voidaan havainnollistaa ja konkretisoida. Materiaalin etuna on myös, että sitä voidaan käyttää useita kertoja taloudellisesti. Oppimateriaalin varassa voidaan suunnitella opetuksen runko ja opetuksen tehokkuus ja tasavertaisuus turvata opetusoloista riippumatta. Hyvä opetusmateriaali on loogisesti ja psykologisesti oikein rakennettua ja sen asiasisältö etenee järkevästi. Materiaalin tulee myös olla aktivoivaa ja motivoivaa. Opettaja vaikuttaa ratkaisevasti siihen, millaisen roolin opetusmateriaali saa opetuksessa. (Uusikylä & Atjonen 2005, 163–168.)

Nummelinin tutkimuksen (2000, 150–154) mukaan nuorten sukupuolivalistuksessa käytettävä opetusmateriaali koetaan tärkeänä sekä tarpeellisina. Tarjolla olevaa materiaalia kuitenkin kritisoidaan siitä, että ne ovat puutteellisia, niissä käsitellään asioita usein pintapuolisesti ja suppeasti. Erityisesti mielekkäiden kokonaisuuksien puuttuminen nousee tuloksissa esille.

Laadukas valistusmateriaali on vastaajien mukaan monipuolista ja seikkaperäistä liittyen erilaisiin seksuaalisuuteen liittyviin asioihin. Faktatiedon rinnalle kaivataan näkemyksellistä ja kokemuksellista tietoa, josta nuori voi peilata omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Tärkeitä aihealueita ehkäisymenetelmien ja sukupuolitautilien lisäksi ovat myös raskaus ja raskaudenkeskeytys sekä seksuaalisuuteen liittyvät tunteet. Tyypillisimmin valistusmateriaalissa käsitellään yleistietoa sukupuolitautilien ja raskauden ehkäisystä, kun muista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kertominen jäi vähemmälle. (Nummelin 2000, 52–55, 58, 61.)

Materiaalin kieliasun koetaan ilmaisevan asenteita sukupuoliasioita ja nuoria kohtaan, sitä kuvataan lapselliseksi ja vanhentuneeksi. Nuorille suunnatuissa lehtisissä tulisi säilyttää selkeä tyyli ja eteneminen ja välttää ammattikieltä. Nuoret esittävät kritiikkiä myös epäaitoutta ja keinotekoisista lähestymistapaa kohtaan. Lehtisten ongelmat koetaan ikävyyttävänä luettavana, yksitoikkoisena, pitkävetisenä ja tylsällä tavalla kirjoitettuna. Vastaajien mukaan myös materiaalin, kuten valistuslahtisten yleisilmeessä on korjaamisen varaa. Erityisesti kuvitukseen kaivataan lisää värikkyyttä. (Nummelin 2000, 76–79, 114–119.)

Vastaajat kokevat koulusta saadun tiedon olevan kielteistä enemmän kuin positiivista. Nummelinin mukaan on ensiarvoisen tärkeää selvittää näkemykset nuorten näkökulmasta, jotta valistusta voitaisiin kehittää oikeaan ja tarpeelliseen suuntaan. (Nummelin 2000, 16, 126–127.)

3 SUKUPUOLITAUDIT

Seksuaaliterveyden tila on parantunut huomattavasti Suomessa pitkällä aikavälillä. Seksitaudit olivat yleisempiä vanhempiemme ja isovanhempiemme nuoruusaikana, esimerkiksi 1940- tai 1970-luvulla. Seksuaaliterveyden parantamiseksi tarvitaan yhä edelleen uusia ponnistuksia. (Apter 2006, 13.)

Kansainvälisesti katsoen Suomi edustaa melko avointa ja terveyttä edistävää seksuaalisuuteen suhtautuvaa kulttuuria. Siltikin edistyksen tarvetta on meillä edelleen, sillä väärä uskomuksia, tabuja ja myyttejä on runsaasti. Suomalaisten seksuaalinen hyvinvointi on kehittynyt myönteisesti 1970-luvulta 1990-luvulle, mikä ilmenee muun muassa monipuolisempana, tyydyttävämpänä ja onnellisempana sukupuolielämänä. (Väestöliitto 2006, 12.)

Suomessa yleiset seksin yhteydessä tarttuvat nuorten sekä nuorten aikuisten taudit ovat yleistyneet 1980-luvulta lähtien. Tämä johtuu siitä, että seksuaalikäyttäytyminen on muuttunut. Sukupuolitautilien ja niiden seurausten torjuntaan uusia mahdollisuuksia tarjoavat rokotukset, seulonta sekä seksuaaliterveyskasvatus. (Lehtinen ym. 2007, 2999.)

Sukupuoliteitse tarttuvien tautien yleisyyteen vaikuttaa satunnaisten seksipartnereiden määrä. Pitkäaikainen tartunnankantajuus ja pitkä oireeton itämisaika lisäävät tartuntariskejä myös vakituisessa sukupuolisuhteessa. (Hitunen-Back & Aho 2005, 90.) Nuoret ovat riskiryhmä sukupuoliteitse tarttuvissa taudeissa, koska heillä intiimit suhteet ovat tyypillisesti lyhytkestoisia (Eskola & Hytönen, 2002, 301). Sinkku siviilisäätynä korreloi negatiivisesti seksuaalisen riskikäyttäytymisen kanssa. Riski saada sukupuolitautiltartunta on yleisempi naimattomilla naisilla, kun taas naimattomilla miehillä tartunnan riski on päinvastoin epätodennäköisempi. (Nikula, Koponen, Haavio-Mannila, Hemminki 2007, 301, 304.)

Jotta seksitartunta on mahdollinen, tarvitaan seksikontakti, jossa ei käytetä asianmukaisesti kondomia suojana, tai kondomi on pettänyt (Aho 2006, 24). Kondomieh-

käisyn epäonnistuminen, erilaiset oireet tai gynekologisen tutkimuksen tulos voivat herättää epäilyn seksitaudista. Tartuntatautilain (L583/1986) mukaan tällaisessa tilanteessa tulee ottaa laboratorionäytteet, hoitaa ja lääkitä mahdolliset taudit sekä seurata tautien mahdollinen uusiutuminen maksutta kunnallisissa palveluissa. Samassa laissa säädetään myös tautien ennaltaehkäisy sekä ilmoitusvelvollisuus tartunnoista Kansanterveyslaitokselle. Jos tautien tutkiminen ja hoito laiminlyödään, voi tautien seurauksena naiselle aiheutua munanjohtimen tulehdus, jonka pahimpana seurauksena puolestaan voi olla hedelmättömyys. Miehillä vaarana on lisäkivestulehdus. Ihmisen papillooma- eli HP-viruksen aiheuttamat solumuutokset voivat ajan myötä aiheuttaa naisilla kohdunkaulan syöpää. (Aho 2006, 24.)

3.1 Klamydia

Klamydiainfektio on yleisin bakteerin aiheuttama sukupuoliteitse tarttuva seksitauti Suomessa. Sen itämisaika vaihtelee muutamasta päivästä useaan kuukauteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 111; Iivananainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2006, 711.) Klamydiatartunnan aiheuttaa *Chlamydia trachomatis*-bakteeri (Hiltunen-Back & Aho 2005, 27).

Klamydian aiheuttamat tulehdukset ovat yleisiä ja voivat aiheuttaa vakavia terveyshaittoja. Klamydiasta voi aiheutua naiselle muun muassa kohdunkaulan, kohdun limakalvon tai munanjohtimien tulehdus sekä sisäsynnytintulehduksia seuraava krooninen eli pitkittynyt kiputila. Klamydian mahdolliset seuraukset miehellä ovat muun muassa virtsaputkitulehdus ja mahdollisesti lisäkivestulehdus. Klamydiasta aiheutuu monia raskaushäiriöitä kuten munatorviraskaus, keskenmeno ja ennenaikainen synnytys. Klamydia on myös merkittävä kohdunulkoisten raskauksien ja lapsettomuuden syy. (Paavonen 2004, 112, 115; Eskola & Hytönen 2002, 295.)

Klamydian kantajassaan aiheuttamat oireet vaihtelevat oireettomasta voimakasoireiseen sisäsynnyttimien tulehdukseen. Yli puolet kaikista klamydiatartunnoista on oireettomia. Tartunnan saaneista naisista oireettomia on jopa kolme neljäsosaa ja mie-

histä lähes puolet. Taudin oireettomuus sekä nuorten lukuisat seksisuhteet edistävät taudin leviämistä. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 27–28; Hiltunen-Back & Reunala 2005, 16.) Oireettoman klamydiatartunnan hoito on myös tärkeää (Iivanainen ym. 2006, 712).

Klamydian oireet ilmenevät naisilla epänormaalina valkovuotona, kirvelynä virtsatesassa tai tihentyneenä virtsaamistarpeena, yhdynnän jälkeisenä niukkana verenvuotona, epäsäännöllisenä kuukautisvuotona sekä alavatsa- ja ristiselkäkkipuna. Hoitamattomana klamydia voi levitä emättimestä kohtuun ja munasarjoihin aiheuttaen sisäsynnyttelintulehduksen. (Iivanainen ym. 2006, 712; Eskola & Hytönen 2002, 295; Hiltunen-Back & Aho 2005, 27–28.) Myös oireeton infektio voi edetä ja aiheuttaa kiinnikkeitä, jotka osalla infektion saaneista johtaa hedelmättömyyteen ja lisääntyneeseen kohdunulkoisen raskauden riskiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 113).

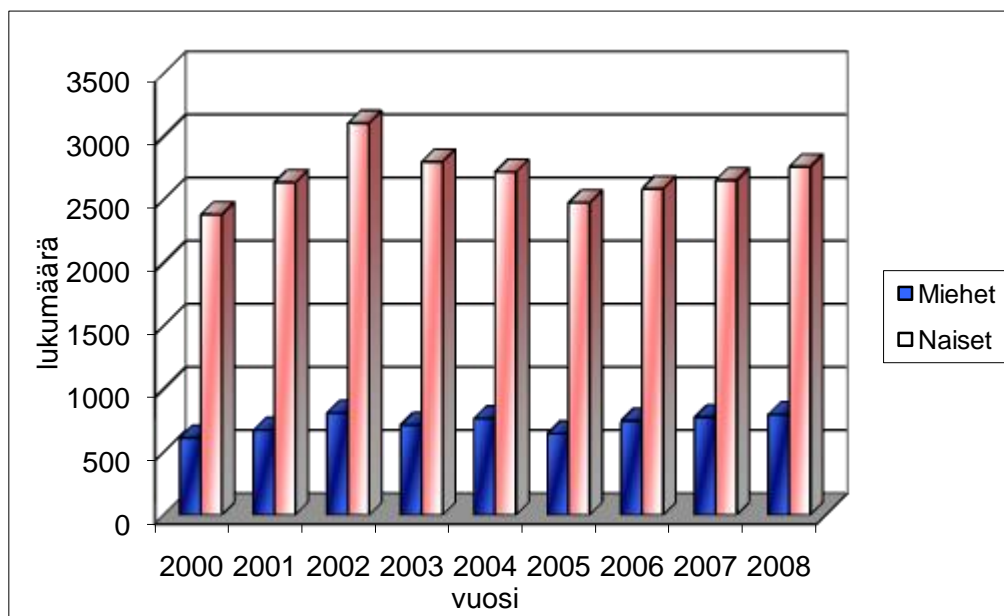
Miehillä klamydia voi oireilla kirvelynä virtsatesassa, niukkana vaaleanharmaana vuotona virtsaputkesta ja alavatsa- sekä kiveskipuna. Klamydia aiheuttaa valtaosan lisä-kivestulehduksista, joka oirehtii kivesten toispuoleisena turvotuksena ja arkuutena. Klamydia voi laukaista myös niveltulehduksen. (Iivanainen ym. 2006, 712; Eskola & Hytönen 2002, 295; Hiltunen-Back & Aho 2005, 28.)

3.1.1 Tartunnat, tutkimus ja hoito

Klamydiatartuntoja esiintyy vuosittain maailmassa lähes 100 miljoonaa ja Suomessakin nykyään lähes 12 000. Klamydiainfektioiden esiintyvyys on kasvanut Suomessa voimakkaasti viime vuosikymmenten aikana. KTL:n tartuntatautirekisteriin ilmoitettujen laboratoriolöydösten mukaan klamydiatapausten vuosittainen määrä on lisääntynyt lähes 60 % vuodesta 1995. (Öhman, Lehtinen, Koskela, Surcel, Paavonen 2006, 8–9.)

Kaksi kolmasosaa klamydiatartunnoista esiintyy alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä. Raportoitujen klamydiatapausten ilmaantuminen on 15–24-vuotiailla naisilla saman ikäisiin miehiin verrattuna noin neljä kertaa suurempi (Kuvio 1.). (Sosiaali- ja terve-

ysministeriö 2007, 111; Lehtinen ym. 2007, 3000.) Huolestuttavaa on klamydiainfektioiden lisääntyminen erityisesti nuorten 15–19-vuotiaiden keskuudessa, jolloin hehdelmällisyyteen vaikuttavat jälkiseuraukset tulevat ilmi vasta 10 vuoden päästä. (Öhman ym. 2006, 8–9.)



Kuvio 1. 15–19-vuotiaiden nuorten naisten ja miesten klamydiatartunnat vuodesta 2000 vuoteen 2008. (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta.)

Klamydian diagnostiikka on viime vuosina parantunut ja nopeutunut, näytteenotto helpottunut ja hoito on yksinkertaistunut tehon kärsimättä (Paavonen 2004, 112). Klamydian diagnostiikka perustuu nykyään ensivirtsasta tehtävään määritykseen. Tämä menetelmä on sekä helppokäyttöinen, kivuton että luotettava. Tartunta hoidetaan nykyisin suun kautta otettavalla kerta-annosantibiootilla, atsitromysiinillä. (Sosi- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 113; Hiltunen-Back & Aho 2005, 28–29; Alkio ym. 2008, 86.)

Tartuntatautilain (L583/1986) mukaan klamydia on luokiteltu ilmoitettavaksi tartuntataudiksi. Laki velvoittaa selvittämään aiemmat sukupuolikumppanit, mistä tartunta on saatu sekä jäljittämään mahdolliset uudet tartunnansaajat (Alkio ym. 2008, 87).

Lain mukaan klamydian hoito ja poliklinikkakäynnit ovat potilaalle ilmaisia (Iivanainen ym. 2006, 712).

Ohjaaminen on tärkeässä osassa klamydiapotilaan hoitoa, sillä kaikkien seksipartnereiden löytäminen ja motivoiminen tutkimuksiin ja hoitoon on tärkeää tartuntojen vähentämiseksi. Taudin oireettomuutta on syytä korostaa tiedottaen myös oireettoman taudin mahdollisesti aiheuttamista pitkäaikaisvaurioista. Sukupuolipartneri on hoidettava samanaikaisesti välttyäkseen uusintainfektioilta. Potilaan kanssa tulee myös jälkitarkastuksen yhteydessä keskustella riskikäyttäytymisestä sekä tulehdusten välttämisestä. (Iivanainen ym. 2006, 712; Eskola & Hytönen 2002, 164, 296.)

Ongelmana on löytää ne nuoret, jotka ovat tietämättömiä klamydiatartunnastaan ja levittävät tautia eteenpäin. Yksi tärkeimpiä klamydian torjunnan haasteita onkin tartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden saaminen tutkimuksiin ja hoitoon. Tehostamista vaatii myös tartunnan jäljitys, joka usein jää potilaan itsensä vastuulle. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 113; Hiltunen-Back 2008(1), 44.)

3.1.2 Klamydiaseulonnan hyödyt

Paavonen (2004, 115–116) jakaa klamydiainfektion ehkäisyn kolmeen eri tasoon. Primaaripreventio eli seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä ohjaus, neuvonta ja valistus tulisi kohdentaa nuoriin ja ajoittaa oikein. Paavonen toteaa, että avainasemassa ovat koulujen antama seksuaaliopetus sekä nuorille suunnatut seksuaaliterveyspalvelut. Sekundaaripreventiotasolla pyritään löytämään väestöstä oireettomat kantajat. Tertiääripreventiolla tarkoitetaan sairauden tehostettua hoitoa. Tulehduksen oireita hoitamalla ei kuitenkaan ratkaista klamydian aiheuttamia ongelmia, koska kudostason parantumaton vaurio on siinä vaiheessa jo ehtinyt tapahtua.

Seulonalla tarkoitetaan sairauden tai sen esiasteen etsimistä väestöstä. Seulonnan etu on, että helposti otettavalla näytteen avulla voidaan tehdä varhainen diagnoosi, jolloin aikaisessa vaiheessa havaittu sairaus voidaan hoitaa paremmin tuloksin kuin myöhemmin havaittu tauti. Seulonnan edellytyksenä on, että seulonnan kohde on kansan-

terveydellinen ongelma, jonka hoidolle on riittävästi resursseja. Seulonta täyttää sille asetetut ehdot, mikäli seulontalöydös johtaa taudin hoitoon, joka puolestaan parantaa potilaan elämänlaatua. Hyvin järjestetty seulontaketju on jatkuva prosessi, joka käsittelee väestörekisteriin pohjautuvat ikäryhmäkohteet, kutsujärjestelmän, hyvän osallistumisaktiivisuuden, näyttöiden avulla löydetyn esi- tai varhaisasteen hoidon sekä seurannan. Seulontajärjestelmä on kansanterveydellisesti sekä kustannus-hyötysuhteeltaan kannattava (Vesterinen 2004, 120–121.)

Klamydiainfektio on yleinen sekä usein oireeton, ja se voidaan diagnosoida sekä hoitaa. Näin ollen klamydiaseulonta täyttää kaikki seulontatutkimuksen perinteiset kriteerit (Lehtinen ym. 2007, 3003). Väestölle suunnattuja klamydian seulontoja on kehitetty tutkimusmielessä, mutta ongelmana ovat olleet alhaiset osallistumisluvut. Niitä, jotka seulonnan erityisesti pitäisi tavoittaa, väestöseulonnat eivät todennäköisesti tavoita. Suomessa onkin päätetty vuonna 2006, että väestöpohjaisiin klamydiaseulontoihin ei ryhdytä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 113–114.) Oireettomien kantajien seulonta on suuri haaste Suomen terveydenhuollolle, sillä klamydia on tärkein ja suurin yksittäinen ehkäistävissä oleva lisääntymisterveyden uhkatekijä (Paavonen 2004, 112, 115).

3.2 Ihmisen papilloomavirus eli HPV ja kondylooma

HPV (Human papillomavirus) on ulkosynnyttimiä infektoiva virus. HP-viruksen ilmenemismuodot vaihtelevat kondyloomista eli kukkakaalimaisista visvasyylisiä eriasteisiin syövän kehittymistä ennakoiviin solumuutoksiin. Seurauksena on ihon ja limakalvojen kimmoisuuden heikentyminen, mikä altistaa helposti haavaumille ja tulehduksille. (Niensted & Kellosalo 2007, 528; Eskola & Hytönen, 2005, 291; Vuorma & Hurskainen 2003, 180.)

HP-virukset ovat yleisimpiä seksiteitse tarttuvia tulehdusten aiheuttajia. Kondylooma on yleisin sukupuolitauti etenkin nuorilla aikuisilla. Oireeton eli piilevä tartunta on

vaikea havaita, ja usein potilaan oma immuunipuolustus häätää viruksen pois elimistöstä. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 37–38.)

3.2.1 HPV

Ihmisen papilloomaviruksen eli HPV:n aiheuttama infektio on yleisin viruksen aiheuttama sukupuoliteitse tarttuvista taudeista. Sen esiintyvyydestä ei ole kuitenkaan saatavissa tilastollista seurantaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 112.)

HP-virus tarttuu sukupuoliyhdyntässä, ja sen esiintyminen on suoraan verrannollinen seksuaaliseen aktiivisuuteen (Eskola & Hytönen, 2005, 291; Vuorma & Hurskainen 2003, 180). HPV-epidemia on edelleen laajenemassa nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Suurin osa tartunnoista aiheutuu pian yhdyntöjen aloittamisen jälkeen. (Kaasila, Lehtinen, Koskela, Patama, Pasanen, Palmroth 2006, 5.)

Kondomin käyttö vähentää HPV-tartunnan riskiä. Se ei kuitenkaan täysin ehkäise HPV-tartuntaa, sillä se tarttuu myös limakalvokontaktin lisäksi iholta iholle. Kondomia suositellaan kuitenkin käytettäväksi tilapäisissä suhteissa, sillä se estää tehokkaasti muiden sukupuoliyhdyntässä leviävien tautien tarttumisen. (Avellan 2008, 24; Hiltunen-Back 2008(2), 1124; Lehtinen ym. 2007, 2999; Hannuksela 2008.)

HPV-infektioon liittyy vain harvoin oireita. HP-virus on erittäin hyvin sopeutunut ihmisen elimistöön ja aiheuttaa vain poikkeustapauksissa vakavia vaurioita. HPV:n lukuisista eri tyypeistä jotkut infektoivat ihoa, jotkut limakalvoja ja vain jotkut aiheuttavat syövän esiasteita ja syöpää. Vaikka papilloomavirustartunta tapahtuu useimmiten sukupuoliyhteydessä, myös muunlainen tartunta on mahdollinen. HPV voi tarttua normaalin kanssakäymisen yhteydessä esimerkiksi sormien välityksellä. Papilloomavirusinfektiot ovat niin yleisiä, että lähes kaikki ihmiset saavat HPV-tartunnan elämänsä aikana eikä syylien ilmaantuminen automaattisesti kerro poikkeavasta sukupuoliikäyttäytymisestä. (Vesterinen 2004, 138–140.)

Seksiteitse tarttuvia ihmisen papilloomavirus-tyyppejä on noin 40. Papilloomavirukset jaetaan pienen ja suuren riskin viruksiin sen perusteella, mikä on viruksen yhteys kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden syntyyn. Vähäisen riskin tyyppinä ovat HPV6 ja HPV11, suuren riskin tyyppinä HPV16 ja HPV18. (Hiltunen-Back 2008(2), 1121; Kaasila ym. 2006, 4.) Kaikki papilloomavirustyyppit eivät kuitenkaan aiheuta kohdunkaulan syöpää. Tietyt HP-virustyyppit voivat aiheuttaa pitkittyneitä kohdunkaulan tartuntoja, jotka hoitamattomina voivat aiheuttaa kohdunkaulan pahanlaatuisia solumuutoksia. Kohdunkaulan syöpä syntyy pitkäkestoisen tulehduksen seurauksena. Syövän synnyssä välttämätön tekijä on syöpää aiheuttava papilloomavirusinfektio, mikä on kuitenkin harvinaista ottaen huomioon infektion yleisyyden. Papilloomavirustartunnan lisäksi riskitekijät, kuten tupakointi ja muut gynekologiset infektiot, vaikuttavat kohdunkaulan syövän syntyyn. (Huotari 2007, 38; Vesterinen 2004, 142.)

Kohdunkaulan syöpää on eniten hedelmällisessä iässä olevilla naisilla (Mäkinen 2006, 30). Nuorten naisten seksuaalikäyttäytymisen muutos saattaa selittää kohdunkaulan syövän lisääntymistä. Kohdunkaulan syöpää aiheuttava HPV-tartunta voidaan saada hyvin nuorella iällä, sillä yhdyntöjen aloittamisikä on varhaistunut ja partnereiden lukumäärä on kasvanut. (Avellan 2008, 24.)

3.2.2 Kondylooma

Kondylooma eli visvasyyliä on yksi HPV-infektion ilmentymä. Pienen riskin papilloomavirukset eli HPV 6 ja 11 aiheuttavat noin 90 % kondyloomista. Kondylooma on HP-viruksen aiheuttama tuumorimainen muutos genitaalialueen iholla tai limakalvolla. Kondyloomat ovat syylän kaltaisia, pehmeitä, kukkakaalimaisia papilloomia eli ihon kasvaimia. (Hiltunen-Back 2008(2), 1121; Niensted & Kelloso 2007, 796.)

Kondyloomat ovat usein oireettomia. Kovaa kutinaa ja haavaumia kuitenkin esiintyy joskus. (Hiltunen-Back 2008(2), 1121.) Miehillä kondyloomia voi esiintyä pieninä kasvaimina, mahdollisesti suuriakin rykelmiä muodostaen syylämäisinä peniksen iholla, esinahan alla, terskan alueella, virtsaputken sisällä aiheuttaen kirvelyä virtsateissa sekä peräaukon ympärillä tai perävaossa. Naisilla kondyloomia esiintyy ul-

kosynnyttimissä, virtsaputken suulla, emättimessä, kohdunsuulla, välilihan alueella sekä peräaukon ympärillä. Osa virustyypeistä ei kehitä näkyvää kasvainta, vaan ne voidaan todeta vain erikoistutkimuksilla. Taudin itämisaika vaihtelee kuukausista vuosiin, minkä vuoksi tartunnanlähteen määrittäminen on hyvinkin vaikeaa. (Hannuksela 2008, Vesterinen 2004, 138.)

Itse papilloomavirusta ei voida hoitaa, mutta iho- ja limakalvovaurioiden hoito on mahdollista. Useimmiten muutokset häviävät itsestään normaalin immuunivasteen avulla muutaman kuukauden tai enintään kahden vuoden kuluessa, eivätkä äskettäin ilmaantuneet kondyloomat vaadi välitöntä hoitoa. Näkyvät kondyloomat on mahdollista poistaa usein eri menetelmin. Näkyvät muutokset voidaan hoitaa itsehoitona kondyloomiin tarkoitetuilla voiteella tai liuoksella. HPV:n infektoimien alueiden pesussa on hyvä käyttää pelkkää vettä ja suojaavaa voidekerrosta. Kondyloomat on mahdollista myös poistaa kirurgisin menetelmin. Kondyloomien uusiminen ja tarttuvuus on kuitenkin yleistä riippumatta siitä, mikä hoitomuoto valitaan. (Avellan 2008, 24; Hiltunen-Back 2008(2), 1123–1124, Vesterinen 2004, 139.)

3.2.3 Seulonta

Seulonnan hyötyä voidaan arvioida sen kuolleisuutta vähentävällä vaikutuksella. Kohdunkaulan syöpä on ainoa syöpätyyppi, jonka esiasteita pystytään seulomaan laajassa mittakaavassa ja jonka kehittyminen varsinaiseksi syöväksi kyetään siten estämään. Esimerkiksi Suomessa on joukkoseulonnan hyvän tuloksellisuuden avulla voitu tehokkaasti vaikuttaa syövän esiintyvyyteen ja sen aiheuttamaan kuolleisuuteen, sillä seulonta on vähentynyt kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta 80 % ja samassa suhteessa myös tautiin kuolleisuutta. (Vesterinen 2004, 120–122.)

Kohdunkaulansyövän seulonta tehdään Papa-kokeella eli irtosolunäytteellä, jolla etsitään kohdunkaulansyöpään tai esiasteisiin viittaavia solumuutoksia. Papa-koe on kohdunkaulan kanavasta, kohdun napukasta ja emättimestä irroneiden ja irrotettujen solujen mikroskooppitutkimus. Papa-kokeiden suurin merkitys on kohdunkaulansyövän toteamisessa, mutta testin avulla voidaan tutkia myös muita gynekologisia tuleh-

duksia sekä hormonaalista tilaa. Sen vuoksi naisten on erittäin tärkeä käydä säännöllisesti Papa-seurannassa. (Vesterinen 2004, 153–159; Hiltunen-Back & Aho 2005, 38–39.)

3.2.4 HPV-rokote

Rokotteella pyritään elimistön vastustuskyvyn eli immunitetin kehittämiseen tartuntataudin estämiseksi sekä ehkäisemään infektioiden leviämistä ja niistä aiheutuvia haittoja. Rokote on heikennetyistä tai kuolleista mikrobeista tehty valmiste, jota käytetään kyseisen mikrobin aiheuttamien tautien ehkäisyyn. Elimistö tunnistaa rokotteessa käytetyt viruksenkaltaiset partikkelit normaaleiksi viruksiksi, mikä seurauksena syntyy vasta-aineita. (Vesterinen 2004, 132–133; Niensted & Kellosalo 2007, 625.)

Osa papilloomavirustyyppien aiheuttamista infektioista etenee kohdunkaulan syöväksi asti, mikä tekee asiasta vakavasti otettavan kansanterveysongelman. Rokotteen syövältä suojaavasta vaikutuksesta ei kuitenkaan ole vielä täyttä varmuutta. Rokotteiden tehoa syövän ehkäisyssä tutkitaan parhaillaan Suomessa vuonna 2002 aloitetulla laajamittaisella seurantatutkimuksella, jossa 16–17-vuotiaiden tyttöjen koeryhmä on rokotettu HP-virusta vastaan. Tarkoituksena on selvittää, estääkö rokote viruksen tarttumisen ihmisestä toiseen ja voidaanko tämän rokotuksen avulla ehkäistä kohdunkaulan syövän kehittyminen. Koska vakaviin HPV-vaurioihin johtava infektio etenee hitaasti, voidaan tutkimustulosten perusteella vasta vuosien kuluttua todeta eroaako kohdunkaulan syövän vakavien esiasteiden ilmaantuvuus rokotettujen ja rokottamattomien välillä ja siten arvioida rokotteen tehoa. Tutkimuksia on käynnissä myös rokotteen immunitetin synnystä ja kestosta. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 41; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 112; Lehtinen 2008, 118, 121; Lehtinen ym. 2007, 3003–3004; Vesterinen 2004, 133.)

Käytössä on kaksi ehkäisevää HPV-rokotetta, joiden päätavoite on ehkäistä kohdunkaulan, emättimen sekä ulkosynnyttimien syövän esiasteiden kehittyminen. Molempien rokotteen teho kohdistuu papilloomavirustyyppiä 16 ja 18 vastaan, ja toisessa

rokotteessa on mukana lisäksi kondylooman aiheuttajatyypit 6 ja 11. (Hiltunen-Back 2008(2), 1124.)

HPV-rokotteet eivät poista elimistössä jo olevaa kondyloomavirusta, vaan ne antavat suojan naisille, joilla ei vielä ole viruksia elimistössään. Rokotteet on annettava ennen tartunnan mahdollisuutta. Suurimman hyödyn saavat nuoret tytöt, jotka rokotetaan ennen sukupuolielämän aloittamista. (Hannuksela 2008; Avellan 2008, 25; Lehtinen 2008, 121.)

Lehtisen mielestä kaikkien seksuaaliseen ikään tulevat ikäluokat, mukaan lukien sekä tytöt että pojat, tulisi saada ilmainen HPV-rokotus tullessaan peruskoulun yläluokille. Vain rokottamalla koko ikäluokka saadaan HPV-rokotuksen täysi voima esille, sillä rokotuskattavuuden ollessa 90 %, päästään juurimaan syöpävaaraa aiheuttavat HPV-tyypit nuoresta väestöstä. (Lehtinen 2006, 7.)

Asenteita HPV-rokotetta kohtaan on tutkittu sekä nuorten että heidän vanhempiansa keskuudessa. Pääosin suomalaisnuorten ja heidän vanhempiansa suhtautuminen HPV-rokotteisiin on positiivista. Vanhempien suurimmat huolenaiheet liittyivät siihen, lisäävätkö seksuaaliterveyskasvatus, ilmaiset ehkäisytabletit, kondomin käytön opastus ja rokotukset varhaisia seksikokeiluja. (Verho 2006, 11–12.) HPV-rokotteet myönteisten vaikutusten lisäksi seurauksena voi olla myös kielteisiä seurauksia. Rokotteesta voi mahdollisesti seurata väärä turvallisuuden tunne, joka edesauttaa muiden seksitautien yleistymistä. (Lehtinen 2006, 7.)

Riittävä informointi ja asianmukainen tiedonanto sukupuoliteitse tarttuvista taudeista sekä HPV:stä ovat edellytys HPV-rokotteiden tärkeyden ymmärtämiselle. Rokottaminen ei kumoa nuorten seksuaaliterveyskasvatuksen tärkeyttä ja tarvetta. Nuorille tulee painottaa, että seksuaalisuus on koko elämän kestävä jatkumo, jossa omilla valinnoilla on keskeinen merkitys. (Verho 2006, 11–12.) Vaikka rokotteiden kehittäminen on vilkasta, ei ole näköpiirissä, että ne voisivat joskus korvata kondomilla suojautumisen vaihtuvissa seksisuhteissa (Lehtinen 2008, 118). Rokottaminen yhdistettynä valistukseen sekä myöhemmin suuren riskin HPV-infektioiden seulontaan mahdollistaa HPV-

epidemian pysäyttämisen sekä lopulta näiden virusten nujertamisen nuorena väestönosassa. (Kaasila ym. 2006, 5.)

3.3 Herpes

Herpes simplex -viruksen aiheuttama genitaalierpes on yleinen krooninen sukupuoliteitse leviävä infektio. Se kuuluu kolmen yleisimmän sukupuolitaudin joukkoon Suomessa. Genitaalierpeksen aiheuttajana on pidetty vain tyypin 2 herpes simplex -virusta (HSV-2), kun taas yleensä huulierpeksen eli yskänrokon aiheuttaja on tyypin 1 herpes simplex -virus (HSV-1). HSV-1:n osuus genitaalierpeksen aiheuttajana on kuitenkin lisääntynyt. (Hiltunen-Back 2001, 1175; Hiltunen-Back & Aho 2005, 32–33; Looker, Garnett, Schmid 2008, 805.)

Genitaalierpes on uusiutuva, tarttuva sekä parantumaton sukupuolielimissä esiintyvä sukupuolitauti (Gardner 2006, 26). Herpes simplex -virus jää tartunnan jälkeen elimistöön pysyvästi. Se voi olla piilevänä ja oireettomana pitkiäkin aikoja. Se myös aiheuttaa uusintaepisodeja, eli kausia, jolloin herpesvirus on aktiivisessa ja usein myös oireisessa vaiheessa. Uusintaepisodien esiintymistajuuus vaihtelee potilaskohdittain. (Hiltunen-Back 2001, 1175.)

3.3.1 Tartunta ja oireet

Herpesvirus tarttuu kosketuksessa etenkin oireisessa vaiheessa. Kuitenkin genitaalierpestartunnoista yli puolet saadaan oireettomalta tai tartunnastaan tietämättömältä partnerilta. Miehestä naiseen tartunnan riski on suurempi kuin toisensuuntaisesti. (Hiltunen-Back 2001, 1175, 1177.) Herpes on yleisempi naisten kuin miesten keskuudessa. Syy naisten herpeksen yleisyyteen on epäselvä. (Looker ym. 2008, 808.)

Tartunnan saaneissa nuorten osuus on lisääntynyt (Hiltunen-Back 2001, 1175). Seksuaalisesti aktiiviset ennen 18-vuoden ikää kuuluvat herpeksen kannalta riskiryhmään. Riskiä aiheuttaa myös aikaisemmin sairastettu sukupuolitauti, erityisesti riski-

ryhmässä ovat he joilla on HIV. Partnerin genitaalierpes myös aiheuttaa riskin. (Gardner 2006, 26; Looker ym. 2008, 805.)

Herpesviruksen vakavin jälkitauti on synnytyksen yhteydessä lapseen tarttuva vastasyntyneen herpes (Lehtinen ym. 2007, 3000). Aktiivi herpestulehdus saattaa tarttua synnytyskanavasta vastasyntyneeseen, ja aiheuttaa todella vakavan yleisinfektion (Alkio ym. 2008, 89).

HSV-2 -tartunnan saaneista suuri osa on oireettomia. Oireita ei myöskään välttämättä osata yhdistää genitaalierpekseen. Herpesvirukset aiheuttavat genitaalialueelle tyyppillisesti toistuvia rakkulaisia ihottumia, jotka ovat toistuvissa episodeissa pääasiallinen oire. (Alkio ym. 2008, 88; Hiltunen-Back 2001, 1175; Looker ym. 2008, 805.)

Primaariherpeksen, eli ensitartunnan oireet ovat usein voimakkaammat kuin uusiutuvan genitaalierpeksen oireet. Ensiepisodi on myös kestoaltaan pidempi kuin uusiutuva. Uusista herpestartunnoista suuri osa saadaan oireettomalta partnerilta. (Hiltunen-Back 2001, 1177–1178.)

Primaariherpeksen ensiepisodi on kestoaltaan noin 9–14 päivää. Se on usein kivulias ja aiheuttaa yleisoireita, joita ovat yleinen sairauden tunne, flunssan kaltaiset oireet, kuume ja joskus meningiitti eli aivokalvontulehdus. Oireisiin kuuluvat myös muun muassa genitaalialueen rakkulat, ulseraatiot eli haavaumat sekä dysuria eli virtsaamishäiriö. Ensiepisodi saattaa olla kuitenkin myös täysin oireeton. (Hiltunen-Back 2001, 1177; Alkio ym. 2008, 88; Hiltunen-Back & Aho 2005, 33.)

Uusiutuva genitaalierpes kestää noin 4–7 päivää. Se aiheuttaa monille genitaalialueen kutinaa, kirvelyä ja ihon punoitusta sekä joskus lihassärkyjä. Sukuelinten alueelle ilmestyy usein vain muutama rakkularykelmä ja yleisoireet yleensä puuttuvat. (Hiltunen-Back 2001, 1178; Hiltunen-Back & Aho 2005, 34.)

3.3.2 Diagnosointi ja hoito

Genitaalierpeksen diagnoosi perustuu potilaan kertomukseen, kliiniseen kuvaan, tyypillisiin rakkuloihin sekä virusviljelyyn, joka tehdään rakkulanesteestä (Alkio ym. 2008, 88; Gardner 2006, 26). Laboratoriodiagnostiikkaa ei välttämättä tarvita primaariherpeksen diagnosointiin, sillä sen kliininen kuva on usein niin tyypillinen. Kuitenkin epäselvissä tapauksissa ja raskauden aikana on syytä varmistaa diagnoosi virusviljelyllä. Pitkäaikaista estohoitoa harkitessa myös suositellaan diagnoosin varmistamista ainakin kertaalleen. (Hiltunen-Back 2001, 1175.)

Diagnoosi voidaan vahvistaa rakkulaiseen aikaan tai haavaisen jakson alkuvaiheessa virusviljelyllä tulehdusnesteestä. Näyte otetaan herpesleesiosta pumpulitikulla hangatan. Virusviljely tehdään usein viiden päivän kuluessa oireiden kehittymisestä. (Gardner 2006, 26; Hiltunen-Back 2001, 1175–1176.)

Genitaalierpes saattaa olla oireisessa vaiheessa hyvin kivulias sekä aiheuttaa usein toistuvana ongelmia seksuaalielämässä ja parisuhteessa tartuttamisen pelon vuoksi. Herpesviruksen hoitoon tarkoitettut viruslääkkeet estävät viruksen lisääntymistä. Lääkkeillä ei voida poistaa virusta elimistöstä, mutta niillä voidaan lievittää taudin oireita sekä lyhentää taudin kestoa. Lääkityksellä voidaan myös vähentämään viruseritystä, millä on tarttumisen ehkäisyyn kannata tärkeä merkitys. Mikäli herpesoireet ovat lieviä ja lyhytkestoisia, ei mitään lääkehoitoa välttämättä tarvita. Herpesalueen suihkuttelu vedellä ehkäisee bakteeritulehduksia. (Hiltunen-Back 2001, 1177; Hiltunen-Back & Aho 2005, 34–35.)

Suun kautta otettavat herpeslääkkeet ovat reseptivalmisteita. Hiltunen-Back (2001, 1177) toteaa, että genitaalierpeksen yleisyyden huomioonottaen voisi olla hyödyllistä saada käsikauppaan yhden episodin hoitopakkaus. Herpeksen aiheuttamat oireet alkavat usein äkillisesti, eikä potilaalla ole mahdollisuutta hakeutua tarpeeksi nopeasti lääkärin vastaanotolle hakemaan viruslääkereseptiä. Herpesvirusinfektioiden paikallishoitoon on saatavissa voiteita ilman reseptiä. Ne soveltuvat kuitenkin huonosti her-

peksen hoitoon, sillä voiteita on käytettävä tiheästi ja ne pysyvät huonosti hoitoalueella.

3.4 HIV

HI-virus (human immunodeficiency virus) on ihmisen immuunikatovirus. Immuunipuutos merkitsee elimistön puolustusjärjestelmän vakavaa häiriötilaa, joka altistaa potilaan harvinaisille kasvaimille ja useille eri tulehduksille. HI-virus aiheuttaa kroonisen HIV-infektion, jonka päätösvaihe on AIDS (acquired immunodeficiency syndrome). AIDS on immuunikato, joka on seurausta HI-viruksen aiheuttamasta elimistön puolustusjärjestelmän tuhoutumisesta. (Eskola & Hytönen 2002, 300, Hiltunen-Back & Aho 2005, 42.)

HIV-infektiota seuraava AIDS-vaihe on kyseessä, kun HIV-potilas saa jonkin seurannaistaudin. Suomessa yleisiä seurannaistauteja ovat muun muassa kandidaesoofiitti tai -stomatiitti eli hiivan aiheuttama ruokatorven tulehdus sekä kaposin sarkoma eli iholla oleva verisuonikasvain ja pneumocystis jiroveci-sienen aiheuttama keuhkokuume. (Laine & Mikkola 2008, 1099; Hiltunen-Back & Aho 2005, 42; Lehtovirta 2007, 13–14.) AIDS -potilaat menehtyvät usein johonkin suhteellisen vaarattomaan tartuntatautiin, kasvaimen tai viruksen aiheuttamiin aivomuutoksiin (Niensted & Kellosalo 2007, 264).

3.4.1 Tartunta ja oireet

HI-virus tarttuu suojaamattomassa seksikontaktissa. Seksikontaktissa tarttumiseen vaaditaan viruksen kulkeutuminen tartunnankantajasta toisen henkilön elimistöön. Tartuntaa ei pysty estämään edes ehjä limakalvo. Muita tartuntareittejä ovat veren välityksellä tai verellä kontaminoitujen välineiden kautta tai äidistä lapseen. HIV tartunnan saanut kantaa virusta loppuelämänsä. Virus voi olla vuosia oireettomana, jolloin viruksen kantaja saattaa tietämättömänä levittää virusta. (Sutinen 2008, 1695; Hiltunen-Back & Aho 2005, 45.)

HIV-tapauksia Suomessa vuonna 2008 yhteensä 2446, joista 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä 50. Seuraavissa ikäryhmissä HIV-infektioiden määrä lähes kaksinkertainen; 20–24-vuotiailla tartuntoja 273 ja 25–29-vuotiailla 450. Mitä aikaisemmin valistus sukupuolitaudeista nuorille kohdennetaan, sitä parempi, mutta viimeistään 15–19-vuotiaiden ikäisille nuorille sitä tulisi tehostaa, koska tilastot kertovat yli 20-vuotiaiden keskuudessa tapahtuvasta voimakkaasta tartuntojen lisääntymisestä. (KTL 2009.)

Vuonna 2008 HIV:n saaneista 15–19-vuotiaista tartunnan sai seksin välityksellä 24, kun tartuntoja kaiken kaikkiaan oli 50. Tartuntoja miehillä (23) ja naisilla (27) oli lähes yhtä paljon. Yleisin tartuntatapa vuonna oli heteroseksiksi (36 % tartunnoista), toiseksi yleisin homoseksiksi (12 %) ja kolmanneksi yleisin ruiskuhuumeiden käyttö (28 %). Tartunnoista 56 % todettiin ulkomaalaisilla. (KTL 2009.)

HIV:n ensitauti, joka oireidensa puolesta muistuttaa usein mononukleoosia, kehittyy 30–50 %:lle tartunnan saaneista 2–6 viikon kuluttua. HIV-infektion oireina voi esiintyä muun muassa lämpöilyä, väsymystä, kurkkukipua, päänsärkyä, ripulia, lihas- ja nivelsärkyä sekä toisinaan imusolmuke-suurentumia ja pieninäppyläistä ihottumaa vartalolla. Oireet häviävät kuukauden kuluessa. HIV:n diagnoosia vaikeuttaa se, että HIV-testi muuttuu positiiviseksi vasta 1–4 kuukauden kuluttua tartunnasta. Oireeton vaihe kestää vuosia, toisinaan jopa yli kymmenen vuotta. Oireettomanakin aikana on kyseessä krooninen infektio ja tartuttavuus. (Laine & Mikkola 2008, 1099; Lehtovirta 2007, 19.)

HIV infektoi pääasiassa T-auttajalymfosyytteja ja syöjäsoluja, mikä aiheuttaa häiriöitä koko elimistön puolustusjärjestelmässä. (Eskola & Hytönen 2002, 300; Hiltunen-Back & Aho 2005, 42.) Oireista HIV-infektiovaihetta ennakoi viruskuorman kasvu, jolloin HIV-infektio etenee nopeammin. Oireet ovat epätyypillisiä kuten laihtumista, lämpöilyä ja pitkittynyttä ripulia. Immuunivasteen heikkenemisestä kertovat myös vyöruusu, seborrooinen ekseema eli talinvuotoihottuma sekä suun ja nielun hiivasienitauti. (Laine & Mikkola 2008, 1099.)

3.4.2 HIV:n ehkäisyn keinot

Seksivalistuksen perimmäinen tarkoitus on vähentää ihmisten riskikäyttäytymistä. Oikeinkäytettynä kondomi on ensisijainen ja tärkein HIV:n ehkäisykeino (Lehtovirta 2007, 31). Kondominkäytön ohella on korostettu muun muassa seksielämän myöhempää aloittamista sekä partnereiden määrän vähentämistä. Kondomin käyttöä voivat estää monet tekijät liittyen kulttuurisiin, uskonnollisiin sekä taloudellisiin seikkoihin. HIV-positiiviseksi todetun henkilön sukupuolinen riskikäyttäytyminen vähentyy diagnoosin jälkeen. Mitä aikaisemmassa vaiheessa tauti saadaan diagnosoitua, sitä vähemmän sekundaaritartuntoja leviää. (Sutinen 2008, 1696.)

Rokotteen kehittäminen HI-virusta vastaan on osoittautunut hyvin vaikeaksi yrityksistä huolimatta. Toistaiseksi ei ole olemassa HIV-infektiota ehkäisevää rokotetta eikä parantavaa lääkettä. Infektion leviämistä voidaan kuitenkin hidastaa lääkkeillä. (Hiltunen-Back & Aho 2005, 50; Eskola & Hytönen 2002, 300.)

1980-luvulla vallalla ollut optimismi HIV-rokotteen kehityksen suhteen on 2000-luvulla muuttunut raadolliseksi realismiksi. On todettu, että HIV-rokotetta ei ehkä mahdollisesti onnistuta koskaan kehittämään. Rokotteen puuttuessa on muita ehkäisykeinoja käytettävä entistä tehokkaammin. (Sutinen 2008, 1695.)

4 RASKAUDEN JA SUKUPUOLITAUTIEN EHKÄISY

Hyvän ehkäisymenetelmän tulee täyttää useita vaatimuksia. Se ei saa olla terveydelle haitallinen, sen pitää olla luotettava, nopeavaikutteinen ja vaivaton käyttää. (Eskola & Hytönen 2002, 73.) Yhtä ehkäisymenetelmää, joka olisi ideaalinen ja kaikille aina sopiva, ei ole keksitty. Ehkäisyä tarvitsevan nuoren on saatava asiantuntevaa tietoa ja ohjausta käytettävistä olevista ehkäisymenetelmistä. (Ylikorkala ja Kauppila 2004, 155.) Kaikki ehkäisymenetelmät ovat yhtä luotettavia oikein käytettyinä (Aho 2007, 14).

Ehkäisysuunnitelmaa tehdessä otetaan huomioon nuoren toiveet ja näkemykset. Yhdessä nuoren kanssa valitaan hänelle sopivin ehkäisymenetelmä mahdollisista vaihtoehtoista nuoren tarpeiden ja odotusten mukaan. Valinnassa huomioidaan kunkin menetelmän edut ja haitat ja sopivuus elämäntilanteeseen. Suunnittelemattomien raskauksien, sukupuolitautilien sekä pahan mielen ennaltaehkäisy parantavat nuoren elämänlaatua. Ehkäisyn korostaminen myönteisenä asiana on tärkeää myös ajatellen koko nuoren loppuelämää. (Alkio ym. 2008, 69; Ylikorkala & Kauppila 2004, 155; Eskola & Hytönen 2002, 73.)

Tärkein raskaudenehkäisyä koskevan tiedon lähde 15–19-vuotiaiden keskuudessa oli vuonna 2005 taloustutkimuksen tekemän kyselyn mukaan koulu. Kouluissa toteutettavat seksuaalikasvatus ja ehkäisyneuvonta vaikuttavat nuorten seksuaalikäyttäytymiseen. (Apter 2008, 427.) Kouluterveydenhoitajan rooli raskaudenehkäisymenetelmiin liittyvien asioiden informoijana on merkittävä nuorten keskuudessa. Muita tietolähteitä ovat kirjallisuus, lääkäri ja naistenlehdet, partneri sekä televisio. Kirkkolan (2004, 66, 70) tutkimustulosten mukaan väestön ja lääkäreiden mielestä ehkäisyvalistusta sekä opetusta ehkäisymenetelmien käytöstä tulee antaa koulussa. Tutkimustulosten mukaan ehkäisymenetelmien opetus ei rohkaise nuoria liian varhaiseen seksuaalielämään.

Tehokkaan raskaudenehkäisyn perusedellytys on palvelujen hyvä saatavuus. Kansalaiset saattavat olla hyvinkin eriarvoisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen, sillä suurissa kaupungeissa asiakkaita voidaan sulkea palvelujen ulkopuolelle ikärajoituksilla. Ammattiopistoissa opiskelijoiden terveystalvelut ovat yleisesti olleet kaikkein heikoimmin järjestetyt. Ehkäisypalvelujen tarve on kuitenkin suuri juuri opiskeluvuorokausilla. (Kosunen 2008, 431–432.)

Ehkäisyn käyttöä ennakoivat siviilisääty vahvemmin kuin ikä, koulutus tai asuinpaikka. Sekä naimattomat miehet että naiset käyttävät kolme kertaa enemmän ehkäisyä verrattuna vakiintuneeseen vertailuryhmään. Korkeasti koulutetut naiset käyttävät yli neljä kertaa todennäköisemmin ehkäisyä kuin kouluttamattomat naiset. (Nikula ym. 2007, 301.)

4.1 Kondomi

Kondomiehkäisyä kutsutaan estomenetelmäksi. Kondomi on ennen yhdyntää jäykistyneen siittimen päälle vedettävä ohut kumipussi. Oikeinkäytettynä kondomi on luotettava ehkäisyväline, joka ehkäisee tehokkaasti raskauden sekä ainoana menetelmänä minimoi sukupuolitautilien tarttumisen. Kondomin raskaudenehkäisyteho perustuu siihen, että se estää siemennesteen pääsyn emättimeen. Kondomit on yleensä käsitelty liukasteaineella helpottamaan kondomin paikalleen liukumista. Kondomi on ehkäisyssä aina ensisijainen käytettävä menetelmä. (Niensted & Kellosalo 2007, 337; Hiltunen-Back & Aho 2005, 90; Aho 2007, 15; Eskola & Hytönen 2002, 75. Alkio ym. 2008, 85.)

Kondomin käyttöä on suositeltava aina, kun nuoren kumppani vaihtuu tai jos hänellä on satunnaisia seksisuhteita. Sukupuolitaudit voivat tarttua myös suun limakalvolle ja peräaukkoon, joten kondomia tulisi käyttää myös satunnaisessa suuseksissä tai anaaliseksiä. Kondomi on ainoa ehkäisymenetelmä, jonka käytöstä poika voi itsenäisesti päättää, vaikka ehkäisy onkin yhteinen asia. (Alkio ym. 2008, 85.) Tilapäisissä sukupuolisuhteissa on tärkeää käyttää aina kondomia tartuntojen ehkäisemiseksi, vaikka

raskauden ehkäisystä olisi huolehdittu muulla tavoin (Hitunen-Back & Aho 2005, 91).

Ainoa naisille suunniteltu, emättimen sisään ennen yhdyntää laitettava kondomi on merkiltään Femidom. Naisten kondomi on polyuretaanista valmistettu pussi, jonka sisä- ja ulkolaidalla on tukirenkaat. Se sopii myös lateksi- ja kumiallergikoille, aroista limakalvoista kärsiville sekä naisille, jotka saavat oireita hormonaalisesta ehkäisystä. (Eskola & Hytönen 2002, 75–56; Femidom.)

Kondomi on nuorten paljon käyttämä ja usein ensimmäisenä käyttöönotettu ehkäisy menetelmä. Kondomi on myös suositeltava menetelmä ehkäisytehonsa, turvallisuutensa ja saatavuutensa vuoksi. Se on kuitenkin käyttötavaltaan yksi vaikeimmista ehkäisymenetelmistä, ja asettamisen tekniikka vaatii harjoittelua. Kondomin paikallaan ja ehjänä pysymisestä on huolehdittava koko yhdynnän ajan ja käytöstä poisto täytyy ajoittaa tarkasti. Yksikin rikkoutuminen tai unohtaminen riittää tartunnan saamiseen. (Hitunen-Back & Aho 2005, 91; Kontula, Cacciatore, Apter, Bildjuchkin, Törhönen, Koski, Tiilo 2001, 87–88.)

Yksi selitys, miksi kondomia ei aina käytetä, on että nuorten havainnointikyky on alkoholin vaikutuksen alaisena heikentynyt. Liiallinen alkoholin käyttö ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen korreloivat usein toistensa kanssa. (Nikula ym. 2007, 303–304.) Kondomin käyttöä edistää se, että se on helposti hankittavissa ja esille saatavissa sekä riittävän edullinen kustannuksiltaan. Parhaimmillaan kondomi on seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvä rutiini. Nuorten tulisi keskustella ehkäisystä uuden kumppanin kanssa. Kun ehkäisyasiat ovat osa vuorovaikutusta, ne toteutuvat varmemmin myös voimakkaissa tunnetiloissa sekä päihtyneenä. (Papp, Kontula, Kosonen 2000, 243.)

Nikulan ym. (2007, 301) tutkimustulosten mukaan ehkäisyn käyttö on yhtä yleistä suomalaisilla nuorilla miehillä ja naisilla. Seksuaalisesti aktiivisista 18–29-vuotiaista nuorista 15 % ei käytä mitään ehkäisyä ja 50 % kertoo käyttävänsä kondomia säännöllisesti. Kondomin käyttö on huomattavasti yleisempää nuorimpien ikäluokkien, noin 18-vuotiaiden, keskuudessa.

Miehillä ja naisilla on usein hyvin erilaiset asenteet ja odotukset seksuaalisen kanssakäymisen suhteen. Suomalaiset nuoret miehet ovat sinkkuja useammin kuin samanikäiset naiset ja heillä on myös naisia enemmän satunnaisia seksipartnereita. Nuorilla naisilla on vakituinen partneri useammin kuin samanikäisillä miehillä. Miesten seksielämä alkaa ja vakiintuu myöhemmin kuin naisilla. (Nikula ym. 2007, 298–304.)

Naisilla on sukupuolitauteja kuten kondylooma, klamydiaa ja herpesä kaksi kertaa enemmän kuin miehillä. Sekä satunnaisten ja vakituisten seksisuhteiden turvallisuus vaarantuu aina, kun kondomia ei käytetä sukupuolitautilien ehkäisyyn. Satunnaisissa seksisuhteissa kondomia käytettiin alle puolessa tapauksista. (Nikula ym. 2007, 301–303.)

Israelissa sekä 35 Euroopan ja Pohjois-Amerikan maassa tehty vertaileva koululais-tutkimus osoittaa, että suomalaisnuoret kuuluvat seksuaalisesti kokeneimpien joukkoon kansainvälisesti vertailtuna. 15-vuotiaista tytöistä 33 % ja pojista 23 % olivat yhdynnän kokeneita. Kondomin käyttö oli suomalaisnuorten keskuudessa vähäistä muihin tutkimuksessa mukana olleisiin maihin verrattuna. Tytöistä 59 % ja pojista 73 % oli käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä. Tutkimustulosten mukaan aktiivisimpia kondominkäyttäjämaita ovat Kreikka ja Espanja, joissa lähes 90 % 15-vuotiaista oli käyttänyt kondomia viimeisessä yhdynnässään. Ehkäisyn yleisyyden puolesta suomalaiset sen sijaan sijoittuvat tutkimuksessa keskitasolle, sillä lähes 90 prosenttia suomalaisnuorista ilmoitti käyttäneensä jotain ehkäisymenetelmää. (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Setterbulte, Samdal, Barnekow Rasmussen 2004, 158, 237.)

4.2 Hormonaalinen ehkäisy

Hormonien ehkäisyn tarkoitus on estää munasolun kehittyminen tai hedelmöittyminen. Hormonaaliset ehkäisymenetelmät voidaan jakaa yhdistelmäehkäisy- ja kelta- rauhashormoni- eli progestiini- valmistuksiin. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 157.) Ehkäisyvälinemarkkinoille on tullut uusia hormonaalisia yhdistelmävalmisteita, jotka

näkyvät myyntitilastoissa vuodesta 2003 lähtien (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 99).

4.2.1 Yhdistelmäehkäisyvalmisteet

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet ovat progestiinia eli keltarauhashormonia sekä estrogeenia sisältäviä valmisteita. Näitä ovat e-pillerit, ehkäisyrenkaat sekä ehkäisylaastarit. Yhdistelmäehkäisyvalmisteen vaikutus perustuu kahden hormonin, LH:n ja FSH:n erityksen vähenemiseen, jolloin ovulaatio eli munasolun irtoaminen estyy. Yhdistelmäehkäisyllä on joitakin vasta-aiheita, joissa riskit ovat selkeästi suuremmat, kuin hyödyt. Vasta-aiheita ovat muun muassa korkea verenpaine, aurallinen migreeni, kokonnut laskimotulppariski ja vaikea lihavuus. Ehkäisytablettien, -renkaan sekä -laastarin käyttö lisäävät veritulppariskiä noin 3–5-kertaiseksi. (Alkio ym. 2008, 78, 80.)

Ehkäisytehon lisäksi yhdistelmäehkäisyvalmisteilla on myös muita terveyshyötyjä. Ne lievittävät usein kuukautiskipuja ja vuoto on usein niukempaa. Valmisteilla voi myös siirtää kuukautisten alkamisaikaa. Tieto siitä, milloin kuukautiset ovat odotettavissa, parantaa nuoren naisen elämänhallintaa, etenkin jos kuukautiset ovat olleet epäsäännölliset aikaisemmin. Joissakin yhdistelmäehkäisytableteissa käytettävällä progestiinilla on anti-androgeenisia vaikutuksia. Sen vaikutuksesta valmisteet parantavat lievää tai keskivaikeaa aknea sekä vähentävät liikkakarvoitusta. (Alkio ym. 2008, 81.) Yhdistelmäehkäisyn haittavaikutuksia voivat olla välivuodot, rintojen arkuus ja pingotus, pahoinvointi, päänsärky ja migreeni, mielialan muutokset, turvotuksesta aiheutuva painon nousu sekä seksuaalinen haluttomuus (Ehkäisyopas, 5).

Ehkäisytabletti on estrogeenia ja progestiinia sisältävä, raskauden alkamista ehkäisevä pilleri tai tabletti. Sen pääasiallinen vaikutus perustuu ovulaation ehkäisyyn. Useimmat ehkäisytablettivalmisteet otetaan kolmen viikon ajan päivittäin. Sen jälkeen pidetään taukoviikko, jonka aikana tulee tyhjennysvuoto. (Niensted & Kellosalo 2007, 126.) Ensimmäiset ehkäisytabletit on kehitetty jo 1950-luvulla. Niiden hor-

monipitoisuudet olivat suuria ja haittavaikutukset rajoittivat käyttöä. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 157.)

Ehkäisytabletit ovat käytetyin ehkäisymenetelmä ja usein ensisijainen nuorten naisten käyttämä ehkäisy (Tinkanen & Suhonen 2004, 1641–1644). Tablettien säännöllinen ottaminen ensimmäisen viikon aikana on ensiarvoisen tärkeää ehkäisytehon saavuttamiseksi. Mikäli riskitekijöitä ei ole, ehkäisytabletteja voidaan käyttää periaatteessa kuukautisten alkamisesta aina menopaussiin saakka. (Alkio ym. 2008, 78, 80.) Ehkäisytablettien sivu- ja haittavaikutuksista useimmin hankalaksi koettuja ovat mielialamuutokset, sukupuoli haluttomuus sekä limakalvojen kuivuus (Kontula ym. 2001, 95).

Puolipitkävaikutteisia ehkäisymenetelmiä ovat ehkäisyrenkas ja laastari, jotka sisältävät samoja hormoneja kuin yhdistelmäehkäisytabletit. Ehkäisyrenkas on emättimeen asetettava, estrogeenia ja progestiinia hiljalleen vapauttava ja siten raskauden alkamista ehkäisevä rengas (Niensted & Kellosalo 2007, 126). Ehkäisyrenkaan hormonit on pakattu 4 millimetriä paksuun ja halkaisijaltaan 5,4 senttimetriä leveään renkaaseen. Kuten muidenkin yhdistelmäehkäisyvalmisteiden, myös ehkäisyrenkaan vaikutus perustuu ovulaation estoon. Rengasta pidetään emättimessä kolmen viikon ajan yhtäjaksoisesti, jonka jälkeen pidetään taukoviikko. Taukoviikon aikana hormonivaihtuksen lakkaamisen vaikutuksesta seuraa tyhjennysvuoto, jonka jälkeen vaihdetaan uusi rengas. Ehkäisyrenkas on Suomessa melko uusi ehkäisymenetelmä, sillä se on ollut maassamme saatavana vasta syksystä 2003 lähtien. Se on saavuttanut suosiota etenkin nuorten keskuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 85; Tinkanen & Suhonen 2004, 1641–1644; Heikinheimo 2006, 1789–1790.)

Ehkäisy-laastari on lääke-laastari, josta raskautta ehkäisevät hormonit imeytyvät laastarista tasaisesti ihon kautta (Niensted & Kellosalo 2007, 126). Ehkäisy-laastari vaihdetaan kerran viikossa. Kolmen laastarin jälkeen pidetään viikon tauko. Laastari voidaan kiinnittää olkavarteen, reiteen, pakaraan tai vartaloon, ei kuitenkaan rintojen alueelle. Ehkäisy-laastarin käyttö ei estä urheilua, uimista tai saunomista. (Tinkanen

& Suhonen 2004, 1641–1644; Heikinheimo 2006, 1790; Eskola & Hytönen 2002, 79.)

4.2.2 Keltarauhashormonia sisältävät valmisteet

Ehkäisyvalmisteita, jotka sisältävät ainoastaan progestiinia eli keltarauhashormonia ovat minipillerit, sekä pitkävaikutteiset ehkäisykapseli ja ehkäisyinjektio. Minipillerit ovat tablettimuotoisia ehkäisyvalmisteita. Niitä voivat käyttää myös ne nuoret, joilla on vasta-aiheita yhdistelmäehkäisyyn. Vaikka nuorella olisi aurallinen migreeni, vakava ylipaino tai verenpainetauti, voidaan minipillereiden käyttö aloittaa. Vakava ylipaino tosin voi laskea ehkäisytehoa. Hyytymishäiriöt, eli laskimotukostaipumus, eivät estä minipillerien käyttöä, mutta minipillerit eivät myöskään suojaa tukoksilta. Minipillereillä ei ole myöskään muita yhdistelmäehkäisyvalmisteiden terveysvaikutuksia. Kuukautisvuodot voivat tulla epäsäännöllisesti, tiputteluvuodot kuukautisten välissä ovat toisinaan vaivana sekä minipillereillä ei ole vaikutusta aknen helpottumiseen. Näiden kanssa tulee olla usein tarkempi kuin e-pillereiden käytössä. (Alkio ym. 2008, 82.)

Ehkäisykapseli on joustavasta silikonista valmistettu, kooltaan muutaman senttimetrin mittainen ja parin millimetrin paksuinen ehkäisin. Lääkäri asentaa ihon alle olkavarteen, josta hormonit imeytyvät tasaisesti verenkiertoon. Ehkäisykapselin etuja ovat käytön vaivattomuus ja huolettomuus verrattuna esimerkiksi tablettien säännöllisen ottamisen muistamiseen. Kapselin ehkäisyteho säilyy 3-5 vuotta, jonka jälkeen kapseli poistetaan. Kapselilla ei voida siirtää eikä ennakoida kuukautisten ajankohtaa. (Aho 2007, 15; Alkio ym. 2008, 82; Ylikorkala & Kauppila 2004, 163.)

Ehkäisyinjektio eli -ruiske on keltarauhashormonivalmiste, joka pistetään kolmen kuukauden välein lihakseen. Sieltä hormoni kulkeutuu verenkiertoon ja estää munasolun irtoamisen sekä siittiöiden kulun kohtuun. Injektiota suositellaan vain silloin, jos muut menetelmät eivät sovi, sillä sen on todettu alentavan luuntiheyttä ja näin ollen se saattaa lisätä osteoporoosin vaaraa. (Aho 2007, 15–16; Alkio ym. 2008, 82; Ylikorkala & Kauppila 2004, 164.)

4.3 Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisy on tilapäisesti käytettävä menetelmä raskaudenehkäisyyn, jota käytetään varsinaisen ehkäisyn epäonnistuttua tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Jälkiehkäisy ei ole varsinainen ehkäisykeino eikä korvaa säännöllistä raskaudenehkäisyä. (Gissler 2007, 9; Pharmaca Fennica, Norlevo.) Jälkiehkäisy ei saa korvata mitään muuta ehkäisymenetelmää. Se ei ole myöskään luotettava ainoana menetelmänä. (Aho 2007, 16.) Tehokkuudeltaan hormonaalinen jälkiehkäisymenetelmä toistavasti käytettynä on selvästi huonompi kuin pitkäaikaiset, säännölliseen käyttöön tarkoitetut ehkäisymenetelmät (Kosunen, Ala-Fossi N., Ala-Fossi, S., Apter, Komulainen, Peura, Savolainen, Virtala 2006, 1879).

Jälkiehkäisyn tulee tapahtua ennen kuin alkio kiinnittyy kohdun limakalvoon. Käytössä olevat vaihtoehdot ovat nykyisin hormonaalinen menetelmä tai kierukan asettaminen epäonnistuneen ehkäisyn tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Jälkiehkäisynä hormonaalista lääkitystä eli levonorgestreelia käytetään 1,5 mg:n kertaannoksena. Tämän arvioidaan estävän 85 % raskauksista. Kuparikierukan raskaudenehkäisyteho on arviolta 98 %. (Kosunen ym. 2006, 1879.)

Jälkiehkäisytabletti suositellaan otettavan mahdollisimman pian, mielellään 12 tunnin ja viimeistään 72 tunnin kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä. Se toteutetaan viivytyksettä siinä terveydenhuollon toimipisteessä, johon asiakas ottaa yhteyttä. (Gissler 2007, 9.) Jälkiehkäisyn teho on sitä parempi mitä nopeammin se otetaan. Jos aikaa on kulunut suojaamattomasta yhdynnästä yli 72 tuntia, on jälkiehkäisytabletin teho jo huono. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 162.) Jälkiehkäisytabletin ottamisella ei käytännössä ole vasta-aiheita, joten sen käyttöä myös suositellaan herkästi. Jälkiehkäisyä suositellaan nuorelle jos spermaa on päässyt emättimeen tai edes emättimen ulkosuulile, ja tapahtumasta on kulunut alle 72 tuntia. (Alkio ym. 2008, 83.)

Noin neljäsosa suomalaisista 17–18-vuotiaista naisista oli käyttänyt ainakin kerran jälkiehkäisyä vuonna 2003 (Kosunen ym. 2006, 1879). Kaksi kolmasosa suomalais-

sista jälkiekäisyyn käyttäjistä on alle 25-vuotiaita ja neljä viidestä synnyttämättömiä (Gissler 2007, 9).

Vuodesta 2002 lähtien 15 vuotta täyttäneet eivät ole tarvinneet jälkiekäisyyn reseptiä (Kosunen ym. 2006, 1879). Alle 15-vuotiaat voivat saada apteekista vain lääkärin määräyksellä levonorgestreelia. Levonorgestreelia sisältävän jälkiekäisyyn itsehoitovalmisteeiksi siirtämisen tavoitteena oli vähentää sekä suunnittelemattomien raskauksien että raskaudenkeskeytysten määrää. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 162; Käypä hoito- suositus 2006, 114–115.)

5 RASKAANA OLEVAN NUOREN VALINNAT

Raskaustesti tehdään virtsanäytteestä aina jos epäillään raskautta. Tällainen tilanne voi olla, kun ehkäisy on unohtunut tai esimerkiksi kondomi on rikkoutunut. Apteekkeista ja kaupoista saatavat raskaustestit ovat luotettavia. Raskaustesti toistetaan, jos kuukautisia ei tule kahden viikon kuluttua negatiivisesta tuloksesta. (Alkio ym. 2008, 99.)

Useat raskaudenaikaiset oireet ja tuntemukset ovat tavallisia. Alkuraskauden muutoksia voinnissa ovat muun muassa pahoinvointi, väsymys lisääntynyt unentarve, alavatsakivut ja tihentynyt virtsaamistarve. Muita raskausajan tyypillisiä oireita ovat närästys, ummetus, mielihalut tiettyihin ruokiin ja muutokset mielialassa kuten lisääntynyt itkuherkkyys. Normaalin raskauden kesto on keskimäärin 40 viikkoa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 322–323.)

Alaikäisten raskauksien määrää pidetään yhteisötason hyvinvoinnin osoittimena. Suurin osa alaikäisten raskauksista on suunnittelemattomia, joten niiden vähäinen määrä kertoo osaltaan hyvästä seksuaaliterveyden tilasta. (Gissler 2008, 17.)

5.1 Vanhemmuus nuorena

Sukukypsyys saavutetaan nykyisin hyvin nuorena, mutta sosiaaliset edellytykset perheen perustamiselle saavutetaan paljon myöhemmin. Siksi nuorten ehkäisy on tärkeä asia. (Eskola & Hytönen 2002, 73.) Äidiksi tuleminen alle 20-vuotiaana poikkeaa monista elämäntilanteista liittyvistä odotuksista ja länsimaisen kulttuurin käytännöistä. Nykyään valtaosa raskauksista on suunniteltuja ja lapsen saamista edeltävät opiskelut ja työura. Vanhemmuus on ikärooli, joka liitetään aikuisuuteen. Varhainen äitiys on ristiriitaisena ja usein ongelmallisena pidetty ilmiö. (Niemelä 2003; Ylikorkala & Kauppila 2004, 323.) Yhteiskunta pitää alle 18-vuotiasta alaikäisenä, jolloin nuori ei vielä kykene arjen hallintaan (Hirvonen 2000, 37–38). Alhaista ikää pidetään sekä lääketieteen että yhteiskunnan näkökulmasta myös riskitekijänä, kun puhutaan nuoren raskaudesta ja synnytyksestä tai vanhemmuudesta. Raskaudesta voi aiheutua sekä

nuorelle itselleen että hänen sosiaaliselle verkostolleen ongelmia: sekä psyykkisiä, fyysisiä että sosiaalisia seurauksia. (Hirvonen 2000, 33.) Hyvin nuoren raskaus on usein shokki myös nuoren vanhemmille, muulle perheelle ja suvulle sekä kavereille (Kontula ym. 2001, 85).

Nuoren oma kehitys on monelta osin vielä kesken, jolloin elimistö ei kestä raskauden ja synnytyksen aiheuttamaa rasitusta. Myös nuoren psyykkinen kehitys saattaa vaikeutua ja mutkistua, sillä nuoren omat kehitystehtävät ovat yhä kesken. Nuori äiti ja hänen lapsensa ovat nuoren vähäisistä valmiuksista tai kyvyistä käsitellä muuttunutta elämäntilannetta johtuen alttiimpia psykososiaalisille ongelmille verrattuna vanhempaan äitiin ja hänen lapseensa. Sosiaalinen riski ulottuu myös nuoren lähiympäristöön johtuen nuoren riippuvuudesta omiin vanhempiinsa. (Hirvonen 2000, 34–35.)

Tieto raskaudesta tulee nuorella iällä usein yllättäen ja suunnittelematta. Raskauden jatkaminen ja lapsen synnyttäminen nuorella iällä on usein moraalinen valinta. Hirvosen (2000, 5, 71, 74) tutkimuksen mukaan päätökseen raskauden jatkamisesta nuoret tekevät itsenäisesti, ja usein perheen tuki taustallaan. Päätösprosessi raskauden jatkamisesta etenee alun kaoottisesta tilanteesta, jota leimaa sekavuus ja pelko, tietoiseen harkintavaiheeseen, jossa nuori punnitsee eri vaihtoehtoja, pyrkii selkiyttämään omia yksilöllisiä kykyjään ja voimavarojaan selvitä lapsen kanssa. Päätöksen tulee olla nuoren itsenäisesti tekemä ja raskauden jatkaminen hänen oma valintansa. Päätöksen teko on erityisen vaikeaa, jos tuleva isä ei pysty tukemaan tai ei ollut mukana päätöksenteossa vaan nuori tuleva äiti jää yksin. Kumppanin tuki on tärkeää, vaikka päätös keskeytyksestä on naisen (Alkio ym. 2008, 100).

Hirvosen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat ovat huomanneet, että nuoret eivät pelkää tulevaa synnytystä, eikä heillä raskausaikana ole muutoinkaan paljon pelkoja. Terveydenhoitajien mielestä tämä saattaa osittain johtua nuoruuden idealistisuudesta, kokemattomuudesta ja huolettomuudesta. (Hirvonen 2000, 81.)

Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan nuorilla on liian ruusuinen kuva vanhemmuudesta, ja he puhuivat nuorille aika ajoin vanhemmuuden realiteeteista, rutiineista

ja esimerkiksi yövalvomisista. Erityisesti koettiin, että nuorille tulee korostaa pysyvyyttä, turvaa, lapsen tuomaa iloa ja luottamusta itseensä vanhempana. Nuorille tulee myös välittää tietynlaista väljyyttä valita omanlaisensa vanhemmuus. Nuorten jaksamiseen vanhempina terveydenhoitajat suhtautuvat melko pessimistisesti ja epäluuloisesti, heidän näkemyksensä mukaan jaksaminen on yhteydessä nuoren kehitykseen ja ikään. (Hirvonen 2000, 94.)

Nuoret uskovat selviytyvänsä vanhemmuudesta terveen järjen avulla, arjen taidoilla ja sosiaalisen verkoston turvin. Nuorten äitiys rakentuu heidän omista kokemuksistaan ja omalta äidiltä saadusta mallista. Lapsuudenkodista saatu malli vaikuttaa nuorten käsitykseen varhaisesta vanhemmuudesta. Nuorten mielestä raskauden valinta ja vanhemmuus eivät ole riippuvainen kronologisesta iästä, eikä nuoruudella ole merkitystä, jos muutoin on valmis ja kypsä lapsen mukanaan tuovaan vastuuseen ja muutokseen. Luottamus omaan selviämiseensä vaikuttaa myös päätökseen jatkaa raskautta ja synnyttää lapsi. (Hirvonen 2000, 5, 86.)

Nuoruus merkitsee voimavaraa, joka ilmenee ennakkoluulottomuutena, joustavuutena, luottavaisuutena, fyysisenä jaksamisena ja terveen järjen käyttönä. Nuoret ajattelevat, että nuori vanhempi ymmärtää lastaan paremmin, koska omasta lapsuudesta ja nuoruudesta on vain vähän aikaa. Nuorten huoli tulevaisuudesta ja uudenlainen vastuu heijastuu raskausaikana myös heidän toiminnassaan, kuten vakavampana suhtautumisena koulunkäyntiin ja taloudellisista seikoista huolehtimisena. (Hirvonen 2000, 91, 161–162.)

Nuoret vanhemmat tarvitsevat kaiken mahdollisen tuen sosiaaliselta verkostoltaan jo raskausaikana, sekä myös vauvan syntymän jälkeen. Nuorten vanhempien selviytymisessä ratkaisevaa on, että heillä on aikuisia ihmissuhteita tukiverkkonaan. Sosiaalinen verkosto on voimavara, joka estää nuoren eristäytymisen sosiaalisten suhteiden muuttuessa raskauden myötä. Läheisten antama tuki on nuorille tärkeää muun muassa konkreettisen lastenhoitoavun, keskustelun sekä taloudellisen avun muodossa. (Hirvonen 2000, 97–98, 170; Kontula ym. 2001, 85.)

Hirvosen (2000, 168) tutkimustulosten mukaan neuvolassa äitiydestä ja isyydestä puhutaan hyvin vähän, jos lainkaan. Vanhemmuuden ottamisen puheeksi ovat haluttomia sekä terveydenhoitajat että nuoret vanhemmat. Nuoret kokevat ympäristön asenteen kyseenalaistavan heidän selviytymiskykyjensä. Terveydenhoitajat taas luottavat tulevan lapsen kasvattavaan vaikutukseen tai uskovat nuorten sosiaalisen verkoston kykenevän keskustella nuoren kanssa vanhemmuudesta.

Niemelän (2003) mukaan äitiys määrittyy luonnolliseksi, myönteiseksi ja itsestään selväksi tapahtumaksi elämässä. Valmius äidiksi riippuu yksilön omasta kokemuksesta sekä vastuunottokyvystä, ei niinkään kronologisesta iästä tai taloudellisesti vakiintuneesta asemasta.

Kouluterveydenhuollon valistaminen perhekysymyksissä ei voi alkaa liian varhain. Nuori tarvitsee ohjausta jo silloin, kun seksuaalisuus herää ja seurustelu sekä sukupuolieron ymmärtäminen ovat ajankohtaisia. Nuori aikuinen tarvitsee keskusteluapua myös muuttaessaan kumppanin kanssa yhteen tai solmiessaan liiton. Hän tarvitsee tietoa siitä, miten parisuhteessa eläminen muuttaa arkirutiinia. (Vaaranen 2008.) Aikuisen velvollisuus on kertoa myös vanhemmuuteen liittyvistä vastuista ja realiteeteista ajoissa (Kontula ym. 2001, 86).

Vaaranen (2008) mukaan neuvoloissa nuorten vanhempien neuvonta tulee tehdä täsmällisenä ohjauksena kunkin perheen erityisiin tarpeisiin. Tärkeää on korostaa, että on normaalia, että tunteet ja lapsenkin tunnelmat vaihtelevat myönteisestä negatiiviseen. ”Vanhemmuus on voimien suuntaamista lapselle eikä lapsesta pois, kaikissa perhemuodoissa”, toteaa Vaaranen. Nuoria vanhempia voi ohjata hakeutumaan parisuhdeneuvontaan pienienkin pulmien edessä. Lisäksi apua saa erilaisista järjestöistä sekä nettipalveluista.

Mitä laki sanoo?

Kohderyhmämme opiskelijat ovat iältään 16–19-vuotiaita, joista osa on alaikäisiä. Suomen laki kieltää sukupuoliyhteyden alle 16-vuotiaan kanssa ja nimeää sen lapseen

kohdistuvaksi seksuaaliseksi hyväksikäytöksi (L563/1998 §6). Rikoslain tavoitteena on seksuaalisen itsemääräämisoikeuden suojaaminen ja lasten suojaaminen seksuaalirikoksilta. Lakiin sisältyy myös ilmoitusvelvollisuus, jolla halutaan suojella lasta seksuaaliselta hyväksikäytöltä. Ilmoitusvelvollisia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon, koulutoimen, poliisin sekä seurakunnan työntekijöiden lisäksi muun muassa nuorisotoimen työntekijät sekä yksityisellä sektorilla toimivat palveluntuottajat. (L417/2007 §25; Alkio ym. 2008, 32–33.)

Jos alaikäinen kykenee päättämään hoidostaan ikänsä ja kehitystasonsa perusteella, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (L785/1992 §7). Hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa tai hoitoaan koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen (L785/1992 §9). Terveydenhoitajaa koskee myös ilmoitusvelvollisuus, jos hän havaitsee lapsen tai nuoren tilanteessa jotain epäilyttävää tai huolestuttavaa. Silloin ilmoitus tehdään suoraan lastensuojeluviranomaiselle. Viranomaisten salassapitovelvollisuus ei estä ilmoituksen tekemistä, vaan ilmoitusvelvollisuus ajaa lain mukaan salassapitovelvollisuuden ohitse. (Alkio 2006, 26; Alkio ym.2008, 3.)

5.2 Raskauden keskeytys

Raskaudenkeskeytys on äärimmäinen perhesuunnittelun keino, kun alkanut raskaus on ei-toivottu tai sikiö on sairas tai vaurioitunut. Raskaudenkeskeytys eli abortti tarkoittaa raskaudenkeskeytystä, jolloin alle 500 grammaa painava tai sikiöiltään alle 22 viikon ikäinen alkio tai sikiö poistuu tai poistetaan kohdusta. (Eskola & Hytönen 2002, 85–86; Nienstedt & Kellosoalo 2007, 2.) Raskaudenkeskeytys on ihmisen toimenpitein käynnistetty raskauden päättyminen, joka ei täytä synnytyksen määritelmää ja jossa sikiön ei tiedetä kuolleen kohtuun ennen keskeytystoimenpidettä (Stakes 2008, 2).

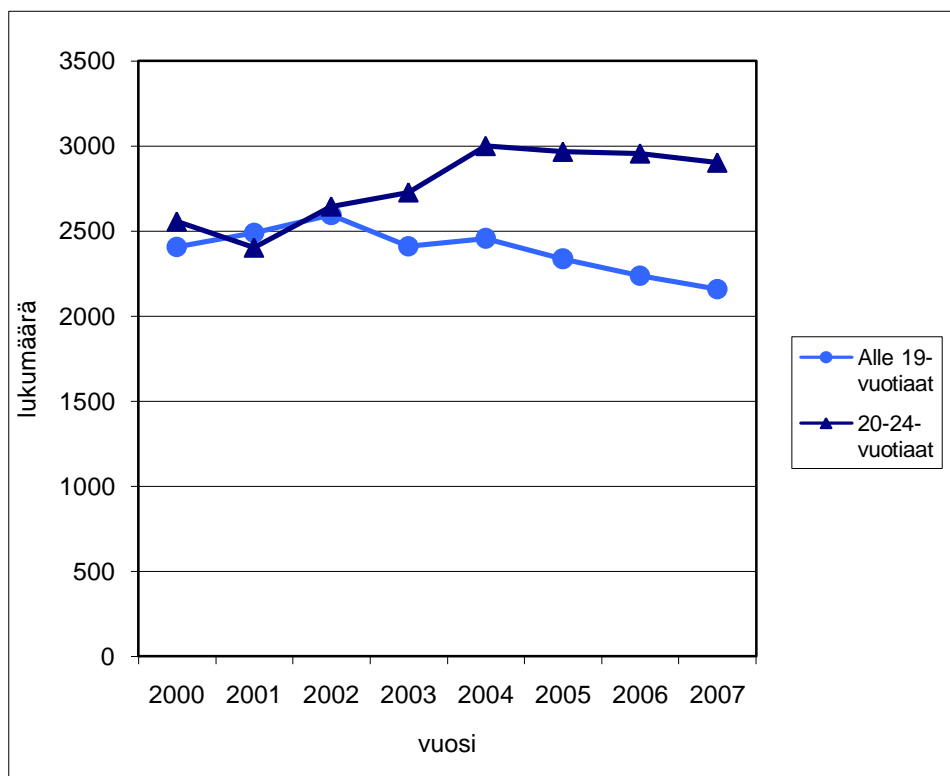
Raskaus voidaan keskeyttää lääkkeellisesti tai operatiivisesti eli kaavinnalla (Ylikorkala & Kauppila 2004, 171–173). Kaavinnassa kohtu tyhjennetään, mikä on tavallisin

tapa keskeyttää enintään 12 viikkoa kestänyt raskaus. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tarkoittaa naisen suun kautta ottamia lääkevalmisteita, joiden vaikutuksesta raskauden keskeytyminen alkaa. Muutaman vuorokauden kuluttua emättimeen laitettavat lääketabletit keskeyttävät raskauden ja kohtu tyhjenee. (Eskola & Hytönen 2002, 89–91.)

Vuonna 2006 aborttia hakevista alle 20-vuotiaista 43 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 99). Nuorten raskaudenkeskeytyksistä suuri osa olisi siis estettävistä ehkäisyä käyttämällä (Suhonen & Heikinheimo 2008, 458–459).

Raskauden keskeytykset ovat vähentyneet Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle saakka. Tämän jälkeen keskeytykset ovat lisääntyneet ja nousu on jatkunut viime vuosiin saakka erityisesti 20–24-vuotiailla, joiden ikäryhmälle tehdään neljännes kaikista keskeytyksistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 97.)

Viimevuosina Suomessa on tehty raskaudenkeskeytyksiä 10 000–11 000 vuosittain. Eniten keskeytyksiä tehdään 20–24-vuotiaille. (Suhonen & Heikinheimo 2008, 458.) Alle 19-vuotiaiden ikäryhmissä raskaudenkeskeytykset ovat vähentyneet vuosina 2004–2007 (Kuvio 2.). Vuonna 2007 alle 19-vuotiaille nuorille tehtiin raskaudenkeskeytyksiä 2158, kun raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä oli 10533. (Stakes 2008, 3.)



Kuvio 2. Alle 25 -vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ikäryhmittäin vuosina 2000–2007 (Stakes 2008, 3).

Suomi ei ole ainoa maa, jossa raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä on kääntynyt kasvuun. Esimerkiksi Ruotsissa ja Alankomaissa nuorten raskaudenkeskeytykset ovat yleistyneet. Tilastojen taustalla vaikuttavat sekä kulttuuriset että nuorison yleiseen käyttäytymiseen liittyvät seikat. (Gissler 2008, 26.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen haastattelussa Paakkinen toteaa omasta kokemuksestaan, että abortti osuu naiseuden ytimeen ja jokin särky, kun joutuu tekemään sen ratkaisun (Nwose 2008, 23). Aborttia käsitellessä on syytä huomioida ja käydä läpi se, mitä abortissa tapahtuu ja mitä nainen mahdollisesti joutuu käsittelemään vielä pitkään. Jokaisella naisella on oikeus päättää omasta ruumiistaan ja lastenhankkimisajankohdastaan. Jos raskaudesta on positiivinen, ja nuori haluaa raskauden keskeytyksen, hänelle on pikaisesti järjestettävä aika lääkärintutkimusta ja mahdollista keskeytyslautsuntoa varten. (Alkio ym. 2008, 100; Eskola & Hytönen 2002, 88.)

Ensimmäinen raskauden keskeyttämistä koskeva laki tuli voimaan vuonna 1950, nykyisin voimassa oleva laki on vuodelta 1970. (Stakes 2008, 8.) Laki määrittelee edellytykset raskaudenkeskeytykselle. Lain (L239/1970 §1) mukaan raskaus voidaan naisen pyynnöstä keskeyttää

1. lääketieteellisistä syistä, kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen vaarantaisi naisen hengen tai terveyden
2. sosiaalisista syistä, kun lapsen synnyttäminen ja hoito olisi naiselle huomattava rasitus
3. eettisistä syistä, kun raskaus on alkanut naisen toimintavapautta loukkaavassa tilanteessa raiskauksen yhteydessä
4. iän ja synnyttäneisyyden perusteella, kun nainen raskaaksi saatettaessa ei ollut täyttänyt seitsemäätoista vuotta, tai on yli 40-vuotias tai synnyttänyt neljä lasta
5. sikiöaurion takia, kun on epäilyksiä lapsen vakavasta sairaudesta tai vajamielisyydestä
6. vanhemman sairauden tai kyky hoitaa lasta on vakavasti rajoittunut

Nuorten raskaudenkeskeytyksistä suurin osa tehdään sosiaalisista syistä. Vuonna 2007 15–19-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksistä 78 % tehtiin sosiaalisista syistä ja 21 % alle 17-vuoden iän perusteella. (Stakes 2008, 6.)

Jälkikiekkäisyn käyttö lisääntyi vuoden 2002 jälkeen reseptipakon poistumisen jälkeen. Tilastojen mukaan reseptipakon poistuminen on saattanut vähentää nuorten raskaudenkeskeytysten määrää. (Gissler 2008, 26.)

6 YHTEENVETO JA POHDINTAA

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: Mitkä ovat ammattiopistossa opiskeleville nuorille keskeiset aihealueet seksuaaliterveyden alueella? Miksi nuorten seksuaalikasvatus nykypäivänä on tarpeellista? Mikä vaikuttaa nykypäivän nuorten seksuaalietoutteen?

Opinnäytetyön tarkoitus on olla kattava pohja seksuaalikasvatuksessa käytettävän opetusmateriaalin tekemiselle. Tutkimuskysymykset on valittu sen perusteella, mitkä ovat olennaisia asioita opetusmateriaalin suunnittelun kannalta. Nuorten seksuaaliterveys ja siihen liittyvät sukupuolitaudit, ehkäisy ja raskaus sekä seksuaaliterveyden edistäminen ja sen keinot muodostavat opinnäytetyön rungon. Aihevalintoihin vaikutti projektin sanelema tehtävänanto ja suuressa määrin myös kohdekoulun seksuaaliterveyden asiantuntijan, opiskelijaterveydenhoitajan toiveet ja ehdotukset.

6.1 Yhteenveto

Seksuaaliterveys on osa nuorten kokonaisvaltaisen terveyden edistämistä. Se on tärkeä hyvinvoinnin osa-alue riippumatta siitä, onko seksuaalinen toiminta yksilölle ajankohtaista. Seksuaaliterveyden tasoa mitataan erilaisin tavoin esimerkiksi tilastomalla ehkäisyn käyttöä, seksitauteja ja raskauksia. Opinnäytetyön kohderyhmän eli ammattiopistossa opiskelevien nuorten seksuaaliterveyden tärkeimpiä aihealueita ovat sukupuolitaudit, ehkäisy sekä raskaus.

Seksuaalikasvatus on tärkeä seksuaaliterveyden edistämisen keino. Eri kasvatusmenetelmien tavoitteena on edistää nuorten seksuaaliterveyttä koko yhteiskunnassa. Seksuaalikasvatukseen liittyvät seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta.

Seksuaalikasvatuksessa tulee ottaa huomioon nuoren kehitystaso, elämäntilanne, kulttuuriset lähtökohdat sekä yksilölliset tarpeet, jotta seksuaalikasvatus vastaisi parhaiten juuri kohderyhmänsä tarpeisiin ja viesti saavuttaisi nuoren tehokkaimmin. Käsiteltävien aiheiden tulee olla nuorelle ajankohtaisia, sillä silloin nuoret ovat motivoitu-

neita ottamaan tietoa vastaan ja sisäistämään sen. Tieto itsessään ei riitä, vaan lisäksi tulee antaa nuorelle ohjeita siitä, miten tieto sovelletaan käytäntöön ja omaan elämään, esimerkiksi eri ehkäisymenetelmien käyttöön liittyen. Seksuaalikasvatuksessa tulee kertoa erilaisista syy- ja seuraussuhteista konkreettisesti, mutta ei riskeillä pelotellen.

Seksuaalikasvattajina toimivat nuoren perhe ja lähipiiri. Nuoren asenteet muodostuvat erityisesti kotoa omaksutuista arvoista ja asenteista. Myös koululla ja medialla on merkittävä rooli nuoren asenteiden muokkaantumisessa. Koulujen terveystiedon oppitunnit ovat osa yhteisötasolla tapahtuvaa seksuaalikasvatusta. Koulun vastuulla on opetussuunnitelman toteuttaminen sisältäen siihen liittyvän seksuaaliterveyskasvatuksen. Koulujen välillä on terveystiedon opetuksessa paljon eroavaisuuksia seksuaaliterveyden alueella. Opetusmenetelmät, materiaalit, opettajan asenteet, asioiden esitystapa sekä opetukseen käytetty aika vaikuttavat seksuaaliopetukseen laatuun. Seksuaaliopetuksen sisältö ja laatu on selvässä yhteydessä nuorten tietoihin seksiasioista.

Nuorten seksuaalikasvatus tarvitsee jatkuvaa kehitys- ja tutkimustyötä. Seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulisi kuunnella nuorten mielipiteitä ja toivomuksia. Seksuaaliopetuksen tulisi olla monipuolista ja itsenäiseen tiedonhakuun kannustavaa. Opetusta tulisi kehittää opiskelijälähtöiseen ja toiminnalliseen suuntaan.

Nuoret arvostavat terveydenhoitajaa seksuaalikasvattajana. Terveydenhoitajan tulee olla alansa asiantunteva ammattilainen, jolta nuoret saavat selkeää ja varmaa tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Terveydenhoitajan kautta nuoret saavat neuvoja esimerkiksi ehkäisymenetelmistä. Nuoret eivät välttämättä uskalla ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä asioita, joten terveydenhoitajan tulee olla aloitteentekijänä. Seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä koskevia asioita tulee käsitellä asiallisesti ja häpeilemättä, jolloin nuorelle välitetään kuva, että näistä asioista voi keskustella ja niihin voi hakea apua.

Media tarjoaa valtavasti seksuaalisuuteen liittyvää tietoa, sekä hyvää että huonoa. Median avulla tavoitetaan paljon nuoria, ja se luo väylän puhua avoimesti seksuaalisuudesta ja välittää tietoa. Media luo nuorelle kuitenkin myös paineita siitä, miten asioita kuuluu tehdä ja miltä tulee näyttää. Nuori pystyy suojautumaan paremmin median luomilta vääristäviltä viesteiltä ja niihin liittyviltä riskeiltä, kun hänellä on suojaavia tekijöitä elämässään. Tällaisia ovat luotettavat aikuiset ja hyvä itsetunto sekä mediakriittisyyteen liittyvät tiedot ja taidot. Aikuisen tehtävänä on opettaa nuorelle mediakriittisyyttä myös median seksuaalisuudesta luoman kuvan suhteen.

Seksuaalikasvatuksella sekä nuorten seksuaaliterveyteen liittyvillä asenteilla, tiedoilla ja taidoilla on suuri merkitys nuoren suhtautumiseen omaan seksuaalisuuteensa ja siihen, kuinka tärkeäksi omasta seksuaaliterveydestä huolehtiminen koetaan. Itsensä kunnioittaminen ja arvostaminen ovat tärkeitä myös seksuaaliterveyden ylläpitämisessä. Tavoitteena on, että nuorten seksuaalisuuteen liittyvät asenteet perustuisivat myönteisiin ja kunnioittaviin arvoihin, jolloin ne suojaisivat nuorta turhilta riskeiltä, huonoilta päätöksiltä ja itselleen vahingollisilta seurauksilta.

Seksuaaliterveyteen liittyy kiinteästi myös nuoria koskevat seksuaalioikeudet. On tärkeää, että nuoret kykenevät terveesti arvioimaan omaa seksuaalista itsemääräämisoikeuttansa. Nuorelle tulee korostaa oman kehon hoitamisen ja arvostamisen tärkeyttä sekä erilaisten turvataitojen oppimista, kuten ehkäisymenetelmien käytön tärkeyttä sekä omasta ja kumppanin seksuaaliterveydestä huolehtimista.

Seksuaalikasvatuksessa käytettävän opetusmateriaalin tulee olla havainnollistavaa, monipuolista, motivoivaa, helppolukuista, loogista ja nuorten kielellä kirjoitettua. Hyvä materiaali herättää kysymyksiä ja auttaa löytämään vastaukset ongelmiin. Opetusmateriaalin varassa voidaan turvata opetuksen tehokkuus ja tasavertaisuus riippumatta opetusolosuhteista.

Seksuaalikäyttäytyminen on muuttunut sekä nuorten että nuorten aikuisten keskuudessa. Sukupuolitaudit ovat yleistyneet 1980-luvulta lähtien. Sukupuolitautilien levinneisyyden suurimmat syyt ovat nuorten lisääntyneet seksisuhteet, satunnaisten partne-

rien määrän lisääntyminen ja nuorena aloitettu sukupuolielämä. Sukupuolitautilien esiintyminen on suoraan verrannollinen seksuaaliseen aktiivisuuteen. Sukupuolitautilien oireettomuus on myös ongelma, sillä tartunnan saanut ei välttämättä tiedä saaneensa sukupuolitauteja ja näin ollen tietämättään levittää tautia.

Klamydia, kondylooma sekä genitaalierpes ovat yleisimpiä sukupuolitauteja suomalaisten nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Nuorten tulee tietää sukupuolitautilien vaarat, sillä etenkin hoitamattomilla sukupuolitaudeilla voi olla hyvin vakavia seuraamuksia, esimerkiksi tulehdukset ja lapsettomuus.

Klamydia on Suomessa yleisin bakteerin aiheuttama seksitauti ja sen esiintyvyys on viime vuosikymmenten aikana kasvanut Suomessa voimakkaasti. Erityisen huolestuttavaa on klamydiatartuntojen lisääntyminen nuorten, 15–19-vuotiaiden keskuudessa. Oireettomien kantajien seulonta on suuri haaste Suomen terveydenhuollolle, sillä klamydia on tärkein ja suurin yksittäinen ehkäistävissä oleva lisääntymisterveyden uhkatekijä. Klamydian väestöseulonnan kokeilu ei kuitenkaan ole tuottanut toivottuja tuloksia alhaisten osallistumislukujen vuoksi.

HP-viruksen aiheuttama infektio on Suomessa yleisin viruksen aiheuttama sukupuolitauti. Sen ilmenemismuodot vaihtelevat kondyloomista erilaisiin syövän kehittymistä ennakoiviin solumuutoksiin. Kondylooma on yksi HPV-infektion ilmentymä. HPV-epidemia on laajenemassa nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. HPV-tartunnan riskiä voidaan vähentää käyttämällä kondomia, mutta se ei täysin ehkäise tartuntaa. Joka tapauksessa kondomia suositellaan käytettävän tilapäisissä suhteissa, sillä se ehkäisee tehokkaasti muita sukupuolitauteja.

HIV-tapauksien määrä myös Suomessa on viime vuosina kasvanut, joten nuorten on hyvä tiedostaa sen vaarat ja vakavuus. Tilastot kertovat yli 20-vuotiaiden keskuudessa tapahtuvasta voimakkaasta HIV-tartuntojen lisääntymisestä, joten viimeistään kohde-ryhmämme ikäluokan valistusta tulee tehostaa.

Haasteellista on saada sukupuolitautilien kantajien partnerit hakemaan hoitoa. Käytännössä ilmoitusvelvollisuus mahdolliselle sukupuolitautilartunnan saaneelle henkilölle on tautien kantajilla. Tautien oireettomuutta tulee painottaa, että kaikki seksipartnerit motivoitaisiin tutkimukseen ja hoitoon.

Kaikille automaattisesti sopivaa raskaudenehkäisymenetelmää ei ole olemassa. Nykyään löytyy monia eri vaihtoehtoja raskaudenehkäisyyn, mutta vain kondomi sukupuolitautilien ehkäisyyn. Raskaudenehkäisyä valitessa huomioidaan menetelmien edut ja haitat sekä sopivuus elämäntilanteeseen. Ehkäisyn korostaminen myönteisenä asiana on tärkeää.

Kansainvälisesti vertailtuna suomalaisnuoret kuuluvat seksuaalisesti kokeneimpien joukkoon. Kondomin käyttö on kuitenkin vähäistä verrattuna muihin maihin. Sukupuolitaudeista puhuessa on korostettava nuorille kondomin merkitystä seksitautien ainoana ehkäisymenetelmänä. Vaikka raskaudenehkäisystä olisi huolehdittu muulla tavoin, on tärkeää etenkin satunnaisissa seksisuhteissa muistaa kondomin käyttö. Kondomin etuja ovat hyvä ehkäisyteho, turvallisuus ja helppo saatavuus.

Hormonaaliset ehkäisymenetelmät voidaan jakaa yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin sekä keltarauhashormonia sisältäviin valmisteisiin. Ehkäisytabletit, -rengas ja -laastari ovat sekä progestiinia että estrogeenia sisältäviä yhdistelmäehkäisyvalmisteita. Ainoastaan keltarauhashormonia eli progestiinia sisältäviä ehkäisyvalmisteita ovat minipillerit, ehkäisykapseli sekä -injektio. Näitä voivat käyttää myös ne nuoret, joille yhdistelmäehkäisyvalmisteet eivät sovi vasta-aiheiden vuoksi. 2000-luvulla on tullut ehkäisyvälinemarkkinoille useita uusia ehkäisyvalmisteita, jotka ovat saavuttaneet suosiota nuorten keskuudessa. Ehkäisytabletit ovat kuitenkin edelleen käytetyin ehkäisymenetelmä ja usein ensisijainen nuorten naisten käyttämä ehkäisy.

Suojaamattoman yhdynnän tai ehkäisyn epäonnistuttua voidaan käyttää tilapäisesti jälkiehkäisyä. Se ei ole varsinainen ehkäisykeino eikä korvaa säännöllistä raskaudenehkäisyä. Jälkiehkäisyn käyttö on lisääntynyt reseptipakon poistumisen jälkeen.

Reseptipakon poistuminen on saattanut vähentää nuorten raskaudenkeskeytysten määrää.

Vastuullinen sukupuolikäyttäytyminen on olennainen valistuksen osa-alue. Nuorien huoleton ja vastuuton seksikäyttäytyminen johtaa ikäviin seuraamuksiin, kun ei huolehdi raskauden eikä sukupuolitautien mahdollisuudesta. Seuraukset näkyvät paitsi yksittäisen nuoren kohdalla, myös yhteiskunnallisesti esimerkiksi tartuntatautilastojen surullisina kasvunumeroina sekä raskaudenkeskeytyksien määränä yhä nuorempien keskuudessa.

Tilastot kertovat, että nuoret eivät hahmota ehkäisyn tärkeyttä omalla kohdallaan eikä heillä ole riittävästi tietoa eri menetelmistä ja niiden käytöstä. Ehkäisyvalistus on tärkeää sekä sukupuolitautitartuntojen kasvun taittamiseksi että ei-toivottujen raskauksien määrän vähentämiseksi. On yleistä, että raskaudenkeskeytystä hakeva nuori ei ole käyttänyt mitään ehkäisyä, mikä kertoo siitä, että ehkäisyä käyttämällä suuri osa raskauden ehkäisyistä voitaisiin estää.

Vanhemmuus nuorena on yhteiskunnallisesti poikkeava tilanne, sillä lastenhankinta on nykyään yleensä suunniteltua ja ajoitettu elämän vakiintumisen jälkeen. Nuorena lapseen saantiin liittyy myös ongelmakohtia, kun nuoren oma kehitys on vielä kesken sekä fyysisesti että psyykkisesti. Nuoren päätökseen, jatkaako raskautta, johon ei ole valmistautunut, vaikuttavat useat seikat. Lapsen synnyttämisen jälkeen tulee elämäntilanteen olla sellainen, että nuoret vanhemmat myös kykenevät huolehtimaan lapsestaan. Valtaosa nuorten raskaudenkeskeytyksistä tehdään sosiaalisista syistä johtuen eli tilanteessa, jossa lapsen synnyttäminen olisi naiselle huomattava rasitus. Valistukselle olisi valtavasti tarvetta myös perhe-elämään liittyen. Nuori ei välttämättä tiedä lapsiperheen arjen velvoitteista ja vastuun kantaminen uudesta perheenjäsenestä.

Ennaltaehkäisevällä valistustyöllä esimerkiksi perhekasvatuksen keinoin voitaisiin vaikuttaa myös nuorten raskaudenkeskeytystilastoihin sekä tukea paremmin nuoria vanhempia. Nuori tarvitsee tukea päätöksessään, jatkaako raskautta ja tietoa olemassa

olevista vaihtoehdoista, kuten raskaudenkeskeytyksestä. Saamansa tiedon pohjalta nuori tekee lopulta itse päätöksen raskauden suhteen.

6.2 Pohdinta

Seksuaalisuus käsitteenä liitetään usein toiminnalliseen seksiin, yhdyntään ja lisääntymiseen. Menneinä vuosikymmeninä tämä on näkynyt koulujen seksuaalikasvatuksessa siten, että seksuaalikasvatukseen liittyviä asioita on käsitelty sairauslähtöisesti ja riskejä korostaen. Asiat on koettu ongelmakeskeisesti ja seksuaalisuus nähty irrallisenä osana ihmistä, eikä osana kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. (Alkio ym. 2008, 40.) Työssämme käsiteltävät aihealueet ja näkökulmat rajattiin jo projektin alkumetreillä, ja olemme työssä edenneet suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyössämme keskitymme paljon sukupuolitauteihin, niiden oireisiin ja vaikutuksiin. Mielestämme ongelmat ja riskit on tuotava esiin, eivätkä ne sulje seksuaalisuutta irralliseksi osaksi ihmistä. Se, että seksuaalisuuden osa-alueiden pulmakohdat tiedostetaan ja niistä rehellisesti kerrotaan nuorille, ei myöskään estä välittämästä samanaikaisesti nuorille kuvaa seksuaalisuudesta osana kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Tavoitteenamme on lähestyä seksuaaliterveyttä nuorten tarpeista käsin. Tuntuu ristiriitaiselta, että nykyään kritisoidaan liikaa keskittymistä esimerkiksi sukupuolitauteihin, kun nämä asiat koetaan kuitenkin yhä ongelmallisemmiksi. Myös tutkimukset ja tilastot kertovat, että tietoisuuden taso ei nuorilla ole riittävä, ja sen seuraukset puolestaan näkyvät terveydenhuollossa ja sukupuolitautilien leviämisenä. Miten muutoin, kuin valistuksen keinoin tieto nuorille saadaan välitettyä?

Oma näkemysemme on, että tärkeä osa seksuaalikasvatusta ja nuorten seksuaaliterveyden edistämistä on tiedon välitys. On tärkeää, että nuoret tietävät, kuinka huolehtia omasta seksuaaliterveydestään ja tarvittaessa osaavat hakea apua. Toivomme, että opinnäytetyömme voisi omalta osaltaan olla edistämässä tätä tietoutta, ja että siitä olisi konkreettista hyötyä opiskelijoille etenkin työmme jatko-osan eli oppimateriaalin valmistuttua.

Seksuaalisuus on hyvin herkkä ja haavoittuva elämänalue. Vaikka sukupuolitautilien ja raskauksien ehkäisystä olisi huolehdittu ja kondomia käytettäisiin, irrallisista suhteista on myös muita seurauksia, joille ei ole ehkäisykeinoa. Irtsuhteista voi seurata monia negatiivisia tunteita, esimerkiksi häpeää, syyllisyyttä ja hylkäämiseen liittyvä kipua. Nuoret ovat vielä kokemattomia monilla elämänalueilla ja itsetunto voi olla hauras. Varhain aloitetut sukupuolisuhteet voivat rikkoa ihmistä. Opinnäytetyön tekemisen myötä ajatuksemme siitä, että nuorille tulisi korostaa odottamisen mahdollisuutta sukupuolielämän aloittamisessa, on noussut uudenlaiseen valoon. Toisen asteen opiskelijat ovat jo täysi-ikäisyyden kynnyksellä tai mahdollisesti jo kahdenkymmenen vuoden rajapyykin ohittaneita nuoria aikuisia, jotka tilastojen mukaan viettävät hyvin aktiivista aikaa sukupuolielämän alueella. Tarkoituksenmukaisen seksuaalivalistuksen ajankohta tulisi ajoittaa jo hyvin paljon aiemmin koulutaipaleella opetuksen yhteydessä. Tässä vaiheessa vahinko on mahdollisesti ehtinyt jo tapahtua, jos esimerkiksi sukupuolitaudeilta ei ole osattu suojautua, eikä niiden kauaskantoisia seurauksia tiedostaa.

Miksi sitten on niin tärkeää panostaa juuri koulussa annettavaan seksuaalikasvatukseen? Suoranta toteaa, että koulu ei ole vain paikka, jossa vietetään päivä, vaan jossa nuorelle vieras aikuisten joukko on antamassa mahdollisuuksia vapaudelle (Suoranta 2003, 201). Koulun tehtävä on antaa nuorelle tietoa. Mielestämme sillä, minkälainen kuva nuorelle jää koulun seksuaaliopetuksesta, on tärkeä osuus myös hänen omien asenteidensa muokkautumisessa seksuaaliterveyttä koskevissa asioissa. Oman kokemuksemme perusteella juuri seksuaalikasvatus on yksi niistä koulun oppiaineista, jotka jäävät mieleen - esimerkiksi oliko opettaja kiusaantunut, välteltiinkö aihetta vai suhtauduttiinko seksuaalikasvatukseen rennosti ja avoimesti. Aikuisten käyttämät ilmaisut ja sanat ylläpitävät ja muotoilevat nuoren käsitystä seksuaalisuudesta ja jäsentävät heidän kokemuksiaan (Alkio ym. 2008, 42). Kun nuoren kanssa käsitellään asiallisesti ja häpeilemättä seksuaalisuuteen liittyviä asioita, nuori oppii, että näistä asioista voi keskustella ja niihin voi hakea apua.

Itse näemme koulun seksuaaliopetuksen mahdollisuudet laajoina ja houkuttelevina kehityksen kohteina. Tutkimuksissa ollaan usein kiinnostuneita yläkoululaisista, lukiolaisista sekä korkeammin koulutetuista yliopisto-opiskelijoista, kun ammattiopisto-opiskelijat jäävät usein vähemmälle huomiolle. Koemme, että esimerkiksi lukion seksuaalikasvatuksen kehittämiseen panostetaan huomattavasti enemmän, kuin ammattiopiston. Tutkimukset osoittavat, että alemmilla koulutustasoilla, esimerkiksi ammattiopistoasteella, seksuaalikasvatuksen tarve on suuri. Olemme tyytyväisiä, että omalta osaltamme pääsemme tulevassa jatkotyössämme vaikuttamaan kohderyhmämme seksuaalikasvatukseen opetusmateriaalin muodossa.

Suoranta (2003, 186) puhuu ”aikuisuuden himmenemisestä” viitattaessaan keskenkasvuisiin aikuisiin, joiden vanhemmuus on hävinnyt työelämään ja uraan. Hän on huolissaan tilanteesta, jossa aiemmista sukupolvista ei enää ole välittämään nuorille sukupolvilta toisille kestäviä kokemuksia. Aikuisuuden himmeneminen on mielestämme hyvin kuvaava määritelmä tilanteista, joissa vanhempi on lapsilleen enemmän tasavertainen kaveri kuin kasvattaja. Itse tulkitsemme tämän ilmiön aikuisuuden ja vanhemmuuden vastuun pelkäämisenä ja välttelemisenä. Nykyään puhutaan paljon kasvatusvastuun siirtymisestä vanhemmilta yhä enemmän koulun hoidettavaksi. Vanhempien tulisi tiedostaa, että vaikka koulu antaa nuorelle paljon seksuaalikasvatukseen liittyvää tietoa, arvot ja asenteet tarttuvat ja juurtuvat nuoreen kodin ja perheen perintönä.

Opinnäytetyömme toteutettiin parityönä. Yhteistyömme on sujunut saumattomasti ja olemme todella tyytyväisiä siihen, että olemme onnistuneet puhaltamaan yhteen hiileen opinnäytetyöprosessin aikana. Näkemyksemme tavoitteista ja vaatimuksista ovat olleet yhteneväiset, mikä on ollut helpottavaa työntekoprosessin aikana ja ajanut meitä kohti tavoittelemaamme lopputulosta. Työt ovat jakaantuneet tasapuolisesti ja joustoa on löytynyt tarvittaessa kummaltakin taholta.

Suurimmaksi ongelmaksi työnteon aikana osoittautui aikatauluista kiinnipitäminen. Käytännössä opinnäytetyöprojektiin käytettiin aikaa kevätkuukaudet, osittain muun

opiskelun ohella. Jälkikäteen ajateltuna tiedonhaku tulisi aloittaa jo hyvin paljon ennen, ja teoriaosuuden työstämiselle jättää niin ikään enemmän aikaa. Olemme vauhdittaneet työntekoa loppua kohti, ja tekstin viimeistely ymmärretäänkin tässä työssä varsin laajaksi käsitteeksi. Toisaalta aikataulun rajoitukset ovat olleet samat ja yhtä pulmalliset koko ryhmällä. Työmme pääsi käyntiin ryhmästämme riippumattomista syistä myöhemmin kuin oli suunniteltu. Tämä näkyi hyvin tiiviinä aikatauluna ja esimerkiksi siinä, ettei ole ollut aikaa hyödyntää ohjaussuhdetta niin paljon kuin olettimme. Pari kuukautta on liian lyhyt aika tehdä opinnäytetyö. Sekä asian prosessointi että työn huolellisempi tekeminen vaatisi pidemmän aikavälin. Työn loppuvaiheessa olisimme erityisesti kaivanneet enemmän aikaa asioiden kyseenalaistamiselle, monipuolisemmalle pohdinnalle ja työn viimeistelylle. Olemme kuitenkin tyytyväisiä, että työmme valmistuu annetuissa aikarajoissa. Mielestämme on itsestä kiinni, kuinka ajan käyttää ja kuinka tiiviisti on valmis työskentelemään lyhyessä ajassa. Tavoitteita kohti kulkiessa on myös oltava valmis joustamaan suunnitelmista tarvittaessa.

Työn edetessä olemme oppineet valtavasti uusia asioita. Nuorten seksuaaliterveys osoittautui aiheena paljon laajemmaksi, mitä osasimme odottaa. Työn edetessä olemme itse saaneet ravistella myös omia käsityksiämme ja ennakko-oletuksiamme. Olemme ajatelleet itse seksuaalikasvatuksen tehokkaana, kaikkivoipaisena ja nuoret laajalti tavoittavana. Erityisesti kohdekoulumme terveydenhoitaja Gladilta kuulemamme kokemukset käytännön seksuaalikasvatustyöstä ovat saaneet meidät ymmärtämään paremmin sen haasteita. Oletuksemme siitä, että Suomen paikkakunnilla seksuaalikasvatus toimii hyvin, on muuttunut ajatukseksi, että jatkuvan kehityksen ja muutoksen tarve on suuri. Myös Ritamo ym. (2000, 66) toteavat, että olennainen kysymys on, pidetäänkö seksuaaliterveyden edistämistä niin tärkeänä hyvinvoinnin edistämisen alueena, että siihen panostettaisiin jatkuvasti etenevää tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Kuitenkin UNOSCO:n asiantuntija Sabiha Syed on todennut, että kansainvälisesti tarkasteltuna Suomi on saavuttanut hyviä tuloksia seksuaalikasvatuksen ja perhesuunnittelun alalla. Syed näkee yhtenä selittäväenä tekijänä tuloksille

Suomen hyvän ja suunnitelmallisen yhteistyön terveydenhuollon ja koulun välillä. (Ritamo ym. 2000, 59.)

Ajankohtaiset, tuoreet tutkimukset sekä mielenkiintoinen ja laadukas lähdeaineisto oli yksi itse itsellemme asettamista tavoitteista työn suhteen. Itse näemme työmme rikkautena laajan lähdemateriaalin, jonka ansiosta työmme aiheisiin saatiin useita näkökulmia. Lähdemateriaalin etsiminen, hankinta ja siihen tutustuminen olikin suurimpia ja työläimpiä osuuksia työntekoprosessissa.

Etukäteen ajattelimme, että aihe on jo useaan kertaan läpikoluttu ja meille hyvinkin tuttu. Toisaalta juuri ennako-oletuksemme aiheen puuduttavankin tutusta aiheesta toi meille haasteita löytää aiheeseen oma näkökulmamme. Opinnäytetyön tavoitteena on kuitenkin saada aikaan jotain uutta, hyödyllistä tietoa. Omasta työstämme tekee ainutlaatuisen se, että työ on tehty yhteistyötahon, kohdekoulun tarpeita silmälläpitäen. Mielestämme olemme saavuttaneet tavoitteemme siitä, että opinnäytetyöstä muodostuisi kattava pohja jatkotyöllemme. Jäämme innolla odottamaan projektin jatkoa ja koemme, että tämän työn pohjalta on helppo ryhtyä opetusmateriaalin suunnitteluun ja laatimiseen.

6.3 Luotettavuus

Laatutavoitteista huolehditaan muun muassa luotettavilla lähteillä. Lähteitä valitessa on pyrittävä kriittisyyteen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2003, 99.) Työmme alusta asti yksi tärkeimmistä tavoitteistamme on ollut laadukas ja monipuolinen lähdemateriaali. Olemme halunneet painottaa materiaalin valinnassa kirjoittajien asiantuntemusta, tunnettavuutta ja arvovaltaa ja seuranneet esimerkiksi artikkeleissa ja tutkimuksissa toistuvia nimiä.

Jotta tutkimuksemme tieto olisi ajankohtaista ja tuoretta, olemme rajanneet lähteet iän perusteella siten, että vain 2000-luvun eli alle kymmenen vuotta vanha materiaali on aineistossamme mukana.

Työmme luotettavuutta on lisännyt se, että tutkimuksemme on toteutettu parityönä. Kaksi näkökulmaa on mahdollistanut kriittisemmän tekstin tarkkailun sekä jatkuvan yhteisen työn arvioinnin ja opponoinnin.

6.4 Jatkotutkimusaiheita

Tunteet ja niiden tunnistaminen, sietäminen ja hallitseminen liittyvät kiinteästi seksuaalisuuteen. Opinnäytetyömme tekoon varatut resurssit ovat rajalliset, ja aiheen rajauksen jälkeen emme ole juurikaan näitä osa-alueita käsitelleet. Mahdollisia jatkotutkimusaiheita opinnäytetyömme tiimoilta voisikin olla aiheen tutkiminen kirjallisuuskatsauksen keinoin keskittyen seksuaaliterveyteen liittyviin psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Tällaisia seksuaaliseen kehitykseen liittyviä asioita ovat muun muassa ihmiseksi kasvaminen, elämäntaitojen opettelu sekä omien ja muiden rajojen huomioon ottaminen.

Opinnäytetyömme ja suuntaavien opintojen jatkotyönä toteuttava opetusmateriaali on suunnattu ammattioppilaitokseen. Työtä tehdessä on herännyt mielenkiinto ammatillisen koulutuksen ja lukio-opintojen välisiin eroihin terveystiedon ja erityisesti seksuaalikasvatuksen opettamisen välillä. Jatkotutkimusaiheena voisi vertailla tutkimuksen keinoin lukion ja ammattiopiston opetussuunnitelmia ja opiskelijoiden tiedontason eroja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa.

Maahanmuuttajien määrä lisääntyy Suomessa jatkuvasti ja he tuovat mukanaan oman kulttuurinsa ja näkökulmansa asioihin. Muualta muuttaneilla saattaa myös olla erilaisia terveysongelmia, esimerkiksi sukupuolitauteja kuin paikallisilla. Kuinka erot maahanmuuttaja- ja suomalaisnuorten välillä näkyvät terveystiedossa ja seksuaaliterveyden tiedoissa?

LÄHTEET

Aho, Tuulia 2007. Ehkäisy on osa seksuaaliterveyttä ja elämänhallintaa. *Terveydenhoitaja - Hälsovårdaren*. Vol. 40, nro 6, 14–16.

Aho, Tuulia 2006. Terveydenhoitaja seksuaalikasvattajana. *Terveydenhoitaja - Hälsovårdaren*. Vol. 39, nro 3, 24–26.

Alkio, Paula (toim.); Aho, Tuulia; Kotiranta-Ainamo, Anna; Pelander, Anne & Rininen, Tuija 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki. Väestöliitto.

Apter, Dan 2008. Onko seksuaalikasvatuksesta ja -neuvonnasta hyötyä? *Duodecim*. Vol. 124, nro 4, 427–428.

Apter, Dan 2006. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. *Kansanterveys* nro 7, 12–13.

Avellan, Eija 2008. *Terveydenhoitaja - Hälsovårdaren*. Kohdunkaulan syöpä koskettaa myös suomalaisnaisia. Vol. 41, nro 7, 24–25.

Currie, Candace; Roberts, Chris; Morgan, Antony; Smith, Rebecca; Setterbulte, Wolfgang; Samdal, Oddrun & Barnekow Rasmussen, Vivian 2004. Young people's health in context, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey [online]. WHO. Päivitetty 22.6.2004 [viitattu 20.3.2009].
 Saatavilla [www-muodossa:](http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf)
 <URL:http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>

Ehkäisyopas. Tietoa raskaudenehkäisy menetelmistä. Schering-Plough.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2. p. Helsinki. WSOY.

Euroopan Parlamentti, 2004. Mietintö väestöstä ja kehityksestä 10 vuotta Kairossa pidetyn Yhdistyneiden Kansakuntien konferenssin jälkeen. (2003/2133(INI)) Istuntoasiakirja. Verkkodokumentti. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf)

<URL:http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-
//EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0055+0+DOC+WORD+V0//FI>

Femidom, Naisten kondomin salaisuudet. <URL:www.femidom.fi>

Gardner, Janelle 2006. What you need to know about genital herpes. Nursing2006. Vol. 36, nro 10, 26–27.

Gissler, Mika 2008. Synnytykset ja raskaudenkeskeytykset. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus, 17–27.

Gissler, Mika 2007. Uusimmat seksuaaliterveyden trendit. Terveystieteiden tutkimuskeskus – Hälsovårdaren. Vol. 40, nro 6, 8–10.

Hannuksela, Matti 2008. Kondyloomat eli visvasyyliät [online]. Duodecim. [viitattu 1.4.2009].
Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi)
<URL:http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00244&p_haku=Kondyloomat%20eli%20visvasyyli%20E4t>

Heikinheimo, Oskari 2006. Uudet hormonaaliset ehkäisymenetelmät - joustavampia mahdollisuuksia raskaudenehkäisyyn. Duodecim. Vol. 122, nro 14, 1789–1794.

Hiltunen-Back, Eija 2001. Genitaalierpeksen hoito. Duodecim. Vol. 117, nro 11, 1175–1180.

Hiltunen-Back, Eija & Aho, Kimmo 2005. Terveellistä seksiä. Helsinki. Duodecim.

Hiltunen-Back, Eija & Reunala, Timo 2005. Klamydia lisääntyy. Duodecim. Vol. 121, nro 1, 16–18.

Hiltunen-Back 2008(1). Klamydiatartunnat ikäryhmittäin. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus, 41–44.

Hiltunen-Back, Eija 2008(2). Kondylooman hoito. *Duodecim*. Vol. 124, nro 10, 1121–1125.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. 6.-9.p. Helsinki. Tammi.

Hirvonen, Eila 2000. Raskaus nuoren valintana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Huotari, Kaisa 2007. Terveystieteiden aikakauslehti - Hälsövärdaren. HPV kohdunkaulan syövän synnyssä. Vol. 40, nro 1, 38–39.

Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki. Tammi.

Kaasila, Marjo; Lehtinen, Matti; Koskela, Pentti; Patama, Toni; Pasanen, Kari & Palmroth, Johanna; 2006. Seksin yhteydessä tarttuvien papilloomavirusten alueittainen esiintyvyys. *Kansanterveys*. Nro 7, 4–5.

Kirkkola, Anna-Leena 2004. Family Planning, With Focus on Contraception as Seen by Health Centre Physicians and Population. University of Tampere. Department of General Practice Tampere University Hospital. Academic Dissertation.

Kolari, Tuula 2007. Nuorten kokemuksia kouluterveydenhoitajan toteuttamasta seksuaalikasvatuksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kosunen, Elise; Ala-Fossi, Niilo; Ala-Fossi, Sirkka-Liisa; Apter, Dan; Komulainen, Jorma; Peura, Sirpa; Savolainen, Tuija & Virtala, Aira 2006. Jälkiehkäisy. *Duodecim*. Vol. 122, nro 15, 1879–1880.

Kosunen, Elise 2008. Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden edistämiseen. *Lehdestä Duodecim* Vol. 124, nro 4, 431–432.

Kosunen, Elise & Stakes 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Työpapereita 5/2006. Helsinki 2006.

Kontula, Osmo; Cacciatore, Raisa; Apter, Dan; Bildjuschkin, Katriina; Törhönen, Marjatta; Koski, Seija & Tiilo, Leena 2001. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. Helsinki. Väestöliitto.

Kontula, Osmo & Meriläinen, Henna 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki. Väestöliitto.

Krokkfors, Leena 2004. Opetustapahtuman teoreettiset ja käytännölliset kysymykset. Verkkoluento. Artikkelin 1. Päivitetty 24.3.2004. [viitattu 5.5.2009]
<URL:<http://www.edu.helsinki.fi/luento/opetustapah/artikkeli1.html>>

KTL 2009. HIV Suomessa ikäryhmittäin. Luettavissa
<URL:<http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivika.html>>

Käypä hoito-suositus, Jälkiehkäisy 2006. Duodecim. 114–122.

Laine, Janne & Mikkola, Janne 2008. HIV-infektio. Duodecim. Vol. 124, nro 10, 1099–1101.

L239/1970. Laki raskauden keskeyttämisestä. 24.3.1970. §1.

L417/2007. Lastensuojelulaki. Ilmoitusvelvollisuus. 13.4.2007. Luku 5 §25.

L563/1998. Rikoslaki. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. 24.7.1998. Luku 20 § 6.

L583/1986. Tartuntatautilaki 25.7.1986.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Alaikäisen potilaan asema. 17.8.1992. Luku 2 §7.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tiedonsaantioikeus ja toimivalta. 17.8.1992. Luku 2 §9.

Lehtinen Matti, 2006. Nuorten HPV-rokotus: tavoitteena syövän ehkäisy. Kansanterveys. Nro 7. 2006, 6–7.

Lehtinen, Matti; Apter, Dan; Kosunen, Elise; Lehtinen, Tuula; Verho, Tiina & Paavonen, Jorma 2007. Nuorten seksitautien ehkäisy. Duodecim. Nro 24, 2999–3007.

Lehtinen Matti 2008. Rokote hiljaista epidemiaa vastaan. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus, 118–121.

Lehtovirta, Päivi 2007. Obstetric and Gynaecological Aspects of HIV infection in Finland. University of Helsinki. Department of Obstetrics and Gynaecology. Helsinki. Academic Dissertation.

Liinamo Arja 2008. Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus, 125–136.

Looker, Katarine J.; Garnett, Geoffrey P. & Schmid, George P. 2008. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. Bulletin of the World Health Organization. Nro 86, 805–810.

Mäkinen, Terhi 2006. Rokote kohdunkaulan syöpään? Tehy. Nro. 15. 30.

Niemelä Anna 2003. Erilainen nuoruus? Varhainen äitiys, ikä ja elämäntilanne. Verkoartikkeli. [Viitattu 6.4.2009] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.tyovaenperinne.fi/tyovaentutkimus/2004/g_niemela.html>](http://www.muodossa.fi/tyovaenperinne.fi/tyovaentutkimus/2004/g_niemela.html)

Niensted, Walter & Kellosalo, Juhani. Lääketieteen termit. 5 p. Porvoo 2007. Duodecim.

Nikula, Minna; Koponen, Päivikki; Haavio-Mannila, Elina & Hemminki Elina 2007. Sexual health among young adults in Finland: Assessing risk and protective behaviour through a general health survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007. Vol. 35, nro 3, 298–305.

Nummelin, Raija 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Nwose, Anja 2008. Abortti, adoptio vai äitiys? *Terveydenhoitaja - Hälsovårdaren*. Vol. 21, nro 9, 23.

Opetusministeriö 2006. Ammatillinen koulutus. [Viitattu 5.5.2009] <URL:http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattillinen_koulutus/?lang=fi>

Paavonen, Jorma 2004. Klamydiaa kannattaa seuloa. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. *Stakes. Raportteja* 282. Gummerus. 115–116.

Papp, Krista; Kontula, Osmo & Kosonen, Kati 2000. Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliset riskinotot. Helsinki. Väestöliitto.

Pharmaca Fennica, Norlevo (R), <URL:<http://www.terveysportti.fi/>>

Pötsönen, Riikka 2003. Suomalaisten seksuaaliterveys. Teoksessa Luoto, Riitta; Viisainen, Kirsi & Kulmala, Ilona (toim.) 2003. Sukupuoli ja terveys. Tampere. Vastapaino, 101–112.

Ritamo, Maija; Kautto, Sari & Poikajärvi, Kristiina 2000. Perhesuunnittelu 2000 -hankkeen loppuraportti. Helsinki. Stakes.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2010. Helsinki.

Stakes 2008. Raskaudenkeskeytykset ikäryhmittäin [online]. Päivitetty 4.12.2008 [viitattu 28.4.2009] Saatavilla [www-muodossa: <URL:https://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/liitetaulukot/Tt27_08Taulukot.pdf>](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/liitetaulukot/Tt27_08Taulukot.pdf)

Suhonen, Satu & Heikinheimo, Oskari 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. *Duodecim*. Vol. 124, nro 4, 457–461.

Suoranta, Juha 2003. *Kasvatus mediakulttuurissa*. Jyväskylä. Gummerus.

Sutinen Jussi 2008. HIV-epidemian hallinta. *Duodecim*. Vol. 124, nro 15, 1695–1696.

Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. <URL:http://www3.ktl.fi/stat/>

Tinkanen, Helena & Suhonen, Satu 2004. Yhdistelmäpillereiden riskit ja sivuvaikutukset. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 59, nro 15–16, 1641–1644.

Uusikylä, Kari & Atjonen, Päivi 2005. *Didaktiikan perusteet*. 3. p. Helsinki. WSOY.

Vaaranen, Heli 2008. Nuori vanhemmuus koetuksella. Verkkootikkeli. Saatavana [www-muodossa: <URL:http://www.vaestoliitto.fi/toimiva_parisuhde/artikkeleita2/?x13200=2576>](http://www.vaestoliitto.fi/toimiva_parisuhde/artikkeleita2/?x13200=2576)

Vaasan ammattiopisto 2009. [Viitattu 5.5.2009] <URL:http://www.vao.fi/>

Verho, Tiina 2006. Vanhemmat suhtautuvat enimmäkseen myönteisesti nuoren HPV-rokotukseen. *Kansanterveys*. Nro 7, 11–12.

Vesterinen, Ervo 2004. *Papa-kokeen kertomaa*. Helsinki. Edita.

Vuorma, Sirkku & Hurskainen, Ritva 2003. *Gynekologinen terveys ja toimenpiteet*. Teoksessa Luoto, Riitta; Viisainen, Kirsi & Kulmala, Ilona (toim.) 2003. *Sukupuoli ja terveys*. Tampere. Vastapaino, 176–189.

Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki. Väestöliitto.

WHO 2006. Defining sexual health [online]. Geneve. Päivitetty 21.12.2006 [viitattu 27.4.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf>

Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4 p. Helsinki. Duodecim.

Öhman, Hanna; Lehtinen, Matti; Koskela, Pentti; Surcel, Heljä-Marja & Paavonen, Jorma 2006. Klamydia on yleinen nuorten tauti Suomessa. Kansanterveys. Nro 7, 8–9.



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Keskitalo Silja Karoliina
Mustaniemi Anu Ilona

SEKSUAALITERVEYDEN OPETUSMA- TERIAALI AMMATTIOPISTOON

Sosiaali- ja terveysala
2010

SISÄLLYS

JOHDANTO	2
1 SEKSUAALITERVEYSKASVATUS	4
2 OPETUSMATERIAALI	6
2.1 Pedagogisia näkökulmia.....	7
2.2 Työn sisältö	8
2.3 Työn eteneminen	9
3 POHDINTA.....	11
LÄHTEET.....	14
LIITE 1	

JOHDANTO

Opinnäytetyön kehittämistehtävä-osuudessa laaditaan opetusmateriaalia seksuaaliterveyden opetukseen ammattiopiston opettajille ja terveydenhoitajille. Opinnäytetyön ”Katsaus nuorten seksuaaliterveyteen ja seksuaaliterveyden edistämisen keinoihin” on pohja ja lähdemateriaali seksuaalikasvatuksessa käytettävän opetusmateriaalin tekemiselle. Laajan opinnäytetyön tutkimuskysymykset valittiin vastaamaan opetusmateriaalin keskeisimpiin kysymyksiin. Opinnäytetyö vastasi kysymyksiin: Mitkä ovat ammattiopistossa opiskeleville nuorille keskeiset aihealueet seksuaaliterveyden alueella? Miksi nuorten seksuaalikasvatus nykypäivänä on tarpeellista? Mikä vaikuttaa nykypäivän nuorten seksuaalitietouteen? Nuorten seksuaaliterveys ja siihen liittyvät sukupuolitaudit, ehkäisy ja raskaus sekä seksuaaliterveyden edistäminen ja sen keinot muodostivat opinnäytetyön rungon. Aihevalintoihin vaikutti projektin sanelema tehtävänanto ja suuressa määrin myös kohdekoulun seksuaaliterveyden asiantuntijan, opiskelijaterveydenhoitajan toiveet ja ehdotukset.

Opinnäytetyö on osa Vaasan kaupungin terveyden edistämisen projektia, jonka tarkoituksena on laatia seksuaaliterveyskasvatukseen opetusmateriaalia eri luokka-asteille sekä oppilaiden vanhempien käyttöön. Tämän työn osuus projektissa on opetusmateriaalin tekeminen ammattiopistoon.

Yhteistyökoululta saadut toiveet opetuksen suunnittelua varten on huomioitu työn sisällössä. Toiveena on ryhmätyöskentelyyn ja keskusteluun innostava materiaali, ei vain opettajan yksinpuhelu.

Materiaalin välityksellä tavoitellaan nuorten opiskelijoiden tietoisuuden lisäämistä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Tavoitteena on, että opetusmateriaali, joka laaditaan vastaa kohderyhmän ajankohtaisiin kysymyksiin. Materiaalin toivotaan palvelevan myös tulevaisuudessa terveystiedon tunneilla seksuaaliterveyden aihealueita käsiteltävillä tunneilla. Terveystiedon ja seksuaalikasvatuksen oppitunteja voi tulevaisuudessa pitää eri aineiden opettajat, mikä luo haastetta materiaalin te-

kemiseen. Pyrkimys on, että materiaalin avulla myös asiaan perehtymätön voi suunnitella ja pitää sisällöltään laadukkaan oppitunnin. Mahdollisimman pitkä materiaalin käyttöikä ja monipuolinen hyödynnettävyys on tavoitteena.

1 SEKSUAALITERVEYSKASVATUS

Seksuaaliterveys on osa nuorten kokonaisvaltaisen terveyden edistämistä. Se on tärkeä hyvinvoinnin osa-alue riippumatta siitä, onko seksuaalinen toiminta yksilölle ajankohtaista. Opinnäytetyön kohderyhmän eli ammattiopistossa opiskelevien nuorten seksuaaliterveyden tärkeimpiä aihealueita ovat sukupuolitaudit, ehkäisy sekä raskaus.

Seksuaalikasvatus on tärkeä seksuaaliterveyden edistämisen keino. Eri kasvatusten menetelmien tavoitteena on edistää nuorten seksuaaliterveyttä koko yhteiskunnassa. Seksuaalikasvatukseen liittyvät seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta. Seksuaalikasvatuksessa tulee ottaa huomioon nuoren kehitystaso, elämäntilanne, kulttuuriset lähtökohdat sekä yksilölliset tarpeet, jotta seksuaalikasvatus vastaisi parhaiten juuri kohderyhmänsä tarpeisiin ja viesti saavuttaisi nuoren tehokkaimmin. Käsiteltävien aiheiden tulee olla nuorelle ajankohtaisia, sillä silloin nuoret ovat motivoituneita ottamaan tietoa vastaan ja sisäistämään sen. Tieto itsessään ei riitä, vaan lisäksi tulee antaa nuorelle ohjeita siitä, miten tieto sovelletaan käytäntöön ja omaan elämään, esimerkiksi eri ehkäisymenetelmien käyttöön liittyen. Seksuaalikasvatuksessa tulee kertoa erilaisista syy- ja seuraussuhteista konkreettisesti, mutta ei riskeillä pelotellen. Seksuaalikasvatus on elämänpitäinen prosessi, jonka aikana hankitaan tietoja, taitoja ja arvoja seksuaalisista suhteista, identiteetistä ja intimitteetistä (Kontula & Meriläinen 2007, 9, 11; Aho 2006, 26.)

Koulu on yksi nuoren merkittävimpiä seksuaalikasvattajia perheen, ystävien ja median ohella. Koulun vastuulla on opetussuunnitelman toteuttaminen sisältäen seksuaaliterveyskasvatuksen. (Kolari 2007, 37–47; Aho 2006, 25.) Koulujen terveystiedon oppitunnit ovat osa yhteisötasolla tapahtuvaa seksuaalikasvatusta. Koulujen välillä on terveystiedon opetuksessa paljon eroavaisuuksia seksuaaliterveyden alueella. Opetusmenetelmät, materiaalit, opettajan asenteet, asioiden esitystapa sekä opetukseen käytetty aika vaikuttavat seksuaaliopetukseen laatuun. Seksuaaliopetuksen sisältö ja laatu on selvässä yhteydessä nuorten tietoihin seksiasioista.

Seksuaalikasvatuksella pyritään muokkaamaan seksuaalisuuteen liittyviä tietoja, uskomuksia, asenteita ja käyttäytymistaitoja. Sen avulla voidaan vaikuttaa nuoren seksuaaliterveystiedon tasoon, nuoren kokemaan alttiuteen liittyen raskaaksi tuloon ja sukupuolitauti- tai HIV-tartuntoihin. (Liinamo 2008, 132.)

Terveystiedon opetuksessa käsitellään paljon asioita, joihin ei ole olemassa yksiselitteistä vastausta, mikä vaatii opettajalta omaa aktiivisuutta sekä tietyn epävarmuuden sietokykyä. Oppimistilanne tulee nähdä yhteisenä tutkimisena, asioiden tarkasteluna eri näkökulmista sekä opiskelijoiden aktiivisena toimintana tiedon hakemiseksi ja sen kriittisenä pohdintana. Seksuaaliopetuksessa keskeinen tavoite on nuorten seksuaalisen ja sukupuoli-identiteetin kehityksen tukeminen. Sen hahmottaminen, että seksuaalisuus on koko eliniän jatkuva prosessi ja ulottuvuus, joka kulkee mukana aina aikuisuuteen ja vanhuuteen asti, auttaa nuorta oivaltaamaan sen, mikä merkitys omilla valinnoilla on koko hänen elämänsä kannalta. Seksuaalisuuden käsittely elämänkulun näkökulmasta voi auttaa nuorta huomaamaan, että hän saa toimia omassa aikataulussaan ilman kiirehtimistä, omaa itseään kuunnellen ja kunnioittaen. (Välimaa 2004, 141.)

2 OPETUSMATERIAALI

Opetusmateriaali on oppiainesta sisältävä tiedonlähde. Opetusmateriaalin tehtävät riippuvat opetukselle asetetuista tavoitteista sekä opiskeltavasta asiasta. Materiaalin tulee asettaa kysymyksiä ja houkutella etsimään vastauksia ongelmiin. Hyvän ja laadukkaan opetusmateriaalin avulla opetusta voidaan havainnollistaa ja konkretisoida. Materiaalin etuna on myös, että sitä voidaan käyttää useita kertoja ta-
loudellisesti. Opetusmateriaalin varassa voidaan suunnitella opetuksen runko ja opetuksen tehokkuus ja tasavertaisuus turvata opetusoloista riippumatta. Hyvä opetusmateriaali on loogisesti ja psykologisesti oikein rakennettua ja sen asiasisältö etenee järkevästi. Materiaalin tulee myös olla aktivoivaa ja motivoivaa. Opettaja vaikuttaa ratkaisevasti siihen, millaisen roolin opetusmateriaali saa opetuksessa. (Uusikylä & Atjonen 2005, 163–168.)

Laadukas opetusmateriaali on monipuolista ja seikkaperäistä liittyen erilaisiin seksuaalisuuteen liittyviin asioihin. Kokemuksellisesta tiedosta nuori voi peilata omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Tärkeitä aihealueita ehkäisymenetelmien ja sukupuolitautilien lisäksi ovat myös raskaus ja raskaudenkeskeytys sekä seksuaalisuuteen liittyvät tunteet. (Nummelin 2000, 52–55, 58, 61.)

Opetusmateriaali on tärkeä tuki oppituntien pitämisessä. Opetusmateriaalien varassa oppitunnit voidaan suunnitella sekä opetusta havainnollistaa ja konkretisoida. Kattavan ja kaikille saman opetusmateriaalin turvin opetuksen tehokkuus ja tasavertaisuus voidaan turvata opetusoloista ja -paikasta riippumatta. (Uusikylä & Atjonen 2005, 166.)

Kun opetusmateriaali käsittelee asioita, joihin ei ole olemassa yksiselitteistä vastausta, kuten seksuaalisuudesta, on materiaalia laadittaessa kiinnitettävä erityishuomiota tekstin muotoiluun ja ilmaisuihin. Aiheemme puitteissa olemme pyrkineet esittämään työssämme erilaisia näkökulmia ja näköaloja nuorten seksuaalisuus-aiheeseemme. (Uusikylä & Atjonen 2005, 169–170.)

2.1 Pedagogisia näkökulmia

Opetustapahtumaan liittyvät käsitteet pedagogiikka sekä didaktiikka. Pedagogiikka tarkastelee kasvatusta yleensä ja didaktiikka opetusta yhtenä kasvatuksen ilmenemismuotona. Didaktiikka on siis kasvatustieteen alue, jonka tutkimuskohteena on opetus. Didaktiikka antaa neuvoja ja ohjeita opetuksen toimintatavoiksi. (Uusikylä & Atjonen 2005, 26.)

Opetuksen suunnittelun keskeiset osat ovat tavoitteet, oppiaines, toteutus ja arviointi. Tavoitteita pidetään yleisesti pedagogiikan ensisijaisina kohteina. Ensimmäiseksi tulee ratkaista, mihin oppitunnilla tai opetusjaksolla pyritään, mikä on sen tavoite. Vasta sen jälkeen valitaan, millaisen oppiaineksen avulla tavoitteen saavuttamiseen voidaan päästä, koska oppiaines on väline. (Uusikylä & Atjonen 2005, 71.)

Tavoitteet ohjaavat opetuksen suunnittelua ja toteutusta. Niiden toteutuminen on todennäköisempää, kun tiedetään mihin pyritään. Tavoitteet luovat opetuksen ja sen tulosten arvioinnin perustan sekä ohjaavat oppijan ponnisteluja (Uusikylä & Atjonen 2005, 72–73.)

Opettamistapa tulee valita joustavasti siten, että se edistää opetuksen tavoitteiden mukaista opiskelua ja oppimista. Kognitiivinen informaation prosessointi tarkoittaa sitä, että opettaja auttaa opiskelijoita prosessoimaan oppiaineen mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja opiskelijat hyväksyvät heille välitetyn tiedon hyödyllisenä ja oikeana. (Uusikylä 2005, 114.) Tavoitteena on saada nuorille välitettyä uutta tietoa niin, että he yhdistäisivät opittua tietoa jo omaksuttuun tietovarastoon. Oletuksena on, että nuorilla on valmiiksi sekä oikeaa tietoa että mahdollisesti myös vääriä kuvitelmia seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Tavoitteena on saada nuori ajattelemaan ja omaksumaan tietoa niin, että se näkyy käytöksessä ja riskikäyttäytymisen vähenemisenä seksuaaliterveyden alueella.

Pedagogisesti hyvä opetusmateriaali ei tyydy tavoittelemaan vain hetkellistä, pinnallista ja nopeasti näkyvää muutosta, vaan sen päämääränä on myös muun kuin käyttäjiensä kognitiivisen tietämyksen rikastuttaminen. Opetusmateriaalin tehtä-

vänä on asettaa kysymyksiä, houkutella etsimään vastauksia ongelmiin sekä mahdollistaa toimintaa. (Uusikylä & Atjonen 2005, 165.)

2.2 Työn sisältö

Kehittämistehtävä pohjautuu opinnäytetyöhön ”Katsaus nuorten seksuaaliterveyteen ja seksuaaliterveyden edistämisen keinoihin”. Koko prosessi tähtää opetusmateriaalin tuottamiseen. Työn tavoite on ohjannut aihevalintoja ja sisältöä.

Opetusmateriaali koostuu PowerPoint-esityksestä, jonka avulla voidaan pitää kaksi 45 minuutin kestoista oppituntia. Opettajat voivat valita tarpeidensa mukaan mitä osioita kokonaisuudesta käyttävät. PowerPoint-diaesitys on nykyaikainen ja helppokäyttöinen opetuksen havainnollistamiskeino ja palvelee oppituntien pitämistä hyvin, mutta edellyttää aina PowerPoint-mahdollisuutta luokkatilassa. Liitämme opetusmateriaaliin myös perinteisen kalvoversion esityksestä, jonka voi esittää piirtoheittimellä.

PowerPointin sisältö:

1. Seksuaalisuus
2. Sukupuolitaudit
 - 2.1. Klamydia
 - 2.2. Kondylooma
 - 2.3. Genitaalierpes
 - 2.4. HIV
3. Ehkäisy
 - 3.1. Kondomi
 - 3.2. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet
 - 3.3. Keltarauhashormonia sisältävät valmisteet
 - 3.4. Jälkiehkäisy
4. Raskaus
 - 4.1. Raskauden oireet
 - 4.2. Abortti
 - 4.3. Vanhemmuus nuorena

Opetusmateriaalin sisältö muotoutui projektin toimeksiannon perusteella. Lisäksi on käyty keskusteluja kohdekouluun terveydenhoitajien kanssa ja yhteistyössä heidän kanssaan suunniteltu aihealueet, jotka parhaiten vastaisivat kohderyhmän tarpeisiin. Erilaiset tutkimustulokset olivat keskeinen osa opinnäytetyötä teoriaosuutta ja niihin pohjautuu myös opetusmateriaali.

PowerPointin yhteyteen on lisätty muistiinpanotekstit aihealueittain. Muistiinpanoteksti on tarkoitettu opettajien käyttöön seksuaalikasvatustuntien pitämisen tueksi ja tietolähteeksi sekä avuksi keskustelun herättelemiseen nuorten kanssa.

2.3 Työn eteneminen

Laaja, 15 opintopisteen opinnäytetyö, valmistui keväällä 2009 ja kehittämistehtävää jatkettiin vuodenvaihteessa 2010. Aiheen kypsyttelytauko oli hyödyllinen ja aiheen pariin palaaminen oli mielekästä.

Opinnäytetyö on ollut pääasiallinen lähdemateriaali kehittämistehtävän teossa. Opinnäytetyön teoriaosuus on laaja ja luonut hyvän pohjan opetusmateriaalin laatimiselle. Lisäksi kehittämistehtävän aikana on paneuduttu vielä lisää pedagogisiin näkökulmiin ja opiskeltu lisää opettamisesta sekä hyvän opetusmateriaalin laatimisesta ja vaatimuksista.

Työnjako kehittämistehtävässä on ollut varsin tasapuolinen. Työskentely on tapahtunut tiiviissä tahdissa kiireisen kevään aikana. Sekä PowerPoint että kirjallinen työ on tuotettu yhteistyönä työparin kesken. Lopullisessa työssä näkyy molempien kädenjälki tasavertaisesti.

Kehittämistehtävän tekemisessä ei ole tullut eteen suurempia yllätyksiä tai suunnitelmien muutoksia. Panostaminen huolelliseen suunnitteluun ja projektisuunnitelman laatimiseen opinnäytetyön alkuvaiheessa on osoittautunut järkeväksi ja hyödylliseksi koko opinnäytetyöprosessia ajatellen. Muutamat väliraportointihenkiset tapaamiset ryhmän ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa sekä yhteistyön kohdekouluun terveydenhoitajan kanssa on koettu hyväksi ja kannustaneet työskentelyssä. On ollut palkitsevaa, että opiskeluryhmästä on useampia työpareja mukana samassa projektissa, ja vaikka joka parin kohderyhmät ovat hyvin erilaisia, on

voitu keskustella töiden etenemisestä ja tehdä myös yhteisiä suunnitelmia jatkoa varten.

Kehittämistehtävän aikataulullinen tavoite on ollut kirjallisen osuuden valmistuminen maaliskuussa 2010. Opetusmateriaalia viimeistellään vielä kevään 2010 aikana. Valmis materiaali luovutetaan kohdekoululle, jonka jälkeen se on jatkossa koulun henkilökunnan vapaasti käytettävissä.

3 POHDINTA

Opinnäytetyömme myötä olemme oppineet paljon uutta. Tiedollisesti tulemme varmasti hyötymään opinnäytetyöstämme ja sen eteen tehdystä uurastamisesta, missä tahansa työtehtävässä terveydenhoitajana tulemmekaan työskentelemään. Projektin myötä nuorten seksuaaliterveyttä on käsitelty useista eri näkökulmista käsin ja olemme oppineet laaja-alaista näkökulmaa ja työtettä, jota voi hyödyntää myös muihin aihepiireihin. Materiaalinhankinta on opettanut itsenäistä tiedonhankintaa ja eri lähteiden hyödyntämistä. Opinnäytetyömme on sisältänyt paljon erilaisiin asetuksiin ja suosituksiin tutustumista, niiden etsimistä ja läpikäyntiä. Uskomme tästä olevan hyötyä jatkossa, koska terveydenhoitajan työtä säätelevät myös monet asetukset, joista on oltava tietoinen. Projektissa mukana oleminen on antanut arvokkaan kokemuksen projektityöskentelystä. Olemme saaneet esimakua siitä, minkälaisissa hankkeissa saatamme olla mukana myös tulevaisuudessa työelämässä.

Koko opinnäytetyöprosessin läpikäyminen on opettanut vastuunottoa omasta työskentelystä sekä oman työn suunnittelua. Lisäksi työ on lisännyt pitkäjänteisyyttä, koska kyseessä on ollut pitkäkestoinen ja monivaiheinen prosessi. Työn tekoon on sisällynyt yllättäviäkin tilanteita, jolloin on pitänyt tehdä nopeasti muutoksia suunnitelmiin ja sopeutua tilanteisiin. Etenkin haastavissa tilanteissa työskentelystä parin kanssa on ollut suuri hyöty. Kaksi näkökulmaa on rikkaampi kuin yksi, joka mielestämme näkyy työssämme. Lisäksi työparista saa tukea työn suunnittelussa, aikatauluttamisessa ja työn hiomisessa.

Innostava, hyvä, monipuolinen, kattava ja laadukas valmis opetusmateriaali on ollut tavoitteemme koko projektin ajan, sitä olemme pitäneet tavoitteenamme ja siihen pyrkineet. Nyt työn valmistuttua olemme itse tyytyväisiä lopputulokseen. Olemme alusta asti kokeneet, että toimeksianto on tullut kohdekoululle tarpeeseen ja sen valmistumista odotettu innolla. Tämä on vaikuttanut omaan motivaatioomme tehtävää kohtaan suuresti, kun lopputuloksella on ollut konkreettinen tilaus ja tarve. Aihetta on oltu myös kiinnostuneita kehittämään ja suunnittelemaan yhdes-

sä. Toivomme, että laatimamme materiaali vastaa tarpeeseen myös vastaanottajien näkökulmasta.

Toimeksiantomme ja työmme tavoite on täyttynyt täydellisesti, jos materiaali löytää tiensä opettajien käyttöön, he kokevat sen käyttökelpoiseksi ja materiaalista on konkreettista hyötyä oppituntien pitämisessä jatkossakin. Omaan tavoitteeseemme nuorten tietoisuuden lisäämisestä ja seksuaaliterveyden parantamisesta voimme vaikuttaa omalta pieneltä osaltamme sen myötä, kuinka laatimamme opetusmateriaali jää elämään omaa elämäänsä käytännössä ja välittää oppituntien myötä tietoa tulevaisuudessakin.

Opetusmateriaalimme antaa opettajille rungon oppituntien pitämiseksi. Opettajat ovat opetustyön ammattilaisia ja itse opetustapahtuman vetäminen jää heidän vastuulleen. Toivomme, että tekemämme materiaali antaa opettajille eväitä keskustelun herättämiseen opiskelijoiden kanssa sekä uutta tutkittua tietoa nuorten seksuaaliterveydestä.

Nuoruusikää käsitteleviä keskusteluja ja kirjoituksia on kritisoitu liian ongelmakeskeisestä näkökulmasta ja yleistämisestä. Voidaan kokea, että nuoruusikä ja nuoret nähdään pelkästään ongelmien kautta, jolloin seksuaaliopetus pahimmillaan kaventuu pelkästään sukupuolitautilien torjuntaan ja raskauden ehkäisyyn. (Välimaa 2004, 140.) Opinnäytetyön aihealueet on rajattu koskemaan juuri nuorten seksuaaliterveyden ongelmia. Valistuksella ja tiedon lisäämisellä ongelmakohdista, kuten sukupuolitaudeista ja raskauden ehkäisystä, voimme kuitenkin olla edistämässä seksuaaliterveyttä. Tavoitteena on ollut pitää seksuaaliopetuksen lähtökohtana näkemystä seksuaalisuudesta positiivisena voimavarana. Voimavaroihin perustuva lähestymistapa näkee nuoret kykenevinä toimimaan itsestään ja muista huolta pitävällä, rakentavalla tavalla (Välimaa 2004, 140).

Ensikuvitelmamme toisen asteen oppilaitoksessa opiskelevien nuorten seksuaaliterveyden opettamisesta oli varsin laaja-alainen ja ajattelimme työn sisällön muotoutuvan eri tavalla, keskittyen enemmän seksuaalisuuden tunne- ja sosiaalisiin tekijöihin. Aiheeseen perehdyttyämme ja koulun terveydenhoitajan kanssa keskusteltuamme meille kuitenkin selvisi ammattikoululaisten tiedontason tila. Puut-

teita seksuaaliterveyden perusasioissa koettiin paljon ja niihin työmme toivottiin keskittyvän. Mielellämme olisimme paneutuneet myös seksuaaliseen identiteettiin ja sen hahmottumiseen, seksuaaliseen kehitykseen sekä tunteisiin. Tämän hetkinen akuutti aihe opiskelijoiden parissa kuitenkin koettiin olevan raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn liittyvät asiat, ja tähän tarpeeseen työmme kutsuttiin vastaamaan. Opetussuunnitelman mukaisia terveystiedolle varattuja tunteja on hyvin vähän, ja niihin opettajan on mahdutettava paljon muitakin tärkeitä osa-alueita, muun muassa päihdevalistusta sekä terveellisiä elämäntapoja. Haasteeksemme muodostui seksuaaliterveyden keskeisimpien aiheiden tiivistäminen monipuolisesti kahteen oppituntiin.

LÄHTEET

- Aho, Tuulia 2006. Terveystieteen hoitaja seksuaalikasvattajana. *Terveystieteen hoitaja - Hälsovårdaren*. Vol. 39, nro 3, 24–26.
- Kolari, Tuula 2007. Nuorten kokemuksia kouluterveydenhoitajan toteuttamasta seksuaalikasvatuksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Kontula, Osmo & Meriläinen, Henna 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki. Väestöliitto.
- Välimaa, Raili 2004. Terveystieto ja seksuaaliopetus – haaste oppilaan ja opettajan oppimiselle. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. *Stakes. Raportteja 282*. Gummerus, 118–121.
- Liinamo Arja 2008. Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus. Teoksessa Kosunen, Elise & Ritamo, Maija 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. *Stakes. Raportteja 282*. Gummerus, 125–136.
- Nummelin, Raija 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Uusikylä, Kari & Atjonen, Päivi 2005. *Didaktiikan perusteet*. 3. p. Helsinki. WSOY.

NUORTEN SEKSUAALITERVEYS

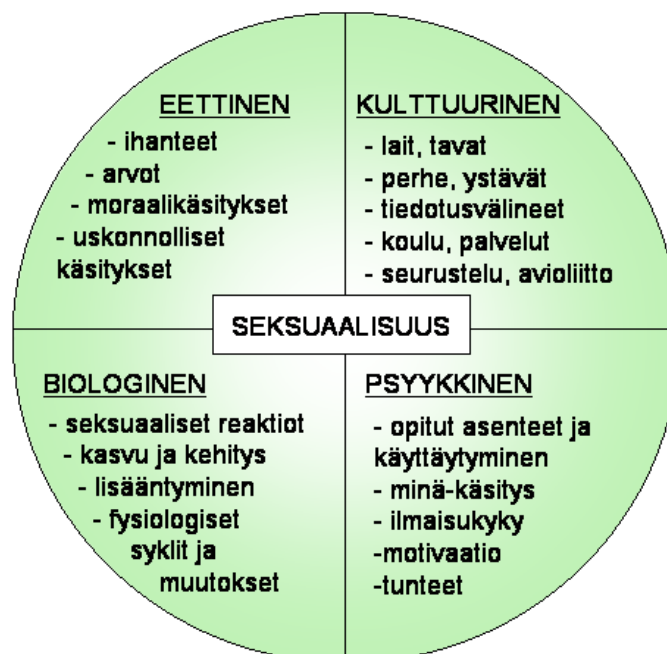
Vaasan ammattikorkeakoulu 2010
Silja Keskitalo
Anu Mustaniemi



PowerPointin sisältö

- ♥ Seksuaalisuus
 - ❖ Seksuaaliterveys
 - ❖ Seksi
- ♥ Sukupuolitaudit
 - ❖ Klamydia
 - ❖ Kondylooma
 - ❖ Genitaalierpes
 - ❖ HIV
- ♥ Ehkäisy
 - ❖ Kondomi
 - ❖ Yhdistelmäehkäisyvalmisteet
 - ❖ Keltarauhashormonia sisältävät valmisteet
 - ❖ Jälkiehkäisy
- ♥ Raskaus
 - ❖ Raskauden oireet
 - ❖ Abortti
 - ❖ Vanhemmuus nuorena

SEKSUAALISUUS



Seksuaalisuuden eri ulottuvuudet (Greenberg ym. 1989, 9).

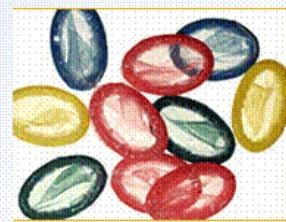
SEKSUAALITERVEYS

- Vapaus valita oman seksuaalisuuden ilmentämis- ja toteuttamismuodot
- Mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan ilman riskiä sukupuolitaudeista, ei-toivotuista raskauksista, painostuksesta ja syrjinnästä
- Päätösvalta omasta lisääntymisestä ja ehkäisystä
- Osa hyvinvointia

SEKSI

- Seksuaalista toimintaa
- Seksuaalisuuden ilmaisemista tuntein ja ajatuksin sekä käyttäytymisen ja toiminnan kautta
- Turvallista seksiä on kaikki mikä ei vahingoita itseä, kumppania tai ulkopuolisia
- Otettava huomioon molempien halut, toiveet, rajat
- Tasavertaisuus ja yhteinen sopimus, johon ei liity vallankäyttöä
- Erilaista eri ikävaiheissa → nuorten seksi tapahtuu usein yksin haavemaailmassa, fantasioissa ja itsetyydytyksessä

SUKUPUOLI - TAUDIT



http://terveysnetti.tukkuamk.fi/Tyokaisten/2006_TarttavatSukupuolitaudit/Templates/kondomit.gif

SUKUPUOLITAUDIT

= seksin yhteydessä tarttuvia tauteja

- Seksitaudit tarttuvat limakalvokontaktissa. Limakalvoa on useassa paikassa ympäri kehoa: nenässä, suussa, peräaukossa, terskassa ja emättimessä.
- Tartuntaan tarvitaan aina seksikontakti. Seksitaudit eivät tartu jokapäiväisessä kanssakäymisessä ihmisten välillä, kuten suutelemalla, koskettelemalla, saunan lauteilta, wc:stä tai muista yleisistä tiloista tai yhteisistä ruokailuvälineistä.

- **Tauti voi tarttua, jos**
 - Kondomia ei käytetä yhdynnässä
 - Kondomia ei ole käytetty asianmukaisesti
 - Kondomi on pettänyt
- **Sukupuolitaudit voivat tarttua emätinyhdynnässä, suuseksissä ja peräaukkoyhdynnässä**
 - Kondomia käytettävä myös satunnaisessa suuseksissä ja anaaliseksiässä
 - Vaikka raskaudenehkäisystä olisi huolehdittu muulla tavoin, on tärkeää käyttää aina kondomia tartuntojen ehkäisemiseksi

- **Kondomin käyttö on ainoa keino suojautua sukupuolitaudeilta.**
- **Sukupuolitaudit ovat käyttäytymistäuteja. Välttämällä riskejä välttyt tartunnoilta.**
- **Kun seksipartnerisi vaihtuu, selvitä sukupuolitautien mahdollisuus**
- **Jos olet saanut sukupuolitaudin, huolehdi myös kumppanisi hoidettavaksi**
 - Sukupuolitautia epäillessäsi voit mennä lähimpään terveyskeskukseen tai sukupuolitautien poliklinikalle testeihin

KLAMYDIA

- Yleisin bakteerin aiheuttama seksitauti Suomessa
- Klamydia voidaan tutkia virtsasta
- **Hoito:**
 - Myös oireettoman klamydian hoito on tärkeää
 - Suun kautta otettava antibiootti

	Naiset	Miehet
Oireet - yli puolet oireettomia	epänormaali valkovuoto, kirvely virtsatessa, epäsäännölliset kuukautisvuodot, alavatsa- ja selkäkipu	kirvely virtsatessa, niukka vaaleanharmaa vuoto virtsaputkesta, alavatsa- ja kiveskipu
Voi aiheuttaa	kohdunkaulan, kohdun limakalvon tai munanjohtimen tulehduksen	virtsaputkitulehdus ja mahdollisesti lisäkivestulehdus → klamydia on merkittävä lapsettomuuden syy

KONDYLOOMA

- Visvasyyllä eli kondylooma on papillooma- eli HP-viruksen aiheuttama tauti
- Yleinen etenkin nuorilla aikuisilla
- Näkyviä syylämäisiä muutoksia tai piileviä tulehduksia sukuelinten alueella
- Usein täysin oireettomia ihonvärisiä kukkakaalimaisia näppylöitä, litteitä kondyloomia on vaikea erottaa paljaalla silmällä

- Osa HP-viruksen aiheuttamista solumuutoksista voi parantua itsestään, mutta osa etenee vakaviksi muutoksiksi
- Voivat aiheuttaa pitkäkestoisena ja hoitamattomana kohdunkaulan syöpää tai siihen liittyviä solumuutoksia
- Useita virustyypppejä → jotkut infektoivat ihoa, jotkut limakalvoja, jotkut aiheuttavat syövän esiasteita ja syöpää
- Taudin itämisaika kuukausia, jopa vuosia

- **Kondyloomat esiintyvät**

- Miehillä peniksen iholla tai esinahan alla, terskan alueella, virtsaputken sisällä aiheuttaen kirvelyä virtsatessa sekä peräaukon ympärillä
- Naisilla ulkosynnyttimissä, välilihan alueella, emättimessä, virtsaputken suulla sekä peräaukon ympärillä

- **Kondylooman hoito**

- Ei ole olemassa testiä, jolla kondylooma voidaan todeta
- Itse papilloomavirusta ei voida hoitaa, mutta iho- ja limakalvovaurioiden hoito on mahdollista
- Useimmiten muutokset häviävät itsestään, eivätkä äskettäin ilmaantuneet kondyloomat vaadi välitöntä hoitoa
- Näkyvät muutokset hoidetaan kotihoitona liuos- ja voidevalmisteilla

- **Solumuutokset ja seulonta**
 - Kohdunkaulan syöpää ja sen esiasteita voidaan seuloa ja todeta aikaisessa vaiheessa papa-kokeilla
 - PAPA-KOE: irtosolunäyte → otetaan naisilta kohdunkaulan kanavasta, kohdun napukasta sekä emättimestä irtosolunäytteet, jotka tutkitaan mikroskoopilla. Testin avulla voidaan todeta kohdunkaulansyöpää, mutta myös gynekologia tulehduksia.
 - Milloin papa-kokeeseen?
 - Kun olet aloittanut sukupuoliyhdyntät, papa-koe otetaan 3 vuoden välein, tarvittaessa tiheämminkin. Mitä enemmän seksipartnereita ja vaihtuvia suhteita, sitä suurempi riski saada tartuntoja.
 - Nuoret naiset: on hyvin tärkeää käydä säännöllisesti Papa-seurannassa!
 - Kondomi suojaa kondyloomalta, vaikkakaan ei sataprosenttisesti, sillä virukset saattavat olla peniksen tyvessä, josta ne tarttuvat partneriin yhdynnässä.

GENITAALIPHERPES

= uusiutuva, tarttuva sekä parantumaton sukupuolielimissä esiintyvä sukupuolitauti

- **Oireet:**
 - Suuri osa **oireettomia**
 - Tavallisinta: Sukuelinten alueella esiintyvä rakkulainen ihottuma
 - Ensitartunnan oireet usein voimakkaampia kuin uusiutuvan herpesen oireet
 - Voi olla hyvin kivulias oireisessa vaiheessa

- Tarttuu etenkin oireisessa vaiheessa, mutta myös **oireettomalta voi saada tartunnan**
- **Hoito:**
 - Voiteet paikallishoitoon
 - Suun kautta otettavat reseptilääkkeet

HIV

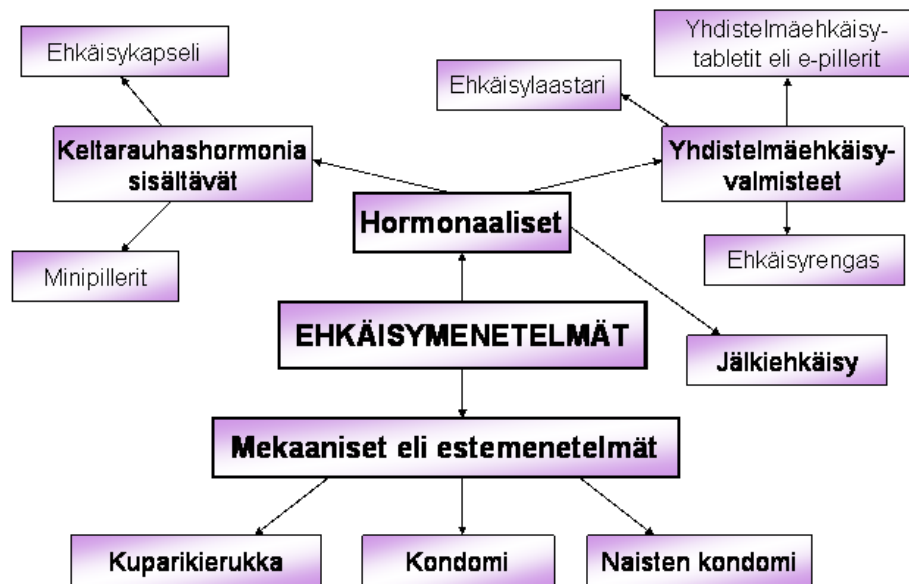
- HI-virus tarttuu suojaamattomassa seksikontaktissa – **tartuntaa ei suojaa edes ehjä limakalvo.**
- Tartunta voi tapahtua myös
 - veren välityksellä
 - veristen välineiden kautta
 - äidistä lapseen
- HI-viruksen saanut kantaa virusta koko loppuelämänsä.
- Virus voi olla **oireettomana** jopa useita vuosia, jolloin viruksen kantaja saattaa tietämättömänä levittää virusta.

- **HIV:n ensitauti voi oireilla** lämpöilynä, väsymyksenä, kurkkukipuna, päänsärkynä, ripulina, lihas- ja nivelsärkynä tai näppyläisenä ihottumana.
- HIV-testi muuttuu positiiviseksi vasta 1-4 kuukauden kuluttua tartunnasta.
- HIV:iä seuraa AIDS-vaihe, kun potilas saa jonkin HIV:n seurannaistaudin.
- Suojaudu HIV-tartunnalta
 - Käytä kondomia AINA!
 - Riskikäyttäytymisen vähentäminen – seksielämän myöhempi aloittaminen ja partnereiden määrän vähentäminen

EHKÄISY



http://terveysnetti.tuikuamk.fi/huorisnetti/seurustelu_seksuaalisuus/kuvat/seuraskaus.gif



KONDOMI

- Ohut kumipussi, joka vedetään jäykistyneen siittimen päälle ennen yhdyntää
- Ehkäisee tehokkaasti raskautta sekä estää sukupuolitautilien tarttumisen
- Raskaudenehkäisyteho perustuu siemennesteen pääsyn estoon emättimeen
- Ehkäisyssä aina ensisijainen käytettävä menetelmä



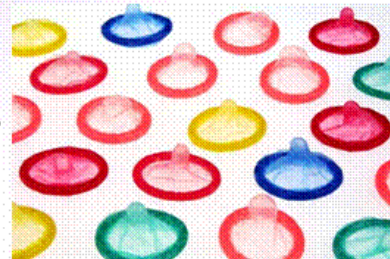
<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/0/04/Kondom.jpg/180px-Kondom.jpg>



<http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/202392/Kondomin%20kayttoohje.gif>

Kondomi on

- Helposti hankittavissa oleva ehkäisymenetelmä
- Edullinen
- Erilaisia vaihtoehtoja
- Paikallaan ja ehjänä pysymisestä on huolehdittava koko yhdyntän ajan ja käytöstä poisto täytyy ajoittaa tarkasti
- Hyvä käyttää rinnalla myös toista ehkäisyvalmistetta



<http://www.aamulehti.fi/teema/kulutaja/4582657-big.jpg>



YHDISTELMÄEHKÄISY- VALMISTEET

- = keltarauhashormonia (progestiinia) ja estrogeenia sisältäviä ehkäisyvalmisteita
- Estää ovulaation eli munasolun irtoamisen
 - **Vasta-aiheita (milloin ei sovi käytettäväksi)**
 - Korkea verenpaine
 - Aurallinen migreeni
 - Kohonnut laskimotulppariski
 - Vaikea lihavuus

- Hyödyt
 - Kuukautiskipujen lieventyminen
 - Vuoto usein niukempaa
 - Kuukautisten alkamisaikaa voi siirtää
 - Parantava vaikutus akneen
- Mahdollisia haittoja
 - Välivuodot
 - Pahoinvointi
 - Päänsärky
 - Mielialan muutokset
 - Seksuaalinen haluttomuus

Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ovat

Ehkäisytabletti

Ehkäisyrenkas

Ehkäisylaastari

Ehkäisytabletti

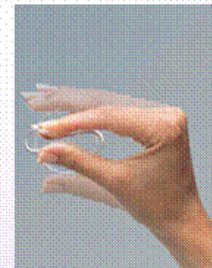
- Käytetään (suurin osa) 3 viikon ajan 1tbl päivittäin
- 3 viikon jälkeen taukoviikko, jonka aikana tulee tyhjennysvuoto
- Tablettien säännöllinen ottaminen on tärkeää!!



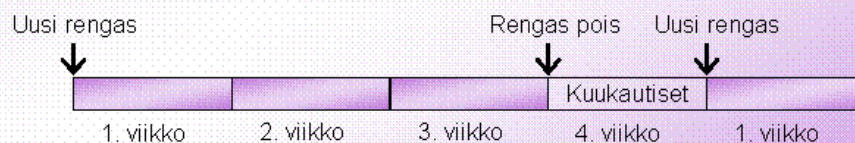
http://yle.fi/eepico/archive/00094/e-pillarit_ehk_jsy_94103b.jpg

Ehkäisyrengas

- Asetetaan emättimeen, josta hormonit imeytyvät tasaisesti
- Rengasta pidetään 3 viikkoa yhtäjaksoisesti
- 3 viikon jälkeen rengas poistetaan, pidetään taukoviikko – sen aikana tulee tyhjennysvuoto → uusi rengas asetetaan taukoviikon jälkeen



<http://images.coronaria.fi/?id=7143223>

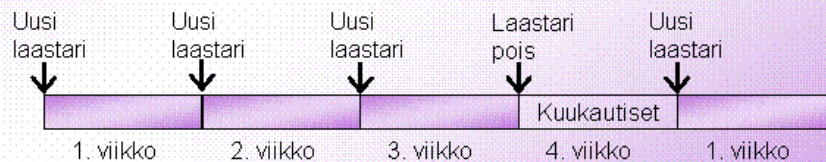


Ehkäisy-laastari

- Hormonit imeytyvät tasaisesti ihon kautta
- Vaihdetaan kerran viikossa
- 3 laastarin jälkeen pidetään taukoviikko, jonka aikana tulee tyhjennysvuoto
- Laastari voidaan kiinnittää olkavarteeseen, reiteen, pakaraan tai vartaloon, Ei kuitenkaan rintojen alueelle!
- Käyttö ei estä urheilua, uimista tai saunomista



<http://images.coronaria.fi/?id=3353366>



KELTARAUHASHORMONIA SISÄLTÄVÄT VALMISTEET

- Eri toimintaperiaate kuin yhdistelmäehkäisyvalmisteilla → muuttavat kohdunkaulan liman siittiötä läpäisemättömäksi.
- Käytetään yleensä, jos on vasta-aiheita yhdistelmävalmisteisiin.

Keltarauhashormonia sisältäviä ehkäisyvalmisteita ovat

Minipilleri

Ehkäisykapseli

Ehkäisyinjektio

Minipillerit

- Sisältävät vain keltarauhashormonia
- Ei samoja terveyshyötyjä kuin yhdistelmäehkäisytableteilla.
- Voivat käyttää myös ne nuoret, joille yhdistelmäehkäisyn sisältämä estrogeeni ei sovi
- Haitat: epäsäännöllinen ja tiputteluvuoto, turvotusoireet, emättimen kuivuus

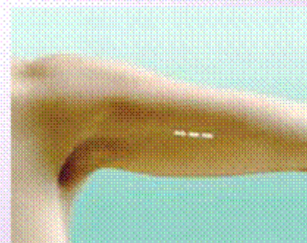


<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/2/2c/Artibabypille.jpg/180px-Artibabypille.jpg>

- **Minipillerien käyttö**
 - Pillereitä otetaan yksi joka päivä, ei taukoviikkoja.
 - Pillerit otettava säännöllisesti, joka päivä samaan aikaan tai ehkäisyteho heikkenee! Viive päivittäisen ottokohdan välillä saa olla max 3 tuntia.
 - Oikein käytettynä minipillerien ehkäisyteho on yli 99%

Ehkäisykapseli

- Lääkäri asentaa kapselin ihon alle olkavarteen, josta hormonit imeytyvät verenkiertoon ihonalaisesta kudoksesta
- Pitkäaikainen ehkäisymenetelmä, ehkäisyteho 3-5-vuotta
- Voivat lievittää runsaita ja kivuliaita kuukautisia
- Haittoja
 - Ihoärsytys ympäröivällä iholla
 - Epäsäännölliset vuodot
 - Päänsärky
 - Mielialan vaihtelut
 - Häviävät yleensä kolmen ensimmäisen kuukauden aikana



Eivät riitä ehkäisymenetelmiksi

- **"Varmat päivät"**
 - Munasolun irtoamisen ennakointi, jolloin pidättydytään yhdynnästä tietynä kuukautiskierron aikana
- **Keskeytetty yhdyntä**
- **Jälkiehkäisytabletti yksin käytettynä**

JÄLKIEHKÄISY

= tilapäisesti käytettävä menetelmä raskaudenehkäisyyn

- Käytetään varsinaisen ehkäisyn epäonnistuttua tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen
- Ei ole varsinainen ehkäisykeino
- Ei korvaa säännöllistä raskaudenehkäisyä
- Ei ole myöskään luotettava ainoana menetelmänä

- Jälkiehkäisytabletti suositellaan otettavan mahdollisimman pian suojaamattomasta yhdynnästä. Mielellään 12 tunnin, viimeistään 72 tunnin kuluttua
- Teho on sitä parempi mitä nopeammin se otetaan
- Käytöllä ei ole varsinaisesti vasta-aiheita – sitä suositellaan herkästi (jos spermaa on päässyt emättimeen tai edes emättimen ulkosuulle tai tapahtumasta on kulunut alle 72 tuntia)
- 15 vuotta täyttäneet eivät tarvitse reseptiä jälkiehkäisyyn

RASKAUS



http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuorisoneetti/seurustelu_seksuaalisuuskuvat/seuraskaus.gif



RASKAANA OLEVAN NUOREN VAIHTOEHDOT

Abortti

Vanhemmuus nuorena

Adoptio

ABORTTI

- = raskauden keskeytys, jolloin alle 500 grammaa painava tai sikiöiltään alle 22 viikon ikäinen alkio tai sikiö poistuu tai poistetaan kohdusta
- = äärimmäinen perhesuunnittelun keino
- Raskaus voidaan keskeyttää joko lääkkeellisesti tai kaavinnalla
 - Kaavinnassa kohtu tyhjenetään nukutuksessa
 - Lääkkeellisessä raskauden keskeytyksessä raskauden keskeytys aloitetaan suun kautta otettavilla lääkevalmisteilla. Muutaman vuorokauden kuluttua emättimeen laitettavat lääketabletit keskeyttävät raskauden ja kohtu tyhjenee.

- Jokaisella naisella on oikeus päättää omasta ruumiistaan ja lastenhankkimisajankohdastaan
- Suuri osa nuorten raskauden keskeytyksistä olisi estettävissä ehkäisyä käyttämällä
- Raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen vaikuttavat kulttuuriset ja nuorison yleiseen käyttäytymiseen liittyvät seikat
- Laissa määritellään edellytykset raskaudenkeskeytykselle
 - Nuorten raskaudenkeskeytyksistä suurin osa tehdään sosiaalisista syistä, kun lapsen synnyttäminen ja hoito olisi naiselle huomattava rasitus

”Abortti osuu naiseuden ytimeen ja jotakin särkyy kun joutuu tekemään sen ratkaisun.”