

ELISE KOSUNEN JA MAIJA RITAMO (TOIM.)

Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen



ELISE KOSUNEN JA MAIJA RITAMO (TOIM.):

Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen

STAKES

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja
kehittämiskeskus

RAPORTTEJA 282

TOIMITUSNEUVOSTO

Mauno Konttinen, puheenjohtaja

Esa Eriksson

Jouko Karjalainen

Päivi Liikamaa

Heli Mustonen

Anja Noro

Olli Nylander

Aulikki Rautavaara

Päivi Voutilainen

Kansi: Harri Heikkilä

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1551-7

ISSN 1236-0740

Gummerus Kirjapaino Oy

Saarijärvi 2004

Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen

Elise Kosunen, Maija Ritamo (toim.)

Esipuhe

Huhtikuussa 2003 Stakesissa järjestettiin asiantuntijaseminaari, jossa pohdittiin nuorten seksuaaliterveyden nykytilaa sekä palvelujen ja seksuaalikasvatuksen kehittämisen haasteita. Tämä raportti on koottu pääasiassa seminaarissa pidettyjen esitelmien pohjalta. Lisäksi teos sisältää joitain artikkeleita ja katsauksia, jotka on erikseen pyydetty täydentämään seminaarin tuottamaa materiaalia.

Raportin tarkoitus on tarjota syventävää taustatietoa nuorten seksuaaliterveyden nykytilasta ja antaa virikkeitä palveluiden kehittämiseen. Lähtökohta on moniammatillinen: raportti on suunnattu nuorten kanssa toimiville ammattilaisille terveydenhuollossa, kouluissa sekä sosiaali- ja nuorisotoimissa. Myös opettajat sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa sekä opettajien koulutuslaitoksissa samoin kuin nuorten seksuaaliterveyden aihealueen tutkijat kuuluvat kohderyhmiin, joiden toivomme hyötyvän teoksen materiaalista. Raportti lähestyy aihepiiriä niin tutkimuksen kuin käytännön työn kautta, minkä toivomme lisäävän vuoropuhelua tutkijoiden ja kentän työntekijöiden välillä. Samalla haluamme nostaa nuorten seksuaaliterveyden ammatilliseen keskusteluun ja antaa aineistoa eri hallinnonaloille suunnittelun lähtökohdiksi.

Moninaisten kohderyhmien vuoksi raportin sisältökin on vaihteleva. Se on koottu neljästä erityyppisestä osiosta, joita lukija voi hyödyntää omasta viitekehksestään lähtien. Ensimmäinen osio esittelee ajankohtaista suomalaista tutkimusta. Mukana on sekä uutta materiaalia että aiemmin kansainvälisissä julkaisuissa ilmestyneitä suomalaisia tutkimuksia, joista tiedottamisen kotimaiselle yleisölle olemme kokeneet tärkeäksi. Ensimmäisen osion teksteissä on mukana myös englanninkielinen tiivistelmä. Toinen osio esittelee seksuaaliterveyspalveluiden kehitystarpeita (mm. klamydiaseulonta, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioiminen) ja jo käynnissä olevia laajoja hankkeita, joista kentällä on hyvä olla tietoinen (HPV-rokotetutkimus). Kolmas osio keskittyy seksuaalikasvatuksen kehittämishaasteisiin ja viimeisessä osiossa esitellään kentällä menossa olevia ja toteutuneita kehittämistoimia (esim. Lasten TurvaTaito).

Vuonna 2003 seminaaria järjestettäessä tuli kuluneeksi kymmenen vuotta siitä, kun Stakes ryhtyi julkisuudessa esitettyjen kysymysten johdosta selvittämään nuorten raskaudenkeskeytysten tilannetta maassamme. Tuolloin todettiin, että teiniikäisten raskauksien ja aborttien esiintyvyys oli kansainvälisesti vertaillen matala ja vastoin esitettyjä oletuksia kehityssuuntakin oli silloin myönteinen. Moni asia on kuitenkin muuttunut kymmenen vuoden aikana ja nykytilanteen päivittäminen tuntui siksi ajankohtaiselta.

Seksuaaliopetuksen asema kouluissa muuttui vuonna 1994, kun kunnille tuli mahdolliseksi järjestää koulutus omaleimaisesti peruskoulun opetussuunnitelman

perusteissa olevien valtakunnallisten tavoitteiden mukaan. Tutkimukset osoittivat, että seksuaaliopetus väheni peruskouluissa tämän jälkeen. Samoihin aikoihin myös terveydenhuollon palvelut heikkenivät, kun 1990-luvun alkuvuosien lama karsi ehkäiseviä terveyspalveluja, erityisesti kouluterveydenhuollon palveluja. Juuri näiden palveluiden ja koulun seksuaaliopetuksen oli arveltu merkittävästi vaikuttaneen siihen, että nuorten seksuaaliterveyden edistämässä oli edellisillä vuosikymmenillä saavutettu hyviä tuloksia. Palveluiden ja seksuaaliopetuksen heikkenemiseen on jo reagoitu muun muassa kouluterveydenhuollon uusilla ohjeilla. Terveystieto on tulossa koulujen oppiaineeksi, ja muun muassa seksuaaliopetuksen kehittämisen suhteen sille asetetaan nyt suuria odotuksia. Opetus-, sosiaali- ja terveysviranomaisten yhteistyötä sekä valtakunnan että kunnan tasolla edellyttävät vuonna 2003 voimaan tulleet koululakien muutokset, jotka velvoittavat näitä viranomaisia yhteistyöhön esimerkiksi opetussuunnitelmien valmistelussa.

Seksuaalikäymyksissä elämme uudenlaisen avoimuuden aikaa, joka käynnistyi 1980-luvulla AIDSin uhan edessä. Kondomimainokset joka puolella olivat jo arkipäivää 1990-luvulle tultaessa ja nuoria opastettiin yksityiskohtaisella opetuksella kondomin käyttöön. Erektiohäiriöiden hoitoon ilmaantui tehokkaita lääkkeitä, joiden voimakas markkinointi lisäsi avointa keskustelua seksuaaliongelmista ja sai miehetkin lääkärin vastaanotolle hakemaan apua. Lainsäädännön uudistukset, erityisesti parisuhdelain valmistelu ja voimaantulo vuonna 2002 sekä hedelmättömyyden hoitoa koskevan lain valmistelut ovat synnyttäneet keskustelua seksuaalikäymyksistä koko yhteiskunnassa.

Lisääntynyt seksuaalinen avoimuus alkoi näkyä myös mainoksissa ja viihdeteollisuudessa ja johti myös ylilyönteihin. Nyt 2000-luvulla ylitsepursuavaa seksuaalisuutta on mainoksissa, viihdeohjelmissa, Internetissä, elokuvissa, kännykässä, lehdissä jne. Seksipalveluja myydään parhaaseen lähestyäkseen televisiossa muiden tuotteiden seassa, ja lehdissä on sivukaupalla palveluilmoituksia, joiden todellista luonnetta lopulta ei enää välitetäkään peitellä. Seksiin liitetään yhä yleisemmin myös väkivaltaa, eikä lastenkaan liittäminen seksistisiin kuviin ole vallan harvinaista. Ylikorostettu seksuaalisuus näkyy jopa pienten tyttöjen vaatemuodissa.

Tiedon saatavuus on parantunut, kun uudet sähköiset menetelmät on otettu käyttöön seksuaaliterveyden sisällöistä ja palveluista tiedottamisessa. Se on lisännyt myös eri puolilla maata asuvien nuorten tasa-arvoa. Alan järjestöt ovat aktiivisesti kehittäneet tiedotusta ja neuvontaa nuorille puhelimitse ja Internetin avulla. Myös monet ammattikorkeakoulut ovat kehittäneet alueellista ja paikallista ohjausta seksuaaliterveysasioissa osana opetustoimintaansa.

Seksuaaliterveyden ammatillisen osaamisen kehittämiseen on kiinnitetty viime vuosina entistä suurempaa huomiota. Pohjoismainen seksologian koulutusmalli on ollut pohjana Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian erikoistumisopinnoille ja syksyllä 2003 alkaneelle jatkotutkinnolle. Seksologian perusteet -kokonaisuutta toteutetaan muissakin ammattikorkeakouluissa. Sosiaali- ja tervey-

denhuoltoalan henkilöstön osaamista vahvistetaan myös Virtuaaliammattikorkeakoulun seksuaaliterveyden edistämisen hankkeessa, jossa ovat mukana lähes kaikki terveydenhuoltoalan ammattikorkeakoulut. Myös terveydenhoitajien ja lääkäreiden koulutuksen sisältöjä sekä valmistuvien ammattilaisten tietoja ja asenteita seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa on selvitetty.

Vuonna 1997 perustettu Suomen Seksologinen Seura ry. on osaltaan vaikuttanut ammatillisen koulutuksen kehittämiseen osallistumalla yhteispohjoismaiseen koulutussuunnitteluun ja auktorisoimalla klinisiä seksologeja ja seksuaaliterapeutteja pohjoismaisten vaatimusten mukaisesti.

Kymmenessä vuodessa ovat myös käsitejärjestelmät kokeneet melkoisen muutoksen. Vielä 1990 -luvun alussa pohdittiin perhesuunnittelun kysymyksiä yhtäällä ja sukupuolitautilien torjuntaa toisaalla. Nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutoksia ja seksuaalikasvatusta käsiteltiin näistä erillään, ja seksuaalisuuden psykososiaaliset aspektit puolestaan jäivät lähes huomiotta. Tätä nykyä kaikki näkökulmat nivoutuvat yhteisen yläkäsitteen, seksuaaliterveyden alle. Seksuaaliterveyden käsite yleistyi kansainvälisessä kielenkäytössä Kairon väestökokouksen 1994 jälkeen. Vuonna 1995 kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö IPPF julkaisi 12 kohdan listan lisääntymis- ja seksuaaliterveyden oikeuksista, joka edelleen täsmensi käsitteen sisältöä. Nykyään seksuaaliterveyden käsite on vakiintunut käyttöön ja helpottaa yhden terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueen hahmottamista. Maailman terveysjärjestö (WHO) määritteli seksuaaliterveyden vuonna 2000 seuraavasti:

”Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista.”

Tämä seksuaaliterveyden moniulotteinen käsite on ollut myös tämän raportin kokoamisen lähtökohtana.

Artikkeleiden kirjoittajat vastaavat itse esittämistään mielipiteistä, eivätkä ne edusta Stakesin kantaa.

Tiivistelmä

Elise Kosunen, Maija Ritamo (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen Stakes, Raportteja 282. Helsinki. ISBN 951-33-1561-4

Artikkelikokoelma perustuu suurelta osin Stakesin keväällä 2003 järjestämään asiantuntijakokoukseen. Sitä on täydennetty joillakin pyydytyillä artikkeleilla. Raportin tarkoitus on tarjota syventävää taustatietoa nuorten seksuaaliterveyden nykytilasta ja antaa virikkeitä palvelujen kehittämiseen. Lähtökohta on ollut moniammatillinen: raportti on suunnattu nuorten kanssa toimiville ammattilaisille terveydenhuollossa, kouluissa sekä sosiaali- ja nuorisotoimissa. Raportti lähestyy aihepiiriä sekä tutkimuksen että käytännön työn kautta, joten se soveltuu myös alan tutkijoille ja kouluttajille.

Raportti on koottu neljästä erilaisesta kokonaisuudesta.

Ensimmäinen käsittelee nuorten seksuaaliterveyttä suomalaisten tutkimusten valossa. Mukana on sekä uutta materiaalia että aiemmin kansainvälisissä julkaisuissa ilmestyneitä suomalaisia tutkimuksia. Tutkimuksista on myös englanninkielinen tiivistelmä. Mika Gissler luo katsauksen raskaudenkeskeytysten kehitykseen meillä ja Pohjoismaissa. Andres Vikat valottaa sitä, miten nuorten raskaudet vaihtelevat perheen sosioekonomisen taustan ja eri alueiden välillä. Klamydia-tartuntoja selvittää Eija Hiltunen-Back ja nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutoksia Elise Kosunen. Seksuaalisuuden ja mielenterveyden yhteyksiin on puolestaan paneutunut Riittakerttu Kaltiala-Heino. Tyttöjen ja poikien käsityksiä kaupallisesta seksistä on selvittänyt Anna Anttila.

Toisessa osassa on esitelty seksuaaliterveyspalvelujen ajankohtaisia kehittämiskysymyksiä. Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen erityispiirteitä pohtivat Katri Makkonen ja Elise Kosunen. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan näkökulmasta kehittämishaasteita esittävät Elina Hermanson, Raisa Cacciatore ja Dan Apter. Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvan nuoren näkökulmaa tuo esille Ulla Frantti-Malinen. Kannattaako klamydiaa seuloa, kysyy Jorma Paavonen omassa artikkelissaan. Juuri alkaneesta rokotustutkimuksesta kohdunkaulan syövän ehkäisemiseksi kertoo Matti Lehtinen.

Kirjan kolmannessa osassa keskitytään seksuaalikasvatuksen monipuolistumiseen. Arja Liinamo luo katsauksen kansainvälisiin selvityksiin seksuaalikasvatustohjelmien vaikuttavuudesta. Terveystieto-oppiaineen ja seksuaalikasvatuksen Raili Välimaa näkee haasteena paitsi oppilaan myös opettajan oppimiselle. Heteronormatiivisuutta seksuaalikasvatuksen haasteena pohtii Jukka Lehtonen.

Viimeisessä osassa on esimerkkejä seksuaaliterveyden kehittämistoimista käytännössä. Kuntien perusterveydenhuollossa kehitetyistä ratkaisuista eri puolilla Suomea kertovat Tarja Sandberg Lohjalta, Tuija Savolainen Äänekoskelta ja Katriina Bildjuschkin Turusta. Kristiina Poikajärven artikkelissa kuvataan seksuaali-

terveysportaalia esimerkkinä tiedon välittämisestä palveluista nuorille verkkosivujen avulla. Lapsiin kohdistuvan väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisystä, TurvaTaito-hankkeesta kertovat Kaija Lajunen ja Kaija Kemppainen. Peruskoululaisten seksuaalikasvatuksen helsinkiläisiä ratkaisuja selvittävät Raija Nummelin ja Susanna Ruuhilahti.

Lopuksi toimittajat esittävät näkemyksiään siitä, miten nuorten seksuaaliterveyden kehittämistä voitaisiin tukea voimistamalla erityisesti hallinnollista yhteistyötä ja panostamalla ammatilliseen osaamiseen ja tutkimustoimintaan.

Avainsanat: seksuaalisuus, seksuaaliterveys, seksuaalikasvatus, seksuaaliopetus, seksuaalikäyttäytyminen, sukupuolitaudit, raskauden ehkäisy, terveystieto, terveyskasvatus, sukupuolivähemmistöt, seksuaalivähemmistöt, terveyspalvelut

Sammandrag

Elise Kosunen, Maija Ritamo (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen [Synpunkter på de ungas sexuella hälsa]. Stakes, Rapporter 282. Helsingfors. ISBN 951-33-1561-4

Artiklarna bygger till stor del på det expertmöte som Stakes anordnade våren 2003. Materialet har kompletterats med vissa beställda artiklar. Syftet med rapporten är att erbjuda fördjupande bakgrundsmaterial om den sexuella hälsan bland unga idag och att ge impulser till hur servicen på detta område kunde utvecklas. Utgångspunkten är multiprofessionell: rapporten riktar sig till personer som yrkesmässigt arbetar med unga inom hälsovården, i skolorna samt inom social- och ungdomsväsendet. Rapporten närmar sig temat ur såväl forskningens som det praktiska arbetets synvinkel och kan således vara till nytta också för forskare och utbildare inom detta område.

Rapporten är indelad i fyra olika helheter. Den första behandlar de ungas sexuella hälsa i ljuset av den forskning som bedrivits i Finland. Här ingår både nytt material och finländska undersökningar som tidigare publicerats i internationella publikationer. Av undersökningarna ges också ett engelskt sammandrag. Mika Gissler studerar aborternas utveckling i Finland och övriga Norden. Andres Vikat visar hur graviditet bland unga varierar dels efter familjens socioekonomiska ställning, dels mellan olika regioner. Eija Hiltunen-Back skriver om klamydiasmitta och Elise Kosunen om förändringarna i de ungas sexuella beteende. Riittakerttu Kaltiala-Heino har fördjupat sig i sambanden mellan sexualitet och mental hälsa, medan Anna Anttila har undersökt flickornas och pojkarnas uppfattningar om betald sex.

Andra delen presenterar aktuella frågor i utvecklingen av servicen på den sexuella hälsans område. Katri Makkonen och Elise Kosunen skriver om de särdrag som skall beaktas då tjänster på den sexuella hälsans område riktas till unga. Elina Hermanson, Raisa Cacciatore och Dan Apter belyser utvecklingsbehoven på basis av sina erfarenheter från Väestöliittos (Befolkningsförbundets) sexualhälsoklinik. Ulla Frantti-Malinen beskriver situationen för unga som hör till sexuella eller könsliga minoriteter. Lönar det sig att göra klamydiascreeningar, frågar sig Jorma Paavonen i sin artikel. Matti Lehtinen berättar om den nyligen påbörjade vaccinationsundersökningen för förebyggande av cancer i livmoderhalsen.

Tredje delen fokuserar på sexualfostrans mångsidighet. Arja Liinamo ger en översikt över internationella undersökningar av effektfullheten hos olika program för sexualfostran. Skolämnet hälsokunskap och sexualfostran ställer enligt Raili Välimaa höga krav inte bara på elevernas, utan också lärarens inlärningsförmåga. Jukka Lehtonen åter dryftar heteronormativiteten som en utmaning för sexualfostran.

I rapportens fjärde del ges exempel på praktiska utvecklingsåtgärder på den sexuella hälsans område. Tarja Sandberg från Lojo, Tuija Savolainen från Äänekoski och Katriina Bildjuschkin från Åbo berättar om de lösningar man gått in för inom den kommunala primärhälsovården på olika orter i Finland. Kristiina Poikajarvi tar upp en webbportal för sexuell hälsa som ett sätt att informera unga om tillgängliga tjänster. Kaija Lajunen och Kaija Kemppainen berättar om projektet TurvaTaito för förebyggande av våld mot och sexuellt utnyttjande av barn. Hur Helsingfors har löst frågan om sexualfostran för grundskoleelever framgår av Raija Nummelins och Susanna Ruuhilahtis artikel.

Till sist framför redaktörerna sina synpunkter på hur de ungas sexuella hälsa kunde främjas i synnerhet med hjälp av intensivare administrativt samarbete och större satsningar på yrkeskunskap och forskning.

Nyckelord: sexualitet, sexuell hälsa, sexualfostran, sexualundervisning, sexuellt beteende, könssjukdomar, preventivmetoder, hälsokunskap, hälsofostran, könsminoriteter, sexuella minoriteter, hälsovårdstjänster

Abstract

Elise Kosunen, Maija Ritamo (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen [Perspectives into the sexual health of young people]. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Report 282. Helsinki. ISBN 951-33-1561-4

The collection of articles is largely based on the expert meeting arranged by Stakes in the spring of 2003, amplified by a number of requested articles. The objective of the report is to provide in-depth background knowledge of the current state of the sexual health of young people and to offer incentives for developing related services. The starting point is multidisciplinary: the report is aimed at professionals working with young people in healthcare, education, social welfare and youth affairs. The report approaches the topic through both research and practical work, which makes it applicable to both researchers and instructors in the field.

The report consists of four individual parts.

The first part deals with the sexual health of young people in the light of research conducted in Finland. It includes both new material and studies carried out in Finland that have been previously printed in international publications. The studies include an English summary. Mika Gissler reviews the development of pregnancy termination in Finland and the other Nordic countries. Andres Vikat highlights how pregnancies in young people vary according to the socio-economic status of the family and environment. Eija Hiltunen-Back assesses cases of chlamydia and Elise Kosunen the changes in the sexual behaviour of young people. Meanwhile, Riittakerttu Kaltiala-Heino delves into the connection of sexuality and mental health and Anna Anttila studies the views of commercial sex held by girls and boys.

The second part introduces current development questions regarding sexual health services. The distinctive features of sexual health services for young people are discussed by Katri Makkonen and Elise Kosunen. Elina Hermanson, Raisa Cacciatore and Dan Apter present development challenges from the viewpoint of the Sexual Health Clinic of the Family Federation of Finland. Ulla Frantti-Malinen unveils the perspective of a young person belonging to a sexual or gender minority. Jorma Paavonen poses the question whether it is worth screening for chlamydia, while Matti Lehtinen describes the recently launched vaccination research in preventing endocervical cancer.

The diversification of sexual education is explored in the third part of the publication. Arja Liinamo reviews international surveys on the effects of sexual education programmes. Raili Välimaa sees curricular health education and sexual education as a challenge to both student and teacher. Jukka Lehtonen considers the challenges heteronormativity poses to sexual education.

The final part provides examples of practical development activities relating to sexual health. Tarja Sandberg from Lohja, Tuija Savolainen from Äänekoski and Katriina Bildjuschkin from Turku describe solutions developed in basic municipal healthcare in different parts of Finland. The article by Kristiina Poikajärvi illustrates a sexual health portal as an example of passing on information to young people using the Internet. Kaija Lajunen and Kaija Kemppainen give an account of the *Turva Taito* project (Safety knowledge), a programme for preventing violence and sexual abuse targeted at children. Raija Nummelin and Susanna Ruuhilahti describe solutions implemented in Helsinki concerning sexual education for comprehensive school students.

To conclude, the editors present views on improving sexual health in young people, particularly through administrative collaboration as well as through boosting professional expertise and research.

Keywords: Sexuality, sexual health, sex education, sexual learning, sexual behaviour, sexually transmitted diseases, contraception, health education, health information, gender minorities, sexual minorities, health services

Sisällys

Esipuhe

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

Nuorten seksuaaliterveys nyt – tuloksia tutkimuksista

| | |
|--|----|
| Synnytykset ja raskauden keskeytykset, <i>Mika Gissler</i> | 17 |
| Raskauksien sosioekonomiset ja alueelliset erot, <i>Andres Vikat</i> | 29 |
| Klamydiatartunnat ikäryhmittäin, <i>Eija Hiltunen-Back</i> | 41 |
| Seksuaalikäyttäytymisen muutokset, <i>Elise Kosunen</i> | 46 |
| Seksuaalisuus ja mielenterveys nuoruusiässä, <i>Riitta kerttu Kaltiala-Heino</i> | 61 |
| Tyttöjen ja poikien käsitykset kaupallisesta seksistä, <i>Anna Anttila</i> | 72 |

Kehittyvät seksuaaliterveyspalvelut

| | |
|--|-----|
| Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen erityispiirteitä, <i>Katri Makkonen, Elise Kosunen</i> | 85 |
| Erikoisosaamista nuorten palveluihin, <i>Elina Hermanson, Raisa Cacciatore, Dan Apter</i> | 93 |
| Tietoa ja tukea seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvalle, <i>Ulla Frantti-Malinen</i> | 100 |
| Klamydiaa kannattaa seuloa, <i>Jorma Paavonen</i> | 112 |
| Rokote hiljaista epidemiaa vastaan, <i>Matti Lehtinen</i> | 118 |

Monipuolistuva seksuaalikasvatus

| | |
|--|-----|
| Seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus, <i>Arja Liinamo</i> | 125 |
| Terveystieto ja seksuaaliopetus – haaste oppilaan ja opettajan oppimiselle, <i>Raili Välimaa</i> | 137 |
| Heteronormatiivisuus seksuaalikasvatuksen haasteena, <i>Jukka Lehtonen</i> | 147 |

Kehittämistyötä kentällä

| | |
|--|-----|
| Kolme esimerkkiä nuorten neuvontapalveluista | 161 |
| Lohjan nuorisoneuvola, <i>Tarja Sandberg</i> | 161 |
| Raskauden ehkäisyn hoitokäytäntö Ääneseudulla, <i>Tuija Savolainen</i> | 165 |
| Nuorten seksuaaliterveydenhoito Turussa, <i>Katriina Bildjuschkin</i> | 168 |
| Seksuaaliterveysportaali Etelä-Karjalassa, <i>Kristiina Poikajärvi</i> | 170 |
| Lasten TurvaTaito – väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisy-ohjelma, <i>Kaija Lajunen, Kaija Kemppainen</i> | 174 |
| Peruskoululaisten seksuaalikasvatus – helsinkiläisiä ratkaisuja, <i>Raija Nummelin, Susanna Ruuhilahti</i> | 185 |

| | |
|------------------|-----|
| Loppusanat | 196 |
|------------------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Kirjoittajat | 198 |
|--------------------|-----|

***Nuorten seksuaaliterveys nyt
– tuloksia tutkimuksista***

Synnytykset ja raskaudenkeskeytykset

MIKA GISSLER

Alaikäisten raskauksien määrää pidetään eräänä yhteisötason hyvinvoinnin osoittimena. Suurin osa näistä raskauksista on suunnittelemattomia, joten niiden vähäinen määrä kertoo osaltaan hyvästä seksuaaliterveyden tilasta. Alle 20-vuotiaiden raskaudet vähenivät Suomessa aina 1990-luvun puoleenväliin saakka. Vuodesta 1994 vuoteen 2002 mennessä raskaudenkeskeytysten väestöön suhteutettu määrä lisääntyi noin 50 prosentilla. Synnytysten osalta nousua oli 25 prosenttia vuosien 1997 ja 2002 välillä. Erityisesti alle 18-vuotiaiden raskaudet lisääntyivät. Alueellisesti tarkastellen kehitys oli samanlainen koko maassa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksiä toiseksi vähiten. Synnytykset puolestaan ovat vähentyneet kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Suomessa.

Artikkelissa nuorilla tarkoitetaan alle 20-vuotiasta väestöä. Tilastolliset raskauksiin liittyvät tunnusluvut lasketaan tässä ikäluokassa tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohti, mutta tapausmääriin sisällytetään myös alle 15-vuotiaiden harvalukuiset synnytykset ja raskaudenkeskeytykset. Monissa maissa tilastot lasketaan erikseen alaikäisille (alle 18-vuotiaille) ja täysi-ikäisille nuorille (18–19-vuotiaat), mutta Suomessa tämä tapa ei ole toistaiseksi vakiintunut. Tässä artikkelissa jakoa kuitenkin sovelletaan.

Nuorten raskaudenkeskeytysten määrät tilastoitiin nykyisen lain (1970) aikana ensimmäisen kerran vuonna 1974. Tällöin keskeytyksiä oli noin 20 tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden. Keskeytysten määrä pieneni hitaasti mutta tasaisesti aina 1980-luvun lopulle saakka, jonka jälkeen niiden väheneminen kiihtyi. Vuonna 1991 tehtiin ensimmäisen kerran alle 15 keskeytystä tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden. Voimakkaasti laskeva trendi jatkui vuoteen 1994 asti, jolloin tehtiin 10,7 keskeytystä tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden.

Nuorten synnytysten huippu koettiin vuonna 1967, jolloin alle 20-vuotiaiden synnytyksiä oli yli 8 000 ja heidän hedelmällisyyslukunsa oli 36,3 tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden. Tämän jälkeen hedelmällisyysluku laski nopeasti alitteen 20/1 000 vuonna 1979, 15/1 000 vuonna 1984 ja 10/1 000 vuonna 1995.

Tässä artikkelissa käytetyt synnytysluvut perustuvat pääasiassa Tilastokeskuksen väestötilastojen laskeisiin hedelmällisyyslukuihin eli alle 20-vuotiaiden synnyttämien elävänä syntyneiden lasten määrään tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden. Vuodesta 1987 lähtien kansalliset luvut on laskettu myös synnytyskohtaisesti Stakesin syntymärekisterin tietojen avulla. Viime vuosikymmeninä näiden kahden laskemistavan väliset erot ovat olleet vähäiset. Tiedot raskaudenkeskeytyksistä perustuvat lääkintöhallituksen vuonna 1950 aloittamaan tilastointiin, joka vuodesta 1977 lähtien pohjautuu yksilötason ilmoituksiin. Myös nuorten keskeytysluvut suhteutetaan tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden. Kaikki kolme käytettyä tietolähdettä on todettu kattaviksi ja iän suhteen lähes virheettömiksi (Gissler ym. 1993, Ulander ym. 1995).

Tilastointiperustana sekä raskaudenkeskeytyksissä että synnytyksissä on raskauden päättymisvuosi. Ikätieto perustuu naisen ikään raskauden päättyessä. Poikkeuksena ovat vuosien 1975–1986 keskeytystilastot, jotka perustuvat raskauden keskeyttäneen naisen ikään meneillään olevan kalenterivuoden viimeisenä päivänä. Vuodesta 1987 lähtien raskaudenkeskeytysten ikätieto perustuu naisen ikään toimenpiteen suorittamispäivänä, osittain takautuvasti sairaalan hoitoilmoitusrekisterin perusteella laskettuna (vuodet 1987–1993). Ennen vuotta 1986 käytössä ollut laskentatapa aliarvioi alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrää noin 10–15 prosenttia (Gissler 2001).

Kehitysvuoden 1994 jälkeen

Raskaudenkeskeytysten määrä alkoi kasvaa vuodesta 1994, jonka jälkeen keskeytysluku on noussut yli 50 prosentilla vuoteen 2002 mennessä, alle 18-vuotiailla suhteellisesti enemmän kuin 18–19-vuotiailla (taulukko 1).

Alle 18-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksistä 62 prosenttia tehtiin iän perusteella vuonna 2002 (nainen ollut alle 17-vuotias raskaaksi saatettaessa). Loput 38 prosenttia tehtiin ns. sosiaalisin perustein eli lain ensimmäisen pykälän toisen kohdan perusteella (”naisen tai hänen perheensä elämänolot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisi hänelle huomattava rasitus”). Sosiaalisella perusteella tehtiin 18–19-vuotiaiden keskeytyksistä 99 prosenttia.

Hedelmällisyysluvun aleneminen jatkui vielä vuoden 1994 jälkeenkin siten, että alimmillaan luku oli 9,0 vuonna 1997. Sen jälkeen hedelmällisyyslukukin on noussut, vuosien 1997 ja 2002 välillä nousu oli yhteensä noin 23 prosenttia (taulukko 1). Eniten yleistyivät 15–17-vuotiaiden synnytykset.

Raskaudenkeskeytykseen päättyy noin 95 prosenttia alle 15-vuotiaiden raskauksista, 80 prosenttia 16–17-vuotiaiden raskauksista ja vajaat 50 prosenttia 18–19-vuotiaiden raskauksista. Nämä luvut perustuvat raskauden päättymisajankohtaan. Synnytykseen tai keskeytykseen päättyvän raskauden kesto on eripituinen, mikä vaikeuttaa ikäryhmittäisten osuuksien vertailua. Yhdistämällä tarkat syntymärekisterin ja raskaudenkeskeytysrekisterin tiedot voidaan keskeytykseen päättyvien raskauksien osuudet laskea myös hedelmöitysjankohdan iän suhteen. Näin

TAULUKKO 1. Alle 20-vuotiaiden synnytykset ja keskeytykset 1994–2002

| Synnytykset | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| ≤ 13 | 2 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| 14 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| 15 | 13 | 14 | 13 | 9 | 19 | 16 | 25 | 28 | 23 |
| 16 | 68 | 67 | 77 | 55 | 60 | 83 | 93 | 75 | 75 |
| 17 | 198 | 197 | 217 | 175 | 170 | 172 | 238 | 241 | 257 |
| 18 | 421 | 432 | 425 | 358 | 402 | 417 | 441 | 470 | 480 |
| 19 | 892 | 861 | 827 | 833 | 825 | 885 | 832 | 895 | 952 |
| ≤ 17 | 282 | 282 | 310 | 243 | 253 | 276 | 360 | 350 | 358 |
| 18–19 | 1 313 | 1 293 | 1 252 | 1 191 | 1 227 | 1 302 | 1 273 | 1 365 | 1 432 |
| Yhteensä | 1 595 | 1 575 | 1 562 | 1 434 | 1 480 | 1 578 | 1 633 | 1 715 | 1 790 |
| <i>Per 1 000 naista</i> | | | | | | | | | |
| 15–17 | 2,9 | 2,9 | 3,2 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 3,6 | 3,6 | 3,8 |
| 18–19 | 20,7 | 19,9 | 19,4 | 18,6 | 19,3 | 20,5 | 19,9 | 20,9 | 21,6 |
| 15–19 | 10,0 | 9,8 | 9,8 | 9,0 | 9,2 | 9,8 | 10,1 | 10,7 | 11,2 |

| Keskeytykset | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| ≤ 13 | 7 | 5 | 6 | 9 | 6 | 9 | 12 | 14 | 9 |
| 14 | 29 | 30 | 36 | 44 | 55 | 80 | 76 | 59 | 81 |
| 15 | 127 | 135 | 114 | 152 | 180 | 202 | 232 | 209 | 189 |
| 16 | 241 | 249 | 292 | 302 | 322 | 337 | 441 | 420 | 388 |
| 17 | 347 | 356 | 367 | 386 | 448 | 493 | 536 | 520 | 530 |
| 18 | 469 | 479 | 467 | 479 | 532 | 580 | 549 | 639 | 680 |
| 19 | 490 | 512 | 536 | 541 | 551 | 581 | 561 | 618 | 700 |
| ≤ 17 | 751 | 775 | 815 | 893 | 1 011 | 1 121 | 1 297 | 1 222 | 1 197 |
| 18–19 | 959 | 991 | 1 003 | 1 020 | 1 083 | 1 161 | 1 110 | 1 257 | 1 380 |
| Yhteensä | 1 710 | 1 766 | 1 818 | 1 913 | 2 094 | 2 282 | 2 407 | 2 479 | 2 577 |
| <i>Per 1 000 naista</i> | | | | | | | | | |
| 15–17 | 7,4 | 7,8 | 8,1 | 8,8 | 9,8 | 10,5 | 12,3 | 12,0 | 11,9 |
| 18–19 | 15,1 | 15,3 | 15,5 | 16,0 | 17,1 | 18,3 | 17,3 | 19,2 | 20,8 |
| 15–19 | 10,7 | 11,0 | 11,4 | 12,0 | 13,0 | 14,1 | 14,8 | 15,4 | 16,2 |

laskien alle 20-vuotiailla raskaudenkeskeytykseen päättyvien raskauksien osuus oli viidenneksen pienempi (47 %) kuin raskauden päättymisajankohdan mukaan laskien (59 %). Eniten tarkempi laskentatapa vaikutti 17–19-vuotiaiden osuuksiin (Kosunen ym. 2002).

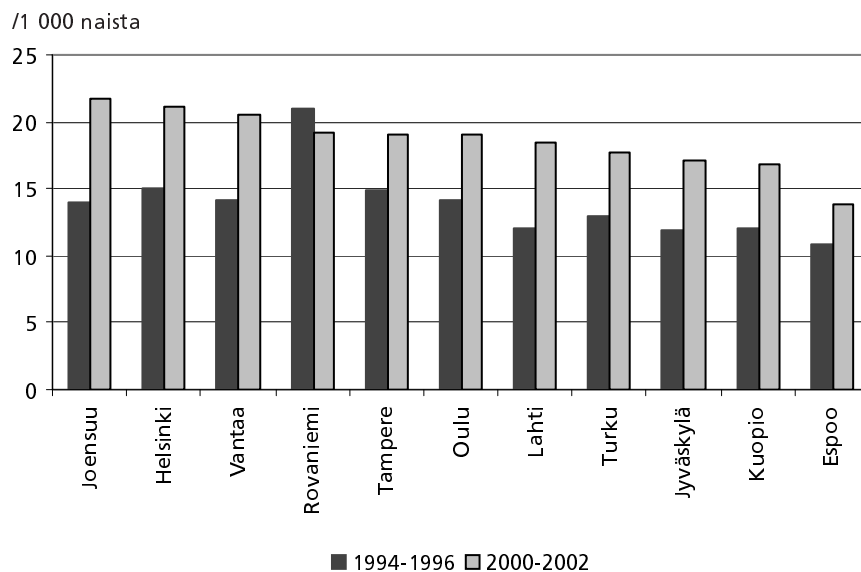
TAULUKKO 2. Alle 20-vuotiaiden keskeytykset sairaanhoitopiireittäin 2000–2002

| | Raskaudenkeskeytyksiä | | Per 1 000 naista | | | |
|-------------------|-----------------------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| | ≤ 17 | 18–19 | ≤ 19 | 15–17 | 18–19 | 15–19 |
| Uusimaa | 625 | 602 | 1227 | 13,3 | 19,7 | 15,9 |
| Helsinki | 409 | 441 | 850 | 18,0 | 23,8 | 20,6 |
| Varsinais-Suomi | 332 | 333 | 665 | 14,2 | 19,8 | 16,5 |
| Satakunta | 178 | 187 | 365 | 13,7 | 21,2 | 16,7 |
| Kanta-Häme | 116 | 99 | 215 | 12,9 | 17,1 | 14,6 |
| Pirkanmaa | 314 | 364 | 678 | 13,4 | 22,0 | 17,0 |
| Päijät-Häme | 143 | 160 | 303 | 12,3 | 20,7 | 15,7 |
| Kymenlaakso | 112 | 134 | 246 | 11,5 | 20,8 | 15,2 |
| Etelä-Karjala | 71 | 76 | 147 | 10,4 | 16,2 | 12,8 |
| Etelä-Savo | 67 | 62 | 129 | 11,3 | 16,0 | 13,1 |
| Itä-Savo | 61 | 29 | 90 | 15,3 | 12,3 | 14,2 |
| Pohjois-Karjala | 143 | 121 | 264 | 13,8 | 18,3 | 15,5 |
| Pohjois-Savo | 187 | 180 | 367 | 12,4 | 17,9 | 14,6 |
| Keski-Suomi | 191 | 165 | 356 | 12,7 | 16,0 | 14,0 |
| Etelä-Pohjanmaa | 121 | 128 | 249 | 9,8 | 15,7 | 12,2 |
| Vaasa | 82 | 98 | 180 | 8,8 | 15,1 | 11,4 |
| Keski-Pohjanmaa | 50 | 44 | 94 | 9,2 | 12,2 | 10,4 |
| Pohjois-Pohjanmaa | 274 | 264 | 538 | 11,3 | 16,0 | 13,2 |
| Kainuu | 66 | 51 | 117 | 11,4 | 14,3 | 12,5 |
| Länsi-Pohja | 57 | 77 | 134 | 13,0 | 26,1 | 18,3 |
| Lappi | 96 | 109 | 205 | 12,3 | 22,2 | 16,2 |
| Ahvenanmaa | 19 | 19 | 38 | 14,7 | 22,6 | 17,8 |
| Ulkomaat | 1 | 5 | 6 | .. | .. | .. |
| Yhteensä | 3715 | 3748 | 7463 | 12,9 | 19,1 | 15,4 |

Raskaudenkeskeytysten alueelliset erot

Raskaudenkeskeytysmäärissä on ollut suuria alueellisia eroja koko nykyisen lainsäädännön ajan. Vuosina 2000–2002 eniten alle 18-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksiä tehtiin Helsingissä (18,0/1 000), seuraavaksi eniten Itä-Savon sairaanhoitopiireissä ja Ahvenanmaalla (taulukko 2). Ikäryhmän pienin lukema (8,8/1 000) oli Vaasan sairaanhoitopiirissä. Korkeimmat keskeytysluvut 18–19-vuotiailla olivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (26,1/1 000), Helsinki ja Ahvenanmaa olivat seuraavilla sijoilla. Pienimmät luvut olivat Keski-Pohjanmaan ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä (noin 12/1 000).

Raskaudenkeskeytykset ovat yleisempiä kaupungeissa kuin muissa taajamissa ja maaseudulla. Kymmenestä suurimmasta kaupungista korkeimmat keskey-



KUVIO 1. Raskaudenkeskeytysten määrä tuhatta 15–19-vuotiasta kohti 1994–1996 ja 2000–2002 kymmenessä suurimmassa kaupungeissamme ja Rovaniemellä (lähde: Stakes, raskaudenkeskeytysrekisteri)

tysluvut olivat Joensuussa, Helsingissä ja Vantaalla (kuvio 1). Vuosista 1994–1996 nuorten keskeytykset ovat yleistyneet vähintään neljänneksellä, eniten Joensuussa (+55 %), Lahdessa (+53 %) ja Vantaalla (+45 %). Rovaniemi on pienemmistä kaupungeista poikkeuksellinen ensinnäkin siksi, että siellä tehdään nuorten raskaudenkeskeytyksiä lähes saman verran kuin enimmillään suurissa kaupungeissa. Toinen poikkeava piirre on, että Rovaniemellä keskeytykset ovat viime vuosina vähentyneet toisin kuin muualla Suomessa: vuosina 2000–2002 oli raskaudenkeskeytyksiä kahdeksan prosenttia vähemmän kuin vuosina 1994–1996.

Raskauden keskeyttäneiden aiemmat raskaudet ja ehkäisyn käyttö

Joka kymmenennellä alle 20-vuotiaalla raskauden keskeyttäneellä on takanaan vähintään yksi aiempi keskeytys. Osuus on hiukan kasvanut 1990-luvulta, jolloin osuus oli noin 7–8 prosenttia. Vähintään yksi synnytys oli takanaan kahdella prosentilla alaikäisistä raskauden keskeyttäneellä ja kahdeksalla prosentilla 18–19-vuotiaista vuosina 2000–2002. Vain noin prosentti alle 20-vuotiaista raskautensa keskeyttäneistä oli naimisissa vuonna 2002. Parisuhteessa asui 3,6 prosenttia alle 18-vuotiaista ja 14,1 prosenttia 18–19-vuotiaista.

Aborttirekisterin tietojen mukaan (2002) noin kolmannes alle 20-vuotiaista raskauden keskeyttäneistä ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskaaksi tullessaan.

TAULUKKO 3. Keskeytyspotilaiden käyttämä ehkäisy raskaaksi tullessaan vuosien 1987, 1992, 1997 ja 2002 raskaudenkeskeytysrekisterin mukaan, %

| Alle 18-vuotiaat | 1987 | 1992 | 1997 | 2002 ¹ |
|------------------|------|------|------|-------------------|
| Ei ehkäisyä | 44,5 | 41,5 | 38,8 | 37,2 |
| Kondomi | 45,4 | 44,6 | 50,1 | 52,6 |
| E-tabletti | 3,7 | 9,2 | 4,0 | 6,5 |
| Jälkiehkäisy | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 |
| Muu ehkäisy | 2,0 | 0,8 | 1,6 | 0,3 |
| Ei tietoa | 4,4 | 4,0 | 5,5 | 2,9 |
| Yhteensä | 100 | 100 | 100 | 101,3 |

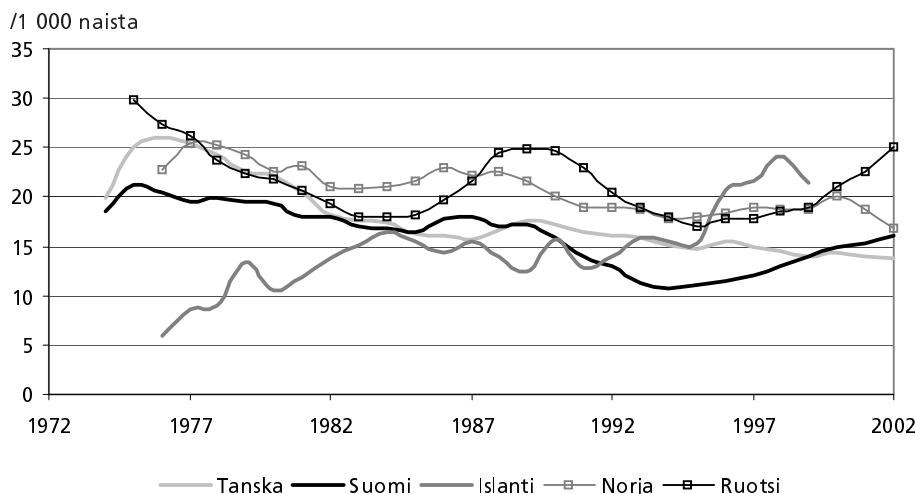
| 18–19 -vuotiaat | 1987 | 1992 | 1997 | 2002 ¹ |
|-----------------|------|------|------|-------------------|
| Ei ehkäisyä | 35,1 | 37,7 | 34,8 | 34,3 |
| Kondomi | 50,3 | 48,9 | 49,6 | 51,5 |
| E-tabletti | 7,7 | 8,6 | 8,8 | 10,0 |
| Jälkiehkäisy | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 |
| Muu ehkäisy | 2,8 | 1,4 | 1,4 | 0,7 |
| Ei tietoa | 4,1 | 3,4 | 5,5 | 3,4 |
| Yhteensä | 100 | 100 | 100 | 100,9 |

¹ Useampi kuin yksi vaihtoehto mahdollinen.

Kondomia ilmoitti käyttäneensä hieman yli puolet (taulukko 3). Ehkäisytabletteja oli käyttänyt 6,5 prosenttia alle 18-vuotiaista keskeytyksen hakeneista ja 10 prosenttia 18–19-vuotiaista. Alle kaksi prosenttia ilmoitti käyttäneensä jälkiehkäisyä. Kokonaan ehkäisemättä jättäminen on hiukan vähentynyt viime vuosina ja vastaavasti ehkäisytabletteja ja kondomia käyttäneiden keskeytysasiakkaiden osuus on kasvanut jonkin verran, etenkin alle 18-vuotiailla (taulukko 3). Abortin jälkeen noin 94 prosenttia ilmoittaa käyttävänsä ehkäisynä e-pilleriä, runsaat viisi prosenttia jotain muuta luotettavaa ehkäisymenetelmää ja vain 0,2 prosenttia ilmoittaa, ettei jatkossa käytä ehkäisyä.

Suomi pohjoismaisessa vertailussa

Kaikissa Pohjoismaissa on ollut vapaamielinen aborttilainsäädäntö 1970-luvulta lähtien. Norjassa ja Tanskassa raskaudenkeskeytys voidaan tehdä naisen pyynnöstä 12. raskausviikkoon saakka, Ruotsissa 18. raskausviikkoon saakka. Suomessa ja Islannissa vaaditaan keskeytykseen laissa mainittu peruste, mutta kummassakin maassa suurin osa keskeytyksistä tehdään ns. sosiaalisin perustein. Islannissa sa-



KUVIO 2. Alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden (lähde: Pohjoismaiset keskeytystilastot)

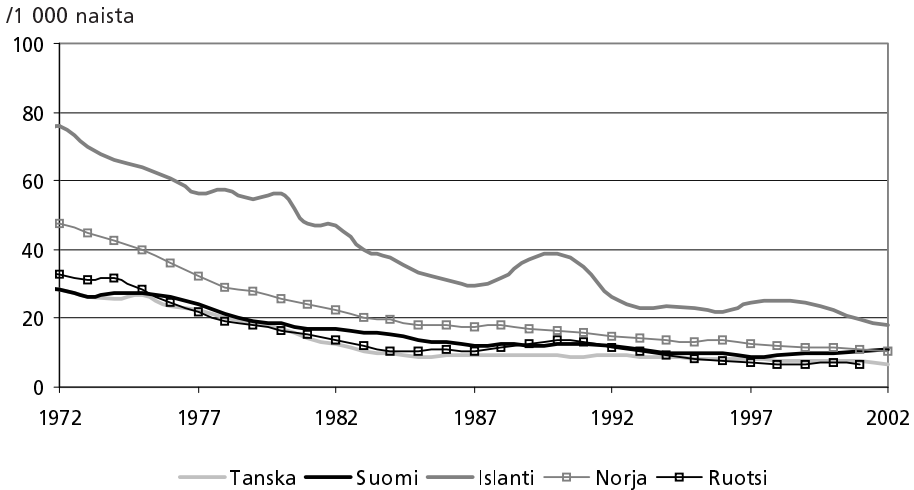
maan tapaan kuin Suomessa keskeytys voidaan suorittaa hakijan nuoren iän tai kypsytymättömyyden perusteella.

Vuosittain Pohjoismaissa tehdään noin 73 000 keskeytystä eli väestöön suhteutettuna noin 13 keskeytystä tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden. Suomen keskeytyksiluku on tätä alhaisempi (noin 9/1 000) ja Ruotsin korkeampi (16/1 000), kun taas Islannin, Norjan ja Tanskan luvut ovat lähellä pohjoismaista keskiarvoa.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna eniten raskaudenkeskeytyksiä Pohjoismaissa tehdään 20–24-vuotiaille. Alle 20-vuotiaiden keskeytyksiluku on korkein Ruotsissa (25,1/1 000 vuonna 2002). Islannissa viimeisin luku oli 21,4 (vuonna 1999) ja Norjassa 16,9 (2002). Suomen alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksiluku oli koko 1990-luvun ajan Pohjoismaiden alhaisin, mutta vuodesta 2000 lähtien Tanskan lukema on ollut pienempi, 13,8 vuonna 2002.

Suomen ja Ruotsin trendit ovat olleet samankaltaiset viimeisen viidentoista vuoden ajan. Norjassa nuorten keskeytyksiluku on pysytellyt tasaisesti korkeana. Erityisesti Islannissa keskeytyksien määrä moninkertaistui muutamassa vuosikymmenessä (kuvio 2). Islannissa nuorten raskauksien kokonaismäärä on pitkään ollut korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa. Raskaudenkeskeytyksien nousu johtuukin ennen muuta siitä, että islantilaiset nuoret nykyisin valitsevat aiempaa useammin keskeytyksen lapsen synnyttämisen sijaan (Bender ym. 2003).

Alle 20-vuotiaiden synnytyksien määrä on vähentynyt jyrkästi kaikissa Pohjoismaissa. Kaikkien Pohjoismaiden luvut ovat vähentyneet 70–80 prosentilla 1970-luvun alusta lähtien. Islannissa on teini-ikäisten synnytyksiä ollut huomattavasti enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Myös Norjan luvut ovat olleet muita Pohjoismaita suurempia. Islannin ja Ruotsin muuten alenevassa suuntauksessa oli ti-



KUVIO 3. Alle 20-vuotiaille syntyneiden lasten määrä tuhatta 15–19-vuotiasta naista kohden (lähde: Council of Europe, 2002)

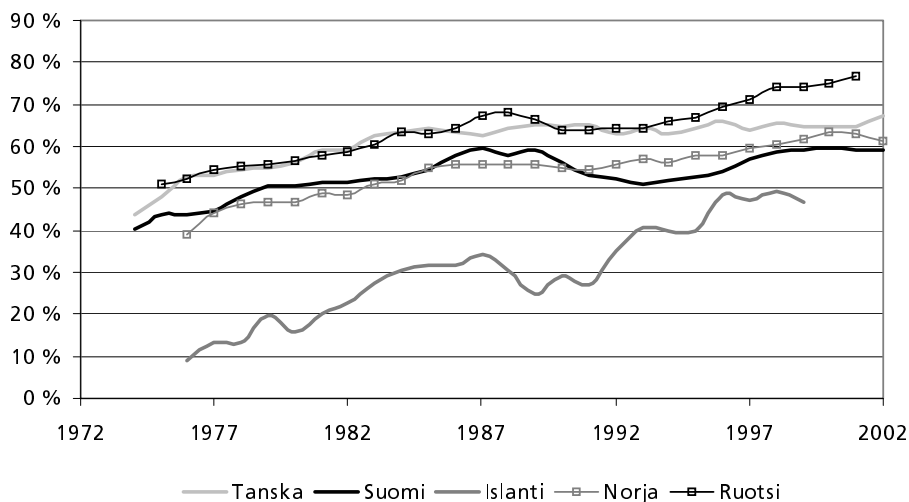
lapäinen kasvu vuoden 1990 paikkeilla (kuvio 3). Suomalaisten alle 20-vuotiaiden synnytysten kasvava määrä vuodesta 1997 lähtien poikkeaa muiden Pohjoismaiden kehityksestä.

Nuorten raskaudet päättyvät aiempaa useammin keskeytykseen. Suurin keskeytysten osuus synnytysten ja raskaudenkeskeytysten kokonaismäärästä on Ruotsissa (75 %) ja pienin Islannissa (alle 50 %). Suomen, Norjan ja Tanskan osuudet ovat varsin lähellä toisiaan (60–65 %). Viime vuosina keskeytysten osuus on kasvanut Islannissa, Norjassa ja Ruotsissa (kuvio 4).

Miksi nuorten keskeytykset yleistyvät?

Parin vuosikymmenen vähenemisen jälkeen nuorten raskaudenkeskeytykset alkoivat yleistyä 1990-luvun puolivälissä, ja vuoteen 2002 mennessä keskeytysluku on noussut takaisin 1980-luvun lopun tasolle. Erityisen jyrkästi ovat lisääntyneet alaikäisille tehdyt keskeytykset. Vaikka keskeytysluku ei ole kansainvälisesti vertaillen edelleenkään hälyttävän korkea, herättää kehityksen käänne kuitenkin aiheellisia kysymyksiä taustalla olevista tekijöistä.

Yhdyntäaktiivisuus ja raskauden ehkäisymenetelmien käyttö ovat ensisijaiset raskauksien määrään vaikuttavat tekijät. Yhdyntäkokoneiden nuorten osuudet kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina ja seksuaalisen aktiivisuuden lisääntyminen oli nähtävissä myös yhdyntäkertojen ja kumppanien määrien kasvuna (ks. luku Seksuaalikäyttäytymisen muutokset tässä kirjassa). Kun raskauden ehkäisymenetelmien käyttö ei ole lisääntynyt, vaan edelleen 15–20 prosenttia yhdyntäkokoneista ta-



KUVIO 4. Keskeytysten osuus synnytysten ja raskaudenkeskeytysten määrästä alle 20-vuotiailla, % (lähde: Pohjoismaiset keskeytystilastot ja Council of Europe 2002)

pahtuu ilman ehkäisyä, on myös suojaamattomien yhdyntöjen kokonaismäärä ja siten raskaudelle altistuminen lisääntynyt. Seksuaalikäyttäytymisen muutos ja raskaudenkeskeytysten trendin muutos sopivat ajallisesti hyvin yhteen samoin kuin se, että keskeytysmäärät ovat lisääntyneet eniten juuri nuorimmissa ikäryhmissä.

Julkisen palvelujärjestelmän monien muutosten 1990-luvulla on arveltu vaikuttaneen raskaus- ja keskeytysmäärien kehitykseen, joskaan asioiden yhteyttä ei ole tutkimuksin voitu näyttää toteen. Vuosikymmenen alun laman aikana monessa kunnassa säästökohteiksi valittiin juuri ehkäisevät terveydenhuollon palvelut, kuten kouluterveydenhuolto ja ehkäisyneuvolat, mikä on saattanut vaikeuttaa palveluihin pääsyä. Osasyynä kehitykseen voi olla myös ehkäisypillereiden kallistuminen 1990-luvun puolivälissä ja nykyinen ehkäisymenetelmien kalleus. Valtionohjauksen vähenemisen myötä kunnat ja yksittäiset koulut saivat lisää valtaa päättää itse opetusohjelmistaan. Tämä johti myös seksuaaliopetuksen osalta suuriin määrällisiin ja laadullisiin eroihin koulujen välillä 1990-luvun puolivälin jälkeen. Kouluopetuksen ja seksuaalitietojen välillä on osoitettu olevan selvä yhteys (Liinamo ym. 2000).

Suomi näyttää varsin erilaiselta kuin kymmenen vuotta sitten. Erityisesti muualla kuin Suomessa syntyneiden määrä on lisääntynyt nopeasti, varsinkin pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa. Tämä on saattanut jossain määrin vaikuttaa keskeytysmäärien kehitykseen, sillä Tanskassa, Ruotsissa ja Alankomaissa tehtyjen selvitysten mukaan alkuperämaalla näyttäisi olevan suuri vaikutus keskeytyslukuihin (Ingerslev 2001, Helström ym. 2003, Rademakers 2002). Venäjältä ja Baltian maista Suomeen muuttaneiden keskeytysluvut saattavat olla suuremmat

kuin suomalaisten, sillä näiden maiden keskeytysluvut ovat Suomen kokonaislukuja huomattavasti korkeammat. Virolais- ja venäläisnaisten keskeytysluvut olivat 8–9-kertaisia suomalaisten lukuihin verrattuna. Myös näiden maiden nuorille tehtiin noin 4–5 kertaa enemmän keskeytyksiä kuin samanikäisille suomalaisille (WHO 2002).

Suomen raskaudenkeskeytyksiä koskevassa tilastoinnissa ei tietoja äidin alkuperästä kuitenkaan ole. Näin jää arvailujen varaan, kuinka nopeasti maahanmuuttajat ja heidän lapsensa omaksuvat uuden kotimaansa ehkäisy- ja raskaudenkeskeytyskulttuurin. Stakesin ja Tilastokeskuksen yhteisenä hankkeena on alkamassa Maahanmuuttajat ja terveys -hanke, jonka yhtenä osana on tutkia maahanmuuttajien lisääntymisterveyttä. Ensimmäisiä tuloksia saataneen jo vuonna 2004.

Mielenkiintoista on, ettei Suomi ole ainoa maa, jossa raskauksien määrä on kääntynyt kasvuun. Myös esimerkiksi Ruotsissa ja Alankomaissa nuorten raskaudet, erityisesti keskeytykset, ovat yleistyneet. Tämä antaisi viitettä, että taustalla ovat kulttuuriset ja nuorison yleiseen käyttäytymiseen liittyvät seikat. Miten vaikuttaa yleinen aikaisten seksikokemusten hyväksyminen? Miten vaikuttaa ympäristön koko ajan yleistyvä seksuaalisuuden korostaminen esimerkiksi mainoksissa, elokuvissa ja televisiossa sekä lehdissä? Tähän ei tilastojen perusteella voi vastata, vaan tarvitaan tarkempaa sosiologista tutkimusta (Knudsen ja Gissler 2003).

Ennakkotiedot vuodelta 2003 viittaavat siihen, että raskaudenkeskeytysmäärien kasvusuunta olisi taantumassa. Vuoden 2003 ennakkotietojen mukaan 15–19-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenivät noin kahdeksan prosenttia, mutta 20–24-vuotiaiden keskeytykset puolestaan yleistyivät jonkin verran. Yhtenä asiaan vaikuttavana tekijänä saattaa olla jälkiesityksen lisääntynyt käyttö sen tultua reseptittömään myyntiin yli 15-vuotiaille vappuna 2002. Näiden alustavien tietojen mukaan jälkiesityksen reseptipakon poistaminen on saattanut vähentää nuorten raskaudenkeskeytysten määrää (Sihvo ym 2003). Toisaalta keskeytykset vähenivät myös useimmissa muissa ikäryhmissä, joten taustalla saattaa olla muitakin syitä, kuten lisääntynyt alttius lasten synnyttämiseen.

Heikentyneet nuorten lisääntymisterveysosoittimet on otettu toisissaan Suomessa. Monessa kunnassa kouluterveydenhuoltoon investoidaan jälleen. Terveystiedosta on tulossa pakollinen kouluaine. Tarpeen tullen yli 15-vuotiaat voivat ostaa jälkiesityksen suoraan apteekista. Ehkä yhteisöllisyyskin nousee jälleen poliittiseksi teemaksi – tuskin individualismia korvaamaan, mutta sitä täydentämään. Varmaa on, että nuorten raskauslukuja seurataan vastedeskin tarkasti, sekä Suomessa että kansainvälisesti.

LÄHTEET

- Bender, S., Geirsson, R., Kosunen, E. (2003). Trends in teenage fertility, abortion, and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976–1999. *Acta Obst Gyn* 82:38–47.
- Council of Europe (2003). Recent demographic developments in Europe – 2001. Strasbourg, Council of Europe Publishing. http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/demographic_year_book/Tiedot 19.5.2003.
- Gissler, M., Teperi, J., Forssas, E., Hemminki, E. (1993). Syntymärekin luotettavuustutkimus 1991. Stakes, Aiheita 11. Helsinki.
- Gissler, M. (red). (1999). Aborter i Norden. Induced Abortions in the Nordic Countries. Stakes, Tilastoraportti 10. Helsinki.
- Gissler, M. (2001). Tilastoilmiöitä: Teiniaborttien loikka? *Dialogi* nro 4, s. 18.
- Helström, L., Ödlind, V., Zatterstrom, C. ym. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health* 31:405–10.
- Ingerslev, O. (2001). Sundhedsforhold blandt in-vandrerne. Kirjassa: Mogenssen, G. V., Matthiessen, P. C. (toim.): *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Knudsen, L. B., Gissler, M., Bender, S. S., Hedberg, C., Ollendorff, U., Sundström, K., Totlandsdal, K., Vilhjálmsdóttir, S. (2003). Induced Abortion in the Nordic Countries - special emphasis on young women. *Acta Obstetr Gyn Scand* 82: 257–268.
- Knudsen, L. B., Gissler, M. (2003). The divergent rates of induced abortion among young women in Finland and Denmark. *Finnish Demographic Yearbook XXXIX 2003*. The Population Research Institute. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kosunen, E., Vikat, A., Gissler, M., Rimpelä, M. (2002). Teenage pregnancies and abortions in Finland in the 1990s. *Scand J Public Health* 30:300–5.
- Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E., Jokela, K. (2000). Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuselähtöiset nuorten seksuaalisuusterveystietoihin? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37:293–303.
- Rademakers, J. (2002). Abortion in the Netherlands 1993–2000. Annual Report. Dutch Abortion Clinics Foundation. StiSAN Heemstede.
- Sihvo, S., Gissler, M., Närhi, U., Kosunen, E., Hemminki, E. (2003). Vähensikö jälkiehkäisyreseptivapaus raskauden keskeytyksiä? *Suomen Lääkärilehti* 58:2452–5.
- Stakes (2002). Pohjoismaiset raskaudenkeskeytystilastot. *Nordisk abortstatistik. Nordic statistics on induced abortions*. Tiedonantajapalaute 20.
- Stakes (2003). Ennakkotiedot raskauden keskeytyksistä vuodelta 2002. *Tilastotiedote* 5.
- Stakes (2003). *Nettinuori-tietokanta*. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/nettinuori/Tiedot> 19.5.2003.
- Ulander, V.-M., Gissler, M., Rasimus, A., Hemminki, E. (1995). Aborttirekisterin luotettavuustutkimus. Julkaisussa Hämäläinen, Rasimus, Ritamo: *Aborttitilasto 1993*. Stakes, Tilastotiedote 14: 63–76.
- WHO (2003). *Terveyttä kaikille -tietokanta (Health for all -database)*. <http://hfabd.who.dk/hfa/Tiedot> 19.5.2003.

English summary

Teenage pregnancies in Finland and other Nordic countries

MIKA GISSLER

This article describes Finnish pregnancy trends among teenagers, separately for induced abortions and fertility. The main data sources are population statistics compiled by Statistics Finland and the Medical Birth Register and the Register on Induced Abortions maintained by the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). International comparative data were derived from Nordic Abortion Statistics and statistics published by the Council of Europe.

Among teenagers aged 15–19, the number of induced abortions remained steadily at around 20 per 1,000 in the 1970s and 1980s, but dropped to 10.7 per 1,000 women in 1994. Since then the rate has increased by 50 per cent to 16.2 per 1,000 women in 2002. According to the latest data, Finland has the second lowest teenage abortion rate in the Nordic countries after Denmark (13.8/1,000 in 2002).

Fertility among women aged under 20 declined from 36.3 per 1,000 women aged 15–19 years in 1967 to 9.0 per 1,000 women in 1997. This has been followed by an increase of 23 per cent to 11.2 per 1,000 women in 2002. This is higher than the fertility rate in Sweden and Denmark, but lower than in Norway and especially in Iceland.

Several reasons may have contributed to the increased number of teenage pregnancies. During the recession in the early 1990s, several municipalities had to cut back their preventive health services, including reproductive and school health services. Since the mid-1990s, local authorities have had the right to decide on their school curriculum, which has brought much variation in the quality and quantity of sex education at schools. Furthermore, recent youth surveys suggest that young people are sexually more active than before and use less contraceptives. There are high expectations that this negative trend will be reversed in the near future: emergency contraception has been available without prescription for everyone aged 15 or over since May 2002, and health education has been an obligatory subject at comprehensive schools since August 2003.

Raskauksien sosioekonomiset ja alueelliset erot

ANDRES VIKAT

Artikkelissa esitetään tutkimustietoa 14–19-vuotiaiden tyttöjen raskauksien sosioekonomisista ja alueellisista eroista Suomessa vuosina 1987–1998. Koska valtaosa alle 20 vuoden iässä alkaneista raskauksista on todennäköisesti suunnittelemattomia, tämän ikäisten raskauksien määrä kuvaa seksuaalista aktiivisuutta ja ehkäisyn onnistumista. Alhaisempi sosioekonominen tausta lisää todennäköisyyttä tulla raskaaksi alle 20 vuoden iässä. Asuminen muussa kuin ehjässä ydinperheessä, ja erityisesti asuminen vanhemmista erillään, kasvatti nuoren raskausriskiä. Uusperheissä asuneilla tytöillä raskausriski oli suurempi kuin yhden vanhemman perheessä asuneilla. Ruotsinkielisillä nuorilla oli pienempi raskausriski kuin suomenkielisillä, myös sen jälkeen kun otettiin huomioon, että ruotsinkielisten nuorten sosioekonominen tausta oli keskimäärin suomenkielisiä korkeampi. Sosioekonomiset ja alueelliset erot nuorten raskauksissa eivät vuodesta 1987 vuoteen 1998 sanottavasti muuttuneet. Osa sosioekonomisista eroista johtunee siitä, että seksuaalisuhteet aloitetaan varhemmin alemmissä sosiaaliryhmissä.

Ajanjakso, jolloin eletään seksuaalisuhteissa ja mahdollisesti myös parisuhteessa ilman aikomusta hankkia lapsia, on viime vuosikymmeninä pidentynyt. Perheen perustamisen siirtäminen myöhemmälle iälle on ollut neljän viime vuosikymmenen aikana keskeisimpiä muutoksia perheellistymisessä kehittyneissä maissa. Tätä selitetään sekä yhteiskuntarakenteellisilla tekijöillä että vallitsevien arvojen ja asenteiden muutoksilla. Suomessa on ensisynnyttäjien keski-ikä noussut yhtäjaksoisesti 1960-luvun puolestavälistä lähtien, ja se on nyt eurooppalaisittain suhteellisen korkea, yli 27 vuotta. Teini-ikäiset äidit synnyttävät kolme prosenttia kaikista lapsista (Council of Europe 2001). Myös perhepoliittiset tekijät, kuten päivä- ja äitiysrahan sidonnaisuus ansiotuloihin, suosivat lastenhankintaa vasta naisen työuran jonkinasteisen vakiintumisen jälkeen (Vikat 2004).

Seksuaalisen aktiivisuuden alkamisikä on pysynyt Suomessa 1980-luvulta 1990-luvun puoliväliin saakka suurin piirtein ennallaan. Viimeisimmät tutkimukset osoittavat seksuaalielämän aloituksen varhaistuneen sitten, että kolmannes tytöistä ja runsas neljännes pojista oli ollut yhdynnässä peruskoulun loppuun mennessä (Kosunen ym. 2000, ks. myös luku Seksuaalikäyttäytymisen muutokset tässä kir-

jassa). Myös monet parisuhteet alkavat varsin nuorena: lähes 30 prosenttia 1960-luvulla syntyneistä naisista oli aloittanut ensimmäisen parisuhteensa ennen 20 vuoden ikää (Ritamies ja Miettinen 1996). Alle 20 vuotiailla alkaneista raskauksista kuitenkin keskeytetään Suomessa lähes puolet, mikä on paljon enemmän kuin myöhemmässä iässä alkaneista raskauksista. Teini-ikäisillä keskeytysten osuus kasvaa sen mukaan, mitä nuorempina raskaus on alkanut (Kosunen ym. 2002).

Alle 20-vuotiaiden suunniteltujen ja suunnittelemattomien raskauksien suhdetta ei ole Suomessa tutkittu, ja kaiken kaikkiaan tutkimustietoa on niukasti. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 82 prosenttia teini-iässä alkaneista raskauksista (Henshaw 1998) oli suunnittelemattomia. Tanskalaisessa tutkimuksessa luku oli 86 prosenttia (Vibeke Rasch, julkaisemattomat tiedot), mikä vastannee melko hyvin Suomenkin tilannetta yhteiskunnallisten olojen samankaltaisuuden vuoksi. Suunnitelmallista lastenhankintaa alle 20 vuoden iässä voitaneen pitää harvinaisena. Nuorten raskauksien määrä heijastaakin nykyisten perheellistymistapojen vallitessa ensisijaisesti nuorten seksuaalista aktiivisuutta ja ehkäisyä käytön määrää.

Teiniäitiyden seurauksista myöhempään elämään on sen sijaan runsaasti tutkimusta, erityisesti Isosta-Britanniasta (Botting ym. 1998, Hobcraft ja Kiernan 1999) ja Yhdysvalloista (Hoffman 1998), jossa teini-ikäisten hedelmällisyysluvut ovat kehittyneiden maiden korkeimpia. Suomen oloihin paremmin yleistettävissä on hiljattain ilmestynyt ruotsalainen tutkimus (Olausson ym. 2001), joka perustui laajaan rekisteriaineistoon. Tutkimuksen mukaan teiniäidit selvästi todennäköisemmin jäävät vaille pidempää koulutusta ja päätyvät ammattitaidottomaksi työntekijäksi. Alle 20-vuotiaana synnyttänyt oli aikuisena sitä todennäköisemmin riippuvainen hyvinvointivaltion sosiaalipalveluista, mitä varhaisemmalla iällä hän oli synnyttänyt. Nämä tulokset säilyivät, vaikka huomioitiin myös teiniäitien omien vanhempien sosioekonominen asema, joka oli keskimäärin alhaisempi kuin 20–24-vuotiaana synnyttäneillä. Synnytysikä oli oma merkityksensä myös teiniäitien ryhmän sisällä: mitä nuorempi äiti oli lapsen syntyessä, sitä suurempi oli todennäköisyys päätyä epäsuotuisaan tilanteeseen aikuisena. Koska äitiys alle 20 vuoden iässä liittyy sosiaalisesti ja terveydellisesti epäsuotuisiin ominaisuuksiin aikuisiässä, se voidaan nähdä kanavana, joka ylläpitää sosioekonomisia ja terveyseroja sukupolvesta toiseen.

Sosioekonomisten terveyserojen tutkimus osoittaa alempien sosiaaliluokkien olevan monilla terveyden mittareilla tarkasteltuna heikommassa asemassa, eivätkä suhteellisen pienet tuloerot Pohjoismaissa ole välttämättä johtaneet pienempiin terveyseroihin (ks. esim. Mackenbach ym. 1997). Suurin osa nuorten raskauksien sosioekonomisia eroja koskevasta tutkimuksesta on tehty Yhdysvalloissa, ja se on rajoittunut teini-ikäisten synnytyksiin (ks. Vikat ym. 2002a). Käsitettä *teenage pregnancy* käytetään näissä tutkimuksissa usein merkityksessä teinisyntyys. Valtaosassa tutkimuksista todetaan alhaisemman sosioekonomisen taustan ja vanhempien avioeron olevan yhteydessä korkeampaan teiniraskausriskiin. Kaikissa tutkimuksissa eroa ei kuitenkaan ole havaittu (Narring ym. 1996, Moore ym. 1998).

Suomessa perhesuunnittelupalvelut ja raskauden ehkäisy ovat kaikkien ulottuvilla ja kouluissa annettavan seksuaaliopetuksen on nähty olevan tärkeä nuorten raskauksien vähenemisen taustalla oleva tekijä (Kosunen 2000, Liinamo 2000). Kun näitä palvelujärjestelmiä voidaan pitää koko maan ja kaikki väestöryhmät kattavana, voidaan niiden olettaa vähentävän myös sosioekonomisia eroja teiniraskausluvuissa. Ainakin voi ajatella, että erot olisivat Suomessa pienempiä kuin maissa, jossa esiintyy enemmän eriarvoisuutta kouluopetuksessa ja terveystalvelujen käytössä ja jossa myös sosioekonomiset erot sinänsä ovat suurempia.

Ehkäisyn käytön lisäksi toinen tärkeä raskauksien määrään vaikuttava tekijä on yhdyntäaktiivisuus. Alhaisemman sosiaalisen taustan on Suomessa todettu liittyvän aikaisemmin alkaviin seksuaalisuhteisiin (Kontula 1991). Tätä tukee myös tieto siitä, että ehkäisypillereitä käyttävien osuus on korkeampi alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla tytöillä (Kosunen 1996).

Aikaisemmat teiniraskauksien sosiaalista taustaa käsitelleet suomalaiset tutkimukset ovat perustuneet pieniin suhteellisen valikoituihin raskaudenkeskeytspotilaiden aineistoihin (Kosunen 1993). Ne osoittivat, että raskaaksi tulleet nuoret olivat keskimääräistä useammin ei-ydinperheistä tai sosiaalisesti ongelmallisista perheistä. Aineistojen pienuuden lisäksi näissä töissä oli rajoituksena myös tutkimusasetelma – potilasaineisto kun ei sisällä tietoa riskiväestöstä. Artikkelissani kuvattavat tulokset perustuvat laajaan koko maata edustavaan pitkäaikaisaineistoon. Tämä mahdollistaa paremman tietopohjan teiniraskauksien sosioekonomisten erojen tutkimiseksi verrattuna useimpiin aiempiin tutkimuksiin Suomessa ja muualla maailmassa tehtyihin tutkimuksiin.

Aineistot

Artikkeli perustuu hiljattain valmistuneeseen suomalaiseen tutkimukseen (Vikat ym. 2002a). Aineisto rakennettiin yhdistämällä Stakesin terveydenhuollon rekistereissä olevat tiedot rekisteröidyistä raskauksista (keskeytykset, synnytykset ja sairaalassa hoidetut keskenmenot) Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT, Rimpelä A. ym. 1997) kyselytietoihin. Yhdistäminen toteutettiin Tilastokeskuksessa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan ja Tietosuojavaltuutetun toimiston hyväksymän suunnitelman mukaisesti. Analyysien seuranta-asetelmassa tytöt (N = 28 914) ovat raskausriskille altistuneena kyselyn ajankohdasta lähtien 20 ikävuoden täyttymiseen tai vuoden 1998 helmikuuhun asti.

Sosioekonomisen aseman mittaaminen nuorilla ei ole aivan yksiselitteistä, kun kysymyksessä on siirtymävaihe lapsuudesta aikuisuuteen eikä esimerkiksi oma koulutustilanne välttämättä anna hyvää kuvaa nuoren sosioekonomisesta asemasta. NTTT:ssa kysyttiin isän tai huoltajan ammattia ja koulutusta, ja tämän ammattitiedon avulla rakennettiin neljänluokkainen ammattistatus-muuttuja (ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt,

maanviljelijät, työntekijät) ja ilmoitetun tutkinnon perusteella kolmeluokkainen koulutustasoa kuvaava muuttuja (ylioppilastutkinto tai korkeampi; 9–11 vuotta koulutusta; ja peruskoulutus eli kahdeksan tai vähemmän vuotta koulutusta). Aikaisempi terveyserojen tutkimus on osoittanut, että ammatin ja koulutuksen kautta rakennetut sosioekonomisen aseman mittarit kuvaavat hyvin erilaisia terveyseroja, eikä tieto muista ulottuvuuksista, kuten esimerkiksi asumisesta tai tuloista, yleensä anna olennaisesta lisää ammatin ja koulutuksen kautta saatuun yleiskuvaan (Macintyre ja West 1991).

Myös perheen rakennetta kuvaava tieto saatiin NTTTT:sta. Vuoden 1989 kyselystä lähtien tieto oli varsin yksityiskohtaisesti luokitettu: perheessä asuvat molemmat vanhemmat, äiti ja isäpuoli, isä ja äitipuoli, vain äiti, vain isä, avio- tai avopuolison kanssa, muu. Kyselytietojen lisäksi käytettiin myös NTTTT-otostietoja nuoren äidinkielestä ja asuinpaikasta. Alueellista vaihtelua mitattiin asuinpaikan kaupungistumisasteella ja vuoteen 1997 asti voimassa olleen läänijaon mukaan.

Kyseistä aineistoa analysoitiin regressiomalleilla, joiden tulokset esitettiin suhteellisina raskaaksi tulemisen riskeinä (tarkempaa menetelmäselostusta varten ks. Vikat ym. 2002a). Alla kuvattavat suhteelliset riskit on vakioitu vain iän suhteen, ellei toisin ilmoiteta. Lisäksi kuvataan myös muiden taustamuuttujien suhteen vakioituja suhteellisia riskejä. Molemmilla tavoin lasketut riskit esitetään myös taulukossa.

Vanhempien sosioekonominen asema

Raskausriskin erot isän tai huoltajan sosioekonomisen aseman mukaan ovat varsin suuria. Alemman toimihenkilön perheestä kotoisin olevilla tytöillä raskausriski on miltei kaksinkertainen ylemmän toimihenkilön perheestä kotoisin oleviin tyttöihin nähden, työntekijäperheestä olevilla tytöillä 2,5-kertainen (taulukko 1). Maanviljelijäperheissä kasvaneilla tytöillä raskausriski on ylemmän ja alemman toimihenkilöperheen tyttöjen välillä.

Samansuuntaisia eroja saatiin vertailemalla raskausriskiä isän tai huoltajan koulutustason mukaan. Jos isällä tai huoltajalla on keskitason koulutus, on raskausriski 1,4-kertainen verrattuna vähintään ylioppilaskoulutuksen omaavan isän/huoltajan tyttäreeseen. Vastaavasti riski on 2,2-kertainen, jos isällä tai huoltajalla on vain peruskoulutus. Vuosien 1987–1997 välillä sosioekonomiset erot säilyivät suhteessa samanlaisina. Kun teini-ikäisten raskauksien määrä kuitenkin selvästi väheni jakson aikana, ovat absoluuttiset sosioekonomiset erot jonkin verran pienentyneet.

Tulokset ovat samansuuntaisia muissa maissa havaittujen nuorten raskauksien sosioekonomisten erojen kanssa. Englannissa tosin luokituksen ääripäiden väliset erot olivat vielä suurempia (Botting ym. 1998). Sveitsiläisen raportin mukaan teiniäitien vanhempainkodin sosioekonominen tausta ei poikkea olennaisesti muiden samankäisten taustasta, mutta tämä tutkimus perustui suhteellisen valikoituneeseen otokseen (Narring ym. 1996).

TAULUKKO 1. Alle 20-vuotiaiden suhteellinen raskausriski

Lähde: Vikat, A., Rimpelä, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2002). Socio-demographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1998: A follow-up study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56 (9): 659–668.

| Muuttuja Luokka | Ikävakioitu suhteellinen riski | Monimuuttujamallilla* estimoitu suhteellinen riski |
|---|--------------------------------------|--|
| Isän tai huoltajan sosioekonominen asema | | |
| ylempi toimihenkilö | 1 (ref) | 1 (ref) ** |
| alempi toimihenkilö | 1.90 | 1.27 |
| maanviljelijä | 1.53 | 1.12 |
| työntekijä | 2.46 | 1.61 |
| Isän tai huoltajan koulutustaso | | |
| ylioppilastutkinto tai korkeampi | 1 (ref) | 1 (ref) ** |
| 9-11 vuotta koulutusta | 1.39 | 1.15 |
| peruskoulutus | 2.21 | 1.63 |
| Perheen rakenne | | |
| molemmat vanhemmat | 1 (ref) | 1 (ref) |
| äiti ja isäpuoli / isä ja äitipuoli | 2.59 | 2.50 |
| yksinhuoltajaperhe | 1.96 | 1.94 |
| asuu partnerin kanssa | 5.13 | 4.29 |
| muu (ei asu kummarkaan vanhemman eikä partnerin kanssa) | 4.34 | 4.65 |
| Äidinkieli | | |
| suomi | 1 (ref) | 1 (ref) |
| ruotsi | 0.61 | 0.68 |
| Asuinpaikan kaupungistumisaste | | |
| haja-asutusalue | 1 (ref) | |
| kaupungit ja taajamat | 1.19 | |
| yli 50 000 asukkaan kaupungit | 1.22 | |
| pääkaupunkiseutu | 1.15 | |
| Lääni (v. 1997 asti voimassa ollut luokitus) | | |
| Keski-Suomi | 1 (ref) | 1 (ref) |
| Vaasa | 0.96 | 1.05 |
| Uusimaa | 0.96 | 1.05 |
| Kymi | 0.79 | 0.75 |
| Turku | 1.02 | 1.02 |
| Häme | 1.00 | 1.00 |
| Mikkeli | 0.89 | 0.87 |
| Pohjois-Karjala | 1.11 | 1.09 |
| Kuopio | 1.11 | 1.09 |
| Oulu | 1.17 | 1.20 |
| Lappi | 1.32 | 1.29 |
| Vuosi | | |
| 1987 | 1 (ref) | 1 (ref) |
| 1988 | 0.90 | 0.93 |
| 1989 | 1.04 | 1.08 |
| 1990 | 0.92 | 0.98 |
| 1991 | 0.97 | 0.98 |
| 1992 | 0.73 | 0.73 |
| 1993 | 0.67 | 0.69 |
| 1994 | 0.78 | 0.82 |
| 1995 | 0.81 | 0.85 |
| 1996 | 0.73 | 0.77 |
| 1997/1998 | 0.74 | 0.79 |

Viiteryhmän riskistä 95 %:n luottamuustasolla merkittävästi poikkeavat suhteelliset riskit ovat lihavoituja.

* Monimuuttujamalliin kuuluivat samanaikaisesti ikä ja kaikki muuttujat, joiden suhteelliset riskit on siinä sarakkeessa esitetty.

** Sosioekonomisen aseman ja koulutustason mukaisten suhteellisten riskien pieneneminen monimuuttujamallissa verrattuna vain iän suhteen vakioituihin riskeihin johtuu ainoastaan siitä, että kyseiset muuttujat korreloivat keskenään: ylempissä toimihenkilöissä on enemmän korkeamman koulutustason saaneita jne. Jos toinen näistä muuttujista jätetään mallista pois, toisen suhteelliset riskit ovat lähes samoja kuin vain iän suhteen vakioituidut riskit vasemmassa sarakkeessa. Monimuuttujamalliin molemmat muuttujat laitettiin kuitenkin samanaikaisesti, koska ne olivat siinä itsenäisesti merkitseviä ja näin ollen muiden muuttujien suhteelliset riskit on vakioitu sosioekonomisen taustan suhteen parhaalla käytettävissä olleella tavalla.

Perhesuunnittelupalvelujen ja seksuaaliopetuksen periaatteet ja toteutuksen huomioon ottaen ei ole syytä otaksua, että suomalaisilla tytöillä olisi merkittäviä eroja ylempien ja alempien sosiaaliluokkien välillä siinä, miten heillä on ollut mahdollisuus saada tietoa raskauden ehkäisystä ja ehkäisypalveluja. Sen sijaan seksuaalikäyttäytymisen ja ehkäisyasenteiden sosioekonomisilla eroilla lienee enemmän merkitystä raskausriskin kannalta, erityisesti kun aikaisemman tutkimuksen valossa tiedetään alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien nuorten aloittavan seksuaalisuhteet aikaisemmin. Varhain alkavat seksuaalisuhteet pidentävät jaksoa, jolloin nuoret ovat alttiina raskaaksi tulemiselle. Tämä aiheuttaa jo sinänsä eron raskausriskissä, vaikka eri sosiaaliryhmistä tulevat nuoret käyttäisivät ehkäisyäkin yhtä yleisesti, sillä mikään tässä ikävaiheessa käytettävä ehkäisymenetelmä ei ole tehokkaan täysin varma.

Perherakenne

Kasvuperheen rakenne on myös selvästi nuorten raskauksiin yhteydessä oleva tekijä. Molempien vanhempiensa kanssa asuvilla tytöillä raskausriski on alle puolet siitä, mitä se on muunlaisissa perhemuodoissa elävillä tytöillä (taulukko 1). Tulos on yhdenmukainen monien aikaisempien Euroopassa ja Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten kanssa, joissa vanhempien eron on todettu liittyvän korkeampaan teinisyntetysriskiin (ks. esim. McLanahan ja Bumpass 1988, Kiernan ja Hobcraft 1997). Erityisen korkea raskausriski on aikaisin lapsuudenkodistaan lähteneillä nuorilla, jotka asuvat oman kumppaninsa kanssa (suhteellinen riski 5,1 molempien vanhempiensa kanssa asuviin tyttöihin nähden) ja muilla nuorilla, jotka eivät asu vanhempien luona (suhteellinen riski 4,3).

Kumppaninsa kanssa asuvien tyttöjen korkeampi raskausriski liittyy myös siihen, että he ovat useammin yhdynnässä kuin muut samanikäiset. Lisäksi alle 20-vuotiaiden suunnitellut raskaudet kasautuvat todennäköisimmin tähän ryhmään. Ainakin heidän raskauksistaan keskeytetään pienempi osa kuin muiden nuorten raskauksista. Mutta toisaalta voisi ajatella ehkäisytarpeen olevan ilmeisemmän ja siten ehkäisyn olevan paremmin järjestetty kumppanin kanssa asuessa kuin erillään asuvien seurustelusuhteessa tai satunnaisissa suhteissa. Kumppaninsa kanssa asuvien tyttöjen suuri raskausriski viittaa kuitenkin siihen suuntaan, että parisuhteessa asuvat nuoret eivät käytä ehkäisyä tehokkaasti ja että tiettyssä määrin heidän suuri raskausriskinsä on osa aikaisin vanhempainkodista lähteneillä nuorilla todettua terveydelle haitallisten elämäntapojen ja käyttäytymisen kokonaisuutta.

Yhden vanhemman perheessä tai uusperheessä (toinen biologisista vanhemmista ja äiti- tai isäpuoli) asuvilla tytöillä raskausriski on yli kaksinkertainen molempien vanhempien kanssa asuviin nähden. Perherakennetta koskeva uusi, kiinnostava havainto on se, että uusperheissä asuvilla tytöillä raskausriski on 29 prosenttia suurempi kuin yhden vanhemman perheissä asuvilla. Sillä, onko näissä

perhemuodoissa oman vanhemman asemassa äiti vai isä, ei ole raskausriskin kannalta merkitystä. Vain isän kanssa asuvilla on suunnilleen sama riskitaso kuin vain äidin kanssa asuvilla. Samoin uusperheissä on raskausriski suunnilleen sama, olipa perheessä oma isä ja äitipuoli tai oma äiti ja isäpuoli.

Tässä yhteydessä on syytä kiinnittää huomiota siihen, että perherakenne heijastaa kyselyajankohdan tilannetta, eikä sen muutoksia voitu ottaa huomioon seurannassa. Kyselyn aikana tytöt olivat 12-, 14-, 16- tai 18-vuotiaita, mikä vaikuttaa ilmoitetun perherakenteen merkitykseen heidän elämässään. Mittausiän vakioinnilla ei kuitenkaan ollut merkitsevää vaikutusta edellä kuvattuihin suhteellisiin riskeihin.

Aikaisemmat tutkimukset eivät anna yksiselittäistä kuvaa yhden vanhemman perheessä ja uusperheessä asumisen yhteydestä nuorten hyvinvointiin ja terveyteen. Joidenkin tutkimusten mukaan uusperheissä asuvien nuorten hyvinvointi-indikaattorit ovat parempia kuin yhden vanhemman perheessä asuvilla (Spruijt ja de Goede 1997, Garnefski ja Diekstra 1997). Toisaalta on myös tietoa siitä, että uusperheissä asuvat nuoret joutuvat aikaisemmin lähtemään kodistaan huonojen perhesuhteiden takia (Kiernan 1992, Goldscheider ja Goldscheider 1999). Tässä esitetty tulos, jonka mukaan uusperheiden tytöt tulevat useammin raskaaksi teini-iässä, tukee ajatusta, jonka mukaan isä- tai äitipuolen tulo perheeseen voi aiheuttaa erilaisia ongelmia lapsille ja olla yhteydessä erityyppiseen riskikäyttäytymiseen nuoruudessa. On myös todettu, että hyvä suhde vähintään yhteen perheen aikuiseseen on tärkeämpi riskikäyttäytymisen selittäjä kuin perheen rakenne itsessään (Spruijt ja de Goede 1997).

Tutkimusjakson (1987–1998) aikana havaittiin, että raskausriskin ero molempien vanhempien kanssa asuvien tyttöjen ja muissa perhemuodoissa elävien tyttöjen välillä hieman kasvoi. Se oli 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa noin kaksinkertainen, 1990-luvun keskellä ja jälkipuoliskolla 2,4–2,6-kertainen. Molemmissa ryhmissä teiniraskaudet vähenivät selvästi 1980-luvun lopulta 1990-luvun alkuun, tämä väheneminen oli kuitenkin jonkin verran nopeampaa ehjissä perheissä asuvilla nuorilla.

Suomen- ja ruotsinkielisten erot

Ero teini-ikäisten raskausriskissä kahden kieliryhmän välillä on huomattavan suuri: ruotsinkielisillä nuorilla raskausriski oli 39 prosenttia alhaisempi kuin suomenkielisillä. Ruotsinkielisessä väestössä on suhteellisesti enemmän ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia kuin suomenkielisessä väestössä – tutkimusaineistossa 33 prosenttia ruotsinkielisistä tytöistä oli kotoisin ylempään toimihenkilön perheestä, kun suomenkielisillä tämä luku oli 20 prosenttia. Kun erilainen sosiaalinen tausta perherakenne ja asuinpaikan kaupungistumisaste vakioitiin, ruotsinkielisillä tytöillä oli edelleen 32 prosenttia alhaisempi raskausriski kuin suomenkielisillä.

Kieliryhmien väliseen eroon saattaa päteä sama selitys, jonka on arveltu olevan ruotsinkielisten alhaisemman eronneisuuden ja paremman terveydentilan taustalla: vähemmistöasemaan liittyvä sosiaalinen koheesio, johon vaikuttavat yhteinen kieli, institutionaalinen verkosto, yhteinen sosiaalinen pääoma ja kulttuuriin aktiivisuus (Finnäs 1997, Hyypä ja Mäki 1997).

Alueelliset erot

Teiniraskauksien alueellisista eroista on aikaisempaa tutkimustietoa, jonka mukaan luvut ovat korkeampia Pohjois-Suomessa ja pääkaupunkiseudulla, alhaisemmat puolestaan Etelä-Pohjanmaan, Vaasan ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä (Kosunen 1996, Vikat ym. 1999, Kosunen ym. 2002). Alueellisissa eroissa ei ilmennyt olennaisia muutoksia 1990-luvulla. NNTT-otoksiin perustuvat tiedot ovat yhdenmukaisia aikaisempien koko maata kattavien tulosten kanssa.

Yhdistetyn kysely- ja rekisteriaineiston perusteella voitiin lisäksi selvittää, missä määrin alueellisia eroja voidaan selittää eroilla väestön sosioekonomisessa ja demografisessa rakenteessa. Alueellisen vaihtelun suuruus ja luonne pysyivät suurin piirtein ennallaan myös silloin, kun malli otti huomioon sosioekonomisen aseman, perherakenteen ja äidinkielen, mikä viittaa siihen, että alueellisilla kulttuurisilla tekijöillä saattaa olla tärkeä rooli näiden erojen selittäjinä.

Sosiodemografinen rakenne oli kuitenkin merkityksellinen Uudenmaan ja Vaasan lääneissä. Molemmissa suhteellinen teiniraskausriski oli korkeampi silloin, kun taustatekijöitä oli vakioitu ja sille löytyy myös selkeä selitys taustatekijöiden jakaumasta. Uudellamaalla tämä liittyy korkeasti koulutettujen ja ylempien toimihenkilöperheiden keskittymiseen pääkaupunkiseudulle ja sen lähiympäristöön: Uudellamaalla ylempien toimihenkilöiden perheistä tulevia tyttöjä oli 32 prosenttia, kun heitä oli 18 prosenttia muualla Suomessa. Vaasan lääni puolestaan erottui muista ehjissä perheissä asuvien (82 % muun Suomen 76 %:iin verrattuna) ja ruotsinkielisten nuorten korkeamman osuuden suhteen (13 % muun Suomen 2 %:iin verrattuna). Näiden tekijöiden suhteen vakioitu teini-raskausriski oli korkeampi Uudellamaalla ja Vaasan läänissä, koska niiden alueiden väestössä on enemmän väestöryhmiä, jossa teiniraskausriski on suhteellisen alhainen.

Aikaisemmin on esitetty, että teini-ikäisten aborttiluvut ovat korkeampia isoissa kaupungeissa kuin muualla maassa (Vikat ym 1999). Kun pääkaupunkiseutua katsottiin yhtenä ryhmänä, se ei erotu olennaisesti muista kaupungistuneista alueista. Ainoastaan haja-asutusalueilla asuvat nuoret erottuivat muista alhaisemmalla raskausriskillä. Kun erikokoisten kaupunkien väestö poikkeaa toisistaan sosiodemografiselta rakenteeltaan, on sillä suurtakin merkitystä kaupungistumisasteen mukaisten teiniraskauserojen selittämisessä. Ensinäkin, kuten edellä on jo todettu, suuriin kaupunkeihin keskittyy enemmän korkeasti koulutettua väestöä. Pää-

kaupunkiseudulla ylemmän toimihenkilön perheistä tulevia nuoria oli 41 prosenttia, muissa isommissa kaupungeissa (yli 50 000 asukasta) 26 prosenttia, muissa kaupungeissa ja taajamissa 19 prosenttia ja haja-asutusalueilla seitsemän prosenttia. Jos isän tai huoltajan sosioekonominen asema vakioidaan, teiniraskausriski kasvaa kaupungistumisasteen mukaan. Nämä erot pienenevät olennaisesti ja jäävät kuvatussa tutkimuksessa tilastollisen merkisevyyden rajan alapuolelle, kun perherakenne vakioidaan. Perherakenteessa on tuntuvia eroja kaupungistumisasteen mukaan, sillä molempien vanhempien kanssa asui haja-asutusalueilla 87 prosenttia nuorista, kaupungeissa ja taajamissa 78 prosenttia, isommissa kaupungeissa 74 prosenttia ja pääkaupunkiseudulla vain 69 prosenttia.

Kaupungistumisasteen ja sosioekonomisen aseman yhdysvaikutuksen tarkempi selvitys osoitti, että pääkaupunkiseudulla sosioekonomiset erot ovat suurempia kuin muualla. Kaikkein korkeimman teiniraskausriskin ryhmän muodostavat pääkaupunkiseudulla asuvat työntekijäperheen tytöt, joilla oli 3,3 kertaa suurempi riski kuin siellä asuvilla ylemmän toimihenkilöperheiden tytöillä ja 1,7-kertainen riski alempien toimihenkilöperheiden tyttöihin nähden. Heidän riskinsä oli myös korkeampi kuin pienemmissä kaupungeissa asuvilla työntekijäperheen tytöillä. Muissa sosioekonomisen aseman luokissa ei ollut merkittäviä eroja erikokoisten kaupunkien ja haja-asutusalueiden välillä.

Sosiodemografinen tausta ja raskausriskin aikamuutos

Väestön sosiodemografisessa rakenteessa ilmeni tutkitun 14 vuoden jaksolla jonkin verran muutoksia. Ensinnäkin, kun ajan myötä korkeamman koulutustason saavuttaneiden osuus on kasvanut, on myös teini-ikäisten vanhempien joukossa jakson lopulla vähintään ylioppilastutkinnon suorittaneita enemmän (23 % vuonna 1997) kuin jakson alussa (12 % vuonna 1987). Yhteiskuntarakenteellisia muutoksia kuvaa myös se, että ylemmän toimihenkilön perheessä asuvien tyttöjen osuus kasvoi aineistossa 16 prosentista 24 prosenttiin, kun taas maanviljelijäperheestä tulevien tyttöjen osuus väheni 11 prosentista 6 prosenttiin. Avioerojen lisääntyminen ajan myötä kasvatti myös niiden nuorten osuutta, jotka eivät asu molempien vanhempien kanssa (21 %:sta 25 %:iin). Sosioekonomisen aseman ja koulutustason paranemisella oli hyvin vähän teiniraskausriskin yleistä tasoa alentavaa vaikutusta, kun sosioekonomisen aseman ja koulutuksen suhteen vakioidut suhteelliset riskit antavat hiukan korkeamman tason 1990-luvun puolivälistä lähtien kuin vain iän suhteen vakioidut suhteelliset riskit. Perherakenteen vakiointi ei vaikuttanut trendiin.

Johtopäätökset

Palvelujen laadun ja saatavuuden parantaminen, peruskoulujen seksuaaliopetus ja eri sosiaaliryhminen periaatteessa samanlaiset mahdollisuudet niiden hyödyntämisessä eivät näköjään riitä sosieconomisten erojen vähentämiseen. Kysymys on myös eroista terveystyöskäytännöissä, siihen johtavista arvoista ja asenteista ja väestöryhmien kulttuuriin ankkuroituneista terveystavoista. Sosiodemografisten tekijöiden mukaisten erojen selittämiseen tarvitaan tarkempaa tutkimusta myös sukupuoli-kontakteista ja ehkäisykäytännöistä nuoren sosiodemografisen taustan mukaan. Silloin päästäisiin lähemmäksi sosiodemografisten erojen luonteen ymmärtämistä: missä määrin vaihtelua voidaan selittää eroilla seksuaalisessa aktiivisuudessa, missä määrin eroilla suhtautumisessa ehkäisyyn ja missä määrin tiedon tai neuvon saannilla. Kouluterveyskyselyn ja Nuorten terveystapatutkimuksen aineistoja on käytetty seksuaalikäytännön trendien ja alueellisen vaihtelun selvittämiseen. Näiden aineistojen tietosisältö tarjoaa mahdollisuuksia myös sosiodemografisten erojen tarkempaan jatkotutkimukseen.

LÄHTEET

- Botting, B., Rosato, M., Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends: a Publication of the Government Statistical Service* 93. London: Office for National Statistics.
- Council of Europe (2001). *Recent demographic developments in Europe: 2001*. Strasbourg: Council of Europe.
- Finnäs, E. (1997). Social integration, heterogeneity, and divorce: The case of the Swedish-speaking population in Finland. *Acta Sociologica* 40: 263–277.
- Garnefski, N., Diekstra, R. F. W. (1997). Adolescents from one parent, stepparent and intact families: Emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence* 20: 201–208.
- Goldscheider, F. K., Goldscheider, C. (1999). *The Changing Transition to Adulthood. Leaving and Returning Home*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Henshaw, S. K. (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives* 30: 24–29.
- Hobcraft, J., Kiernan, K. (1999). Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *CASE Paper 28*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion.
- Hoffman, S. D. (1998). Teenage childbearing is not so bad after all... Or is it? A review of the literature. *Family Planning Perspectives* 30: 236–239, 243.
- Hyppä, M. T., Mäki, J. (2000). Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 16: 55–64.
- Kiernan, K. E. (1992). The impact of family disruption in childhood on transitions made in young adult life. *Population Studies* 46: 213–234.
- Kiernan, K. E., Hobcraft, J. (1997). Parental divorce during childhood: Age at first intercourse, partnership and parenthood. *Population Studies* 51: 41–55.
- Kontula, O. (1991). *Sukupuolielämän aloittamisen yhteiskunnallisista ehdoista. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 14/1991*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kosunen, E., Rimpelä, M., Liinama, A., Jokela, J. (2000). Suomalaisten nuorten seksuaalikäytännön muutokset 1990-luvun lopulla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37: 273–282.
- Kosunen, E. (1993). *Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy*. Stakes, Raportteja 99. Helsinki.
- Kosunen, E. (1996). *Adolescent Reproductive Health in Finland: Oral Contraception, Pregnancies and Abortions from the 1980s to the 1990s*. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 486*. Tampere: University of Tampere.

- Kosunen, E. (2000). Adolescent sexual health. In: Lottes, I., Kontula, O. (Eds.): *New Views on Sexual Health: The Case of Finland*. Publications of the Population Research Institute, Series D 37/. Helsinki.
- Kosunen, E., Vikat, A., Gissler, M., Rimpelä, M. (2002). Teenage pregnancies and abortions in Finland in the 1990s. *Scandinavian Journal of Public Health* 30: 300–305.
- Liinamo, A. (2000). Sex education in Finland. In: Lottes I ja Kontula O (eds.), *New Views on Sexual Health: The Case of Finland*. Publications of the Population Research Institute, Series D 37. Helsinki.
- Macintyre, S., West, P. (1991). Lack of class variation in health in adolescence: An artefact of an occupational measure of social class? *Social Science & Medicine* 42: 395–402.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E. J. M., Groenhouf, F., Geurts, J. J. M. (1997). EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet* 349: 1655–1659.
- McLanahan, S., Bumpass, L. (1988). Intergenerational consequences of family disruption. *American Journal of Sociology* 94: 130–152.
- Moore, K. A., Manlove, J., Gleib, D. A., Morrison, D. R. (1998). Nonmarital school-age motherhood: Family, individual, and school characteristics. *Journal of Adolescent Research* 13: 433–457.
- Narring, F., Michaud, P. A., Sharma, V. (1996). Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Family Planning Perspectives* 28: 232–236.
- Olausson, P. O., Haglund, B., Weitoft, G. R., Cnattingius, S. (2001). Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: A case study in Sweden. *Family Planning Perspectives* 33: 70–74.
- Rimpelä, A., Rimpelä, M., Vikat, A., Ahlström, S., Huhtala, H., Lintonen, T. (1997). Nuorten terveystapatutkimus: Tupakointi ja päihteet 1977–1997. *Stakes: Aiheita* 28. Stakes, Helsinki.
- Rimpelä, M., Rimpelä, A., Vikat, A., Hermansson, E., Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., Savolainen, A. (1997). Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen Lääkäreillehti* 52: 2705–2712.
- Ritamies, M., Miettinen, A. (1996). Ensimmäiset parisuhteet. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D, nro 29. Helsinki.
- Sprijit, E., de Goede, M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence* 32: 897–911.
- Vikat, A. (2004). Women's labor-force attachment and childbearing in Finland. MPIDR Working-Paper WP-2004-001. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Vikat, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. (1999). Induced abortions in Finland 1987–1988. *Statistical Report* 39. STAKES, Helsinki.
- Vikat, A., Rimpelä, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2002). Socio-demographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1998: A follow-up study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56: 659–668 (a).
- Vikat, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2002). Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34: 84–90 (b).

English summary

Socio-demographic differences in teenage pregnancies

ANDRES VIKAT

The article summarises research findings on socio-demographic differences in the occurrence of pregnancies in Finnish girls aged 14–19 from 1987 to 1998. Since most pregnancies under age 20 are unplanned, the occurrence of adolescent pregnancies reflects adolescent sexual activity and contraceptive practices. Girls from a lower socio-economic background had a higher pregnancy risk. The risk was also increased among teenagers not living in an intact nuclear family, especially if they lived separately from their parents. Girls who lived in a stepfamily had a higher pregnancy risk than those who lived in a one-parent family. Swedish-speaking girls had a lower pregnancy risk than Finnish-speaking girls, even when the higher socio-economic background of Swedish-speaking girls was controlled for. There were no marked changes in socio-economic and regional differences in adolescent pregnancies from 1987 to 1998. Part of the socio-economic differences can be explained by the earlier onset of sexual activity in lower socio-economic groups.

Vikat, A., Rimpelä, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2002). Socio-demographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1998: A follow-up study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56: 659–668.

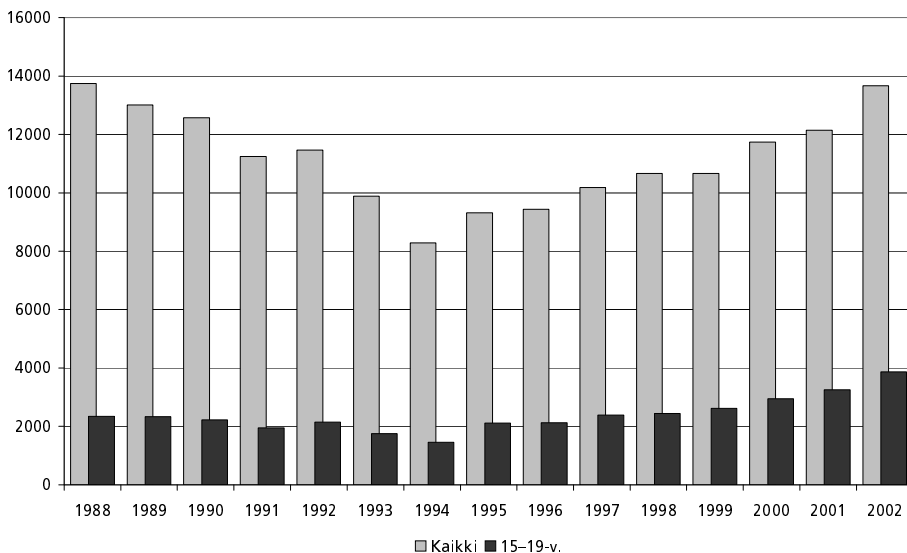
Klamydiatartunnat ikäryhmittäin

EIJA HILTUNEN-BACK

Viime vuosien aikana klamydiatapausten määrä on lisääntynyt noin 10 prosentin vuosivauhtia. Alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä klamydiaa esiintyi naisilla viisi kertaa enemmän verrattuna samanikäisiin miehiin. Vuonna 2002 kaikista klamydiatartunnan saaneista naisista 37 prosenttia oli alle 20-vuotiaita. Tilastojen tarkemmassa analyysissä klamydian riskitekijöiksi todettiin alhainen ikä, aiemmin vuoden sisällä sairastettu klamydia, seksipartnereiden suuri lukumäärä sekä naisilla ehkäisy pillereiden käyttö. Näitä tunnusmerkkejä voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan klamydiaseulontoja.

Valtakunnallista tietoa klamydian esiintyvyydestä on kerätty Suomessa vuodesta 1987 alkaen, jolloin tartuntatautiasetuksessa klamydia määritettiin ilmoitettavaksi tartuntataudiksi. Tartuntatautilaki velvoitti vuoteen 1997 asti lääkärit tekemään tartuntatauti-ilmoituksen jokaisesta toteamastaan klamydiatapauksesta. Vuodesta 1995 alkaen myös laboratoriot ovat ilmoittaneet klamydialöydöksensä. Kun laboratorioista saatava tieto todettiin kattavaksi ja luotettavaksi, lääkäreiden ilmoitusvelvollisuus poistettiin vuoden 1998 alusta. Tartuntatauti-ilmoitukset kerätään Kansanterveyslaitoksen tartuntatautirekisteriin, joka julkaisee vuosittain tartuntatautiraportin. Ilmoituksista saatavaa tietoa voidaan hyödyntää sekä paikallisesti että valtakunnallisesti.

Klamydian tutkimus ja hoito kunnallisissa terveydenhoitoyksiköissä on potilaalle maksutonta. Klamydian hoidossa on käytetty jo vuosien ajan atsitromysiinia kerta-annoshoitona. Hyvään hoitokäytäntöön kuuluu myös tartunnan jäljityksestä huolehtiminen, jotta kaikki tartunnalle altistuneet voitaisiin ohjata tutkimuksiin ja hoitoon. Tartunnan jäljityksen käytännön toteutumista ei kuitenkaan valvota mitenkään.

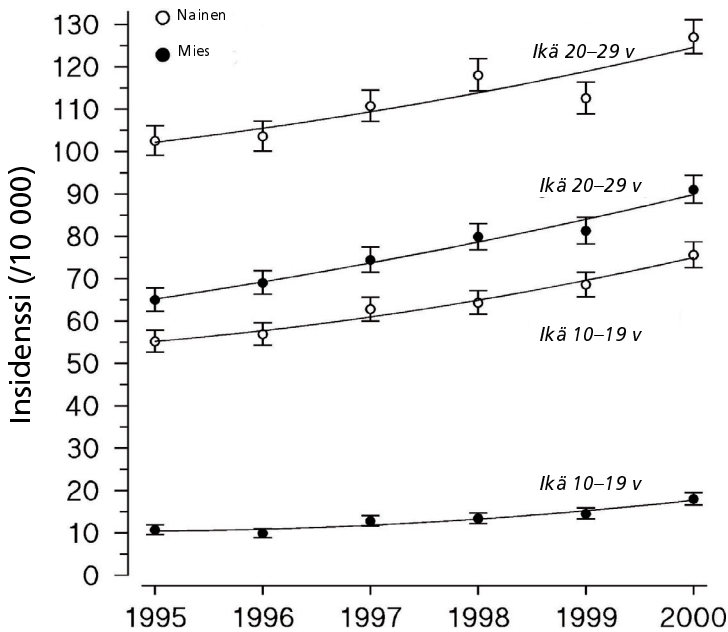


KUVIO 1. Klamydia Suomessa 1988–2002

Klamydian esiintyvyys

Vuonna 1987 ilmoitettiin yhteensä 13 918 klamydiatapausta. Sen jälkeen tapaus-
ten määrä väheni tasaisesti vuoteen 1994 asti. Vuonna 1995 toteutuneen ilmoitus-
järjestelmän muutoksen seurauksena saatiin luotettavampaa tietoa suoraan näyt-
teet tutkineista laboratorioista kuin lääkärien ilmoituksista ja vuosittaisten kla-
mydiatapausten määrä alkoi nousta. Samoihin aikoihin myös diagnostiset mene-
telmät muuttuivat. Klamydian diagnostiikka parani ratkaisevasti, kun otettiin käyt-
töön geenimonistusmenetelmiin perustuvat testit.

Viime vuosien aikana klamydiatapausten määrä on lisääntynyt noin 10 pro-
sentin vuosivauhtia (kuvio 1). Vuonna 2002 ilmoitettiin yhteensä 13 661 uutta
tapausta, lähes yhtä paljon kuin vuonna 1987, jolloin klamydiasta tuli ilmoitettava
tauti. Valitettavasti käytettävissä ei ole valtakunnallisia lukuja klamydiatestausten
kokonaismäärästä. Osa klamydiatapausten lisääntymisestä saattaa johtua lisää-
ntyneestä näytteiden tutkimisesta, mikä puolestaan voi johtua kasvaneesta hoitoon
hakeutumisesta tai diagnostiikan kehittymisestä. Erityisesti ensivirtsanäytteeseen
perustuva klamydiadiagnostiikka on todennäköisesti lisännyt testausaktiivisuut-
ta, sillä näytteenotto on tätä nykyä potilaalle huomattavasti helpompaa kuin ai-
emmilla testimenetelmillä. Nykyinen diagnostiikka- ja ilmoituskäytäntö ovat kui-
tenkin olleet käytössä jo vuosia, joten niiden vaikutus tuskin enää riittää selittä-
mään klamydian lisääntymistä 2000-luvun puolella. Vastaava klamydiatapausten
lisääntyminen on ollut havaittavissa myös kaikissa muissa Pohjoismaissa, etenkin
Ruotsissa, jota on pidetty klamydian torjunnan mallimaana.



KUVIO 2. Klamydian ikäryhmittäinen esiintyvyys vuosina 1995–2000

Klamydian esiintyvyys sukupuolittain

Tuoreessa tutkimuksessa kaikki laboratoriodien Kansanterveyslaitoksen tartuntatautirekisteriin ilmoittamat 10–69-vuotiaiden klamydiatapaukset vuosilta 1995–2000 analysoitiin iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan (Hiltunen-Back ym. 2003). Yhteensä klamydiatapauksia oli 61 845, joista 62 prosenttia todettiin naisilla. Seuranta-aikana klamydian esiintyvyys lisääntyi: 10 000 asukasta kohti vuonna 1995 oli 23,4 tapausta ja 29,2 vuonna 2002. Vuonna 1995 klamydian esiintyvyys naisilla (29,8/10 000) oli korkeampi kuin miehillä (17,3/10 000). Tutkimusjakson aikana esiintyvyys nousi miehillä 1,31-kertaiseksi ja naisilla 1,22-kertaiseksi. Alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä klamydiaa esiintyi naisilla viisi kertaa enemmän verrattuna samanikäisiin miehiin. Sukupuoliero tasoittui vasta ikäryhmässä 30–39-vuotiaat, minkä jälkeen miehillä todettiin enemmän tautitapauksia.

Klamydian esiintyvyys ikäluokittain

Klamydia lisääntyi vuosina 1995–2000 kaikissa ikäluokissa. Esiintyvyyden nousu oli kaikkein voimakkainta alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa todettiin naisilla 1,37-kertainen nousu ja miehillä 1,69-kertainen nousu (kuva 2). Ikäryhmässä 20–29-vuotiaat nousu oli 1,24-kertainen naisilla ja 1,40-kertainen miehillä.

Vuonna 2002 kaikista klamydiatartunnan saaneista naisista 37 prosenttia oli alle 20-vuotiaita. Yleensä sukupuolitautilien esiintyvyys on suuri isoissa kaupungeissa. Myös klamydian ikävakioidu esiintyvyys on runsainta kaupungeissa, mutta nousu sen sijaan oli kaikkein suurinta taajaan asutuissa kunnissa.

Klamydian riskitekijät

Suomessa on toiminut valtakunnallisen tartuntatautirekisterin lisäksi vuodesta 1995 alkaen sukupuolitautilien anturikeskusjärjestelmä, johon kuuluu kuusi sukupuolitautilien poliklinikkaa, kaksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toimipistettä, kolme terveyskeskusta sekä kaksi gynekologista yksikköä. Järjestelmän tarkoituksena on kerätä sukupuolitaudeista tarkempaa epidemiologista tietoa kuin mitä valtakunnallisesta järjestelmästä on saatavissa. Tiedot perustuvat potilaan itsensä täyttämään kyselylomakkeeseen. Anturikeskuksissa todetaan vuosittain noin 20 prosenttia koko valtakunnan klamydioista. Kertynyttä tietoa hyödynnettiin karotoitettaessa klamydiapotilaiden riskitekijöitä (Hiltunen-Back ym. 2001).

Klamydiatartunnat saatiin yleensä Suomessa. Vain noin 10 prosenttia tartunnoista tuotiin ulkomailta: naiset saivat tartunnat yleensä Etelä-Euroopasta ja miehet Virosta ja Venäjältä. Miehet saivat klamydiatartunnan yleensä tilapäiseltä seksipartneriltään, kun taas 60 prosenttia naisista ilmoitti tartuttajaksi oman vakituisen partnerinsa. Yli puolet klamydiatartunnan saaneista naisista käytti ehkäisytabletteja, 33 prosenttia ei käyttänyt mitään ehkäisyä ja vain 8 prosentilla oli ollut käytössä kondomi. Viive klamydiatartunnan saamisesta sen toteamiseen on pitkä, noin viisi viikkoa, jona aikana lähes 30 prosenttia on jo ehtinyt tartuttaa seuraavan seksipartnerin. Nuorten, 10–29-vuotiaiden ikäryhmässä seksipartnereiden määrässä oli tapahtunut muutos vuosina 1995–2000. Vuonna 1995 8,3 prosenttia naisista ilmoitti yli viisi seksipartneria edeltävän vuoden ajalta, kun luku vuonna 2000 oli 18,8 prosenttia. Miehillä vastaavaa nousua ei havaittu (32,6 % ja 38,2 %).

Klamydian riskitekijöiksi nousivat tämän selvityksen perusteella alhainen ikä, aiemmin vuoden sisällä sairastettu klamydia, seksipartnereiden suuri lukumäärä sekä naisilla ehkäisytablettien käyttö. Nämä tunnusmerkkejä voisi hyödyntää klamydiaseulontoja suunniteltaessa. Sekä klamydian diagnostiikka että hoito on nykypäivänä asianmukaista ja tehokasta. Ongelmana on löytää ne nuoret, jotka ovat tietämättömiä klamydiatartunnastaan ja levittävät tautia eteenpäin. Selvästi tehottamista vaatinee myös tartunnan jäljitys, joka usein jää potilaan itsensä vastuulle.

LÄHTEET

Hiltunen-Back, E., Haikala, O., Kautiainen, H., Paavonen, J., Reunala, T. (2001). A nationwide sentinel clinic survey of Chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases* 28:252–258.

Hiltunen-Back, E., Haikala, O., Kautiainen, H., Ruutu, P., Paavonen, J., Reunala, T. (2003). Nationwide increase of Chlamydia trachomatis infection in Finland; highest rise among adolescent women and men. *Sexually Transmitted Diseases* 30:737–41.

English summary

Age-specific trends of *Chlamydia trachomatis* infection in Finland

EIJA HILTUNEN-BACK

The incidence of *Chlamydia trachomatis* (CT) infection began to rise in Finland in 1995, even though there were no major changes in public STD services or screening practices. In this study all chlamydia notifications were scrutinised to establish whether the change in CT incidence is significant and to identify risk groups. The incidence of all cases of CT notified by laboratories to the National Infectious Disease Register (NIDR) in Finland in 1995-2000 was calculated by gender for different age groups and domicile. Data from a sentinel STD surveillance network were used to analyse changes in risk-taking behaviour in the age groups with highest CT incidence rates.

During the six-year study period, laboratory surveillance data documented an increase in the incidence rate from 23.4/10,000 to 29.2/10,000. The rise was most evident among people living in non-urban densely populated areas. The sharpest increases in incidence rates, 1.37 (95% CI 1.29 to 1.46) fold in women and 1.69 (CI 1.47 to 1.92) fold in men, occurred in the youngest age group of 10-19 years. In this age group the incidence of CT infection was five times greater for women. In 2000 a significantly higher percentage of women, but not men, in the age group 10-29 years reported five or more annual sex partners (18.8%; CI 16.3 to 21.6) than in 1995 (8.3%; CI 5.7 to 11.5).

National surveillance of CT infection based on laboratory notifications documented increasing incidence rates especially in adolescents and young people. This risk group should be specially targeted in screening and educational programmes aimed at curbing the ongoing epidemic of *Chlamydia trachomatis* infection in Finland.

Seksuaalikäyttäytymisen muutokset

ELISE KOSUNEN

Nuorisotutkimukset eivät osoittaneet suuria muutoksia seksuaalisessa aktiivisuudessa 1980-luvulta 1990-luvun puoliväliin saakka. Viimeisin raportti Kouluterveyskyselyn vuosilta 1998–1999 antoi viitteitä siitä, että yhdyntäaktiivisuus olisi lisääntymässä peruskouluikäisillä. Tässä artikkelissa raportoidaan jatkokyselyjen tulokset yhdistetyiltä vuosilta 2000–2001 ja 2002–2003.

Sekä seurusteluaktiivisuuden, suutelu- ja hyväilykokemusten että yhdyntäkokemusten osalta näkyy yhtäpitävästi, että seksuaalinen kanssakäyminen lisääntyi edelleen vuosien 2000–2001 tutkimukseen asti. Valtaosa nuorista (kaksi kolmannesta tytöistä ja kolme neljännessä pojista) ei silti aloittanut sukupuolielämää ennen peruskoulun päättymistä.

Tuoreimmat tulokset (2002–2003) viittaavat siihen, että kokemusten ja aktiivisuuden lisääntyminen on pysähtynyt – monissa ikä- ja sukupuoliryhmissä näkyy jopa hienoista vähenemistä edelliseen tutkimukseen verrattuna.

Viimeisimmässä yhdynnässä ehkäisemättä jättäneiden osuudet ovat pysyneet suunnilleen ennallaan. Kondomin käyttö on vähenemässä ehkäisy pillereiden käytön kustannuksella.

Suomessa on erinomaiset mahdollisuudet nuorten seksuaaliterveyden seurantaan, sillä luotettavien tilasto- ja rekisteritietojen lisäksi meillä on saatavissa useastakin tutkimuksesta tietoa nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutoksista jo vuodesta 1986. Eri tutkimusryhmien välillä on ollut kiitettävässä määrin yhteistyötä ja siksi tutkimukset ovat kohtalaisen hyvin vertailukelpoisia – kun muistetaan otosten aiheuttamat rajoitukset. Nuorten seurusteluun ja seksuaalikäyttäytymiseen keskittyvä KISS-tutkimus tehtiin vuosina 1986, 1988 ja 1992 Helsingissä sekä muutamissa kunnissa Uudellamaalla ja Etelä-Pohjanmaalla (Kontula 1988, Kosunen 1993). Jyväskylän yliopisto on osallistunut WHO:n koululaistutkimukseen (Health Behaviour in School-Age Children, HBSC), ja yhtenä sen osiona on tutkittu seksuaalikäyttäytymistä vuodesta 1990 lähtien neljän vuoden välein. Kouluterveyskyselyjen sarja aloitettiin vuonna 1996.

Kun nuorten seksuaalista aktiivisuutta arvioitiin yhdyntöjen aloittamisiällä, ei edellä mainittujen tutkimusten perusteella voitu todeta tytöillä oleellista muutosta vuosien 1986 ja 1998 välillä (Kosunen ym. 2000). Pojilla oli tuloksissa vaihtelua enemmän kuin tytöillä, mutta heilläkään voitu todeta alenevaa suuntausta

yhdyntöjen aloittamisiässä. Kouluterveyskyselyn 1998–1999 tulokset antoivat viitteitä siitä, että sukupuolielämän aloitus olisi varhentumassa ja aktiveetti yhdyntäkertojen määrällä mitattuna lisääntymässä (Kosunen ym. 2000). Koska viime vuosina nuorten raskauksien ja aborttien määrät samoin kuin klamydiatartunnat ovat lisääntyneet (ks. Gissler ja Hiltunen-Back tässä kirjassa), onkin mielenkiintoinen kysymys, onko seksuaalisen aktiivisuuden nousu edelleen jatkunut ja ovatko ehkäisykäytännöt muuttuneet.

Aineisto

Kouluterveyskyselyn pilottitutkimukset tehtiin vuonna 1995, ja varsinainen kyselysarja aloitettiin vuonna 1996. Tarkoituksena oli tuottaa kunnille valtakunnallista ja paikallista tietoa nuorten koulukokemuksista, terveydestä ja elintavoista, muun muassa seksuaalikäyttäytymisestä. Kysely tehdään joka toinen vuosi itäisessä Suomessa ja joka toinen vuosi läntisessä Suomessa, eli kahden peräkkäisen vuoden aineisto edustaa koko maata. Mukana olevia kouluja ei valittu satunnaisesti, vaan kunnat saattoivat ilmoittautua mukaan vapaaehtoisesti. Kyselyyn on osallistunut vuosittain toistasataa yläastetta. Lukioikäisten osalta on huomattava, että tulokset edustavat vain lukiolaisia, ei koko sen ikäistä väestöä. Tarkemmat tiedot vuosittain mukana olleista kouluista ja oppilasmääristä ovat sivuilla www.stakes.fi/kouluterveys/toteutus.htm.

Kouluterveyskysely on tehty aina samaan aikaan vuodesta eli huhtikuussa, joten tutkittavat ovat vuodesta toiseen keskimäärin samanikäisiä. Kahdeksaluokkalaiset tutkittavat ovat keskimäärin 14,8-vuotiaita, yhdeksäluokkalaiset 15,8-vuotiaita ja lukion toisen vuoden oppilaat 17,8-vuotiaita.

Tässä artikkelissa raportoitavaan aineistoon on valittu ne peruskoulun yläasteet ja lukiot, jotka ovat osallistuneet jokaiseen alueensa Kouluterveyskyselyyn (itäinen: 1996, 1998, 2000 ja 2002, läntinen 1997, 1999, 2001 ja 2003). Koko maata käsittäviä tarkastelupisteitä on siis kuuden vuoden ajanjaksolta neljä: vuodet 1996–1997, 1998–1999, 2000–2001 ja 2002–2003. Peruskoululaisia oli mukana joka vuosi noin 30 000 ja lukiolaisia runsaat 7 000.

Toisena aineistona käytetään Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT) aineistoa, joka on tehty vuodesta 1997 alkaen postikyselynä joka toinen vuosi 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaille nuorille (Rimpelä ym. 1997). NTTT:ssa ei ole kysytty yhdyntäkokemuksia, mutta tytöiltä on vuodesta 1981 lähtien tiedusteltu ehkäisypillereiden käyttöä ja viime vuosina myös jälkiehkäisyä käyttöä.

Seksiasioiden ajankohtaisuus, seurustelu ja sukupuoli kokemukset

Seksiasioita ajankohtaisina pitävien tyttöjen osuus kasvoi muutaman prosenttiyksikön kaikilla luokka-asteilla tarkastelujakson aikana (taulukko 1). Vakituiseksi seurustelevien osuus kasvoi hivenen kaikilla luokka-asteilla kolmen ensimmäisen tutkimuskerran välillä, mutta väheni sitten, ja tarkastelujakson alussa ja lopussa oli tiin liki samoissa lukemissa (taulukko 1). Suutelu- ja hyväilykokemuksissa muu-

TAULUKKO 1. Tyttöjen seurustelu- ja seksuaalikokemukset: kokemuksia omaavien osuudet (%) Kouluterveys-kyselyssä neljänä tutkimusajankohtana*

| | 1996/97 | 1998/99 | 2000/01 | 2002/03 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Seksiasiat erittäin ajankohtaisia | | | | |
| 8. luokka | 10 | 12 | 15 | 12 |
| 9. luokka | 20 | 23 | 25 | 23 |
| Lukion 2. luokka | 38 | 43 | 44 | 43 |
| Seurustelee vakituisesti | | | | |
| 8. luokka | 17 | 18 | 19 | 17 |
| 9. luokka | 25 | 26 | 28 | 26 |
| Lukion 2. luokka | 39 | 41 | 40 | 39 |
| Suudellut | | | | |
| 8. luokka | 64 | 64 | 65 | 61 |
| 9. luokka | 77 | 77 | 77 | 74 |
| Lukion 2. luokka | 89 | 88 | 88 | 86 |
| Hyväillyt vaatteiden päältä | | | | |
| 8. luokka | 50 | 51 | 52 | 47 |
| 9. luokka | 67 | 67 | 68 | 64 |
| Lukion 2. luokka | 84 | 84 | 84 | 82 |
| Hyväillyt intiimisti | | | | |
| 8. luokka | 30 | 32 | 34 | 30 |
| 9. luokka | 49 | 51 | 53 | 50 |
| Lukion 2. luokka | 72 | 74 | 74 | 73 |

* iät keskimäärin 14,8 vuotta (8. lk), 15,8 vuotta (9. lk) ja 17,8 vuotta (lukio).

tokset olivat varsin vähäisiä. Intiimihyväilyt (alasti tai vaatteiden alta) lisääntyivät 2–4 prosenttiyksikön verran kolmen ensimmäisen tutkimuksen välillä.

Seksiasioita ajankohtaisina pitävien poikien osuus kasvoi kaikilla luokka-asteilla kolmella ensimmäisellä tutkimuskerralla, mutta väheni viimeisimmässä tutkimuksessa kaikilla luokka-asteilla (taulukko 2). Peruskouluikäisillä niin ikään seurustelu-, suutelu- ja hyväilykokemukset lisääntyivät tutkimuskertaan 2000–2001 saakka. Lukiolaispojilla vaihtelu suutelu- ja hyväilykokemuksia ilmoittaneiden osuuksissa oli vähäistä eri tutkimuskertojen välillä.

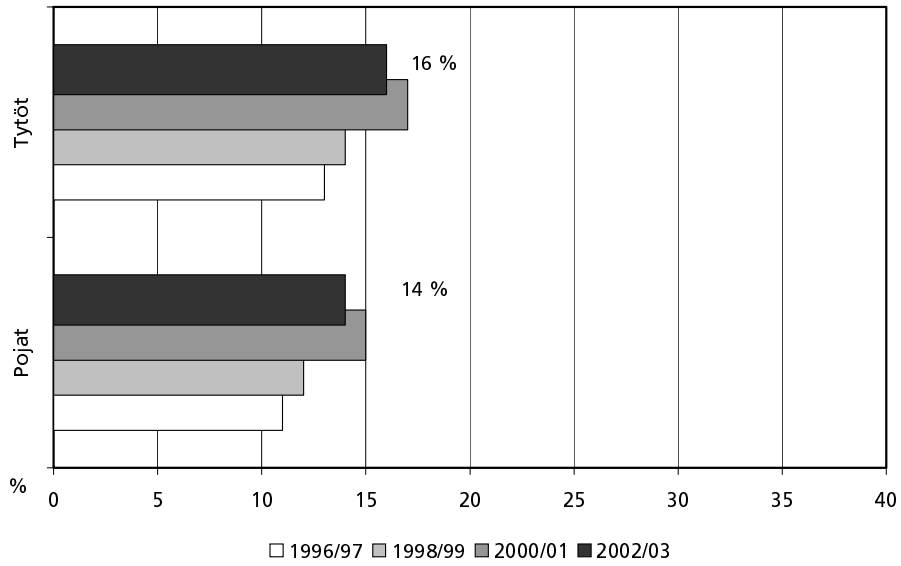
TAULUKKO 2. Poikien seurustelu- ja seksuaalikokemukset: kokemuksia omaavien osuudet (%) Kouluterveyskyselyssä neljänä tutkimusajankohtana

| | 1996/97 | 1998/99 | 2000/01 | 2002/03 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Seksiasiat erittäin ajankohtaisia | | | | |
| 8. luokka | 11 | 15 | 18 | 15 |
| 9. luokka | 17 | 21 | 23 | 20 |
| Lukion 2. luokka | 27 | 32 | 33 | 32 |
| Seurustelee vakituisesti | | | | |
| 8. luokka | 12 | 12 | 14 | 13 |
| 9. luokka | 15 | 17 | 18 | 17 |
| Lukion 2. luokka | 22 | 24 | 24 | 22 |
| Suudellut | | | | |
| 8. luokka | 58 | 59 | 60 | 60 |
| 9. luokka | 69 | 70 | 71 | 69 |
| Lukion 2. luokka | 81 | 79 | 79 | 79 |
| Hyväillyt vaatteiden päältä | | | | |
| 8. luokka | 48 | 50 | 52 | 51 |
| 9. luokka | 62 | 63 | 64 | 62 |
| Lukion 2. luokka | 76 | 75 | 74 | 74 |
| Hyväillyt intiimisti | | | | |
| 8. luokka | 27 | 28 | 31 | 27 |
| 9. luokka | 43 | 45 | 46 | 43 |
| Lukion 2. luokka | 61 | 60 | 60 | 60 |

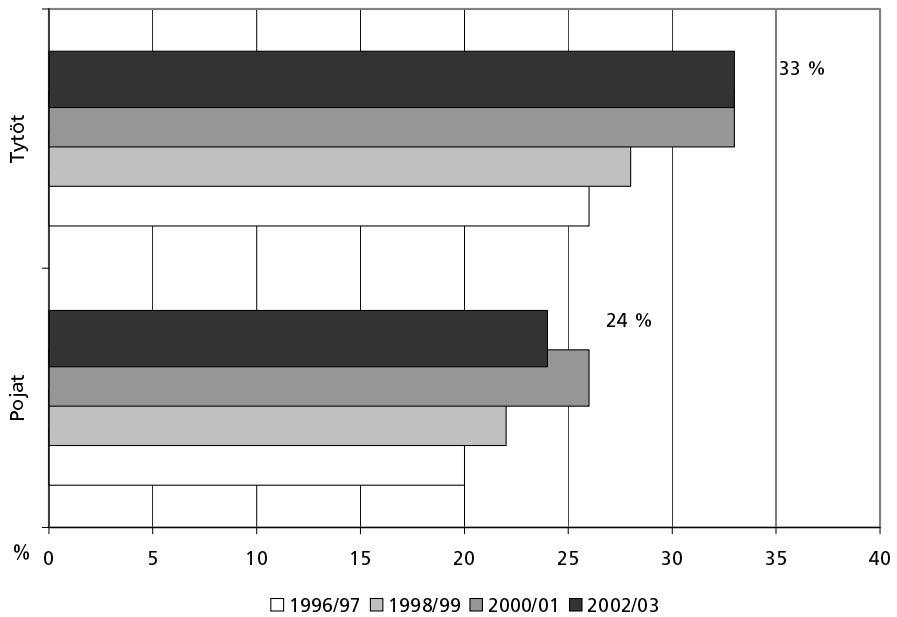
Yhdyntöjen aloittaminen ja yhdyntäaktiivisuus

Kahdeksaluokkalaisilla yhdyntän kokeneiden osuus kasvoi kolmen ensimmäisen tutkimuksen välillä merkitsevästi: tytöillä 13 prosentista 17 prosenttiin ja pojilla 11 prosentista 15 prosenttiin (kuvio 1). Viimeisimmässä tutkimuksessa 2002–2003 osuus oli molemmilla prosenttiyksikön alempi (ei merkitsevä ero).

Yhdeksäsluokkalaisilla osuudet niin ikään kasvoivat 1996–1997:sta 2000–2001:een, mutta tytöillä nousu tasaantui ja pojilla kokeneiden osuus väheni viimeisimpään tutkimukseen mennessä (kuvio 2). Tytöillä yhdyntässä olleiden osuus nykyisin (33 %) on seitsemän prosenttiyksikköä korkeampi kuin alkutilanteessa ja poikien osuus (24 %) on neljä prosenttiyksikköä suurempi. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Tyttöjen ja poikien välinen ero yhdyntäkokemuksissa on suurempi kuin kahdeksannella luokalla.

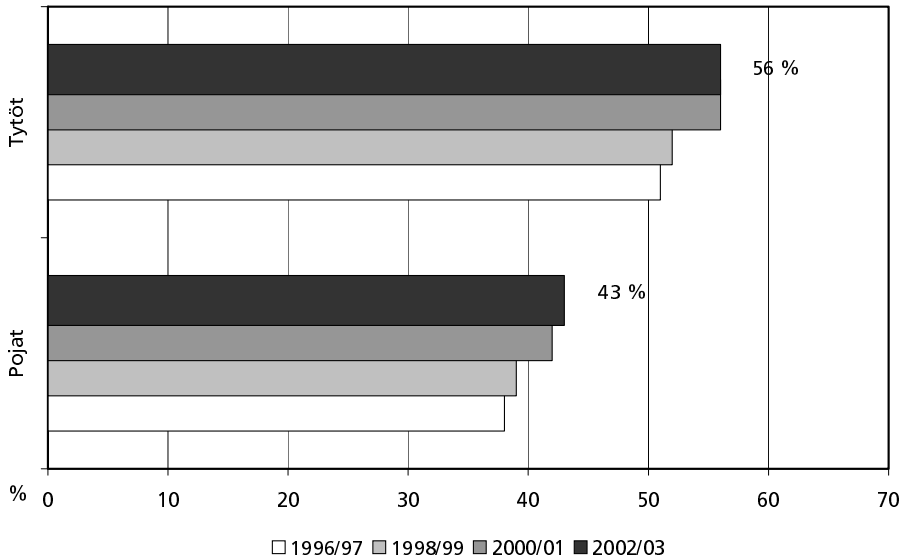


KUVIO 1. Yhdynnän kokeneiden osuudet (%) peruskoulun kahdeksaluokkalaisilla



KUVIO 2. Yhdynnän kokeneiden osuudet (%) peruskoulun yhdeksäluokkalaisilla

Lukiolaistytöillä kehitys oli samanlainen kuin yhdeksäsluokkalaisilla, eli neljän vuoden ajan jatkunut nousu tasaantui kahden viime tutkimuksen välillä (kuvio 3). Sekä tytöillä että pojilla lisäys oli viisi prosenttiyksikköä koko tarkastelujakson aikana (erot merkitseviä). Viimeisimmässä tutkimuksessa lukion toisen luokan pojista 43 prosenttia oli ollut ainakin kerran yhdynnässä.



KUVIO 3. Yhdynnän kokeneiden osuudet (%) lukion toisen vuoden opiskelijoilla

Taulukossa 3 on esitetty yhdyntöjen kokonaismäärät ja kumppaneiden määrät koko tarkastelujakson alussa ja lopussa. Vähintään kymmenen kertaa yhdynnässä olleiden osuus yhdynnän kokeneista on lisääntynyt molemmilla sukupuolilla ja kaikilla luokka-asteilla. Lisäys oli enimmillään yhdeksännen luokan pojilla kuusi prosenttiyksikköä ja seitsemän saman luokka-asteen tytöillä (erot merkitseviä). Tämänkin seksuaalisen aktiivisuuden mittarin mukaan kasvusuunta oli kuitenkin pääosin tasoittunut kahden viime tutkimuskerran välillä. Poikkeuksena ovat yhdeksäsluokkalaiset, joilla lisäystä oli tälläkin aikavälillä (lukuja ei ole esitetty taulukossa).

Kasvusuunta on todettavissa myös kumppaneiden määrässä (taulukko 3). Vähintään viiden kumppanin kanssa yhdynnässä olleiden osuus kasvaa tytöillä iän myötä, osuus on nykyisin 10–16 prosenttia yhdynnän kokeneista eri ikäryhmissä. Kasvua oli tilastollisesti merkitsevästi alkutilanteeseen verrattuna yhdeksäsluokkalaisilla tytöillä ja pojilla sekä lukion tytöillä. Lukiolaispojista ainakin viiden kumppanin kanssa olleita oli 12 prosenttia yhdynnän kokeneista. Lukiolaispojat olivat ainoa ryhmä, jossa osuus oli vähentynyt tarkastelujakson aikana.

TAULUKKO 3. Yhdyntöjen ja kumppaneiden kokonaismäärän jakaumat (%) 1996/97 ja 2002/03 vähintään sukupuolen ja luokka-asteen mukaan (vähintään yhden kerran yhdynnässä olleilla)

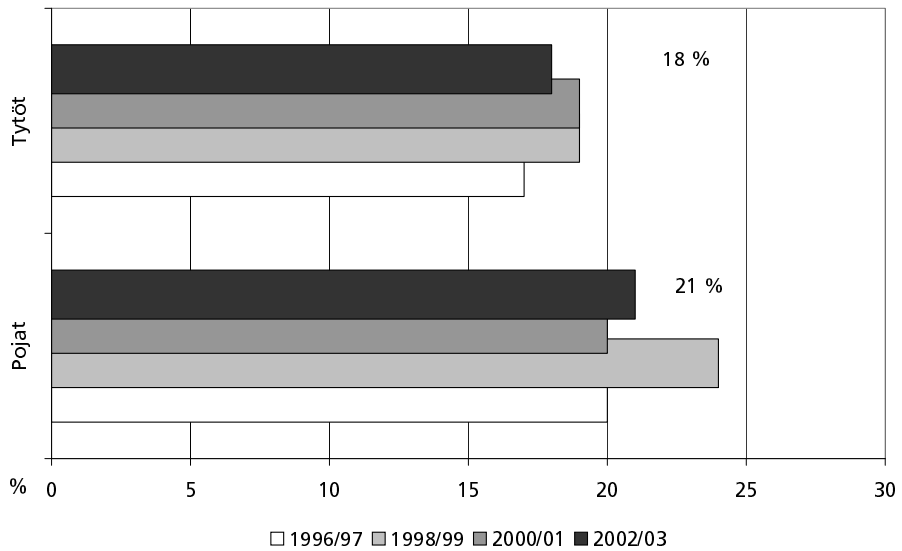
| a) tytöt | 8. luokka | | 9. luokka | | Lukion 2. luokka | |
|---------------------------|-----------|---------|-----------|---------|------------------|---------|
| | 1996/97 | 2002/03 | 1996/97 | 2002/03 | 1996/97 | 2002/03 |
| Yhdyntöjen määrä | | | | | | |
| 1 | 28 | 23 | 18 | 15 | 9 | 7 |
| 2–4 | 25 | 27 | 22 | 19 | 13 | 12 |
| 5–9 | 13 | 15 | 12 | 12 | 10 | 9 |
| 10 tai yli | 33 | 35 | 48 | 54 | 68 | 72 |
| Kumppaneiden määrä | | | | | | |
| 1 | 58 | 53 | 52 | 46 | 46 | 42 |
| 2 | 19 | 22 | 21 | 21 | 21 | 20 |
| 3–4 | 15 | 15 | 18 | 20 | 20 | 22 |
| 5 tai yli | 8 | 10 | 9 | 13 | 13 | 16 |

| b) pojat | 8. luokka | | 9. luokka | | Lukion 2. luokka | |
|---------------------------|-----------|---------|-----------|---------|------------------|---------|
| | 1996/97 | 2002/03 | 1996/97 | 2002/03 | 1996/97 | 2002/03 |
| Yhdyntöjen määrä | | | | | | |
| 1 | 31 | 25 | 26 | 19 | 16 | 12 |
| 2–4 | 29 | 28 | 28 | 26 | 26 | 23 |
| 5–9 | 11 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 |
| 10 tai yli | 29 | 33 | 34 | 41 | 47 | 52 |
| Kumppaneiden määrä | | | | | | |
| 1 | 51 | 50 | 50 | 47 | 46 | 46 |
| 2 | 18 | 20 | 20 | 20 | 22 | 22 |
| 3–4 | 13 | 12 | 15 | 17 | 20 | 19 |
| 5 tai yli | 17 | 18 | 14 | 17 | 13 | 12 |

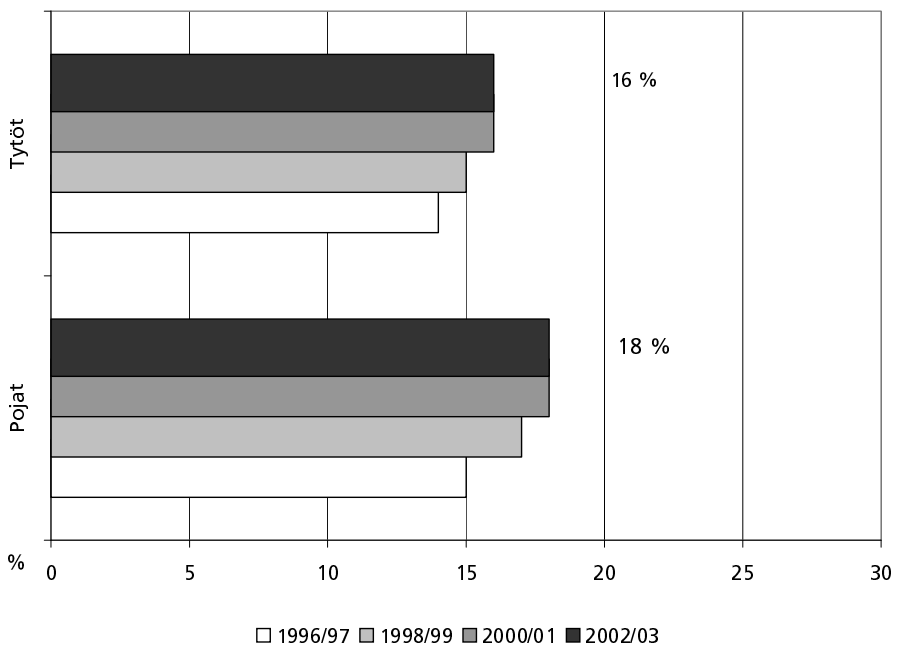
Ehkäisyn käyttö viimeisimmässä yhdynnässä

Sekä ei-toivottujen raskauksien että sukupuolitautilien ehkäisyn näkökulmasta huolestuttava joukko ovat ne nuoret, jotka kokonaan laiminlyövät ehkäisyn. Koulu-terveyskyselyn aineistossa kahdeksannen luokan tytöillä ei-ehkäisseitten osuus on pysytellyt 17–19 prosentissa, erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä (kuvio 4). Kahdeksannen luokan pojissa ehkäisemättä jättäneiden osuus on ollut 20 prosentin tuntumassa kaikissa tutkimuksissa lukuun ottamatta vuosien 1998–99 kertaluonteista nousua.

Yhdeksäsluokkalaisilla tytöillä ehkäisemättä jättäneiden osuus oli 16 prosenttia kahdessa viimeisessä kyselyssä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut kahteen aikaisempaan tutkimukseen verrattuna (kuvio 5). Yhdeksannen luokan pojilla osuus oli 18 prosenttia kahdessa viimeisimmässä kyselyssä, ja se oli merkitsevästi korkeampi kuin ensimmäisessä kyselyssä (15 %).

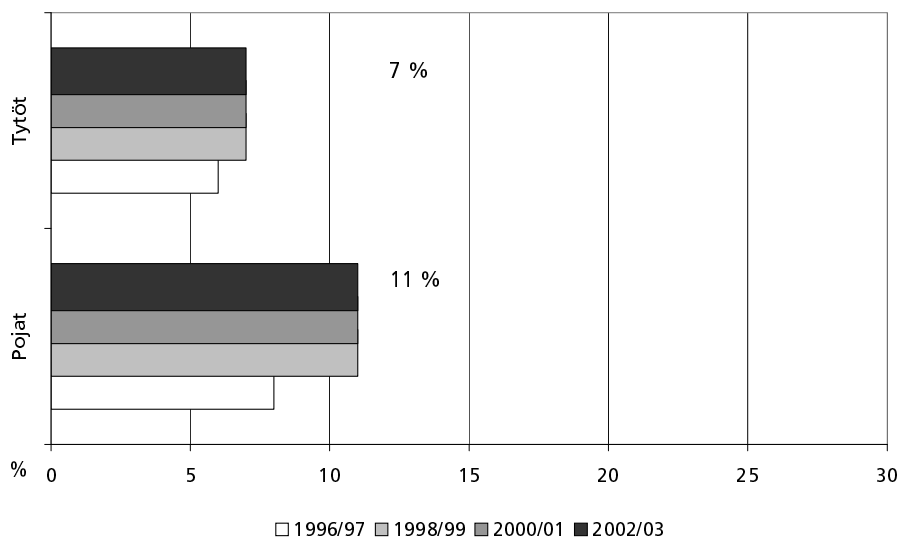


KUVIO 4. Viimeisimmässä yhdyntässä ilman ehkäisyä olleiden osuudet (%) peruskoulun kahdeksaluokkalaisilla



KUVIO 4. Viimeisimmässä yhdyntässä ilman ehkäisyä olleiden osuudet (%) peruskoulun yhdeksäsluokkalaisilla

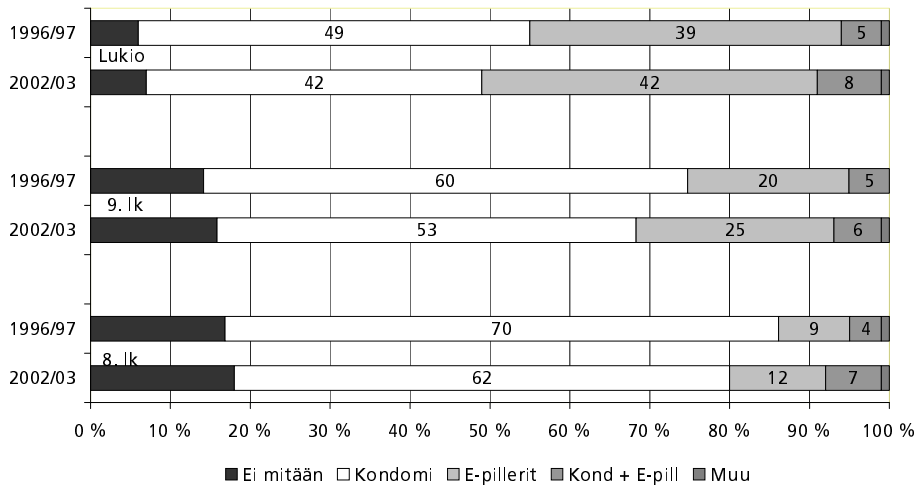
Lukiolaistytöistä ehkäisyn laiminlyöneiden osuus on pysytellyt seitsemässä prosentissa kolmessa viimeisimmässä tutkimuksessa (kuvio 6). Pojilla osuus nousi kahdeksasta prosentista 11 prosenttiin kahden ensimmäisen tutkimuksen välillä, mutta on pysytellyt sittemmin tässä lukemassa.



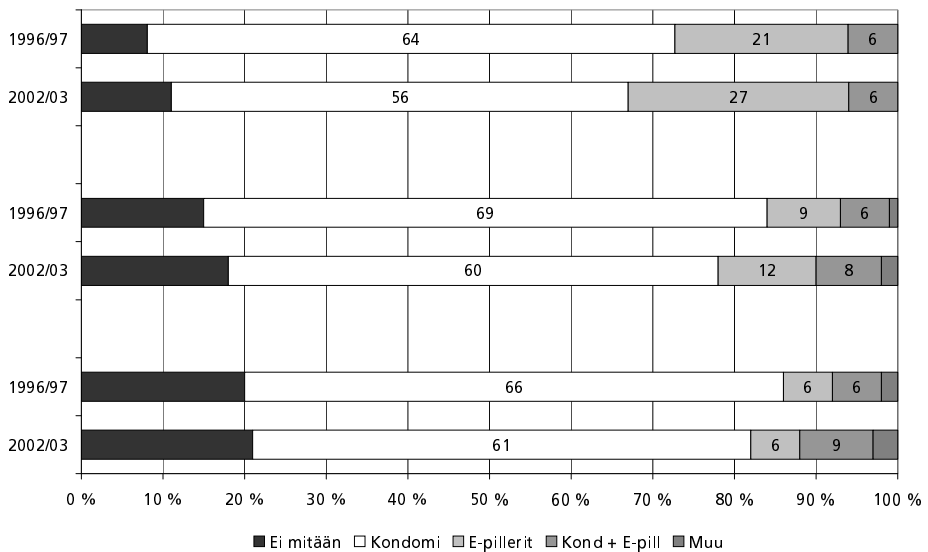
KUVIO 6. Viimeisimmässä yhdynnässä ilman ehkäisyä olleiden osuudet (%) lukion toisen vuoden opiskelijoilla

Ehkäisyn jakauman muutokset tutkimuksesta toiseen ovat sen verran pieniä, että tässä tarkastellaan vain muutosta ensimmäisen ja viimeisen mittausajankohdan välillä. Tyttöillä pelkästään kondomia käyttäneiden osuus on vähentynyt joka ikäryhmässä 7–8 prosenttiyksikköä kuuden vuoden aikavälillä (kuvio 7). Yhdeksäsluokkalaisilla siirtymä on ollut lähinnä pillereiden käyttöön (lisäys viisi prosenttiyksikköä), lukiolaisilla ja kahdeksäsluokkalaisilla osittain myös kaksoisehkäisyn (kondomi + e-pillerit) käyttöön (kasvu kolme prosenttiyksikköä molemmissa ryhmissä).

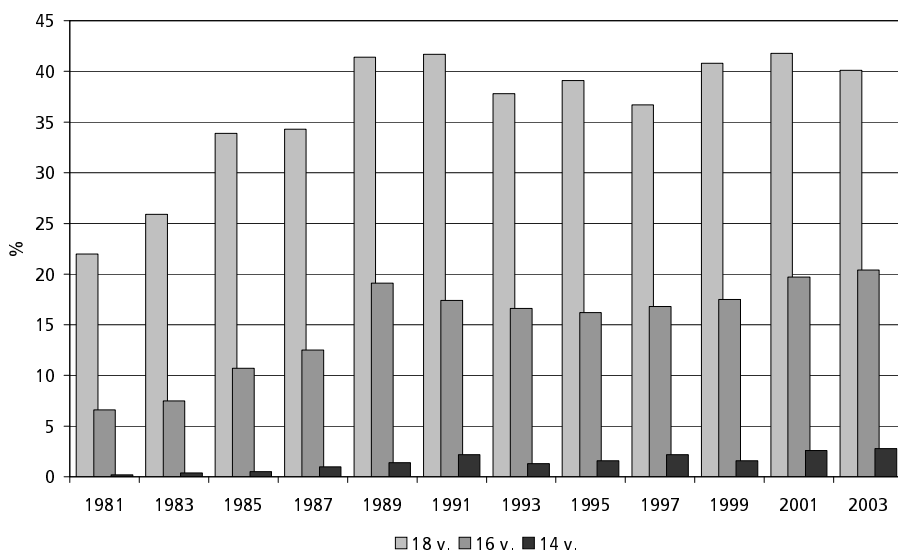
Poikien vastaavassa jakaumassa näkyy samoin pelkästään kondomiin turvautuneiden osuuden väheneminen kaikissa ikäryhmissä (kuvio 8). Kahdeksäsluokkalaisilla siirtymästä suurin osa on merkinnyt kaksoisehkäisyn käytön yleistymistä, kun taas yhdeksäsluokkalaisilla sekä ei-ehkäisseiden, pillereitä ja kaksoisehkäisyä käyttäneiden osuudet ovat kaikki kasvaneet pelkän kondomin käytön vähetessä kuuden vuoden ajanjaksolla. Sen sijaan vanhimman ja aktiivisimman ryhmän, eli lukiolaispoikien, kahdeksan prosentin vähenemä kondomin käytössä merkitsee pääosin sitä, että entistä enemmän luotetaan kumppanin pillereiden käyttöön.



KUVIO 7. Ehkäisymenetelmien jakauma (%) viimeisimmässä yhdynnässä luokka-asteen mukaan tytöillä Kouluterveyskyselyssä 1996/97 ja 2002/03



KUVIO 8. Ehkäisymenetelmien jakauma (%) viimeisimmässä yhdynnässä luokka-asteen mukaan pojilla Kouluterveyskyselyssä 1996/97 ja 2002/03



KUVIO 9. Ehkäisypillereitä käyttävät (%) iän mukaan Nuorten terveystapatutkimuksessa 1981–2003 (osuudet koko ikäluokasta)

NTTT:n aineistoihin perustuvat tulokset ehkäisypillereiden käytön kehityksestä sopivat hyvin yhteen Kouluterveyskyselystä saatuun tietoon. Kun Kouluterveyskyselyn mukaan sekä seksuaalisesti aktiivisten osuus että heistä e-pillereitä käyttävien osuus on kasvanut, pitäisi myös NNTT:n tuloksissa näkyä käytön nouseva suunta 1990-luvun loppuvuosista 2000-luvun alkuun. Näin onkin 16- ja 18-vuotiailla (kuvio 9). Vuonna 2003 ehkäisypillereitä käytti kaikista 16-vuotiaista 20,4 prosenttia ja 18-vuotiaista 40,1 prosenttia. Nuorimmilla eli 14-vuotiailla käyttö on pysytellyt viimeisen 10 vuoden aikana 1–2 prosentin tuntumassa, vuonna 2003 käyttäjien osuus oli 2,8 prosenttia.

Oleellinen tieto sukupuolitautilien ehkäisyn näkökulmasta on se, miten kondomin käyttö on kehittynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Kun lasketaan kondomia käyttäneiksi ne, jotka ilmoittivat käyttäneensä kondomia tai kaksoisehkäisyä, ja luokitellaan kaikki muut ei-kondomin käyttäjiksi, todetaan molemmilla sukupuolilla kondomin käytön olevan sitä vähäisempää, mitä vanhemmiksi (ja siis mitä aktiivisemmiksi) tullaan. Tutkimuksessa 2002–2003 lukiolaistytöistä 50 prosenttia ja yhdeksäsluokkalaisista 41 prosenttia oli ollut ilman kondomia viime yhdynnässään, pojista vastaavasti 38 prosenttia ja 32 prosenttia. Kaikissa ikäryhmissä ja molemmilla sukupuolilla kondomin käyttö oli näin tarkasteltuna vähemmän päin kuuden vuoden tarkastelujaksolla. Eniten käyttö oli vähentynyt lukiolaispojilla (8 %-yksikköä) ja yhdeksäsluokkalaisilla pojilla (7 %-yksikköä). Lukiolaistytöillä vähentymä oli neljä prosenttiyksikköä ja yhdeksäsluokkalaisilla tytöillä kuusi pro-

TAULUKKO 4. Jälkiehkäisyä ainakin kerran käyttäneiden tyttöjen osuudet (%) Kouluterveyskyselyssä luokka-asteen mukaan ja Nuorten terveystapatutkimuksessa iän mukaan

| a) Kouluterveyskysely (Länsi-Suomeen painottuva aineisto) | | | | |
|--|------|------|------|------|
| | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 |
| 8. luokka* | 2,3 | 3,9 | 3,9 | 3,4 |
| 9. luokka | 6,7 | 8,8 | 10,4 | 10,2 |
| Lukion 2. luokka | 16,2 | 18,4 | 20,6 | 23,3 |

* Iät keskimäärin 14,8 vuotta (8. lk), 15,8 vuotta (9. lk) ja 17,8 vuotta (lukio).

| b) Nuorten terveystapatutkimus | | | |
|---------------------------------------|------|------|------|
| | 1999 | 2001 | 2003 |
| 14-vuotiaat* | 1,2 | 2,6 | 1,9 |
| 16-vuotiaat | 11 | 11,5 | 13,8 |
| 18-vuotiaat | 12,2 | 22,6 | 24,8 |

* Iän keskiarvot: 14,6 vuotta, 16,6 vuotta ja 18,7 vuotta.

senttiyksikköä. Tämä tarkastelu sukupuolitautien näkökulmasta antaa aihetta kondomin käytön perusteellisempaan tutkimukseen, jossa huomioidaan nykyisen seurustelusuhteen luonne ja pituus sekä aiempien kumppaneiden lukumäärä.

Lisääntykö jälkiehkäisyn käyttö?

Jälkiehkäisyä oli joskus käyttänyt vuosien 2002–2003 aineistossa kolme prosenttia nuorimmista, käyttäneiden osuus ei lisääntynyt tarkastelujaksolla. Yhdeksäluokkalaisilla käyttö lisääntyi seitsemästä prosentista (1996–1997) kymmeneen prosenttiin vuonna 2000–2001, mutta väheni sitten yhdeksään prosenttiin. Lukiolaisilla käyttö lisääntyi koko tarkastelujakson ajan. Kun vuosina 1996–1997 jälkiehkäisyä oli joskus käyttänyt 15 prosenttia lukiotyöistä, oli osuus 22 prosenttia vuosien 2002–2003 aineistossa.

Jälkiehkäisy vapautui toukokuussa 2002 apteekissa reseptittä myytäväksi 15 vuotta täyttäneille. Kouluterveyskyselyn ”läntinen” aineisto tarjoaa mielenkiintoisen mahdollisuuden tarkastella jälkiehkäisyä käyttöä vuotta ennen ja vuosi myynnin vapautumisen jälkeen (taulukko 4). Yläasteen kahdeksannella luokalla käyttökokemukset ovat pysyneet samalla tasolla vuodesta 1999 vuoteen 2003. Yhdeksännellä luokalla joskus jälkiehkäisyä käyttäneiden osuus kasvoi 1997–2001, mutta vuonna 2003 tilanne ei ollut muuttunut vuoteen 2001 verrattuna.

Kouluterveyskyselyn perusteella jälkiehkäisyn vapauttaminen apteekkimyyntiin ilman reseptiä saatavaksi ei siis ole lisännyt jälkiehkäisyn käyttöä yläasteikäi-

sillä. Lukiolaistytöillä käyttö on lisääntynyt tasaisesti noin kaksi prosenttiyksikköä jokaisen tarkastelupisteen välillä, niin myös vuosien 2001 ja 2003 välillä. Reseptittä myynti ei näytä aiheuttaneen aiempaa vuosia suurempaa lisäystä käyttöön.

NTTT:ssa on kysytty vuodesta 1999 lähtien samalla kysymyksellä kuin Kouluterveyskyselyssäkin, onko vastaaja koskaan käyttänyt jälkiehkäisyä. Nuorimmilla käyttökokemukset eivät ole yleistyneet, mutta 16-vuotiailla kasvu näkyy, etenkin kun tarkastellaan ajankohtaa vuotta ennen ja jälkeen reseptipakon poiston: joskus käyttäneiden osuus nousi 11,5 prosentista 13,8 prosenttiin. Kun verrataan tuloksia Kouluterveyskyselyyn, on syytä huomioida, että NTTT:n vastaajat ovat keskimäärin lähes vuoden vanhempia kuin peruskoulun yhdeksäsluokkalaiset vastaajat. Vanhimmissa vastaajilla (ikä keskimäärin 18,6 vuotta) jälkiehkäisyä joskus käyttäneiden osuus kasvoi selvästi tutkimuksesta toiseen, vuonna 2003 osuus oli 27,9 prosenttia.

Yhteenveto

Kouluterveyskysely osoittaa, että sukupuolielämän aloittaminen aikaistui jonkin verran 1990-luvun loppuvuosina, mutta tämän vuosituhannen puolella aikaistumiskehitys on pysähtynyt. Myös seurustelevien osuuden sekä suutelu- ja hyväilykokemusten perusteella arvioitun seksuaalisen aktiivisuuden lisääntyminen on pysähtynyt. Vaikka sukupuoliset kokemukset tarkastellun ajanjakson alkupuolella lisääntyivätkin, myös asian kääntöpuoli on huomionarvoinen: ylivoimainen enemmistö nuorista ei edelleenkään aloita aktiivista sukupuolielämää ennen 16 vuoden ikää.

Ehkäisyn käytössä ei ilmennyt suuria muutoksia. Peruskouluikäisissä ehkäisemättä jättäneiden osuus on pysytellyt vuosia suunnilleen samoissa lukemissa, 15–18 prosentissa. Yhdeksäsluokkalaisissa osuus oli jopa 40 prosentin tasolla vielä 1980-luvun lopulla, mutta tilanne parani todennäköisesti HIV-epidemiaan liittyneen lisääntyneen informaation ja kampanjoinnin johdosta jo vuoteen 1992 mennessä oleellisesti (Kosunen 1993). Sen jälkeen tilanne on vielä jonkin verran korjaantunut, mutta nykyisestä parempaan ehkäisyn kattavuuteen pääseminen vaatisi ilmeisesti tuntuvaa seksuaaliopetuksen ja seksuaaliterveyspalveluiden kehittämistä. Ehkäisymenetelmissä ilmenee muutosta kondomin käytöstä ehkäisytablettien käyttöön – harvoin kuitenkin niiden yhdistelmään. Raskauden ehkäisyn näkökulmasta on siis siirrytty tehokkaamman ehkäisyn suuntaan, mutta sukupuolitautilien ehkäisemisen näkökulmasta heikompaan.

LÄHTEET

- Kontula, O., Meriläinen, J. (1988). Nuorten kypsytymisen seurusteluun ja seksuaalisuuteen. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Tutkimukset 9. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kosunen, E. (1993). Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy. Stakes, Raportteja 99. Helsinki.
- Kosunen, E., Rimpelä, M., Liinamo, A., Jokela, J. (2000). Suomalaisen nuorten seksuaalikäyt-
tämisen muutokset 1990-luvun lopulla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 37:273–282.
- Rimpelä, A., Rimpelä, M., Vikat, A., Ahlström, S., Huhtala, H., Lintonen, T. (1997). Nuorten terveystapatutkimus: Tupakointi ja päihteet 1977–1997. Stakes, Aiheita 28. Helsinki.
www.stakes.fi/kouluterveys/toteutus.htm

English summary

Adolescent sexual behaviour in Finland – results of the National School Health Promotion Study from 1996/1997 to 2002/2003

ELISE KOSUNEN

Adolescent surveys showed no significant changes in sexual behaviour in Finland between the mid-1980s and mid-1990s. However, recent published data from the School Health Promotion Study in 1998/99 suggested an increase in teenage sexual activity. This study is concerned to establish whether this trend has continued in the light of the surveys in 2000/01 and 2002/03.

The National School Health Promotion Study was carried out for the first time in April 1996 in eastern and in April 1997 in western Finland. Since then, the survey has been repeated in a similar format every other year in the eastern part and every other year in the western part of the country. The present data comprised those schools that have taken part in every one of these surveys. The pooled data for two consecutive years represent the whole country, giving us four checkpoints: 1996/97, 1998/99, 2000/01 and 2002/03. The data comprised 8th grade (mean age 14.8 years) and 9th grade (15.8 years) comprehensive school pupils as well as 2nd year senior secondary school students (17.8 years). Annually, about 30,000 comprehensive school pupils and 7,000 secondary school students participated in the study.

The proportion of adolescents who had experienced their first sexual intercourse increased significantly from 1996/97 to 2000/01, but not beyond that point. Among 8th grade girls, 17% had experienced sexual intercourse; among boys the figure was 15%. In the 9th grade, the respective figures were 33% and 24% and in senior secondary schools 56% and 43%. The proportion of adolescents who had had at least ten coital events also increased during the first three surveys, but not in the most recent survey. Currently, 10–16% of experienced adolescents have had at least five sexual partners; this proportion also increased during the period under review in all other subgroups except in secondary school boys. Both genders in the 9th grade and in senior secondary school reported increased use of oral contraceptives at last sexual intercourse. The use of condoms decreased respectively. In the most recent surveys, about one-fifth of 8th grade pupils reported that they had not used contraception in their last intercourse. In the 9th grade the figures were 16% for girls and 18% for boys and in senior secondary schools 7% and 11%, respectively. The non-use of contraception increased slightly among the youngest groups in the first two surveys, but remained more or less unchanged since then.

Seksuaalisuus ja mielenterveys nuoruusiässä

RIITAKERTTU KALTIALA-HEINO

Nuoruusikäisten seksuaaliterveyden ongelmia kuvataan usein teiniraskauksien ja sukupuolitautilien kautta. Nuorten seksuaalisuuden tutkimus keskittyy seksuaalisen aktiivisuuden aloittamisajankohdan, seksuaalikäyttäytymisen muotojen ja ehkäisyn alueille. Kiinnostuksen kohteena on enimmäkseen seksuaalisuus ja fyysinen terveys. Seksuaaliterveys on kuitenkin kokonaisvaltainen alue, jota tulisi tarkastella myös psykososiaalisen terveyden näkökulmasta. Artikkelissa tarkastellaan nuorten seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden yhteyttä, josta on julkaistu vain vähän empiiristä tutkimustietoa. Artikkeleihin on tiivistetty viimeaikaisia suomalaisia tutkimustuloksia, ja sitä on kirjallisuuteen perustuen laajennettu katsaukseksi aihepiiriin.

Puberteetin alkaminen aloittaa nuoruusiän, joka päättyy aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen. Tämä ajanjakso sijoittuu useimmiten ikävuosien 12 ja 22 välille. Nuoruusikä on mullistavaa kasvun ja kehityksen aikaa sekä fyysisesti että psyykkisesti. Psykodynaamisesta näkökulmasta varhaisnuoruuden keskeinen haaste on sopeutuminen omaan muuttuvaan ruumiiseen. Keskinuoruudessa ihmissuhteiden luonne muuttuu perin pohjin. Lapsuuden ajan riippuvuus vanhemmista vähenee, ja suhde vanhempiin muuttuu laadultaan. Ikätoverien, ihanneiden ja muiden aikuisten merkitys nuoren arvomaailman muokkaajina kasvaa. Nuoruusiän kehityksen loppua kohti nuori muodostaa oman, riippumattoman arvomaailmansa. Jos arvot osin noudattavatkin vanhempien arvoja, näkemykset ovat jo itse työstettyjä, eivät enää vanhemmilta suoraan omaksuttuja ja samanlaisina toistettuja (Mang ja Martell 1995).

Tärkeä nuoruusiän keski- ja loppuvaiheen haaste on seksuaalinen kypsyminen, oman seksuaalisuuden hyväksyminen ja kyky vastavuoroisiin, molemminpuolisesti tyydyttäviin seksuaalisuhteisiin. Kaikkien nuoruusiän kehitystehtävien onnistunut läpivieminen tukee myös kypsymistä seksuaalisuuteen, joka tuottaa iloa ja nautintoa suhteen molemmille osapuolille. Nuoruusiän varhaisessa vaiheessa ihastukset vaihtelevat. Mahdolliset seurustelusuhteet ovat usein lyhyitä, ja tunteet perustuvat enemmänkin omiin mielikuviin ja tarpeisiin kuin toisen todellisiin ominaisuuksiin ja persoonallisuuteen. Ihastukset ja mahdollinen seurustelu palvelevat ennen kaikkea itseän tutustumista, toisessa peilataan itseä. Nuoren haaveiden ja fantasioiden ei tarvitse toteutua; päinvastoin mielikuviin elettyjen tapah-

tumien toteutuminen todellisuuden tasolla voi haavoittaa nuoren kehitystä (Mangs ja Martell 1995).

Aikuisuudessa seksuaalisuutta pidetään keskeisenä voimanlähteenä. Kulttuurimme tarjoaa näkemystä, että vireä seksuaalisuus on osoitus onnistuneesta elämästä. Myös nuorille oman seksuaalisuuden korostamista markkinoidaan esimerkiksi vaatemuodin ja nuorisokulttuurin roolimallien kautta. Toisaalta nuorten seksuaalisuutta tarkastellaan usein ongelma- tai riskikäyttäytymisenä, josta on syytä olla huolissaan ja johon on syytä yrittää puuttua (Udry ja Bearman 1998). Varhainen seksuaalinen aktiivisuus ei välttämättä edustakaan nuorilla suotuisaa psykososiaalista kehitystä, vaan se saattaa pikemminkin ilmentää kehityksen ongelmia. Erilaisista syistä, kuten perhetaustan vaikeuksien, toveripaineen tai päihteidenkäytön takia nuoret saattavat aloittaa seksuaalisen kanssakäymisen ennen kuin oikeastaan ovat siihen kypsiä (Goodson ym. 1997, Kinsman ym. 1998). Seksuaalielämän varhaiseen aloittamiseen voivat vaikuttaa myös odotukset aikuisuuden nopeamasta saavuttamisesta (Rosenthal ym. 1999).

Seksuaalisen aktiivisuuden alkamisajankohta on viime vuosikymmeninä aikaistunut, ja muun muassa nuorten aikaisempi fyysinen kypsyminen on länsimaissa johtanut yhdyntöjen aloittamisien varhentumiseen 3–4 vuodella 1900-luvun jälkipuoliskon aikana (Wellings ja Field 1996, Goodson ym. 1997). Suurin muutos tapahtui 1960–1970-luvuilla, sen jälkeen muutokset ovat olleet vähäisiä. Vertailututkimukset ovat osoittaneet, että Pohjoismaissa yhdyntöjen aloittamisikä on alhaisempi kuin muualla Euroopassa ja että tytöt aloittavat aikaisemmin kuin pojat (Jones ym. 1985). Nykyisin noin kolmannes suomalaisista tytöistä ja neljännes pojista on kokenut yhdynnän peruskoulun loppuun mennessä (ks. luku Seksuaalikäyttäytymisen muutokset tässä kirjassa). Koska puberteettikehityksen ajoitus vaikuttaa niin seksuaalikäyttäytymiseen kuin mielenterveyden ongelmiin, on tärkeää huomioida puberteetin alkamisikä, kun tutkitaan seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden ongelmien yhteyksiä.

Puberteettikehitys ja masennus

Kliinisesti diagnostisoitu depressio yleistyy nuoruusiässä. Masennuksen esiintyvyys on 6–11-vuotiailla alle kolme prosenttia ja noin yhdeksän prosenttia 12–16-vuotiailla (Fleming ja Offord 1990, Garrison ym. 1992, Lewinsohn ym. 1994, Whitaker ym. 1990). Erilaisilla itsearviointimittareilla mitattuna depression esiintyvyys nuorilla on vielä korkeampi: noin 15 prosenttia nuorista saa keskivaikeaan tai vakavaan masennukseen viittaavat pisteet (Connelly ym. 1993, Ehrenberg ym. 1990, Olsson ja von Knorring 1997). Lapsuudessa masennus on yhtä yleistä pojilla ja tytöillä tai jopa hieman yleisempää pojilla (Angold ym. 1998, Fleming ja Offord 1990), mutta nuoruusikään tultaessa aikuistyyppinen sukupuoliero depression

yleisyydessä vakiintuu: masennusta on nuoruusikäisillä tytöillä noin kaksin verron enemmän kuin pojilla (Angold ym. 1998).

Puberteettikehityksen osuudesta masennuksen ilmaantumiseen ja selvän sukupuolieron kehittymiseen on kiistelty. Aikaisemmat tutkimuksen viittasivat siihen, että ei puberteettikehitys, vaan ikä sinänsä, vaikuttaisi depression yleistymiseen (Angold ja Rutter 1992). Uudempi tutkimus on kuitenkin liittänyt depression lisääntymisen ja sukupuolieron ilmaantumisen puberteettikehityksen etenemiseen: mitä pidemmällä puberteetti on, sitä enemmän on masennusta, etenkin tytöillä (Angold ym. 1998). Myös puberteetin ajoittumisella on merkitystä. Rierdan ja Koff (1991) sekä Hayward kumppaneineen (1997) havaitsivat puberteetin aikaisen ajoituksen liittyvän kohonneeseen depression ja muun sisäänpäin kääntyvän (internalisoivan) oireilun riskiin tytöillä. Canals ym. (1996) eivät kuitenkaan havainneet yhteyttä puberteettikehityksen ja masennuksen välillä.

Pojilla puolestaan on esitetty nimenomaan myöhäisen kypsytymisen lisäävän psykososiaalisen sopeutumisen ongelmien riskiä ja varhaisen puberteettiin tulon edistävän suotuisaa kehitystä (Stattin ja Magnusson 1990, Nottelman ym. 1987). Tämän pohjalta voisi olettaa, että mielenterveyshäiriöt, kuten masennus, olisivat nekin yhteydessä pojilla nimenomaan hitaaseen kehittymiseen. Suomalaisessa aineistossa kuitenkin havaitsimme, että molemmilla sukupuolilla aikainen puberteettiin tulo liittyi paitsi depression myös lukuisiin muihin mielenterveyden ongelmiin, niin eksternalisoiviin (eli ulospäin suuntautuviin häiriöihin, kuten päihteidenkäyttö ja käytöshäiriöt) kuin internalisoiviinkin (Kaltiala-Heino ym. 2003a). Depression näyttää siis liittyvän niin pitemmälle edenneeseen puberteettikehitykseen kuin puberteetin varhaiseen alkamiseenkin, jos kohta jälkimmäinen havainto pojilla kaippaa vielä vahvistamista.

Puberteetti voi vaikuttaa masennuksen esiintymiseen usealla tavalla, niin biologisten, psykologisten kuin sosiaalisten seikkojen kautta. Puberteetin hormonaaliset muutokset voivat vaikuttaa mielialaan ja jossain määrin selittää myös sukupuolierojen synnyn masennuksen esiintyvyydessä. Psykologisesti haaste sopeutua omaan muuttuvaan ruumiiseen ja seksuaalisuuteen saattaa olla masennusriskiä lisäävä tekijä. Länsimaisessa nyky-yhteiskunnassa tämä kehitystehtävä on ehkä vaativampi tytöille, erityisesti jos he kypsyvät fyysisesti kovin varhain, mahdollisesti ennen kuin he ovat psyykkisesti valmiita kohtaamaan ne haasteet, joita liittyy naisena olemiseen yhteiskunnassamme. Edelleen depressioriski saattaa välittyä sosiaalisten tekijöiden kautta, esimerkiksi sen, miten muut suhtautuvat nuoren muuttuneeseen ruumiiseen ja mitä yhteisö odottaa nuorelta, joka siirtyy lapsuudesta nuoruusikään. Nämä odotukset ovat tytöille ja pojille erilaisia. Sosiaaliset seikat ovat erityisen tärkeitä niille, jotka kehittyvät poikkeuksellisen varhain. He joutuvat kohtaamaan muiden reaktiot ja odotukset saamatta tukea samassa vaiheessa olevilta ikätovereilta.

Seksuaalisuus ja masennus

Mielenterveystyössä ja psykiatriassa depression yleisesti oletetaan liittyvän seksuaalisen halun vähenemiseen. Tätä kuvastaa muun muassa se, että useissa depressio-omittareissa, esimerkiksi laajasti tunnetuissa Hamiltonin ja Beckin depressioskaaloissa yhtenä mitattavana oireena on seksuaalisen halun väheneminen (American Psychiatric Association 2000). Empiiristä tutkimustietoa masennuksen ja seksuaalisen halun ja käyttäytymisen välisistä suhteista on aikuisillakin äärimmäisen vähän, saati nuorilla. Depression ja seksuaalikäyttäytymisen yhteydet saattavat nuorilla myös poiketa siitä, mitä ne ovat aikuisilla. Esimerkiksi Tubman ym. (1996) raportoivat, että masennusoireet olivat yleisempiä seksuaalisesti aktiivisilla nuorilla kuin kokemattomilla.

Omassa tutkimuksessamme selvitettiin nuorten (14–16-v.) seksuaalikäyttäytymisen yhteyksiä masennukseen laajassa valikoitumattomassa väestöotoksessa (Kaltiala-Heino ym. 2003b). Vertasimme masennuksen esiintymistä niillä, joilla ei ollut lainkaan seksuaalisia kokemuksia, masennuksen yleisyyteen niillä, joilla oli eriasteisiksi luokiteltuja kokemuksia: suutelua, hyväilyjä vaatteet päällä, hyväilyjä intiimisti (vaatteiden alta tai alasti) ja yhdyntäkokemuksia. Masennus oli niin tyttöillä kuin pojilla sitä yleisempää, mitä intiimimpiä kokemuksia nuorella oli. Kun monimuuttujamallissa kontrolloitiin puberteetin alkamisikä ja sosiodemografiset tekijät, masennus yhdistyi tyttöillä intiimeihin kokemuksiin yleensä (hyväily vaatteiden alta tai alastomana, yhdyntä) ja pojilla siihen, että he olivat olleet yhdynnässä.

Jatkotutkimuksessamme tarkastelimme erityisesti riskialttiin seksikäyttäytymisen yhteyttä masennukseen samassa ikäryhmässä (Kosunen ym. 2003). Tutkittavana ryhmänä olivat yhdynnän kokeneet 14–16-vuotiaat tytöt ja pojat. Riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen määrittelimme siten, että nuorella oli ollut paljon yhdyntäkokemuksia, useita sukupuolikumppaneita ja että hän oli laiminlyönyt ehkäisyn viimeisimmässä yhdynnässään. On huomattava, että tässä ikäryhmässä yhdynnän kokeneilla useimmiten oli ollut vain yksi kumppani ja että vain osalla oli yhdyntöjä säännöllisesti. Sekä tytöillä että pojilla masennusta oli enemmän niillä, joilla oli ollut useita sukupuolikumppaneita (viisi tai enemmän), ja masennus yhdistyi myös ehkäisyn laiminlyöntiin viimeisimmässä yhdynnässä. Tyttöillä masennusta oli vähemmän niillä, joilla oli ollut enemmän yhdyntöjä, pojilla taas masennus ja yhdyntöjen määrä eivät liittyneet toisiinsa.

Havaitsemamme yhteys seksuaalisen aktiivisuuden ja masennuksen välillä voi syntyä eri tavoilla. On mahdollista, että nuoret reagoivat masennuksella seksikokemuksiin, jotka osuvat kohdalle ennen kuin nuori oikeastaan on niihin emotionaalisesti valmis. Katumus varhain aloitetuista yhdynnöistä ei ole harvinaista nuorten joukossa (Wight ym. 2000). Esimerkiksi toveripiirin paine voi saada nuoren aloittamaan seksielämän harkitsemattomasti. Seksuaalisuus saa runsaasti tilaa myös mediassa ja kulttuurissa, esimerkiksi muodissa, elokuvissa, kevyessä musiikissa jne.

Kulttuurimme tarjoaa oletusta, että aktiivinen seksielämä on merkki onnistuneesta aikuiselämästä. Tämä voi olla hämmentävää ja houkutelua nuoria olettamaan, että sama koskee heitäkin. Näin ulkopuoliset paineet voivat johtaa siihen, että nuoret aloittavat seksielämän niin aikaisin, ettei heillä ole vielä edellytyksiä integroida seksuaalisia kokemuksiaan minäkuvaansa tasapainoisella tavalla. Toisaalta on mahdollista, että yhteys syntyykin toisin päin. Masentuneet nuoret ehkä etsivät seksisuhteista läheisyyttä ja hyväksyntää lievittääkseen siten pahaa oloaan. Molemmansuuntaiset mekanismit voivat toki yhtäaikaan vaikuttaa varhaisten seksikokemusten ja masennuksen välisten yhteyksien syntyyn.

Pojat ilmeisesti aloittavat seksuaalinelämän useammin tilapäissuhteiden kautta kuin tytöt, jotka yleensä aloittavat seksielämän seurustelusuhteessa. Varhain yhdyntä aloittaneet pojat ilmoittavat tutkimuksissa useampia seksikumppaneita kuin myöhemmin aloittavat (Kosunen ym. 2000). Vakituisen seurustelun pojat aloittavat myöhemmin kuin tytöt. Masennusta koskevien tulostemme valossa tällainen käyttäytyminen ei näytä ilmentävän suotuisaa nuoren pojan kehitystä, vaan pikemminkin se saattaa ilmentää masentuneisuutta.

Vaikka masennus yhdistyykin sekä tytöillä että pojilla seksikokemuksiin useiden kumppanien kanssa, tytöillä suurempi yhdyntäkertojen määrä kuitenkin liittyy vähäisempään masennusriskiin. Arvelimme tämän johtuvan siitä, että nuoret tytöt saavat seksikokemuksensa yleensä vakituksessa seurustelusuhteessa, joka jos sinänsä antaa myönteisiä tunnekokemuksia. Analysoimme siksi yhdyntöjen määrän yhteyttä masennukseen erikseen seurustelevilla ja ei-seurustelevilla tytöillä. Seurustelevilla tytöillä useampien yhdyntäkokemusten yhteys vähäisempään masennukseen säilyi, mutta ei-seurustelevilla suojaava vaikutus katosi. Ei-seurustelevien masennusriski ei kuitenkaan suurentunutkaan yhdyntäkertojen lisääntyessä. On kuitenkin muistettava, että nuorten seurustelusuhteet saattavat olla melko lyhytaikaisia ja ei-seurustelevien tyttöjen ryhmässä yhdyntäkokemukset ovat voineet syntyä yhtä hyvin seurustelusuhteessa, joka on nyttemmin päätynyt, kuin satunnaisissa suhteissa. Aineistomme ei antanut mahdollisuuksia tarkemmin tutkia tätä asiaa.

Suomalaisten nuorten tiedot ehkäisyasioista ovat yleensä hyvät (Kontula ym. 1992), mutta silti ehkäisy laiminlyödään suhteellisen usein. Nuorten kehitysvaiheen luonteeseen kuuluu, etteivät he pysty pitkäjänteisesti harkitsemaan kaikkien tekemistensä seuraamuksia, esimerkiksi ehkäisyn laiminlyönnin riskien todellisuutta. Toisaalta on esitetty, että ehkäisyn laiminlyönti voi ilmentää depression viittaavaa oman terveyden ja turvallisuuden laiminlyöntiä. Tämä voisi liittyä masentuneelle nuorelle tyyppilliseen heikkoon itsetuntoon ja ilmentää kokemusta, ettei nuori pidä itseään huolenpidon arvoisena. Tuloksemme tukevat tätä oletusta.

Seksuaalinen aktiivisuus oli näissä tutkimuksissa yhteydessä masennukseen riippumatta siitä, missä iässä nuori oli tullut puberteettiin, eli pitempi biologisen kypsyyden jakso ei suojannut seksiin liittyvältä masennukselta. Varhainen biolo-

ginen kypsyminen saattaa asettaa nuorille paineita käyttäytyä seksuaalisesti aktiivisesti, eikä seksielämä silloin ehkä kuvasta kypsyttää vaan sosiaalisia paineita.

Seksuaalisesti aktiivisten nuorten masennuksen mahdollisuus tulisi tunnistaa terveydenhuollossa. Erityisesti masennuksen mahdollisuutta tulee kartoittaa riskialttiita seksisuhteita harjoittavilla nuorilla. Toisaalta masentuneiden nuorten seksuaaliterveys vaatii erityistä huomiota.

Nuorten seksuaalisuus ja syömishäiriöt

Syömishäiriöt (anoreksia nervosa ja bulimia nervosa) ovat ennen puberteettia äärimmäisen harvinaisia; on jopa sanottu, ettei niitä esiinny ennen puberteetin alkamista. Anoreksiaan liittyy amenorrea (kuukautisten poisjääminen), ja harvojen ennen puberteettia alkaneeksi raportoitujen anoreksiatapausten on esitetty itse asiassa kuitenkin alkaneen vasta puberteettikehityksen käynnistyttyä joskin ennen menarkea (kuukautisten alkamista). Bulimia alkaa yleensä myöhemmin kuin anoreksia. Anoreksiaa esiintyy eri tutkimusten mukaan korkeintaan prosentilla nuoruusikäisistä tytöistä, jotka ovat häiriön tärkein riskiryhmä (Fombonne 1995). Bulimian esiintyvyys tärkeimmässä riskiryhmässä, 19–24-vuotiailla länsimaisilla valkoihoisilla naisilla, on 2–4 prosenttia (Fairburn ja Beglin 1990, McCallum 1993). Pojilla syömishäiriöitä esiintyy noin yhdellä pojalla kymmentä tyttöä kohti.

Paitsi että puberteetin alkaminen sinänsä lisää syömishäiriöiden riskiä, myös puberteetin ajoituksella näyttää olevan merkitystä. Aikaisin menarkeen tulevilla tytöillä syömishäiriöiden riski on kohonnut (Kaltiala-Heino ym. 2001, Kaltiala-Heino ym. 2003a, Ruuska ym. 2003). Suomalaisen tutkimuksen mukaan myös pojilla varhainen puberteetin alku on yhteydessä syömishäiriöihin (Kaltiala-Heino ym. 2001).

Tuntuu ymmärrettävältä olettaa, että puberteetin mukanaan tuomat muutokset ruumiin muodoissa, erityisesti rasvakudoksen kertyminen naisellisten muotojen kehittyessä, laukaisevat syömishäiriöitä, joissa keskeisenä ongelmana on huoli lihavuudesta ja ruumiin muodoista. Erityisen kuormittavaa on työstää suhdetta omaan muuttuvaan ruumiiseen, jos kypsyy varhain eikä siksi saa tukea samassa tilanteessa olevilta ikätovereilta.

Syömishäiriöiden suhteesta seksuaalisuuteen on keskusteltu paljon. Anoreksia nervosan on ajateltu oleellisella tavalla liittyvän tytön kyvyttömyyteen sopeutua muuttuvaan, seksuaaliseksi kehittyvän ruumiiseensa. On esitetty, että nälkiinnyttämällä itsensä tyttö tavallaan pysäyttää nuoruusiän kehityksen ja luo illuusion palaamisesta lapsen ruumiiseen. Kun ruumiillinen kehitys ei etene, painetta psyykkiselle kehityksellekään ei ole. Naisellisten ruumiinmuotojen anorektikossa herättämä inho on yhdistetty seksuaalisuuden aiheuttamaan ahdistukseen, jota tyttö voi välttää estämällä ruumiillisen kehityksensä. Anorektikkojen onkin kuvattu olevan myös seksuaalisuuteen liittyviltä asenteiltaan ja kokemuksiltaan ikätovereis-

taan jäljessä ja suhtautuvan seksuaalisuuteen inhon ja häpeän tuntein (Schmidt ym. 1995 ja 1997, Ruuska ym. 2003).

Toisaalta yhteiskunnallis-feminististen tulkintojen mukaan syömishäiriöissä on laajemmin kyse patriarkaalisesta yhteiskunnan tarpeesta kontrolloida naisen ruumista ja seksuaalisuutta. Nainen aktiivisena ja seksuaalisesti haluavana yksilönä on uhkaava. Syömishäiriöön sairastuva tyttö ilmentää naiseen kohdistuvia riskitirittäviä vaatimuksia yksilöllisestä kykenevyydestä ja yhteiskunnan tarpeesta pitää nainen alistavana, vastaanottavana ja passiivisena (MacSween 1993).

Bulimia yhdistyy varhaiseen puberteettiin kuten anoreksiakin, mutta bulimian yhteys seksuaalisuuteen ja seksikäyttäytymiseen näyttää olevan erilainen. Bulimiaan nuoruusiässä liittyy varhainen seksuaalisen kanssakäymisen aloittaminen. Niin tytöillä kuin pojilla bulimiset oireet ovat sitä yleisempiä, mitä intiimpiä seksuaalisia kokemuksia heillä on 14–16 vuoden iässä (Kaltiala-Heino ym. 2001). Bulimia yhdistyy impulssikontrollin häiriöihin. Riskialttiin seksikäyttäytymisen (kuten useiden seksikumppanien hankkimisen) voimakas yhteys bulimiaoireisiin ilmentänee omalta osaltaan impulsiivisuutta ja harkitsemattomuutta, jonka muunnelliset ilmenemismuodot myös liittyvät bulimiaan (Kaltiala-Heino ym. 2003c). Ruuska ym. (2003) totesivat, että bulimiaa sairastavilla tytöillä asenteet seksuaalisuuteen olivat selvästi myönteisemmät kuin anoreksiaa sairastavilla. Coover ym. (1989) kuvasivat bulimiaan liittyvän seksuaalista holtittomuutta.

Muut mielenterveyden häiriöt ja seksuaalisuus

Varhainen seksuaalisuhteiden aloittaminen on yhteydessä myös erilaisiin muihin eksterualisoiviin ja internalisoiviin oireisiin ja häiriöihin. Ramhakran ym. (2000) mukaan myöhäisnuoruusikäisillä, jotka kärsivät päihdehäiriöistä, skitsofreniaryhmän häiriöistä ja epäsosiaalisesta persoonallisuudesta, oli kohonnut todennäköisyys riskialttiisiin seksikontakteihin. Samoin todettiin, että he olivat aloittaneet seksuaalielämän varhemmin kuin nuoret yleensä.

Capaldi ym. (1996) ja Tubman ym. (1996) havaitsivat, että lapsuudenaikainen asosiaalisuus ennakoivat varhaista yhdyntöjen aloittamista. Aikainen yhdyntöjen aloittaminen puolestaan liittyy epäsosiaalisuuteen nuoruusiässä. Myös suomalaisessa aineistossa varhaiset yhdynnän kokemukset yhdistyivät keskinuoruusikäisillä monenlaiseen rikos- ja rikekäyttäytymiseen keskinuoruusikäisillä (Kaltiala-Heino, julkaisematon havainto).

Pohdintaa

Vaikka nykykulttuurissamme korostetaankin aktiivista seksielämää elämän laadun osoittimena, tulisi huomata, että nuorten tarpeet ovat erilaiset kuin aikuisten. Vaikka nuoruusikä onkin seksuaalisen kehityksen aikaa, se ei tarkoita, että nuoruusiässä tulisi ja olisi eduksi seksuaalisuuden alueella kokea kaikkea sitä, minkä ymmärtään kuuluvan aikuisen seksuaalisuuteen.

Nuoret tarvitsevat rauhaa kasvuun ja kypsymiseen. On erehdys olettaa, että kaikki nuoruusikään kuuluvat fantasiat tulisi panna täytäntöön. Nuoret kypsyvät eri tahdissa. Olisi tärkeää, että kulttuuri jättäisi tilaa myös odottamiselle. Nuorten terveyskasvatuksessa tulisi pyrkiä hälventämään kuvitelmia, että kaikki muut ovat jo kokeneempia ja että on kiire hakeutua intiimisuhteisiin.

Empiirisin tutkimuksin on yllättävän vähän tarkasteltu nuorten seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden välisiä yhteyksiä. Saatavilla oleva kansainvälinen kirjallisuus ja oman työryhmäni tutkimukset osoittavat selvästi yhteyden varhaisen intiimin seksuaalielämän aloittamisen ja erilaisten mielenterveyden häiriöiden välillä. Tämä yhteys säilyy, vaikka otetaan huomioon puberteetin alkamisikä. On mahdollista, että liian varhaiset intiimikokemukset laukaisevat mielenterveyden ongelmia, mutta saattaa myös olla, että erilaisista mielenterveyden ongelmista kärsivät nuoret hakeutuvat tai ajautuvat intiimisuhteisiin ongelmiansa takia.

Tähänastisen tutkimuksen valossa näyttää myös siltä, että varhaisten seksikokemusten yhteys mielenterveyden häiriöihin on epäspesifi: varhaisiin intiimisuhteisiin liittyy erilaisia mielenterveyden ongelmia eikä vain joitakin tiettyjä. Tarvitaisiin seurantatutkimuksia syysuhteiden ymmärtämiseksi ja ennaltaehkäisyn mahdollisuuksien löytämiseksi. Lisäksi tarvittaisiin kansainvälistä vertailevaa tutkimusta.

Vaikka syyssuhteita ei nykytiedon valossa voikaan päätellä, on kuitenkin tärkeää huomata, että seksuaalisesti aktiivisten nuorten riski mielenterveyden häiriöihin on selvästi kohonnut. Nuorten seksuaaliterveyden parissa työskentelevien tulee kyetä tunnistamaan ja ohjaamaan hoitoon mielenterveysongelmista kärsivät nuoret. Toisaalta nuorisopsykiatristen potilaiden seksuaaliterveyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

LÄHTEET

- American Psychiatric Association. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., Worthman, C. K. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine* 28:51–56.
- Angold, A., Rutter, M. (1992). The effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology* 4:5–28.
- Canals, J., Marti-Henneberg, C., Fernandez-Ballart, J., Domonech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry* 4:201–111.
- Capaldi, D., Crosby, L., Stoolmiller, M. (1996). Predicting timing of first sexual intercourse for at-risk adolescent males. *Child Development* 67:344–359.
- Connelly, B., Johnston, D., Brown, I., Mackay, S., Blackstock, E. G. (1993). The prevalence of depression in a high school population. *Adolescence* 28:149–158.
- Coovert, D. L., Kinder, B. N., Thompson, J. K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of literature. *Clin Psychol Rev* 9:169–180.
- Ehrenberg, M. E., Cox, D. N., Koopman, R. F. (1990). The prevalence of depression in high school students. *Adolescence* 25:905–912.
- Fairburn, C., Beglin, S. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147:401–408.
- Fleming, J. E., Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29:571–580.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry* 166:463–471.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKewon, R. E., Waller, J. L. (1992). Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 135:792–802.
- Goodson, P., Evans, A., Edmundson, E. (1997). Female adolescents and onset of sexual intercourse: a theory-based review of research from 1984–1994. *Journal of Adolescent Health* 21:147–156.
- Hayward, C., Killen, J., Wilson, D., Hammer, L., Kraemer, H., Haydel, F., Varady, A., Taylor, B. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 36:255–262.
- Jones, E. F., Forrest, J. D., Goldman, N., Henshaw, S. K., Lincoln, R., Rosoff, J. I., Westoff, C. F., Wulf, D. (1985). Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. *Family Planning Perspectives* 24:12–19.
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P., Rimpelä, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Sciences & Medicine* 57:1055–64 (a).
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence* 26:531–45 (b).
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelä, M., Rantanen, P. (2001). Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic type eating pathology in middle adolescence. *Journal of Adolescent Health* 28:346–352.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelä, M., Rantanen, P. (2003). Bulimia and impulsive behaviours in middle adolescence. *Psychotherapy and psychosomatics* 72:26–33 (c).
- Kinsman, S., Romer, D., Furstenberg, F., Schwartz, D. (1998). Early sexual initiation: The role of peer norms. *American Academy of Pediatrics* 102:1185–1192.
- Kontula, O., Rimpelä, M., Ojanlatva, A. (1992). Sexual knowledge, attitudes, fears and behaviours of adolescents in Finland. *Health Education Research* 7:69–77.
- Kosunen, E., Rimpelä, M., Liinama, A., Jokela, J. (2000). Suomalaisten nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutokset 1990-luvun lopulla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37:273–282.
- Kosunen, E., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Laipala, P. (2003). Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence – a school based survey. *Child: Health, Care and Development* 29:337–44.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33:6:809–818.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies. A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. New York: Routledge.
- Mangs, K., Martell, B. (1995). *0–20 år i psykoanalytisk perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

- McCallum, K. (1993). Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 6:167–173.
- Nottelman, E. D., Susman, E. J., Inoff-Germain, G., Cutler, G. B., Loriaux, D. L., Chrousos, G. P. (1987). Developmental processes in early adolescence: Relationships between adolescent adjustment problems and chronologic age, pubertal stage, and puberty-related serum hormone levels. *Journal of Pediatrics* 110:473–480.
- Olsson, G., von Knorring, A.-L. (1997). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95:277–282.
- Ramhakra, S., Caspi, A., Dickson, N., Paul, C. (2000). Psychiatric Disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sexual study in birth cohort. *British Medical Journal* 321:263–266.
- Rierdan, J., Koff, E. (1991). Depressive symptomatology among very early maturing girls. *Journal of Adolescent Health* 20:415–425.
- Rosenthal, D., Smith, A., Visser, R. (1999). Personal and social factors influencing age at first sexual intercourse. *Archives of Sexual Behaviour* 28:319–333.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Koivisto, A. M. (2003). Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12:214–20.
- Schmidt, U., Evans, K., Tiller, J., Treasure, J. (1995). Puberty, sexual milestones and abuse: how are they related in eating disorder patients? *Psychological Medicine* 25:413–417.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Adrews, B., Treasure, J. (1997). *Psychological Medicine* 3:532–530.
- Stattin, H., Magnusson, D. (1990). *Paths through life – Volume 2: Pubertal maturation in female development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tubman, J., Windle, M., Windle, R. (1996). The onset and cross-temporal patterning of sexual intercourse in middle adolescence: prospective relations with behavioral and emotional problems. *Child Development* 67:327–343.
- Udry, J. P., Bearman, P. S. (1998). *New methods for research on adolescent sexual behaviour*. Kirjassa Jessor R: *New perspectives on adolescent risk behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wellings, K., Field, B. (1996). *Sexual behaviour in young people*. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 10:139–160.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry* 47:487–496.
- Wight, D., Henderson, M., Raab, G., Abraham, C., Buston, K., Scott, S., Hart, G. (2000). Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. *British Medical Journal* 320:1243–1244.

English summary

Biological maturation, sexual behaviour and self-reported depression

RIITAKERTTU KALTIALA-HEINO

This article is based on two publications which studied, firstly, the associations between pubertal timing, initiation of sexual activity and self-reported depression (Kaltiala-Heino et al. 2002); and secondly, the association between risk-taking sexual behaviour and self-reported depression (Kosunen et al. 2003). The data were derived from the School Health Promotion Study which is an annual classroom survey. Self-reported depression was measured by the 13-item Beck Depression Inventory. Scores of eight or more on the Beck Depression Inventory were classified as indicative of self-reported depression.

The data for the first analysis (1998) comprised a population sample of 17,082 girls and 15,922 boys aged 14–16 years. The analysis showed that among girls, self-reported depression was associated with early puberty and intimate sexual relationship. Among boys, it was associated with very early and late puberty and experiences of sexual intercourse.

The data for the second analysis were derived from the years 1999 and 2000. Only those adolescents who had experienced at least one sexual intercourse were included (11,793 girls and 10,443 boys). In both genders, the more sexual partners the adolescent had had and if no contraception was used, the more common was self-reported depression. An increasing number of coital experiences correlated with depression only among boys. Adjusting for age and age at menarche/oigarche did not change the detected associations. In stepwise logistic regression, an increasing number of partners increased the risk for self-reported depression (odds ratio for boys with at least 5 partners 2.5, 95% CI: 2.2–3.0 and for girls 2.7, 95% CI: 2.3–3.2). If no contraception was used, the risk was roughly double in both genders compared to contraceptive users. However, girls with five or more coital experiences had a significantly lower risk for depression compared to girls with only one sexual intercourse.

REFERENCES

- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence* 26:531–45.
- Kosunen, E., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M. (2003). Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence – a school-based survey. *Child: Care, Health & Development* 29:337–44.

Tyttöjen ja poikien käsitykset kaupallisesta seksistä

ANNA ANTILA

Lapset ja kaupallinen seksi -hankkeessa tiedusteltiin kolmen helsinkiläisen ammattikoulun opiskelijoilta heidän käsityksiään kaupallisesta seksistä. Kysely oli tietokonepohjainen ja siihen vastasi 1 290 opiskelijaa. Lisäksi 88 koululaista kirjoitti aineen aiheesta Seksi ja raha. Vastajat suhtautuivat kaupalliseen seksiin pääosin kielteisesti, suurin osa tuomitsi seksin ostamisen ja myymisen. Seksin ostamiseen suhtauduttiin silti hieman sallivammin kuin myymiseen. Nuorimmat vastajat olivat kielteisimpiä. Pornon käyttäytymismalleja ei pidetty merkittävänä eikä seksikästä ulkonäköä tärkeänä. Seksimarkkinoihin suhtautumisessa sukupuolierot ovat jyrkät: tytöt tuomitsevat kaupallisen seksin poikia selvemmin. Yli 90 prosenttia tytöistä ei itse harjoittaisi prostituutiota. Pojista lähes kolmasosa olisi itse valmis myymään seksipalveluitaan, jos korvaus olisi tarpeeksi suuri. Osa kyselyyn osallistuneista jätti kokonaan vastamatta kaupallista seksiä koskeneisiin kysymyksiin (n. 16 %). Vaikka valtaosa vastajista tuomitsi kaupallisen seksin, osa suhtautui seksin ostamiseen ja myymiseen myös ”riippuu tilanteesta” tai ”se on jokaisen oma asia” -asenteella.

Lapset eivät kasva muulta yhteiskunnalta suojatussa umpiossa, vaan he kohtaavat lähes saman todellisuuden kuin vanhemmat. Julkinen seksillä markkinointi ja kaupallisten seksipalveluiden tarjoaminen tavoittavat myös alaikäisen väestön. Nykyajan lapsia ja nuoria ympäröi sekä arkinen aherrus seksityössä että uutuuksia pursuva tavarataivas. Kasvattajat voivat tuntea voimattomuutta uusien teknologioiden (mm. Internetin ja matkapuhelinten suoramainonta) ja nuorille suunnattujen kulutuspainneiden alla. Vanhempien kauhukuva on, että lasten ja nuorten mielestä olisi täysin luontevaa ansaita seksillä rahaa ”välttämättömiin” uutuustuotteisiin.

”Maailmaan mahtuu myös monenlaisia seksipalveluiden ammattilaisia aina piiskauksesta tavalliseen seksiin, jotka sopivasta hinnasta tarjoavat palveluitaan, miehille pääasiassa. Siinä ei ole mielestäni mitään väärää jos miehet halutessaan käyttää näitä palveluita. Minun puolesta he saavat tehdä rahoillaan mitä haluavat. Nämä esimerkit osoittavat sen, että jos halutaan yhä että maailmassa on seksiä, niin tarvitaan myös paljon rahaa.” (Keski-Suomi, poika, lukio.)

Lapset ja kaupallinen seksi -selvitys

Miten yliseksualisoiva ja seksiä kaupallistava ilmapiiri vaikuttaa lasten asenteisiin ja käsitykseen seksuaalisuudesta? Ajattelevatko he, että kaupallinen seksi on tavallista, että ”kaikkihan sitä tekee, siis ostaa ja myy seksipalveluita” – onko arki läpikotaisin seksimarkkinoitu ja kaupallinen seksi täysin arkipäiväistetty?

Näitä kysymyksiä pohdittiin Lapset ja kaupallinen seksi -hankkeessa, joka oli Stakesin, Kuluttajaviraston, kauppa- ja teollisuusministeriön, opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteishanke. Siinä keskityttiin kaupallisen seksin ja seksimarkkinoinnin vaikutuksiin ”tavalliseen” lapsuuteen sekä lasten ja nuorten maailmankuvaan ja käsitykseen normaalista seksuaalisuudesta. Tietoja varsinaisesta lapsiprostituutiosta, lapsikaupasta ja lapsipornosta ei kerätty. Niitä käsiteltiin Stakesin Naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisy -projektissa (ks. <http://www.stakes.fi/vakivalta/sivut/index.html>).

Keskeiset käsitteet

YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen mukaan *lapsi* on alle 18-vuotias.

Kaupallinen seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa julkista ja näkyvää hyväksikäyttöä; esimerkiksi perheen sisäiset hyväksikäyttötapaukset rajataan kaupallisen toiminnan ja siten tämän hankkeen ulkopuolelle. Kansainvälisissä yhteyksissä lasten kaupallinen seksuaalinen hyväksikäyttö määritellään lapsiprostituutioksi, lapsipornografiaksi ja lapsikaupaksi seksuaalisiin tarkoituksiin (Ojala 2000).

Arvo on yksinkertaistettuna se, mitä yhteisössä pidetään arvokkaana ja tavoittelemisen arvoisena. Arvoja kontrolloidaan normeilla, normin rikkomisesta seuraa sanktio. Yhteiskunnallisten tieteiden, kulttuurintutkimuksen ja perinnetieteiden perusteiden mukaan arvo ja asenne ovat kulttuurisidonnaisia käsitteitä, ne vaihtelevat ajan ja paikan mukaan. Monet yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat samanaikaisesti arvoihin, asenteisiin ja käsityksiin seksuaalisuudesta sekä ihmisten seksuaalisiin käyttäytymismalleihin. Arvoja, asenteita ja käsityksiä omaksutaan median lisäksi myös perinteestä, taiteesta sekä valistuksesta ja kasvatuksesta. Mallit voivat olla hyvinkin ristiriitaisia, myös saman lähteen sisällä. Esimerkiksi perinlähteessä ikätovereiden ja perheen asenteet voivat olla vastakkaisia, samoin valistukseen ja kasvatukseen kuuluvien tieteen ja uskonnon tarjoamat asenteet ja arvomaailma voivat olla keskenään ristiriitaisia.

Asenteet ovat muuttuvia, niihin voi vaikuttaa. Suhteessa asenteisiin arvo on yläkäsite. Asenteet muuttuvat helpommin ja nopeammin kuin arvot. Jos jokin arvoja ja asenteita muokkaava lähde on heikko tai puuttuu kokonaan, voivat toiset lähteet korvata sen. Jos esimerkiksi median antama malli seksistä on heikko tai jopa haitallinen, voi lasten ja nuorten asenteisiin vaikuttaa valistuksen avulla. Muuttuvina asenteet ovat myös mitattavia ja vertailtavia. Esimerkiksi suomalais-

ten asenteet prostituutiota kohtaan ovat 1990-luvulla muuttuneet sallivampaan suuntaan. Vaikka naisten asenteet ovat muuttuneet vain vähän ja naiset hyväksyvät miehiä harvemmin prostituution, ovat myös naisten ja tyttöjen asenteet kaupallista seksuaalisuutta kohtaan sallivampia kuin ennen, erityisesti nuoremmissa ikäluokissa. (Haavio-Mannila ja Kontula 2001.)

Yhteiskunnalliset arvot vaikuttavat yksilöiden käyttäytymiseen, myös yksin ollessaan ihmiset pyrkivät arvojen ja normien noudattamiseen. Vaikka asenteet ovat yksilöllisiä suhtautumistapoja, on eri ryhmillä yhteisiä asenteita, ryhmäasenteita. Etnosentrismi on keskeinen ryhmäasenne, se erottelee ihmiset ”meihin” ja ”niihin” ja usein korostaa ”meidän” paremmuutta ”niihin” verrattuna. Esimerkiksi eri ikäryhmillä voi olla yhteisiä asenteita ja kielteisiäkin asenteita muita ikäryhmiä kohtaan.

Käsitykset ovat mielikuvia asioista, ne perustuvat tietoon ja uskomuksiin, huihin sekä kokemuksiin. Käsitykset ilmentävät sekä asenteita että arvoja. Ajan ja paikan vaihtelu vaikuttaa asenteiden, arvojen ja käsitysten lisäksi myös yksilön kokemuksiin, mielikuviin, tunteisiin ja muistoihin. Muistot perustuvat paljolti kuviin, mielikuviin.

Median ja mainonnan kuvatulva voi jättää jälkensä ihmisen, myös lapsen, tahattomaan muistiin eli tunnemuistiin, josta se saattaa välittyä tietoisuuteen asenteiden ja käsitysten muodossa. Näin julkinen mainonta tunkeutuu kasvuikäisten yksityisimpään eli heidän kehittyvän mielensä tilaan. Naisvartaloita käyttävä ja seksuaalisesti vihjaileva mainonta mallintaa erityisesti tyttöjen minäihanteita. Mainonta vaikuttaa tyttöjen ruumiinkuvaan. Ruumis muistaa vaatimukset, vaikka mieli tietäisikin, ettei niihin tarvitse vastata. Kaikkialla näkyvä seksimarkkinointi ja mainonta – visuaalinen häirintä – on yksi aikuisten vallankäytön muoto suhteessa lapsiin. Mahdollisuus olla näkemättä kaupallisesti tuotettua viestintää ei kuulu lasten valinnanvapauksiin. (Ks. Näre ja Näre 2004.)

Kyselyyn vastaajat

Lapset ja kaupallinen seksi -selvitys on kaksiosainen. Siinä lapsilta ja nuorilta itseltään kysytään suhtautumista seksimarkkinointiin ja kaupalliseen seksiin. Ensimmäinen osa, kvalitatiivinen tutkimusaineisto, hankittiin temaattisena kirjoittamisena neljässä eri koululuokassa, vastaajia oli 88. Toinen tutkimusaineisto on osa Stakesin ammatillisissa oppilaitoksissa suorittamaa kyselyä. Tässä artikkelissa esitetään pääasiassa kvantitatiivisten kysymysten perusteella saatuja tuloksia toukokuuhun 2003 mennessä kertyneiden vastausten perusteella.

Kolmen helsinkiläisen ammattikoulun opiskelijat osallistuivat vuodenvaihteessa 2002–2003 Stakesin tekemään terveyteen ja hyvinvointiin liittyvään pilottitutkimukseen. Kyselylomake oli sähköinen, ja oppilaat vastasivat siihen koulunsa atk-luokissa. Kyselyn Seksuaalinen käyttäytyminen -osiossa oli viisi väittämää, joilla mitattiin vastaajien asenteita kaupalliseen seksiin.

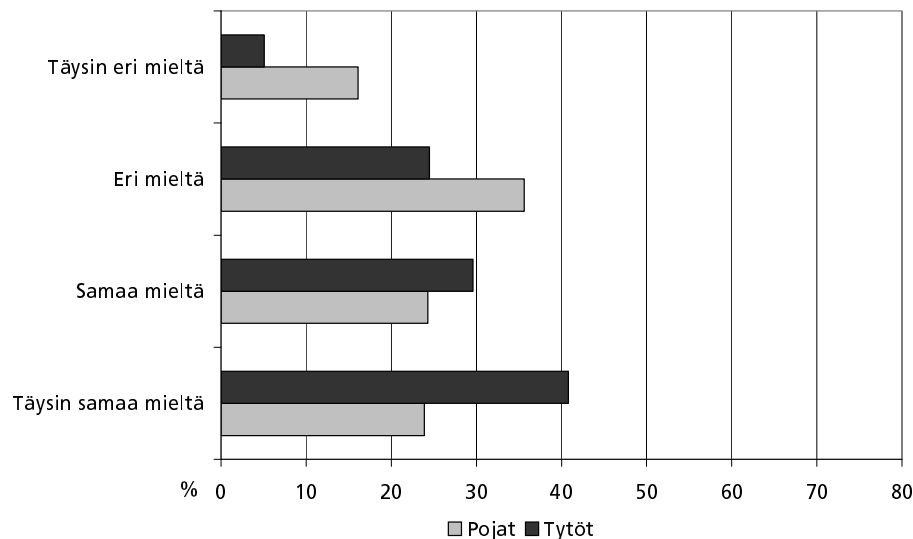
Tietokonepohjaiseen kyselyyn vastasi toukokuuhun 2003 mennessä 1 290 opiskelijaa, joista suurin osa oli 16–19-vuotiaita (72 %). YK:n määritelmän mukaisesti lapsia eli alle 18-vuotiaita vastaajista oli noin puolet (57 %). Vanhimmat vastaajat olivat yli 25-vuotiaita (6 %). Poikia ja miehiä oli vastaajista hieman yli puolet (56 %). Miespuolisista vastaajista enemmistö oli alle 18-vuotiaita poikia (69 %). Naispuolisista vastaajista alaikäisiä tyttöjä oli 42 prosenttia. Vastaajat olivat teknisten, sosiaali- ja terveystieteiden sekä palvelualojen opiskelijoita. Koulutusaloja oli kaikkiaan 26, joista neljällä ei opiskellut yhtään naista tai tyttöä. Poikia tai miehiä oli joka koulutus- alalla. Suurin osa vastaajista opiskeli ensimmäisellä vuosikurssillaan (69 %).

Seksimarkkinointia ja kaupallista seksiä käsittelevään osioon jätti vastaamatta lähes joka kuudes opiskelija. Vastaajilta puuttui vaihtoehto ”en tiedä”, ”en osaa sanoa” tai ”riippuu tilanteesta”, mikä lienee lisännyt puuttuvien vastausten määrää. Vaikka reilu puolet kaikista vastaajista oli poikia tai miehiä, kosketti kaupalliseen seksiin liittyvä kysymyssarja ilmeisesti enemmän tyttöjä ja naisia, sillä suurin osa vastaamatta jättäneistä oli miespuolisia.

Kyselyn tuloksia

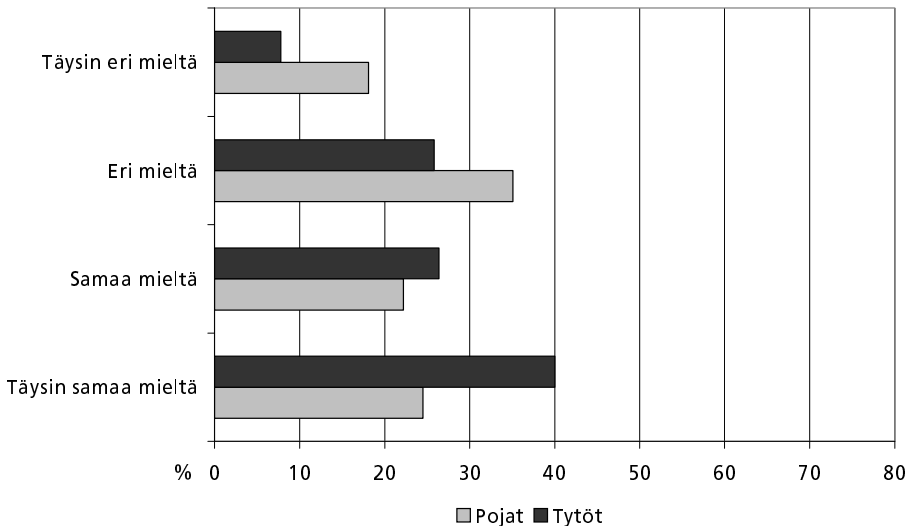
Tyttöjen ja poikien käsitykset seksin myymisestä ja ostamisesta

Seksipalveluiden myyminen eli seksin tarjoaminen rahasta on väärin, arvioi 70 prosenttia tytöistä ja naisista. Pojista ja miehistä lähes puolet (48 %) piti seksin myymistä vääränä, mutta reilu puolet oikeana: 52 prosenttia pojista oli väittämän kanssa eri mieltä. Kysymykseen vastasi 1 093 oppilasta, 15 prosenttia koko kyselyyn vastanneista jätti tämän kysymyksen väliin. Kaikista kysymykseen vastanneista 41 prosenttia piti seksin myymistä oikeana.



KUVIO 1. Vastausten jakauma (%) sukupuolen mukaan väitteeseen: ”Seksipalveluiden myyminen eli seksin tarjoaminen rahasta on väärin.”

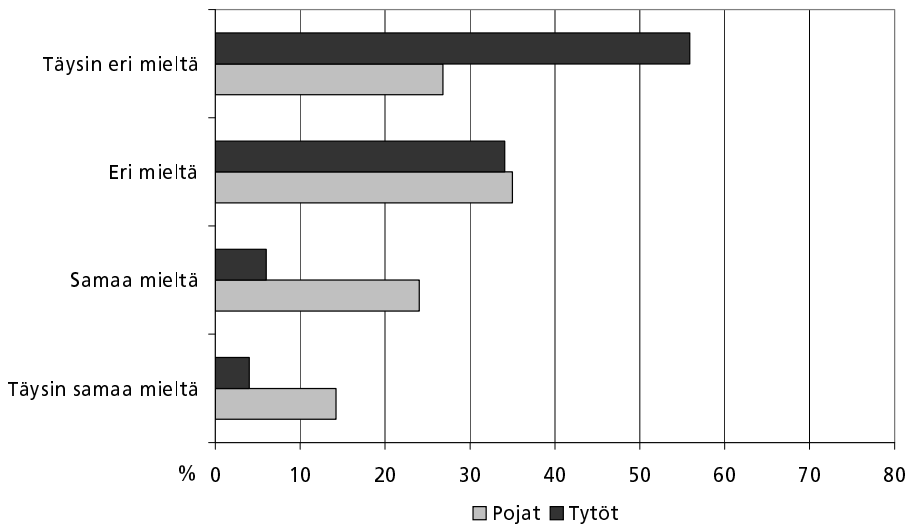
Vastaajista 84 prosenttia otti kantaa seksipalveluiden ostamiseen. Yli puolet vastaajista piti seksin ostamista vääränä (57 %). Kaikista väittämään vastanneista 43 prosenttia oli sitä mieltä, että seksin ostaminen on oikein. Reilu puolet pojista hyväksyi seksin ostamisen (53 %). Tytöistä ja naisista 66 prosenttia piti seksin ostamista vääränä, pojista ja miehistä 47 prosenttia.



KUVIO 2. Vastausten jakauma (%) sukupuolen mukaan väitteeseen: "Seksipalveluiden ostaminen eli seksin hankkiminen rahalla on väärin."

Tytöt ja pojat pornon katselijoina

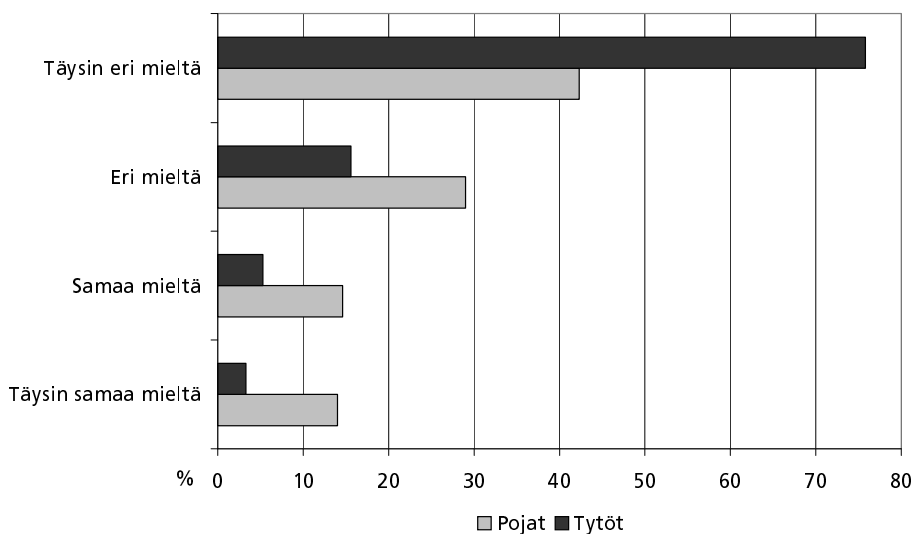
Vastaajista 16 prosenttia ei osannut tai halunnut ilmaista asennettaan pornon antamiin malleihin. Kysymykseen vastasi 1 086 opiskelijaa. Tytöistä ja naisista 90 prosenttia oli täysin eri tai eri mieltä siitä, että on tärkeää ottaa oppia pornosta (Internet, pornoelokuvat ja pornolehdet). Joka kymmenes tytöistä ja naisista oli samaa tai täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Kaikista vastanneista 76 prosenttia ei pitänyt pornon malleja tärkeinä, mutta 24 prosenttia vastaajista oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että on tärkeää ottaa oppia pornosta. Pojista ja miehistä 62 prosenttia ei pitänyt pornon oppeja tärkeinä. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Vastausten jakauma (%) sukupuolen mukaan väitteeseen: ”On tärkeää ottaa oppia ja käyttäytymismalleja pornosta (esim. Internetin pornosivut, pornoelokuvat ja pornolehdet).”

Tytöt ja pojat prostituoituina

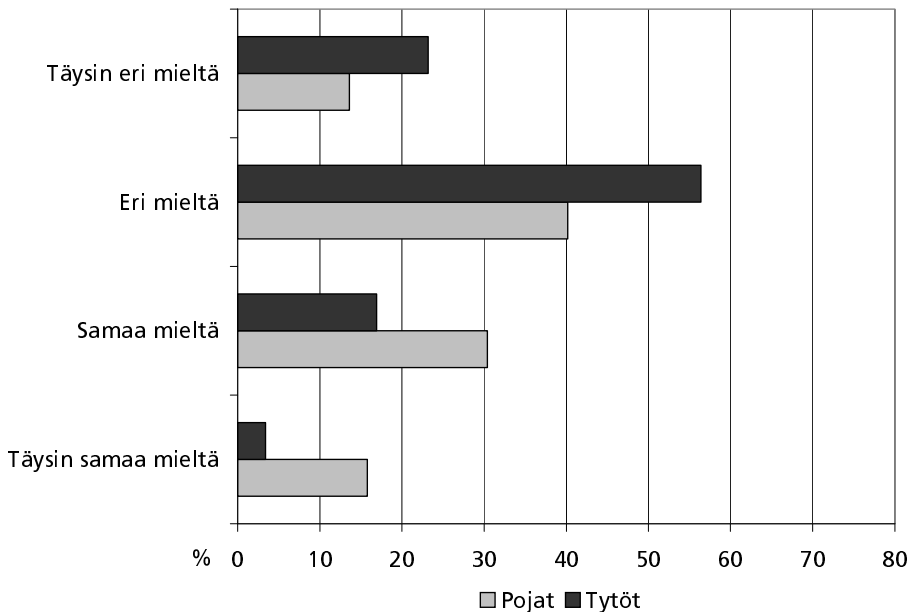
Opiskelijoilta kysyttiin, voisivatko he itse harjoittaa prostituutiota. Kysymykseen vastasi 1 084 eli 84 prosenttia kyselyyn osallistuneista. Heistä 82 prosenttia oli täysin eri tai eri mieltä väittämän kanssa, jossa sanottiin: ”Voisin tyydyttää toisen ihmisen seksuaalisia tarpeita, jos saisin siitä korvaukseksi tarpeeksi rahaa, vaatteita, uusia tavaroita tai muuta taloudellista hyötyä.” Tytöistä ja naisista prostituutioon ei mistään hinnasta ryhtyisi 91 prosenttia, pojista 71 prosenttia. Pojista ja miehistä 153 eli 29 prosenttia olisi valmis itse myymään seksipalveluita. 47 tyttöä ja naista (9 %) suostuisi riittävästä korvauksesta prostituutioon.



KUVIO 4. Vastausten jakauma (%) sukupuolen mukaan väitteeseen: ”Voisin tyydyttää toisen ihmisen seksuaalisia tarpeita, jos saisin siitä korvaukseksi tarpeeksi rahaa, vaatteita, uusia tavaroita tai muuta taloudellista hyötyä.”

Seksikäs ulkonäkö ei ole tärkeää

Nuorten vastaajien mielestä ei ole tärkeää näyttää seksikkäältä. Kaksi kolmasosaa vastaajista (67 %) oli eri mieltä väittämän kanssa, jossa sanottiin: ”On erittäin tärkeää näyttää seksikkäältä.” Vastaajista 33 prosenttia piti seksikkäältä näyttämistä tärkeänä. Tytöistä vain joka viides piti seksikästä ulkonäköä erittäin tärkeänä, pojistakin alle puolet eli 46 prosenttia. Kysymykseen jätti vastaamatta 16 prosenttia vastaajista.



KUVIO 5. Vastausten jakauma (%) sukupuolen mukaan väitteeseen: ”On erittäin tärkeää näyttää seksikkäältä.”

Tulosten tulkintaa

... ”riippuu tilanteesta, se on jokaisen oma asia...”

Suurin osa vastaajista suhtautui kaupalliseen seksiin kielteisesti. Kaikissa väittämissä yli puolet vastaajista oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että seksipalveluiden osto ja myynti, pornografia ja seksikäs ulkoasu ovat väärin, turhia tai merkityksettömiä. Neljä viidestä vastaajasta ei voisi mistään hinnasta itse tarjota seksipalveluita.

Vastukset olivat selvästi sukupuolittuneita. Pojat ja miehet hyväksyivät kaupallisen seksin tyttöjä ja naisia enemmän ja useammin. Hieman yli puolet miespuolisista vastaajista piti seksin ostamista ja myymistä oikeana. Kaupallinen seksi

ja seksillä myyminen, seksimarkkinointi, onkin yleensä miehille suunnattua. Naiset ja tytöt eivät niinkään ole seksimarkkinoinnin kohteita ja potentiaalista asiakaskuntaa kuin ostettavia ja myytäviä tuotteita tai tuotteiden koristeita.

Seksin ostamiseen ja myymiseen yleisellä tasolla suhtauduttiin miespuolisten vastaajien keskuudessa sekä että -asenteella: vajaa puolet vastusti ja reilu puolet hyväksyi kaupalliset seksipalvelut. Sallivasti seksin ostamiseen suhtautui hieman suurempi joukko kuin seksin myymiseen. Ilmeisesti miespuoliset vastaajat asettuivat helpommin seksin ostajan kuin myyjän asemaan ja ajattelivat, että ihmisellä täytyy olla oikeus maksulliseen seksiin, jos niin haluaa. Myös tytöt ja naiset suhtautuivat seksin ostamiseen hieman sallivammin kuin myymiseen.

Vaikka pojat ja miehet suhtautuivat hieman kielteisemmin seksin myymiseen kuin ostamiseen, olisi heistä 14 prosenttia täysin valmis itse myymään seksiä eli harjoittamaan prostituutiota. Kaikkiaan hiukan vajaa kolmannes miespuolisista vastaajista olisi valmis myymään seksipalveluitaan.

Kysymyksessä ei tarkennettu sopivan korvauksen määrää eikä asiakkaan laatu. Suopeasti omaan mahdolliseen prostituutioonsa asennoituvat vastaajat todennäköisesti kuvittelivat ostotilanteen, joka ei täysin vastaa todellisuutta. Esimerkiksi naisten osuus prostituution asiakkaista on tilastollisesti merkityksetön: prostituoitujen asiakkaat ovat miehiä (Haavio-Mannila ja Kontula 2001).

Valmiutta seksipalveluiden ostamiseen ei kysytty, mutta naisten ja tyttöjen keskuudessa myönteisten vastausten prosenttiosuus olisi varmaankin hyvin pieni. Poikien ja miesten asennetta on vaikea arvioida: toisaalta suomalaisessa perinteessä ei seksistä maksamista ihannoida, päinvastoin (ks. ns. ”ikinä ei ole siitä tarvinnut maksaa” -asenne). Kuitenkin vuonna 1992 miehistä 10 prosenttia ilmoitti käyttäneensä maksullisia seksipalveluita, vuonna 1999 luku oli noussut 15 prosenttiin. Suurin osa suomalaisista prostituutioasiakkaista on ostanut seksipalveluita ulkomailla. (Haavio-Mannila ja Kontula 2001) Myös Suomen lähialueiden (Sortavala, Viipuri, Pietari ja Petroskoi) lapsi- ja muun prostituution suurin ulkomainen asiakasryhmä ovat nimenomaan suomalaiset miehet (Nurmi 2001, Gurvich 2000).

Seksikkääseen ulkonäköön liittyvässä kysymyksessä ei eritelty sitä, onko erittäin tärkeää näyttää itse seksikkäältä vai onko toisen seksikäs ulkonäkö erittäin tärkeää. Taustaoletuksena oli, että jos ihminen pitää toisen seksikästä ulkoista olemusta tärkeänä, hän haluaa myös itse näyttää seksikkäältä. Joka tapauksessa nuorten vastaajien mielestä seksikäs ulkonäkö ei ole tärkeää. Vastaajien koulutusaloja ei vielä tässä vaiheessa ole eritelty. Opiskelijan ainevalinta saattaa vaikuttaa asenteisiin: kauneusalan opiskelijan suhtautuminen ulkonäköön saattaa olla erilainen kuin esimerkiksi sähköalan opiskelijan.

Jatkossa onkin kiintoisaa selvittää, miten eri koulutusalat vaikuttavat asenteisiin. Mielenkiintoista on myös selvittää, ovatko perinteiset sukupuoliroolit ylittäviä ainevalintoja tehneet asenteiltaan enemmän sukupuolensa mukaisia vai koulutusalan mukaisia. Ovatko kampaajapojat ja autonasentajatytöt asenteiltaan kuten pojat ja tytöt yleensä vai kuten kampaajat ja autonasentajat yleensä?

Taustamuuttujia on jatkossa syytä muutenkin lisätä, tässä on huomioitu vain sukupuoli. Esimerkiksi asenteiden muuttuminen iän ja omien seksikokemusten myötä olisi vastaisuudessa kiintoisaa selvittää, samoin myös vertailu vastaajien itsetunnon ja seksimarkkinointiin suhtautumisen suhteen olisi kiinnostavaa. Huumeiden ja prostituution nivoutuminen yhteen olisi kiinnostava kysymys nuorten asenteidenkin tasolla: ketkä asennoituvat sallivasti huumeiden käyttöön ja ketkä kaupalliseen seksiin?

Välinearvot itseisarvoiksi ja päinvastoin?

Helve on tutkinut suomalaisnuorten maailmankuvia ja arvoja yli 20 vuotta. Hänen mukaansa nykymaailmassa ei ole selkeitä ydinarvoja, vaan toistensa kanssa kilpailevia arvoja, joista nuoret valitsevat yksilöllisten tarpeittensa mukaan. Esimerkiksi vielä 1980-luvulla näkynyt yhteinen usko rauhanaatteeseen ja sen myötä syntyneet rauhanmarssit ovat korvautuneet pienimuotoisilla projekteilla, jotka usein ovat individualistisia ja liittyvät muun muassa omaan mielenrauhaan tai jonkin rajatun alueen luonnontilan säilyttämiseen. Mediatuotteistakin löytyy tarjontaa mitä moninaisempiin tarpeisiin. Pienten projektien myötä arvot muuttuvat tilannekohtaisiksi. Joustavuus onkin jälkimodernissa, sirpaleisessa yhteiskunnassa tarkoituksenmukaista. Nuoret osaavat valita tilanteen mukaan vaihtelevat asenteet ja arvot, koska eivät ole sitoutuneet mihinkään ydinideologiaan (esim. uskonto, tiede tai politiikka). Yhteen suureen ydinideologiaan perustuvan arvomaailman puuttuminen jättää kuitenkin nuoret omilleen ja heillä on vastuu oman moraalinsa kehittämistä. (Helve 1997, Helve 2002.)

Luonnonsuojelu on yksi myöhäismoderni arvo, joka ilmenee esimerkiksi eläinten oikeuksien kunnioittamisena. Monien nuorten mukaan eläimillä on itseisarvo, eikä vain välinearvoa ihmisen onnellisuuden saavuttamiseksi (Helve 1997). Aiemmin eläimiä on pidetty ihmisen hyvinvoinnin välineinä: ne ovat tuottaneet ravintoa ja vaatteita, eikä niiden välinearvoa ole kyseenalaistettu. Kaupallisessa seksissä ja seksimarkkinoinnissa ihminen on kaupankäynnin väline. Myytävällä ihmisellä ei ole itseisarvoa, ainoastaan välinearvoa ostajan nautinnolle ja hyvinvoinnille. Myöhäismodernit eläimet ovat saavuttamassa itseisarvoa samaan aikaan kun osa ihmisistä menettää sitä, menettää ihmisarvonsa. Asetelma on tässä kärjistetty ja suoraviivainen, mutta osoittaa kollektiivisessä arvomaailmassa tapahtuvia muutoksia. Paitsi että arvot muuttuvat ja vaihtuvat uusiin ja niitä syntyy lisää, voivat arvot myös muuttua välinearvoista itseisarvoiksi ja päinvastoin.

Käsitystä nuorten tilannekohtaisesta arvomaailmasta tukee puuttuvien vastausten eli kantaa ottamattomien suurehko määrä (n. 15–16 %) sekä poikien jakautuminen seksin myymiseen ja ostamiseen liittyvissä asenteissaan selvästi kahdella puolella puolesta ja puolesta vastaan. Eräs ainekirjoitusvastaaja ilmentää tätä ”riippuu tilanteesta” -arvomaailmaa: ”Mielestäni ’huoraamisessa’ ei ole mitään pahaa. Itselleni on tarjottu rahaa seksistä, en tosin suostunut. Syynä kieltäytymiseeni oli

ainoastaan kunnioitus jatkäkaveriani kohtaan – en halua pettää tai loukata häntä mitenkään. Seksin ostaminen on myös jokaisen oma asia.” (Häme, tyttö, peruskoulun 9. lk.) Vaikka vastaajan asenne seksin myymiseen on myönteinen, hän ei ole moraaliton – hänellä on käsitys oikeasta ja väärästä. Hänen moraalikäsitteensä mukaan muita ihmisiä ei saa vahingoittaa, siis esimerkiksi pahoittaa seurustelukumppanin mieltä.

Arvojen ja asenteiden lisäksi myös moraalikäsitteet muuttuvat. Mutta moraaliksi sinänsä on universaalia. Ihmisillä on taipumus jakaa asiat ”luonnostaan” hyviin ja pahoihin, ”lainmukaisesti” oikeisiin ja väärin. Moraalikäsityksiin voi vaikuttaa siinä missä asenteisiin ja arvoihinkin. On mahdollista muistuttaa nuoria siitä, että toisen ihmisen ostaminen ja myyminen on väärin, seksin luonteeseen ei kuulu toisen ihmisen käyttäminen välineenä omaan nautintoon.

Voisiko kaupallinen seksi, seksin ostaminen ja myyminen, joskus tulla yleiseksi laiksi ja seksuaaliselle käyttäytymiselle luonteenomaiseksi? Tuskin. Seksin luonteeseen kuuluu keskeisesti mielihyvä – seksin luonne on tuottaa mielihyvää. Jos harrastaa seksiä toisen ihmisen kanssa niin, että toinen on vain väline omalle nautinnolle, toimii lähtökohtaisesti väärin. Väline ei tunne mielihyvää. Kaupallinen seksi ei voi olla seksin yleinen laki tai luonne, koska väline ei tunne mielihyvää, eli seksin luonteenomaisuus ei toteudu.

”Seksi on yhdyntää johon tarvitaan rakkautta ja halua saada lapsia. Kaupallinen seksi ja porno ovat ilkeästä. Seksi ilman tunteita ja halua on minusta typerää. Seksi ei myöskään ole kamalaa vain päinvastoin. Mutta lapsien raiskaaminen ja käyttö seksin suhteen ei ole aitoa. Lapsien ei tarvitse harrastaa (ei myöskään aikuisten) seksiä koska on vasta kehittymässä. Lapsena ollaan vain pihkassa ja pusuja. Aikuiset ovat suudelmia ja seksiä.” (Uusimaa, tyttö, peruskoulun 5. lk)

LÄHTEET

- Gurvich, I. N. (2000). Child Prostitution and Involvement of Foreigners in Northwest Russia. Report. Information office of the Nordic Council of Ministers.
- Haavio-Mannila, E., Kontula, O. (2001). Seksin trendit meillä ja naapurissa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Helve, H. (1997). Nuorten muuttuvat arvot ja maailmankuvat. Teoksessa Helve (toim.) Arvot, maailmankuva ja sukupuoli. Helsinki: Yliopistopaino.
- Helve, H. (2002). Arvot, muutos ja nuoret. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nurmi, R. (2001). Sexual Violence against Children for the Purposes of Prostitution in the Helsinki Area. Results of the Study Carried out within the Framework of the STOP 2 Project. Teoksessa Jyrkinen, M., Karjalainen, L. (toim.): Minors in the Sex Trade. Report of the European Commission STOP Project. Hamina: Oy Kotkan Kirjapaino Ab.
- Näre, S., Näre, L. (2004). Näkökulmia lasten suojelemiseen visuaalisesti häiritsevältä mainonnalta. Julkaisematon käsikirjoitus lapsista ja kaupallisesta seksistä (toim. Anna Anttila).
- Ojala, E. (2000). Lasten kaupallinen seksuaalinen hyväksikäyttö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monistetta 3. Helsinki.

English summary

The opinions of girls and boys on commercial sex

ANNA ANTILA

A STAKES project on Children and Commercial Sex is concerned to find out how children and youths are affected by the marketing of sex. The question is addressed on the basis of an empirical dataset collected directly from children and youths themselves. The purpose is to explore the impacts of commercial sex and the marketing of sex on the attitudes and values of young people and their views on sexuality.

The data for the survey were collected in late 2002 and early 2003 using both qualitative (N = 88) and quantitative (N = 1,290) methods. The sample comprised a total of 1,378 respondents: the youngest were schoolchildren aged ten, the oldest young adults aged over 25 who were in vocational training. Just over half of the respondents were under 18.

Children and young people generally take a negative view on commercial sex, the majority of the respondents condemn the buying and selling of sex. The most negative attitude is shown by the youngest respondents. The behaviour patterns offered by pornography are not considered significant, nor is a sexy appearance considered important. Children and youths take a somewhat more permissive attitude to buying than to selling sex. Apparently the thinking is that adults should always have the right to an active sex life. It is probably easier to imagine oneself in the position of someone buying sexual services than in the position of a prostitute.

Attitudes are sharply divided by gender: girls condemn commercial sex more strongly than boys do. Over 90 per cent of girls say they would not engage in prostitution at any cost. Among boys, close to one-third would be prepared to sell their own sexual services if they were paid enough.

Quite a considerable proportion of the respondents failed to answer the items concerning commercial sex (approx. 16%). Although the majority of respondents condemn commercial sex, some children take the view that it 'depends on the situation' or that 'it's no one else's business'.

The set of values propagated by commercial sex and pornographic imagery are not the only examples of sexual behaviour offered to young people: art, education, tradition and social institutions are other important sources of ideals related to sex and sexual behaviour. The adverse impacts of harmful models can be lessened by proper, positive education.

***Kehittyvät
seksuaaliterveyspalvelut***

Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen erityispiirteitä

KATRI MAKKONEN, ELISE KOSUNEN

Nuorten seksuaaliterveyspalveluja tuottavat työntekijät kohtaavat hoidon erilaisia rajapintoja. Usein joutuu pohtimaan, mikä on nuoren todellinen ongelma ja mitä apua hän tarvitsee. Aina ei ole selvää, kuka voi päättää nuoren asioista. Milloin tulee noudattaa hänen toivettaan olla kertomatta vanhemmille, ja milloin tulee tästä huolimatta kertoa tilanteesta? Tässä kirjoituksessa käsitellään nuorten seksuaaliterveyspalveluissa huomioitavia palveluiden tarjontaan liittyviä seikkoja sekä pohditaan rajankäyntiä palveluiden luottamuksellisuuden ja alaikäisiä koskevan lainsäädännön välillä.

Nuori asiakkaana on monessa suhteessa erilainen kuin aikuinen ihminen. Hän elää kiihkeätä kehitysvaihetta, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ajatteluun, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Elämäkokemus on vielä vähäinen eikä ympäröivä maailma ole jäsentynyt. Laadukkaiden seksuaaliterveyspalvelujen tarjoamiseen nuorille tarvitaan ikävaiheeseen kuuluvien erityispiirteiden huomioimista ja ymmärtämistä. Asiakkaan nuoruus tuo erityisvaatimuksia niin palvelujen organisoinnille ja sisällölle kuin henkilökunnan osaamisellekin.

Palvelujen tavoitettavuus

Nuorten asiakkaiden terveyspalveluihin hakeutumisen kynnystä tulisi kaikin mahdollisin keinoin madaltaa. Ajanvarausjärjestelmä olisi tehtävä mahdollisimman helpoksi. Yhteydenotto puhelimitse ajanvaraustunnilla, joka on vain muutaman kerran viikossa, ehkä vielä koulutuntien aikana, saattaa olla ylivoimaisen vaikea tehtävä. Ajanvarauksen tulisikin olla nuorten vastaanotolla toiminnassa päivittäin useampien tuntien ajan.

Palveluihin hakeutumisen helpottamiseksi jokin tietty aika, esimerkiksi yksi iltapäivä viikossa voisi olla ajanvarauksetonta avoimien ovien aikaa, jolloin voisi vain kävellä sisään kysymään neuvoa tai varaamaan aikaa. Ajanvarauksettomasta toiminnasta on hyviä kokemuksia, ja se ilmeisesti madaltaa palveluihin hakeutumisen kynnystä (Toivonen ym. 1991).

Oman koulun terveydenhoitajalla on ollut tärkeä asema nuorten neuvonnassa ja esimerkiksi ehkäisypalveluihin hakeutumisessa. Tampereen nuorisoneuvolan asiakkaista suurin osa oli saanut palveluista tietoa kavereiltaan, mutta kouluterveydenhoitaja oli heti toiseksi tärkein tiedonlähde (Lehtonen 2000). Muun muassa tämän vuoksi kouluterveydenhoitajien läsnäolo ja helppo tavoitettavuus koululla on välttämätöntä. Jos asiat eivät hoidu heti terveydenhoitajan vastaanotolla, hän opastaa oikeaan paikkaan ja auttaa jopa ajan varaamisessa.

Jonotusaika vastaanotolle pääsyyn ei saisi olla kovin pitkä. Etenkin nuorten palveluissa kolmen päivän sääntöä olisi hyvä noudattaa ja akuutissa asiassa viikkoa pitempi odotusaika ylittää varmasti monen sietokyvyn.

Ajankäyttö

Vastaanottokerran tulisi olla pidempi kuin aikuisilla ehkäisyneuvonta-asiakkailla, sillä usein nuori ei tule vastaanotolle samalla tavoin jäsentyneen ongelman kanssa kuin aikuinen. Nuori asiakas testaa ensin hoitajan tai lääkärin luotettavuutta, ja varsinainen kysymys saattaa tulla vastaanoton lopulla, jos sittenkään.

Nuorilla ei välttämättä ole minkäänlaista aiempaa kokemusta terveystaloiden käytöstä, joten haastattelemiseen, tutkimiseen ja toimintatapojen selittämiseen kannattaa varata reilusti aikaa. Uuden ajan saamisen tarvittaessa pikaisestikin tulisi olla mahdollista.

Palveluja molemmille sukupuolille

Raskauden ehkäisyneuvontaa on aiheellisesti kritisoitu siitä, että palvelut on suunnattu vain tytöille eikä poikien osuutta huomoida. Raskauden ehkäisyä tarvitsaan tytöt edelleen hakeutuvat usein ensi käynnille yksin. On hyvin luontevaa pyytää seurustelukumppani mukaan jo seuraavalle käynnille. Kun molemmat ovat paikalla, on helpompi motivoida nuoria ehkäisykustannusten jakamiseen samoin kuin valistaa sukupuolitautilien ehkäisystä ja tarvittaessa ohjata molemmat klamydiatettiin. Yhteinen asioiden hoitaminen vahvistaa yhteisen vastuun kantamista ja edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Jo ennen seurusteluikään tuloa pojilla on paljon kysyttävää omasta kypsyimisestään ja kehitymisestään. Tämä on havaittu esimerkiksi palvelevilla puhelinlinjoilla. Poikien tarpeet tulisi tiedostaa palvelutuotannossa, sillä erikseen pojille ja nuorille miehille suunnatuista seksuaaliterveyspalveluista on olemassa hyviä kokemuksia.

Palvelujen kustannukset

Julkisen terveydenhuollon seksuaaliterveyden edistämisen piiriin kuuluvat neuvontapalvelut – äitiyshuolto, perhesuunnittelu- ja raskauden ehkäisyneuvonta, kouluterveydenhuolto ja sukupuolitautien hoito – ovat Suomessa maksuttomia. Raskauden ehkäisyn kustannukset jäävät kuitenkin yleensä asiakkaan itsensä maksettaviksi aloitusvaihetta lukuun ottamatta. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa National Health Service (NHS) kustantaa kokonaan ehkäisytabletit. Ehkäisy tulee meillä suhteellisen kalliiksi - ja erityisen kalliiksi se tulee taskurahoillaan elävillä nuorille. Ehkäisytablettien hinta kohosi meillä kerralla liki kolmanneksella vuonna 1994 (Klaukka 1994). Tätä nykyä ne maksavat keskimäärin runsaat kahdeksan euroa kuukautta kohti (kolmen kuukauden erissä hankittuna), ja yhden kondomin hinta on noin 0,60 euroa. Suomalaiset nuoret aikuiset naiset eivät ole valittaneet ehkäisyn hintaa (Kosunen ym. 2000), mutta nuorison kanssa työskentelevien kokemukset kertovat toista. Hinnalla on usein suuri merkitys, eikä ole lainkaan epätoivottavaa, että tyttö pyytää pillereitä viikoksi tai kahdeksi, kunnes saa taas lisää rahaa.

Suomessa pitäisi vakavasti miettiä, kuinka voitaisiin alentaa nuorten raskauden ehkäisyn kustannuksia. Nykyisen lääkelainsäädännön puitteissa ei voida toimittaa ehkäisytabletteja alennettuun hintaan suoraan terveyskeskuksesta. Kuntatasolla olisi mahdollista hoitaa jakelu apteekin kautta subventoituun hintaan esimerkiksi alle 18-vuotiaille tai jopa alle 20-vuotiaille, jos vain terveystalouden tahto riittää kunnassa.

Kondomien jakelun tiellä ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Kondomien käytön tukeminen hinnanalennuksin lisäisi todennäköisesti kondomin käyttöä. Se edistäisi myös kaksoisehkäisyn käyttöä, joka on nykyisin vähäistä todennäköisesti juuri siksi, että se käy liian kalliiksi nuorten kukkarolle. Kondomin käytön edistäminen on erittäin tärkeää, koska nuorten klamydiatartunnat lisääntyvät kaiken aikaa.

Toistaiseksi kondomien tai ehkäisytablettien hankintahinnan alentamiseen tähtäviä kokeiluhankkeita ei ole tehty yhdessäkään kunnassa, mutta asiaa kannattaisi kokeilla. Ruotsissa Gävlen alueella kokeiltiin aikanaan ehkäisytablettien hinnan subventoimista alle 20-vuotiaille, mikä johti vuoden sisällä nuorten raskaudenkeskeytysten vähenemiseen noin kolmanneksella (Rahm 1991). Nykyisin yhden polikliinisen raskaudenkeskeytyksen kuntalaskutus on noin 400 euroa. Jos kunta subventoisi alle 20-vuotiaiden ehkäisytablettien hankintaa esimerkiksi 50 prosentilla eli neljällä eurolla pillerikuukautta kohti, voitaisiin yhden keskeytyksen hinnalla tukea noin 100 pillerikuukauden ostoa eli hankkia pillerit puoleen hintaan kahdeksalle tytölle vuodeksi. Jos laskelmissa huomioitaisiin vielä ne kustannukset, jotka koituvat suunnittelemattomasti raskaaksi tulleiden teiniäitien erityispalvelutarpeista, päästäisiin vielä suurempaan kannattavuuteen.

Luottamuksellisuus

Nuoret edellyttävät seksuaaliterveyspalveluilta ehdotonta luottamuksellisuutta, ja tämä on huomioitava jo vastaanottoaikan valinnassa. Esimerkiksi sisäänkäynti ei saa sijaita siten, että ovesta kulkijat tiedetään heti kyseisen palvelupisteen asiakkaiksi. Intimiteetti tulisi huomioida myös odotustilan järjestämisessä.

Englannissa on havaittu, että nuoret eivät hakeudu ehkäisyasioissa oman alueensa yleislääkärille, joka hoitaa myös heidän vanhempiaan. Syynä on luottamuksen puute: nuoret pelkäävät, että asia menee tiedoksi vanhemmille. Samantyyppisiä ongelmia saattaa meilläkin ilmetä väestövastuujärjestelmässä etenkin pienillä paikkakunnilla. Nuori tarvitsee vakuuden siitä, että hänen asioitaan ei kerrota vanhemmille tai mihinkään muuallekaan ilman hänen omaa lupaansa. Jopa tietokonepohjaiseen sairauskertomukseen saatetaan suhtautua epäluuloisesti, etenkin jos samassa organisaatiossa työskentelee sukulaisia tai naapureita.

Henkilökunnan erityisosaaminen

Kaikissa nuorten terveystalujen järjestämisessä tulee huomioida henkilökunnan erityisosaamisen vaatimus. Kaiken perusta on nuoruusiän kehityksen ja psykologian ymmärtäminen. Nuori ei ole iso lapsi tai pieni aikuinen. Hän ei ainoastaan odota siirtymistä lapsuudesta aikuisuuteen, vaan nuoruusikä on sinänsä arvokas elämänvaihe ja ajanjakso omine piirteineen. Nuoruusiän kehitystä on pohdittu tarkemmin toisaalla tässä kirjassa (ks. Kaltiala-Heino, Hermanson ym.). Myönteinen asennoituminen nuoriin ja aito välittäminen ovat laadukkaan työn perusta. Nuoret vaistoavat herkästi teennäisyyden. Työtä pitäisi kyetä tekemään moralisoimatta. Vaikka kaikkea eteen tulevaa ei voi eikä tarvitsekaan hyväksyä, eivät omat asenteet saisi estää nuorta saamasta hyvää palvelua.

Nuoruusikään kuuluvia kehitystehtäviä ovat vanhemmista irtautuminen, suuntautuminen ikätovereihin sekä oman seksuaalisuuden ja seksuaalisen ruumiin haltuunotto. Siksi nuori usein kyseenalaistaa vanhempien auktoriteetin ja saattaa käyttäytyä varauksellisesti myös muita aikuisia kohtaan. Hän haluaa tuntea itsensä riippumattomaksi ja päättää itse omista asioistaan.

Nuorten kanssa asioiminen vaatii henkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja, aikaa ja kärsivällisyyttä. Nuorilla on taipumus vastailta lyhytsanaisesti etenkin aikuisille, joihin ei ole vielä syntynyt luottamuksellista suhdetta. Sellaisten suljettujen kysymysten käyttäminen, jotka antavat luontevasti tilaisuuden vastata yksisanaisesti kyllä tai ei, johtaa työntekijän nopeasti umpikujaan, ja saatu informaatio jää vähäiseksi. ”Miksi”-kysymykset puolestaan ovat vuorovaikutustilanteissa yleensäkin huonoja, koska ne mielletään helposti syyllistäviksi ja juuri tälle nuoret asiakkaat ovat erityisen herkkiä.

Erityisesti juuri vuorovaikutuksessa nuorten kanssa tarvitaan avoimia kysymyksiä tyyliin ”kertoisitko vähän tarkemmin, minkälainen seurustelusuhde sinulla on?” tai ”mitä sinä itse ajattelet asiasta?”. Avoin keskusteleva tyyli antaa nuorelle tilaa puhua haluamistaan asioista, lisää luottamusta ja antaa nuorelle tunteen, että häntä kuunnellaan ja hänen asioistaan oikeasti välitetään.

Gynekologinen tutkimus

Ensiehkäisyä haettaessa sisätutkimus ei ole välttämätön, vaan se voidaan jättää seurantakäynnillä tapahtuvaksi. Ensimmäinen gynekologinen tutkimus on tytölle jännittävä, joskus epämiellyttäväksi ja pelottavaksikin koettu tapahtuma (Cacciatore ym. 1989, Brixen Larsen ja Kragstrup 1995). Siksi se vaatii lääkäriltä tai hoitajalta taitoa ja herkkyyttä. Erityisesti näin on, jos sisätutkimus tehdään tytölle, joka on kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä tai väkivaltaa. Oikein tehtynä, rauhallisesti ja kiirehtimättä, se voi olla myös voimavaraistava ja naiseutta tukeva kokemus.

Koska nuori tyttö jännittää, tutkimuksen alussa on hyvä kertoa, mitä tullaan tekemään. Ennen tutkimusta painotetaan, että halutessaan tyttö voi keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa, mitään ei tehdä ilman hänen suostumustaan. Tarvittaessa odotetaan rauhassa välilihan lihasten rentoutumista. Spekulan tulee olla liukas, mutta ei kylmä. Luonnollisesti tutkimus ei saa tuottaa kipua. Kenellekään ei saa jäädä mielikuvaa, että on tullut väkisin tutkituksi lääkärin vastaanotolla. Kivulias tutkimus voidaan kokea rankaisevana, mikä tulee huomioida erityisesti väkivallan tai hyväksikäytön kohteeksi joutunutta tutkittaessa. Myös huumoriksi tarkoitettun sanailun kanssa on oltava varovainen.

Tutkimuksen edetessä kerrotaan koko ajan, missä vaiheessa ollaan. Vaikka mitään poikkeavaa ei todetakaan, on palautteen antaminen tärkeää. Nuorelle tytölle on helpottavaa kuulla, että omat sukuelimet ovat normaalit ja että ”kaikki on O.K.”. Lopuksi tytölle voi tarjota tilaisuutta peilin avulla itse nähdä sukupuolielimensä.

Vaitiolovelvollisuus

Seksuaaliterveyspalveluja tarjoava henkilökunta joutuu nykyisin usein pulmallisilta tuntuviin tilanteisiin esimerkiksi silloin, kun selvästi alaikäinen tyttö tulee hakemaan ehkäisytabletteja tai lähetettä raskaudenkeskeytykseen toivomuksenaan, että vanhemmille ei saa asiasta missään tapauksessa kertoa. Jokainen tällainen tilanne on huolellisesti punnittava tapauskohtaisesti muistaen asian taustalla vaikuttava lainsäädäntö ja muu ohjeistus.

Lainsäädännössä alle 18-vuotiasta henkilöä pidetään alaikäisenä. Kuitenkin yli 12-vuotiaan mielipidettä tulee kunnioittaa hoitopäätöksiä tehtäessä. Jo tämä

asetelma kertoo ristiriidan mahdollisuudesta nuoren, vanhempien sekä hoitavan henkilön näkemysten välillä. Yleensä alle 18-vuotias asuu vielä vanhempiensa kanssa ja on heistä taloudellisesti ja emotionaalisesti riippuvainen.

Laki potilaan oikeuksista (1993) toteaa, että silloin kun alaikäinen pystyy *ikänsä ja kehitystasonsa* perusteella päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteismääräyksessä hänen kanssaan. Mikäli alaikäinen potilas ikänsä ja kehitystasonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen. Kansainvälinen lasten oikeuksien sopimus on hengeltään samansisältöinen, eli lapsi voi päättää terveyttään koskevista asioistaan, mikäli hänen kypsyystasonsa siihen riittää.

Toisaalta alaikäisten seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä asioita käsiteltäessä taustalla vaikuttaa laki suojaikärajasta, joka on edelleen 16 vuotta, sekä lastensuojelulaki (1983), joka edellyttää tekemään ilmoituksen sosiaaliviranomaiselle jo tilanteissa, joissa *epäillään* olevan lastensuojelun tarvetta (esim. seksuaalinen hyväksikäyttö).

Mikään ohjeistus ei siis anna yksiselitteisiä ikärajoja, joihin työntekijä voisi nojautua päätöksenteossaan. Toisin voisi tuskin ollakaan, sillä nuoret kypsyvät niin fyysisesti kuin psyykkisesti hyvin eri tavoin. Vastaanotolla arvion nuoren kehitystasosta ja ratkaisun hänen päätäntävällään tekee hoitava lääkäri. Siksi tarvitaan perusteellista haastattelua, hyviä kliinisiä taitoja ja nuoruusiän erityispiirteiden tuntemusta. Stressitilanteissa nuoren käytös ja ajattelumaailma voivat taantua, ja jo melko aikuisen oloisen pinnan alla voi olla paljon tukea ja rajojen asettamista tarvitseva lapsi. Nuoren päätäntäkyvyn arviointia vaikeuttaa vielä se, että yleensä fyysinen kehitys on psyykkistä kehitystä edellä. Lisäksi sukupuolten välillä on kehityksellisiä eroja, sillä taantuma on pojilla yleensä syvempi kuin tytöillä (Aalberg ja Siimes 1999).

Lääkärillä tuleekin olla kykyä sekä halukkuutta sellaiseen vuorovaikutukseen nuoren kanssa, että päätös nuoren päätäntävällään asteesta on validi tai ylipäätään mahdollinen. Nuoren itsemäärämisoikeutta tulee kunnioittaa (esimerkiksi haastatteleamalla ja tutkimalla hänet yksin, ilman vanhempien läsnäoloa). Toisaalta joskus lääkäri joutuu vaikkapa lastensuojelullisista syistä toimimaan toisin kuin nuori itse toivoisi. Päätös on aina syytä perustella nuorelle; kokemuksen mukaan nuori hyväksyy omasta näkemyksestään selvästikin poikkeavat kannanotot, jos hän ymmärtää niiden perusteet. Rajattomassa maailmassa selkeän rajan asettaminen voi olla myös nuoren turvallisuutta lisäävä tekijä.

Kun hyvin nuori tyttö hakee raskauden ehkäisyä, on mietittävä, mihin tilanteeseen hän hakee apua. Elämäntilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen on tarpeen näissä tilanteissa. Etenkin seurustelusuhteen luonne, kumppanin ikä sekä tytön oma ja hänen vanhempiensa suhtautuminen seurusteluun kuuluvat keskusteltavien asioiden piiriin. Onko kysymyksessä samanikäisten ja samassa kehitysvaiheessa olevien nuorten välinen suhde, vai onko kumppanien välillä suuri ikäero? Vaikka laisädäntö ei ikärajoja annakaan, on yleisohjeena suojaikärajan tulokinnassa pidetty sitä, että alaikäisten keskinäisiin seurustelusuhteisiin ei puututa,

vaikka toinen olisikin alle 16-vuotias. Ohjeelliseksi rajaksi on asiantuntijapiireissä suositeltu tilanteen selvittämistä lastensuojelun näkökulmasta, mikäli suojaikärajaa nuorempi on sukupuolisuhteessa itseään yli viisi vuotta vanhemman aikuisen kanssa.

Nykyisenä Internet-aikakautena nuoret, niin tytöt kuin pojat, voivat helpommin kuin ennen joutua seksuaalisen hyväksikäytön ja pedofilian kohteiksi. Terveysterveyspalveluissa mahdollisuus on pidettävä mielessä ja varauduttava hyväksikäytettyjen lasten ja nuorten tunnistamiseen. Tarvittaessa terveydenhuollon työntekijöillä on oltava valmiutta ja rohkeutta lastensuojelullisiin toimenpiteisiin.

Verkostot valmiiksi

Terveysterveyspalveluissa ammattilaisten tulisi selkeämmin tiedostaa, että lastensuojelulaki on *velvoittava*. Hoitajan tai lääkärin tulee tehdä ilmoitus lastensuojeluviranomaisille, mikäli hän epäilee lapsen tai nuoren olevan lastensuojelun tarpeessa. Asiaan tarttumisen kynnystä madaltaa se, että pulmallisia tilanteita varten on olemassa paikallinen selkeä toimintamalli: keihin muihin ammattilaisiin otetaan yhteyttä, millä tavalla ja missä tilanteissa. Tämä lievittää vaikeiden tilanteiden synnyttämää ahdistusta työntekijöissä ja sitä kautta myös asiakkaissa.

Nuorten seksuaaliterveyspalveluissa mahdollisuus tarvittaessa hyödyntää moniammatillista verkostoa on tärkeä. Konsultointimahdollisuus ainakin puhelimitse ja tarvittaessa yhteisessä kokouksessa on oleellinen. Verkostoon voisivat kuulua seksuaaliterveyspalveluita tuottavan henkilökunnan lisäksi ainakin sosiaalityöntekijä, päihdetyöntekijä, psykologi sekä nuorisopsykiatri.

Seksuaalinen riisto

Lasten ja nuorten seksuaalisesta riistosta on lisääntyvästi keskusteltu julkisuudessa. Aikaisemmin suomalaisissa tutkimuksissa raportoidut luvut ovat olleet kansainvälisesti vertaillen alhaisia. Todennäköisesti osa seksuaalisen riiston lisääntymisestä lienee aiemman raportoinnin puutteellisuutta, osin kyseessä voi olla valittava todellinen lisääntyminen. Vuonna 2001 Helsingin yliopiston oikeuslääkärirasemalla tutkittiin 143 henkilöä raiskauksen tai seksuaalisen hyväksikäytön vuoksi; näistä 27 prosenttia oli alle 18-vuotiaita (oikeuslääkäri Päivi Mäkinen-Bengs, suullinen tiedonanto).

Kokemusperäisesti arvioiden seksuaalisen riiston epäily on lähes viikoittainen ongelma HYKSin Lasten ja nuorten sairaalassa. Onkin tullut ilmeiseksi, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat tukea ja koulutusta siihen, miten kohdata, tutkia ja ohjata jatkohoitoon seksuaalisen riiston kohteeksi joutuneet nuoret. Stakes on julkaissut ohjeet siitä, miten tulee toimia, kun epäillään lasten ja nuorten seksuaalista riistoa (Taskinen 2003).

LÄHTEET

- Aalberg, V., Siimes, M. (1999). Lapsesta aikuiseksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.
- Brixen Larsen, S., Kragstrup, J. (1995). Experiences of the first pelvic examination in a random sample of Danish teenagers. *Acta Obst Gyn Scand* 74:137–141.
- Cacciatore, R., Apter, D., Ingman-Friberg, S., Sieberg, R. (1989). Nuori gynekologisella vastaanotolla. *Duodecim* 105:537–43.
- Klaukka, T. (1994). Ehkäisytablettien hinnat nousussa. *Suomen Lääkärilehti* 49:1611.
- Kosunen, E., Sihvo, S., Koponen, P., Hemminki, E. (1999). Do young women have specific problems in contraceptive use and counselling? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 83:15–20.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Lehtonen, A. (2000). Nuoret tytöt ehkäisytablettien käyttäjinä – tutkimus Tampereen nuorisoneuvolan alle 18-vuotiaista asiakkaista. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Rahm, V.-A. (1991). Subventionerade p-piller till tonåringar – 1 års försöksverksamhet i Gävle. *Läkartidningen* 25: 2296–2297.
- Toivonen, J., Mäkelä, M., Bildjuschkin, K. (1991). Avoimet ovet. *Duodecim* 107: 1829–1834.
- Taskinen, S. (toim.) (2003). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. *Stakes, Oppaita* 55. Helsinki.

Erikoisosaamista nuorten palveluihin

ELINA HERMANSON, RAISA CACCIATORE JA DAN APTER

Jokaisella nuorella tulisi olla oikeus riittävään ja asialliseen tietoon seksuaalikäyttäytymiseen liittyvistä riskeistä, terve malli seksuaalisuuden ja aggression normeista ja kasvun voimavaroista, sekä oikeus suojattuun kehitykseen. Vastuu seksuaalikasvatuksesta ylittää ammattirajat. Raskauden ehkäisy ja seksitautien ehkäisy, tutkimus ja hoito kuuluvat terveydenhuoltoon, ja terveydenhuolto tavoittaakin jokaisen vuorovaikutteisen seksin aloittaneen nuoren ennemmin tai myöhemmin. Terveydenhuollolla on paitsi ainutlaatuinen tilaisuus vaikuttaa herkässä tilanteessa nuoriin yksilöllisesti, myös vastuu ja velvollisuus antaa tukea ja ohjausta. Nuoruus pitää tunnustaa elämänvaiheeksi, jolloin ihminen tarvitsee omia, erityisiä palveluita. Kouluterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen on hyvin tärkeää. Ihanteellisessa tilanteessa sen rinnalla voisi olla laaja-alaisesti nuorten pulmiin vastaava nuorisoneuvola, jonka yhteydessä toimisi myös matalan kynnyksen päihdepoliklinikka ja nuorisopsykiatrinen vastaanotto.

Nuoruus on uudelleen organisoitumisen jakso, jonka aikana psyykinen kehitys kulkee lapsen täydellisestä riippuvuudesta kohti itsenäisyyttä, samalla kun kehon rakenne ja toiminnat muuttuvat rajusti. Nuoruutta on kutsuttu myös persoonallisuuden rakentumisen toiseksi mahdollisuudeksi. Autonomian saavuttaakseen nuoren on ratkaistava ikäkauteen liittyvät kehitykselliset tehtävät. Niitä ovat irrottautuminen lapsuuden vanhemmista ja heidän tarjoamastaan tyydytyksestä, muuttuvan ruumiinkuvan, aggression, seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin jäsentäminen ja turvautuminen ikätovereiden apuun omien vanhempien sijasta (Aalberg ja Siimes 1999).

Murrosiän suuret keholliset, hormonitoimintaan liittyvät muutokset ovat monin tavoin haasteellisia. Muutaman vuoden aikana sekä keho että mieli muuttuvat. Erityistä hämmennystä aiheuttaa seksuaalisuus, joka muuttuu ja kehittyy nopeasti. Käsitteenä seksuaalisuus sisältää muun muassa seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin, seksuaalisen suuntautumisen, nautinnon ja intiimiyden. Nuoren ihmisen identiteetin muotoutumiseen vaikuttavat tieto, biologia, sosiaalinen ympäristö, vallitsevat eettis-moraaliset ja uskonnolliset käsitykset ja lukuisat muut asiat. Seksuaalisuus muotoutuu vasta oman elämyksellisen sisäistämisen ja kokemusten kautta.

Jotta nuori selviäisi puberteetin muutosvaatimuksista, hänellä tulee olla luja ja mielellään pysyvä läheisen aikuisen tuki. Psykyen tulee olla riittävän kehittynyt, uudistus- ja sopeutumiskykyinen sekä varustautunut riittävän hyvin keinoin ja työkaluin. Laskentatavan mukaan 10–20 prosenttia ikäluokasta ei suoriudu murrosiän kehitystehtävästä. Lisäksi noin 10 prosenttia on selkeästi vaarassa epäonnistua. Silloin ihminen turvautuu epätarkoituksenmukaisiin, tuhoaviin suojamekanismeihin, jotka johtavat yhä suurempiin riskeihin, ja sitä kautta psyykinen pärjäämättömyys johtaa helposti syrjäytymiskierteen alkuun. Psykkiseen sairastumiseen riskitekijöitä on tunnistettu useita. Niitä ovat geneettiset tekijät, häiriöt varhaisessa vuorovaikutuksessa sekä erilaiset traumat ja stressitekijät, kuten henkinen, fyysinen tai seksuaalinen hyväksikäyttö, kiusatuksi tuleminen, menetykset, muutot, somaattiset sairaudet, liian varhainen tai myöhäinen puberteettiin tulo, perheen pahoinvointi. Oireenmuodostuksesta – päihteiden käytöstä, syömisoireilusta, seksuaalisesta riskikäyttäytymisestä, vetäytymisestä – seuraa usein yhä paheneviin ongelmiin johtava kierre. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2000.)

Psyykkisesti ”terveenkin” nuoren elämään kuuluu usein sisäsyntyisiä kehityskriisejä – käyttäytymistä, joka aikuisen näkökulmasta näyttää epärationaaliselta ja suorastaan typerältä. Tällainen käytös nuoren elämässä on usein välttämätön identiteetin muovautumisen ja itsenäistymisen välivaihe. On väärin odottaa jäsenyyttä, järkevää käytöstä ihmiseltä, joka ei tiedä, mitä haluaa, mitä tavoittelee tai mitä edes tuntee. Etenkin tunteiden vaihtelu hämmentää kasvattajia. Nuori tarvitsee annoksen vihaa läheisimpiä ihmisiä kohtaan voidakseen kasvaa irti turvallises- ta lapsuudenkodista. Nuoren kritiikki ja purkaukset eivät saa johtaa hylkäämiseen. Toisaalta nuorella tulisi olla tavoitettavissa perheen ulkopuolisia turvallisia aikuisia apuna niinä hetkinä, jolloin hän ei pysty vastaanottamaan tukea ja neuvoja oman perheen jäseniltä.

Nuoruusikä on rajallinen ajanjakso. Kahdenkymmenen ikävuoden vaiheilla kiinteytyy jo suhteellisen muuttumaton aikuisen persoonallisuus (Aalberg ja Siimes 1999). Nuoruusikä on siten ainutlaatuinen vaihe, jolloin ratkaistaan ihmisen elämän tulevaisuuden suuntaviivoja ehkä loppuiäksi. Tämän päivän yhteiskunta on monin tavoin riskialtis nuorelle. Jokaisella tulisi olla oikeus riittävään ja asialliseen tietoon riskeistä, terve malli seksuaalisuuden ja aggression normeista ja kasvun voimavaroista, sekä oikeus suojattuun kehitykseen. Jos vastuullinen ohjaus ja kasvatus puuttuvat, nuori saa tietonsa ja mallinsa sattumanvaraisesti, paljon kaukallisen median kautta, usein vahingollisessa ja enemmän rikkovassa kuin rakentavassa muodossa.

Seksuaalisen kehityksen tukeminen

Seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyy monia käytännön seikkoja, jotka eittämättä vaikuttavat terveyteen – siksi aihe kuuluu myös terveydenhuoltoon. Jokaisessa yhdynnässä tarvitaan raskauden ehkäisyä, ellei tarkoituksena ole hankkia lasta. Myös sukupuolitautien ehkäisy täytyy huomioida. Seksitauteja ja kohdunkaulan muutoksia pitää seuloa, tutkia ja hoitaa.

Seksuaalisuuden sosiopsykologiset aspektit ovat usein niin monimutkaisia, että niihinkin soisi nuoren ihmisen saavan jostakin tukea. Vasta rakentumassa oleva persoonallisuus haavoittuu helposti. Koska jokainen vuorovaikutteisen seksin aloittanut nuori tarvitsee terveydenhuollon palveluita enemmän tai myöhemmin, terveydenhuollolla on tilaisuus antaa tätä tukea ja ohjausta.

Ihanteellista olisi, että jokaisella nuorella olisi ennen ensimmäistä yhdyntää selvä käsitys omasta itsestään, omista tunteistaan ja toiveistaan, omasta kehostaan ja oman kehon suojelusta. Lisäksi nuoren pitäisi olla riittävän kypsä ottamaan vastuuta paitsi itsestään, myös toisesta ihmisestä, tämän tunteista ja terveydestä.

Koulun seksuaalikasvatus on erinomainen kanava tavoittaa kaikki nuoret ja huolehtia riittävästä, ikään sovitetusta, suunnitelmallisesta, oikeita malleja ja asenteita tarjoavasta ja korkealaatuisesta terveystasvatuksesta (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2000). Käytännössä sekä laatu että määrä on ollut valitettavan kirjavaa. Jokaisen kehitysvaiheeseen ja elämäntilanteeseen sovitetun terveystasvannon antaminen on kuitenkin mahdotonta ryhmässä, sillä kypsyminen etenee hyvin yksilöllistä tahtia ja esimerkiksi yhdyntöjen aloittamisien vaihtelu on varsin suurta. Väärään aikaan osuva tieto ei tavoita nuorta, ellei asia tunnu lainkaan ajankohtaiselta omassa elämässä.

Nuori hakeutuu harvoin terveydenhuollon ammattilaisten juttusille ennen ensimmäistä yhdyntää. Jos ehkäisynä on kondomi, tämän hankkimiseen ei terveystasvueluita – onneksi – tarvitakaan. Niinpä nuoren ja seksuaaliterveydenhuollon ammattilaisen kohtaamisen henkilökohtainen ensikontakti tapahtuu myöhään, jos koskaan. Etenkin poikia palvelut ovat tavoittaneet (ja mahdollisesti siis palvelleet) heikosti.

Hyvin toimiva kouluterveydenhuolto on ratkaisu tähän pulmaan. Kouluterveydenhuollossa ei tarvitse toimia yksinomaan nuoren oma-aloitteisuuden varassa. Määräaikaistapaamiset suovat tilaisuuden kohdata ja aloittaa keskustelu seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista. Keskustelua voidaan jatkaa myöhemmillä yksilötapaamisilla. Kouluterveydenhuolto tavoittaa myös pojat. Kun kouluterveydenhuolto toimii hyvin, sen ydintiimi, terveydenhoitaja ja lääkäri, kykenevät yhdessä pohtimaan tilannetta ja antamaan tukea toisilleen. Tarvittaessa voidaan konsultoida muita tahoja tai koota moniammatillista osaamista nuoren tueksi.

Nuori asiakkaana

Nuori ottaa suuren askeleen itsenäistymiskehityksessään silloin, kun hän hakeutuu yksin ja/tai oma-aloitteisesti vastaanotolle. Oma-aloitteisuus merkitsee, että nuori on halukas ottamaan vastuuta oman terveytensä hoitamisesta.

Nuoruusikä elävän asiakkaan maailma on usein enemmän tai vähemmän kaoottinen. Ei ole helppoa muotoilla, mikä on se pääpulma, johon hän toivoo apua. Nuoren käsitys palvelujärjestelmästä voi olla jäsentymätön, eikä hän välttämättä osaa valita oikeaa ammattilaista pulmaansa ratkomaan.

Erilaiset huhut ja yksittäiskokemukset saavat ihmisen mielessä suuren merkityksen, ellei hänellä ole omia kokemuksia mistään. Voisi olla parempi ajatella, että nuori pikemminkin ajautuu kuin tietoisin, harkitun valinnan perusteella hakeutuu tietyn ammattilaisen vastaanotolle. Niinpä vastaanottotilanteet ovat työntekijällekin haastavia.

Nuori jättää usein tulematta varatulle ajalle. Vastaanotolla oleminen voi herättää lapsuuden ajan lääkärikammon, eikä kysymyksiin osata vastata loogisesti. Riisuminen ja tutkimukseen suostuminen voi vaatia paljon tukea, aikaa ja käyntejä.

Hoito-ohjeiden muistaminen, saati noudattaminen, voi olla ylivoimaista. Väestöliiton Nuorten Avoimien Ovien kokemusten mukaan moni tyttö, jolle on kerrottu esimerkiksi poikkeavasta Papa-löydöksestä, haluaa seuraavana päivänä vielä soittaa ja kysyä asiasta. Tosiasiat on kerrottava useaan kertaan, ja sittenkin nuoren voimat voivat mennä tilanteesta selviytymiseen, eikä tietoa kyetä vastaanottamaan. Siksi kaikki kirjalliset, mukaan annettavat ohjeet tai Internet-osoitteet ovat hyödyllisiä.

Vaikka sanat voivat mennä ohi korvien, aivan yllättävät seikat saattavat jäädä vahvasti nuoren mieleen. Nuori havainnoi ja tekee omia tulkintojaan. Ellei ammattilainen tiedosta omaa tapaansa viestiä sanojen ohella, voi tulla kommunikatio-ongelmia. Ne nuori usein ratkaisee sulkeutumalla tai jättämällä tulematta sovitettuun kontrolliin. Esimerkiksi kiireen, väsymyksen tai ärtymyksen nuori tulkitsee helposti vihamieliseksi moitteeksi.

Palvelujärjestelmän muutokset

Kun kansanterveyslaki tuli voimaan 1972, elettiin yhteiskunnassa, joka oli hyvin tiukasti keskusohjailtu. Kansanterveislain henki oli, että perusterveydenhuollossa toimintaa tulisi painottaa erityisesti ennaltaehkäisyyn. Lain 14. §:ssä todetaan, että ”kunnan tulee ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen” (Kansanterveyslaki 1972). Tämän tarkemmin ei vallitsevassa järjestelmässä ollut tuolloin tarpeen asioita määritellä, koska

koko laki oli luonteeltaan ns. puitelaki ja määräysten toteuttamisesta huolehdittiin valtionosuusrahoitusjärjestelmän avulla.

Valtionosuusjärjestelmä purettiin vuonna 1992, ja sen jälkeen kunnat ovat saaneet järjestää palvelunsa haluamallaan tavalla. Kansanterveystieteen kirjain tulee täytetyksi, kun palvelua on edes jossain määrin tarjolla. Kun 1990-luvun lama muutti kuntatalouden hoitamisen lyhytnäköiseksi selviytymistaisteluksi, tähän seikkaan monet kunnat ovat 1990-luvun kuluessa tukeutuneet. Kouluterveydenhuoltoa on supistettu ja ehkäisyneuvoloita on lopetettu. Myös perhekasvatuksen asema pakollisena oppiaineena muuttui 1994, ja sen jälkeen seksuaalikasvatus väheni ja jäi usein biologian opetuksen varaan.

Laman ja valtionosuusjärjestelmän purkamisen rinnalla on siirrytty väestövastuujärjestelmään. Käsitteellä ”väestövastuu” tarkoitetaan tosiasiaa hyvin monenlaisia järjestelmiä. Yleensä kyse on kuitenkin siitä, että lääkäriellä on maantieteellisesti määritelty ”vastuuväestö”, jonka perusterveydenhuollon palveluista hänen on tarkoitus vastata. Puhtaimmillaan väestövastuulääkäri pyrkii hoitamaan väestönsä kaikki erilaiset palvelut: niin äitiys-, lasten- kuin ehkäisyneuvolatoiminnan, kouluterveydenhuollon ja geriatriset palvelut. Ainoastaan työterveyshuollossa on lakisääteinen suoja toimia erillisenä palveluna. Monin paikoin on huomattu laajan väestövastuun liiallinen ammatillinen vaativuus, ja siksi väestövastuujärjestelmän rinnalla toimii ”sektorivastuu”-järjestelmä (Kokko 1997).

”Sektorivastuusta” huolimatta äitiys- ja lastenneuvolatyössäkin saatetaan puhua väestövastuusta, kun äitiys- ja lastenneuvolan asiakaskunta on jaettu maantieteellisesti eri terveydenhoitajille ja lääkäreille. Maantieteelliset neuvolapiirit eivät kuitenkaan useinkaan vastaa sairausvastaanotoille määriteltyä lääkärin väestövastuualuetta, joten yhdellä asiakkaalla saattaa olla saman terveyskeskuksen alueella kaksi eri ”vastuulääkäriä”. Kouluterveydenhuollossa tämä ”eri-lääkäriys” on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Koululaisella on koululääkäri, joka ”sektorivastaa” kouluterveydenhuollosta, mutta joka yleensä tekee jotain muuta kuin kouluterveydenhuoltoa päätyökseen.

Muutamien paikkakuntien muodostamia poikkeuksia lukuun ottamatta kouluterveydenhuolto on nykyisin ainoa erityisesti nuorille suunnattu terveydenhuollon palvelu. Työn resursointi ja mitoitus ratkaistaan jokaisella paikkakunnalla itsenäisesti. Yhtenäistä kuvaa ei ole enää mahdollista saada. Päätoimisia koululääkäreitä on harvassa. Terveydenhoitajien sektorityö vaihtelee varsin paljon.

Nuorten seksuaaliterveyspalvelut ovat käytännön terveydenhuollon organisaatiossa vieras käsite. Palvelujen ja seksuaalikasvatuksen alas ajaminen näkyi jo 1990-luvun kuluessa nuorten synnytysten, raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitauditartuntojen lisääntymisenä. Ensimmäisen yhdynnän ajankohta on siirtynyt yhä varhaisemmaksi, mikä sekin lisää tarvetta neuvontaan ja palveluihin.

Erityistarpeet ja palveluiden kehittäminen

Koska paikkakunnat ovat hyvin erisuuruisia, on vaikeaa kuvitella järjestelmää, joka sinällään soveltuisi joka paikkaan. Valtakunnan tasolla tarvitaan silti keskustelua tavoitteista ja ihanneratkaisuista.

Nuoruus pitää tunnustaa vaiheeksi, jonka aikana ihminen tarvitsee omia, erityisiä palveluitaan. Nämä palvelut pitää järjestää niin, että nuori osataan niissä kohdata. Niissä ”siedetään” nuorelle tyypillistä käyttäytymistä, ja nuori voi niihin luottaa. Nuori on saatava kokemaan itsensä hoidon ja suojaamisen arvoiseksi. Tämä vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä ja kykyä arvostaa nuoren itsemääräämisoikeuden kehittymistä. Se vaatii myös tietoja nuorten todellisuudesta ja tämän päivän riskeistä. Aikuisten neuvonta on kilpailuasemassa kaverien ja median kanssa tietolähteenä.

Yksi keskeinen periaate, jonka soisi saavan nykyistä enemmän huomiota, on vaihtoehtoisten palvelujen tarve. Kehityopsykologisesti, itsenäistymiskehityksen kannalta ajatellen, on luonnollista, että osa nuorista haluaa hakeutua muulle kuin perhelääkärille.

Nuoren seksuaaliterveyspalveluissa lääketieteellä on sivuosa. Terveystenhoitajat voivat olla palvelujen tuottamisessa pääosassa; lääkäriä tarvitaan ainoastaan tukemaan, konsultoimaan ja vastaamaan työn lääketieteellisestä ajanmukaisuudesta.

Kouluterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen on hyvin tärkeää. Kouluterveydenhuollon rinnalla tarvitaan kuitenkin myös vaihtoehtoista hoitopaikkaa, ehkäisy- tai nuorisoneuvola, jonka nuori voi halutessaan valita. Seksuaaliterveys on läheisessä yhteydessä mielenterveyteen, ja seksiriskikäyttäytyminen kytkeytyy usein muuhunkin riskikäyttäytymiseen. Tästä syystä ihanteellinen malli voisi olla laaja-alaisesti nuorten pulmiin vastaava nuorisoneuvola, jonka yhteydessä toimisi myös matalan kynnyksen päihdepoliklinikka ja nuorisopsykiatrinen vastaanotto. Nuoren valittavana olisi kolme kunnallista ilmaista palvelua: koulu-terveydenhuolto, ehkäisy- tai nuorisoneuvola ja väestövastuulääkäri.

Nuorten Avoimet Ovet -malli

Nuorten Avoimet Ovet (NAO) on toiminut jo vuodesta 1987 Väestöliiton seksuaaliterveysklinikalla Helsingissä. Klinikka on ainoa lääkärijohtoinen seksuaaliterveyden osaamiskeskus Suomessa. NAO:n toiminta tapahtuu Raha-automaattiyhdistyksen tuella, ja sen päämääränä on edistää lasten ja nuorten seksuaaliterveyttä Suomessa. Toimintamuotoja ovat klinikalla pidettävät vastaanotot sekä pojille että tytöille, neuvontapuhelin neljänä päivänä viikossa ja nuorille suunnatut Internet-palvelut osoitteessa www.seksuaaliterveys.org. Nuorille annetaan aikaa runsaasti

sekä hoitajan että lääkärin vastaanotolla, ja koko henkilökunta on erityiskoulutettua nuorten ja seksuaalisuuden kohtaamiseen.

Vastaanotoilla noudatetaan strukturoitua haastattelurakennetta, jonka avulla arvioidaan nuoren kokonaistilannetta, terveydellisiä riskejä ja erityisen tuen tarvetta. Nuorta lähestytään kunnioittavasti, nuoren itsetuntoa ja -arvostusta tukien. Nuorelle on tärkeää tulla ymmärretyksi, vaikka kaikkea käyttäytymistä ei voidakaan hyväksyä. Terveyskasvatus kulkee kiinteästi vaivojen ja sairauksien hoidon rinnalla.

Klinikan ulkopuolinen toiminta on luennointia ja koulutusta. Se kohdistuu sekä nuorille, heidän vanhemmilleen ja kaikille niille ammattiryhmille, jotka työnsä puolesta ovat lasten ja nuorten kanssa tekemisissä. NAO:n työntekijät osallistuvat myös nuorten seksuaaliterveyttä edistävään yhteiskunnalliseen keskusteluun antamalla haastatteluja, kirjoittamalla lehtiartikkeleita ja luomalla uutta seksuaalikasvatusaineistoa ja toimintamalleja.

NAO:ssa kehitetään jatkuvasti omaa toimintaa yhteiskuntamuutosten mukaan ja pyritään tarjoamaan nuoren henkilökohtaiseen tilanteeseen ja tarpeeseen muotoutuvia palveluja. Vastaanottokapasiteetti on hyvin rajallinen, eikä toiminta mitenkään korvaa kunnallisia palveluja. Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen turvaaminen on ja pysyy kuntien vastuulla, mutta NAO:hon voi tulla ottamaan mallia korkeatasoisten palvelujen kehittämiseen.

LÄHTEET

- Aalberg, V., Siimes, M. A. (1999). Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Kustannusosakeyhtiö Nemo. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.
- Korteniemi-Poikela, E., Cacciatore, R. (2000). Seksuaalisuuden portaat. Opetushallitus. Helsinki.
- Kansanterveyslaki (1972). Suomen säädöskokoelma, 66.
- Kokko, S. (1999). Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muuttuvat organisointitavat. Kirjassa Uusitalo, H., Staff, M. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes. Raportteja 214. Helsinki.

Tietoa ja tukea seksuaali- tai sukupuoli-vähemmistöön kuuluvalla

ULLA FRANTTI-MALINEN

Seksuaalikasvatuksen ja nuorten seksuaaliterveyspalvelujen tavoitteena on tukea yksilöä kehittymään omaa seksuaalisuuttaan ja sukupuolikokemustaan arvostavaksi aikuiseksi. Tämä tavoite koskee kaikkia nuoria, myös ei-heteroseksuaalisia sekä translapsia ja -nuoria. Moninaisissa perheissä kasvavat lapset tarvitsevat tukea omalle seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin kehitykselleen ja vanhemmat vanhemmuudelleen. Seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyspalvelut eivät nykyisellään täytä seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvien lasten ja nuorten ja heidän perheidensä tiedon ja tuen tarpeita.

Tämä artikkeli edustaa seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä asiakasnäkökulmaa seksuaalikasvatukseen ja seksuaaliterveyteen. Teemana on näiden lasten ja nuorten elämäntilanne sekä tarpeet, joihin seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyteen liittyvä työ voisivat vastata. Tiedot pohjautuvat SETA ry:n ja Transtukipisteen asiakastyössä sekä vertais- ja koulutustoiminnassa saatuihin kokemuksiin. Kirjoituksen sisältämät lainaukset ovat peräisin asiakkailta ja vapaaehtoisouluttajilta.

Artikkelissa käytetään rinnakkain vähemmistöasemaan viittaavaa termistöä, kuten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, ja termistöä, jossa kyseenalaistetaan enemmistö–vähemmistö-asetelma ja korostetaan seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuutta. Vähemmistö termistö kuvaa sitä sosiaalista asemaa, johon monet ihmiset edelleen joutuvat seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuolikokemuksensa vuoksi. Moninaisuus termistö taas antaa tilaa yksilöllisille kokemuksille ja toivotavaa on, että moninaisuus ajattelu saa yhä enemmän tilaa seksuaalikasvatuksessa ja seksuaaliterveyspalveluissa.

Artikkelissa käytetään termejä heteroseksuaalisuus ja ei-heteroseksuaalisuus, jotka eivät ole toisiaan poissulkevia käsitteitä. Heteroseksuaalisesti tuntevalla ihmisellä voi olla ei-heteroseksuaalisia tunteita, käyttäytymistä ja itsemäärittelyä (Lehtonen 2003). Lapsen normaaliin kehitykseen kuuluu se, että hän ei osaa määrittellä omaa seksuaalista suuntautumistaan. Nuoren seksuaalisuuden kehitykseen voi kuulua määrittelemättömyyden tarvetta. Seksuaalinen moninaisuus tunteiden, käyttäytymisen ja määrittelyn tasolla tekee usein vaikeaksi nuoren samaistumisen

tarjolla oleviin seksuaalikategorioihin. Pysin välttämään artikkelissa lasten ja nuorten lokeroimista seksuaalivähemmistöihin, joihin tavallisesti sisällytetään lesbot, homot ja biseksuaalit.

Sukupuolikäsité ymmärretään yleensä kaksijakoisena mies–nainen-määrittelyinä. Määritelmällisiä sukupuolivähemmistöjä ovat ne ryhmät, jotka määrittelevät oman sukupuolensa toisin kuin perinteinen mies–nainen-määrittely. Sukupuolivähemmistöihin kuuluvia ihmisiä kutsutaan transihmisiksi, joihin kuuluvat mm. transsukupuoliset, intersukupuoliset¹ ja transvestiitit. Sukupuolivähemmistöön kuuluva henkilö voi olla heteroseksuaalinen tai ei-heteroseksuaalinen.

Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla perheillä viitataan perheisiin, joissa yksi tai useampi jäsen kuuluu seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön tai etsii omaa seksuaali- tai sukupuoli-identiteettiään. Usein seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä puhuttaessa jää näkymättömiin se, miten yhden yksilön seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoli-identiteettiin liittyvä kehitys koskettaa koko hänen perhettään ja muuta lähipiiriä. Viime vuosina on alettu käyttää termiä ”sateenkaariperhe” viittaamaan perheiden monimuotoisuuteen.

Seksuaalisuuttaan ja sukupuolimäärittelyään etsivä lapsi ja nuori

Ihmisen käsitys omasta sukupuolesta rakentuu psyykkisestä, biologisesta ja sosiaalisesta sukupuolesta. Lapsen ja nuoren sukupuoli-identiteetti on pääasiallisesti pojan tai tytön identiteetti, ja sen kehittymistä säätelevät ympäristön roolimallit. Mutta sukupuoli-identiteetti voi usein olla myös jäsentymätön. Jos edellä mainitut sukupuolen ulottuvuudet ovat ristiriidassa, joutuu lapsi valitsemaan oman psyykkisen sukupuolensa (sisäinen tunne omasta sukupuolesta) ja ulkoisesti määrittely sosiaalisen sukupuolensa väliltä. Lapsen oma sukupuoli-käsitys rakentuu iän myötä, ja kasvu-ympäristöstä riippuu, miten se antaa tilaa lapsen omalle kehitykselle ja itsemäärittelylle. Lapselle kaikki tuntemukset ovat luonnollisia, ja hän ei osaa niitä hävetä tai peittää.

Pienen lapsen kokemus itsestään ja sukupuolestaan on ainutlaatuinen, nykyhetkeen sidottu ja selkiintymätön, eikä hänellä ole olemassa sanoja tai ilmaisutapoja, joilla kuvata omia tuntemuksiaan ja kokemustaan. Translapsi tuntee, että hän on sukupuoleltaan muuta kuin hänen biologinen sukupuoli on. Lapsi voi alkaa tiedostaa tämän tunteen jo 3–5 vuoden iässä, ja käyttäytyminen, mieltymykset

¹ Intersukupuolisuudella (Intersex, intersexuality) tarkoitetaan kummankin sukupuolen ominaisuuksien esiintymistä samassa yksilössä, jolloin lapsen sukupuoli on epäselvä (vrt. hermafrodiitti, valekaksineuvoisuus). Intersukupuolisuutta on montaa eri muotoa ja syntyvistä lapsista 1:2 000 tai 1:10 000 on molempien biologisten sukupuolten piirteitä. Arviot vaihtelevat, koska intersukupuolisuuden määrittelyminen on liukuvaa. Intersukupuolisuudessa ihmisellä on synnynnäisesti kahden biologisen sukupuolen ominaisuuksia ja intersukupuolinen voi kokea sukupuolensa samanaikaisesti kahdenlaisena. (Venhola 2001.)

ja tulevaisuudenodotukset voivat jo tuolloin olla sen mukaiset (Pimenoff 1993). Ennen kouluikää lapsi tulee tietoiseksi siitä, että hän ajattelee ja tuntee asioita toisin kuin muut lapset, mutta useinkaan hänellä ei silti ole vähemmistöidentiteettiä. Translapsi tai -nuori vasta etsii omaa sukupuoltaan tai ilmaisutapaansa sille. Useille henkilöille tilanne selviää vasta, kun he saavat tietää muiden kaltaistensa ihmisten olemassaolosta.

Lapsuuden leikeissä ja kaveripiireissä lapsi saa yleensä ilmaista sukupuoltaan melko vapaasti, mutta koulussa tulee vastaan sukupuolitettu maailma tiukkoine käyttäytymis- ja roolimalleineen. Se, miten paljon lapsi tai nuori joutuu peittämään ja häpeämään omaa kokemustaan, riippuu ympäristön ja kasvatuksen antamasta tilasta lapsen sukupuolen yksilölliselle ilmaisulle. Ilman tukea ja ymmärrystä itsenä erilaiseksi kokemiseen liittyvät häpeän, syyllisyyden ja huonommuuden tunteet voivat seurata lasta läpi elämän. Kasvuympäristön tulisi sallia esimerkiksi pojan pukeutuminen tytöksi. Sosiaalinen paine olla samanlainen kuin valtaväestö voi johtaa siihen, että lapsi joutuu käyttäytymään vastoin omaa tahtoaan ja tukahduttamaan omat tarpeensa. Lapsi oppii elämään ”valheessa”, mikä voi johtaa vakavaan traumatisoitumiseen ja syrjäytymiseen. Lapsen ilmaisulle tuleekin antaa turvallista tilaa ja aikaa, ja myös vanhemmat tarvitsevat tukea ja tietoa.

Lapsen ja nuoren on hyvä saada tietää, että oman seksuaalisuuden ja sukupuoli-identiteetin rakentuminen on yksilöllistä ja siihen liittyy tarvetta itsemäärittelylle, joka voi viedä aikaa. Usein nuorella on tunne, että hän on ainut ihminen maailmassa, joka tuntee näin. Vähemmistöihin kuuluvien nuorten selviytymistä on auttanut suuresti yksikin aikuinen, joka on malttanut kuunnella hyväksyvästi, kun nuori etsii sanoja tuntemuksilleen.

Nuorella voi olla voimakas tarve liittyä johonkin viiteryhmään ja joukkoon, tai toisaalta hänellä voi olla tarve olla määrittelemättä itseään. Hyvien ystävien puute on yleistä, ja se voi johtaa eristäytymiseen kaveripiiristä leimautumisen ja kiusaamisen pelon seurauksena. Murrosikä onkin erityisen vaikea niille nuorille, jotka eivät saa tukea ympäristöstä omalle kokemukselleen. Tällöin riski alisuoriutumiseen opiskelussa ja rajojen koettelu ovat tyypillisiä joillekin nuorille.

”Minulla ei ollut yhtään hyvää ystävää peruskoulussa. Nyt lukiossa on jotenkin vapaampaa puhua asiasta ja täällä on myös yksi opettaja, joka ymmärtää.”

”Minä en tiedä mikä minä olen ja miten minun kuuluisi tuntea. En luule olevani mikään homo tai bi. Olen vaan oma itseni, ainutlaatuinen minä.”

”Vitsi mä näin hyvän elokuvan translapsesta. Onko muitakin ihmisiä maailmassa, jotka tuntevat näitä samoja levottomia tuntemuksia?”

”Mikko sai pitää kotona hametta niin kauan kuin hän meni kouluun ja päiväkodissa hän sai olla usein prinsessa näytelmissä. Koulussa hän sai osallistua tyttöjen liikuntaan ja balettitunneille ja hänellä on ollut poninhäntä ala-asteelta saakka.”

Nuoren seksuaalinen herääminen on yksilöllistä, ja seksuaaliset kokemukset voivat olla rikkaus ja voimavara hänen kasvulleen. Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluva nuori kokee kuitenkin usein, että hänen seksuaalisuuteen heräämiseensä ja erotisoitumiseensa liittyviä kokemuksia pidetään hävettävimpinä ja huonompina kuin valtaväestöön kuuluvien nuorten kokemuksia. Monilla ensimmäiset seurustelusuhteet voivatkin olla heteroseksuaalisia suhteita – vaikka kiinnostus suuntautuisi enemmän omaan sukupuoleen – tai nuori voi hankkia ensimmäiset seksuaalikokemuksensa varsin myöhään. Tätä selittää osittain sosiaalinen paine käyttäytyä kuten muut sekä turvallisten seurustelukumppanien puute. Taa-jamien ulkopuolella asuvat nuoret kärsivät erityisen paljon yksinäisyydestä ja ver- taistuen puutteesta.

Vanhemmille tietoa ja tukea

Seksuaalisuudesta tai sukupuolikokemuksesta kertominen omille vanhemmille on nuorille ehkä kaikkein pelottavin ja riskialttein vaihe. Varsinkin silloin, kun nuorelta puuttuu tukea antava vertaisryhmä, vanhempien reaktioiden ennakointi voi viedä nuoren voimavaroja ja joillain nuorilla itsemurhariski kasvaa. Senkin jälkeen kun asia on otettu puheeksi, nuorilla on huoli siitä, miten vanhemmat pystyvät hyväksymään odotuksista poikkeavan seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuolikokemuksen ja mistä vanhemmat voisivat saada apua omaan selviytymiseensä (SETA ry:n Nuorisoseminaari 2003). Nuoret kertovat omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan usein ensin äidilleen ja viimeiseksi isälleen. Asiasta kertominen vain jollekin perheenjäsenelle voi johtaa perheessä peittelyyn ja salailuun suhteessa muuhun perheeseen, sukulaisiin ja ympäristöön. Pahimmassa tapauksessa ulostulo voi johtaa nuoren ja vanhempien suhteen katkeamiseen.

Etenkin vanhemmille tieto oman lapsen homo/biseksuaalisuudesta tai transvestisuudesta/transsukupuolisuudesta voi olla kriisi, jonka myötä kuva menneisyydestä, tulevaisuudesta ja omasta itsestä muuttuvat. Osalle vanhemmista tieto ei herätä voimakkaita reaktioita, mutta osalle taas tulee ensimmäisenä vastaan pelko ja pettymys – ja sen myötä viha. Nämä vanhemmat tarvitsevatkin aikaa aluksi erilaisille tunnereaktioille ja myöhemmin uudenlaisen menneisyystarinan ja tulevaisuustarinan rakentamiselle. Usein käy niinkin, että nuori, joka itse voi olla hyvin yksinäinen, joutuu tilanteessa vanhempiensa tukihenkilöksi.

Perheen sopeutumisprosessia voi ratkaisevasti nopeuttaa, mikäli on mahdollisuus käydä läpi avoimesti, toistuvasti ja turvallisesti omia tunnereaktioita ja mie-

leen nousseita kysymyksiä. Muutama tapaaminen asiansa osaavan terveysalan ammattilaisen luona voi ratkaisevasti normalisoida tilannetta ja auttaa perhettä löytämään uuden tasapainon. Osa perheistä tarvitsee ammatillista kriisiapua.

Siirtyminen toiselle opiskelupaikkakunnalle ja opiskelijayhteisöön antaa nuorelle mahdollisuuden irrottautua ahdistavaksi koetusta ympäristöstä ja sulautua uuden ympäristön moninaiseen joukkoon. Herkässä ja haavoittuvassa kehitysvaiheessa olevalle nuorelle siirtyminen uuteen ympäristöön vailla sosiaalista tukea sisältää myös vaaroja. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tulisikin kiinnittää huomiota nuorten läheisverkoston puutteeseen, opiskeluun tai nettimaailmaan eristäytymiseen, päihteiden käyttöön ja opiskeluvaikeuksiin, joko ali- tai ylisuoriutumiseen.

Seksuaalikasvatuksen haasteet

Seksuaalikasvatuksessa käsitellään usein ei-heteroseksuaalisuutta ja valtaväestöstä eroavaa sukupuolikokemusta niin, että näihin ryhmiin ja perheisiin kuuluvien lasten ja nuorten tunnetta poikkeavuudesta, toiseudesta ja huonommuudesta lisätään. Ei-heteroseksuaalisen ja translapsen ja -nuoren näkökulmat ovat näkymättömiä seksuaalikasvatuksessa. Kasvatus kotona, päivähoidossa ja koulussa antaa harvoin lapselle ja nuorelle hänen seksuaali- ja sukupuolimäärityksensä tai perhe- muotoaan tukevaa tietoa ja kokemusta.

Turvallisen seksuaalikäyttäytymisen perusedellytyksiä ovat ikään ja kehitystasasteeseen suhteutetut oikeat tiedot, sosiaaliset taidot sekä positiiviset samaistumismallit ympäristössä. Ei-heteroseksuaalisen ja translapsen ja -nuoren moninaista kokemusmaailmaa osataan harvoin kuvata tai tukea seksuaalikasvatuksessa eivätkä opetuksen sisällöt juuri kosketa heitä (ks. Lehtonen tässä kirjassa). Heterokeskeinen seksuaalikasvatus ei tarjoa monipuolisesti aineksia seksuaalisuuden ja sukupuolen rakentamiseen ja hyväksymiseen.

Seksuaalikasvattajilla on usein stereotyyppinen kuva ei-heteroseksuaalisista nuorista ja transihmisistä. Vähemmistöjen arkea ja elämää samaa sukupuolta olevan kumppanin kanssa ei osata kuvata, varsinkaan myönteisessä valossa. Seksuaalikasvatus ei tue vanhemmuutta ja lapsen tilannetta silloin, kun perheessä on samaa sukupuolta olevat vanhemmat tai toinen vanhemmista on korjannut sukupuolensa. Vähemmistö-erilaisuus-ajattelutavan sijasta tulisikin pyrkiä ymmärtämään moninaisuutta ja arvostamaan ihmisen oikeutta määrittellä oma seksuaalisuutensa ja sukupuolensa. Seksuaalikasvatuksen avulla voidaan purkaa mystiikkaa ja vääriä uskomuksia ja tehdä tilaa moninaisille seksuaalisuuden ja sukupuolen ilmaisutavoille ja roolimalleille. Perhekäsitystä tulee laajentaa moninaisiin perheisiin, joissa voi olla samaa tai eri sukupuolta olevat vanhemmat ja kaksi tai useampia vanhempia. Moninaisista perheistä voidaan puhua jo pienestä pitäen päivähoidossa ja koulussa.

”Leena pohti tunnilla mitä tuo opettaja sanoisi, jos hän kertoisi nyt yhtäkiä, että hän on homoseksuaali tai jotain. Uskaltaisinko kertoa asiasta äidille? Mitä kotona silloin tapahtuu?”

”Kouluterveydenhoitajan, jolla valistusvastuu useimmiten on, täytyy siksi kertoa kaikista turvallisista ja riskiseksin muodoista. Eihän seksuaaliterveydestä puhuttaessa ole mitään tarvetta ottaa kantaa siihen, onko kuvailtu seksi homo- tai heteroseksiiä – se on toisinaan mahdotontakin. Anaaliyhdyntää kun voi harrastaa heteroidenkin kesken ja se on aivan yhtä riskialtis sukupuoleen katsomatta. Sekin, onko seksi homo- vai heteroseksiiä, on riippuvainen osanottajien sukupuolesta – useimmat seksitekniikathan ovat mahdollisia sekä naisten/miesten kesken ja kanssa.”

Nuorta tulee valmentaa sosiaalisiin tilanteisiin, joissa hänen täytyy tehdä valintoja, jotka vaikuttavat hänen sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen terveyteensä. Seksuaalisuudesta tai sukupuolesta kertomistilanteiden ja niiden seurausten pohittaminen ja harjoittelu parantavat nuorten elämänhallintaa. Koulussa eri oppiaineet antavat tilaa tällaisille tarinoille ja lisäävät oppilaiden lähdekritiikkiä (äidinkieli, historia, biologia, mediakasvatus, draama). Kirjallisuus ja elokuvat tarjoavat myös hyviä samaistumismalleja ja selviytymistarinoita. Netti- ja virtuaalimaailmasta löytyy nuoren kasvua ja kehitystä tukevaa ja hyödyllistä tietoa, kun häntä ohjataan etsimään sellaista.

Seksuaalikasvatuksessa tulee ottaa huomioon myös erilaiset uskonnot ja kulttuuritaustat. Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluva nuori voi kuulua myös samanaikaisesti muihin vähemmistöihin. Hän voi olla esimerkiksi vammainen, maahanmuuttajataustainen, ruotsinkielinen, islaminuskoinen, romani tai saamelainen. Materiaalikuvituksessa olisi tärkeää käyttää monipuolista kuvitusta, joka ei vahvistaisi stereotyyppistä käsitystä vähemmistöryhmien valkoisuudesta, keski- luokkaisuudesta, aikuisuudesta tai kaupunkilaisuudesta.

Seksuaalikasvatusaineisto on kirjoitettu heteronäkökulmasta. Tätä nykyä ajankohtaista seksuaalikasvatus ja -neuvontamateriaalia, joka sisältäisi ohjeita suojautumisen taidunnoilta miesten välisessä tai naisten välisessä seksissä, ei ole yleisessä jakelussa. Aids-tukikeskuksen ja SETA ry:n hankkeessa ”Miesten kesken turvallisesti” tehdään oppaita ja neuvontamateriaalia suojaumisesta miesten välisessä seksissä (www.aidsCouncil.fi). Samoin nuorille ei-heteroseksuaalisille miehille on laadittu suomenkielinen Internet-sivusto (www.eurogayway.org).

Osaksi seksuaalikasvatusta voisi sisällyttää myös tavoitteen turvallisesta koulusta, jossa ketään ei kiusata seksuaalisuuteensa tai sukupuolensa takia. Tällöin homotteluun, huoritteluun ja valtavirrasta eroavien lasten ja nuorten kiusaamiseen osattaisiin puuttua ja sitä osattaisiin ehkäistä. Merkittäviä aikuiskasvattajia ja idolimalleja ovat myös vapaa-ajan harrastus- ja liikuntaryhmien ohjaajat, joiden taitoja tukea ja kohdata vähemmistöryhmiin kuuluvia lapsia ja nuoria on lisättävä. Harrastusympäristö tulisi tehdä kaikille lapsille ja nuorille turvallisiksi.

Seksuaaliterveyden tukeminen terveystalveissa

Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvat nuoret ja heidän perheensä saavat hyvin harvoin tarvitsemaansa tukea ja palvelua oman alueensa terveystalveissa ja alueellinen eriarvoisuus on suurta. Samaa sukupuolta olevia vanhempia on jo jossain määrin totuttu kohtaamaan esimerkiksi suurten asutuskeskusten neuvoloissa. Pienillä paikkakunnilla seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvat nuoret ja heidän vanhempansa kokevat usein, että oman alueen terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolle ei ole turvallista hakeutua. Kaupungeissa voi olla julkisia tai kolmannen sektorin palveluja, joissa työntekijät ovat perehtyneet moninaisuuteen ja kohdanneet tällaisia asiakkaita.

Terveydenhuollon työntekijöiden koulutus ei sisällä riittäviä tietoja seksuaalisuudesta ja sukupuolten moninaisuudesta sekä asiakastyön sisällöistä (Nurmi 2000, Kosunen 2003). Julkisissa terveystalveissa ei yleensä osata tunnistaa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvia asiakkaita ja heidän perheitään. Yleinen työntekijöiden kommentti on, että ”meillä ei ole ollut näitä asiakkaita” (Solmuista silmuiksi -hanke). Tähän asiakasryhmään, joka jää vaille asianmukaisia palveluja, kuuluu kuitenkin noin kymmenen prosenttia väestöstä. On siis paitsi inhimillisesti myös kansantaloudellisesti järkevää pyrkiä ehkäisemään heidän syrjäytymistään ja siihen liittyviä terveysongelmia.

”Terveydenhoitajat ehkäisyneuvoloissa voisivat myös avata silmänsä monimuotoisuudelle ja pitää mielessä, että heteropareillakin voi olla monimuotoisia rinnakkais- ja bisuhteita. Minusta keskeisin sanoma on, että suurin sukupuolitautilisärisä nuorten homojen, lesbojen ja biseksuaalien keskuudessa kasvattava tekijä on tiedon puute. Se johtuu täysin ympäristön välinpitämättömydestä, ennakkoluuloista ja piittaamattomuudesta. On traagista että juuri nuoret, joiden kuolemia muuten surraan suurina onnettomuuksina, altistetaan niin kovalle hinnalle seksin markkinoilla.”

Lasten ja koululaisten terveysneuvonnassa harvoin pysähdytään pohtimaan lapsen omaa seksuaali- tai sukupuolilikokemusta ellei lapsen ympäristö ole kokenut sitä ongelmaksi. Kuitenkin ulkoisten sukupuoliominaisuuksien ja murrosiän merkien puuttuminen tai viivästyminen johtaa ilman muuta tutkimuksiin. Neuvontatyössä on totuttu ja asennoiduttu kohtaamaan vain tyttöjä ja poikia, muulle ilmaisulle ei ole tilaa. Ei-heteroseksuaalisen ja translapsen ja -nuoren kokemukselle ja oman määrittelyn etsimiselle ei osata antaa tukea. Terveydenhoitajien ja vanhempien keskustelu lapsen seksuaalisuudesta ja sukupuolesta on vähäistä ja työmenetelmiä siihen ei juuri ole olemassa. Koulun aloittamisvaiheessa perheen, päivähoiton ja terveysneuvonnan yhteistyöllä voitaisiin ennaltaehkäistä tulevia ongelmia kouluyhteisössä.

”Minulla on kaksi äitiä ja päiväkodissa tädit aina painottivat, että on olemassa erilaisia perheitä. Äitejäni huvitti suunnattomasti, kun neuvolan terveydenhoitaja kysyi odotuspituuttani varten molempien äitieni pituudet.”

”Kun isän ’tyttöily’ ja mekot paljastuivat, se oli kova isku koko perheelle. Ei siitä voinut puhua ulkopuolisille – ei äiti ainakaan. Isä käy nyt mielen-terveystoimistossa ja isän kanssa me jutellaan asiasta.”

Translapsen ja -nuoren mahdollisuus tukeen, hyväksyntään ja omaksi koetun sukupuolen ilmaisuun ovat vähissä ja hänen käyttäytymisensä syytä harvoin tunnistetaan läheis- tai auttajaverkostossa. Translapsi ja -nuori elää useimmiten jatkuvan psykososiaalisen stressin alla (Burgess 1999). Hänelle tulee tarve selviytymisstrategioihin, joita voivat olla fantasioissa eläminen, masennus, syömishäiriöt, aggressiivisuus ja käytöshäiriöt, päihteiden käyttö, vetäytyminen opiskelu- tai netti- maailmisiin, itsetuhoinen käyttäytyminen, itsensä viiltely tai polttaminen, itsemurhan suunnittelu, itseinho ja itsetunto-ongelmat. Usein nuorella on negatiiviset mielikuvat transihmisistä ja hänen on vaikea jäsentää omaa tulevaisuuttaan. Harvoin kukaan nuorista tietää tai tuntee myönteisiä transroolimalleja omassa kasvuympäristössään. (Huuska 2002.)

Yhtenä esimerkkinä terveydenhuollon haasteista kohdata sukupuolen moninaisuutta ovat intersukupuoliset lapset ja nuoret. Vastasyntyneitä, joilla on epäselvä sukupuoli, syntyy vuosittain Suomessa useita. Nykyisiin hoitokäytäntöihin sisältyy eettisiä ongelmia, joista on esitetty vaihtelevia näkemyksiä.

Intersukupuolisten omat järjestöt Yhdysvalloissa vaativat, että lapselle ei tehdä peruuttamattomia toimenpiteitä, vaan että nuori ihminen saisi vaikuttaa omaan hoitoonsa ja, että lapsen koskemattomuutta ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettaisiin (ISNA, Intersex Society of North America 1994). Myös Intersukupuolisuuden tutkimuksissa ja hoidoissa tulisi noudattaa sopimuksia potilaiden oikeuksista ja riittävän tiedon antamisesta potilaalle, jotta hän olisi kykenevä osallistumaan hoidostaan päättämiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). (Venhola 2001.)

Intersukupuolisen lapsen aikuisena kokemaa sukupuolta ei voida lapsuudessa varmasti ennustaa. Sukupuolen varhainen ”normalisointi” ei välttämättä ole sopusoinnussa myöhemmin kasvavan ihmisen oman sukupuoli-identiteetin kanssa. Transtukipisteen asiakkaiksi on viime vuosina tullut joitakin nuoria intersukupuolisia asiakkaita, joilla on ollut traumaattisia kokemuksia lääketieteellisistä hoidoista tai häpeällisenä perhesalaisuutena elämisestä, sillä vanhempien hätä ja halu suojella lasta voivat johtaa lapsen sukupuolisuuden ja mahdollisten hoitojen salaamiseen lapselta itseltään sekä ympäristöltä. Nuoret ovat tarvinneet tukea sukupuolikokemustensa jäsentämiseen ja sukupuoli-identiteettinsä sekä myönteisen minäkuvan rakentamiseen. Osa on kokenut, että hänen sukupuolensa on toinen kuin mihin hänet on kasvatettu tai, että hänen sukupuolensa on moninainen ja

ristiriitainen. Intersukupuolisten kokemusmaailmasta ja sosiaalisesta elämäntilanteesta Suomessa ei ole riittävästi tietoa. (Henkilökohtainen tiedonanto, Transtuki-pisteen erityissosiaalityöntekijä Maarit Huuska 2003.)

Työntekijöiden esteitä seksuaalisuuden ja sukupuolten moninaisuuden kohtaamiselle ovat tiedon puutteen lisäksi suuhun sopivien sanojen ja turvallisilta tuntuvien toimintamallien puute. Esteitä voivat olla myös stereotyyppiset mielikuvat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä, riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteet, pelot sekä omat asenteet ja maailmankatsomus. Työntekijöiltä puuttuu monesti myös rohkeus käsitellä vieraaksi koettuja asioita eikä heillä ole ympärillään osaamisverkostoa, jota konsultoida tai jonne voisi ohjata asiakkaita.

Lapsella ja nuorella ei aina ole sanoja tai ilmaisutapoja, joilla kuvata omia tuntemuksiaan, ja vie aikaa, ennen kuin asiakas ja työntekijä löytävät yhteisen kielen. Työskentely lapsen ja nuoren kanssa tulee aloittaa tuntemusten ja ongelmien yhteisellä nimeämisellä. Valitettavan usein asiakkaat ovat kuitenkin kokeneet tärkeiden tunteiden sivuuttamista ja ongelmien vähättelyä ja sen myötä heidän luottamuspuulansa työntekijöitä kohtaan on lisääntynyt.

Syrjinnän ja huononmuuden kokemus sisäistetään jo varhain ja epäonnistuneet kokemukset terveystalv palveluista voivat johtaa nuoren syrjäytymiseen palveluista ja tuesta. Lapsi ja vanhemmat tarvitsevat tietoa, tukea ja asioiden normalistamista. Lapsi tarvitsee turvallisia rajoja, ja perheen ja kasvattajien on estettävä lasta ja nuorta vahingoittamasta itseään. Tietämättömyys ja väärät uskomukset saattavat vahingoittaa lapsen ja nuoren seksuaaliterveyttä ja estää lasta ja perhettä saamasta oikeaan aikaan tarvitsemaansa tukea ja hoitoa. Työntekijöiden tulisi pitää myös mielessä, että nuoren mielenterveysongelmien, päihteiden käytön, moniongelmaisuu den ja syrjäytymisen taustalla voi olla nuoren odotetusta poikkeava seksuaalinen suuntautuminen tai sukupuolimäärittelyn tarve, johon nuori ei saa tukea ympäristöstään.

”Se tippaiita (terveydenhoitaja) kysyi jotain poikaystävästä ja seurustelusta. Mietin mitä uskallan sanoa sille. Sitten se kysyi, että olenko mä kiinnostunut tytöistä vai pojista? Kerroin, että olen seurustellut pojan kanssa vähän aikaa, mutta tällä hetkellä olen rakastunut tyttöön ja me vaan suudellaan ja pidetään toisiamme hyvänä. Sitten rupesimme yhdessä pohtimaan miten naisten välisessä seksissä pitäisi suojautua.”

”Kun rinnat alkoivat kasvaa ja kuukautiseni alkoivat olisin halunnut kuolla. Siinä vaiheessa aloin käyttää muodottoman isoja t-paitoja. Olin humalassa usein myös keskellä viikkoa. Sitten minut roudattiin kaikkine lävistyksineni johonkin kasvatusneuvolaan ja siellä sitten ruvettiin etsimään syytä pahaan olooni. Työntekijä soitti jonnekin setaan, josta saatiin yhteystiedot asiantuntijasta, joka osasi tukea meitä. Isä ja äiti olivat helpottuneita.”

Ratkaisumalleja

Ei-heteroseksuaalisten ja translasten ja -nuorten seksuaaliterveyden edistäminen tulee nähdä yksilön kokonaisvaltaisen terveyden edistämisenä. Seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyspalvelujen tulee edistää myös näihin ryhmiin kuuluvien lasten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä, ehkäistä läheisverkostojen katkeamista, lasten ja nuorten traumatisoitumista ja syrjäytymistä sekä siihen liittyviä terveysongelmia. Lapsen ja läheisverkoston tukemista tulee lisätä terveyspalveluissa. Lapset ja vanhemmat tarvitsevat ajankohtaista tietoa sekä hyviä selviytymistarinoita vähemmistöryhmiin kuuluvista ihmisistä ja perheistä.

Kasvattajat ja terveydenhuollon henkilökunta tarvitsevat lisäkoulutusta tukeakseen vähemmistöryhmiin kuuluvia asiakkaita ja tuottaakseen laadukkaita terveyspalveluita. Kasvatus- ja palvelujärjestelmän tulisi kehittyä seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuutta arvostavaksi ja toimintakulttuurien moninaisuudelle tilaa antaviksi.

Seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyden edistämisen sisältöjä ja menetelmiä on uudistettava niin, että seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuudelle annetaan tilaa ja tuetaan lapsen seksuaali- ja sukupuolimääritystä ja kehitystä.

- Opetus- ja kasvatusalojen sekä sosiaali- ja terveysalojen koulutusta seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuudesta sekä seksuaaliettiäkasta ja asiakastyön sisällöistä on lisättävä ja työntekijöille on järjestettävä täydennyskoulutusta.
- Toimintakulttuuria päivähoidossa, koulussa ja terveydenhuollon palveluissa on muutettava moninaisuutta arvostavaksi ja syrjimättömyyttä edistäväksi. Hyväksyvä ja moninaisuutta arvostavan toimintakulttuurin ja terveys- ja tukipalvelujen saatavuuden omalta alueelta tulee olla laatuvaatimus julkisille palveluille.
- Terveydenhuollon toimintatapoja on arvioitava. Laadun kriteereitä tulisi olla muun muassa sektori- ja toimintarajat ylittävien työtapojen ja verkostoyhteistyön käyttö sekä työntekijöiden taito ehkäistä ennalta lasten ja nuorten traumatisoitumista ja tunnistaa terveysongelmia ja tuen tarpeita. Voimavaroja tulee suunnata seksuaali- ja sukupuolimääritysten työstämiseen, perheiden tukemiseen ja kriisityötaitojen kehittämiseen. Työntekijöiden tueksi on rakennettava osaamisverkostoja. Moninaisuuden käsittelyä ja seksuaaliettiäkasta arviointia työyhteisöissä on lisättävä. Esimiesten koulutusta asiakastyön vaatimuksista tulee myös lisätä.
- Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöihin kuuluvat lapset ja nuoret eivät tarvitse erityispalveluja, vaan heidät tulisi tunnistaa ja heitä tulisi tukea ja palvela normaaleissa peruspalveluissa. Siihen työntekijät tarvitsevat lisäkoulutusta. Erityisosaamista varten tarvitaan 1–2 moniammatillista osaamiskeskusta

sosiaali- ja terveyspalvelujen ympärille (Gay Center, Gender Center), joiden avulla esimerkiksi transkysymyksissä osaamista välitettäisiin koulutuksen ja konsultaation avulla julkisiin palveluihin.

Seksuaalinen tasavertaisuus – SETA ry on tuottanut vuodesta 1974 neuvonta- ja tukipalveluja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille (ks. www.seta.fi). SETAn sosiaalipalvelutoiminta on yhteiskunnan tarjoamia sosiaali- ja terveyspalveluja täydentävää toimintaa. SETAn koulutustoiminta on suuntautunut perinteisesti sosiaali- ja terveysalojen lisäksi lapsi- ja nuorisotyöhön. SETAn vapaaehtoisouluttajat järjestävät moninaisuuskasvatusta peruskouluissa, lukioissa, rippikoululeireillä ja vuonna 2003 lähes 60 Prometheusleireillä ympäri maata.

SETA ry:n ”Solmuista silmuiksi 2002–2004” valtakunnallisessa sosiaalipalvelujen kehittämishankkeessa rakennetaan moniammatillisia osaamissoluja sosiaali- ja terveyspalvelujen ympärille ja tarjotaan ammatillista jatkokoulutusta. Hankkeen tavoitteena on, että vuoden 2004 loppuun mennessä maahan on vakiinnutettu viisi moniammatillista osaamissolua sekä Transosaamissolu. Hankkeen rahoittaja on RAY. Kehittämishankkeen jatkotuotoksen, 10 opintoviikon moninaisuuskoulutuksen tavoitteena on lisätä seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuuden kohtaamisessa tarvittavia valmiuksia ja osaamista palvelujärjestelmässä ja täydentää jo olemassa olevia opintokokonaisuuksia. Moninaisuuskoulutuksessa opiskelija voi syventää osaamistaan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen hoito-, neuvonta- ja terapiatyössä.

SETA ry:n nuorisohankkeen ”Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat nuoret Pohjois-Suomessa 2003–2005” tavoitteena on parantaa Pohjois-Suomessa elävien seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten elämäntähtäilyä, ehkäistä heidän syrjäytymistään ja edistää heidän mahdollisuuksiaan jäädä asumaan omalle kotiseudulle ja saada siellä hyväksyntä omalle elämäntavalleen. Tavoitteena on nuorten seksuaali- ja sukupuoli-identiteettiä tukevan ja moninaisuutta kunnioittavan turvallisen toimintakulttuurin istuttaminen osaksi nuorisotyötä ja koulu/opiskeluyhteisöjä sekä mielenterveys/päihdeongelmiin ja syrjäytymiseen johtavien sosiaalisten mekanismien tunnistaminen ja katkaiseminen. Hanke sisältää koulutusta ja yhteistyötä pohjoisen alueen palvelujärjestelmän kanssa. Hankkeen rahoittaa opetusministeriö.

Vuonna 1994 perustettu Transtukipiste on Suomessa ainoa psykososiaalisia tukipalveluja tarjoava palvelupiste transihmisille ja asiakkaille, joilla on jäsenymätöntä sukupuolen kokemista – sekä transihmisten perheenjäsenille. Transtukipisteen ammatillinen tukityö sisältää neuvontaa ja terapeuttista keskustelua, kriisityötä ja transsukupuolisten kuntoutumisessa tukemista sekä palvelunohjausta sukupuolenkorjaushoitoprosesseissa ja juridisissa kysymyksissä. Laaja vertaistukitoiminta auttaa asiakkaita oman identiteetin rakentamisessa sekä tarjoaa tukiverkostoja ja selviytymisen malleja.

Erityisesti translasten ja –nuorten tunnistamista ja tukemista terveydenhuollossa tulee lisätä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tulee olla selvillä transihmisten hoitosuosituksista ja tukipalveluista (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta N:o 563/2002, Asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävään tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten N:o 1053/2002).

Transihmisten erityispalvelujen tarve palvelujärjestelmässä on pysyvä. Asiakasryhmä on pieni, heterogeeninen ja eri puolilla Suomea asuva ja samalla palvelujärjestelmän työntekijöiltä vaativaa erityisosaamista edellyttävä. Riittävää ammatillista asiakastyökokemusta ei kerry kuin erikoistuneissa keskitetyissä tukipalveluissa. Transtukitoimintaa kehitetään tällä haavaa kolmannen sektorin (SETA ry ja Transtukikeskus) tuottamana palveluna ”Gender Centeriksi” – moniammatilliseksi Transtuki- ja kehittämiskeskukseksi. Transtukitoiminnan keskeisiä kehittämiskohteita ovat translasten ja -nuorten auttaminen sekä perhetyön kehittäminen.

LÄHTEET

- Burgess, C. (1999). Internal and External Stress Factors Associated with the Identity Development of the Transgendered Youth. Teoksessa Mallon, Gerald, P. (toim.) Social Services with Transgendered Youth. New York: Harrington Park Press.
- Huuska, M. (2002). Transihmiset – Sukupuoleltaan moninaiset työelämässä. Teoksessa Lehtonen, J.: Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt työelämässä. Saarijärvi: Gummerus.
- Kosunen, E. (2003). Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti 58:4373–7.
- Lehtonen, J. (2003). Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nurmi, T. (2000). Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu- ja 13. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Pimenoff, V. (1993). Transseksuaalisuus. Duodecim 109:368–375.
- Venhola, M. (2001). Intersukupuolisuus. Transtukipisteen kotisivut: www.seta.fi/transtukipiste.
- SETA ry:n Nuorisoseminaari 2.-4.5.2003 Oulussa. Koulutustoiminnan muistio.

Klamydiaa kannattaa seuloa

JORMA PAAVONEN

Chlamydia trachomatis (klamydia) on yleisin seksitauteja aiheuttava bakteeri. Suomessa raportoitiin vuonna 2002 klamydiatartuntoja vajaa 14 000, yli 50 kertaa enemmän kuin tippuria. Klamydia on suurin yksittäinen ehkäistävissä oleva lisääntymis-terveyden uhkatekijä. Diagnostiikka on parantunut ja nopeutunut (nukleinihappomonistustestit), näytteenotto helpottunut (ensivirtsanäyte) ja hoitokin on yksinkertaistunut tehon kärsimättä. Aktiivinen seulonta olisi tehokas keino klamydiaepidemian nujertamiseksi. Klamydiarokotetta ei toistaiseksi ole näköpiirissä.

Klamydiabakteeri eristettiin sukuelimistä otetusta näytteestä ensimmäisen kerran vuonna 1959. Soluviljelymenetelmä klamydian osoittamiseksi kehitettiin 1965. Klamydian aiheuttamien sukuelinten tulehdusten tautikirjo kuvattiin jo 1970-luvulla. Klamydiainfektion aiheuttamat komplikaatiot ja jälkitaudit, kuten sisäsynnytintulehdus (pelvic inflammatory disease, PID), munatorvipiperäinen hedelmättömyys, munatorviraskaus, muut raskaushäiriöt (esim. keskenmeno ja ennenaikainen synnytys) ja sisäsynnytintulehdusta seuraava krooninen kiputila tunnettiin niin ikään jo 1970-luvulla. Uusia pikadiagnostisia antigeenitestejä kehitettiin 1980-luvun alussa. Niiden suorituskyky osoittautui kuitenkin kyseenalaiseksi. Klamydiatutkimuksessa keskityttiin 1980-luvun lopulla klamydian molekyylibiologiaan sekä klamydiainfektion patogeneesiin ja immunologiaan.

Viime vuosikymmenellä sekä näytteenottotekniikka, diagnostikka että hoito edistyivät merkittävästi. Nukleinihappomonistukseen perustuvia diagnostisia testejä kehitettiin 1990-luvun alussa. Paremman herkkyytensä ja tarkkuutensa takia ne syrjäyttivät nopeasti muut klamydiatestit. Klamydian genomisekvenssin selvittäminen auttoi yhä paremmin ymmärtämään klamydian monimutkaista biologiaa. Diagnostiikka yksinkertaistui, kun uusien testien myötä ensivirtsanäyte osoittautui yhtä luotettavaksi kuin kohdunkaulan tai virtsaputken vanutikkunäytteet. Jopa itse otettu emätineritenäyte osoittautui toimivaksi näitä uusia testejä käytettäessä.

Aikaisemmin klamydiainfektio hoidettiin pitkillä, jopa kahden viikon antibioottikuureilla (esim. tetrasykliinit, erytromysiini). Uudella pitkävaikutteisella makrolidiantibiootilla, atsitromysiinillä, klamydiainfektion hoito onnistuu yhden gramman kerta-annoksella.

TAULUKKO 1. Klamydian esiintyminen Suomessa eräiden valikoitujen seulontatutkimuksien mukaan

| | Esiintyvyys | |
|------------------------------|---------------|--------------------|
| | % tutkituista | Tapauksia/tutkitut |
| Naiset* | | |
| YTHS/Ehkäisyneuvola | 3,5 | 42/1 198 |
| Nuorisopoliklinikka | 3,9 | 12/306 |
| Äitiysneuvola | 2,5 | 10/401 |
| Koululaiset (16–17-v.) | 1,9 | 26/1 398 |
| Sukupuolitautipoliklinikka** | 6,3 | 28/442 |
| Miehet* | | |
| Armeijan kutsunnat | 2,6 | 25/963 |
| Sukupuolitautipoliklinikka** | 8,9 | 50/565 |

* Ensivirtsa; PCR tai LCR.

** Oireisia potilaita.

Esiintyvyys

Euroopasta on julkaistu vuosina 1980–2000 runsaat 300 tutkimusta klamydian esiintyvyydestä, mutta laajoja systemaattisia seulontatutkimuksia on tehty vain muutamia. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan oireetonta klamydiaa todetaan Euroopassa noin kuudella prosentilla ehkäisyasiakkaista ja noin neljällä prosentilla naisista sytologisten joukkotarkastusten yhteydessä. Klamydian esiintyvyyksluvut ovat huolestuttavan suuret nuorilla, eli alle 25-vuotiailla. Myös Ruotsissa klamydian ilmaantuvuus on viime vuosina kääntynyt uudelleen nousuun, vaikka Ruotsi oli pitkään klamydiaseulontojen mallimaa. Suomalaisia tuloksia pääkaupunkiseudulla tehdyistä seulontatutkimuksista on esitetty taulukossa 1. Esimerkiksi 16–17-vuotiaista tytöistä havaitaan seulonnassa oireetonta klamydiaa noin kahdella prosentilla.

Kun klamydiatulehduspotilas tulee hoitoon, tartunnasta on kulunut keskimäärin jo yli kuukausi ja sinä aikana kolmannes potilaista on ehtinyt altistaa uuden partnerin. Tartunnan jäljityksessä etsitään siis yhtä tai useita kumppaneita, joilla voi taas olla uusi partneri tai partnereita. Klamydia leviääkin tehokkaasti seksikumppaneita tiheästi vaihtavassa väestössä (ns. core group), johon myös ehkäisevät toimenpiteet tulisi ensisijaisesti kohdistaa. Kaikista klamydiatartunnoista noin 60 prosenttia todetaan naisilla. Tämä viittaa siihen että tartunnan jäljitys ei ole läheskään niin tehokasta kuin sen pitäisi olla.

Infektion leviäminen väestössä (R_0) riippuu infektion tartuttavuudesta (beta), tartuttavuuden kestosta (D) ja seksikontaktien määrästä (c). Tähän yhtälöön ($R_0 = \text{Beta} \times D \times c$) ja epidemian rajoittamiseen on vaikea vaikuttaa perinteisin keinoin eli odottamalla, että oireinen potilas hakeutuu tutkimukseen ja hoitoon, jo pelkästään siitä syystä, että suurin osa tulehduksista on oireettomia.

Klamydian aiheuttamat terveyshaitat

Jo pitkään on tiedetty, että sairastettu klamydiainfektio lisää kohdunulkaisen munatorviraskauden vaaran noin kuusinkertaiseksi, kroonisen alavatsakivun vaaran noin kymmenkertaiseksi ja munatorvipiperäisen hedelmättömyyden vaaran 14-kertaiseksi. Krooninen alavatsan kiputila johtaa usein kohdunpoistoleikkaukseen jo ennen vaihdevuosi-ikää. Uusintainfektio lisää eksponentiaalisesti arpeuttavan ja palautumattoman kudosaaurion vaaran sisäsynnyttimissä, nimenomaan munanjohtimissa. Altistuminen klamydialle lisää myös kohdunkaulan syövän vaaraa myöhemmällä iällä. Klamydia käynnistää kohdunnapukan solumuutoksia (junktioalueen metaplasiaa), muokkaa immunologista valvontamekanismia ja altistaa papilloomaviruksen (human papillomavirus, HPV) aiheuttamille solumuutoksille sekä persistoivalle korkean riskin HPV-tyyppien aiheuttamalle infektiolle. Kohdunkaulan syöpä ei kehity ilman HPV-altistusta.

Vastasyntynyt voi saada klamydiatartunnan synnytyskanavasta. Tulehdus ilmenee muutaman viikon tai kuukauden ikäisenä sidekalvotulehduksena, keuhkokuumeena tai molempina.

Miksi klamydia arpeuttaa?

Elimistön immunologisten puolustusreaktioiden osallistumista kudossarpien kehittymiseen alettiin epäillä jo varhaisissa trakoomarokotetutkimuksissa, koska uudelleen altistuminen klamydialle paradoksaalisesti pahensi trakooman taudinkuvaa. Klamydia on solunsisäinen bakteeri, minkä takia se on veriteitse välittyvän vasta-ainemuodostuksen tavoittamattomissa. Siten sairastettu klamydiainfektio ei myöskään suojaa uusintainfektiolta, vaikka klamydiavasta-aineet säilyvätkin verenkierrossa vuosia niin sanottuna serologisena arpena aikaisemman infektion jäljiltä. Klamydian torjunta ja häätö elimistöstä riippuvat soluvälitteisestä immunitetista, jossa tärkeitä ovat T-lymfosyytit ja niiden tuottamat sytokiinit. Tyyppin 1 sytokiinit aktivoivat soluvälitteistä immuunivastetta ja tyyppin 2 sytokiinit lisäävät veriteitse välittyvää immuunivastetta eli B-lymfosyyttien vasta-ainetuotantoa. Tyyppin 1 sytokiineista erityisesti interferoni-gamma estää klamydian solunsisäistä lisääntymistä rajoittaen infektiota. Näyttää siltä, että kun tyyppi 2 -painotteinen immuunivaste on vallitsevana, kasvaa alttius krooniseen infektiin ja arpeuttavaan tautiin.

Klamydian antigeenirakenteessa on useita ns. lämpösokki- eli stressiproteiineja (heat shock proteins, HSP), joista eniten on tutkittu niin sanottua 60 kiloDaltonin HSP:tä (CHSP60). Lämpösokkiproteiinien tuotanto lisääntyy viivästyneessä yliherkkyysoireissa, joka liittyy varsinkin klamydian aiheuttamaan uusintainfektioon. Seerumin CHSP60-vasta-aineet ovat koholla niillä, joille on kehittynyt

sisäsynnytintulehdus, munatorviraskaus tai hedelmättömyyttä aiheuttava munatorvivaurio.

Kohdesolukon immunologinen vaste klamydialle riippuu (muiden solunsäisten mikrobien tapaan) myös kudoksen HLA-tyypistä. Määrätyt HLA-tyypit altistavat klamydian aiheuttamalle kudოსvauriolle. Toinen selitys klamydiainfektion aiheuttamaan kudოსvaurioon on autoimmunireaktio. Klamydian molecular mimicry eli CHSP60:n aminohapposekvenssin samankaltaisuus (n. 60 %) ihmisen HSP:n kanssa voi indusoida immuunijärjestelmän hyökkäyksen omaa kudosta vastaan. Tällainen autoimmunireaktio voi persistoida ja ylläpitää kroonista kudosta arpeuttavaa inflammaatiota (esim. munatorvissa).

Klamydian häätö

Klamydiainfektion ehkäisy voi tapahtua kolmella tasolla. *Primaaripreventio* tarkoittaa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää ohjausta, neuvontaa ja valistusta. Tämä tulisi kohdentaa nuoriin ja ajoittaa oikein. Tässä koulujen antama seksuaaliopetus sekä nuorille suunnatut seksuaaliterveyspalvelut ovat avainasemassa. *Sekundaaripreventio* tarkoittaa oireettomien kantajien seulontaa. Klamydiaseulonta täyttää kaikki ne kriteerit, joita edellytetään hyvältä seulontatutkimukselta. Klamydian aiheuttamat tulehdukset ovat yleisiä, aiheuttavat vakavia terveyshaittoja, joiden tutkiminen ja hoito on kallista. Klamydia voidaan diagnosoida helposti otettavalla näytteellä (alkuvirtsan) ja hoitaa tehokkaasti antibiootilla. Vahva näyttö puhuu sen puolesta, että varhain aloitettu hoito vähentää merkittävästi jälkitautien vaaraa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa osoitettiin, että terveystarkastuksen yhteydessä tehty klamydiaseulonta vähensi oireisia sisäsynnytintulehduksia jo yhden vuoden seurannassa peräti 65 prosenttia.

Koska klamydia on tärkein ehkäistävissä oleva lisääntymisterveyden uhka, oireettomien kantajien seulonta on suuri haaste myös Suomen terveydenhuollolle. Siitä huolimatta edes määrättyihin riskiryhmiin (esim. ehkäisyasiakkaat, Pappaseulonta-asiakkaat, terveystarkastukseen kutsutut opiskelijat, muut terveystarkastuksiin osallistujat, armeijan kutsuntoihin osallistuvat) suunnattua systemaattista klamydiaseulontaa ei ole meillä Suomessa pidetty tärkeänä.

Vaikka seulontoja järjestettäisiinkin, yksi ongelma varsinkin nuorilla on tutkimukseen hakeutumisen kynnyks. Tätä helpottamaan on kehitetty niin sanottu kotitesti. Kotitestin on luonnollisesti oltava mahdollisimman yksinkertainen, mutta luotettava. Toinen mahdollisuus on ottaa esimerkiksi ensivirtsanäyte kotona ja lähettää näyte postitse laboratorioon tutkittavaksi. Molempien edellytys on tietenkin se, että testipakkauksia pitäisi olla vapaasti saatavilla esimerkiksi apteekkeissa, terveyskeskuksissa ja muualla avoterveydenhuollossa. Kotidiagnostiikan toinen ongelma on terveydenhuollon ammattilaisen antaman valistuksen ja neuvonnan puuttuminen. Myös aika diagnoosista hoitoon saattaa silloin venyä, mikä lisää jäl-

kitaudin vaaraa. Tartunnan jäljitys saattaa myös jäädä tekemättä, mikä puolestaan lisää uusintainfektion vaaraa. Tällöin kotiseulonnalla ei välttämättä saavuteta seulonnan tavoitetta eli klamydiaepidemian vähenemistä. Kotitestien mainostaminen nuorille saattaa aiheuttaa enemmän sekaannusta, ahdistusta, masennusta, parisuhdeongelmia ja epätietoisuutta kuin systemaattinen ja terveydenhuollon ammattilaisten tekemä klamydiaseulonta sekä siihen liitetty lisääntymis- ja seksuaaliterveysneuvonta.

Suomessa naisilla on aivan nuoresta pitäen runsaasti säännöllisiä kontakteja terveydenhuoltoon. Ensivirtsan tutkimiseen perustuva klamydiaseulonta olisi periaatteessa helppo liittää terveystarkastuksiin. Naisten seulonta on selvästi tehokkaampaa kuin miesten seulonta ja lähes yhtä tehokasta kuin jos seulonta kohdistetaan sekä miehiin että naisiin. Seulonnan kohdistaminen ensisijaisesti naisiin on mielekästä senkin vuoksi, että naisilla komplikaatiot ovat ongelmallisempia ja aiheuttavat suuria tutkimus- ja hoitokustannuksia. Tartunnan jäljitys on silloin hoidettava tehokkaasti.

Tertiäripreveniolla tarkoitetaan sairauden tehostettua hoitoa. Tertiäripreveniota parantamalla klamydian aiheuttamia ongelmia ei koskaan voida ratkaista, koska palautumaton vaurio kudostasolla on jo mahdollisesti tapahtunut siinä vaiheessa, kun oireinen tulehdus todetaan ja hoidetaan.

Kannattaako klamydiaseulonta?

Klamydiaseulonnan kustannusvaikuttavuudesta on julkaistu jo toistakymmentä tutkimusta. Ne ovat vakuuttavasti osoittaneet, että klamydiaseulonta olisi kannattavaa kansanterveystyötä. Klamydiaseulonta säästää terveydenhuollon kustannuksia jo silloin, kun klamydian esiintyvyys lähestyy neljää prosenttia. Pidemmällä aikavälillä klamydiaseulonta säästää terveydenhuollon kustannuksia. Itse seulonnan kustannukset ovat vain murto-osa klamydiainfektion komplikaatioiden aiheuttamien tutkimusten ja hoitojen kustannuksista. Niin sanotun päätöspuumallin avulla on arvioitu, että seulonta vähentäisi tulehduksen jälkeistä hedelmättömyyttä ja kohdunulkopuolisten raskauksien ilmaantuvuutta noin puolella. Klamydiaseulonta on loistava esimerkki terveydenhuollon interventtiosta, joka varmasti maksaisi itsensä takaisin korkojen kanssa 5–10 vuoden seurannassa. Laajamittaisten seulontojen toteuttaminen Suomessa on kuitenkin osoittautunut ongelmalliseksi. Osittain tämä johtunee kunnallisen terveystalouden päätöksenteosta, terveydenhuollon kustannuskriisistä sekä siitä, että asiantuntijoiden mielipidettä ei ole kuunneltu tai otettu huomioon.

Seulontaan liittyy toki vielä avoimiakin kysymyksiä; esim. tarvitaan lisää tutkimuksia siitä, kuinka usein seulonta tulisi toistaa. Tämä on olennainen kysymys, koska juuri uusiutunut tulehdus näyttää moninkertaistavan komplikaatoriskin.

LÄHTEET

- Anttila, T., Saikku, P., Koskela, P., Bloigu, A., Dillner, J., Ikäheimo, I., Jellum, E., Lehtinen, M., Lenner, P., Hakulinen, T., Närvänen, A., Pukkala, E., Thoresen, S., Youngman, L., Paavonen, J. (2001). Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk for development of cervical squamous cell carcinoma. *JAMA* 285:47–51.
- Belland, R. J., Scidmore, M. A., Crane, D. D., Hogan, D. M., Whitmire, W., McClarty, G., Caldwell, H. D. (2001). Chlamydia trachomatis cytotoxicity associated with complete and partial cytotoxin genes. *PNAS* 98:13984–13989.
- Hautamäki, A., Summanen, P., Paavonen, J. (2002). Miksi Chlamydia trachomatis arpeuttaa? *Suomen Lääkärilehti* 57:873–878.
- Hiltunen-Back, E., Haikala, O., Kautiainen, H., Paavonen, J., Reunala, T. (2001). A nationwide sentinel clinic survey of Chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases* 28:252–258.
- Honey, E., Augood, C., Templeton, A., Russell, I., Paavonen, J., Mårdh, P.-A., Stry, A., Stray-Pedersen, B. (2002). Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies. *Sexually Transmitted Infections* 78:406–412.
- Kinnunen, A. (2002). Chlamydial heat shock protein 60 and cell-mediated immunity in tubal factor infertility. Thesis, University of Oulu and University of Helsinki.
- Kretzschmar, M., Welte, R., van den Hoek, A., Postma, M. J. (2001). Comparative model-based analysis of screening programs for Chlamydia trachomatis infections. *American Journal of Epidemiology* 153:90–101.
- Mehta, S. D., Shahmanesh, M., Zenilman, J. M. (2003). Spending money to save money. *Sexually Transmitted Infections* 79:4–6.
- Molander, P. (2003). Diagnosis and management of patients with clinically suspected acute pelvic inflammatory disease. Thesis, University of Helsinki.
- Paavonen, J. (2002). Klamydia epidemia jatkuu – mitä tehdä? *Duodecim* 118:1369–1373.
- Paukku, M., Kilpikari, R., Puolakkainen, M., Okanen, H., Apter, D., Paavonen, J. (2003). Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis. *Sexually Transmitted Diseases* 30:120–123.
- Peeling, R. W., Patton, D. L., Cosgrove Sweeney, Y. T., Cheang, M. S., Lichtenwalner, A. B., Brunham, R. C., Stamm, W. E. (1999). Antibody Response to the chlamydial heat-shock protein 60 in an experimental model of chronic pelvic inflammatory disease in monkeys (*Macaca nemestrina*). *Journal of Infectious Diseases* 180:774–779.
- Simms, I., Stephenson, J. M. (2000). Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sexually Transmitted Infections* 76:80–87.
- Stephens, R. S., Kalman, S., Lammel, C., Fan, J., Marahte, R., Aravind, L., Mitchell, W., Olinger, L., Tatusov, R. L., Zhao, Q., Koonin, E. V., Davis, R. W. (1998). Genome sequence of an obligate intracellular pathogen of humans: Chlamydia trachomatis. *Science* 282:754–759.
- Watson, E. J., Templeton, A., Russell, I., Paavonen, J., Mårdh, P.-A., Stry, A., Stray-Pedersen, B. (2004). The accuracy and efficacy of screening tests for Chlamydia trachomatis: a systematic review. *Journal of Medical Microbiology (painossa)*.
- Whittington, W. L. H., Kent, C., Kissinger, P., Oh, M. K., Fortenberry, J. D., Hillis, S. E., Litchfield, B., Bolan, G. A., St. Louis, M. E., Farley, T. A. (2001). Determinants of persistent and recurrent Chlamydia trachomatis infection in young women. *Sex Transm Dis* 28:117–123.
- Wilson, J. S., Honey, E., Templeton, A., Paavonen, J., Mårdh, P.-A., Stry, A., Stray-Pedersen, B. (2002). A systematic review of the prevalence of Chlamydia trachomatis among European women. *Human Reproduction Update* 385–394.
- Wyrick, P. B. (2002). C. trachomatis: Infection strategies of the ultimate intracellular pathogen. *ASM News* 8:68:70–76.

Rokote hiljaista epidemiaa vastaan

MATTI LEHTINEN

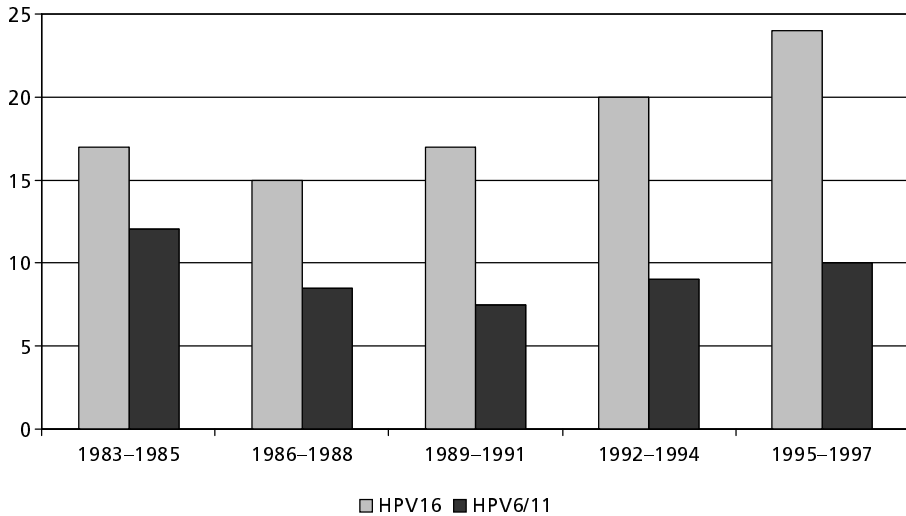
Tiettyjen papilloomavirustyyppien (HPV16 ja 18) aiheuttamat sukupuoliteitse välittyvät infektiot ovat oireettomia, mutta huomattavasti yleisempiä kuin klamydia- ja herpesstartunnat. Pieni osa näiden virustyyppien aiheuttamista infektioista etenee kohdunkaulan syöväksi asti, mikä tekee asiasta vakavasti otettavan kansanterveysongelman. Virustyyppiä HPV16 ja HPV 18 vastaan on kehitetty rokote, jonka tehoa kohdunkaulan syövän ehkäisyssä parhaillaan tutkitaan Suomessa laajalla nuorison seuranta tutkimuksella. Vaikka rokotteiden kehittäminen on tätä nykyä vilkasta, ei ole näköpiirissä, että ne voisivat joskus korvata kondomilla suojautumisen vaihtuvissa seksisuhteissa.

Ihmisen papilloomavirus (HPV) on ollut lähes muuntumattomana seuralaisena me ainakin 200 000 vuoden ajan. Tämä johtuu siitä, että HPV:n monistumisesta vastaava isäntäsolun DNA-synteesilaitteisto ei juuri tee muuntelua mahdollistavia virheitä. Virus onkin hakeutunut ihmisen kanssa vuorovaikutukseen, jossa se ei joudu luonnonvalinnan kohteeksi. Ihon ja limakalvojen itsestään rajoittuvat HPV-infektiot eivät muodosta välitöntä uhkaa isäntäelimistölle.

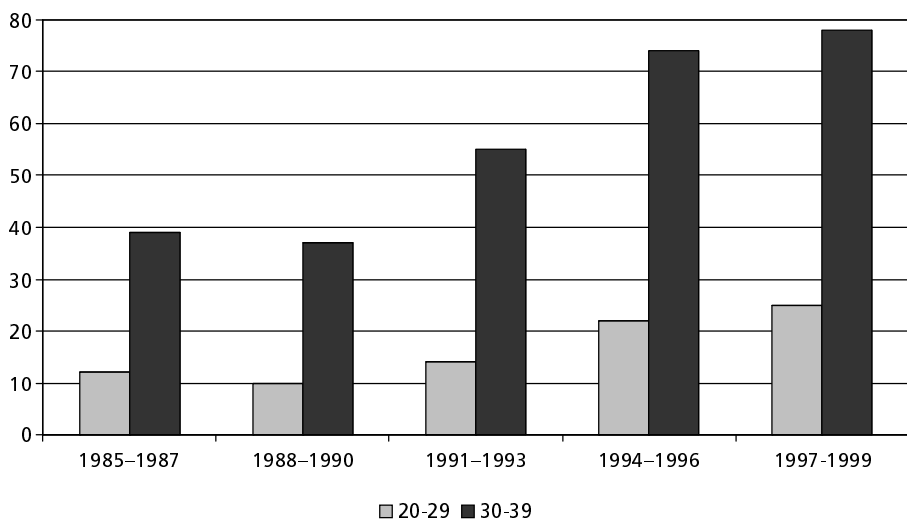
HPV-tyyppien 1 ja 2 aiheuttamien kämmenen ja jalkapohjan syylien lisäksi tunnettiin pitkään vain sukuelinten visvasyyllät (kondyloomat), joita aiheuttavat HPV-tyypit 6 ja 11. Saksan syöväntutkimuskeskuksen DKFZ:n johtaja Harald zur Hausen esitti ensimmäisenä, että HPV aiheuttaa myös kohdunkaulan syöpää. Samanaikaisesti Esko Purola kuvasi kohdunkaulan oireettomalle HPV-infektioille ominaiset irtosolunäytteen muutokset. Läpimurto tapahtui, kun saksalaiset tutkijat löysivät kohdunkaulan syövästä oireettomia infektioita aiheuttavan virustyyppin HPV16. Samalla tavoin solun kasvunrajoiteproteiineja tuhoavia ”suuren riskin” HPV-tyyppejä tiedetään nykyisin lukuisia (18, 31, 33, 35, 45, 52, 58, 59) ja niitä on löydetty 97 prosentissa kohdunkaulan syövästä. Myös osa muista sukuelinten alueen samoin kuin peräaukon syövästä on HPV:n suhteen positiivisia.

Puolet ”suuren riskin” HPV-infektioista saadaan kolmen vuoden kuluessa yhdyntöjen aloittamisesta. Ilmaantuvuuspiikki on eri maissa 18. ja 22. ikävuoden välillä. Kansanterveyslaitoksen tutkimusten mukaan oireettoman HPV16-infektion esiintyvyys on 23–31-vuotiailla synnyttäneillä naisilla lähes kaksinkertaistunut vuosien 1983 ja 1997 välillä (kuva 1). Ensimmäisen vuoden helsinkiläisopiskeli-

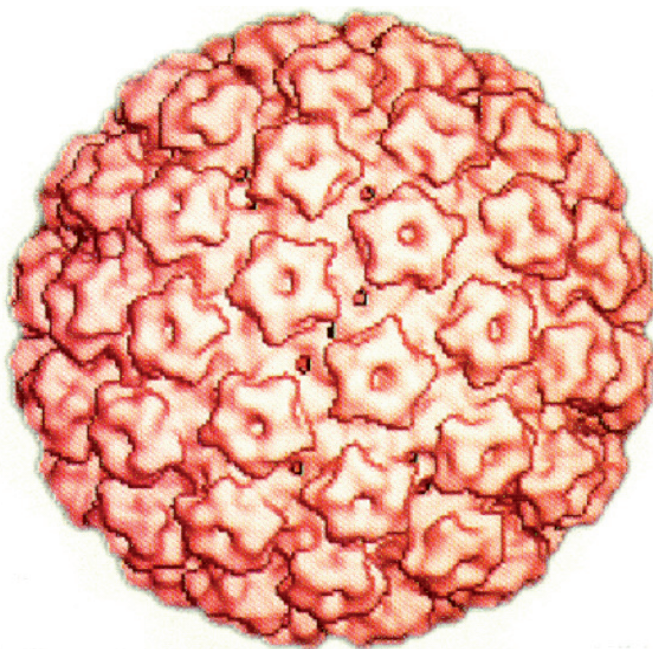
joiden terveystarkastuksissa 30 prosentilla löytyy ”suuren riskin” HPV-tyyppejä. Tämä hiljainen, jo 1970-luvulla alkanut HPV-epidemia johtuu seksuaalikäyttäytymisen muutoksista. Naisten kumppanien määrä kolminkertaistui ja keskimääräinen yhdyntöjen aloittamisikä aleni yli kahdella vuodella 1970-luvulta 1990-luvulle siirryttäessä. Hiljainen HPV-epidemia selittää suurelta osin myös 30–40-vuotiaiden kohdunkaulan syövän ilmaantuvuuden kaksinkertaistumisen 10 viime vuoden aikana (kuva 2).



KUVA 1. Yleisimpien genitaali-infektioita aiheuttavien HPV-tyyppien esiintyvyys (%) vuosina 1983–1997 suomalaisilla 23–31-vuotiailla, vähintään kaksilapsisilla naisilla (Laukkanen ym. 2003)



KUVA 2. Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus (/1 000 000 henkilövuotta) vuosina 1985–1999 suomalaisilla 20–29- ja 30–39 -vuotiailla naisilla (Cancer Incidence in Finland 1985–1999)



KUVA 3. Ihmisen papilloomavirus (HPV) -rokote koostuu viruksen L1-pintavalkuaisaineesta, joka pakautuu itsestään immunogeenisiksi viruksen kaltaisiksi partikkeleiksi. Rokote ei sisällä HPV:n onkogeenisista DNA:ta

Papilloomavirusrokote

Rokote muodostuu HPV:n pintavalkuaisaineen kerääntyessä viruksen kaltaisiksi tyhjiksi partikkeleiksi (kuva 3). Geeniteknologian keinoin rokotteeseen tarvittavaa L1-valkuaisainetta voidaan valmistaa helposti suuria määriä ilman virus DNA:n karsinogeenista osaa. Lopullisessa kolmasti annosteltavassa rokotteessa ei DNA:ta ole.

HPV16-rokote synnyttää vereen 100 kertaa enemmän vasta-aineita kuin luonnollinen infektiio. Limakalvoille tihkuu 10 prosenttia veren vasta-aineista – riittävästi neutraloimaan huomattavasti suurempiakin virusmääriä kuin mitä luonnossa tavataan. Muutamien tuhannen koehenkilön tutkimuksissa rokote on antanut yli 90 prosentin suojan HPV16-infektiota vastaan. Rokote suojaa HPV16-tartunnalta ja estää tartuttavuuden, mutta se ei paranna infektiota. Nyt tutkittavina olevissa yhdistelmärokotteissa ovat mukana HPV-tyypit 16 ja 18, mutta aikanaan rokotteeseen tulee sisällyttää keskeiset väestössä esiintyvät HPV-tyypit.

Kohdunkaulan syövän torjuntaan

Kohdunkaulan syöpää, joka on naisten toiseksi yleisin syöpä, todetaan vuosittain maailmassa 400 000 uutta tapausta. ”Suuren riskin” HPV-tyyppien aiheuttamalla limakalvovaurioilla on huomattavasti suurempi taipumus parantua kuin kroonistua tai edetä kohdunkaulan syövän esiasteeksi, saati syöväksi. Myös kohdunkaulan syövän lievien esiasteiden paranemistaipumus on suuri. Tämä johtuu siitä, että elimistön on helppo tunnistaa HPV-positiiviset esiastesolut vieraiksi ja juuria myös virus. Viiden vuoden välein toteutettavat Papa-seulonnat ja niiden aloittaminen 25:n tai 30 vuoden iässä perustuvat siihen, että pyritään löytämään ja hoitamaan kroonistuneen HPV-infektion seurauksena syntyneet esiasteet.

Rokotteet on annettava ennen tartunnan mahdollisuutta. Suomessa tehtävissä faasi III -tutkimuksissa on päädytty tarjoamaan HPV-rokotetta 16–17-vuotiaille tytöille, joista valtaosa ei ole altistunut tartunnalle. Faasi III -tutkimuksille rinnakkaisiin kyselytutkimuksiin osallistuvat 18-vuotiaat tytöt muodostavat verrokiryhmän rokotetuille. Rokotettujen (5 000) ja rokottamattomien (15 000) pitkäaikaisseuranta on mahdollista vain Pohjoismaissa, joissa syöpärekistereihin kerätään tiedot kaikista tavattavista syöpätapauksista. Mikäli tutkimukseen osallistuu riittävästi nuoria, on vuoteen 2015 mennessä mahdollista todeta, eroaako kohdunkaulan syövän vakavien esiasteiden ilmaantuvuus rokotettujen ja rokottamattomien välillä. Selvä ero olisi paras peruste HPV-rokotteen ottamiseksi ohjelmaan myös kehitysmaissa. Rokotetta tulnaisiin tarjoamaan 11–13-vuotiaille tytöille ja pojille kolmena annoksena. Lisäksi 5–10 vuoden välein toistuvilla tehosteilla varmistettaisiin, että rokotteen antama suoja on parhaimmillaan seksuaalisen aktiivisuuden alettua ja että suoja säilyy.

Papilloomavirusten häätäminen

Yleisesti ajatellaan, että sukupuoliyhteydessä tapahtuva tartunta sulkee pois mahdollisuuden häätää taudinaiheuttaja väestöstä. Poikkeuksellisen yleisen HPV:n esiintyvyyden vähentäminen on kuitenkin mahdollista samasta syystä. Seksuualikäyttäytyminen on lajittelevaa: paljon eri kumppaneita tapaavien kumppaneilla on niin ikään paljon kumppaneita, ja vastaavasti harvojen kumppaneiden kanssa olevien kumppaneilla on vähän. Koska HPV-rokote estää sekä tartunnan että tartuttavuuden, laskee viruksen esiintyvyys jälkimmäisessä ryhmässä (valtaväestö) nolnaan, kun 50 prosenttia on saanut rokotuksen. Suomessa tavanomaisella 95 prosentin rokotekattavuudella rokotteeseen sisällytettävien HPV-tyyppien on vaikea säilyä ekologisissa lokeroissaan. Kansanterveyslaitoksella on valmius seurata, etteivät ”tyhjentyvät lokerot” täyty rokotteeseen kuulumattomilla HPV-tyypeillä.

Rokote seksitauteja vastaan?

HPV-rokote on osa seksitautien torjunnassa tavoiteltavaa kokonaisuutta. Seuraavaksi yleisimmät taudinaiheuttajat ovat *Chlamydia trachomatis* (klamydia) -bakteeri ja herpes simplex virus tyyppi 2 (HSV-2), molemmat yli 20 prosentin esiintyvyydellä. Yleistyneen suuseksin vuoksi genitaalierpestä aiheuttaa nykyisin myös yskänrokkovirus (HSV-1).

Vain yhteen herpesviruksen pintavalkuaisaineeseen perustuvien HSV-1- ja HSV-2-rokotteiden kehittämisessä on edetty harppauksin. Vastikään raportoitu 75 prosentin suoja viittaa siihen, että HSV- ja HPV-rokotteet voidaan tulevaisuudessa yhdistää. Klamydiarokotteen kehittämistä on mutkistanut, HIV-rokotteen tapaan, puuttuva yksimielisyyttä siitä, mikä taudinaiheuttajan osa olisi paras immuunivasteen herättäjä. Rokotteen vaikutukset klamydian tartuttavuuteen voisivat heikosta suojasta riippumatta vähentää infektion esiintyvyyttä jopa 50 prosenttia.

Perustellusta toiveikkudesta huolimatta yhdistetylläkään seksitautirokotteella rokottaminen ei poista tarvetta käyttää kondomia suojauduttaessa sukupuoliyhdydessä tarttuvilta taudinaiheuttajilta. Pysyvän parisuhteen ulkopuolella suojautumistarve säilyy aina.

LÄHTEET

- Anttila, A., Pukkala, E., Söderman, B., Kallio, M., Nieminen, P., Hakama, M. (1999). Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963–1995: recent increase in cervical cancer incidence. *International Journal of Cancer* 83:59–65.
- Koutsky, L. A., Ault, K. A., Wheeler, C. M., Brown, D. R., Barr, E., Alvarez, F. B., Chiacchierini, L. M., Jansen, K. U. (2002). A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine* 347:1645–1651.
- Laukkanen, P., Koskela, P., Pukkala, E., Dillner, J., Laara, E., Knekt, P., Lehtinen, M. (2003). Time-trends in incidence and prevalence of human papillomavirus type 6, 11 and 16 infections in Finland. *Journal of General Virology* 84:2105–9.
- Lehtinen, M., Nieminen, P., Hiltunen-Back, E., Paavonen, J. (2003). Papilloomavirusinfektio. Kirjassa: Reunala, T., Paavonen, J., Rostila, T. (toim.) *Sukupuolitaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehtinen, M., Paavonen, J. (2003). Sukupuolitaudit ja syöpä. Kirjassa Reunala, T., Paavonen, J., Rostila, T. (toim.) *Sukupuolitaudit*. Sukupuolitaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- www.cancer.fi (2003).

***Monipuolistuva
seksuaalikasvatus***

Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus

ARIA LIINAMO

Nuorten seksuaaliterveyden heikkeneminen viime vuosina on johdattanut pohtimaan koulun seksuaaliopetuksen ja muun seksuaalikasvatuksen tasoa. Seksuaalikasvatukselta odotetaan menetelmien kehittämistä ja hyviä tuloksia, mutta vaikuttavuutta on silti Suomessa ja muissa Pohjoismaissa tutkittu hyvin vähän. Yhdysvalloissa, Kanadassa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa tehdyt tutkimukset osoittavat, että seksuaaliterveysohjelmien tulee olla pitkäkestoisia, laaja-alaisia ja kohderyhmän yhteisölliset lähtökohdat huomioivia. Mikäli seksuaaliterveyttä halutaan edistää virallisella seksuaalikasvatuksella, vaatii seksuaaliterveyden edistämishojelmien suunnittelu huomattavia voimavaroja. Tässä artikkelissa kuvataan vaikuttavuustutkimusten tuloksia ja pohditaan seksuaalikasvatuksen mahdollisuuksia ja kehittämishaasteita tutkimustulosten pohjalta.

Seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta on tutkittu interventiomenetelmillä Suomessa hyvin vähän. Vuonna 1988 toteutettiin Oulun ja Helsingin peruskoulujen yläasteilla pienimuotoinen yhden oppitunnin interventio, jossa käsiteltiin AIDSia ja muita sukupuolitauteja (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Oppitunti lisäsi merkittävästi sekä tyttöjen että poikien tietoja sukupuolitaudeista, mutta asenteisiin oppitunti-interventio vaikutti hyvin vähän. Valtakunnallisessa Kouluterveyskysely-aineistossa on 1990-luvun lopussa tutkittu koulun seksuaaliopetuksen ja sosiaali- ja terveysministeriön 16-vuotiaille nuorille postittaman seksuaalivalistuslehden lukemisen yhteyttä nuorten seksuaaliterveystietoihin (Liinamo ym. 2000c). Oppilaiden ilmoittaman seksuaaliopetuksen määrän ja laaja-alaisuuden sekä seksuaalivalistuslehden lukemisen yhteys tiedon tasoon oli merkitsevä. Valistuslehden lukeminen paransi seksuaaliterveystietoja koulun seksuaaliopetuksesta riippumatta. Sekä koulun seksuaaliopetuksella että valistuslehden lukemisella oli itsenäinen vaikutus nuorten tietojen paranemiseen, ja ne täydensivät toistensa vaikutusta. Jos nuori ei ollut saanut koulussa seksuaaliopetusta eikä hän ollut lukenut seksuaalivalistuslehteä, hänen seksuaaliterveystietonsa olivat erittäin todennäköisesti puutteelliset.

Nuorten seksuaalitietojen tasoa on Suomessa tutkittu arvelleen sen heijastavan seksuaalikasvatuksen ja koulujen seksuaaliopetuksen tasoa yleisesti. Seksuaa-

litiedot paranivat 1980-luvulla (Kontula 1991, Kosunen 1993, Kontula 1997), jolloin osin HIV/AIDS-epidemian vuoksi valistuskampanjat ja myös koulujen seksuaaliopetus lisääntyivät (Kontula 1997, Nurmi 2000). Useat tutkimukset 1990-luvulla osoittivat yläasteiden seksuaaliopetuksen vähenemistä (Kontula 1997, Hannukala 1999, Liinamo ym. 2000a). Samalla nuorten seksuaalitiedon tason myönteinen kehitys pysähtyi ja tiedot jopa heikentyivät joiltakin osin (Liinamo ym. 2000b).

Muissa, lähinnä Pohjois-Amerikassa ja Euroopassa toteutetuissa koulujen seksuaalikasvatuksen arviointitutkimuksissa on yhtenevästi todettu seksuaalikasvatuksen lisäävän nuorten tietoja seksuaalisuudesta, sukupuolitaudeista ja raskauden ehkäisystä (Kirby 1989, Visser ja van Bilsen 1994, Mellanby ym. 1995, Kirby ja Coyle 1997, Song ym. 2000, Wight ym. 2002). Useissa tutkimuksissa ohjelmien on todettu vaikuttavan myönteisesti myös nuorten asenteisiin muun muassa lisäämällä suvaitsevuuutta (Mellanby ym. 1995), lisäämällä positiivista asennoitumista suojautumiseen ja kondomin käyttöön (Coyle ym. 1999) sekä voimistamalla kielteistä asennetta riskikäyttäytymistä kohtaan (Kim ym. 1997).

Vaikuttaako seksuaalikasvatuskäyttäytymiseen?

Tutkimustulokset seksuaalikasvatuksen vaikutuksesta nuorten seksuaalikäyttäytymiseen, raskauden ehkäisyn käyttöön sekä raskauksien esiintymiseen eivät anna kovin yhtenäistä tai selkeää kuvaa vaikuttavuudesta. Tuloksiin näyttäisi vaikuttavan toteutetun tutkimuksen asetelma ja laatu sekä arvioidun intervention tai ohjelman piirteet. Lisäksi interventioiden vaikutukset voivat olla erilaisia eri kohdejoukoissa ja kulttuureissa.

Frost ja Darroch Forrest (1995) selvittivät arviointikatsauksessaan kouluohjelmien vaikutuksia. Useimmat heidän arvioimansa kouluohjelmat kohdistuivat mustaihoisiin, alempien sosiaaliryhmien nuoriin. Tulosten mukaan kouluohjelmat siirsivät yhdyntöjen aloittamista myöhemmäksi ja tehostivat raskauden ehkäisyn käyttöä, eniten niiden nuorten joukossa, jotka eivät olleet aloittaneet yhdyntöjä ennen ohjelmaa. Nämä kouluohjelmat eivät kuitenkaan vaikuttaneet nuorten raskauksien esiintymiseen.

Franklin ym. (1997) tutkivat meta-analyysillä 32 raskauden ehkäisyohjelman vaikutuksia nuorten seksuaaliseen aktiivisuuteen, ehkäisymenetelmien käyttöön sekä raskauksien ja synnytysten määriin. Ohjelmat kohdistuivat 11–20-vuotiaisiin nuoriin 1980- ja 1990-luvuilla Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Tulosten mukaan raskauden ehkäisyohjelmat eivät vaikuttaneet nuorten seksuaaliseen aktiivisuuteen, mutta ne tehostivat ehkäisymenetelmien käyttöä ja vähensivät raskauksien määrää. Se, että Franklinin meta-analyysi tuotti erilaisia tuloksia vaikutuksissa raskauksien määriin kuin Frostin ja Darroch Forrestin arviointitutkimus, voi johtua arvioinneissa mukana olleiden ohjelmien ominaisuuksista. Franklinin ym. ana-

lyyssissä oli kouluohjelmien ohessa mukana yhteisöohjelmia, joiden piiriin kuuluivat opetuksen lisäksi myös nuorten seksuaaliterveyspalvelut. Meta-analyysin mukaan juuri yhteisöohjelmat paransivat enemmän raskauden ehkäisyn käyttöä ja vähensivät raskauksien esiintymistä kouluohjelmiin verrattuna. Yhteisöohjelman sisältämät nuorten seksuaaliterveyspalvelut näyttävät siis olevan tärkeitä seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteiden saavuttamisessa.

Franklinin ym. havaitsivat analyysissään myös sukupuoli- ja ikäryhmäeroja. Ne kouluohjelmat joihin nuoret osallistuivat sekaryhmissä, tytöt ja pojat yhdessä, lisäsivät enemmän raskauden ehkäisyn käyttöä kuin ohjelmat, joissa vain tytöt olivat mukana. Lisäksi ohjelmat tehostivat enemmän 15–19-vuotiaiden kuin tätä nuorempien seksuaalisesti aktiivisten nuorten ehkäisyä.

Ohjelmien vaikutusta erityisesti kondomin käyttöön on arvioitu useissa sukupuolitautien ja HIV-tartuntojen ehkäisyohjelmissä (McKay 2001). Tulokset ovat osoittaneet selvästi, että nuorten kondomin käyttöön voidaan vaikuttaa seksuaalikasvatuksella. Joidenkin tutkimusten perusteella on jopa esitetty, että kondomin käyttö olisi seksuaalikäyttäytymisen osa-alue, johon voidaan parhaiten vaikuttaa.

Kim ym. (1997) arvioivat 40 nuorten AIDS-riskin vähentämiseen kohdistunutta interventiota Yhdysvalloista vuosina 1983–1995. Ohjelmat lisäsivät nuorten tietoja ja vaikuttivat positiivisesti nuorten AIDS-riskiä sekä suojautumista koskeviin asenteisiin. Ne myös lisäsivät nuorten aikeita käyttää kondomia ja todellista käyttöä sekä vähensivät kumppaneiden määrää. Kondomin käyttöaikeita lisänneet ohjelmat olivat useammin teoriaperustaisia kuin ohjelmat, jotka eivät vaikuttaneet aikomuksiin. Ohjelmat, jotka lisäsivät kondomin käyttöä ja vähensivät kumppaneiden määrää, olivat pidempikestoisia kuin ohjelmat, joilla ei ollut näitä vaikutuksia. Tulosten mukaan käyttäytymismuutosten saavuttamisen kannalta oli oleellista yhteisöllisten ja kulttuuristen tekijöiden huomioiminen. Keskustelu- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu vahvisti käyttäytymismuutoksia. Intervention kesto oli käyttäytymismuutosten kannalta tärkein ohjelman piirre: käyttäytymismuutoksia saavuttaneet ohjelmat olivat kahdesta kolmeen kertaan pidempikestoisia kuin ne ohjelmat, jotka eivät yltäneet käyttäytymismuutoksiin asti.

Samansuuntaisia tuloksia kondomin käytöstä tuli esille Jemmotin ja Jemmotin (2000) tutkimuksessa. He arvioivat 21 Pohjois-Amerikassa toteutettua nuorten sukupuolitautien ja HIVin riskikäyttäytymisen vähentämiseen tähtäävää interventiota. Meta-analyysissä oli mukana 16 kontrolloitua koeasetelmallista ja viisi näennäiskokeellista arviointitutkimusta. Interventiot vähensivät merkittävästi nuorten riskikäyttäytymistä, lisäsivät kondomien hankintaa ja käyttöä sekä vähensivät suojaamattomien yhdyntöjen ja kumppaneiden lukumäärään. Yhdyntöjen aloittamiseen tai yhdyntöjen lukumäärään interventioilla ei juuri ollut vaikutusta. Monien interventioiden vaikutukset kondomin käyttöön säilyivät ainakin vuoden ohjelman jälkeen. Vaikuttavimmissa tutkimuksissa oli käytetty kognitiivis-behavioraalista teoreettista viitekehystä ja pienryhmäinterventioita.

Kouluohjelmien laaja-alaisuuslisää vaikuttavuutta

Edellä mainitun Franklinin ym. (1997) meta-analyysin lisäksi myös muissa tutkimuksissa ja katsauksissa on todettu koulun seksuaalikasvatusohjelmien laaja-alaisuuden lisäävän vaikuttavuutta. Texasissa ja Kaliforniassa toteutettu monipuolinen kouluohjelma, joka tähtäsi HIV-tartuntojen ja sukupuolitauti- ja ei-toivottujen raskauksien ehkäisyyn, osoittautui vaikutuksiltaan tehokkaaksi (Coyle ym. 1999). Teoriaperustaisen intervention kohteena olivat useat nuorten riskikäyttäytymiseen liittyvät tekijät: tiedot, asenteet, seksuaalikäyttäytymiseen ja kondomin käyttöön liittyvät uskomukset, usko omaan kykyihinkin päättää seksuaalikäyttäytymisestä ja kondomin käytöstä (pystyvyyden tunne), keskustelu kumppanin kanssa turvallisesta käyttäytymisestä, koetut kondomin käytön esteet, koettu riski saada HIV- tai sukupuolitauti tartunta ja keskustelu vanhempien kanssa. Ohjelma koostui koulun sisäisen yhteistyön lisäämisestä, opetussuunnitelman ja henkilöstön kehittämisestä, vanhempien informoinnista sekä nuorten terveystieteiden käytön tehostetusta ohjauksesta. Ohjelma toteutettiin 10 koulussa 9. luokilla. Vertailukouluja, joissa oppilaat saivat 10 tunnin tietopohjaisen HIVin ehkäisyyn keskittyvän opetusohjelman, oli saman verran. Ohjelmakoulujen nuorten kondomin käyttöön liittyvät asenteet ja pystyvyyden tunne olivat puoli vuotta ohjelman jälkeen myönteisempiä kuin perinteisen seksuaaliopetuksen kontrollikouluissa. Lisäksi ohjelmakoulujen oppilaiden kokemukset kondomin käytön esteistä vähenivät enemmän kuin vertailukouluissa. Sen sijaan ohjelmalla ei ollut vaikutusta kumppanin kanssa keskustelemiseen tai omaan seksistä kieltäytymisestä koskevaan pystyvyyden tunteeseen. Ohjelma ei vaikuttanut nuorten yhdyntöjen aloittamiseen, mutta se tehosti sukupuolitaudeilta ja raskaudelta suojautumista. Kondomin käyttö pelkästään tai yhdessä ehkäisytablettien kanssa oli ohjelmakoulujen nuorilla yleisempää kuin nuorilla vertailukouluissa. (Coyle ym. 1999.) Ohjelmasta sukupuolitauti- ja ehkäisykannalta suoritettu kustannus-vaikuttavuus-analyysi osoitti, että jokainen ohjelmaan kulutettu dollari tuotti lääketieteellisissä ja sosiaalisissa kustannuksissa noin 2,65 dollarin säästön (Wang ym. 2000).

Kirby (2001) on tutkinut seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuutta ohjelmien piirteiden mukaan. Hän arvioi katsauksessaan yhteensä 73 vuoden 1980 jälkeen USA:ssa tai Kanadassa toteutettua 12–18-vuotiaille nuorille kohdistettua suojaamattoman yhdynnän ja raskauksien ehkäisyyn tähtäävää seksuaalikasvatusohjelmaa. Kirbyn mukaan koulussa toteutetut laaja-alaiset seksuaalikasvatuksen opetussuunnitelmat, jotka kohdistuvat seksuaalikäyttäytymiseen ja erityisesti riskikäyttäytymisen vähentämiseen, voivat olla tehokkaita. Kirbyn analyysissä mukana olleissa ohjelmissa tuotiin yleensä esille yhdynnästä pidättäytyminen sukupuolitauti- ja HIV-tartunnan ja raskauden turvallisimpana ehkäisymenetelmänä, korostaen samalla kondomin ja muiden ehkäisymenetelmien käyttöä, kun yhdynnät

TAULUKKO 1. Tehokkaan koulun seksuaaliopetusohjelman ominaisuuksia (Kirby 2001)

Tehokas ohjelma:

1. Kohdistuu selkeästi riskikäyttäytymisen vähentämiseen
2. Perustuu teoreettisiin lähtökohtiin, jotka on havaittu tehokkaiksi muilla terveystasvatuksen alueilla ja jotka jäsentävät seksuaalikäyttäytymistä määrittäviä tekijöitä, joihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan
3. Antaa nuorille selkeän tavoitteiden mukaisen viestin esimerkiksi kondomin ja raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä. Tätä viestiä tulee vahvistaa koko ohjelman ajan
4. Tarjoaa perusteellista ja tarkkaa tietoa nuorten seksuaalikäyttäytymisen riskeistä sekä niiden välttämisestä
5. Sisältää harjoituksia, jotka kohdistuvat sosiaaliseen paineeseen vastustamiseen seksuaalikäyttäytymisessä
6. Tarjoaa esimerkkejä ja harjoituksia keskustelu- ja vuorovaikutustaidoista (sekä taidosta kieltäytyä)
7. Käyttää opetusmenetelmiä, joissa nuoret osallistuvat aktiivisesti asioiden käsittelyyn voidaan pohtia omalta henkilökohtaiselta kannaltaan saamaansa informaatiota
8. Huomioi tavoitteissaan, sisällöissään ja menetelmissään nuorten ikä- ja kehitystason sekä kulttuuritaustan
9. Kestää riittävän pitkään (muutama oppitunti ei riitä)
10. Kouluttaa ja sitouttaa opettajat tai muut ohjelman toteuttajat ohjelman sisältöön ja tavoitteisiin

tulevat ajankohtaisiksi. Tutkimusten mukaan koulussa toteutetut ohjelmat eivät aikaistaneet nuorten yhdyntöjen aloittamista, eivätkä myöskään lisänneet yhdyntöjen tai yhdyntäkumppaneiden määrää. Joidenkin ohjelmien todettiin jossain määrin lykkäävän yhdyntöjen aloittamista.

Kirby eritteli useita tehokkaiksi osoittautuneiden suojaamattomien yhdyntöjen ja ei-toivottujen raskauksien vähentämiseen tähtäävien koulun seksuaalikasvatusohjelmien piirteitä (taulukko 1). Tehokas ohjelma keskittyy selkeästi riskikäyttäytymisen vähentämiseen ja vahvistaa tavoitteen suuntaista viestiä koko ohjelman ajan. Ohjelman teoriaperustaisuus sekä vuorovaikutustaitojen mallintamista ja harjoittelua sisältävien opetusmenetelmien käyttö on vaikuttavuuden kannalta oleellista. Opetusohjelman kesto on erittäin tärkeä tekijä. Ohjelman tulee kestää riittävän pitkään, jotta tavoitteiden toteutumisen kannalta merkittävät tekijät ehditään käsitellä. Muutaman tunnin ohjelmat eivät riitä käyttäytymismuutosten aikaansaamiseen, mutta 15–20 tunnin kokonaisuus toteutettuna yhden tai kahden vuoden aikana voi jo olla tehokas. Lisäksi opettajien kouluttaminen ja heidän sitoutumisensa ohjelmaan on tärkeää.

Seksuaaliterveysneuvonnan tehostaminen ja sosiaaliset interventiot

Kirby tarkasteli katsauksessaan (2001) myös nuorten henkilökohtaiseen seksuaaliterveysneuvontaan sekä nuorten kokonaiskehityksen tukemiseen kohdistuvien sosiaalisten ohjelmien vaikuttavuutta ohjelmien ominaisuuksien mukaan.

Nuorten henkilökohtaiseen neuvontaan ja palveluiden saatavuuteen panostavat ohjelmat voivat Kirbyn (2002) katsauksen mukaan myös olla tehokkaita. Pelkästään kondomien jakaminen koulun terveystilanteiden yhteydessä ei lisännyt kondomin käyttöä seksuaalisesti aktiivisten nuorten joukossa, joskaan se ei myöskään aikaistanut yhdyntöjen aloittamista. Sen sijaan nuorten henkilökohtaiseen neuvontatilanteeseen suunnitellut interventiot olivat tehokkaita. Nämä suhteellisen lyhyet, jopa yhteen neuvontatilanteeseen liittyvät, interventiot tehostivat kondomin ja raskauden ehkäisyn käyttöä. Neuvonnassa käytettiin apuna erityyppistä havaintomateriaalia ja havainnollistettiin kondomin oikea käyttö. (Kirby 2001.)

Seksuaalikäyttäytymiseen selkeästi kohdistuneiden interventioiden lisäksi teiniraskauksia on pyritty vähentämään myös sosiaalisilla interventioilla etenkin ongelmanuorten osalta. Yhteisössä toteutettu nuorten ohjattu työharjoittelu vähensi nuorten raskauksia työharjoittelun aikana. Raskauksien vähenemisen arvioitiin osin johtuvan seksuaalisen aktiivisuuden vähenemisestä ohjelman aikana. Muita syitä näiden ohjelmien vaikuttavuuteen saattoivat olla nuorten hyvät suhteet heitä ohjaaviin aikuisiin tai nuorten tulevaisuuden suunnitelmiansa selkiytyminen ohjelman aikana. (Kirby 2002.)

Vaikutuksiltaan tehokkain nuorten suojaamattomien yhdyntöjen ja raskauksien ehkäisyohjelmista oli Kirbyn mukaan pitkäkestoinen ohjelma, joka sisälsi seksuaalikasvatuksen ja terveystilanteiden ohella monipuolisia nuoren kokonaiskehityksen tukimuotoja, kuten nuoren henkilökohtaista opiskelun sekä harrastus- ja kesätyömahdollisuuksien ohjausta (Kirby 2002). Nuoret tulivat 13-vuotiaina mukaan ohjelmaan, joka toteutui kolmen vuoden aikana. Nuorille järjestettiin keskimäärin 16 tuntia kuukaudessa ohjelmaan liittyvää toimintaa. Kolmen vuoden jälkeen ohjelmassa mukana olleet tytöt aloittivat yhdynnät myöhemmin verrokki-ryhmään verrattuna, käyttivät yhdynnät aloittaessaan yleisemmin sekä pillereitä että kondomia ja tulivat harvemmin raskaaksi. Poikien seksuaalikäyttäytymiseen ohjelma ei vaikuttanut.

Kaikki tutkimukset eivät osoita vaikuttavuutta

DiCenson ym. (2002) meta-analyysi antaa toisenlaisen kuvan seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuudesta kuin edellä kuvatut arvioinnit. Heidän meta-analyysissään oli mukana 22 vuonna 2000 tai aiemmin julkaistua koeasetelmallista nuorten yhdyntöjen aloittamisen myöhentämiseen, tehostuneeseen raskauden ehkäisyyn käyttöön ja ei-toivottujen raskauksien vähentämiseen tähtäävää arviointitutkimusta. Tutkitut ohjelmat kohdistuivat 11–18-vuotiaisiin, ja ne koostuivat koulun seksuaaliopetusohjelmista sekä kouluterveydenhuolto- ja perhesuunnittelu-palveluita sisältävistä yhteisöohjelmista USA:sta, Australiasta, Uudesta-Seelannista sekä Euroopasta. Tämän analyysin mukaan seksuaalikasvatusohjelmat eivät siirtäneet yhdyntöjen aloittamista. Ohjelmat eivät myöskään tehostaneet raskauden ehkäisyyn käyttöä nuorilla naisilla tai miehillä eivätkä vähentäneet nuorten naisten raskauksia. Neljä yhdynnöistä pidättäytymiseen keskittyvää ohjelmaa ja yksi tavallinen koulun seksuaaliopetusohjelma olivat sen sijaan yhteydessä nuorten miesten kumppaneiden lisääntyneisiin raskauksiin. Yli puolessa meta-analyysin tutkimuksista suurin osa nuorista oli afrikkalaista tai latinalaisamerikkalaista alkupe-rää ja he edustivat alempia sosiaaliryhmiä. Tutkijoiden mukaan ohjelmat olisivat saattaneet olla tehokkaita muissa, vähemmän valikoituneissa kohdejoukoissa. Tuloksiin saattavat vaikuttaa myös meta-analyysissä mukana olleiden arviointitutkimusten asetelmat. Viittä tutkimusta lukuun ottamatta kontrolliryhmien nuoret saivat perinteistä seksuaalikasvatusta ja on mahdollista, että interventioilla oli vaikutusta, mutta vaikutus ei ollut niin suuri, että se olisi erottunut perinteisten ohjelmien vaikutuksista.

DiCenson ym. (2002) tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset herättivät keskustelua ja kritiikkiä. McKay (2001) kritisoi sitä, että tutkijat jättivät pelkästään kondomin käyttöä mittaavat tutkimukset analyysin ulkopuolelle. DiCenson tutkimus keskittyi raskauden ehkäisystrategioiden vaikuttavuuden tutkimiseen ja sukupuolitaudeilta suojautumiseen kohdistuneita ohjelmia ei otettu mukaan. Tämä rajaa McKayn mukaan analyysin ulkopuolelle joukon tärkeää ja hyvää seksuaalikasvatuksen vaikuttavuustutkimusta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että sukupuolitauditartuntojen vähentämiseen tähtäävät interventiot vähentävät riskikäyttäytymistä ja lisäävät kondomin käyttöä, joten ne voivat vähentää myös raskauksia.

Noar (2002) pitää DiCenson tutkimuksen ongelmana sitä, että ottamalla mukaan vain koeasetelmalliset kontrolloidut arviointitutkimukset, joiden toteuttaminen kouluissa on usein vaikeaa, jää arvioinnin ulkopuolelle paljon hyviä näennäiskokeellisissa asetelmissa tehtyjä arviointeja. Muun muassa Kirbyn (2002) arvioinnissa olivat mukana sekä kokeelliset että näennäiskokeelliset tutkimukset. Noarin mukaan DiCenson analyysistä voi vetää ainoastaan sen johtopäätöksen, että tutkitut teoriaperustaiset seksuaalikasvatusohjelmat eivät vaikuttaneet nuorten seksuaalikäyttäytymiseen sen enempää kuin perinteiset ohjelmatkaan.

Myöskään Itä-Skotlannissa vuosina 1996–1999 toteutettu teoriaperustainen (Wight ym. 1998) seksuaalikasvatusinterventio ei ollut ainakaan puoli vuotta ohjelman päättymisen jälkeen suoritetun tutkimuksen mukaan vaikutuksiltaan kovin merkittävä (Wight ym. 2002). Ohjelman tavoitteena oli nuorten riskikäyttäytymisen ja ei-toivottujen raskauksien vähentäminen sekä seurustelusuhteiden laadun parantaminen. Interventio toteutettiin 20 oppitunnilla kahden lukuvuoden aikana 13–15-vuotiailla nuorilla. Opetusmenetelmät olivat monipuolisia, ja ne sisälsivät paljon muun muassa keskustelu- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelumenetelmiä. Ohjelman vaikutuksia arvioitiin koeasetelmallisessa tutkimuksessa puoli vuotta ohjelman päättymisen jälkeen. Perinteiseen seksuaalikasvatukseen verrattuna interventio lisäsi nuorten tietoja, mutta ei aikaistanut nuorten yhdyntöjen aloittamista tai vaikuttanut nuorten seksuaaliseen aktiivisuuteen eikä se vähentänyt riskikäyttäytymistä. Kontrollikouluihin verrattuna ohjelma vähensi jossain määrin yhdynnän ajoitukseen liittyvää katumuksen tunnetta sekä pojilla että tytöillä. Pojilla ohjelma myös vähensi hieman yhdyntään liittyvää painostuksen kokemusta. Interventio-ohjelma vaikutti siis jossain määrin positiivisesti nuorten seurustelusuhteiden laatuun.

Lisäksi oppilaat pitivät intervention seksuaaliopetusta parempana kuin kontrollikoulujen oppilaat perinteisesti toteutettua opetusta. Se, ettei interventio vaikuttanut riskikäyttäytymiseen, ei tutkijoiden mukaan johtunut mahdollisista eroista ohjelman toteutuksessa eri koulujen välillä. Vaikutusten seuranta-ajan lyhyys voi peittää kuitenkin intervention vaikutuksia. Suurin osa nuorista (kaksi kolmasosaa) ei ollut vielä lainkaan kokenut yhdyntää puoli vuotta ohjelman jälkeen, eli ensimmäiseen seuranta-ajankohtaan mennessä. Ohjelmalla saattaakin olla vaikutusta näiden, myöhemmin yhdynnät aloittaneiden, nuorten riskikäyttäytymiseen. Nämä tulokset selviävät ohjelman vaikutusten seurannassa myöhemmin. (Wight ym. 2002.)

Muutkin tekijät vaikuttavat seksuaaliterveyteen

Arviointitutkimusten mukaan selvästi seksuaalikäyttäytymistä määrittäviä ja ainakin jossain määrin seksuaalikasvatuksella muutettavissa olevia tekijöitä ovat seksuaalisuuteen liittyvät tiedot, uskomukset, asenteet ja käyttäytymistaidot. Tekijöitä, joihin seksuaalikasvatuksella voidaan vaikuttaa, ovat muun muassa nuoren seksuaaliterveystiedon taso, nuoren kokemus alttius raskaudelle ja sukupuolitaudeille tai HIV-tartunnalle, ei-toivotun raskauden ja sukupuolitautien välttämisen koettu tärkeys sekä positiivinen asenne ja koettu pystyvyyden tunne kondomin ja muiden ehkäisymenetelmien käyttöön. Monet muut tärkeät nuorten seksuaalikäyttäytymistä määrittävät tekijät eivät liity seksuaalisuuteen. Mikään yksit-

täinen tekijä ei seksuaaliterveyden edistämisen kannalta ole ratkaisevassa asemassa. (Kirby 2001.)

Viimeaikainen kansainvälinen nuorten seksuaalikäyttäytymisen vertailututkimus viittaa siihen, että nuorten raskaudet ja sukupuolitaudit määrittyvät muun muassa yhteiskunnallisesta asennoitumisesta seksuaalisuuteen, useista sosioekonomisista tekijöistä, seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuudesta, kasvatuksen tukiohjelmien olemassaolosta sekä seksuaalikasvatuksesta (Darroch ym. 2001).

Kirbyn (2001) mukaan yhteiskunnallisen tason tekijöistä väestön korkea koulutusaste ja elintaso ovat yhteydessä nuorten seksuaaliterveyttä tukevaan käyttäytymiseen, kuten sukupuolitaudeilta ja raskaudelta suojautumiseen. Nuoren perheeseen liittyvistä tekijöistä hyvään seksuaaliterveyteen liittyvät vanhempien korkea koulutusaste ja tulotaso sekä kahden vanhemman olemassaolo. Lisäksi nuoren perheeltä saama tuki ja ohjaus, sekä vanhempien positiivinen asennoituminen ehkäisymenetelmiin tukevat seksuaaliterveyttä. Ystäväpiiriin positiiviset ryhmänormit kondomin ja ehkäisymenetelmien käyttöön sekä nuoren korkea arvostus ystäväpiirissä ovat myös yhteydessä seksuaaliterveyttä tukevaan käyttäytymiseen. Oleellinen seksuaaliterveyttä määrittävä tekijä on seksuaalikumppanin tuki kondomin ja raskauden ehkäisymenetelmien käyttöön. Nuoren henkilökohtaisista tekijöistä hyvä koulumenestys ja jatkokoulutukseen orientoituminen ovat yhteydessä hyvään seksuaaliterveyteen. Nuorten seksuaaliterveyden ongelmiin liittyy usein muita ongelmia, kuten riskikäyttäytymistä ja tunne-elämän ongelmia sekä ajautuminen seurustelusuhteisiin hyvin nuorena.

Suomessa nuorten seksuaaliterveystietojen on todettu olevan yhteydessä moniin nuoren henkilökohtaisiin taustatekijöihin, kuten vanhempien koulutustaustaan, oppilaan ikään, sukupuoleen, koulumenestykseen, biologiseen kypsymiseen, seksiasioiden ajankohtaisena kokemiseen, sekä tytöillä seksuaalikokemusten karttumiseen (Liinamo ym. 2000b). Kouluterveyskyselyn aineistossa 14-16-vuotiailla nuorilla koko ikäryhmään verrattuna keskimääräistä pidemmälle seksuaalikokemuksissaan (tytöillä vaatteiden alta hyväilyjä ja/tai yhdyntä, pojilla yhdyntä) edenneillä nuorilla oli myös masennuksen kokeminen muita nuoria yleisempää (Kaltiala-Heino ym. 2003). Nuoren suhde vanhempiinsa näyttää vaikuttavan nuorten raskauden ehkäisyn käyttöön. Yhdyntöihin edenneiden, seksuaalisesti aktiivisten tyttöjen yksi tärkeä ehkäisypillereiden käytön määrittäjä oli vanhempien hyväksyvä asennoituminen nuoren seurustelusuhteeseen. (Kosunen 1996.)

Nuoren seksuaaliterveyden edistämässä tulee seksuaalikasvatuksen ohella huomioida nuorten persoonalliset tekijät ja elinolot, yhteisön ja kulttuurin piirteet sekä sosiaaliset ja taloudelliset tekijät yhteiskunnassa (McKay 2001).

Yhteenvetoaja johtopäätöksiä

Tässä katsauksessa kuvatut eri maissa toteutetut seksuaalikasvatuksen arviointitutkimukset osoittavat, että koulussa tai laajemmin yhteisössä toteutettavilla seksuaalikasvatusohjelmilla voidaan saavuttaa toivottuja vaikutuksia yhdyntä- ja ehkäisykäyttäytymiseen. Vuorovaikutus- ja keskustelutaitoihin tai sosiaalisen paineen vastustamiseen vaikuttaminen näyttää seksuaalikasvatuksessa olevan vaikeampaa. Mitä pidemmälle meneviä tavoitteita asetetaan, sitä monipuolisempia ja pitempikestoisia tulisi seksuaalikasvatusohjelmien olla. Sisällyttämällä seksuaalikasvatusohjelmaan myös seksuaaliterveyspalveluiden ja nuorten henkilökohtaisen neuvonnan kehittäminen voidaan tehostaa nuorten suojautumista sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta. Muutamat seksuaalikasvatuksen arviointitutkimukset ovat osoittaneet, että seksuaaliterveyden kehittymistä voidaan edelleen tehostaa tukemalla nuoren kokonaiskehitystä esimerkiksi opiskeluun, harrastuksiin tai tulevaisuuden suunnitelmiin liittyvällä aikuisten ohjauksella. Nuorten läheinen suhde aikuisiin, joilta he saavat ohjausta ja tukea, näyttää olevan seksuaaliterveydenkin peruspilari. Seksuaalikasvatusohjelmissa nuoren kokonaiskehityksen tukemisen näkökulma voidaan huomioida yhteisötasolla esimerkiksi eri toimijoiden välisellä hyvällä yhteistyöllä. Vanhempien, nuorisotoimen ja koulun terveydenhuollon yhteistyöllä voidaan muodostaa monipuolinen, pysyväisluonteinen seksuaalikasvatusohjelma, joka jatkuvasti tavoittaa uudet ikäluokat.

Se, että kaikilla nuorten seksuaalikasvatusohjelmilla ei ole ollut toivottua vaikutusta mitattuihin seksuaaliterveyden indikaattoreihin, voi johtua siitä, että ohjelmien seuranta-aika on usein ollut melko lyhyt. Usein saatetaan olettaa melko suoraviivaisesti, että on olemassa selvä syy-seuraus-suhde esimerkiksi koulun seksuaalikasvatuksen ja nuorten sukupuolitautilien tai teiniraskauksien esiintyvyyden välillä. Taudit ja ei-toivotut raskaudet ovat kuitenkin makrotason indikaattoreita seksuaaliterveyden edistämässä (Nutbeam 2000). Koulun seksuaaliopetuksen ja muiden seksuaaliterveyden edistämisen käytäntöjen sekä edellä mainittujen mitareiden välimaastossa on useita välillisiä osoittimia, joissa seksuaalikasvatusohjelmien vaikutukset voivat näkyä aiemmin kuin ne näyttävät terveysongelmina. Sukupuolitautilien ja raskauksien välttäminen edellyttää sitä, että nuorilla on motivaatio ja taitoja suojautua sukupuoliteitse tarttuvilta infektioilta ja ehkäistä raskautta (Fisher ja Fisher 1998). Tällaista vastuullista seksuaalikäyttäytymistä tukevat ja mahdollistavat muun muassa nuorten seksuaaliterveyteen liittyvät tiedot, asenteet, uskomukset, aikomukset ja käyttäytymiseen liittyvä pystyvyyden tunne.

Yleensä arvioidut seksuaalikasvatusohjelmat perustuvat teoriaan ja teoriaperustaisuus on arvioinneissa todettu erääksi seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta määrittäväksi tekijäksi. Seksuaalikasvatukseen on sovellettu useita teoreettisia lähestymistapoja, kuten terveysuskomusmalli (Rosenstock 1991), sosiaalisen oppimisen teoria (Bandura 1992) ja suunnitellun toiminnan teoria (Ajzen 1991, Fisher ja Fisher 2000). Nämä teoreettiset mallit on kehitetty muilla terveyskäyttäytymisen alueilla ja sovellettu seksuaalikasvatukseen. Erityisesti seksuaaliterveyteen liit-

tyviä teorioita ovat Wightin (1998) ym. kehittämä psykososiaalinen seksuaaliterveyden edistämisen malli sekä Fisherin ja Fisherin (1998) teoreettinen kehys (Information-Motivation-Behavioral Skills Approach). Näissä teoreettisissa malleissa on jäsennetty seksuaalikäyttäytymistä ja seksuaaliterveyttä määrittäviä tekijöitä, jotka ovat makrotasolla ilmeneviä seksuaaliterveyden indikaattoreita edeltäviä indikaattoreita. Moniin näihin tekijöihin, esimerkiksi tietoihin, asenteisiin ja uskomuksiin, voidaan vaikuttaa seksuaalikasvatuksella. Seksuaalikasvatuksen vaikuttavuuden osoittamiseksi ei lyhyellä aikavälillä tarvita välttämättä mitattavia muutoksia nuoren käyttäytymisessä tai sen seurauksissa. Seksuaalikasvatuksen kehittämisessä tulisi pohtia sitä, miten voidaan laajemmin vaikuttaa seksuaalikäyttäytymistä ja seksuaaliterveyttä määrittäviin tekijöihin ja miten seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida laajemmin.

Esimerkiksi seksuaaliterveyteen liittyvien tietojen oppimista voidaan jo pitää seksuaalikasvatuksen onnistumisen indikaattorina. Seksuaalikasvatusta tarvitaan tarjoamaan nuorille asiallista ja monipuolista aineistoa vastapainoksi seksualisoituneelle ja kaupalliselle mediainformaatiolle. Seksuaalikasvatus on hyödyllistä, jos nuorille tarjotaan mahdollisuuksia oppia ja ymmärtää seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä asioita, jotka auttavat muodostamaan omia käsityksiä ja tavoitteita. Terveystestä ja seksuaaliterveydestä oppiminen on tärkeää ja arvokasta sinänsä. Muutoksia seksuaalikäyttäytymisessä voidaan myös tavoitella ja saavuttaa. On kuitenkin muistettava, että niiden saavuttaminen edellyttää seksuaalikasvatuksen lisäksi monia sosiaalisia, taloudellisia ja poliittisia terveyden edistämisen toimia. Opetus, kasvatustieteet ja tieto ovat seksuaaliterveyden edistämässä välttämättömiä, mutta pelkästään ne eivät riitä.

LÄHTEET

- Ajzen, J. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50:179–211.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (pp. 89–116). Newbury Park, CA: Sage.
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Harest, R., Baumler, E., Weil, M. (1999). Short-term impact of Safer Choices: A multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *Journal of School Health* 69:181–188.
- Darroch, J. E., Frost, J. J., Singh, S. (1997). Can more progress be made? Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Occasional Report No 3. New York, New York: The Alvin Guttmacher Institute.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Willian, A., Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 324:426–30.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex research* 9:39–77.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. Teoksessa Peterson JL, DiClemente RJ (eds.). *Handbook of HIV Prevention*, s. 3–56. New York, NY: Plenum Publisher.
- Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., O'Dell Miller, P., Bultman, L. (1997). Effectiveness of Prevention Programs for Adolescent Pregnancy: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and the Family* 59:551–567.
- Frost, J., Darroch Forrest, J. (1995). Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Family Planning Perspectives* 27:188–95.
- Hannukkala, M. (1999). Perhekasvatus peruskoulujen yläasteilla – oppimisaineiston kartoitusta ja tarkastelua vuosien 1994–1998 opetussuunnitelmien pohjalta. *Kotitaloustieteen*

- sivulaudaturtyö 1999. Helsingin yliopisto. Kotitalous- ja käsityötieteen laitos. Helsinki.
- Hämäläinen, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S. (1991). Peruskoululaisten tiedot ja asenteet Hiv-tartunnasta ja sukupuolitaudeista. Yhden hiv-valistusoppitunnin vaikutus. Kirjassa: Urponen, H., Aarva, P., Nupponen, R. (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2. Tampere: Kirjapaino R K Virtanen.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. (2000). HIV behavioural interventions for adolescents in community settings. Teoksessa Peterson, J. L., DiClemente, R. J. (Eds.). *Handbook of HIV Prevention*. New York: Plenum Publisher.
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence* 26:531–545.
- Kim, N., Stanton, B., Li, X., Dickersin, K., Galbraith, J. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: A quantitative review. *Journal of Adolescent Health* 20:204–215.
- Kirby, D. (1989). Research on Effectiveness of Sex Education Programs. *Theory Into Practice* 28:165–171.
- Kirby, D. (2001). Emerging Answers. Research findings on programs to reduce teen pregnancy. May 2001. www.teenpregnancy.org.
- Kirby, D. (2002). Effective Approaches to Reducing Adolescents Unprotected Sex, Pregnancy, and Childbearing. *Journal of Sex Research* 39:51–58.
- Kirby, D., Coyle, K. (1997). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviour. *Children and Youth Services Review*. 19: 415–36.
- Kontula, O. (1991). Nuorten tiedontarve. Teoksessa: Kontula, O., Aaltonen, U.-M., Björklund, T., Lähdemäki, S. (toim.) *Seksistä – kuinka puhua nuorelle*. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Kontula, O. (1997). Yläasteiden sukupuolikasvatustilanne vuonna 1995–1996. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Kosunen, E. (1993). Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy. *Stakes, Raportteja* 99. Helsinki.
- Kosunen, E. (1996). Adolescent Reproductive Health in Finland: Oral Contraception, Pregnancies and Abortions from the 1980's to the 1990s. *Acta Universitatis Tampereensis*, ser A vol. 486. Tampere.
- Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E., Jokela, J. (2000). Seksuaaliopetuksen muutokset peruskoulujen yläasteilla 1995–1998. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37: 53–63 (a).
- Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E., Jokela, J. (2000). Nuorten seksuaaliterveystiedot. *Suomen Lääkärilehti* 55: 4603–10 (b).
- Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E., Jokela, J. (2000). Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin? 55: 293–303 (c).
- McKay, A. (2001). Adolescent sexual health education. Does it work? Can it work better? An analysis of recent research and media reports. *The Canadian Journal of Human sexuality* 10: 127–135.
- Mellanby, A. R., Phelps, F. A., Crichton, N. J., Tripp, J. H. (1995). School sex education: An experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal* 311: 414–417.
- Noar, S. M. (2002). Expanding the scope of adolescent health education: Response to DiCenso et al. Rapid responses to: Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. <http://bmj.com/cgi/eletters/324/7351/1426>.
- Nurmi, T. (2000). Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajaksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15:259–267.
- Rosenstock, I. M. (1991). The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer (Eds.). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Song, E. Y., Pruitt, B. E., McNamara, J., Colwell, B. (2000). A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents' sexual knowledge, 1960–1997. *Journal of School Health* 70:413–6.
- Visser, A. P., Van Bilsen, P. (1994). Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Patient Education and Counseling* 23: 147–160.
- Wang, L. Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K., Baumler, E. (2000). Economic Evaluation of Safer Choices. A School-based Human Immunodeficiency Virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 154:1017–24.
- Wight, D., Abraham, C., Scott, S. (1998). Towards a psychosocial theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research* 13:317–330.
- Wight, D., Raab, G. M., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., Scott, S. (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomized trial. *BMJ* 324:1430–1433.

Terveystieto ja seksuaaliopetus – haaste oppilaan ja opettajan oppimiselle

RAILI VÄLIMAA

Uuden opetussuunnitelman mukainen terveystiedon opetus alkaa perusopetuksessa porrastetusti syksystä 2004 alkaen, ja vuoteen 2006 mennessä se toteutuu kaikilla luokka-asteilla. Terveystietoa on luonnemehdittu yleissivistäväksi reaaliaineeksi, jonka oppimistavoitteina ovat muun muassa oppilaiden taito ja valmius hankkia, ymmärtää, tulkita ja omaksua terveystietoja ja taitoja sekä kyky arvioida kriittisesti terveystietokulttuurin erilaisia ilmiöitä – esimerkiksi kasvavaa terveystietoinformaation ja terveystuotteiden tarjontaa (Kannas 2002). Laissa terveystiedon osa-alueina mainitaan lisäksi sosiaaliset ja elämänhallintataidot, jotka ovat seksuaaliopetuksenkin kannalta tärkeitä tavoitteita. Peruskoululaisten tulisi saada koulustaan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia oman seksuaalisen ja sukupuoli-identiteettinsä rakentamiseen ja eväitä toimia omaa ja muiden hyvinvointia ja terveyttä kunnioittavalla tavalla.

Peruskoulun opetuksen arvopohjana ovat ihmisoikeudet, tasa-arvo, demokratia, luonnon monimuotoisuuden ja ympäristön elinkelpoisuuden säilyttäminen sekä monikulttuurisuuden hyväksyminen. Kaikki nämä arvot tukevat jo sinällään inhimillisen hyvinvoinnin ja terveyden toteutumista ja edistämistä. Perusopetuksen tulee lisäksi edistää yhteisöllisyyttä, vastuullisuutta sekä yksilön oikeuksien ja vapauksien kunnioittamista. (Opetushallitus 2004.) Nämä toimintaperiaatteet ovat tärkeitä yksilöllisen ja yhteisöllisen terveyden edistämisen kannalta. Koulu voidaan nähdä lasten ja nuorten elämässä tärkeänä toimintaympäristönä, joka voi vahvistaa sosiaalista verkostoa, yhteisyyttä, ihmisten välistä kanssakäymistä ja luottamusta (Samdal ym. 1998, Brunell ja Kannas 2000).

Hallituksen esityksessä perusopetuslain 11. §:n muuttamiseksi terveystiedon opetus jaetaan kolmeen osaan: (1) Varsinainen terveystieto ja terveystiedon opetus, (2) Sosiaalisten taitojen ja elämänhallintataitojen kehittäminen, (3) Turvallisuustaitojen ja -valmiuksien saavuttaminen (HE 142/2000).

Lain laatijat ovat halunneet erityisesti korostaa lasten ja nuorten sosiaalisia ja elämänhallintataitoja sekä turvallisuutta. Nämä lähtökohdat haastavat terveystiedon opetusta ottamaan entistä paremmin huomioon lasten ja nuorten arjen, heidän oman esiyymmärryksensä käsiteltävistä asioista ja rakentamaan opetuksesta mahdollisimman yhtenäisen kokonaisuuden. Viimeinen tavoite onkin erityisen

haastava, koska terveystieto oppiaine sisältää runsaasti eri tieteenalojen tietoa. Jos tieto tarjoillaan sirpalemaisesti, ei tietoaines palvele lasten ja nuorten oman terveysnäkökuvan kehittymistä eikä anna riittävästi valmiuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja.

Perusopetuksen 7.–9. luokilla terveystietoa on kolme vuosiviikkotuntia, mikä tarkoittaa kolmea erillistä, noin 38 oppitunnin mittaista kurssia. Toteutuksessa voi ilmetä suurtakin kunta- ja koulukohtaista vaihtelua, sillä joissakin kunnissa terveystiedon opetusta on tasaisesti jokaisella yläasteen luokalla, joissakin kunnissa se painottuu seitsemännelle ja kahdeksannelle luokalle.

Terveystiedon tavoitteet

Opetussuunnitelman perusteissa asetetut terveystiedon tavoitteet on esitetty taulukossa 1.

Tavoitteista nousevat teemat voidaan tiivistää seuraavasti: nuoruus osana ihmisen elämäntietoa, peruskäsitteiden ymmärtäminen sekä tiedon hallintataidot, sosiaaliset suhteet ja tuki, suvaitsevaisuus, arviointikyky ja kriittisyys, henkilökohtaiset ja yhteisölliset terveyttä edistävät toimintastrategiat, yhteisöllisyyden pelisääntöjen ymmärtäminen sekä terveys suhteessa ympäristöön. Samat teemat toistuvat osittain koko koulunpidon arvopohjassa. Ne voivat esiintyä myös muiden oppiaineiden tavoitteissa, mutta terveystiedon opetuksessa niitä tarkastellaan terveyden näkökulmasta.

TAULUKKO 1. Terveystiedon 7.–9. luokkien tavoitteet opetussuunnitelman perusteissa

Terveystiedon tavoitteena on, että koululainen oppii

- tuntemaan ihmisen kasvun, kehityksen ja elämäntietoa tunnuspiirteitä ja oppii ymmärtämään nuoruuden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä.
- ymmärtämään yhteisöllisyyden, ihmissuhteiden sekä keskinäisen huolenpidon merkityksen ihmisten hyvinvoinnissa.
- ymmärtämään itseään ja ihmisten erilaisuutta sekä terveyteen, vammaisuuteen ja sairauksiin liittyviä arvoja ja näkökulmia.
- kuvaamaan ja arvioimaan terveyttä edistäviä ja sairauksia aiheuttavia tekijöitä sekä tunnistamaan ja pohtimaan terveyteen ja turvallisuuteen liittyviä valintoja.
- huolehtimaan itsestään ja ympäristöstään, tunnistamaan ennaltaehkäisyä ja avun tarpeen sekä toimimaan tarkoituksenmukaisesti terveyteen, sairauteen ja turvallisuuteen liittyvissä tilanteissa.
- tunnistamaan, ymmärtämään ja kehittämään terveydelle ja hyvinvoinnille tärkeitä selviytymisen taitoja.
- arvioimaan ympäristön, elämäntavan, kulttuurin ja median merkitystä turvallisuuden ja terveyden näkökulmasta.
- käyttämään terveyteen ja sairauteen liittyviä käsitteitä ja tiedonhankintamenetelmiä ja hyödyntämään niitä terveyden edistämiseksi.
- ymmärtämään sääntöjen, sopimusten ja luottamuksen merkityksen yhteisöjen kuten perheen, koulun, vertaisryhmän ja yhteiskunnan hyvinvoinnin edellytyksenä.

Oppiaineena terveystieto on määritelty oppilaslähtöiseksi sekä toiminnallisuutta ja osallistavuutta tukevaksi. Terveystiedon tavoitteet ovat tiedollisia, asenteellisia ja käytännöllisiä. Opetussuunnitelman perusteissa terveystiedon sisältöjä tarkastellaan seuraavista neljästä näkökulmasta: kasvu ja kehitys; arkipäivän valintatilanteet; voimavarat ja selviytymisen taidot; sekä yhteiskunta ja kulttuuri. Opetuksessa ovat tärkeitä terveyteen, elämäntapaan ja terveystottumuksiin sekä sairauksiin liittyvät tiedot ja taidot sekä valmiudet ottaa vastuuta ja toimia oman sekä toisten terveyden edistämiseksi.

Terveystiedon opetusta määrittävässä uudessa perusopetuksen opetussuunnitelmassa korostetaan sitä, että nuorten tulee tietää *omaan kasvuunsa ja kehitykseensä* liittyvistä asioista. Heidän tulisi hahmottaa nuoruus yhtenä elämänsä vaiheena. Tämän tarkastelun toivotaan auttavan nuoria tiedostamaan muun muassa terveyteen liittyviä valintojaan laajemmasta näkökulmasta.

Myös elämän *moninaisuuden ymmärtämisen* kannalta elämänsä kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää. Eri-ikäisten ihmisten elämänsä eri vaiheissa yhä enemmän toisistaan nuorten voi olla vaikeaa muodostaa käsitystä eri-ikäisten arkisesta elämästä, heidän tarpeistaan ja toiveistaan. Tämä voi näkyä erilaisuuden vähäisempänä sietämisenä ja itsekkyyden lisääntymisenä. Terveystiedon opetussuunnitelmaan otettu kansalaisjärjestö- ja vapaaehtoistyö on tavallisen ihmisen tavallisilla taidoilla toteutettavaa toimintaa. Tämän toiminnan tunnetuksi tekeminen on eräs keino lisätä nuorten tietoisuutta ihmiselämän eri puolista, erilaisista ihmisryhmistä ja nuorten omista mahdollisuuksista osallistua muiden ihmisten arkeen heitä auttamalla ja tukemalla.

Suvaitsevaisuuden vahvistaminen on tärkeää myös seksuaaliterveyden kannalta. Elämänsä näkökulma laajentaa terveystiedon opetusta koulutuntien ulkopuolelle; nuorten arkielämä voikin toimia oppituntien lähtökohtana ja peilauspintana. Myös koulun omien toimintatapojen tarkasteleminen sukupuolen ja seksuaalisuuden näkökulmista on tärkeää. Voidaanko koulujen seksuaaliopetuksessa opettaa esimerkiksi tasa-arvoista suhtautumista kaikkiin ihmisiin heidän seksuaalisesta suuntautuneisuudestaan huolimatta, jos koulun omat käytännöt eivät tätä tue? On syytä tarkastella koulukoulukohtaisesti, millaista käsitystä sukupuolesta ja seksuaalisuudesta koulu tukee.

Yläasteikä elämänsä vaiheena

Opetuksen ja oppimisen olosuhteiden ymmärtämiseksi seuraavassa tarkastellaan lyhyesti 13–16-vuotiaiden nuorten kehitystä ja yleistä murrosikään liittyvää keskustelua. Lapsen kehitykseen vaikuttavat kaikki ne tahot – kehitysympäristöt –, joiden kanssa hän on säännöllisesti tekemisissä. Kehitysympäristön ytimessä on lapsi ja hänen vuorovaikutuksensa toiseen ihmiseen. Ympäristön vaikutus voi olla epäsuora tai suora, esimerkiksi silloin, kun lapsi jää oppimisvaikeuksineen vaille

erityistä tukea. Mikään yksittäinen tekijä ei selitä lasten ja nuorten ongelmia, vaan syitä on etsittävä monitasoisesta ympäristön ja yksilön välisestä vuorovaikutuksesta. (Solantaus 2002.)

Nuoruusikää käsittelevissä keskusteluissa ja kirjoituksissa on pitkään ollut tapana hahmottaa murrosikä ongelmallisena elämänvaiheena (Aapola 1999). Lehtien otsikoissa nuoret esiintyvät tavallisesti silloin, kun puhutaan heidän ongelmistaan: alkoholin runsaasta käytöstä, tupakoinnin yhä varhaisemmasta aloittamisesta tai seksitautien ja teiniraskauksien lisääntymisestä. Yleensä ongelmia käsitellään karkeasti yksinkertaistaen ja nuorista puhutaan kuin yhdestä joukosta, erillaisuus ja yksilöllisyys unohtaen. Julkisen keskustelun yksipuolisuus johtaa helposti siihen, että vanhemmat ja opettajat näkevät nuoret pelkästään ongelmien kautta. Seksuaaliopetuksen kannalta tämä voi pahimmillaan tarkoittaa sitä, että opetuksen sisältö kaventuu seksitautien torjuntaan ja raskauden ehkäisyyn.

Murrosiän kehitystä tarkasteltaessa pääosassa ovat yleensä olleet yksilöpainotteiset biologiset ja psykologiset selitykset. Näiden näkemysten rinnalle on kuitenkin yhä selvemmin noussut myös sosiaalinen näkökulma, jossa murrosikää lähestytään yhteisöllisenä, vuorovaikutuksellisenä ja kontekstuaalisena ilmiönä. Siinä murrosikää määritellään sosiaalisena ilmiönä, joka ei ole kaikille samanlainen. (Aapola 1999.) Jos seksuaaliopetuksen lähtökohtana on näkemys seksuaalisuudesta positiivisena voimavarana, on sosiaalinen näkökulma murrosikään keskeinen, sillä voimavaroihin perustuva lähestymistapa näkee nuoret kykenevinä toimimaan itsestään ja muista huolta pitävällä, rakentavalla tavalla.

Seksuaaliopetus opettajakoulutuksen haasteena

Seuraavassa opettajakoulutusta tarkastellaan lähinnä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella saatujen kokemusten perusteella. Syyskuusta 2002 lähtien opiskelijat ovat voineet suorittaa 15 opintoviikon monitieteisen terveystiedon perusopintojen jälkeen 20 opintoviikon monitieteisen terveystiedon aineopinnot (yhteensä 35 opintoviikkoa). Tätä ennen opiskelijoilla oli mahdollisuus suorittaa aineopinnot terveystieteiden oppiaineissa. Vuonna 2004 aineopinnot suorittavat opiskelijat ovat pääosin liikunnanopettajaksi opiskelevia.

Terveystiedon aineenopettajakoulutuksen lävistää ikään kuin kaksoiskiirteenä tavoite pohtia sekä omaa oppimista ja opettajuutta että nuorten oppimista. Liikunnanopettajiksi opiskelevat suorittavat varsinaiset pedagogiset opintonsa kasvatustieteiden tiedekunnassa, mutta opettajuuteen ja oppimiseen liittyviä asioita pohditaan myös terveystiedon kursseilla. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen ei ole passiivista informaation vastaanottamista ja varastoitamista, vaan aktiivista tietojen ja taitojen rakentamista (Rauste-von Wright ja von Wright 1994).

Koulussa terveysopetukseen liittyvä tieto tulisi käsitellä suhteessa oppilailla jo olemassa olevaan tietoon ja kokemuksiin. Näin voidaan päästä aitoon tietämykseen, jota oppilaat voivat käyttää paitsi koulussa myös arkipäivän elämässään esimerkiksi erilaisia valintoja tehdessään. Opetustilanteissa ongelmille on yleensä tietty ratkaisu, mutta koulun ulkopuolella näin ei välttämättä ole. Siellä oppilaiden on osattava tarkastella ongelmaa tietämyksensä perusteella uusista näkökulmista, jotta he pääsevät asian käsittelyssä eteenpäin. Seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa koulun ja arkipäivän elämysympäristöjen erilaisuus asettaa opetukselle kuitenkin haasteita. Omassa koululuokassa tehdyt harjoitukset esimerkiksi oman kehon rajojen kunnioittamisen vaatimisesta voivat tuntua helpoilta, jopa turhilta, mutta viikonlopun tiimellyksessä näistä taidoista voi olla paljon hyötyä, varsinkin jos koulun harjoituksissa on onnistuttu tavoittamaan nuorten omaa maailmaa.

Tiedon määrän valtava lisääntyminen pakottaa etsimään keinoja sen hallintaan. Oppimisessa ratkaisevat yhä enemmän opiskelun ja ajattelun taidot. Oman haasteensa opettajakoulutukselle sekä kouluopetukselle tuovat oppimisen tapojen moninaisuus. Tällöin myös oppimisen itsearviointi, oman tiedon jäsentymisen tarkastelu ja omista oppimistavoista tietoisiksi tuleminen ovat tärkeitä sekä yliopistollisen että perusopetuksen välineitä ja tavoitteita. (Jensen 2000.)

Terveystiedon opetuksessa tulee eteen asioita, joihin ei ole yksiselitteistä vastausta. Ajan tasalla pysyminen vaatii paljon opettajan omalta aktiivisuudelta sekä koulutukselta. Toisaalta opettajan on siedettävä tiettyä epävarmuutta. Käsitys opettajasta vastausautomaattina ja kaiken tietävänä ei todellakaan toimi nykyisessä tietoyhteiskunnassa. Oppimistilanteen näkeminen yhteisenä tutkimisena, asioiden tarkasteluna eri näkökulmista ja oppilaiden aktiivisena toimintana tiedon hakemiseksi ja sen kriittisenä pohdintana tuo tilanteeseen enemmän vapausasteita. Opettajan on tällöin maltettavakin olla vastaamatta liian kärkeästi kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Löytämisen ilo pitäisi jättää oppilaille.

Elämänkulun käsite seksuaaliopetuksen työvälineenä

Seksuaaliopetuksen keskeinen tavoite on tukea lasten ja nuorten seksuaalisen ja sukupuoli-identiteetin kehittymistä, mikä elämänkulun viitekehyksestä ymmärrettynä tarkoittaa koko eliniän kestävää prosessia.

Elämänkulun jatkumon ja kokonaisuuden hahmottaminen saattaa tuottaa nuorelle oivalluksen siitä, mikä merkitys omilla valinnoilla on koko hänen elämänsä kannalta. Seksuaalisuuden ymmärtäminen elämän ulottuvuudeksi, joka kulkee mukana koko ajan aikuisuuteen ja vanhuuteen asti, voi havainnollistaa seksuaaliterveyteen liittyvien valintojen seurauksia. Seksuaalisuuden käsittely elämänkulun näkökulmasta saattaa myös vapauttaa nuoren huomaamaan, että hän saa toimia omassa aikataulussaan ilman kiirehtimistä, omaa itseään kuunnellen ja kunnioittaen. Tulevaisuusnäkökulma ei kuitenkaan aukea nuorille heti ja helpos-

ti, koska psykologisen kehitysvaiheen takia nykyhetkessä tehtyjen päätösten pitkäaikaisvaikutusten ymmärtäminen voi olla vaikeaa vielä keskinuoruudessa.

Kaupallisen kulutuskulttuurin ja median jo pikkulapsille tarjoamat seksikäät vaatteet, seksin itsestäänselvyys nuorten seurustelussa, suhteiden vaihtuvuus ja oman tyydytyksen pakonomainen tavoittelu ovat koko ajan läsnä nuorten rakentaessa orastavaa ymmärrystä omasta seksuaalisuudestaan ja omasta arvostaan ihmisenä. Koululla on kuitenkin merkittävä mahdollisuus auttaa nuoria tarkastelemaan median tukemia kaikki-minulle-nyt-ja-heti -asenteita ja käytäntöjä. Näitä kysymyksiä nuorten on voitava pohtia ymmärtävässä ja turvallisessa ilmapiirissä.

Sanomalehtien ja muiden mediatuotteiden käyttö opetuksessa antaa mahdollisuuden tärkeään mediakriittiseen näkökulmaan. Nuoret ovat varsinkin sähköisen median suurkuluttajia. Nämä kanavat ovat pullollaan epäasiallista seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvää mainos- ja muuta materiaalia. Kriittisen ajattelun ja päätöksenteon taidot ovat seksuaaliopetuksessa tärkeitä kaikkia sisältöjä leikkaavia teemoja. Näitä voi harjoitella esimerkiksi keskeneräisten tarinoiden, tosielämän esimerkkien, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutehtävien avulla.

Opettajan oman ymmärryksen rakentamisesta

Opettajaksi opiskelevien ymmärtämisen prosesseja tutkinut Heikkinen (1998) on todennut, että jos koulutuksessa ei lähdetä liikkeelle opiskelijoiden omista ennakkokoukomuksista, he uusintavat oman kouluaikoina omaksumansa tiedostamattoman käsityksen koulusta, kun he itse ryhtyvät opettajan työhön. Siksi hänen mukaansa opettajankoulutuksessa pitäisi ravistella niitä käsityksiä koulusta, jotka ovat iskostuneet ajatteluun itsestäänselvyksinä jo omana kouluaikana. Tässä prosessissa tulisi ottaa huomioon yksilön kaikki kouluun tai oppimiseen liittyvät kokemukset – myös ne kokemukset, jotka on saatu oman koulunkäynnin jälkeen ja jotka ehkä ovat jo muokanneet aikaisempia kokemuksia ja näkemyksiä.

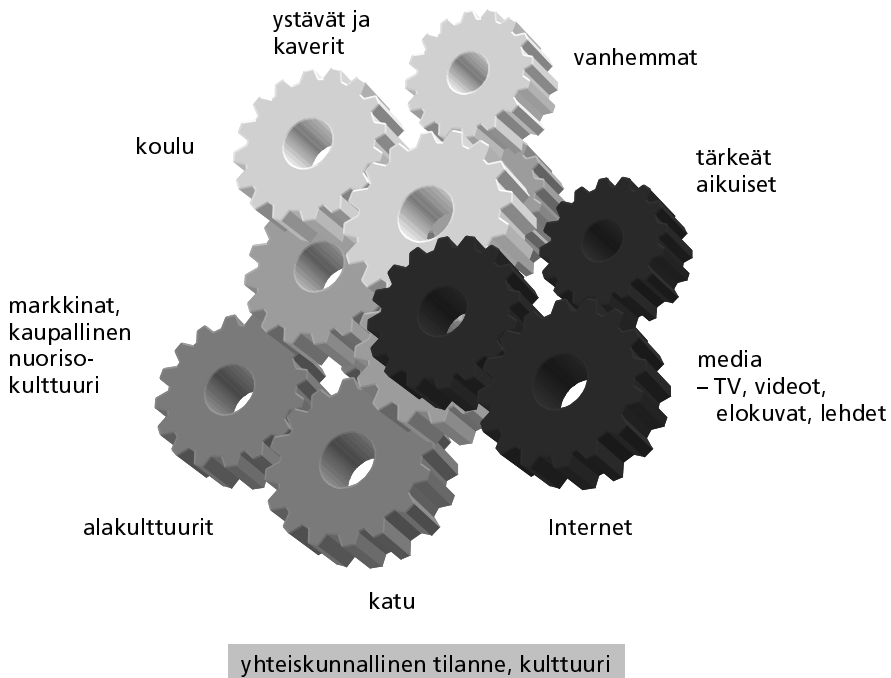
Vastaavalla tavoin opiskelijoiden henkilökohtaiset käsitykset terveydestä, seksuaalisuudesta, sukupuolesta jne. ovat niitä lähtökohtia, joille he rakentavat oman terveystiedon opetuksensa. Terveyskysymykset liittyvät hyvin paljon myös arvoihin. Omista arvoista ja asenteista tietoiseksi tuleminen on terveystiedon opettajalle erityisen tärkeää. Tätä reflektiivistä prosessia helpottaa aito vuoropuhelu. Antamalla tilaa toisten näkemyksille ja kokemuksille opiskelija voi syventää omaa ymmärrystään asiasta. Oppijan suhdetta oppiaineeseen välittävät vuorovaikutusmahdollisuudet opettajiin, toisiin oppijoihin ja muihin ihmisiin. Yhteinen keskustelu ja tekeminen esimerkiksi yhteistoiminnallisessa oppimisessä tukevat jokaisen osallistujan oppimista. Yhteistoiminnallisuus tukee tiedollisten tavoitteiden saavuttamisen lisäksi myös sosiaalisten ja tunnetaitojen kehittymistä ja persoonallisuuden kasvua, se vahvistaa myös ajattelun kehittymistä (Leppilampi ja Piekkari 1998).

Oppiminen ja kasvatus ovatkin niin syvästi yhteisöllisiä prosesseja, ettei niitä ole mielekästä tarkastella pelkästään yksilöllisen vaihtelun kautta.

Terveystiedon oppiaineen tavoitteet ovat vaativat. Niiden hyvä saavuttaminen edellyttää paitsi opetuksen ja oppimisedellytysten korkeaa tasoa myös sitä, että koko koulun ja sitä ympäröivän yhteiskunnan toimintatavat ja yhteistoiminta tukevat tätä työtä. Esimerkiksi seksuaaliopetuksessa tämä havainnollistuu helposti ja ymmärrettävästi, kun ajatellaan koulun terveysopetuksen mahdollisuuksia vastata seksin valtavaa tiedotusvälinejulkisuutta vastaan. Vaarana on, että terveystiedolle asetetaan sellaisia tavoitteita, joita yksittäinen oppiaine ei voi saavuttaa. Koulun terveyden edistämisen näkökulmasta terveystiedon opetus on yksi voimavara, joka yhdessä koulun ja lähiyhteisön muiden toimenpiteiden kanssa tähtää nuorten mahdollisimman hyvään hyvinvointiin ja terveyteen.

Seksuaaliopetuksen sisällön kehittäminen

Kuvaan 1 on tiivistetty joitakin nuorten terveysopetuksessa huomioon otettavia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia. On tärkeää, että nuorten tietoja, taitoja ja ymmärrystä käsitellään suhteessa näihin ilmiöihin. Esimerkkitarina voi toimia kuvitelma siitä, miten nuori tyttö tai poika toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan kaveriporukan juhliessa viikonloppua keskikaljan voimalla. Ryh-



KUVA 1. Terveysopetuksen yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja sosiaalisia peilauspintoja (Välilmaa 2003)

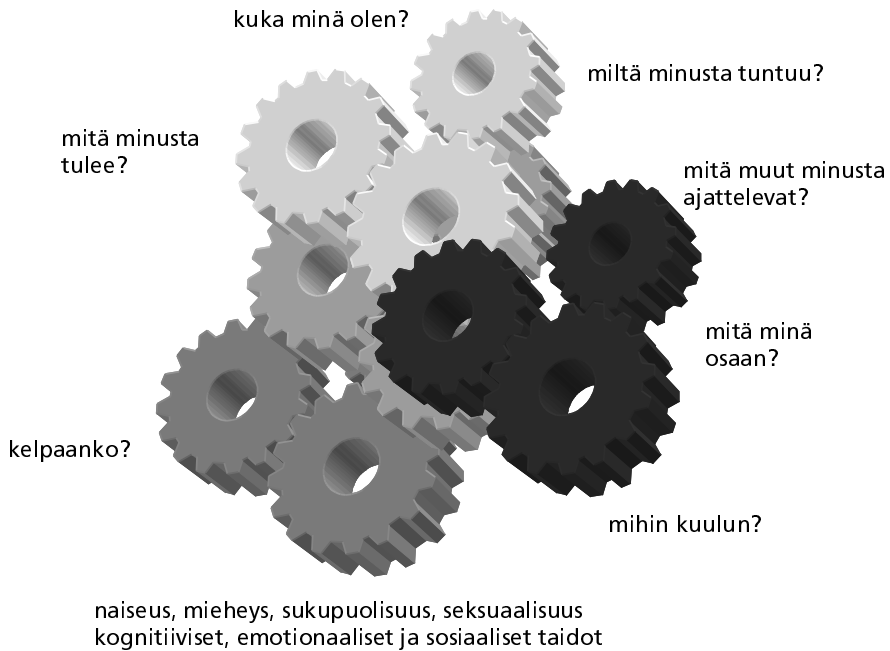
mäilmiön ja ryhmän merkityksen käsittely terveystiedon oppitunneilla saattaa antaa nuorelle ymmärrystä ja valmiuksia toimia omaksi parhaakseen käytännön tilanteissa. Terveysosaaminen on myös käytännön toimintatapojen hallitsemista. Jos etukäteen tietää, miten esimerkiksi alkoholi vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja päätöksentekoon, on valmiimpi pitämään itsestään huolta ja tekemään ratkaisuja, joita ei tarvitse katua.

Median tuottama kuva nuorten seksuaalisuudesta on paljolti jatkuvasti vaihtuvien seksikumppaneiden kavalkadia. Nuoren epävarmuus, herkkyyys ja oman seksuaalisuuden vähittäinen ymmärtäminen eivät kuulu nuorisosarjojen teemoihin. Monet nuoret kokevat, että nuortensarjat painostavat seurusteluun ja seksiin, heidän mielestään myös tästä olisi puhuttava koulussa (Pötsönen ja Välimaa 1995). Tarve tulla hyväksytyksi ja olla pidetty kavereiden keskuudessa voivat saada nuoret toimimaan itseä vahingoittavalla tavalla. Omien arvojen, tarpeiden ja tunteiden tunnistaminen ja taito puhua niistä on nostettu terveysopetuksen tärkeiksi tavoitteiksi samoin kuin vuorovaikutustaidot. Nämä taidot vahvistavat nuoren omia mahdollisuuksia olla oman elämänsä käsikirjoittaja, ei vain avustava sijaisnäyttelijä.

Nuorten seksuaalisuuteen ja omaan identiteettiin liittyvää epävarmuutta ja paineita helpottaa, kun heille annetaan mediatodellisuudesta poikkeava tarkastelukulma ajan ilmiöihin. Nuorten mediakriittisen lukutaidon kehittäminen on kaikessa terveysopetuksessa tärkeää, mutta erityisesti seksuaalisuuteen liittyvät teemat vaativat sitä. Opettajankoulutukselle tämä asettaa vaatimuksia käsitellä median tuottamaan informaatiota. Kriittisen ajattelun vahvistumisen kannalta on olennaista, että koululaiset tarkastelevat sitä kulloinkin käsiteltävän teeman kannalta keskeisten kysymysten avulla. Näitä voisivat olla esimerkiksi: Mitä on seksuaalisuus? Miten se esitetään nuortensarjoissa, musiikkivideoissa, mainoksissa? Miltä näiden medioiden tuottama kuva tytön ja pojan seksuaalisuudesta tuntuu? Missä omat rajasi kulkevat? Kuka niistä päättää? Minkälainen aikuinen ihminen/nainen/mies/äiti/isä/puoliso tai elämäkumppani haluaisit olla?

Nuoren minäkuvan ja identiteetin keskeisiä kysymyksenasetteluja ja rakennuspuita on koottu kuvaan 2. Näiden kysymysten käsitteleminen on tärkeää paitsi opettajakoulutuksessa myös koulun terveysopetuksessa. Nuori peilaa omaa elämänsä ja terveyteensä liittyviä asioita muun muassa näiden teemojen kautta. Kouluopetuksessa kuvassa 2 esitettyjä kysymyksiä on käsiteltävä hienovaraisesti nuorten omia näkemyksiä ja prosesseja kunnioittaen. Joskus tyttöjen ja poikien eriyttäminen omiksi ryhmikseen voi tukea seksuaaliopetusta.

Seksuaaliopetuksessa on kunnioitettava nuorten toivetta siitä, että haluavat keskustella ihmissuhteisiin, seurusteluun ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä keskenään että luotettavan aikuisen kanssa kysymyksiä esittäen. On tärkeää kehittää lasten taitoja keskustella, kuunnella, ilmaista itseään ja omia tunteitaan perusopetuksen alusta lähtien. Seksuaaliopetuksen välttämättömänä ja luonnollisena



KUVA 2. Terveysopetuksen oppilaslähtöisiä peilauspintoja (Välimaa 2003)

perustana olisivat tällöin itsetuntemus, ihmissuhteet ja vuorovaikutustaidot. Seksuaalikasvatus voisi monipuolistua lasten ja nuorten oman seksuaalisuuden kehittymisen myötä. Ehkä nuorten näkisivät seksuaalisuuden tällöin laajemmin kuin suorituskeskeisen unelmasuhteen jatkuvana tavoittelemisena. (Pötsönen ja Välimaa 1995.)

Opettaja on avainasemassa koulun seksuaaliopetuksessa. Ei kuitenkaan ole olemassa mitään reseptioppia siitä, kuinka hyvä seksuaaliopetus syntyy. Hyviä tuloksia voi saada monella eri tavalla. Opettaja työskentelee aina omalla persoonallaan ja valitsee itselleen sopivia lähestymistapoja. Joskus on kuitenkin syytä laajentaa omaa osaamistaan ja vahvistaa itsessään joitakin puolia, esimerkiksi taitoa kohdata, kuunnella ja olla läsnä.

LÄHTEET

- Aapola, S. (1999). *Murrosikä ja sukupuoli*. Julkiset ja yksityiset ikämääritykset. Helsinki: SKS.
- Brunell, V., Kannas, L. (2000). *Elevernas subjektiva livskvalitet i skolan*. Teoksessa: Kannas, L., Brunell, V. (toim.). *Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994–1998*. Terveystieteiden laitoksen julkaisusarja 10. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- HE 142/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi perusopetuksen 11. §:n, lukiolain 7. §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 12. ja 17. §:n muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/esitykset/index.html>.
- Heikkinen, H.L. T. (1998). *Opettajaksi dialogissa – kokemuksia kotiryhmistä kasvatustieteen opetuksessa*. Teoksessa: Nuutinen, A., Kumpulainen, H. (toim.). *Opetus ja oppiminen tiedeyhteisössä*. Peda-forum. Jyväskylän yliopisto, koulutuksen tutkimuslaitos ja Oulun yliopisto, opetuksen kehittämissyksikkö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Jensen, B. B. (2000). *Participation, commitment and knowledge as components of pupils' action competence*. Teoksessa: Jensen, B. B., Schback, K., Simovska, V. (toim.): *Critical environmental and health education. Research issues and challenges*. Kööpenhamina: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education.
- Kannas, L. (2002). *Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona*. Teoksessa: Terho, P., Alalaurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H., Pietikäinen, M. (toim.) (2002). *Kouluterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Leppilampi, A., Piekkari, U. (1998). *Nappaa nipusta. ”Kun lusikalla antaa, niin kauhalla saa.” Aikuisopiskelua yhteistoiminnallisesti*. Helsinki: Aike.
- Patrikainen, R. (1999). *Opettajajuuden laatu*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Opetushallitus (2004). *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004*. Helsinki.
- Pötsönen, R., Välimaa, R. (1995). *Seurustelua ja pelkkää asiaa*. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rauste-von Wright, M., von-Wright, J. (1994). *Oppiminen ja koulutus*. Porvoo: WSOY.
- Rimpelä, M. (2000). *Terveystieto peruskoulun oppiaineeksi*. Suomen Lääkärilehti 55:380–383.
- Samdal, O., Nutbeam, D. (1998). *Achieving health and educational goals through schools: A study of the importance of school climate and student's satisfaction with school*. Health Education Research 13:383–397.
- Solantaus, T. (2002). *Kehitysympäristöjen merkitys lapsen kehitykselle ja mielenterveydelle*. Teoksessa: Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S. ym. (toim.): *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita.
- Välimaa, R. (2003). *Nuorten näkökulmia terveyteen. Terveystieto tutuksi (TERTTU 2) -täydennyskoulutusmateriaali (julkaisematon lähde)*.

Heteronormatiivisuus seksuaalikasvatuksen haasteena

JUKKA LEHTONEN

Seksuaalikasvatus ei ole sukupuoli- ja seksuaalisuusneutraalia. Sen yhteydessä rakennetaan kuvaa naisista ja miehistä, naiseudesta ja mieheydestä sekä heteroseksuaalisuudesta ja homoseksuaalisuudesta. Tämä artikkeli perustuu kolmenkymmenen ei-heteroseksuaalisen nuoren haastattelujen pohjalta tehtyyn analyysiin heteronormatiivisuuden ilmenemisestä koulujen seksuaalikasvatuksessa. Artikkelissa keskitytään niihin seksuaalikasvatuksen teemoihin, jotka tulivat esiin nuorten haastatteluissa kysyttäessä, miten seksuaalisuutta käsiteltiin oppimateriaalissa ja opetuksessa. Nuorten haastatteluissa olivat korostuneesti esillä biologian, terveystiedon, uskonnon ja elämäntutkimustiedon tunnit ja näillä käytetyt oppimateriaalit. Myös kotitalous-, perhekasvatus- ja liikuntatuntien kokemukset olivat keskustelun aiheina. Opettajien lisäksi kouluterveydenhoitajat ja koulun ulkopuoliset asiantuntijat mainittiin kasvattajina seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Tämä artikkeli perustuu sosiologian väitöskirjaan, jonka aiheena on seksuaalisuus ja sukupuoli koulun käytännöissä (Lehtonen 2003).

Tässä artikkelissa analysoidaan sukupuolta ja seksuaalisuutta heteronormatiivisuuden näkökulmasta. Heteronormatiivisuudella tarkoitetaan ajattelutapaa, johon sisältyy näkemys ihmisistä joko miehinä tai naisina, mutta heteroseksuaalisina. Ajattelumallissa heteroseksuaalinen maskuliinisuus ja heteroseksuaalinen feminiinisyys ymmärretään ainoana, itsestään selvinä tai luonnollisina lähtökohtina seksuaalisuudelle ja sukupuolelle tai ne esitetään parempina tai oikeampina vaihtoehtoina muiden mahdollisuuksien rinnalla. Heteronormatiivinen ajattelumalli heijastuu instituutioihin, rakenteisiin, ihmissuhteisiin ja käytäntöihin niin, että niiden välityksellä heteroseksuaalinen maskuliinisuus ja heteroseksuaalinen feminiinisyys edustavat luonnollisia, oikeutettuja, toivottuja ja usein ainoita mahdollisuuksia olla ihminen.

Tytöstä ja pojasta heteroseksuaaliseksi aikuiseksi

Kun nuorilta kysyttiin haastattelussa, missä koulun oppikirjoissa ja opetuksessa seksuaalisuutta käsiteltiin, tavallisin vastaus oli biologian kirja tai oppitunti. Keskeinen aihe kirjoissa ja opetuksessa oli ihmisen lisääntyminen sekä tyttöjen ja poikien kehittyminen lisääntymiskykyisiksi naisiksi ja miehiksi. Lisääntymisbiologian opetus sijoittuu useimmiten peruskoulun ala-asteen viidennelle ja yläasteen yhdeksännelle luokalle niin näiden haastatteluiden kuin aiempien tutkimustenkin mukaan (Kontula 1997, Liinamo 2000). Biologisessa lisääntymisopissa ihmiset hahmotetaan naiseksi ja mieheksi, jotka yhtyvät ja lisääntyvät ja siten jatkavat sukua ilman persoonallisia valintoja tai piirteitä, puhumattakaan muista vaihtoehdoista (Aapola 1999). Haastatellut nuoret kuvasivat seksuaalisuuteen ja etenkin seksuaalikasvatukseen liittyväksi murrosiän kehitysvaiheet, sukupuolielinten kuvaukset ja lisääntymisbiologian.

Pojan muuttuminen mieheksi ja tytön naiseksi esitetään biologiaan ja ruumiiseen liittyvänä prosessina. Sukupuolten välisiä eroja korostetaan. Ne polarisoidaan ja esitetään automaattisina. Tässä yhteydessä tulee esille kuukautisten alkaminen, ja niille rinnakkaisena esitetään toisinaan yölliset siemensyöksyt. Rinnakkaisuus ei toimi mielikuvatasolla ainakaan nautinnon näkökulmasta: kuukautiset ovat usein kivuliaat ja tytön omasta tahdosta riippumattomat, kun taas pojan siemensyöksy liittyy mielihyvän tunteeseen. Vaikka puhutaankin pelkästään ”yöllisistä” eli siis vahingossa tapahtuneista siemensyöksyistä, poikien seksuaalisuuteen liittyy nautinnollisuus toisella tavalla kuin kuvattaessa tyttöjen muutoksia keskitymällä kuukautisiin (Aapola 1999). Kun pojat ovat oppineet muita tapoja hankkia siemensyöksy, he voivat liittää nautinnon omaan seksuaalisuuteensa ja siitä esitettyyn kuvaan ainakin todennäköisemmin kuin tytöt, joille harvoin korostetaan orgasmeja tai muuta sukupuolielimiin liittyvää nautintoa.

Kun luonnollinen seksuaalisuus määrittyy miehillä aktiivisena seksikäyttämisenä, se näyttäytyy naisilla tyyppillisesti äitiytensä ja synnyttämisenä. Oppiaineistossa kuvat sukupuolielimistä ovat piirrettyjä poikkileikkauskuvia, joissa on selitetty eri osien nimiä (Aapola 1999). Aina kaikkia osia ei ole nimetty. Erityisesti klitoris on jätetty huomiotta huolimatta sen suuresta merkityksestä naisen seksuaaliselle nautinnolle (Aapola 1999, Myerson 1992). Samalla rakennetaan kuvaa naisen seksuaalisuudesta erityisesti lisääntymiseen, muttei seksuaaliseen haluun liittyvänä. Siemensyöksyyn ja varsinkin erektiossa olevaan penikseen sen sijaan liitetään helpommin käsitys halusta. Näin seksuaalinen nautinto esitetään mieskeskeisesti ja naisen seksuaalisuus kuvataan passiiviseksi.

Juho (20 vuotta) muisteli, miten koulussa oli kerrottu ”aktin” tapahtuminen: ”yhdynnässä mies vie siittimen naisen emättimeen – – laukaistaan rytmisin liikkein”. Juhon kuvaama kerronnan tyyli on oppikirjoille tavanomaista: teksti on persoonatonta ja asiakeskeistä, eikä siinä käsitellä moraalisia ja eettisiä kysymyksiä.

Käsittelemättä jäävät myös pelot, odotukset ja toiveet, joita yhdyntään, sukupuoli-eliimiin ja omaan ruumiiseen sekä raskauteen ja synnytykseen liittyy.

Mieheksi ja naiseksi kasvamisesta, hedelmällisyydestä, lisääntymisestä ja lisääntymiseen tähtäävästä seksuaalikäyttäytymisestä muodostuu eräänlainen ketju, jonka linkkejä ei välttämättä kerrota seikkaperäisesti, mutta joka helposti ja lähes itsestään selvänä välittyy oppikirjojen käyttäjille. Biologinen tarina ihmisen lisääntymisestä on paitsi kliininen ja abstrakti myös heteronormatiivinen. Seksi tarkoittaa heteroseksuaalista seksiä, joka ymmärretään penetratiivisena vaginaalisena yhdyntänä eli sukupuoliyhdyntänä (vrt. Myerson 1992). Biologisella tasolla aiheen käsittely jättää huomiotta sosiaaliset ja psyykkiset tekijät ja kysymykset. Kun keskitytään ”normaaliin” ihmisen kehitykseen ja lisääntymiseen, keskustelun ulkopuolelle jää tyypillisesti seksi, joka ei tähtää lisääntymiseen, eli suurin osa seksistä. Yleensäkin moninaiset seksitekniikat, vaihtoehtoiset lisääntymismenetelmät, lapsettomuus ja siihen liittyvät ongelmat ja edut, monenlaiset mieheydet ja naiset sekä erilaiset tai vaihtoehtoiset seksuaalisuudet jäävät käsittelemättä.

Kouluopetuksen selvärajainen polarisoiva sukupuolijako-oppi ei tuo esiin luonnon ja ihmisruumin moninaisuutta (Butler 1990). Yksinkertaistavassa biologian opetuksessa sukupuolia on vain kaksi. Sukupuolen määrittelytavan mukaan on mahdollista kuitenkin todeta sukupuolinen monimuotoisuus. Koulujen seksuaalikasvatuksessa vallitseva biologinen puhetapa antaa yksipuolisen ja heteronormatiivisen kuvan seksuaalisuudesta. Toisinaan biologiankin oppikirjoissa ja opetuksessa on rinnalla entistä useammin sosiaalisia, moraalisia tai psyykkisiä tekijöitä huomioivia osuuksia, mutta heterokeskeinen kuva naisen passiivisesta seksuaalisuudesta ja miehen aktiivisesta seksuaalisuudesta on niille leimallista.

Riskien välttämistä heteroseksuaalisissa suhteissa

Haastatellut nuoret olivat saaneet seksuaalikasvatusta myös terveystieteiden tunneilla ja erillisillä aiheeseen liittyvillä teematunneilla. Ehkäisyvalistustunteja pitävät tyypillisesti liikunnanopettajat, terveydenhoitajat tai ulkopuoliset asiantuntijat, kuten järjestöjen kouluttajat. Opetusaineistona käytetään videoita, esitteitä ja muita apuvälineitä, esimerkiksi kondomeja. Tämä seksuaalikasvatusta keskittyy erityisesti ehkäisyvalistukseen ja seksitaudeista tiedottamiseen sekä osin kuukautisiin. (Kontula 1997, Länamo 2000.)

Osa haastatelluista piti ehkäisyyn liittyvää opetusta liiallisena, toiset taas vähäisenä. Kaikki eivät kokeneet seksuaalikasvatusta tältä osin mielenkiintoisena. Kondomivalistus meneekin toisinaan nuorilta ohi, varsinkin jos oma seksielämä ei ole alkanut eikä keskustelu siitä kiinnosta. Haastattelujen perusteella ehkäisyvalistuksessa puhutaan pääasiassa kondomista ja esitellään sen käyttöä. Sara (17 vuotta) kertoi terveydenhoitajan opettaneen kondomin käyttöä apuvälineenään styroksinen penis ja kondomit.

Kun kondomi esitetään ainoana ehkäisykeinona riskejä vastaan, eikä esimerkiksi vaihtoehtoja seksistä kieltäytymisestä tai tartuntariskin kannalta turvallisista seksitavoista käsitellä lainkaan, mielikuva seksistä rakentuu paitsi kondomi- ja vaarakeskeiseksi myös yhdyntä- ja heterokeskeiseksi (Whatley 1992, Nummelin 1997, Liinamo 2000). Haastateltavat kertoivat, että seurustelusta puhuttiin jonkin verran osana ehkäisyvalistusta, mutta seksuaalikasvatus koettiin lähinnä teknisiin kysymyksiin keskittyväksi.

Ehkäisy- ja seksitautivalistus keskittyy lähinnä eri sukupuolta olevien seksisuhteisiin. Sara (17 vuotta) kertoi, että hänen luokkalaisiaan oli kehoitettu valmistautumaan ensimmäiseen seksikokemukseen ja muistutettiin, että ”ensimmäiseläkin kerralla voi tulla raskaaksi”. Laura (16 vuotta) muisteli heille opetetun, että kummankin sukupuolen pitäisi huolehtia ehkäisystä. Molempien tarinoissa opetukseen sisältyi perusoletus siitä, että ensimmäisellä kerralla ja yleensäkin seksi on automaattisesti heteroseksuaalista. Sekä Lauralla että Saralla ensimmäiset seksikokemukset olivat jo takanapäin, kun he saivat opetusta ehkäisystä. Opetus tuli heille siis osin liian myöhään. He saivat ensimmäiset seksikokemuksensa toisen naisen kanssa, joten heterokeskeinen opetus ”ekasta kerrasta” ei toiminut ainaakaan heitä huomioivasti.

Seksistä ei tavallisesti kovinkaan suoraan puhuta edes ehkäisyvalistuksen yhteydessä, mutta siitäkin on poikkeuksia. Essi (18 vuotta) toi haastattelussa esiin, että heille oli näytetty kuvaa, jossa nainen oli esitetty ”velttona” eli passiivisena ja miehen aktiivisen toiminnan ja halun kohteena. Opetuksessa nainen esitetään passiivisempänä ja marginaalisempänä osapuolena seksissä, vaikka hänen toisaalta oletetaan miestä enemmän kantavan vastuuta ehkäisystä (Aapola 1999, Näre 1999).

Niko (16 vuotta) kertoi, että koulussa oli opetettu ”iskemistä”. Aihe oli rajattu seksuaaliseen suhteeseen, joka oli eri sukupuolta olevien välinen. Nikon mielestä seksi esitettiin samana kuin sukupuoliyhdyntä, joksi niin sanottu ”eka kerta” pelkistyy. Sukupuolielimien hyväilyä käsillä tai suuseksiä eivät nuoret miellä tavallisesti ”ekaksi kerraksi”, vaan lähinnä esileikiksi (Holland ym. 1996). Samalla naisten välinen seksi ja miesten välinen seksi, joissa tavallisimpia seksitapoja ovat hyväilyt käsillä ja vartalolla sekä suuseksi, voivat näyttäytyä jonain muuna kuin varsinaisena seksinä. Seksuaaliopetuksessa keskitytään lähinnä sukupuoliyhdyntään (Liinamo 2000), muista tavoista harrastaa seksiä ei juuri puhuta kuten ei myöskään itsetyydytyksestä (Myerson 1992). Sukupuoliyhdyntään keskittyvä HIV- ja seksitautivalistus jättää huomiotta erilaiset seksuaalitavat ja kokonaan samaa sukupuolta olevien välisen seksin, vaikka varsinkin miesten välisissä suhteissa on HIV-riskiä lisääviä seksitapoja (Huotari ja Lehtonen 2000).

Ydinperhetulevaisuuden kuvana

Opetuksessa käsitellään seurustelua, parisuhdetta ja perhettä. Haastattelujen perusteella varsinkin perhekasvatuksen tunneilla ydinperhe (isä, äiti ja lapset) asetetaan tulevaisuuden tavoitteeksi ja onnellisuuden takeeksi. Sama ajattelumalli on yleinen myös psykologisissa kehitysteorioissa (Aapola 1999). Tulevaisuuden kuvana on itsestään selvästi nimenomaan heteroseksuaalinen perhe, eikä muista vaihtoehtoista tai varsinkaan samaa sukupuolta olevien perheistä tai suhteista tavallisesti kerrota. Mira (18 vuotta) kertoi, ettei hänelle opetettu niinkään seksuaalisuudesta tai seksistä, vaan keskityttiin perheen perustamiseen. Elämänkulku esitettiin automaattisen heteroseksuaalisena ja selvänä: ensin seurustellaan, sitten mennään naimisiin ja sitten hankitaan lapsia. Miran opetuksessa perhe oli esitelty idyllinä.

Perhekeskeisen puhettavan myötä naiseus määritellään potentiaalisesti äitiydeksi ja mieheys isyydeksi (Aapola 1999, Yesilova 2001), mutta tytöille painotetaan enemmän äitiyden merkitystä ja todennäköisyyttä kuin pojille isyyttä. Perhekasvatuksessa pidetään täten yllä perinteisiä sukupuoleen liittyviä odotuksia. Essi (18 vuotta) kertoi perhekasvatuksen tunnista, jossa oli leikitty häitä. Hänen koulussaan tämä oli jokavuotinen rituaali, jota odotettiin innolla. Essi piti hääleikistä ja siihen liittyvistä järjestelyistä. Opetusleikki on kuitenkin kiteytymä ydinperheopista, jossa kuva opiskelijoiden nykyhetkestä ja varsinkin tulevaisuudesta on heteroseksuaalinen.

Perheeseen ja seurusteluun liittyvää opetusta annetaan erityisesti perhekasvatuksen tunneilla kotitalouden yhteydessä, mutta siihen liittyviä arvoja ja malleja tarjotaan myös muiden oppiaineiden yhteydessä, etenkin uskonnon ja elämäntietomustiedon tunneilla. Kolme keskeistä seksuaalikasvatuksen toistuvaa teemaa - biologinen oppi lisääntymisestä ja aikuiseksi kehittymisestä, epätoivotun raskauden ja seksitautien ehkäisyvalistus sekä ydinperhevalistus - limittyvät toisiinsa riippumatta oppiaineesta. Opettaja, joka pitää seksuaaliopetustunnin, sivuaa tyypillisesti kaikkia näitä teemoja. Tätä edesauttaa kaikissa teemoissa toistuva sukupuolen ja seksuaalisuuden perusmalli, jossa oletuksena on kaksijakoinen ja vastakkainen sukupuolirakenne ja siihen itsestään selvänä kuuluva heteroseksuaalinen kiinnostus (Butler 1990). Tämän mallin haastajana voisi olla homo- ja biseksuaalisuudesta annettava opetus.

Haastateltavat kritisoivat oppikirjojen ja opetuksen heterokeskeisyyttä sekä heteroseksuaalisen ydinperheen merkityksen korostamista. Veera (18 vuotta) muisteli, että ”koulu käsittelee maailmaa yleensä silleen, että heterot ja niillehän ei muuta oo olemassa”. Leo (19 vuotta) oli kotitalouden tunnilla ja myöhemmin lukiossa kirjoittanut vanhemmuudesta niin, että oli huomioinut myös muun kuin heteroseksuaalisen vaihtoehdon. Leon kertomuksessa tulee esiin paitsi hänen halunsa kyseenalaistaa vanhemmuuden hetero-olettamus myös se, ettei kyseenalaistaminen ole välttämättä helppoa. Opettaja oli kuitenkin antanut hänelle myönteistä

palautetta ja samalla mahdollistanut heteronormatiivisen perhemallin kyseenalaistamisen.

Marginaalinen ja erilainen homoseksuaalisuus

Homo- ja biseksuaalisuutta oli tavallisimmin käsitelty terveystiedon, perhekasvatuksen, elämäntietämystiedon sekä uskonnon tunneilla. Myös biologian, psykologian ja äidinkielen oppiaineistot mainittiin haastatteluissa. Oppikirjoissa aihetta oli käsitelty lyhyesti, jos lainkaan. Kontulan opettajille suunnatun kyselytutkimuksen (1997) mukaan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin liittyvää opetusta ei ollut seitsemännellä luokalla annettu juuri lainkaan, kahdeksannella luokalla sitä oli annettu noin viidesosalle ja yhdeksännellä luokalla enemmistölle eli noin 70 prosentille. Kyselytutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voi sanoa, millaista opetus on ollut sisällöltään ja tyyliältään. Vaikka opettajista noin 70 prosenttia kertoi heidän koulussaan homoseksuaalisuuden sisältyvän oppisisältöihin, vain noin kolmannes oppilaista muisti, että aihepiiriä oli käsitelty. (Kontula 1997.)

Henna (19 vuotta) muisteli, että yhdeksännellä luokalla käsitteet ”homo” ja ”lesbo” oli selitetty, mutta hän ei pitänyt tätä riittävänä. Hän olisi kaivannut homoihin ja lesboihin liittyvien asenteiden käsittelyä. Luokittelut korostuvat, vaikka varsinkaan nuorten seksuaalisuus ja omat määrittelyt eivät sovi perinteisiin seksuaaliluokitteluihin (Lehtonen 1998a). Simo (15 vuotta) piti hyvänä tunnilla katsottua videota, jossa hän muisteli lyhyesti käsitellyn homoseksuaalisuutta esittämällä kuva kahdesta tytöstä, jotka olivat ”vaan yhdessä”, eivät ”aktissa”. Useammin samaa sukupuolta olevien suhteista kerrottaessa keskitytään miehiin tai molempiin (Lehtonen 1995).

Homoseksuaalisuutta käsiteltäessä oli esitetty arvioita siitä, ”kuinka paljon homoja on Suomessa”. Esitetyt arviot lukumääristä ovat pieniä, mikä korostaa homoseksuaalisuuden marginaalista asemaa. Pasi (20 vuotta) muisteli heille opetetun, että käytännössä lesboja ja homoja ei ole juuri lainkaan: ”Se oli jotain tämän nolla pilkku nolla jotain prosenttia.” Sam (20 vuotta) kertoi, että opinto-ohjaaja oli tehnyt koulussa kyselyn, jonka mukaan neljä prosenttia oli ilmoittanut olevansa homoja. Koulussa tehty lukumäärätutkimus voi viestiä siitä, että koulussa on ei-heteroseksuaalisia ihmisiä ja näin hetero-olettamus rikkoutuu. Samalla voi murtua homoseksuaalisuusopetukselle tyypillinen tapa kertoa ”niistä” tai ”heistä”, kun puhutaan ei-heteroseksuaaleista. Samin opettaja toi kyselyllään esiin ajatuksen ei-heteroseksuaalisista ”meidän koululaisista”, kun homoseksuaalisuutta käsitellään pääasiassa muuten koulun ulkopuolisiin aikuisiin liittyvänä.

Samaan sukupuoleen kohdistuvien tunteiden esittäminen ohimenevinä on yksi kliseisistä tavoista kuvata homoseksuaalisuutta nuoruudessa (Aapola 1999, Nummelin 1997, Lehtonen 1998b). Samalla todistellaan heteroseksuaalisen suuntautumisen normaalisuutta. Niko (16 vuotta) kertoo ala-asteen opetuksessa käy-

tetystä tekstistä, jossa kerrottiin pojasta, joka oli ihastunut toiseen poikaan. Niko muisteli, että opettaja oli rauhoitellut opiskelijoita sanomalla, ”että alkää pelästykö, että kaikilla on näitä tunteita nuoruusiässä”. Opettaja oli näin liittänyt toisaalta ei-heteroseksuaalisuuden nuorten – kenties ohimenevään – ikävaiheeseen, mutta samalla kyseenalaistanut automaattisen hetero-olettamuksen.

Homoseksuaalisuus saattaa joutua marginaaliseen asemaan opetuksessa esitely-yhteyden johdosta. Janne (15 vuotta) kertoi perhekasvatuksen tunnista, jossa opettaja oli jakanut opetusmateriaaliksi monisteita ”Seksuaalisuuden monista kasvoista”. Niissä oli käsitelty homoseksuaalisuutta sodomian (seksi eläinten kanssa) ja prostituution yhteydessä. Heteroseksuaalisuuden normaalisuutta korostettiin esittämällä ”erilainen seksuaalisuus” omana ryhmittymänään ja jättämällä heteroseksuaalisuus pois tässä yhteydestä. Niin ikään syyteorioiden käsittelyssä homoseksuaalisuus asettuu ongelmaksi, kun kysytään, mikä meni vikaan, kun ihmisestä ei tullutkaan heteroseksuaalista. Homoseksuaalisuuden syyteorioiden käsittely on aiemmissa tutkimuksissa raportoitu yleiseksi aiheeksi (Heikkinen ja Stålström 1991, Lehtonen 1995), joskaan tässä tutkimuksessa haastatellut nuoret eivät kertoneet syyteorioiden käsittelystä.

Yksi tyypillinen tapa käsitellä homoseksuaalisuutta koulussa on moraalikeskustelu, jossa väitellään homoseksuaalisuuden tai samaa sukupuolta olevien parisuhteiden virallistamisen hyväksyttävyydestä. Tyyli on tuttu tiedotusvälineistä (Kaskisaari 1997, Charpentier 2001). Teemana kouluväittelyissä olivat esimerkiksi, onko väärin vai oikein säätää laki lesbo- ja homoliitoista tai antaa lesboille ja homoille mahdollisuus adoptoida lapsia. Nadja (20 vuotta) muisteli, että keskustelua oli käyty lukion uskonnon tunnilla ja Joni (16 vuotta) kertoi aiheesta keskustellun yläasteen perhekasvatuksen yhteydessä. Nadja oli tehnyt itse kysymyksiä keskustelussa ja häntä jännitti, millaisia mietteitä hänen luokkatovereillaan oli. Miska (15 vuotta) kertoi kokeneensa luokkansa väittelyn adoptio-oikeudesta epämiellyttäväksi, vaikkei itse ollutkaan osallistunut keskusteluun. Hän oli kuitenkin naureskellut tytöille, jotka olivat esittäneet perinteisten sukupuoliodotusten ja -positioiden tärkeyttä lapsille.

Esimerkit väittelytilanteista viittaavat siihen, että opetusmenetelmällä pystytään sekä kyseenalaistamaan että ylläpitämään vanhoja ajattelutapoja. Väittelyn ongelmana voi olla se, että mielipiteet kärjistyvät ja polarisoituvat vastakkaisiksi niin, että teeman moniulotteisuus häviää (Bruun 2000). Muutenkin homoseksuaalisuutta käsitellään useissa kouluissa yksipuolisesti. Mies-, seksi- ja erityisesti peräaukkoyhdyntäkeskeisyys tulevat erityisesti esiin varsinkin epämuodollisissa jutuissa homoseksuaalisuudesta, mutta painotukset esiintyvät toisinaan myös kouluopetuksessa (Lehtonen 1995). Keskittymällä opetuksessa homo- ja heteroseksuaalisuuden välisten erojen korostamiseen tai kielteisiksi koettujen stereotyyppisten homoseksuaalisuuskuvausten esittämiseen ylläpidetään ajatusta homo- ja biseksuaalisuuden erikoisuudesta ja outoudesta sekä jätetään monet muut teemat käsittelemättä.

Heteronormatiivisuutta haastavista opetustilanteista kertoivat muutamat haastateltavat. Essi (18 vuotta) kertoi, että he olivat katsoneet elämäkatsomustiedon tunnilla videon, jossa lesbot ja homot itse kertoivat elämästään ja kulttuuristaan. Muutkin haastateltavat kertoivat myönteisistä kokemuksista elämäkatsomustiedon tunneilta, joskin tämän oppiaineen tunneille osallistuu vain pieni vähemmistö kaikista opiskelijoista. Simo (15 vuotta) puolestaan piti homoseksuaalisuuden käsittelyä hyvänä yläasteen biologian kirjassa. Siinä homoseksuaalisuuskohta oli melko laaja ja kuvituksena oli käytetty kahta toisiaan suutelevaa miestä. Simo koki hienoksi, että kirjassa oli kuva ”jostain paraatista, kun kaksi lihaksikasta miestä pussasi”. Kuvassa näytetään todellisia ihmisiä ilman stereotyyppioita puhuttaessa homoseksuaalisuudesta ja jopa heidän välistään hellyyttä kuvataan. Toisaalta kyse on ulkomaisesta kuvasta ja aikuisista henkilöistä. Nuorten suomalaisten voi olla hankalampi samaistua kuvaan, joka ei kerro heidän elämästään.

Opiskelijat saattavat käyttää esitelmissä apuna lesboista ja homoista kertovaa aineistoa. Henna muisti lukiosta tärkeäksi kokemansa esitelmän seksuaalisista vähemmistöistä, jonka tekivät hänen luokkansa kaksi tyttöä SETAsta saadun materiaalin pohjalta. Opiskelijat voivat ottaa aktiivisen position homo- ja biseksuaalisuuden tuomisessa esiin osana opetusta. Tämä voi kertoa siitä, etteivät opettajat koe kykenevänsä käsittelemään tai heidän mielestään ei ole tarpeellista käsitellä tätä tematiikkaa. Kaikki nuoret eivät koulussa uskaltaudu avoimeen väittelyyn tai oman mielipiteensä ilmaisuun. Osa pelkää oman seksuaalisuutensa paljastumista. Usu (17 vuotta) kertoi, että koulussa oli käsitelty hänen mielestään kielteisellä tavalla homoseksuaalisuutta biologian tunnin yhteydessä, mutta hän pelkäsi paljastumista eikä sanonut mitään asiasta. Essi (18 vuotta) taas muisteli, ettei kehdannut itse pyytää, että SETAsta olisi kutsuttu vieraileva kouluttaja. Tyypillisesti kriittisyyttä oppikirjoja ja opetusta kohtaan ei esitetä suoraan opettajalle, vaan opiskelija voi puhua asiasta muiden kanssa tai miettiä itsekseen.

Seksuaaliasenteiden välittyminen muussa opetuksessa

Edellisissä osioissa keskityin lähinnä biologian, terveystiedon/liikunnan, perhekasvatuksen/kotitalouden sekä jonkin verran äidinkielen, uskonnon, elämäkatsomustiedon, oppilaanohjauksen sekä koulun terveydenhoitajan työn sisältämiin seksuaalikasvatustilanteisiin. Tämä johtuu siitä, että haastatteluissa nuoret kertoivat näistä. Seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyviä tarinoita ja merkityksenantoja sisältyy lähes kaikkiin koulujen oppiaineisiin. Joskus ne ovat selvästi esillä, toisinaan implisiittisesti mukana, ja vaikka ne olisi jätetty tekstistä tai opetuksesta kokonaan pois, sekin on opettajan ja oppimateriaalin valmistajan valinta. Oppikirjojen käyttäjä ja opetuksen vastaanottaja voi kuitenkin merkityksellistää sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyviä tekijöitä omalla tavallaan tai sukupuolistaa ja seksualisoida sellaisenkin aiheen, jota ei aiemmin osattu edes ajatella.

Äidinkielen tunneilla on mahdollisuus käsitellä monia teemasisältöjä ja myös seksuaalisuutta. Varsinkin luettavan kirjallisuuden ja kirjoitettavien aineiden osalta opettaja voi valinnoillaan ylläpitää ja purkaa heteronormatiivisuutta. Äidinkielen opetuksessa on tyypillisempää ei-heteroseksuaalisuuden käsittelyn sijaan käsitellä ”perinteisiä” perhe- ja parisuhdemalleja. Näin ainakin vaikuttaa oppikirjatutkimusten perusteella. Palmu (1992) tutki aapisten sukupuoli-ideologioita ja analysoi niiden ylläpitävän perinteistä sukupuolijakoa ja -odotuksia. Myös Kosken (1999) tutkimuksessa aapisten opetuskertomuksista ja niihin sisältyvästä ”hyvän ihmisen” mallintamisesta päädytään sukupuolierojen korostamiseen – tosin lähinnä aikuiselämään liittyvästi. Hyvistä tytöistä tulee aapisten opetuskertomuksissa äitejä ja hyvistä pojista isiä, kuitenkin niin, että naiseuden täydellistymänä nähdään äitiys, kun miehillä pärjääminen työmarkkinoilla ja muualla kodin ulkopuolella nähdään tärkeämmäksi. Näiden tutkimusten perusteella hahmottuu kuva heteroseksuaalisten ydinperheiden näkemisestä ainoana tai ainakin lähes yksinomaisina vaihtoehtoina nuorten tulevaisuuden elämänratkaisuna. Tyttöjen ja naisten esitetään suuntautuvan vielä poikia ja miehiä voimakkaammin heteroseksuaaliseen suhteeseen, perheeseen ja vanhemmuuteen. Muunlaisia ihmissuhde- ja perhekuvioita kirjoissa esiintyy marginaalisesti, jos lainkaan.

Vastaavasti ruotsin ja vieraiden kielten kirjoissa perhe- ja parisuhdekuvaukset ovat heteroseksuaalisia ilman, että niitä sellaisiksi nimettäisiin. Myös tekemisäni nuorten haastatteluissa esiintyi käsitys, jonka mukaan heterokeskeisyys oli tavanomaista tekstien lisäksi kuvituksessa. Henna (19 vuotta) korosti heterokeskeisyyden näkyvän erityisesti eri sukupuolta olevien vanhempien ja heidän lasten muodostaman ydinperheen toistuvalla esiintymisellä oppikirjoissa. Vieraiden kielten opettajat samoin kuin äidinkielen opettajat voivat sisällyttää opetukseen tekstejä, keskusteluja ja kirjoitustehtäviä, joilla heteronormatiivisuus kyseenalaistetaan.

Historian, yhteiskuntaopin, oppilaanohjauksen, ala-asteen ympäristötietouden, maantiedon sekä uskonnon ja elämäntutkimustiedon tunneilla käsitellään paljon ihmiselämään ja ihmissuhteisiin liittyviä teemoja, vaikkei niitä nähtäisikään ensisijaisesti seksuaalikasvatuksellisista näkökulmista. Lahelma (1992) analysoi historian ja yhteiskuntaopin kirjojen kuvaa sukupuolesta ja siihen liittyvistä eroavaisuuksista. Hän esittää, että oppikirjojen tekstiosuuksissa on pyritty melko tarkkaan sukupuolineutraalisuuteen opetussuunnitelmia mukailleen. Toisaalta kuvitusta ja esimerkkitapauksia tarkastelemalla syntyy kuva, jossa miehet ovat kaiken kaikkiaan selvästi yliedustettuina suhteessa naisiin ja naisten tehtävät suuntautuvat pääasiassa hoivatahtaviin miesten osallistuessa laajemmin yhteiskunnan ja työmarkkinoiden eri sektoreille. Oppikirjojen sisällöt välittävät Lahelman mukaan yhteiskunnan sukupuolityöjärjestystä kouluun ja opiskelijoille vahvistetaan perinteisiä käsityksiä sukupuolten työnjaosta, hoivavastuun jakamisesta sekä yleensäkin vallanjaon luonnollisuudesta. Kuva miehistä ja miehekkyydestä rakentuu esimerkiksi historian ja yhteiskuntaopin kirjoissa naisia aktiivisemmaksi ja naiset hahmotetaan usein äiteinä, aviopuolisoina, tyttärinä tai hoivaajina. Kun nainen

esitetään lähinnä suhteessa miehiin, heteroseksuaalinen feminiinisyys korostuu perusideana.

Biologiassa esitellään ihmisen biologian lisäksi eläinmaailmaa ja eläinten lisääntymistä sekä ”perhemalleja”. Ne tarjoavat useita vaihtoehtoisia tarinoita parivalinnoista ja perheratkaisuista. Eläinten ja ihmisten suhteita voidaan vertailla ja rinnastaa niitä toisiinsa joko esittämällä ne samansuuntaisina tai vastakkaisina (Myerson 1992). Oppiaineistossa käytetyillä metaforilla ja rinnastuksilla säilytetään traditionaalista maailmankuvaa ja luonnollistetaan heteronormatiivista ihmishuhdetta. Matematiikan, fysiikan ja kemian opetukseenkin voidaan sisällyttää monenlaisia sukupuoleen liittyviä käytäntöjä ja mielikuvia. Kyselytutkimuksessa (Lehtonen 1995) vastaaja kertoi opetustilanteesta, joissa fyysistä ilmiötä verrattiin sukupuoliseen kiinnostukseen: ”Fysiikassa kerran sijaisopettaja havainnollisti magnetismia vertaamalla + ja - napoja tyttöön ja poikaan, eli samannapaiset hylkivät toisiaan ja vastakkaisnapaiset vetävät puoleensa. Taisi joku koiranleuka kysyä, onko magneeteilla poikkeuksia!” Opiskelija kyseenalaisti toisaalta heteronormatiivisen lähtökohdan, mutta toisaalta heteronormatiivisuus vahvistui vitsailtaessa poikkeuksella, joka ei ole mahdollinen.

Reaaliaineiden lisäksi taideaineiden oppikirjoissa ja opetuksessa kerrotaan paitsi taiteilijoiden työstä myös ihmisten toiminnasta yleensä. Tunnettujen taiteilijoiden joukossa on useita kuuluisuuksia, jotka ovat tai olivat ei-heteroseksuaalisia. Heidän elämänsä ei-heteroseksuaalisesta puolesta, kuten parisuhteista samaa sukupuolta olevan kanssa, ei tavallisesti kerrota, vaikka se olisikin ollut merkittävää taiteilijan luomistyön kannalta. Heteroseksuaaliset taiteilijat esitetään oppikirjoissa melko usein parisuhteineen ja perheineen.

Vaihtoehtona heteroseksuaalisuus?

Haastattelujen analyysissä rakentuu kuva koulujen seksuaalikasvatusta, jossa keskitytään lisääntymisbiologiaan, ehkäisy- ja seksitautivalistukseen sekä perheen merkityksen korostamiseen. Nämä esitetään tyypillisesti heteroseksuaalisessa kontekstissa ilman, että sitä tuodaan suorasanaisesti esille. Koulujen seksuaalikasvatusta luodaan idealisoitua kuvaa aikuisten seksuaalisuudesta jättäen lasten ja nuorten sen hetkisen tilanteen toiveineen ja pelkoineen tarkastelun ulkopuolelle. Kirjat ja niiden käyttö esittävät ihmisen – aikuiseksi kasvavan nuoren – ensisijaisesti heteroseksuaalisena biologisena olentona, jonka tavoite on välttää heteroseksuaalisen yhdynnän vaaroja eli epätoivottua raskautta ja sukupuolitauteja ja joka pyrkii tulevaisuudessa muodostamaan heteroseksuaalisen ydinperheen.

Kirjoissa ja niiden käytössä eivät korostu seksuaaliset nautinnot, tyylit tai itse seksikäyttäytyminen. Seksuaalinen suuntautuminen tulee esiin homoseksuaalisuutena, mikä mainitaan erillaisuutena. Heteroseksuaalisuutta ei välttämättä nimetä, vaan se nähdään itsestään selvänä. Homoseksuaalisuudesta ei puhuta erityisesti

opiskelijoiden elämään liittyvänä asiana, vaan ”toisten ongelmana”, jota pitäisi ymmärtää. Abstrakti opiskelija, jolle oppikirjat on tarkoitettu, mielletään ensisijaisesti heteroseksuaalisena.

Joissakin tapauksissa kuva kunnan kansalaisesta tai suomalaisesta sisältää vaatimuksen heteroseksuaalisuudesta. Heteroseksuaalisen ydinperheen asettaminen nuoren tulevaisuuden tavoitteeksi kertoo tästä. Kun koulussa keskustellaan homoseksuaalisuuden ja lesbo- ja homosuhteiden virallistamisen hyväksymisestä tai lesbojen ja homojen lasten oikeudellisesta asemasta, puhutaan ajankohtaisesta asiasta, mutta myös siitä, kuka on kunnan kansalainen, kenellä on oikeus perheeseen, joka mielletään yhteiskuntaa eteenpäin vieväksi voimavaraksi. Kouluopetuksessa ylläpidetään ajattelua, jossa vain heteroseksuaalinen ydinperhe symbolisoi tulevaisuuden turvaa kansankuvastossamme. Koulun oppimateriaali ja sen käyttö eivät ole kuitenkaan yksiviivaisia ja yhtenäisiä tässäkään asiassa. Osa opettajista ja opiskelijoista suhtautuu arvostelevasti heteronormatiivisuuden ilmenemismuotoihin. Vaihtoehdoisen oppiaineiston käyttö, kriittiset kommentit, esitelmät ja monipuolinen kokemuspohjainen keskustelu ovat mahdollisuuksia.

LÄHTEET

- Aapola, S. (1999). *Murrosikä ja sukupuoli*. Julkiset ja yksityiset ikämääritykset. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Bruun, A. (2000). Jossakin sen rajan pitää olla – lesbo- ja homovanhemmuus ylioppilaisaineissa. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) *Yhtä tavallisia kuin muut*. Lukiolaisten käsityksiä seksuaalivähemmistöistä. Seta-julkaisut 12, Helsinki.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York & London: Routledge.
- Charpentier, S. (2001). Sukupuoliusko. Valta, sukupuoli ja pyhä avioliitto lesbo- ja homoliitokeskustelussa. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 69. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, T., Ståhlström, O. (1991). Homoseksuaalisuutta normittava opetus tukee syrjintää. *Psykologia* 26(6):478–485.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Thomson, R. (1996). In the same boat? The gendered (in)experience of first heterosexual. In Richardson, D. (toim.) *Theorising Heterosexuality*. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Huotari, K., Lehtonen, J. (2000). Hiv-tartuntariskit miesten välisessä seksissä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37: 330–342.
- Kaskisaari, M. (1997). Homoparisuhdekeskustelu -diskurssi ja performatiivi. Kirjassa: Jokinen, E. (toim.) *Ruumiin siteet*. Tekstejä eroista, järjestyksistä ja sukupuolesta. Tampere: Vastapaino.
- Kontula, O. (1997). Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995-1996. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Koski, L. (1999). Hyvä tyttö ja hyvä poika. Ihanteelliset yksilöt aapisten moraalisisissa kertomuksissa. Teoksessa Tolonen, T. (toim.) *Suomalainen koulu ja kulttuuri*. Tampere: Vastapaino.
- Lahelma, E. (1992). Sukupuolten eriytyminen peruskoulun opetus suunnitelmassa. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 132. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Lehtonen, J. (1995). Seksuaalivähemmistöt koulussa. Seta-julkaisut 6. Helsinki: SETA ry.
- Lehtonen, J. (1998). Nuoret ei-heteroseksuaaliset miehet ja homoidentiteetin mallit. *Psykologia* 33(6): 421–429 (a).
- Lehtonen, J. (1998). Heteroseksuaalisuus oppikirjoissa – lähtökohtana ei-heteroseksuaalisten nuorten kokemukset. Kirjassa: Helve, H. (toim.) *Nuorten arki ja muuttuvat rakenteet*. Nuorisotutkimus 2000, 5. Helsinki: Nuorisotutkimusseura (b).

- Lehtonen, J. (2000). Kiusattu ja näkymättömiä – koulu ja ei-heteroseksuaalisuus ylioppilaisaineissa. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.). Yhtä tavallisia kuin muut. Lukiolaisten käsityksiä seksuaalivähemmistöistä. Seta-julkaisu 12, Helsinki.
- Lehtonen, J. (2003). Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Helsinki: Yliopistopaino & Nuorisotutkimusverkosto.
- Liinamo, A. (2000). Seksuaalikasvatus Suomessa. Kirjassa: Kontula, O., Lottes, I. (toim.). Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi.
- Myerson, M. (1992). Sex Equity and Sexuality in College-Level Sex Education. Kirjassa: Klein, S. S. (Ed.) Sex Equity and Sexuality in Education. Albany: State University of New York.
- Nummelin, R. (1997). Seksuaalikasvatusmateriaalit – millaista seksuaalisuutta nuorille? Stakes, Raportteja 206. Helsinki.
- Näre, L. (1999). Ristiriitainen nainen - naiseuden kuva ja käytäntö tytöille suunnatuissa opaskirjoissa. Nuorisotutkimus 17 (3):13–28.
- Palmu, T. (1992). Nimetön Hiiri ja Simo Siili. Aapisten sukupuoli-ideologiaa. Kirjassa: Näre, S., Lähteenmaa, J. (toim.) Letit liehumaan. Tyttökulttuuri murroksessa. Tietolipas 124. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Yesilova, K. (2001). Sukupuolittunut seksuaalikasvatus. Sosiologia 38(3):192–204.
- Whatley, M. H. (1992). Goals for Sex-Equitable Sexuality Education. Kirjassa: Klein, S. S. (Ed.) Sex Equity and Sexuality in Education. Albany: State University of New York.

Kehittämistyötä kentällä

Kolme esimerkkiä nuorten neuvontapalveluista

Julkisen palvelujärjestelmän piirissä suomalaiset nuoret saavat perusterveydenhuollon palvelunsa samalla tavoin kuin muukin väestö eli palvelut tuotetaan terveyskeskuksen toimintana. Joka kunnassa erityisesti nuorille tarkoitettuja palveluja ovat kouluterveydenhuollon palvelut, joissain kaupungeissa on lisäksi erillinen nuorisopoliklinikka. Nuorten erityistarpeet voidaan huomioida ja palveluita voidaan kehittää olemassa olevan järjestelmän puitteissa, jos paikallista tahtoa ja innovatiivisuutta riittää. Seuraavat esimerkit kertovat, kuinka nuorten seksuaaliterveyspalveluja on kehitetty muutamissa edelläkävijäkunnissa.

Lohjan nuorisoneuvola

TARIA SANDBERG

Lohjan nuorten ehkäisy-, ihmissuhde- ja seksuaalineuvonta on Suomen ensimmäinen kunnallinen, vain nuorille tarkoitettu seksuaalineuvontapiste. Toiminta alkoi vuonna 1985. Sen perustaminen oli aikanaan ennakkoluuloton paikallisten poliitikkojen päätös. Nuorten neuvonnan tärkeys on tunnustettu myös silloin, kun terveydenhuollossa on jouduttu tekemään isojakin leikkauksia.

Toiminnan tavoitteena on, että lohjalaiset, sammattilaiset ja karjalohjalaiset nuoret saavat laadukkaita seksuaalineuvontapalveluja. Nuoret tarvitsevat oman, juuri heidän tarpeitaan vastaavan toimintamuodon, joka on luottamuksellinen, maksuton ja helposti saatavilla. Lohjalla toiminnalla on oma keskitetty ja itsenäinen asemansa osana kunnallista terveydenhuoltoa. Toimipiste sijaitsee aivan kaupungin ydinkeskustassa, lyhyen matkan päässä kaikista kouluista ja oppilaitoksista. Sijainnilla on ratkaiseva vaikutus palvelujen käyttöön.

Vastaanotolla käy enimmäkseen 14–25-vuotiaita, vuosittain noin 2 100 nuorta. Puheluja tulee noin 1 800 vuoden aikana. Tiedottaminen on hoidettu paikallislehden välityksellä terveydenhuoltoalan palveluita -palstalla. Koulut tietävät palveluistamme ja niin sanottu puskaradio on osoittautunut erittäin tärkeäksi viestin viejäksi.

Palveluihin hakeutuminen ja yhteydenpito nuoriin

Itse olen tehnyt vastaanotolla seksuaalineuvontatyötä vuodesta 1989. Vastaanotolle pääsyn helpottamiseksi toimintaa lisättiin vuoden 2000 elokuun alusta, ja nykyisin neuvonta on avoinna kaikkina arkipäivinä. Lääkärin vastaanotolle pääsee tiistaisin. Ajanvaraus hoidetaan puhelimitse. Varsinaisia puhelinaikoja ei ole, vaan palveluihin vastataan aina kun työntekijä on paikalla, muulloin vastaaja kertoo, milloin tämä on seuraavan kerran tavoitettavissa. Yhtenä toiminnan laatutavoitteena on nopea vastaanotolle pääsy. Terveystoimintajalle pääsee kolmen päivän sisällä (häätätapauksessa jo vuorokauden sisällä) ja lääkärille yleensä yhden, viimeistään kahden viikon kuluessa.

Yhteyttä nuoriin pidetään myös vastaamalla sähköpostitse. Tämä vähentää ”langoilla roikkumisen” tarvetta. Nuoret poikkeavat myös spontaanisti itse juttelemaan ja varaamaan aikaa. Monet mieltä askarruttavat pienemmät asiat hoituvat ”ovensuomenetelmälläkin”. Ajanvarauksetonta toimintaakin on kokeiltu, mutta se osoittautui liian järjestäytymättömäksi toimintamuodoksi.

Nuori asiakkaana

Työskentely nuorten parissa on kunniatehtävä, etenkin silloin, kun työssä on kysymys ihmisen henkilökohtaisimmasta alueesta, seksuaalisuudesta ja seksistä. Nuori on yleensä ensimmäistä kertaa yksin hoitamassa omaa terveyttään koskevia asioita. Tällä käynnillä luodaan kuva terveydenhuollon palveluista ja tällä mielikuvalla on pitkäaikaiset vaikutukset.

Kun nuori hakeutuu vastaanotolle, hän osoittaa halunsa vastuulliseen käyttäytymiseen. Hänen rooliaan vastaanotolla kuvaa kokemattomuus, itsenäistymisen tarve ja psyykinen muutos. Nuori on vieras vielä itselleenkin, ja siksi lähtökohtana on epätietoisien ja hieman hämmentyneenkin nuoren kohtaaminen.

Nuori kysyy asioista, jotka aikuiselle ovat itsestään selviä, mutta hänelle uusia ja vasta opetteluvaiheessa. Vastaanotolla halutaan antaa malli siitä, miten jokaista asiakasta kohdellaan ainutlaatuisena yksilönä. Nuorella on usein käsitys, että henkilökunta käyttää aikuisen valtaa, eikä hän itse voi vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. Vastaanottotilanteessa voidaan opettaa nuorelle konkreettisesti se, mitä sana itsemääräämisoikeus tarkoittaa. Terveystoimintajien ammattilaisina annamme nuorelle tietoa ja autamme häntä päätöksenteossa. Tavoitteenamme on myös nuoren itsetunnon vahvistaminen.

Nykykuoret ovat tavallisia, mukavia nuoria, joilla on lyhyt menneisyys takanaan ja pitkä tulevaisuus edessään. Annamme heille paljon vapauksia ja vaadimme myös paljon vastuuta. Onko nuori valmis tähän? Tällä hetkellä yhteiskuntamme on varsin seksuaalisoitunut. Media luo ristiriitaista kuvaa seksuaalisuudesta ja seksistä. Nuoren ympärillä tulvii viestejä, joita hänen on vaikea käsitellä ilman apua.

Mielikuvat vääristyvät, oletukset ja huhupuheet luovat harhakuvia. Tehtävänä on tiedon antamisen lisäksi myös pelkojen ja ahdistuksen helpottaminen.

Me kaikki voimme parantaa vuorovaikutustaitojamme, ja nuori opettelee myös tätä taitoa kanssamme vastaanotolla. Myönteinen ja rohkaiseva palaute helpottaa oppimista. Intiimeistä ja arkaluonteisista asioista voi ja tuleekin voida keskustella luottamuksellisesti. Luottamuksen saavuttaminen on oleellinen osa nuoren asiakkaan kohtaamista, eikä se ole koskaan itsestäänselvyys. Luottamus on molemminpuolista.

Vastaanotolle tulevien nuorten tiedon taso vaihtelee paljon, eikä oletusten varaan muun muassa iän tai luokka-asteen mukaan voi laskea mitään. Työsarka on valtava, sillä tiedon tulvasta huolimatta on paljon tietämättömyyttä. Virheellisiä käsityksiä sekä outoja ja yllättäviä kysymyksiä tulee vastaan. Seksuaalineuvonnan aiheista erityisiä kehittämisen kohteita ovat tunteiden ymmärtäminen ja vuorovaikutustaidot, kehon muuttuminen ja seksuaalisuuden viriäminen, rakastuminen ja rakastelu, valintojen tärkeys erilaisissa sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa ja riittävät tiedot turvallisesta seksistä. Tehtävä ei ole helppo, koska nuori on itselleenkin vielä vieras eikä välttämättä osaa kysyä, varsinkaan jos hänen kanssaan ei ole koskaan asioista keskusteltu. Työntekijän haasteena on kuuntelemisen taito. Hyvä puoli on se, että nuori on vastaanottavainen ja kiinnostunut. Jos nuori kohtaa aikuisen, joka on kuuleva, asiasta kiinnostunut, oman työskentelytyylinsä löytänyt ja asiantuntemuksensa rajat tunteva, vuorovaikutus onnistuu ja tieto siirtyy.

Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät riskit välttävät parhaiten ne nuoret, joilla on rohkeutta ilmaista itseään, hyvä itseluottamus, kyky ottaa vastuu omista tekemisistään, joustavuutta puhua muun muassa ehkäisystä intohimoisessakin tilanteessa sekä tottumusta kuljettaa kondomeja mukana. Näiden taitojen ja asenteiden luominen ja tukeminen on eräs työn keskeisiä tavoitteita.

Seksuaalineuvonnan käytäntöjä

Seksuaaliterveysanamneesia tehdessä kartoitamme yleisanamneesin ja gynekologisen anamneesin lisäksi muunkin terveystilanteen alueita puuttamalla niihin seikkoihin, joilla on kielteinen vaikutus nuoren terveyteen.

Yleisanamneesi käydään läpi juttelemalla. Puhutaan perhetilanteesta, seurustelusta sekä ystävyys-suhteista. Kartoitetaan myös koulunkäyntiä, työssä käyntiä, harrastuksia sekä muita nuoren elämään kiinteästi liittyviä asioita. Tavoitteena on saada kokonaiskäsitys nuoren sosiaalisesta tilanteesta.

Anamneesissa käydään läpi nuoren mahdolliset *krooniset sairaudet*, lääkitykset ja muu mahdollinen hoito, samoin kuin perheenjäsenten ja isovanhempien terveystilanne aivo- tai sydänveritulpan, diabeteksen ja verenpaineaudin osalta. Ihon kunto huomioidaan, onko mahdollisesti aknea.

Terveystottumuksista käydään läpi tupakointi, alkoholin käyttö ja muiden päihteiden käyttö. Vuosien kokemuksen perusteella ehkäisy pillereiden aloittamisen yhteydessä tupakoimattomuuteen kannustaminen onnistuu melko hyvin.

Laskemme asiakkaan painoindeksiin (BMI), mittaamme verenpaineen ja kannustamme tarvittaessa painon pudotukseen. Syömishäiriöiden varalle on kehitetty toimiva hoitoonohjausketju. Kehollisuuden huomioiminen on tärkeä osa keskustelua, sen avulla saamme arvokasta tietoa siitä, miten nuori itse kokee itsensä ja oman kehityksensä. Meille annetaan median välityksellä kuva siitä, millainen vartalomme tulisi olla ja nuorten kanssa joutuukin usein oikomaan käsityksiä normaaliuudesta ja kauniista, luonnollisesta vartalosta.

Gynekologisessa anamneesissa käydään läpi kuukautisiin liittyvät asiat, gynekologiset sairaudet ja mahdolliset raskaudet ja raskaudenkeskeytykset.

Seksuaalianamneesiin kuuluu keskustelu nykyisestä seurustelusta ja aikaisemmista seurustelukokemuksista sekä mahdollisista yhdynnöistä, joita ei pidetä itsestäänselvyytenä. Seurustelun kestosta ja vakavuudesta keskusteleminen – onko kyseessä ihastuminen vai rakastuminen – herättää hilpeitäkin tilanteita. Puhumme paljon myös tunteiden ilmaisemisesta ja niihin liittyvistä vaikeuksista. Sydänsurut eivät ole vieraita aiheita nuorten neuvonnassa. Yhdynnöistä kysyttäessä on oleellista selvittää, onko nuori ollut yhdynnässä mukana omasta halustaan. Tiedustellaan, miten yhdynnät ovat sujuneet, onko kipuja tai muita ongelmia. Jos ongelmia on ollut, niin miten niissä nuorta voisi auttaa? Onko yhdynnän lisäksi muu läheisyys täyttänyt nuoren odotukset, arvostaako kumppani häntä jne.

Ehkäisystä kartoitetaan aiempi käyttö sekä kokemukset ja käsitykset eri ehkäisymenetelmistä. Tämänhetkinen ehkäisyn tarve kartoitetaan, ja tavoitteena on löytää yhdessä nuoren kanssa juuri hänelle sopiva ehkäisyvaihtoehto. Menetelmää valittaessa tulee huomioida myös helppokäyttöisyys, helppo saatavuus, edullisuus sekä nuoren seksuaaliterveyttä ja hedelmällisyyttä suojaavat vaikutukset. Raskaudenpelko tuntuu voittavan muut pelot helposti. Ehkäisyn käyttöön liittyvät käytännölliset asiat selvitetään nuorelle hyvin konkreettisesti.

Gynekologinen tutkimus ja laboriotutkimukset

Gynekologisen tutkimuksen tekee lääkäri. Hoitajan tekemän anamneesin pohjalta lääkäri käy vielä läpi huomionarvoiset asiat. Asiakkaalle on kerrottu etukäteen gynekologisesta tutkimuksesta, sen merkityksestä ja teknisestä suorituksesta. Jännityksen vähentäminen ennen tutkimusta ja tutkimustilanteessa on erittäin tärkeää. Ensimmäistä kertaa gynekologiseen tutkimukseen tulevalle nuorelle on syytä varata reilusti aikaa. Tutkimustilanteessa lääkäri selittää asiakkaalle koko ajan tutkimuksen kulkua. Useimmille asiakkaille tutkimuksesta jää hyvä kokemus, ja se alentaa kynnystä hakeutua vastaanotolle vastaisuudessaakin.

Tutkimuksen yhteydessä lääkäri voi tarvittaessa ottaa gynekologisia näytteitä tai antaa lähetteen laboratorioon myöhempää ajankohtaa varten. On hyvin tärkeää selittää nuorelle tarkasti, miksi näytteitä otetaan ja mitä niistä tutkitaan. Vastaukset tuloksista antaa hoitaja.

Lopuksi

Työmme tarkoituksena on antaa nuorelle tieto siitä, että juuri hänen seksuaaliterveytensä on ainutlaatuinen, arvokas ja huolenpidon arvoinen asia. Puhuttaessa asioista arkikieli on tärkeää. Onnistuminen kohtaamisessa näkyy siinä, että nuoren ymmärrys lisääntyy ja opittu asia muotoutuu osaksi hänen arkiasenteitaan ja -arvojaan. Seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa nuorilla on paljon kysymyksiä ja vastaamattomat kysymykset ovat kuin särkevä haava, joka jomottaa kunnes joku vastaa. Vastaaminen on aikuisen kunniakas velvollisuus.

Raskauden ehkäisyn hoitokäytäntö Ääneseudulla

TUIJA SAVOLAINEN

Ääneseutu on kolmen kunnan muodostama 22 000 asukkaan kuntayhtymä, jossa ei toimita väestövastuujärjestelmän periaatteella. Äitiys- ja ehkäisyneuvontaa toteuttavat aihepiiriin perehtyneet kättilöt tai terveydenhoitajat, pienissä toimipisteissä toki muutakin hoitajan työtä tehden. Myös lääkäreiden työ on keskitetty, kussakin kunnassa neuvolatyötä tekee pääasiallisesti yksi tähän toimintaan perehtynyt lääkäri.

Ehkäisyyn liittyvät käynnit terveyden- tai sairaanhoitajalla ja lääkäriellä ovat ilmaisia kuntayhtymän asukkaille sekä opiskelijaterveydenhuoltoon kuuluville ulkokuntalaisille. Jälkiehkäisyyn liittyvät käynnit ovat maksuttomia myös muille ulkokuntalaisille.

Ensiehkäisy

Ensiehkäisy on ilmaista. Ensimmäistä kertaa ehkäisytablettien käytön aloittava saa pillerit maksutta 12 kuukaudeksi, valmisteen vaihdon tai uudelleen aloituksen yhteydessä kolmeksi kuukaudeksi. Ensimmäinen kierukka – olipa se kupari- tai hormonikierukka – on asiakkaalle maksuton, samoin ensimmäinen ehkäisykap-

seli. Ehkäisyrengasta käyttävä asiakas saa kolmen renkaan pakkauksen terveyskeskuksesta. Jälkiehkäisytabletit ovat maksuttomia.

Ehkäisyä haluavat asiakkaat ohjataan ensiksi terveydenhoitajalle. Näin viive ehkäisyn aloittamiseen on lyhyempi ja kynnyksellä tulla terveyskeskukseen on matalampi. Gynekologisen perusanamneesin sekä painon ja verenpaineen tutkimisen jälkeen hoitaja voi antaa kolmen kuukauden aloituspakkauksen jotakin matalan tai keskisuuren hormoniannoksen sisältävää yhdistelmätablettivalmistetta. Samalla hän antaa ajan kolmen kuukauden kuluttua lääkärille. Tuolloin tehdään ensimmäinen gynekologinen tutkimus ja tehdään seulontana klamydiatesti, mikäli asiakas suostuu siihen. Ongelmatilanteissa hoitaja saattaa neuvotella puhelimitse lääkärin kanssa tai sopia vastaanottokäynnin lääkärille ennen ehkäisyn aloitusta, mikäli ehkäisyyn näyttää liittyvän riskejä, esimerkiksi alttius laskimotukokseen. Alle 14-vuotiaat tulevat aina lääkärille ennen ehkäisyn aloitusta.

Jatkossa asiakas saa 12 kuukauden tabletit kolmen kuukauden erissä, ja sen jälkeen siirrytään reseptimääräyksiin. Yksivuotiskontrollikäynti on terveydenhoitajalla, jolloin otetaan irtosolunäyte (Papa). Jatkossa tarkistukset ovat vuosittain terveydenhoitajalla. Klamydianäytteet otetaan kahden vuoden välein ja irtosolunäyte kolmen vuoden välein. Lääkärintarkastukset tehdään kolmen vuoden välein, tarvittaessa useammin. Ehkäisykäynteihin on liitetty terveyskasvatusaiheita, joista jo käsitellyt kirjataan asiakirjoihin ja seuraavalla kerralla jatketaan siitä eteenpäin (esim. seurustelu, tupakointi, painon hallinta, tuplaehkäisy, ehkäisyn haitat ja hyödyt, raskauden suunnittelu). Kirjallista aineistoa käytetään paljon, ja sitä on erikseen myös miehille, sillä miehiä käy jonkin verran mukana vastaanotoilla. Maksuttomia kondomeja pystytään jakamaan jonkin verran.

Klamydiaseulassa oireettomia positiivisia on ollut 5–7 prosenttia. Seulonnassa positiivisen tuloksen saanut asiakas samoin kuin hänen kumppaninsa käyvät hakemassa terveydenhoitajalta kerta-annoshoidon. Kontrollitutkimus tehdään 2–3 viikon kuluttua hoidosta. Seulonnassa positiivisen tuloksen saaneita neuvotaan tiedottamaan asiasta myös aiemmille kumppaneilleen, jotta nämä osaisivat hakeutua tutkimukseen ja hoitoon. Mikäli papanäytteessä tai klamydiaseulassa on ollut löydöksiä, niiden seulontaa jatketaan vuosittain.

Jälkiehkäisy

Vuodesta 1994 jälkiehkäisyä tarvitsevat asiakkaat on ohjattu terveydenhoitajalle ehkäisyneuvolaan, kouluterveydenhuoltoon tai päivystysaikana päivystyksen sairaanhoitajalle. Tarkoituksena on ollut, että se toimipiste, johon asiakas ensimmäisenä ottaa yhteyttä, pyrkii myös hoitamaan asian loppuun. Tällä tavalla jälkiehkäisy toteutuu melko pian sen jälkeen, kun asiakas ottaa yhteyttä.

Hoitaja on kartoittanut jälkiehkäisytarpeen kysymyslomakkeen avulla ja antanut tabletit, mikäli estettä käytölle ei ole tullut esille. Muussa tapauksessa asiakas

on ohjattu päivystävälle lääkärille tai on soitettu neuvolalääkärille. Samalla on annettu pahoinvointia estävää lääkitystä, ohjattu asiakasta arvioimaan sukupuoli-
tautiriskiään, annettu tarvittaessa lähete laboratoriokokeisiin sekä annettu valmiiksi
jälkitarkastusaika lääkärille noin kolmen viikon kuluttua. Näille käynneille on tul-
lut kaksi kolmasosaa asiakkaista, ja käynnillä on varmistettu, että jälkiehkäisy on
onnistunut, on otettu tulehduskokeita ja sovittu jatkoehkäisystä (eli käytännössä
usein on annettu kolmen kuukauden ehkäisytablettipakkaus mukaan). Käynneillä
on pyritty korostamaan kaksoisehkäisyn ja keskeytymättömän ehkäisyn tärkeyttä.
Samalla on voitu antaa yksilöllistä ohjausta asiakasta askarruttavissa asioissa.

Nuorille on kerrottu jälkiehkäisyn hoitokäytännöstä koulujen terveystas-
tustunneilla ja neuvolakäynneillä. Muille asiakkaille tietoa on jaettu esimerkiksi
synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä sekä pariin otteeseen paikallislehdessä.
Ensi kertaa ehkäisyneuvolaan tulevista asiakkaista noin puolet on tullut jälkieh-
käisyn kautta. Jälkiehkäisykäyntejä on ollut vuosittain noin 200, eikä määrä ole
juuri lisääntynyt vuosien 1994 ja 2001 välillä.

Jälkiehkäisyn palvelutarjonta on jatkunut entiseen tapaan myös jälkiehkäisy-
tablettien käsikauppaan tulon (toukokuussa 2002) jälkeen, mutta palvelun kysyntä
on huomattavasti vähentynyt. Alle 15-vuotiaita ei ole näkynyt juuri lainkaan, vaikka
heidän kuului säännösten mukaan hakea jälkiehkäisyentiseen tapaan terveyden-
huollon kautta. Paikallisille apteekkeille on annettu jälkiehkäisyasiakkaille jaetta-
vaksi tiedotteet, joissa neuvotaan varaamaan aika terveystieteiden jälkitarkas-
tukseen ja kerrotaan myös suojaamattomaan yhdyntään liittyvästä tulehdusriskis-
tä. Tästä huolimatta näitä asiakkaita on harvoin tullut terveystieteiden keskus-
kseen, ja vai-
kuttaa siltä, että säännöllisen ehkäisyn aloittajien määrä olisi vähentynyt. Apte-
eikkeista on myyty jälkiehkäisytabletteja saman verran kuin aiemmin oli kävijöitä
terveystieteiden keskus-
kseen, ja melko iso osa ostajista on ollut miehiä. Jäävätkö nuoret siis
nykyisin käyttämään toistuvasti ehkäisyn hätäratkaisua ja jättävät säännöllisen
luotettavan ehkäisyn hakematta?

Lopuksi

Hoitokäytäntömme hyviin puoliin kuuluu palvelujen helppo saatavuus. Kynnys
tulla ensin hoitajalle on ollut asiakkaalle myös matalampi. Kokonaisuudessaan
palveluja on tuki edelleen on aivan liian vähän. Neuvolalääkärillä on nyt kuitenkin
enemmän aikaa keskittyä ongelma-asiakkaisiin ja räätälöidä ehkäisy yksilöllis-
semmin. Myös terveystieteiden keskus-
kseen jää enemmän aikaa vastaanottotilanteessa. Vaikka jälkiehkäisykäytäntö muodostui kahdeksan vuoden aikana joustavaksi ja
helposti saavutettavaksi ja sen olemassaolon piti olla hyvin tiedossa, olimme kui-
tenkin pettyneitä, kun palvelun käyttö lähes loppui jälkiehkäisyn siirryttyä käsi-
kauppaan. Muutoksen kokonaisvaikutuksia on vielä liian aikaista arvioida.

Nuorten seksuaaliterveydenhoito Turussa

KATRIINA BILDJUSCHKIN

Jokaisessa Turun koulussa on oma kouluterveydenhoitaja. Yhdellä kouluhoitajalla voi olla useampi koulu hoidettavanaan, mikäli on kyse pienistä yksiköistä tai hänen työaikansa jakautuu lastenneuvolan ja koulun kesken. Oppilaitoksia (ala- ja yläluokat, lukio, ammatilliset oppilaitokset) on yhteensä noin 80. Peruskouluissa on noin 15 500 oppilasta ja lukioissa 4 800. Kouluhoitajia on Turussa noin 60 Kouluhoitajilla on kerran kuukaudessa yhteinen tapaaminen. Kaupungin sisäinen sähköpostijärjestelmä on nopeuttanut kaikkien kouluterveydenhoitajien tavoittamista ja uuden tiedon välittämistä.

Seksuaaliterveyskysymyksissä nuorten käytössä on kaupungin ehkäisyneuvola, jossa hoidetaan keskitetysti turkulaiset ehkäisyasiakkaat. Käynnit neuvolassa ovat nuorelle maksuttomia, eikä lähetettä tarvita. Ehkäisyneuvolan yläikäraja on 25 vuotta. Sitä vanhemmat ehkäisyasiakkaat ohjataan omalääkäriin vastaanotolle.

Ehkäisyneuvolassa toimii koko päivän (8.00–11.00 ja 12.00–15.00) neuvon-
taphelin, jossa vastaajana on aina kättilö tai terveydenhoitaja. Myös sähköinen
asiointi on mahdollista. Ehkäisyneuvolassa on oma sähköpostiosoite (ehkaisyneu-
vola@turku.fi), ja kysyjälle vastataan aina henkilökohtaisesti. Ehkäisyneuvolassa
työskentelee neljä kättilöä tai terveydenhoitajaa kokopäiväisesti, sekä yksi yleislää-
ketieteen erikoislääkäri, yksi erikoistuva lääkäri ja yksi gynekologi vastaavana lää-
kärinä. Kaikki lääkärit toimivat ehkäisyneuvolassa osa-aikaisesti (osa ajasta äitiys-
huollossa).

Nuorten seksuaaliterveyspalveluita myös erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon tasolla lapsia ja nuoria hoidetaan lasten ja nuorten polikli-
nikalla, jossa yläikäraja on 20 vuotta. Asiakkaita ohjataan sinne mm. koulutervey-
denhuollosta. Poliklinikka hoitaa lapsia ja nuoria kaikissa terveyden- ja sairau-
denhoitoon liittyvissä asioissa. Poliklinikalla on gynekologinen vastaanotto, jossa
toimivat ehkäisyneuvolan gynekologi tai yleislääketieteen erikoislääkäri sekä kaksi
sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja osa-aikaisina. Gynekologisen vastaanoton käyn-
nit ovat maksuttomia. Vastaanotolle pääsee viikon sisällä ajanvarauksesta, eikä vas-
taanotolle tarvita lähetettä. Hoitajan vastaanotolle voi tulla myös ilman ajanvara-
usta. Nuorten käytettävissä on myös TYKSin sukupuolitautien poliklinikan palvelut.

Sekä lasten ja nuorten poliklinikka että ehkäisyneuvola sijaitsevat kaupungin
keskustassa. Molemmissa yksiköissä ensimmäiset ehkäisytabletit saa maksutta yh-
deksäksi kuukaudeksi. Maksutta voi saada myös rengas- tai laastariehkäisyn aloi-
tuksen. Jälkiehkäisyn saa maksutta jokainen alle 18-vuotias nuori joko kouluter-

veydenhoitajaltaan, lasten ja nuorten poliklinikalta tai ehkäisyneuvolasta. Molemmista yksiköistä voi saada maksutta myös kondomeja.

Toiminnan tuloksellisuus

Turussa raskauksia oli 18-vuotiailla tai sitä nuoremmilla 60 vuonna 1995. Vuonna 2000 niitä oli 90, mutta sen jälkeen raskaudet ovat vähentyneet siten, että vuonna 2002 niitä oli 78.

Nykyisin kasvava ongelma ovat nuorten irtosolunäytteissä esiintyvät muutokset. Luokkaa II tai III olevien näytteiden osuus on noussut yli 10 prosenttia vuodesta 1995 vuoteen 2001. Vuonna 2001 solumuutoksia oli noin 16 prosentissa kaikista otetuista papanäytteistä.

Kehittämisen keskeiset alueet

Kouluterveydenhoitajille suunnattua seksuaaliterveyskoulutusta on lisätty kolmen viime vuoden aikana. Erillisiä seksuaaliterveyttä käsitteleviä teemaseminaareja on pidetty kerran tai kaksi vuodessa. Lisäksi kouluterveydenhoitajat voivat konsultoida ehkäisyneuvolan henkilökuntaa päivittäin.

Kouluterveydenhuollon kanssa on yhteistyössä suunniteltu opetusrunko. Runko on toteutettu kansioksi, joka on jaettu kaikkiin turkulaisiin oppilaitoksiin. Kansion kirjoittivat ehkäisyneuvolan osastonhoitaja ja sukupuolitautilin poliklinikan erikoislääkäri. Kansiota päivitetään vuosittain. Kaupunkiin on perustettu oma työryhmä suunnittelemaan ja toteuttamaan lapsille ja nuorille suunnattua seksuaalikasvatusmateriaalia, jossa tuodaan esille paikalliset palvelut. Ensimmäiset turkulaisille nuorille kirjoitetut seksuaalikasvatusesitteet otettiin käyttöön lukuvuoden 2003–2004 seksuaaliopetuksessa. Valmiina ovat esitteet murrosikä, eka ehkäisy, ensimmäinen gynekologinen tutkimus, mitä nuoren miehen tulee tietää, sukupuolitaudit ja tekeillä on abortti ja onks pakko?

Ryhmien ja koululuokkien tutustumiskäyntejä ehkäisyneuvolaan kehitetään edelleen. Sähköinen asiointi ja tiedonvälitys ovat lähivuosina sekä Turun kaupungin että ehkäisyneuvolan omia kehityshankkeita.

Seksuaaliterveysportaali Etelä-Karjalassa

KRISTINA POIKAJÄRVI

Pelkkä hyvien seksuaaliterveyspalveluiden luominen nuorille ei riitä. Palveluista täytyy myös tiedottaa tehokkaasti. Jokaisella seutukunnalla on omat, hieman vaihtelevat tapansa palveluiden ja hoitoketjujen järjestämisessä. Kun äkillinen avuntarve yllättää, ajantasaisen tiedon tulisi olla helposti tavoitettavissa. Uudelle sukupolvelle informaatioteknologian käyttö on tuttua ja luontaista – se kanava kannattaa hyödyntää tiedottamisessa. Verkkosivuilla voi tarjota perustietoa tavallisimmista ongelmista ja paikallisista menettelytavoista hoitoon hakeutumiseksi. Parhaimmillaan sivut voidaan rakentaa interaktiivisiksi, jolloin asiakas voi saada neuvoja juuri omaan ajankohtaiseen pulmaansa.

Seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ovat ajankohtaisia jokaiselle nuorelle, kullekin tietystä yksilöllisessä kehitysvaiheessa. Joillekin seksuaaliasioista puhuminen ja tiedon kysyminen aikuiselta voi olla vaikeaa. Tiedottamisen kanavina tulisikin käyttää nuorten suosimia välineitä. Pötsösen ja Välimaan (1995) tutkimuksen mukaan joukkotiedotusvälineet (TV, lehdet, mainokset ja opetusvideot) ovat nuorille tärkeitä seksuaalitiedon lähteitä. Muita nuorten tiedon lähteitä ovat koulu, kaverit, terveydenhoitaja ja koti. Mieluiten nuoret haluavat saada tiedon itse lukemalla kirjoista tai nuorten palstoilta. Kirjojen ja lehtien lisäksi suuri osa nuorista käyttää nykyisin Internet-sivustoja.

Nuoren tulisi helposti saada tietoa paitsi seksuaaliterveydestä myös oman alueensa seksuaaliterveyspalveluista eli tietoa siitä, mistä tai kenen yhteyshenkilön kautta hän voi saada apua esimerkiksi silloin, kun hän tarvitsee säännöllistä raskauden ehkäisyä tai jälkiehkäisyä, epäilee sukupuolitautia tai haluaa vain neuvoja mieltä askarruttavissa kysymyksissä. Palveluiden ”osoite” eri kunnissa voi olla hyvin erilainen. Esimerkiksi joissain kunnissa ehkäisytablettien reseptejä tai pillereiden aloituspakkauksia saa koulun terveydenhoitajalta, ja joissain kunnissa reseptin saamiseksi on varattava aika terveyskeskuslääkärin vastaanotolle.

Nuoret tarvitsevat seksuaaliterveystietoa asiallisesti, vaivattomasti ja osittain anonyymisti. Joidenkin asioiden tiedottamiseen ei välttämättä tarvita kontaktia terveydenhuollon ammattilaiseen. Näihin tilanteisiin soveltuu hyvin tiedottaminen verkkosivujen avulla, esimerkiksi palvelupisteiden aukioloajoista, yhteyshenkilöistä ja hoitokäytännöistä. Verkkosivuilta tiedot saa nopeasti, eikä aikaa kulu puhelimesta odottamiseen. Arkaluonteisissa asioissa on helpottavaa, jos löytää

suoraan oikeaan osoitteeseen sen sijaan, että joutuisi selittämään saman asian usealle eri ihmiselle. Vastaanotolle pääseminenkin saattaa olla vaikeaa. Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2003) mukaan 13 prosentilla nuorista on vaikeuksia kouluterveydenhuollon vastaanotolle pääsemisessä (pääkaupunkiseudulla 15 prosentilla). Noin viidesosa kouluterveyskyselyyn vastanneista koululaisista on tyytymättömiä kouluterveydenhuollon toimivuuteen henkilökohtaisten asioiden hoidossa.

Aina ei nuorten kuten muidenkaan asiakkaiden palvelun tarpeisiin riitä yksi organisaatio, vaan asian hoitamiseen tarvitaan monia toimijoita ja palvelujen tuottajia. Usein asiakas tarvitsee terveyskeskuksen palvelujen (terveydenhoitajan ja lääkärin) lisäksi muun muassa keskussairaalan ja apteekin palveluja. Täydentäviä palveluja voi myös saada esimerkiksi järjestöiltä tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Palvelukokonaisuuksittain näitä tietoja ei saa puhelinluettelosta tai kunnan verkkosivuilta. Useimmiten kunnan verkkosivuilla palvelut kuvataan organisaatiokohtaisesti, sektorijaottelun mukaisesti. Kunkin kunnan kotisivulla kuvataan terveyskeskuksen palvelut (esim. lääkäreiden vastaanotot, ensiapu ja lastenneuvolat) ja sairaanhoitopiirien kotisivuilla taas kuvataan sairaalassa tarjottavat palvelut. Asiakkaan tai potilaan koko asiointiprosessin tai hoitoketjun kuvausta ei yleensä ole. Tiedot esitetään harvoin siinä muodossa, että asiakkaat osaisivat hahmottaa, millaisessa asiassa käännytään kenenkin puoleen.

Kunnissa tulisikin varmistua siitä, että erityisesti seksuaaliterveyspalveluista saa vaivattomasti tietoa. Viime vuosina todettu nuorten tyttöjen raskauksien ja aborttien lisääntyminen viittaisi näiden palveluiden tarpeeseen. Esimerkiksi raskauden ehkäisyyn ja raskaudenkeskeytykseen liittyvät palvelut ja hoitokäytännöt sopivat hyvin kuvattavaksi verkkosivuille, joista nuorten on helppo palvelut löytää. Verkkosivuille voi linkittää palvelujen tuottajien ja järjestöjen paikallisten toimijoiden yhteystiedot, jolloin keskusteluapukin on helpommin saavutettavissa.

Suomessa tarvitaan asiakaslähtöisiä, seutukuntaisia palveluketjujen kuvauksia, joissa tieto esitetään asiakaslähtöisesti ja terveysongelmakohtaisesti, jotta kuntalaiset tarvitessaan palveluja osaisivat toimia sujuvasti. Suomen Kuntaliiton ylläpitämän www.kunnat.net -portaalin mukaan Suomessa on 47 seutuportaalia. Näissä kuvataan seutukuntaan kuuluvien kuntien tapahtumia ja palveluja (esim. koulutus-, kulttuuri-, matkailu- ja terveyspalvelut). Yleensä portaaleista kuitenkin puuttuu asiakaslähtöinen palveluketjuajattelu. Yksi kuntalaisten kannalta parhaita portaaleita on Etelä-Karjalan maakuntaportaali (www.eKarjala.fi).

Etelä-Karjalan maakuntaportaali avattiin vuonna 2000 osana Tietomaakuntahanketta ja vuonna 2001 portaaliin luotiin hyvinvoinnin portti (Pajuvirta 2002). Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden aloitteesta ryhdyttiin tuottamaan seudullista asiakas- ja potilasohjausaineistoa yhteistyössä alueen terveyskeskusten ja sairaaloiden kanssa palvelemaan kuntien väestöä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Ensimmäisenä valmistui seksuaaliterveyden edistämisen kannalta tärkeä verkko-ohjausmateriaali ”Raskaus vai väärä hälytys?

Abortti vai synnytys? – sähköistä tietoa nuorille abortista” (Partanen ja Räisänen 2002).

Sairaanhoidon opiskelijat Elli Partanen ja Varpu Räisänen suunnittelivat opin-
näytetyönään verkkosivuston. Se on kattava raskauden ehkäisy- ja raskaudenkes-
keytyshoitokäytäntöjen tietolähde. Sivut sisältävät hoitoketjumaisesti etenevän tie-
doston asiakkaiden tarvitsemista hoitopaikoista, yhteystiedoista ja hoitokäytänn-
öistä, ja niihin kuuluu tietoa terveyskeskusten, keskussairaalan ja apteekkien sekä
järjestöjen osuudesta raskaudenkeskeytysten hoitoprosessissa. Sivusto on osoite-
teessa www.ekarjala.fi (Hyvinvoinnin portti). Tiedosto on myös nähtävillä Etelä-
Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden sivuilla osoitteessa [http://
portia.scp.fi/tesol/projektit/abortti](http://portia.scp.fi/tesol/projektit/abortti).

Kyseiset sivut on suunniteltu nuorelle, joka epäilee raskauden mahdollisuut-
ta tai haluaa muuten tietoa raskaudenkeskeytyksestä. Sivuilla voi anonyymisti et-
siä vastauksia kysymyksiin muun muassa raskauden ehkäisystä, keskeytymene-
telmistä sekä riskiseksikäyttäytymisestä. Sivuilta löytyy myös tietoa jälkiehkäisystä
sekä palautteen antava henkilökohtaisen klamydiariskin testi. Sivut on tehty pol-
lun muotoon. Polku alkaa tilanteesta, jossa herää epäily raskaudesta, ja se etenee
raskauden varmistamisesta mahdolliseen keskeytykseen. Myös miehille on omat
sivunsa.

Sivuilla on kuvattu Lappeenrannan (Etelä-Karjalan keskussairaala) ja Imat-
ran (Honkahrjun sairaala) sairaaloiden ja terveyskeskusten hoitokäytännöt. Näin
alueen asukkaat saavat tiedon siitä, kuinka juuri heidän kunnassaan menetellään.
Kyseisten organisaatioiden asiantuntijat ovat tarkistaneet sivujen tiedot vuoden-
vaihteessa 2001–2002. Hoitokäytäntöjen kuvauksen perustana on käytetty raskau-
denkeskeytyksen Käypä hoito -suositusta (2001), joka löytyy sivulta [www.duode-
cim.fi/kh](http://www.duodecim.fi/kh).

Nuoret ovat käyttäneet sivuja ahkerasti, ja saatujen palautteiden mukaan ne
ovat osoittautuneet hyödyllisiksi. Sivut ovat toimineet myös sosiaali- ja terveystie-
teiden opiskelijoiden tiedon lähteenä. Sivuston päivittäminen on sovittu ammatti-
korkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden tehtäväksi. Kyseiseen tapaan asiakas-
informaatiota valmistettaessa onkin varmistuttava siitä, että tietojen päivitys sovi-
taan tietyn organisaation ja henkilön tai ryhmän vastuulle määräjain päivitettä-
väksi. Tämä soveltuisi hyvin esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden opetuksesta vas-
taavien oppilaitosten tai ammattikorkeakoulujen yksiköiden tehtäväksi, koska sa-
malla vuosittain vaihtuvat opiskelijat perehtyvät aineistoon. Erityisen tärkeää on,
että kukin hoitoprosessissa mukana oleva organisaatio (terveyskeskus/sairaala/
apteekki tms.) tarkistaa hoitokäytäntöjen sisällöllisen kuvauksen oikeellisuuden
ja ajantasaisuuden sekä yhteydenottotiedot (aukioloajat ja puhelinnumerot).

Maakunta- ja seutuportaalit soveltuisivat alueellisuutensa vuoksi asiakasoh-
jausaineiston välityskanavaksi. Etelä-Karjalassa on saatu tästä myönteisiä kokemuk-
sia. Hoitoketjumaisesti etenevän asiakasohjausaineiston valmistaminen vaatii kui-
tenkin kaikkiin hoitoketjuun osallistuvien toimijatahojen yhteistyötä.

LÄHTEET

- Luopa, P., Rimpelä, M., Jokela, J. (2003). Nuorten hyvinvointi Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä. Kouluterveyskysely 2000 ja 2002. Stakes, Aiheita 7. Helsinki.
- Pajuvirta, H. (2002). www.ekarjala.fi. Etelä-Karjalan yhteinen sävel. Tiedote 3 1.10.2002.
- Partanen, E., Räisänen, V. (2002). Raskaus vai väärä hälytys? Abortti vai synnytys? – sähköistä tietoa nuorille abortista. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Lappeenranta.
- Pötsönen, R., Välimaa, R. (1995). Seurustelua ja pelkkää asiaa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 1. Jyväskylä.
- Raskaudenkeskeytys (2001). Käypä hoito -suositus. Suomen Gynekologiyhdistys ry:n hoitosuositusryhmä. Duodecim 117:2084–94.

Lasten TurvaTaito – väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyohjelma

KAIJA LAJUNEN, KAIJA KEMPPAINEN

Lasten TurvaTaito on suomalainen lapsiin kohdistuvan väkivallan ja erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyohjelma. Sen tarkoituksena on estää ennalta lapsia joutumasta fyysisen, psyykkisen tai seksuaalisen väkivallan ja laiminlyönnin kohteeksi sekä tarjota apua ja tukea väkivaltaa kokeneille lapsille ja heidän perheilleen.

TurvaTaito-ohjelmaa on kehitetty Kotkassa vuodesta 1991 lähtien moniammatillisena ja hallintokuntien rajoja ylittävänä yhteistyöhankkeena. Vuodesta 2002 lähtien sitä on jatkettu kuntarajoja ylittävänä yhteisprojektina ensin Turussa ja Jyväskylässä, myöhemmin myös Helsingissä. Kehittämistyön tuloksena on syntynyt yhteisöllinen Lasten TurvaTaito -työtapa, jota voidaan hyödyntää eri yhteyksissä lasten kanssa toimittaessa. Kokemukset ja palaute lapsilta, vanhemmilta ja muilta kasvattajilta ovat olleet yksimielisen myönteisiä ja rohkaisevia.

Lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisytöiden tarpeellisuus on vähitellen tunnistettu Suomessa. Kaikki lapset ovat arjessaan alttiina väkivalta- ja ahdistelukokemuksille, ja siksi heidän tulisi saada opastusta niistä selviytymiseen. Lähes päivittäin havaitaan, että yleisestä kasvuolojen kohentumisesta huolimatta monet vaarat ja houkutukset varjostavat lasten kasvua niin kodissa kuin kodin ulkopuolella. Lapset altistuvat väkivallalle ainakin television ja muiden tiedotusvälineiden uutisoinnin kautta. Yleistynyt väkivaltaviihde, lasten ja nuorten varhainen seksuaalisointi mediassa ja mainonnassa huolestuttavat vanhempia, samoin Internetin verkkosivuihin ja lasten käyttämiin keskustelukanaviin liittyvät vaarat.

Viimeistään pedofiilirenkaiden paljastuminen lähipiirissä on havahduttanut näkemään, että kuka tahansa lapsi voi joutua alttiiksi hyväksikäytölle ja muulle väkivallalle. Tarvitaan aikuisten jatkuvaa valppautta ja herkistymistä näille ilmiöille. Se ei kuitenkaan yksin riitä, sillä lasten kasvaessa ja liikkumapiirin laajentuessa lähiaikuisten valvova silmä ei voi ulottua kaikkialle. Lapset itse tarvitsevat taitoja, kuinka huolehtia itsestään ja omasta turvallisuudestaan – siis *turvataitoja*.

Suuri joukko lapsia altistuu väkivallalle omassa kodissaan. He todistavat perheväkivaltaa tai joutuvat itse pahoinpidellyiksi. On arvioitu, että lähes 17 prosenttia alle 18-vuotiaista suomalaisista lapsista ja nuorista on joutunut kotonaan näkemään ja kuulemaan äitiinsä kohdistuvaa väkivaltaa (Heiskanen ja Piispa 1998, Oranen 2001). Lasten pahoinpitely kotona on Lastensuojelun Keskusliiton koulu-

laisille tekemän kyselyn mukaan erittäin tavallista (Sariola 1990). Kyselyyn vastanneista yhdeksäsluokkalaisista 72 prosenttia ilmoitti ainakin joskus elämänsä aikana kokeneensa vähintään lievää väkivaltaa, kuten läimäyksiä ja tukistuksia. Heistä kahdeksan prosenttia ilmoitti joutuneensa kotonaan vakavan väkivallan, kuten nyrkillä lyömisen, potkimisen tai aseella uhkaamisen kohteeksi. Pahoinpitelijänä oli lähes yhtä usein äiti kuin isä, joskin isien harjoittama väkivalta oli yleensä vakavampaa. Suomessa lasten ruumiillinen kuritus ja pahoinpitely on kielletty laissa. Kotien kasvatuserät ja -perinteet kuitenkin muuttunevat verkkaisesti lain henkeä vastaaviksi.

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön yleisyyttä selvittelevien tutkimusten tulokset vaihtelevat hyväksikäytön määrittelyn, tutkimuskohderyhmän ja -menetelmän mukaan. Suomessa arvioidaan tytöistä 7–8 prosentin ja pojista 2–3 prosentin joutuvan seksuaalisesti hyväksikäytetyiksi (Sariola 1990, Sariola 1992). Kaksi kolmasosaa kaikista epäillyistä on ollut lapselle entuudestaan tuttu mies, isä tai joku tuttava (Heikinheimo 1999, Kauppinen ym. 2000). Tämä tieto haastaa miettimään, miten lapsia tuetaan kieltäytymään heille tarjotuista virikkeistä ja ehdotuksista läheisissä aikuissuhteissa ja miten heitä autetaan puolustamaan oman kehonsa itsemääräämisoikeutta.

Lapset voivat myös keskinäisissä suhteissaan rikkoa toistensa rajoja, koskettaa toisiaan sopimattomalla tavalla tai satuttaa toista. Koulukiusaamisesta on puhuttu viime aikoina paljon. Salmivallin tutkimuksen mukaan koulussa järjestelmällisesti ja toistuvasti kiusatuksi joutuu 12 prosenttia ala-asteen oppilaista ja 5–6 prosenttia yläasteen oppilaista (Salmivalli 1992).

Edellä esitetyt luvut viitteellisyydessään antavat aiheita olettaa, että varsin suuri joukko suomalaisia lapsia elää väkivallan varjossa. Osalle lapsista se on jokapäiväistä arkea. Luvut myös lisännevät ymmärrystä siitä, miksi pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossamme lähes kolmasosa kasvavista lapsistamme voi huonosti siitä huolimatta, että yksi kolmasosa lapsista voi paremmin kuin koskaan (Bardy ym. 2001).

Tyttöjen ja poikien kokema väkivalta vaarantaa vakavasti heidän psyykkistä, fyysistä ja seksuaalista kehitystään. Se vaikuttaa koko elämään ja johtaa usein syrjäytymiseen. Lapsiin kohdistuvan seksuaalisen hyväksikäytön ja muun pahoinpitelyn ennaltaehkäiseminen on tärkeää yksilön mielenterveyden ja onnellisuuden, yhteiskunnan hyvinvoinnin ja myös kansantalouden kannalta.

Lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy ei luonnollisesti voi olla vain lasten vastuulla. Kaiken ehkäisevän toiminnan täytyy perustua aikuisten – vanhempien ja viranomaisten – lisääntyvään ymmärrykseen ja keinoihin edistää lasten hyvinvointia ja turvallisuutta erilaisissa ja eri-ikäisten lasten hoidon, kasvatuksen ja opetuksen ympäristöissä. Siksi ehkäisytoiminnan keskeisenä tavoitteena on lisätä vanhempien ja lasten parissa työskentelevien henkilöiden tietämystä lasten oikeuksista ja antaa heille valmiuksia toimia lasten turvallisuuden lisäämiseksi. Aikuisten herkkyyttä kuunnella lasta hänen peloissaan ja huolissaan vahvistetaan.

Laaja-alaisuus ja lapsilähtöisyys

Ennalta ehkäisevää työtä on tehtävä luonnollisesti aina kun epäily lapsen kaltoin-kohtelusta on herännyt. On päästävä myös todelliseen ennaltaehkäisyyn eli vaikuttamaan asenteisiin, vuorovaikutuksen tapoihin ja kasvatuskäytäntöihin väkivaltaisia muotoja torjumalla ja etsimällä niille vaihtoehtoja. Myös yhteiskunnalliseen päätöksentekoon on vaikutettava. Ehkäisytoiminnan on ulotuttava koskemaan kaikkia lapsia ja perheitä tasa-arvoisesti.

Jo 1980-luvulta asti on esimerkiksi Yhdysvalloissa, Englannissa ja Saksassa toteutettu kouluissa erilaisia ennalta ehkäiseviä ohjelmia. Suomessa näihin ohjelmiin on suhtauduttu varauksellisesti, vaikka tarve onkin tiedostettu. On pelätty, että tiedon antaminen ja yleinen keskustelu lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä lisäisi turhia epäilyjä ja ilmiantoja, joista toki on varoittavia esimerkkejä. On myös pelätty, että varoittelu lisää lasten pelkoja ja tekisi heidät epäluuloisiksi kaikkia aikuisia kohtaan.

Varauksellisuus on osaltaan liittynyt aikuisten keinottomuuteen puhua lasten kanssa vaikeista asioista, mutta myös siihen, että jotkin ohjelmat ovat olleet hyvin kapea-alaisia keskittyen vain toimintaohjeiden antamiseen vaara- ja uhkatilentien varalle. Yhdysvalloissa saatujen kokemusten mukaan *laaja-alaista*, myös *tunnekykyihin ja sosiaalisiin taitoihin* liittyvää opetusta saaneet lapset pystyivät suojaamaan itseään paremmin, kuin kapea-alaista opetusta saaneet lapset (Salmivalli 1992). Perusteelliset ohjelmat myös toistuivat eritasoisina eri luokilla oman opettajan toteuttamana esimerkiksi terveystiedon tunneilla.

Pelkkä tiedon jakaminen ei siis riitä. Opetuksen tulisi olla laaja-alaista ja sen on pyrittävä vaikuttamaan koko persoonaan, tiedon lisäksi asenteisiin ja taitoihin. Lapsi tarvitsee tietoa omista oikeuksistaan ja siitä, mikä on oikein ja mikä väärin. Itsestä huolen pitämisen ehtona kuitenkin on, että ihminen tuntee olevansa arvokas ja ansaitsevansa hyvää kohtelua. Kokemus omasta arvosta rohkaisee ottamaan opitut itsesuojelutaidot käyttöön.

Hyvät tunnetaidot, kyky tunnistaa ja ilmaista omia tunteita ja lisääntyvä itsetuntemus tekevät lapsen valppaaksi tunnistamaan itseä hämmentävät, turvattu- muutta ja pelkoa aiheuttavat tilanteet. Sosiaalisten taitojen vahvistuminen auttaa lasta solmimaan tyydyttäviä ja monipuolisia suhteita ikätovereihin, mikä suojelee häntä ajautumasta alistaviin ja hyväksikäyttäviin ihmissuhteisiin.

Väkivallan ehkäisytyössä lapsi on nähtävä yhtäaikaan aikuisten suojelua ja hoivaa tarvitsevana, mutta samalla aktiivisena, luovana ja sosiaalisesti taitavana vuorovaikutuksen osapuolena ja oman elämänsä subjektina. Tarkoituksena ei ole viedä lasten elämään opittavaksi aikuisten tärkeiksi määrittelemiä asioita, vaan *lapsilähtöisesti* pyritään tutkimaan lasten kanssa yhdessä heidän huolenaiheitaan ja etsimään vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja. Selviytymisopetus ei siis voi olla pelottelevaa tai ylhäältä päin annettua viisastelua lasten puolesta, vaan lasten omaa ajattelua aktivoivaa, heidän toimintavalmiuksiaan tukevaa - yleisesti voimaannuttavaa.

Suojakeskustelu työkaluna

Lasten kaltoin kohtelun tai sen epäilyn esilletulo herättää viranomaisissa usein ahdistusta, ja keinot tuntuvat olevan vähissä. Yhteisesti mietityt toimintatavat lisäävät työntekijän turvallisuuden ja varmuuden tunnetta ja samalla rohkaisevat myös näkemään lasten pahoinvointia. Ennen kuin ennalta ehkäisevää, aluekohtaista ja kaikkiin lapsiin ja perheisiin suunnattavaa ehkäisytyötä yhteisössä käynnistetään, on lasten parissa työskentelevien viranomaisten tarpeen yhdessä keskustella, miten toimitaan silloin, kun huoli lapsen hyvinvoinnista tai turvallisuudesta herää. Huoli voi herätä lapsen käyttäytymisen tai oireiden, mutta myös lapsen kertoman perusteella.

Lapset eivät helposti kerro kokemastaan seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai kaltoin kohtelusta (Palmer ym. 1999). Heillä ei ehkä ole hallussaan kertomiseen tarvittavia sanoja. Lapset saattavat myös tuntea syyllisyyttä, tai he eivät tiedä, mikä on oikein ja mikä väärin. He saattavat pelätä kertomisesta itselleen tai perheelleen aiheutuvia seuraamuksia, joilla pahoinpitelijä tai hyväksikäyttäjä on ehkä lasta uhanut ja pelotellut. Tietoa ja rohkaisua saadessaan lapset voivat kertoa pelostaan ja huolistaan jollekin luottamalleen aikuiselle. Tällöin lapsen on hyvä saada kokea, että aikuinen todella kuuntelee häntä ja uskoo hänen kertomuksensa. On tärkeää kertoa lapselle, että hän on tehnyt oikein kertoessaan ja että aikuisella on keinoja toimia hänen parhaakseen. Lapselle ei voi luvata, että hänen kertomastaan väkivallasta ei puhuttaisi kenellekään. Lapsen kanssa yhdessä voidaan miettiä, kenelle, milloin ja millä tavoin asiasta kerrotaan, jotta hän voisi saada apua.

Kun sosiaali- tai terveydenhuollon toimipaikassa ilmenee, että on perusteltua syytä epäillä lapsen pahoinpitelyä tai seksuaalista hyväksikäyttöä, siitä on lastensuojelulain mukaan ilmoitettava lastensuojeluviranomaisille. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn kysymyksissä on syytä pitää mielessä *lastensuojelullinen, hoidollinen ja juridinen* näkökulma. Mahdollisen rikoksen selvittäminen kuuluu poliisille. Stakesin opas lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittämisestä antaa viranomaisille toimintaohjeita juridisesta näkökulmasta katsottuna (Taskinen 2003).

Yksittäisen lapsen kannalta ensisijaisin on kuitenkin lastensuojelullinen näkökulma. Lapselle on tärkeintä hyväksikäytön tai pahoinpitelyn loppuminen ja se, että hän saa tarvitsemaansa huolenpitoa. Rikoksen selvittäminen ei sitä välttämättä vielä takaa. Lapsen lähipiirin kanssa on huoli otettava puheeksi ja mietittävä yhdessä, kuinka lapsen kasvu turvataan. Tällöin tarvitaan perhelähtöistä, moniammatillista viranomaisten yhteistyötä, jossa tuki ja kontrolli ovat yhtä aikaa läsnä ja jossa jokainen tietää, mikä oma rooli on. Sukupolvien yli jatkuneen seksuaalisoituneen ja muun väkivallan kierteen katkaiseminen lapsen kodissa onnistuu harvoin perheen omin voimin eikä sitä voikaan jättää yksittäisen perheen vastuulle.

Vaikka seksuaalista hyväksikäyttöä tai lasten muuta pahoinpitelyä ei voitaisikaan varmasti todentaa, aina silti voidaan ja ensi tilassa tuleekin ryhtyä lapsen,

hänen vanhempiensa ja lähiverkoston aikuisten kanssa *ennalta ehkäisevään suoja-keskusteluun* esimerkiksi seuraavanlaisten kysymysten avulla: Miten voidaan varmistua, että ainakaan vastaisuudessa lapsi ei tule hyväksikäytetyksi tai pahoinpidellyksi? Mitä itse kukin voi tehdä lapsen suojelemiseksi? Mikä on oikeaa ja mikä väärää rakkauden osoittamista? Miten myös epäilty voi ottaa vastuuta siitä, mitä tehdä, ettei uusia häneen kohdistuvia epäilyjä syntyisi? Kuka opettaa lapselle itsensä suojelua ja puolustamista? Kenelle lapsi vastaisuudessa voisi kertoa, jos joku yrittää rikkoa hänen koskemattomuuttaan tai lyö häntä? Mitä vaihtoehtoisia kasvatukseen ruumiillisen rankaisun sijalle voisi löytyä? Mikä tukisi vanhempien omaa jaksamista ja vanhemmuutta?

Tarpeen on yhteisesti ja avoimesti sopia, miten lapsen hyvinvointia ja tehtyjen sopimusten hyödyllisyyttä ja noudattamista seurataan.

Turvataitokasvatuksen juuret Kotkassa

Suomessa tarve ennalta ehkäisevään työhön on herännyt eri tahoilla. Kotkassa lasten pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisytyön kehittäminen alkoi keväällä 1991 laajan pedofiilirenkaan paljastumisen myötä. Renkaaseen mukaan joutuneille, usein vaikeasti oirehtiville lapsille ja nuorille piti kehittää hoitopalveluja. Niitä kehittämään perustettiin hallintokuntia ylittävä Nalle-projekti vuosiksi 1990–1993 ja sen sisälle erityinen ennalta ehkäisevä työryhmä aluksi kahden lastentarhanopettajan ja kahden perheneuvolapsykologin voimin.

Työryhmä kiinnostui englantilaisesta Kidscape-ohjelmasta (Elliott 1989), jonka pohjalta rakennettiin suomalaisen kulttuuriin sopivia työtapoja päivähoidon, koulujen ja sijaishuollon lapsiryhmien käyttöön sekä aikuisten kouluttautumista varten. Koulujen henkilöstölle ja muille kasvattajille järjestettiin koulutusta sekä vedettiin turvakasvatustunteja yhdessä luokanopettajien kanssa. Näin 1990-luvun puoleenväliin mennessä Kotkaan oli saatu kudottua varsin tiivis lasten pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyverkosto. Se alkoi lastenneuvoloiden vanhempien ohjauksesta ja jatkuu päivähoidon ja koulun ohjelmien kautta nuorisotoimeen asti. Pelättyjä ylilyöntejä ei ilmennyt, ja tilanne lasten ahdistelun suhteen rauhoittui.

Työn kehittämisessä oli alusta alkaen pyrkimyksenä löytää työtapoja, jotka eivät jämahdä paikalleen, vaan jotka kehittyvät yhteisön tarpeiden myötä niin sisällöllisesti kuin menetelmällisestikin. Muun muassa vuosituhannen vaihteessa yleiseen keskusteluun nousseet lasten itsetunto-ongelmat, masennus ja perheväkivalta haluttiin ottaa ohjelmissa huomioon.

Merkittävää uudistusta turvataitokasvatuksen sisältöön ja menetelmiin 1990-luvun puolenvälin jälkeen toi tutustuminen Monika Riihelän kiinnostaviin ideoihin yhteisöllisestä oppimisesta ja lasten oman äänen kuuntelusta (Karlsson ja Riihelä 1991) sekä joidenkin työryhmän jäsenten liittyminen pohjoismaiseksi laajentuneeseen Satukeikka-projektiin. Yhä tärkeämmäksi muodostui luottaminen las-

ten omiin havaintoihin ja yhteistoiminnan kautta löytyviin omiin ratkaisuihin ”saarnaamisen” ja valmiiden ratkaisumallien tarjoamisen sijaan.

Myös turvataitokasvatuksen sisältöjen piti lähteä liikkeelle lapsia itseään as-karruttavista asioista. Lasten omaa puhetta, toiminnallisuutta ja heidän oppimiselle ominaista vauhdikkuutta haluttiin lisätä. Lapsilähtöisessä työtavassa lapsia halutaan kuunnella heidän omista asioistaan ja tehdä heidät osallisiksi heitä itseään koskevassa päätöksenteossa.

Kehittämisen ja kokeilutyön tuloksena syntyi oppimateriaalia, ensin ”*Pidän huolta itsestäni*” kuudesluokkalaisten ja sitten ”*Tenavien Turvataito*” -ohjelma pienemmille lapsille (Kemppainen ja Pakkanen 2002). Molemmat ohjelmat ovat kolmiosaisia, ja ne sisältävät teemoja, jotka liittyvät itsetuntemukseen, tunteisiin, turvallisuuteen, kaveruuteen ja ystävytyteen, kiusaamiseen, erilaisiin kosketuksiin sekä houkuttelu- ja ahdistelutilanteisiin. Lasten kanssa ei pyritä puhumaan seksuaalisuudesta tai hyväksikäytöstä, jos lapset eivät itse ota asioita sillä tavoin esille. Heidän kanssaan keskustellaan erilaisista tavoista koskettaa, niin hellivistä ja hoivavista kuin satuttavista ja hämmentävistäkin kosketuksista.

Vakuuttavuutta ja turvasääntöjä harjoitellaan kaverisuhteissa. Sen jälkeen on helpompi etsiä selviytymiskeinoja tilanteiden varalle, joissa aikuinen koskettaa lasta pahalla, satuttavalla tai hämmentävällä tavalla. Lapset saavat luvan ajatella itsenäisesti, luottaa vaistoonsa, kieltäytyä hämmentävistä ehdotuksista, poistua paikalta ja aina kertoa kokemuksesta jollekin luotettavalle henkilölle.

Turvataitokasvatus ei Kotkassa yli kymmenen vuoden aikana ole aiheuttanut väärää ilmiantoja. Sen sijaan lapset ovat kertoneet tilanteista, joissa he ovat osanneet sanoa ”ei” houkutuksille. Pedofiilit eivät ole kyenneet saamaan uhreja paikkakunnalta, ja yleisesti puhutaankin heidän muuttaneen pois. Vanhempien, lasten ja kasvattajien antama rohkaiseva palaute on vaikuttanut siihen, että turvallisuusopetus on vakiinnuttanut paikkansa Kotkan kaupungin koulujen ja päiväkotien opetus- ja kasvatussuunnitelmissa sekä hoitotyön käytännöissä.

Turun ja Jyväskylän hankkeet

Myös Turun kaupungissa sysäys ennalta ehkäisevään työhön tuli vuonna 2001, kun yhdellä asuntoalueella paljastui suurisuuntainen lasten seksuaalisen hyväksikäytön tapahtumasarja. Aunelan koulun aloitteesta asuinalueen viranomaiset ja järjestöt ryhtyivät yhteistyöhön ottaen tavoitteekseen alueen lasten ja nuorten terveen kehityksen tukemisen ja lasten turvataitokasvatuksen käynnistämisen kouluissa ja päiväkodeissa. Yhteistyöverkoston tuloksena saatiin alueelle varsin nopeasti muun muassa koulupoliisi ja kerhotoimintaa lapsille. Verkoston säännöllisissä tapaamisissa alettiin miettiä myös yhteistyön tapoja tilanteissa, joissa epäily lasten kaltoin kohtelusta on syntynyt. Aunelan koulussa turvataitokasvatusta annettiin Kotkan Turvatyöryhmän ohjaamana ensimmäistä kertaa lukuvuonna 2002–2003 kokeiluluonteisesti kaikille 1.–6. luokkien oppilaille. Turvataito-opetusta annet-

tiin lisäksi asuntoalueen kahden päiväkodin esikouluryhmissä sekä Vuorelan erityiskoulussa.

Jyväskylässä aloite turvataitokasvatukseen ei lähtenyt liikkeelle mistään rysäyksestä, vaan vanhempien huolesta niistä vaaroista ja houkutuksista, joita nykyajan lapsi joutuu kohtaamaan. Lohikosken koulun vanhempien ryhmä otti yhteyttä perheneuvolaan vuonna 2001 pyytääkseen lapsille ohjausta ei-sanan sanomiseen erilaisissa ahdistelu- ja houkuttelutilanteissa. Keski-Suomessa Keski-Suomen Harava alkoi organisoida lasten turvataitokasvatusta seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisemiseksi ja kokosi yhteistyöverkoston hankkeen tueksi (Lajunen ym. 2003). Lohikosken koulun alueen lisäksi pilottikunnaksi tuli myös Petäjäveden kunta. Koska kehitysvammaiset lapset ovat erityisesti alttiita hyväksikäytölle miellyttämisen halunsa, hyväksytyksi tulemisen tarpeensa ja luottavaisuutensa vuoksi, myös Suojarinteen kuntayhtymän kehitysvammaisten opetus- ja kuntoutusryhmissä päätettiin myös kokeilla turvataitokasvatusta.

Valtakunnalliseksi verkostoksi

Vuonna 2002 Kotkan, Turun ja Jyväseudun ennalta ehkäisevästä työstä kiinnostuneet henkilöt löysivät toisensa kaupunkien perheneuvoloiden työntekijöiden keskinäisten kontaktien ja Stakesin avulla. Sen jälkeen kolmen kaupungin koulu-, sosiaali- ja terveystointa, poliisia, oppilaitoksia ja järjestöjä edustava vajaan kolmenkymmenen hengen joukko on itseohjautuvasti kokoontunut kaksi tai kolme kertaa vuodessa etsimään hyviä tapoja ennalta ehkäisevään työhön ja vaihtamaan kokemuksia. Yhteyttä on pidetty myös sähköpostin ja puhelimen avulla. Vuonna 2003 verkostoon liittyi myös Helsingin kaupunki.

Näin valtakunnalliseksi muodostunut Lasten Turvataitoverkosto määritteli päämääräkseen luoda kuntien koulujen ja päivähoidon kasvatustyöhön yhteisöllisen turvataitokasvatuksen työtavan, jonka perustana olivat Kotkassa saadut kokemukset. Tavoitteet lasten, vanhempien sekä opettajien ja muiden kasvattajien näkökulmasta on esitetty taulukossa 1.

Kotkan turvakasvatustyöryhmä kävi antamassa sekä Turussa että Jyväskylässä työpajatyypistä koulutusta kyseisten alueiden kaikille lasten parissa työskenteleville henkilöille. Työpajoissa koulu-, sosiaali- ja terveystoimen työntekijät ovat tulleet tutuiksi ja voineet yhdessä miettiä oman alueen lasten turvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja keinoja lasten turvallisuuden lisäämiseksi ja joustavan yhteistyön tekemiseksi. Lapsille tutut omat opettajat ja päivähoidon työntekijät ovat omissa lapsiryhmissään toteuttaneet turvataitokasvatusta. Tämä on mahdollistanut paitsi turvataitoteemojen läpikäymisen periodiopetuksena tai viikoittain myös niihin palaamisen päivittäin. Kertaus on lisännyt opetuksen vaikuttavuutta. Opettajat ovat myös voineet hyödyntää oppilaan tuntemustaan ja pedagogista vapauttaan.

TAULUKKO 1. Turvataitokasvatuksen tavoitteet

Tavoitteet *lapsen* näkökulmasta

- ◆ Vahvistaa lapsen itsetuntemusta ja itsearvostusta
- ◆ Vahvistaa lapsen vuorovaikutustaitoja ja hyviä ihmissuhteita
- ◆ Lisätä lapsen tietoisuutta omista tunteista ja tarpeista
- ◆ Lisätä lapsen tietoisuutta omasta kehostaan ja itsemääräämisoikeudestaan sen suhteen
- ◆ Auttaa lasta tunnistamaan uhkaavia tilanteita
- ◆ Antaa lapselle valmiuksia ja rohkeutta toimia jämäkästi ja itseään suojellen
- ◆ Rohkaista lasta kertomaan ja hakemaan apua, jos hän on joutunut pahoinpitelyn tai ahdistelun kohteeksi

Tavoitteet *vanhemman* näkökulmasta

- ◆ Lisätä vanhempien tietoisuutta lapsen turvallisuutta uhkaavista tekijöistä
- ◆ Lujittaa lapsen ja vanhemman välistä suhdetta
- ◆ Lisätä vanhempien herkkyyttä kuunnella lasta
- ◆ Lisätä vanhempien ymmärrystä siitä, kuinka he voivat vahvistaa lapsen itsearvostusta ja sosiaalisia taitoja
- ◆ Antaa vanhemmille valmiuksia lapsen turvataitokasvatukseen

Tavoitteet *opettajan/luonnon kasvattajan* näkökulmasta

- ◆ Lisätä opettajan tietoisuutta lasten turvallisuutta uhkaavista tekijöistä
- ◆ Vahvistaa opettajan valmiuksia kuunnella lasten omia ajatuksia
- ◆ Antaa valmiutta turvataitokasvatuksen antamiseen lapsille
- ◆ Antaa valmiuksia keskustella vanhempien kanssa lapsen turvallisuutta ja hyvinvointia lisäävistä asioista
- ◆ Lisätä valmiutta toimia tilanteissa, joissa lapsen pahoinpitely tai hyväksikäyttöepäily on syntynyt
- ◆ Luoda yhteyksiä paikalliseen ja valtakunnalliseen turvataitoverkostoon, joka yhdessä ylläpitää ja kehittää työtapoja lasten turvaamiseksi

Yhteistyökotien kanssa

Jyväskylässä Lohikosken koululla ennen turvataitokasvatuksen käynnistämistä kartoitettiin vanhempien asenteita (Muhonen ja Sihvonen 2002). Lähetettyyn kyselyyn vastasi 152 perheestä peräti 91 prosenttia, mikä osoittanee kotien kiinnostusta sekä vaikuttamisen halua tässä asiassa. Vanhemmista hieman yli puolet oli keskustellut kotona lapsensa kanssa seksuaalisesta ahdistelusta. Vanhempien mielestä turvataitokasvatus ei saisi olla pelottelevaa, vaan lasten sosiaalisten taitojen kehittämiseen ja itsetunnon tukemiseen perustuvaa. Vanhemmat toivoivat tiedottamista ja yhteistyötä koulun taholta.

Toteutetuissa turvataitokasvatusohjelmissa vanhemmille onkin järjestetty tiedotustilaisuuksia sekä koulu- ja luokkakohaisia vanhempainiltoja. Näissä on keskusteltu lasten huolista ja peloista perheessä ja omalla asuinalueella sekä siitä, mi-

ten vanhemmat malttaisivat pysähtyä niitä kuulemaan ja millä tavoin toimimalla he voisivat edistää lastensa turvallista kasvua.

Kotien mukanaolo on välttämätöntä, luodaanhan varhaisissa suhteissa perusta lapsen turvallisuudelle, omalle arvolle ja vuorovaikutustaidoille. Itsearvostus rakentuu, kun lapsi kokee olevansa vanhemmilleen arvokas niin, että jo hänen olemassaolonsa tuottaa heille iloa. Kasvun myötä lapsen itsearvostus vielä vahvistuu hänen huomatessaan, että hänen ajatuksensa, tarpeensa ja tunteensa otetaan vastaan ja kun hänen rajojaan kunnioitetaan.

Vanhempienilloissa on hyvä puhua myös mahdollisista ristiriitaisista tunnoista, jotka liittyvät lasten turvataitokasvatukseen. Lasten pahoinpitelystä keskusteleminen voi tehdä vanhemmat tietoisiksi myös itsessä olevasta väkivaltaisuudesta. Hämmennystä voi aiheuttaa sekin, kun lasten tiedon lisääntyessä lapset alkavatkin neuvota vanhempiaan siinä, miten heitä tulisi kohdella. Vanhemmat kokevat ehkä neuvottomuutta, kun ruumiillisen rankaisemisen keino viedään heiltä. Tällöin he tarvitsevat tietoa ja keskustelua lapsen käyttäytymisen syistä ja vaihtoehtoisista kasvatusmenetelmistä.

Vanhemmat voivat myös tulla epävarmoiksi hellimisen suhteen. On kuitenkin syytä korostaa, että kaikki lapset tarvitsevat hyvänä pitämistä. Vanhempien lapsiaan kohtaan osoittamaa hellyyttä, suukottelua ja hyväilyjä ei pidä sekoittaa lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön, joka on isomman vallan väärin käyttöä pienempää kohtaan ja johon sisältyy salailua ja aikuisen tavoittelemaa seksuaalista mielihyvää. Normaali lapsen helliminen ei ole koskaan salaisuutena pidettävä asia ja kestää sellaisena kolmannen osapuolen katseen.

Palaute ja jatkosuunnitelmat

Turvataitokasvatuksesta saatu palaute niin lapsilta, vanhemmilta kuin muilta kasvattajilta on ollut rohkaisevaa. Turussa Aunelan koulussa tehdyn kyselyn mukaan oppilaat ovat olleet innostuneita, kun he ovat saaneet puhua itsestään ja heitä kiinnostavista asioista. Lapset kokivat hyötyneensä turvataitotunneista. Yli 70 prosenttia koululaisista (N = 182) ilmoitti oppineensa uutta. Vanhempien mielestä turvataitokasvatus on tullut tosi tarpeeseen. Koulussa on puhuttu asioista, joista ei välttämättä ole tullut kotona puhutuksi. Lasten kotitehtävien ja tuotosten kautta he ovat saaneet uutta lastensa maailmaan liittyvää ajateltavaa ja keinoja ottaa koulussa käsiteltyjä teemoja puheeksi myös kotona. Lasten vanhempien taholta on tullut selvä viesti, että kaikkien Suomen lasten on tasa-arvoisesti saatava vastaavaa opastusta itsensä suojelemiseksi lapsuutensa eri kehitysvaiheissa.

Opettajat ovat pitäneet turvataitokasvatusta tarpeellisena ja sen on nähty kuuluvan paitsi kotien myös koulujen tehtäväksi yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Alueilla, joilla ei ole tullut esille pedofiilien toimintaa, ei ole ollut samanlaista ”paloa” turvataitokasvatukseen kuin siellä, missä jotain on tapahtunut.

Turvataitokasvatusta pidetään osana elämäntaitojen opettamista, ja se sisältyy mainiosti esimerkiksi äidinkielen ja uskonnon opetuksen tavoitteisiin. Lapset ovat oppineet vuorovaikutustaitoja, toisen kuuntelua, mielipiteiden ilmaisemista ja kunnioittamista, mikä on vaikuttanut myönteisesti luokan henkeen. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen omassa luokkahuoneessa edistää myös keskittymistä opiskeluun. Kun lapsi kokee olonsa turvalliseksi, hänellä on silloin halua ja kykyä tutkia ympäristöään ja oppia uutta (Hautamäki 2001).

Osa opettajista on suhtautunut varauksellisesti. Erilaisista kosketuksista puhuminen on tuntunut ainakin alussa vieraalta. On oltu myös epävarmoja siitä, riittävätkö omat taidot kuunnella ja toimia lapsen kertoessa kokemastaan kaltoin kohtelusta. Saatua koulutusta on tässäkin suhteessa pidetty tarpeellisena ja hyödyllisenä. Yksimielisiä on oltu siitä, että parhaat turvataitokasvatuksen antajat ovat lapsille tutut henkilöt, kodeissa vanhemmat ja lapsiryhmissä omat ohjaajat ja opettajat.

Tähänastisten kokemusten mukaan turvataitokasvatusmateriaali ja -malli on ollut toimiva. Se on ollut myös riittävän joustava eri lapsiryhmien tarpeisiin ja eri kasvattajien toteutettavaksi. Se on ollut helposti omaksuttavissa. Muutosehdotuksina on esitetty esimerkiksi toiminnallisten tehtävien ja tunteiden ilmaisun harjoittelun lisäämistä. Aineistoa on toivottu muokattavan vielä siten, että se olisi entistä kätevämmän otettavissa opettajien käyttöön. Lapsiyhteisöjen lisääntyneen monikulttuurisuuden on toivottu näkyvän materiaalin kuvituksessa.

Tärkeäksi on koettu se, että turvakasvatusohjelmat ja niihin liittyvät koulutukset on toteutettu avoimesti, alueellisesti ja yhteisöllisesti. Merkittävänä sivutuotteena on rakentunut myös aikuisille oma turvaverkko, jossa on voinut vaihtaa kokemuksia, oppia uutta ja luoda yhteistyöverkostoja ja tapaa tehdä yhteistyötä. Lapsiin kohdistuvan pahoinpitelyn ehkäisyhankkeessa mukana oleville yhdessä tekeminen, verkottuminen ja osaamisen jakaminen yli perinteisten ammatti-, toimintasektori- ja kuntarajojen on merkinnyt pääsemistä jännittävään oppimisprosessiin.

Turvataitokasvatuksen luovassa ja innovatiivisessa yhteistyössä luottamus ja kunnioitus toisten ammattitaitoa kohtaan on lisääntynyt. Sosiaali- ja terveystoimen asiakastyössä saatua tietämystä on voitu yhdistää koulujen ja päivähoidon pedagogiseen tietämykseen ja päinvastoin. Valtakunnalliseksi muodostunut Lasten Turvataitoverkosto on toiminut omaehtoisesti ja kollektiivisesti prosessista vastaten. Osaamista on jaettu ”hakkerietiikan” (Himanen 2001) mukaisesti ja ideat on pantu kierrätykseen synergiaetuuksiin luottaen. Työhön on virinnyt hakkeille tyypillisiä piirteitä: intohimoisuutta, nautinnollisuutta, omien kykyjen esille tuomista ja energisoitumista.

Keväällä 2003 Suomen Kuntaliitto ja Lastensuojelun Keskusliitto Harava-hankkeen merkeissä järjestivät tiedotus- ja keskustelutilaisuuden eri ministeriöiden, kirkon ja lastensuojelujärjestöjen edustajille turvataitokasvatuksesta. Kokouksessa vallitsi yksimielisyys tällaisen opetuksen tarpeellisuudesta.

Syksyllä 2003 Stakes käynnisti lasten seksuaalisen hyväksikäytön hoidon ja ennaltaehkäisyn kansallisen kehittämisprojektin vuosiksi 2003–2005. Hankkeeseen kuuluu yhtenä ehkäisytyön osana Lasten Turvataito. Tarkoituksena on toimia sen hyväksi, että tulevaisuudessa turvataitokasvatuksesta tulisi osa koulujen ja päivähoidon opetus- ja kasvatussuunnitelmia. Tarkoituksena on edelleen kehittää välineitä kuntien hoitotyön, opetuksen ja kasvatuksen käyttöön, luoda turvataitonetisivut ja kehittää lasten parissa työskentelevien aikuisten koulutusta sekä rakentaa paikallista, valtakunnallista ja kansainvälistäkin ehkäisytyön verkostoa edistämään lasten entistä turvallisempaa kasvua.

LÄHTEET

- Bardy, M., Salmi, M., Heino, T. (2001). Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes, Raportteja 263. Helsinki.
- Elliott, M. (1989). Dealing with child abuse. *Kidscape*. Lontoo.
- Hautamäki, A. (2003). Kiintymyssuhdeteoria – teoria yksilön kiinnittymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksisista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa Sinkkonen, J., Kalland, M. (toim.): Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Vantaa: WSOY.
- Heikinheimo, A. (1999). Perheneuvolan työkäytännöt selvitettyä lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyä. Teoksessa: Vuorovaikutuksen voima. Suomen Mielenterveysseura. Psykoterapiataitojen Instituutti.
- Heiskanen, M., Piispa, M. (1998). Usko, toivo, harkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus.
- Himanen, P., Thorvalds, L., Castells, M. (2001). Hakkerietikka. Juva: WSOY.
- Karlsson, L., Riihelä, M. (1991). Ajattelu alkaa ihmetyksestä. Ryhmätyöstä yhteistoiminnalliseen oppimiseen. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Kauppinen, S., Sariola, H., Taskinen, S. (2000). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö – Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tulleet hyväksikäyttöepäilyt 1.5.1998-30.4.1999. Stakes. Tilastoraportti 5. Helsinki.
- Kempainen, K., Pakkanen, M. (2002). Tenavien TurvaTaito. 5–8-vuotiaat pitävät huolta itsestään. Kotkan TurvakasvatusTyöryhmä.
- Lajunen, K., Andell, M., Jalava, L., Kalske, T., Kallinen, P., Kempainen, K. (2003). Lasten TurvaTaito – Seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyhanke. Teoksessa: T. Ikonen (toim.) Perheterapian kehittyvä ammattikäytäntö. Suomen Perheterapiayhdistys.
- Muhonen, A., Sihvonen, P. (2002). Ei pelottelua, vaan valmiuksia itsesuojeluun. Vanhempien näkemyksiä TurvaTaito-hankkeen suunnitteluun lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisemiseksi. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylä.
- Oranen, M (toim.) (2001). Perheväkivallan varjossa. Raportti lapsikeskeisen työn kehittämisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30.
- Palmer, S. E., Brown, R. A., Rae-Grant, N. I., Loughlin, M. J. (1999). Responding to children's disclosure of familial abuse: What survivors tell us. *Child Welfare* 78:259–82.
- Salmivalli, C. (1992). Kouluväkivalta ryhmäilmionä. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos, Turun yliopisto. Turku.
- Sariola, H. (1990). Lasten väkivalta- ja seksuaalikoemukset. Lastensuojelun keskusliitto. Julkaisu 85. Helsinki.
- Sariola, H. (1992). Seksuaalinen hyväksikäyttö ja väkivalta kodeissa. Teoksessa: S. Taskinen (toim.) Miten auttaa lasta? Lapsen fyysisen ja seksuaalisen pahoinpitelyn tutkimus ja hoito. Lastensuojelun keskusliitto. Julkaisu 89. Helsinki.
- Taskinen, S. (toim.) (2003). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Stakes, Oppaita 55. Helsinki.

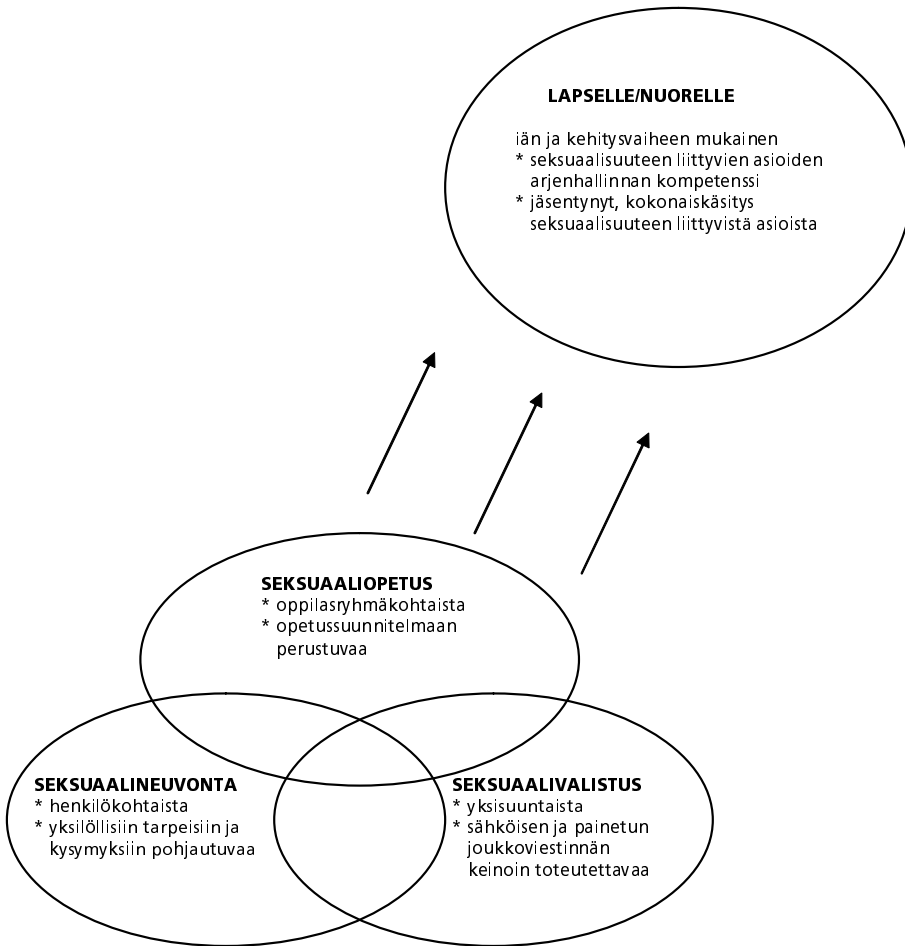
Peruskoululaisten seksuaalikasvatus – helsinkiläisiä ratkaisuja

RAIIA NUMMELIN JA SUSANNA RUUHILAHTI

Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan ammatillista, institutionaalista toimintaa, jonka sisältönä ja kohteena on seksuaalisuutta koskeva ymmärrys ja kokemus. Moniammatillinen seksuaalikasvatus, jossa seksuaalisuutta käsitellään monimuotoisena, eri ikäisille ja elämänvaiheissa oleville ihmisille erilaisia asioita merkitseväna seikkana, mahdollistaa seksuaalisuuden tarkastelun koululaisten kanssa monesta näkökulmasta. Kun seksuaalikasvatuksessa otetaan huomioon oppilaan omat näkemykset, tarpeet ja toiveet, seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittely ei häiritse hänessä viriävää ja herkästi haavoittuvaa psykoseksuaalista kehitystä vaan tukee nuoren omaleimaisen persoonallisuuden ja elämän rakentumista. Keskeistä seksuaalikasvatuksessa ja siihen perehdyttävässä täydennyskoulutuksessa on moniammatillisuus, suunnitelmallisuus ja jatkuvuus. Artikkelissa käsitellään seksuaalikasvatusta peruskoulussa ja nuorisotoimessa, erityisesti Tyttöjen Talon toimintaa sekä seksuaalikasvatukseen perehdyttävää henkilöstökoulutusta Helsingissä.

Tärkeimmät lasten ja nuorten kasvattajat – myös seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa – ovat hänen omat vanhempansa. Molemminpuolisen yksityisyyden kunnioituksen takia seksuaalisuutta ei kuitenkaan ole kaikin ajoin eikä kaikilta osin luontevaa käsitellä lasten ja vanhempien kesken. Mitä intiimeimmiksi ja sensitiivisemmiksi ymmärretyistä ja koetuista asioista on kyse, sitä vähemmän niitä on luontevaa käsitellä perhepiirissä. Myös nuoruusiän kehitykseen kuuluva itsenäistyminen ja irtautuminen vanhemmista ja lapsuudenkodista rajoittaa seksuaalisuudesta puhumista lasten ja vanhempien kesken.

Vuoropuhelu oppilaiden vanhempien kanssa vanhempainilloissa ja muissa vastaavissa yhteyksissä edistää ja helpottaa seksuaalikasvatusta. Tällöin koulussa tiedetään, mitä ja miten asioista on puhuttu kotona, ja kotona ollaan selvillä siitä, mitä ja miten asioita käsitellään koulussa ja millaista tukea sekä tytöille että pojille on tarjolla koulun ulkopuolella.



KUVIO 1. Seksuaalikasvatuksen toteutusmuodot ja päämäärä

Seksuaalikasvatuskoulussa

Peruskoulussa voidaan käsitellä oppilaiden kanssa monin tavoin sekä puhutun, painetun että sähköisen sanan välityksellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita (kuvio 1). Niihin voidaan paneutua yhdessä oppitunneilla tai henkilökohtaisesti. Oppitunneilla asioita voidaan käsitellä sekä läpäisyperiaatteella eri oppiaineiden yhteydessä että valinnaisaineena. Henkilökohtaisesti seksuaaliasioita käsitellään useimmiten kouluterveydenhoitajan kanssa, mutta myös muun oppilashuoltohenkilöstön kanssa. Opetussuunnitelmauudistus lisää mahdollisuuksia, kun peruskouluissa ryhdytään opettamaan terveystietoa ja opetusta eheytetään esimerkiksi *Ihmisenä kasvaminen* sekä *Viestintä ja mediataito* -aihekokonaisuuksilla. Oppilaiden saataville voidaan varata myös laadukasta seksuaalisuudesta kertovaa aineistoa.

Valtioneuvoston perusopetusta koskevan asetuksen (nro 1435) mukaan opetuksessa tulee ottaa huomioon tyttöjen ja poikien erilaiset tarpeet sekä kasvun ja kehityksen erot. Tavoitteena on, että oppilaalle kehittyy myönteinen minäkuva. Opetus tulee myös järjestää yhteistyössä kotien ja huoltajien kanssa siten, että jokainen oppilas saa oman kehitystasonsa ja tarpeidensa mukaista opetusta, ohjausta ja tukea. Näin perusratkaisu seksuaalisuutta ja siihen liittyviä asioita koulussa käsiteltäessä ei niinkään ole yhä enemmän ja yhä aikaisemmin, vaan joustavasti ja asiantuntevasti oppilaan omasta elämismaailmasta, tarpeista ja toiveista käsin asioita lähestyen ja tarkastellen.

Lastenpsykiatri Tuula Tammisen mukaan koulussa olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota tunteisiin ja niiden käsittelyyn (Tikkanen 2003). Myös pääkaupunkiseudun yhdeksäsluokkalaisten mielestä koulussa käsitellään vähän tunteita sekä seksuaaliopetuksessa, -neuvonnassa että -valistuksessa. Heistä niitä pitäisi käsitellä laajemmin ja monipuolisemmin, erityisesti nuorten ihmissuhteisiin liittyen. (Nummelin 2000b.) Tammisen mukaan tunteiden tunnistamisen ja hallinnan oppiminen on lapsen tulevan elämän kannalta vähintään yhtä tärkeää kuin tiedon hankkiminen. Tunteet ovat keskeisiä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, joka on paljon tunteiden jakamista, säätelystä ja yhteensovittamista. Kun tunteet ovat hukassa, ei synny moraalista eikä empatiakykyä eli kykyä asettua toisen asemaan ja tunkea sitä, miltä toisesta tuntuu. Moraali ja empatiakyky syntyvät vain, jos tunne ja järki pelaavat yhteen. (Tikkanen 2003.)

Lapset ja nuoret kokoavat tietonsa seksuaaliasioista useista tiedonlähteistä ja etsivät sitä yhä enemmän Internetistä, jossa onkin jo monta asiallista ja ajantasaisista sivustoja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (ks. esim. Mistä APUA! -opas; www.advocatesforyouth.org/petition/index.htm). Sähköiset ja painetut tiedonlähteet, erityisesti Internet, mahdollistavat sen, että nuoret pystyvät ottamaan selvää seksuaalisuuteen liittyvistä asioista omatoimisesti ja itsenäisesti silloinkin, kun heillä ei ole ketään keltä kysyä tai kun asia on sen luonteinen, etteivät he halua siitä puhua. Mutta Internetissä seikkaillessaan lapset ja nuoret törmäävät myös herkästi pornografiaan ja muihin heille seksuaalisesti vahingollisiin aineistoihin. Tuoreen tutkimuksen mukaan joka viides lapsi on joutunut häntä järkyttäneille ja joka kahdeksas lapsi pelkoa aiheuttaneille Internet-sivuille (Tarsalainen 2003). Siksi on aiheellista käsitellä koulussa Internetin käyttöä ja ominaisuuksia sekä asiallisen tiedon lähteenä että mahdollisten järkytysten aiheuttajana.

Oppilaskeskeiset, yhteistoiminnalliset opetusmenetelmät tukevat oppilaan päätöksenteko- ja vuorovaikutustaitojen kehittymistä sekä ymmärryksen lisääntymistä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Lapset ja nuoret tulevat tietoisiksi omista tulkinnoistaan selittäessään ja perustellessaan näkemyksiään ja ajatuksiaan muille. He oppivat arvioimaan omaa ymmärrystään, tunnistamaan aukkokohtia tiedoissaan ja taidoissaan sekä ymmärtämään omia toimintatapojaan. Keskustelua seuraamalla persoonallisuudeltaan hiljaiset tytöt ja pojat voivat oppia, mitä luokkatoverit asioista ajattelevat sekä miten he puokevat sanoiksi ajatuksensa ja tunteensa. Näin seksuaalisuuden ja siihen liittyvien asioiden kiireetön käsittely ja poh-

dinta – mitä on rakkaus, seksuaalisuus, seksi, porno tai seksuaalinen ahdistelu, häirintä ja väkivalta tai mitä tarkoittaa ja millaista on olla bi-, hetero- tai homo-seksuaali – ei ole itsetarkoitus, vaan tapa vahvistaa ja rohkaista oppilaita kysymään: mitä tiedän, tunnen ja mitä haluan sekä mikä tässä kaikessa on arvostettavaa, kritisoitavaa ja mikä hylättävää.

Seksuaalikasvatuksen toteutus ja määrä vaihtelee Helsingissä, kuten myös muualla Suomessa kouluittain (Kontula 1997, Liinamo 2000). Syyslukukaudella 1999 tehdyn selvityksen mukaan helsinkiläisopettajat ja terveydenhoitajat arvioivat peruskoulun osuuden nuorten seksuaalikasvatuksessa merkittäväksi. Seksuaaliopetuksen tuntimäärä oli pysynyt opettajien mukaan suurimmalla osalla yläasteita samana viimeiset kaksi vuotta ja lisääntynyt lähes joka viidennellä yläasteella. Seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsiteltiin jokaisella yläasteella kaikille oppilaille yhteisellä kurssilla ainakin yhdellä luokka-asteella. Terveydenhoitajat puhuivat seksuaalisuuteen liittyvistä asioista jokaisella yläasteella oppilaiden kanssa sekä terveystarkastusten yhteydessä että aina tarpeen mukaan. Terveystarkastuksen yhteydessä seksuaalisuuden otti puheeksi kolme neljästä terveydenhoitajasta, useimmiten näin tehtiin kahdeksannella luokalla. (Nummelin 2000a.)

Kun seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsitellään oppilaiden kanssa eri yhteyksissä, tarvitaan yhteinen näkemys siitä, miten seksuaaliopetuksessa ja -neuvonnassa edetään ja luodaan sellaiset oppimismahdollisuudet, joiden puitteissa oppilaille voi muodostua iän ja kehitysvaiheen mukainen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden arjenhallinnan kompetenssi ja jäsentynyt kokonaiskäsitelmä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista itsenäisen ajattelun ja toiminnan perustaksi (kuvio 1). Yhteinen näkemys edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista. Toimintaa voidaan edistää sekä erilaisilla kehittämishankkeilla että moniammatillisella henkilöstökoulutuksella (ks. myöhemmin tässä luvussa).

Koulujen seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi on viime vuosina sekä käynnistetty kaupungin sisäisiä hankkeita että osallistuttu valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin. Nuorten seksuaalikasvatuksen kehittäminen kunnassa -hankkeen tarkoituksena on edistää 7.–9. luokkien seksuaaliopetusta ja -neuvontaa. Kehittämistyö pohjautuu seksuaalikasvatukseen soveltuvan teoreettisen ja tutkimustiedon hyödyntämiseen. Tavoitteena on luoda kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden käsitteeseen perustuvan seksuaalikasvatusohjelma. Hanke käynnistettiin vuonna 2001 ja se päättyi vuonna 2004. Helsingistä hankkeeseen osallistuu Keskinen suurpiiri: Aleksis Kiven peruskoulun, Alppilan, Käpylän ja Yhtenäiskoulun yläasteet sekä kouluterveydenhuolto. Nuorisotointa hankkeessa edustaa Tyttöjen Talo.

Vuonna 2002 alkaneessa Koululaisten terveys ja toimintakyky -hankkeessa Helsingin ammattikorkeakoulun Stadian opettajat ja opiskelijat työskentelevät moniammatillisissa projektiryhmissä. Ryhmät paneutuvat koulujen kannalta keskeisiin teemoihin muun muassa syventämällä ja analysoimalla Kouluterveyskyselystä kertyneitä koulukohtaisia tietoja. Helsinki on osallistunut Kouluterveyskyselyyn vuodesta 1995 alkaen. Yleissivistävän koulutuslinjan arviointistrategiaan ky-

sely liitettiin vuonna 2000. Projektiryhmissä ammattikorkeakouluopiskelijat voivat pohtia seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä koskevia kysymyksiä ensin opettajien kanssa ja käsitellä niitä sitten peruskoululaisten kanssa. Kysymysten käsitteilyyn voidaan etsiä ja kehittää myös uusia pedagogisia ratkaisuja yhdessä koulujen opetus- ja muun henkilöstön kanssa. (Konkola ym. 2003.)

Nuorisotoimi ja Tyttöjen Talo

Peruskoululaisten seksuaalikasvatuksessa unohdetaan herkästi nuorisotoimi ja sen henkilöstön osuus. Nuorisotyöntekijät keskustelevat seksuaalisuuteen, ihmissuhteisiin, seksiin ja rakkauteen liittyvistä asioista tyttöjen ja poikien kanssa päivittäin. Myös erilaisten TV-ohjelmien katsominen yhdessä nuorten kanssa virittää usein vilkkaita keskusteluja ja väittelyä seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista. Näiden spontaanien keskustelujen ohella seksuaalisuus ja ihmissuhteet ovat nuorisotalojen teemailtojen suosikkiaiheita. Helsingissä toimii nykyisin 13 nuorisotaloryvästä. Jokaiseen niistä kuuluu useita nuorisotaloja, niistä yksi on Kumppanuushanke Tyttöjen Talo. Vuonna 2000 toimintansa aloittanut Tyttöjen Talo tukee koulujen seksuaalikasvatusta monin tavoin.

Tyttöjen Talo on tarjonnut lukukausittain vaihtuvia eri luokka-asteille ja osin myös henkilöstölle suunnattuja seksuaalikasvatuskokonaisuuksia, jotka ovat kouluille maksuttomia. Ne ovat sisältäneet erilaisia toiminnanmuotoja. Rohkeasti teatteria, kirjallisuutta, muita taiteen lajeja ja keskustelua yhdistäen on etsitty yhdessä oppilaiden kanssa vastauksia seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin. Monipuolisen ja laaja-alaisen asioiden käsittelyn on mahdollistanut yhteistyö Setlementtinuorten liitto ry:n Meikäpoika-projektin ohella monien muiden, kuten Raiskaus-kriisikeskus Tukinaisen, Draamaräätäleiden ja Helsingin ammattikorkeakoulun Stadian kanssa. Kouluissa toiminta on otettu myönteisesti vastaan ja varsinkin useamman oppitunnin kokonaisuudet ovat toteutuneet niissä mallikkaasti. Yleisölle avoimissa taidenäyttelyissä muutkin kuin koulujen ja nuorisotoimen henkilöstö ovat päässeet tutustumaan nuorten aikaansaannoksiin ja ajatuksiin.

Yhteistyö koulujen kanssa on tärkeää sekä Tyttöjen Talolle että helsinkiläisille tytöille. Kun tytöt luokkatovereineen osallistuvat Tyttöjen Talossa pidettäviin seksuaalikasvatustuokioihin, Talon sijainti, tilat ja toiminnot tulevat heille tutuiksi. Tämän jälkeen heidän on helpompi tulla yksin tai yhdessä tovereidensa kanssa Tyttöjen Talon tapahtumiin ja hyödyntää sen heille tarjoamia palveluja. Seksuaalikasvatustuokiot on toteutettu Talon linjan mukaisesti tyttöjä kuunnellen ja heidän omista toiveistaan ja kysymyksistään lähtien. Tuokioissa on pyritty tukemaan tyttöjen tunnekuultuuria käsittelemällä tunteita ja niiden merkitystä sekä muutenkin ymmärtämään seksuaalisuus biologista laajempänä ilmiönä. (Nitovuori 2002.)

Tyttöjen Talossa on kehitetty seksuaalikasvatuksen ohella vastaanottoa, jossa nuorella on tila puhua asioistaan ja tulla kuulluksi. Vastaanotto on tytöille maksuton. Sinne voi tulla keskustelemaan mieltä askarruttavista asioista luottamuksellisesti, yhden tai useampia kertoja. Vastaanotolle voi tulla myös raskaustestiin tai noutamaan kondomeja. Esimerkiksi juuri maksuttomien kondomien jakaminen on mahdollistanut monien tyttöjen tapaamisen useita kertoja. Samalla, kun tyttö tulee hakemaan kondomeja, ennätetään hänen kanssaan keskustella elämästä, seksistä, rakkaudesta ja monista muista asioista. Jos tyttö kertoo esimerkiksi viikoittaisesta päihteiden käytöstä, humalan aiheuttamasta muistamattomuudesta, vaihtuvista seksikumppaneista, huonoista seksikokemuksista tai elämän merkitykseltömyydestä, hänelle ehdotetaan vuorovaikutteiseen tyttöryhmään osallistumista sekä muita auttavia tahoja sopivan tukiverkoston luomiseksi.

Tyttöjen Talossa toimii yli 30 vuorovaikutteista tyttöryhmää. Keväällä 2003 Talossa kokoontui säännöllisesti muun muassa maahanmuuttajatyttöjen ryhmiä, nuorten (alle 21-vuotiaiden) äitien ryhmiä, päihteiden käyttöä ennalta ehkäisevä tyttöryhmä, masennuksesta kärsineiden tyttöjen ryhmä sekä seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden tyttöjen ryhmä. Tavoitteena ryhmissä on itsetuntemuksen lisääminen ja elämäntilanteen tukeminen, voimavarojen kartuttaminen ja oman itsen jäsentäminen osana yhteisöä. Ryhmien toiminta on ollut perustamisen jälkeen suljettua ja ne ovat toimineet suhteellisen pitkään (1–2 vuotta). Erittäin tärkeäksi ja vastaanottotoimintaa tukevaksi työmuodoksi on osoittautunut mahdollisuus perustaa uusia ryhmiä tyttöjen toiveiden ja tarpeiden mukaan. Esimerkiksi kevään 2003 aikana vastaanotolla käyneet tytöt muodostivat kaksi uutta vuorovaikutteista kasvuryhmää. Talon moniammatillinen henkilöstö tarjoaa mahdollisuuden lähestyä monista näkökulmista tyttöjen elämää ja sen tapahtumia – iloja ja suruja. (Kumppanuushanke Tyttöjen Talo 2003.)

Seksuaalikasvatusmateriaalit

Olenainen osa seksuaalikasvatusta ovat materiaalit. Syyslukukaudella 1999 tehdyn selvityksen mukaan monien helsinkiläisopettajien ja kouluterveydenhoitajien mielestä yläluokkalaisten seksuaalikasvatukseen oli tarjolla vähän aineistoa. He pitivät sitä, varsinkin videoita, myös usein sisällöllisesti vanhentuneena ja huonosti yläluokkalaisten seksuaalikasvatukseen soveltuvana. (Nummelin 2000a.) Perinteisesti nuorille tarjolla olleessa aineistossa on käsitelty seksuaalisuutta ja siihen liittyviä asioita siten, että seksuaalisuus on näyttäytynyt ensisijaisesti heteroseksuaalisuutena, sukupuoliyhdyntänä sekä riskeinä ja ongelmina (Nummelin 1997, Laajasalo 2001, Lehtonen 2003).

Pääkaupunkiseutulaisten yhdeksäsluokkalaisten mielestä nuorille suunnatussa materiaalissa käsiteltiin seksuaalisuutta yleensä suppeasti ja pintapuolisesti. Materiaalin sisältö oli paljolti päällekkäistä yleistietoa ei-toivottujen raskauksien ehkäi-

systä, veneerisistä taudeista ja niiden torjunnasta – harvoin muista aiheista. Nuoret kaipasivat sekä sanallista että kuvallista materiaalia, joka käsittelee seksuaalisuuteen liittyviä asioita monipuolisesti ja seikkaperäisesti. Asiatiedon oheen he toivoivat näkemyksellistä ja kokemuksellista tietoa peiliksi omille ajatuksilleen ja kokemuksilleen. Nuoret toivoivat, että seksuaalisuudesta kerrotaan mielekkäinä kokonaisuuksina. Kuvitus tukee asioiden ymmärtämistä ja kokonaiskäsityksen muodostamista. Yleisilme on värikäs ja valoisa, kieliasu raikas ja selkeä. Lehtiset ovat helposti käsiteltävän ja säilytettävän kokoisia ja niitä voi saada luettavaksi vaivattomasti ja monin tavoin. (Nummelin 2000b.)

Tyttöjen Talo on toimittanut ja tuottanut Helsingin opetusviraston ja muiden yhteistyökumppaniensa kanssa materiaalia peruskouluikäisten, erityisesti yläluokkalaisten seksuaaliopetuksen ja -neuvonnan tueksi vuodesta 2000 alkaen. Materiaalia on jaettu ja esitelty opetusviraston seksuaalikasvatuksen koulutustilaisuuksissa sekä lähetetty maksutta kouluille. Kevästä 2003 alkaen materiaaliin on voinut tutustua myös Internetissä osoitteessa www.seksuaalikasvatusverkosto.net.

- *Bubbles-vihkosissa* käsitellään sekä tyttöjen että poikien seksuaalineuvonnassa, nuortenlehtien palstoilla ja Internet-sivuilla usein esittämiä kysymyksiä. Tyttöjen vihkonen on sinikantinen ja poikien punakantinen. Kevätlukukauden 2003 loppuun mennessä on jaettu noin 15 000 vihkosta.
- *Moninaisia kohtaamisia* -kirjanen käsittelee nimensä mukaisesti seksuaalisuuden moninaisuutta. Kirjanen on tarkoitettu nuorten kanssa työskenteleville nuoriso-ohjaajille ja muulle ammattihenkilöstölle.
- *Kipsissä?*-kirjanen sisältää toiminnallisia harjoituksia ja tehtäviä, joiden lomassa voi luontevasti ottaa puheeksi seksuaalisuuden ja keskustella siihen liittyvistä asioista.
- *Pöytälarvit* sisältävät pieniä rooliharjoituksia ja kuvitteellisia tilanteita, joita oikeassakin elämässä saattaa syntyä. Mukana tulevat ohjeet pelistä ja sen kullusta.
- *Kuvia tunteista* on peli, joka mahdollistaa keskustelun ja monenlaista toimintaa tunteiden äärellä. Peli antaa tilaa perustella omia näkökulmia ja ottaa kantaa. Peliin kuuluu ohjeet ja 50 kuvaa.
- *P.I.P-pelin* pelaaminen vaatii tietoa, taitoa, tuuria ja ajoittain myös hyviä nauhermoja. Peli sisältää kysymyksiä ja erilaisia seksuaalisuuteen liittyviä tehtäviä.
- *Sex-file* -kirjasessa esitellään kuusi näkökulmaa seksuaalisuuteen, rakkauteen ja seksiin. Nuorten parissa työskentelevällä ammattihenkilöstölle tarkoitettu kirjanen sisältää monipuolista tietoa ja pohdittavaa.

Tämän valmiin aineiston lisäksi Nuorten seksuaalikasvatuksen kehittäminen kunnassa -hankkeessa työstetään Skotlannissa tuotettua SHARE (Sexual Health and Relationships) -oppimateriaalia suomalaisille 7.–9. luokille soveltuvaan muotoon. Ihmissuhteisiin ja seksuaaliterveyteen liittyviä asioita käsiteltäessä otetaan huomioon seksuaalisuuden sosiaalinen ulottuvuus, yksilön tiedollinen ulottuvuus ja sosiaalisten taitojen ja vuorovaikutuksen ulottuvuus. Materiaalin on tarkoitus valmistua vuonna 2004.

Moniammatillinen henkilöstökoulutus

Perustavaa laatua oleva seikka on seksuaalikasvatuksen parissa työskentelevän opetus-, terveys- ja nuorisotoimen henkilöstön saama koulutus tehtävään. Tutkimusten mukaan sosiaalisen oppimisen teorioihin pohjaava seksuaalikasvatus, jossa käytetään vaihtelevasti oppilaskeskeisiä ja yhteistoiminnallisia opetusmenetelmiä ja joka on kiinteässä yhteydessä oppilaan elämismaailmaan, on tuloksetkaampaa ja hedelmällisempää kuin perinteinen opettajajohtoisin ja opettajakeskeisiin opetusmenetelmiin tukeutuva seksuaalikasvatus (Wight ym. 1998, Nummelin 2000b).

Helsingissä syyslukukaudella 1999 tehdyn selvityksen mukaan seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsiteltiin monella yläasteella luentopainotteisesti. Myös nuorten seksuaalivertaisuuksiin ja palveluihin tutustuttiin verrattain vähän, erityisesti Helsingissä tarjolla oleviin mahdollisuuksiin nähden. Noin puolet opettajista ja kouluterveydenhoitajista arvioi omaavansa riittävästi tietoa ja taitoa käsitellä seksuaalisuutta yläluokkalaisten kanssa. Opettajat kaipasivat seksuaalikasvatukseen perehdyttävää täydennyskoulutusta kahdella yläasteella kolmesta. Terveystoimintajista sitä toivoi kuusi kymmenestä. Vastaajat toivoivat täydennyskoulutusta niin seksuaalikasvatuksen suunnittelusta, toteutuksesta kuin sisällöllisistä yksityiskohdista. (Nummelin 2000a.)

Seksuaalikasvatukseen perehdyttävää täydennyskoulutusta on järjestetty Helsingin opetusvirastossa suunnitelmallisesti kevätlukukaudesta 1998 alkaen. Aluksi järjestettiin kokopäivän koulutustilaisuuksia kerran lukukaudessa peruskoulujen johto-, opetus- ja oppilashuoltohenkilöstölle. Palautteissa toivottiin, että myös muut kuin peruskouluissa työskentelevät voisivat osallistua koulutukseen. Kevätlukukaudella 2003 koulutus laajennettiin peruskoululaisten kanssa työskentelevän opetus-, nuoriso- ja terveystoimen henkilöstön täydennyskoulutukseksi. Lukukaudessa järjestetään neljä koulutusiltapäivää, joiden suunnittelusta ja kustannuksista vastaavat opetus-, nuoriso- ja terveystoimi yhdessä. Ratkaisu tukee koulutuksen moniammatillista toteutusta sekä sisällöllisesti että osallistujien osalta.

Henkilöstökoulutuksessa on pyritty käsittelemään sekä ajankohtaisia seksuaalikasvatukseen että seksuaalisuuteen liittyviä asioita laaja-alaisesti ja monipuolisesti yhteistoiminnallisia opetusmenetelmiä hyödyntäen. Kouluttajina tilaisuuks-

sisä ovat toimineet monet alan asiantuntijat sekä kansalais- ja terveysjärjestöjen edustajat. Peruskouluhenkilöstö on kertonut koulujen omista hyvistä seksuaalikasvatuskäytännöistä ja nuoret tutkijat havainnoistaan. Kansalais- ja terveysjärjestöjen toimintaa ja peruskoululaisille tarjoamia palveluja on esitelty myös koulutustilaisuuksien yhteydessä järjestetyissä materiaali- ja kirjallisuusnäyttelyissä.

Lopuksi

Asiantuntevan ja laadukkaan seksuaalikasvatuksen perusta on henkilöstön koulutus. Sekä nuoriso-, opetus- että terveystoimen henkilöstön tiedot ja taidot käsitellä seksuaaliasioita koululaisten kanssa kaipaavat ajantasaistamista, täydentämistä ja syventämistä monesta syystä. Opetus- ja muun henkilöstön peruskoulutukseen ei juuri ole kuulunut seksuaalikasvatukseen ja seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyyn perehdyttäviä opintoja ja kirjallisuutta. Lapset ja nuoret kohtaavat nykyisin monet seksuaalisuuteen liittyvät asiat toisin kuin heidän kanssaan työskentelevät aikuiset ovat omassa lapsuudessaan ja nuoruudessaan kohdanneet. Varsinkin nuorisotoimen, mutta myös muiden toimialojen henkilöstö tarvitsee tietoja ja taitoja käsitellä nuorten spontaaneja kysymyksiä ja kommentteja seksuaalisuudesta. Henkilöstön vaihtuminen edellyttää jatkuvaa, monipuolista ja laaja-alaista sekä seksuaalikasvatuksen sisältöihin, menetelmiin että materiaaleihin perehdyttävää koulutusta.

Erityisen ajankohtaiseksi moniammatillisen henkilöstökoulutuksen tekee opetussuunnitelmauudistus. Opetushallituksen (2003) mukaan ”Opetussuunnitelmaa laadittaessa aihekokonaisuudet tulee sisällyttää oppiaineisiin, ja niiden pitää näkyä koulun toimintakulttuurissa – Terveystiedon opetus perustuu monitieteiseen tietoperustaan – Terveystiedon sekä biologian, maantiedon, fysiikan, kemian, kotitalouden, liikunnan ja yhteiskuntaopin opetus tulee suunnitella yhteistyössä. Opetuksen suunnittelussa tehdään yhteistyötä myös oppilashuollon henkilöstön kanssa.” Moniammatillisesti ja yhteistoiminnallisia menetelmiä hyödyntäen toteutettu täydennyskoulutus edistää henkilöstön tutustumista ja verkostoitumista ja parantaa mahdollisuuksia toteuttaa seksuaalikasvatusta joustavasti nuoren elämismailmasta, toiveista ja tarpeista käsin asioita lähestyen ja tarkastellen.

Tyttöjen Talon tyyppisillä toiminnoilla ja vastaanotolla voidaan tukea koulujen seksuaalikasvatusta. Työille avointen vastaanottojen rinnalle kaivataan vastaavia poikien vastaanottoja. Nuorten palvelupisteiden olisi hyvä sijaita nuorisotaloilla tai muissa vastaavissa heidän suosimissaan paikoissa niin, että vastaanotolla voisi pistäytyä huomaamattomasti ja asioida anonyymisti ilman ajanvarausta. Nuorten kohtaamisessa keskeisiä seikkoja ovat luottamuksellisuus, ystävällisyys, kiireettömyys ja asiantuntevuus. Asioita käsitellään ratkaisukeskeisesti ja kokonaisvaltaisesti nuoren elämismailmasta käsin. Näin nuorella säilyy oman elämän hallinnan tunne silloinkin, kun ratkottavana ovat intiimit, arat ja kipeät asiat. Mitä

ahdistuneempi nuori on, sitä enemmän hän kaipaa myötäelämistä. Kun hän voi tavata saman ihmisen useampia kertoja, hän tottuu tulkitsemaan tämän sanaton ja sanallista viestintää ja pystyy selvittämään ja hoitamaan asiansa paremmin.

Aikuistuen ohella nuoret kaipaavat vertaistukea. Tyttöjen Talon toiminnasta kertyneiden kokemusten perusteella mahdollisuus perustaa nuorten tarpeiden mukaisia pienryhmiä tukee nuoria, varsinkin syrjäytymisvaarassa olevia erityisen hyvin. Vertaisryhmässä nuoret voivat jakaa kokemuksiaan ja tuntojaan, löytää vastauksia omiin ja toistensa pulmiin sekä tukea toisiaan. Näin nuorelle kertyy monenlaisia onnistumisen kokemuksia. Ryhmä tarjoaa nuorelle myös kokemuksen yhteisyydestä: en ole ainoa, joka on kokenut tällaista. Vuorovaikutteisten kasvuryhmien perustaminen herkästi ja nopeasti nuorten tueksi on hedelmällinen, mutta myös vaativa toimintamuoto. Se edellyttää moniammatillista tiimityötä ja kokeneita ryhmänohjaajia, jotta nuorelle voidaan taata juuri hänen tarvitsemansa aikuisen ja ryhmän tuki.

Iän ja kehitysvaiheen mukaista arjenhallintaa seksuaalisuuden alueella ja kokonaiskäsitystä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ei ole mahdollista saavuttaa irrallisen itsenäisyyden tai yksin ajattelun varassa. Itsensä tunteminen ja ymmärtäminen ja oman identiteetin luominen ovat vuorovaikutuksellisia prosesseja. Samojen asioiden suppea ja pinnallinen käsittely peruskoululaisten kanssa, samoin kuin laaja-alaisen ja monipuolisen asioiden käsittelyn herkästi sumentava kaiken kattavuuden mania voidaan välttää pohjaamalla seksuaalikasvatus systemismiksi tai integrativismiksi kutsuttuun ajattelutapaan (ks. Åhlberg 1997). Tällöin seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsiteltäessä koetetaan ottaa huomioon sekä jokin mielekäs kokonaisuus että sen olennaiset osat ja näiden osien väliset keskinäiset suhteet. Seksuaalikasvatukseen sisältyy integrativismin näkökulman kautta pyrkimys eheyttämiseen, ehyen kokonaisuuden muodostamiseen ja sillä tavoitellaan viisauden ja elämän ymmärryksen lisääntymistä.

Aviosuhteessa perustavaa laatua olevia seikkoja ovat kunnioitus, luottamus ja intiimi vuorovaikutus. Seksuaaliseen parisuhteeseen kuuluu intiimi vuorovaikutus, mielihyvä ja eroottisuus. Näiden seikkojen tulisi välittyä kasvavalle sukupolvelle jo kouluaikana, mikäli halutaan pysyvyyttä avo-, avio- ja muihin parisuhteisiin. (Ojanlatva 1998 ja 2003.) Vuoropuhelu oppilaiden vanhempien kanssa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelystä vanhempainilloissa ja muissa vastavissa yhteyksissä edistää ja helpottaa seksuaalikasvatusta, kun koulussa tiedetään mitä ja miten asioista on puhuttu kotona ja kotona ollaan selvillä siitä, mitä ja miten niitä käsitellään koulussa ja millaista tukea sekä tytöille että pojille on tarjolla koulun ulkopuolella.

LÄHTEET

- Konkola, R., Lassila, A., Aunola-Erärkorpi, R., Kyöstiä, J., Nummelin, R., Hakala, P. (2003). Koululaisten terveys ja toimintakyky -hanke. *Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti* nro 18, s. 79–80 (www.stakes.fi/kouluterveys).
- Kontula, O. (1997). Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995–1996. STM. Selvityksiä 3. Helsinki:Oy Edita Ab.
- Kumppanuushanke Tyttöjen Talo (2003). Toimintasuunnitelma 2003. Kalliolan Nuoret ry. Setlementtinuorten liitto ry. Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus. Helsinki.
- Laajasalo, T. (2001). Seksuaalisuus lukion oppikirjoissa. Systemaattinen analyysi lukion uskonnon, elämäntutkimustiedon, filosofian, psykologian, terveystiedon ja biologian oppikirjojen seksuaalisuusteeman käsittelystä kuuden seksuaaliteorian ja lukion 1994 opetus-suunnitelman perusteiden valossa. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 231. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lehtonen, J. (2003). Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Nuorisotutkimusseura. Julkaisu ja 31. Helsinki: Yliopistopaino.
- Liinamo, A. (2000). Seksuaalikasvatus Suomessa. Teoksessa: Kontula O ja Lottes I (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Helsinki: Tammi.
- Mistä APUA! -opas 03 (2003). Palveluopas helsinkiläisille nuorille, kun omat vastaukset eivät riitä. Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus (www.kompassi.lasipalatsi.fi).
- Nitovuori, L.-M. (2002). Tyttöjen Talo -hankkeen arviointi. Kalliolan Nuoret ry. Setlementtinuorten liitto ry. Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus. Helsinki.
- Nummelin, R. (1997). Seksuaalikasvatusmateriaalit – Millaista seksuaalisuutta nuorille? *Stakes, Raportteja* 206. Helsinki.
- Nummelin, R. (2000a). Seksuaalikasvatus helsinkiläisillä yläasteilla lukuvuonna 1999–2000 opettajien ja terveydenhoitajien kuvaamana. Teoksessa: Nummelin, R., Rimpelä, M., Luopa, P., Stubbe, J., Jokela, J. *Seksuaalikasvatus helsinkiläisten yläasteiden haasteena. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylän ja Tampereen yliopistojen terveystieteiden laitokset. Helsingin opetusviraston julkaisusarja A 9*. Helsinki.
- Nummelin, R. (2000b). Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. *Acta Universitatis Tampereensis* 778. Tampere. (www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset).
- Ojanlatva, A. (1998). Wellness-käsite osana terveyskasvatusta. *Takiainen*, nro 4, s. 5–8.
- Ojanlatva, A. (2003). Sallitaanko nuorten kasvaa seksuaalisesti? Kysymyksiä ja vastauksia. *Takiainen*, nro 1, s. 14–19.
- Opetushallitus (2003). Perusopetuksen opetuskokeilussa lukuvuonna 2003 – 2004 noudatettavat opetussuunnitelman perusteet vuosiluokille 3–9 ja perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet vuosiluokille 1–2. Helsinki: Opetushallitus. (www.oph.fi -> Opetussuunnitelmat ja tutkintojen perusteet).
- Tarsalainen, A. (2003). Joka viides lapsi kokenut järkytyksen internetissä. *Opettaja*, nro 15, s.15.
- Tikkanen, T. (2003). Koulu – tunteiden taivas ja tunkio. *Opettaja*, nro 16–17, s. 2–4.
- Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitettuna opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta. 20.12.2001. Nro 1435.
- Wight, D., Abraham, C., Scott, S. (1998). Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research* 13:317–330.
- Åhlberg, M. (1997). Systemistinen kasvatuksen teoria (SKT) ympäristökasvatuksen perustana – täydentäviä näkökohtia. Teoksessa Kari, J., Moilanen, P. (toim.) *Kasvatus erilaisissa viestintä- ja kasvatusympäristöissä.. Opettajan-koulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytänteitä* 28. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Loppusanat

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen ei ole vain tautien ja ei-toivottujen raskauksien välttämistä. Kun mukaan otetaan biologisen näkökulman lisäksi psykososiaaliset, kulttuuriset ja eettiset ulottuvuudet, seksuaaliterveyden edistämisen mahdollisuudet laajenevat olennaisesti. Kun seksuaalisuus ymmärretään positiivisena terveyden ja hyvinvoinnin voimavarana, merkitsee nuorten seksuaalisen terveyden edistäminen muun muassa pohjan luomista kestäville parisuhteille ja perheiden hyvinvoinnille.

Tämän julkaisun artikkelit kertovat, että useistakin näkökulmista arvioiden nuorten seksuaaliterveys kehittyi viime vuosituhaten lopussa heikompaan suuntaan. Raportti kertoo kuitenkin myös sen, että – kiitos hyvien rekisteri- ja seurantajärjestelmiemme – muutoksiin on myös jo nopeasti reagoitu moninaisin kehityshankkein. Viimeisimmät ennakkotiedot nuorten seksuaaliterveyden tilastollisista tunnusluvuista (marraskuussa 2003) viittaavat siihen, että toimet ovat tuottamassa tulosta ja elämme jälleen käännevaihetta. Vuoden 2003 raskaudenkeskeytysten määrä on jäämässä arviolta kymmenen prosenttia alle edellisen vuoden lukujen. Kouluterveyskyselyn seksuaalikäyttäytymistä kuvaavat tunnusluvut viittaavat tasaantumiseen: sukupuoliyhdyntöjen aloittamisen varhaistuminen on pysähtynyt vuosien 2002 ja 2003 kyselyjen mukaan aiempiin vuosiin verrattuna. Vaikka nuorten seksuaaliterveyden tilanne ei olisi enää huononemassa, meillä on silti syytä toimiin myönteisen kehityksen turvaamiseksi.

Tämän julkaisun perusteella näyttää ilmeiseltä, että *laaja-alaisten yleiskatsausten* tekeminen aika-ajoin on tarpeellista. Muutokset seksuaaliterveyden yhdellä osa-alueella voivat ennakoida muutosta myös toisaalla. Juuri nyt olemme vaiheessa, jossa tilanne voi kehittyä eteenpäin monellakin tavoin. Hyvin mahdollista on seksuaaliterveyden erojen suureneminen siten, että vaikka suurella osalla nuoria kehitys etenee suotuisasti, yhä useammalla nuorella vaikeudet kasautuvat ja ongelmat seksuaaliterveydessä ovat yksi osa vaikeuksia. Katsauksen pohjalta eri hallinnonalojen edustajat voisivat yhdessä arvioida omia toimenpiteitään ja suunnitella yhteisiä toimia nuorten seksuaaliterveyden kehittämiseksi.

Vaikka meillä on *tutkimukseen perustuvaa tietoa* hyvin joistakin osa-alueista, kuten yhdyntä- ja ehkäisykäyttäytymisen muutoksista, on lisätiedon tarve ilmeinen monilla alueilla. Seksuaaliterveyden sosioekonomisista eroista tarvitaan selvästi lisää tietoa ehkäisevien toimien kohdentamiseksi. Huhtikuun 2003 seminaarin ja tämän raportin valmistelun yhteydessä kävi ilmi, että niinkin keskeistä aihetta kuin nuorten seksuaaliasenteita ei ole 1990-luvun alun jälkeen laajasti kartoitettu, muutamaa yksittäistä muihin tutkimuksiin sisällytettyä kysymystä lukuun ottamatta. Asenteiden muutoksen ymmärtäminen olisi äärimmäisen tärkeää, kun

otetaan huomioon seksuaalisen ilmapiirin muutos kymmenen viime vuoden aikana. Ajankohtainen tutkimushaaste olisi myös arvioida terveystiedon opetuksen vaikutusta nuorten käsityksiin ja tietoihin seksuaaliterveydestä.

Paljon odotuksia *seksuaaliopetuksen kehittämisessä* asetetaan myös uudelle oppiaineelle, terveystiedolle. Se on vahvistamassa seksuaaliopetusta peruskoulun tehtävänä. Opettajien täydennyskoulutus on käynnistynyt, mutta vieläkin painokkaammat toimet olisivat tarpeen. Seksuaaliopetus on aihepiiri, joka edellyttää opettajalta paitsi hyvää tietopohjaa myös henkilökohtaisia ominaisuuksia ja erityisiä taitoja sekä monipuolista opetusmenetelmien soveltamista. Seksuaaliopetukseen erikoistuminen voisi hyvinkin olla erityisen PD-koulutuksen tai jatkokoulutuksen arvoinen asia.

Seksuaaliterveyden edistäminen on keskeisiltä osiltaan perusterveydenhuollon toimintaa. Tästä kuten muistakin perusterveydenhuollon toimialueista meillä on tuskin lainkaan tietoa viime vuosien ajalta, vaikka palvelujärjestelmä on kriisiytymässä ja se on kokenut suuria rakennemuutoksia. Emme tiedä, miten perhesuunnittelupalvelut tai kouluterveydenhuollon palvelut on tällä hetkellä järjestetty. Kouluterveydenhuollon kehittäminen oppilas- ja oppilasryhmäkohtaisen työn rinnalla entistä enemmän koko kouluyhteisöä sekä kodin ja koulun yhteistyötä huomioivaksi on haaste myös seksuaaliterveysasioissa. Paitsi *tietoa nuorten saattavilla olevista seksuaaliterveyspalveluista* tarvitaan palveluja, jotka on erityisesti suunniteltu ja toteutettu nuorille. On myös ryhmiä, joiden tukemisessa seksuaaliterveysasioissa tulisi olla erityisosaamista, kuten esimerkiksi monet maahanmuuttajaperheiden lapset ja seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset ja nuoret.

Kaupallisen seksin ulottuminen lapsiin, samoin kuin *väkivalta* ovat ilmeisesti tämän vuosikymmenen haasteita. Näissä molemmissa asioissa yhteistyökumppanien määrä ja kirjo on laaja.

Seksuaaliterveys on perinteisesti ollut naisten naisille tarjoamia lisääntymisterveyteen liittyviä palveluja. *Miesten ja poikien näkökulman* saaminen seksuaaliterveysasioihin on tärkeää, ja se voisi tuoda uutta otetta kehittämistyöhön.

Sukupuolitautilien ehkäisyyn on kiireesti panostettava meilläkin muun muassa siksi, että nuorten ihmisten HIV-tartunnat ovat yleistyneet valtavasti lähialueillamme niin Virossa, Karjalassa kuin Pietarissa. Myös klamydian ehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota, koska se on varsin yleinen nuorten aikuisten ja nuorten tauti. Seksuaaliterveyden kannalta tämä hedelemättömyyttä aiheuttava sairaus on vakava asia. Klamydian ehkäisy on samalla muiden tautien kuten HIV:n ehkäisyä. Kondomien hinnan alentaminen ja klamydiaseulontojen valtakunnallinen ohjeistaminen olisivat ensimmäisiä toimenpiteitä.

Seksuaaliterveyden alalla on koulutuksessa tapahtunut paljon myönteistä kehitystä. *Ammatillisuuden lisääminen* seksuaalisuudesta on edelleen tärkeää eri ammattikunnissa. Haasteita ammattihenkilöstön, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä opettajien, koulutukselle riittää seksuaaliterveyden sisällöistä, opetusmetodeista ja yhteistyöstä eri ammattikuntien välillä.

Kirjoittajat

Anttila Anna
FL, tutkija
Helsingin yliopisto, Kulttuurien tutkimuksen laitos, folkloristiikka

Apter Dan
Dosentti, ylilääkäri
Väestöliitto, Seksuaaliterveysklinikka

Bildjuschkin Katriina
Osastonhoitaja, seksuaalipedagogi (NACS)
Turun kaupungin Ehkäisyneuvola

Cacciatore Raisa
Lastenpsykiatri, asiantuntijalääkäri
Väestöliitto, Seksuaaliterveysklinikka

Frantti-Malinen Ulla
Terveystenhoitaja, koulutussuunnittelija
SETA ry. ja Transtukipiste

Gissler Mika
Dosentti, kehittämisspäälikkö
Stakes, Tieto-tulosalue

Hermanson Elina
LT, lastentautien erikoislääkäri, nuorisolääkäri
Väestöliitto, Seksuaaliterveysklinikka

Hiltunen-Back Eija
LT, iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri
HUS, Iho- ja allergiasairaala

Kaltiala-Heino Riittakerttu
Dosentti, ylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala,
Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö

Kemppainen Kaija
Dipl.Psych., johtava psykologi
Helsingin kaupungin koillinen perheneuvola

Kosunen Elise
Dosentti, yleislääketieteen apulaisopettaja
Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Lajunen Kaija
VM, psykologi, psykoterapeutti
Jyväskylän perheneuvola

Lehtinen Matti

Dosentti, Suomen Akatemian varttunut tieteenharjoittaja

Kansanterveyslaitos ja Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos

Lehtonen Jukka

VTT, tutkija ja projektinjohtaja

Helsingin yliopisto, sosiologian laitos

Liinamo Arja

THM, terveyskasvatuksen assistentti

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Makkonen Katri

LT, lastentautien erikoislääkäri, nuorisovastaanoton vastaava lääkäri

HYKS, Lasten ja nuorten sairaala

Nummelin Raija

TtT, KL, erityissuunnittelija

Helsingin kaupungin opetusvirasto

Paavonen Jorma

LKT, professori, ylilääkäri

HYKS, Naistenklinikka

Poikajärvi Kristiina

THL, projektipäällikkö

Stakes, Kuntien hyvinvointistrategiat -ryhmä

Ritamo Maija

VTM, projektipäällikkö

Stakes, Kuntien hyvinvointistrategiat -ryhmä

Ruuhilahti Susanna

Kätilö

Tyttöjen Talo, Setlementtinuorten liitto ry.

Sandberg Tarja

Erikoissairaanhoitaja, kliininen seksologi (NACS)

Lohjan kaupunki

Savolainen Tuija

LL, terveyskeskuslääkäri

Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Vikat Andres

VTT, Deputy Head

Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany

Tutkija, Stakes

Välimaa Raili

TtT

Terveystiedon didaktiikan lehtori, tutkija

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Raportteja-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2004

Marjatta Kekkonen: Vanhemmuutta etsimässä ja tukemassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden kehittäminen. Stakes, Raportteja 281. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1552-5

Maijalisa Junnila (toim.): Sairaaloiden Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1551-7

Terttu Perttilä, Pentti Alanen, Anne Nordblad, Johanna Kotilainen, Ilpo Pietilä, Pertti Pirttiniemi, Juha Varrela: Hampaiden oikomishoito terveyskeskuksissa. Stakes, Raportteja 279. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1550-9

Anne Nordblad, Liisa Suominen-Taipale, Jouni Rasilainen, Tuomo Karhunen. Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes, Raportteja 278. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1549-5

2003

Tuula Kiviranta, Kristiina Jokinen. Esteetöntä elämää vai korkeita kynnyksiä? Näkökulmia liikunta- ja vammaisten koululaisten arkeen. Stakes, Raportteja, 277. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1385-9

Eeva Ollila, Minna Ilva, Meri Koivusalo (toim.). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1379-4

Pauliina Seppälä. Havainnot huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. Stakes, Raportteja 275. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1377-8

Sari Kauppinen, Tapani Niskanen. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Raportteja 274. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1359-X

Ilmari Larjavaara. Itäviina. Stakes, Raportteja 273. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1373-5

Matti Ojala. Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Stakes, Raportteja 272. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1367-0

Osmo Saarelma (toim.). Työtulvan hallinta terveysasemalla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta. Stakes, Raportteja 271. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1366-2