

MAIJA RITAMO (TOIM.)

**Seksuaalisuus ammattihenkilöstön
koulutuksessa sekä vammaisten ja
pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa**



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki

puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)

faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2201-4 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2202-1 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Tiivistelmä

Maija Ritamo (toim.). Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakes, Työpapereita 26/2008. 92 sivua, hinta 19 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2201-4

Seksuaalisuutta alettiin käsitellä terveydenhuoltoalan ammattihenkilöstön koulutuksissa 1970-luvulla. Äitiyshuollosta ja perhesuunnittelusta sen sisältö laajentui vähitellen koko elämänkaarta kattavaksi. Silti seksuaalisuuden käsittely on terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattihenkilöstön koulutuksissa varsin niukkaa ja monet aihealueet kuten seksuaalinen väkivalta vasta avautumassa.

Erityinen osaaminen seksuaaliosioissa alettiin nähdä tärkeäksi 1990-luvun jälkipuoliskolla, kun seksologian koulutus tuli osaksi julkista koulutusjärjestelmää alan järjestöjen antaman koulutuksen rinnalla. Seksologian koulutukselle ja koulutettujen pätevyydelle loi rakennetta yhteispuhjoismainen koulutusmalli sekä seksuaalineuvojen ja seksologien, viime vuosina myös ei-kliinisen seksologian ja seksuaaliterveyden asiantuntijoiden pohjoismainen auktorisointi (NACS).

Seksuaaliterveys on ajankohtainen kehittämisalue, onhan Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi 2007–2011 (STM julkaisuja 2007:17) juuri käynnistynyt. Siinä ammattihenkilöstön osaamisen kehittämistä pidetään tärkeänä painoalueena.

Tähän julkaisuun on koottu selvityksiä seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksista, katsaus vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaaliterveyspalveluihin sekä tilannekatsaus seksuaaliopetuksesta osana terveystiedon opetusta. Jotta näiden pienimuotoisten selvitysten keskeiset asiat olisivat dokumentoitu ja myös aihepiiristä kiinnostuneiden saatavilla, ne on koottu tähän Työpapereita-sarjan julkaisuun. Artikkeleihin on kirjattuna myös tärkeiksi havaittuja jatkoselvitysten aiheita ja toiminnan kehittämishaasteita. Julkaisua tehtäessä on ajateltu erityisesti seksuaaliterveyden ja seksologian koulutuksen suunnittelijoita ja alan kehittämistä kiinnostuneita.

Seksologian ja seksuaaliterveyden ammatillisen koulutuksen kehittymistä ja tilannetta 2000-luvulla kuvataan Jyväskylän ammattikorkeakoulun Katri Ryttyläisen, Sirpa Valkaman ja Tiina Blekin yhdessä Stakesin projektipäällikkö Maija Ritamon kanssa kirjoittamassa artikkelissa.

Suomalaisten seksuaalineuvonnan ja seksuaaliterapian koulutusta vuoteen 2003 kartoitti ja arvioi alan koulutustahoille tehdyllä kyselyllä Sexpo säätiön silloinen koulutuspäällikkö Tuisku Ilmonen. Hänellä on pitkä kokemus alan kouluttajana.

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaaliterveyttä on Suomessa käsitelty vain vähän. Stakes tilasi näistä aihepiireistä katsauksen YM Tuisku Ilmoselta. Katsaus tuki myös sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laatineen työryhmän työskentelyä.

Terveystieto-oppiaineen myötä seksuaaliopetus tuli jälleen näkyväksi peruskoulun opetussuunnitelmissa. Miltä tilanne käytännössä näytti oppilaiden ja opettajien kokemana? Tätä selvitti TtT Riikka Pötsönen vuonna 2006 neljän kunnan peruskouluissa haastatteleamalla opettajia ja oppilasryhmiä sekä alan asiantuntijoita.

Avainsanat: seksuaaliterveys, seksuaalikasvatus, seksuaaliopetus, seksuaalineuvonta, seksuaaliterapia, terveystieto

Sisällys

Tiivistelmä

Katri Ryttyläinen, Sirpa Valkama, Maija Ritamo ja Tiina Blek

SEKSOLOGIAN JA SEKSUAALITERVEYDEN KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN	7
Käsitteistä	7
Seksuaaliterveyden haasteet koulutuksen kehittymisen taustalla eri vuosikymmenillä.....	8
1970-luku: Väestön valistuksen aikakausi	8
1980-luku: AIDS:n ja sen ennaltaehkäisyn aikakausi	9
1990-luku: Seksuaalisuus kaupallistuu.....	10
2000-luku: Seksuaalisuus yhdenvertaistuu.....	11
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutus	12
Seksuaalivahvistuksen ja -terapian jäsentämisen PLISSIT-malli	12
Seksuaalikysymykset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa	13
Seksuaaliterveyden ja seksologian asiantuntijakoulutuksen kehitys Suomessa	14
Seksologian perusteet	15
Seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opinnot	17
Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot	17
Seksuaaliterveyden edistäminen yleisessä ammattikorkeakoulututkinnossa	18
Yhteinen pohjoismainen koulutusmalli seksologiaan.....	20
Muut seksologian/seksuaaliterveyden koulutuksen järjestäjät	20
Ammatillinen seksologinen pätevyys	20
Seksuaaliterveyden ja seksologian koulutuksen tulevaisuuden haasteita	21
Lähteet.....	23

Tuisku Ilmonen

SEKSUAALIVAHVISTUS- JA SEKSUAALITERAPIAKOULUTUKSEN KARTOITUS 2002	25
Taustaa	25
Kartoituksen tavoitteet.....	25
Seksologian koulutuksen lyhyt historia	28
Pohjoismainen koulutusmalli	32
Mitä kartoitus kertoi pitkistä koulutuksista?	33
Kouluttajatahot	33
Koulutusten laajuudet ja osanottajamäärät	33
Kohderyhmät ja koulutettavien valintamenettely	34
Koulutusten tavoitteet ja arviointi	35
Koulutuksen rakenne	37
Nimikesuosituksien	38
Tavoitteita ja ideoita jatkotyöskentelyyn	38

Tuisku Ilmonen

VAMMAISTEN JA PITKÄAIKAISSAIRAIDEN SEKSUAALITERVEYSPALVELUT.....	40
Johdanto.....	40
Tämän päivän tilanne	42
Tulevaisuuden haasteet.....	50
Toimenpide-ehdotukset.....	55
Kirjallisuutta ja lähteitä.....	56

Riikka Pötsönen

SEKSUAALIOPETUS OSANA TERVEYSTIEDON OPETUSTA – TILANNEKATSAUS

PARISTA KOULUSTA KEVÄÄLLÄ 2006	58
Johdanto.....	58
Kansalaistaidosta terveystiedoksi.....	58
Seksuaalikasvatus osana terveystiedon opetusta.....	59
Opetussuunnitelman perusteet	60
Haastattelujen tekeminen kouluissa.....	61
Haastattelujen tuloksia.....	63
Pohdinta ja yhteenveto	74
Lähteet.....	77
Liite 1. PLISSIT-malli.....	79
Liite 2. Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutus Suomessa; 3–40 opintoviikon koulutukset 1980–kevät 2002	85
Liite 3. Asiakas-/potilasohjeita ja oppaita (Vammaiset ja pitkäaikaissairaat)	89
Liite 4. Terveystiedon opetuksen tilanne yläasteella (2006 haastattelu)	90

SEKSOLOGIAN JA SEKSUAALITERVEYDEN KOULUTUKSEN KEHITTYMINEN

RYTTYLÄINEN KATRI, yliopettaja, TtT, Jyväskylän ammattikorkeakoulu/Sosiaali- ja terveysala
VALKAMA SIRPA, lehtori, TtL, Jyväskylän ammattikorkeakoulu/Sosiaali- ja terveysala
RITAMO MAIJA, projektipäällikkö, VM, Stakes
BLEK TIINA, erikoissuunnittelija, TtM, Jyväskylän ammattikorkeakoulu/Sosiaali- ja terveysala

Seksuaalisuus on pitkään ollut tabu myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vähitellen se on kuitenkin alkanut esiintyä voimakkaammin alan koulutuksissa, aluksi muihin koulutussisältöihin liitettynä, mutta viime vuosina myös aivan omana erityisenä sisältöalueenaan. Tässä artikkelissa tarkastellaan seksologian ja seksuaaliterveyden koulutusta, sen kehittymistä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä yli kolmen vuosikymmenen aikana Suomessa. Artikkelin alussa kuvataan lyhyesti seksologian ja seksuaaliterveyden käsitteitä. Käsitteiden selkiyttäminen tässä yhteydessä on perusteltua, sillä verrattain uuden asian käsittelyyn liittyy aina käsitteiden rajapintojen etsimistä. Lisäksi seksuaalisuuden alalla käsitteiden määrittely on monesti arvo- ja tunnelatautunutta. Artikkelin lopussa esitetään toimenpide-ehdotuksia seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittämiseksi Suomessa.

Käsitteistä

Seksuaalisuus käsitteenä on ilmestynyt kirjallisuuteen 1900-luvulla. 1800-luvulla termiä käyttivät lähinnä biologit ja eläintieteilijät. Termi on lähtöisin latinan kielestä sanasta *sexus*, joka viittaa biologiseen sukupuoleen ja jonka vastakohta on *genus*, sukuun viittaava käsite. Nykyään englanninkielinen termi *sex* ilmaisee biologista sukupuolta ja *gender*-käsite liittyy sosiaaliseen sukupuoleen. (Runkel 2004.)

Seksuaalisuutta on määritelty viettinä, tarpeena, ominaisuutena, tunteena, voimavarana, integroivana ja yhdistävänä voimana tai käyttäytymisen muotona perustuen kunkin määrittelijän teoreettisiin lähtökohtiin. Greenberg tutkijatovereineen (1989) määritteli seksuaalisuutta persoonallisuuteen liittyneenä hyvin kokonaisvaltaisesti. Heidän mukaansa seksuaalisuutta tulee tarkastella biologisesta, psyykkisestä, eettisestä ja kulttuurisista ulottuvuuksista käsin. Ulottuvuudet sisältävät lukemattomia yksittäisiä komponentteja, jotka ilmentävät seksuaalisuuden monitahoisuutta. (Greenberg ym. 1989.)

Seksologia käsittelee tietoa sukupuolisuudesta ja seksuaalisuudesta niiden eri ilmenemis- muodoissa. Seksologinen tieto rakentuu eri tieteiden näkökulmista ja toimintana se voi toteutua tutkimuksena, koulutuksena, terapiana tai seksuaaliterveyden edistämisen interventioina (Haerberle ja Gindorf 1993; Giami 1999, 2003).

Seksuaaliterveyden käsite on melko uusi. Maailman terveysjärjestö WHO käytti seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteitä dokumenteissaan ensimmäisen kerran 1970- ja 1980-luvuilla. Kairon väestökongressin asiakirja (1994) oli ensimmäinen, jossa tunnustettiin seksuaalisuus tärkeäksi osa-alueeksi ihmisen elämässä. Seksuaaliterveys-käsite sisältyi asiakirjassa lisääntymisterveyteen. WHO on laatinut määritelmän seksuaaliterveydelle. Siinä seksuaaliterveyttä kuvataan tilaksi, jossa on olennaista fyysinen, emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi suhteessa seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveys voidaan saavuttaa sairauksista, häiriöistä tai vammaisuudesta huolimatta. Käsite painottaa positiivista, kunnioittavaa näkemystä seksuaalisuudesta ja seksuaalisuhteista samoin kuin mahdollisuuksia turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman vähättelyä,

pakottamista tai väkivaltaa. Seksuaaliterveys perustuu seksuaalioikeuksiin, joiden toteutumista jokaisen tulee suojella ja kunnioittaa. (WHO 2002.)

Kansainvälisesti seksuaaliterveys- ja perhesuunnittelujärjestöt ovat tuoneet keskusteluun oikeus -näkökulman. World Association for Sexual Health -järjestön (WAS) julkaisemat seksuaalioikeudet (http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp). Monissa kehitysmaissa nuorten ja naisten seksuaalioikeudet ovat rajalliset, esimerkiksi oikeudet tietoon seksuaaliasioista ja oikeudet lapsiluvun rajoittamiseen. Suomessa seksuaalioikeuksien näkökulma on ollut esillä erityisesti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistökysymyksissä. Tässä artikkelissa käsitys seksuaaliterveydestä perustuu edellä esitettyyn WHO:n määritelmään.

Seksuaalisuuteen liittyvää käsitteistöä ovat ansiokkaasti selvittäneet Tuisku Ilmonen ja Jussi Nissinen Duodecimin julkaisussa Seksuaalisuus vuonna 2006.

Seksuaaliterveyden haasteet koulutuksen kehittämisen taustalla eri vuosikymmeninä

Monet sisältöalueet ja yhteiskunnan ilmiöt ovat tuoneet eri aikoina aineksia seksologian ja seksuaaliterveyden koulutukseen kuten raskauden keskeytykset, AIDS, naisiin kohdistuva väkivalta ja lasten seksuaalinen hyväksikäyttö. Seksuaaliterveyden kysymykset ovat aina myös yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia kysymyksiä, joihin on pyritty vaikuttamaan lainsäädännöllä ja hallinnollisilla ohjeilla. Suomessa terveydenhuollon keskushallinto on vuosikymmenten ajan kehittänyt ja tukenut terveydenhuollon ja muiden sidosryhmien seksuaaliterveyden edistämistyötä muun muassa ohjeiden, suositusten, koulutuksen ja tutkimus- ja kehittämistyön avulla. Alan kansainvälinen tutkimus on lisääntynyt erityisesti seksuaalilääketieteessä ja kansanterveystieteessä. Tähän ovat vaikuttaneet mm. HIV/AIDS-pandemia sekä farmakologisten menetelmien kehittyminen seksuaaliongelmien hoidossa (Giami 2002; Zucker 2002). Suomessa seksologinen tutkimus on painottunut sosiologiseen ja epidemiologiseen sekä viime vuosina myös terveystieteelliseen tutkimukseen.

Seuraavissa kappaleissa kuvataan sellaisia seksuaaliterveyden alueella esiintyneitä haasteita ja toimia väestön seksuaaliterveyden edistämiseksi, joilla on ollut vaikutuksia alan koulutuksen kehittämiseen.

1970-luku: Väestön valistuksen aikakausi

Seksuaalinen vapautuminen oli näkyvä osa 1960-luvun länsimaista nuorisokulttuuria. Se kytkeytyi olennaisesti ehkäisytabletin tuloon markkinoille. Aviottoman lapsen saaminen oli tuolloin vielä häpeällistä ja Suomessa laittomat raskauden keskeytykset vaaransivat kymmenien tuhansien naisten terveyttä.

Vuonna 1970 voimaan tullut laki raskauden keskeyttämisestä antoi naisille mahdollisuuden ei-toivotun raskauden keskeyttämiseen sosiaalisin perustein. Sen lisäksi laki sisälsi terveydenhuoltoviranomaisille ohjaus- ja neuvontavelvoitteita keskeytyksen merkityksestä ja vaikutuksesta sekä ehkäisyneuvonnasta. Vuoden 1972 kansanterveyslaki oli merkittävä seksuaalikysymysten kannalta, sillä se asetti kunnille velvoitteen ehkäisyneuvontaan. Kunnallisessa terveydenhuollossa olikin 1970-luvulla seksuaaliterveyskysymyksissä pääpaino ehkäisyneuvontaorganisaation luomisessa ja terveydenhuoltohenkilöstön kouluttamisessa ehkäisyneuvontapalveluita antamaan. Kansanterveyslain myötä terveydenhuoltohenkilöstöstä terveydenhoitajille tuli enemmän vastuuta seksuaaliterveyden edistämisestä sekä ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta.

Vuonna 1969 perustettiin Psyke ry. ajamaan seksuaalisten vähemmistöjen oikeuksia. Samana vuonna perustettiin myös Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry, jonka tarkoituksena oli toimia tasapainoisen ja onnellisen sukupuolielämän edistämiseksi yhteiskunnassa. Seksuaalinen tasavertaisuus SETA ry. perustettiin vuonna 1974. Seta järjesti Helsingissä heinäkuussa 1974 mielenosoituksen, jossa vastustettiin seurakunnan nuorisotyöntekijän erottamista tehtävästään homoseksuaalisuuden vuoksi. Seta-lehti (myöhemmin Z-lehti, nykyisin Voltti) alkoi ilmestyä vuonna 1975. SETA ry. ja Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry. järjestivät yhdessä 1979 paneelin ”Yhteiskunta ja sukupuoli vähemmistöt”.

Myös seksuaalisuutta koskeva tutkimus lisääntyi 1970-luvulla, jolloin toteutettiin useita aihealuetta koskevia tutkimuksia koskien muun muassa sukupuolielämää ja asenteita. Sievers ym. (1974) ja Leppo (1977) tutkivat suomalaisten terveyttä, elintapoja ja ihmissuhteita sekä raskaudenehkäisyä. Myös yliopisto-opiskelijoiden sukupuolielämää tutkittiin (Saari ja Raitasalo 1974, 1975).

1980-luku: AIDS:n ja sen ennaltaehkäisyn aikakausi

Jos 1970-lukua luonnehditaan väestön valistuksen aikakaudeksi, voidaan 1980-lukua pitää AIDS:n ja sen ennaltaehkäisyn aikakautena. Tuolloin järjestettiin AIDS:n ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä mittavia henkilöstön koulutuksia. Vuoden 1987 alusta voimaan tulleessa tartuntatautilaissa HIV:n torjunnan perustaksi tuli mm. terveyskasvatus. Myös sterilointilainsäädäntöä uudistettiin. Muutoinkin seksuaalikysymykset olivat tuolloin monella tavalla esillä. Keskustelua käytiin esimerkiksi seksuaalipoliitikasta ja -etiikasta sekä seksuaalisesta häirinnästä.

Vuonna 1980 lääkintöhallitus antoi terveyskeskuksille ja sairaaloille ohjeet ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta. Niiden mukaan ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus ja seksuaalineuvonta olivat osa asiakkaan ja potilaan kokonaisuhoitoa. Ohjeet korostivat terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksien kehittämistä ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksessa. Erityistä huomiota kiinnitettiin henkilöstön koulutukseen ja työnohjaukseen. Lääkintöhallitus toteutti myös yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa KISS -tutkimuksen (Kypsyys, Ihmissuhteet, Seurustelu, Seksuaalisuus). Tutkimuksessa selvitettiin nuorten seksuaalisuutta koskevia asenteita, tietoja ja käyttäytymistä (Kontula 1987), Kontula ja Meriläinen, 1988, Tirkkonen ym. 1989). Tutkimus toistettiin vuosina 1986, 1988 ja 1992. Seksuaalikysymykset olivat osana monissa hallintoa ohjaavissa asiakirjoissa. Ensimmäisen kerran ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus oli terveyskasvatuksen erityisenä painoalueena valtakunnallisessa kansanterveystyön suunnitelmassa vuosina 1980–1984. Hallituksen terveystieteellisessä selonteossa eduskunnalle (1985) ja Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa (1986) mainittiin ihmissuhde- ja seksuaalikasvatus ihmissuhteita ja mielenterveyttä käsittelevässä luvussa. (Nurmi 2000).

Lääkintöhallitus piti tärkeänä tavoittaa nuoret kattavasti ja henkilökohtaisesti ja lähetti kaikille 16–21-vuotiaille kotiin Miten vältetään AIDS, herpes, visvasyyliä... -lehden vuosina 1987 ja 1989. Myös KISS-tutkimuksessa saaduista tuloksista lääkintöhallitus tiedotti nuorille suoraan toimien yhdessä kouluviranomaisten kanssa. KISS-lehti jaettiin kaikille 8. luokkalaisille kouluissa vuonna 1988. Kotiin lähetettiin sukupuolitauteja koskevaa valistuslehtinen ja kondomi jokaiselle 16-vuotiaalle vuoteen 2004 asti. Muutoinkin 1980-luvulla nuorten priorisointi ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen kohderyhmäksi näkyi runsaassa tiedotusmateriaalin ja aineiston tuottamisessa, jota lähetettiin terveyskeskuksiin ja kouluihin. (Nurmi 2000).

1990-luku: Seksuaalisuus kaupallistuu

Taloudellisen lama ja päätösvallan siirtäminen opetustoimessa sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa aiemmin keskitetystä päätöksenteosta paikalliseksi karsi 1990-luvulla ehkäiseviä palveluja. Muutosten myötä syntyi alueellisia eroja esimerkiksi siinä, miten perhekasvatus oli mukana koulujen opetussuunnitelmissa ja miten koululaisten ja opiskelijoiden terveydenhuolto järjestettiin.

Vuoden 1992 lopulla lehdistössä virinnyt keskustelu raskaudenkeskeytyksistä havahdutti viranomaiset huomaamaan, että perhesuunnittelun tilannetta ei tunneta riittävästi (Rimpelä ja Ritamo 1993) Stakesin Perhesuunnittelupalveluiden kehittäminen vuoteen 2000-työryhmä loi suuntaviivat Perhesuunnittelu 2000-hankkeelle. Tämä viisivuotinen hanke kokosi ja välitti tietoa, sekä tarjosi foorumin perhesuunnittelun ja seksuaaliterveyden alalla toimiville eri tahoille. Se tuki ja muodosti verkostoja alalla toimivien kesken järjestämällä työkokouksia, seminaareja ja julkaisemalla verkostolehteä. Stakesin Keski-Suomen pilottihankkeessa kehitettiin, testattiin ja arvioitiin uusia innovatiivisia toimintamalleja. Hanke nosti paikallisia ja alueellisia kysymyksiä valtakunnalliselle tasolle pohdittavaksi ja toisaalta välitti erityisosaamista keskisuomalaisten toimijoiden käyttöön. Toimintatapana hankkeessa oli alue- ja käyttäjälähtöinen kehittämistyö. Keskeisiä sisältöalueita hankkeessa olivat: abortti, hedelmättömyyden hoito, raskaudenehkäisy, klamydian ehkäisy, seksuaalikasvatus, ammatillinen osaaminen perhesuunnittelu- ja seksuaalisioissa. (Ritamo, Kautto & Poikajärvi 2000.)

Keski-Suomessa kehitettiin perhesuunnitteluun liittyviä aktiviteetteja mm. Keski-Suomen keskussairaalan ja lääninhallituksen toimesta. Aktiiviseksi toimijaksi liittyi myös Jyväskylän ammattikorkeakoulu Stakesin Perhesuunnittelu 2000-hankkeen myötä. Stakesin tuella tutkimus- ja kehittämistyö Keski-Suomessa organisoitiin Keski-Suomen Perhesuunnittelun Osaamiskeskukseksi vuonna 1995 (myöhemmin Keski-Suomen Seksuaaliterveyden edistämisen osaamiskeskus). Osaamiskeskuksen neuvottelukunnassa keskeisinä toimijoina ovat olleet tähän saakka muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä, Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluyksikkö, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylän kaupunkiseurakunta, Äänekosken koulutoimi ja terveyskeskus.

Jyväskylän terveydenhuolto-oppilaitos (vuodesta 1995 Jyväskylän ammattikorkeakoulu, JAMK) järjesti vuonna 1994 valtakunnalliset perhesuunnittelupäivät, joilla pohdittiin mm. perhesuunnitteluun liittyvää käsitteistöä ja syvennettiin asiantuntijaluennoilla aihepiiriä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu on jatkanut yhteistyössä Keski-Suomen Seksuaaliterveyden Osaamiskeskuksen verkoston kanssa valtakunnallisten päivien järjestämistä. Päivien teemat ovat käsitelleet seksuaaliterveyteen liittyviä aihealueita kuten seksuaalisen väkivallan kohtaamista. Ensimmäisten päivien myötä syntyi kokemukselliseen oppimiseen perustuen idea Aatamit & Eevat -oppimistilasta. Tilaan luotiin stereotyyppinen näkemys seksuaalisuudesta. Tavoitteena oli reflektoida oppimistilassa vierailevien ammattihenkilöiden asenteita ja ajatuksia seksuaalisuudesta. Oppimistilassa oli myös esillä kirjoja, esitteitä, videoita ja apuvälineitä. Välineistö ja tila mahdollistivat omien asenteiden tutkiskelun ja konkretisoivat esimerkiksi vammautuneen henkilön ohjausta.

Perhesuunnittelun Osaamiskeskuksen verkosto innovoi vuosina 1997, 1998 ja 2000 nuorille ja alan asiantuntijoille suunnatut Hedelmällisyysfestarit. Ilmavoimien viestikoulun panos näkyi erityisesti vuosien 1997 ja 1998 Hedelmällisyysfestareiden toteuttamisessa. Vuoden 1997 tapahtuman pääteemana oli edistää kondominkäyttöä. Hedelmällisyysfestarit -konsepti laajeni myös Lappiin, Pohjois-Karjalaan, Etelä-Karjalaan ja Hämeeseen, joissa ammattikorkeakoulut olivat keskeisinä toimijoina (Huhdanperä-Ketonen & Mäki).

Stakes tiedotti perhesuunnittelun kehittämisestä valtakunnallisesti Perhesuunnittelu-lehdellä. Stakesin hankkeen loputtua lehden toimittaminen on siirtynyt Keski-Suomen Seksuaaliterveyden Osaamiskeskulle. Lehden levikki on ollut 1300. Nytemmin lehti ilmestyy verkkolehtenä.

Perhesuunnittelu 2000 -hankkeen verkostojen jatkajaksi vuosikymmenen loppupuolella, vuonna 1997 perustettiin uusi järjestö, Suomen Seksologinen Seura ry. (<http://www.seksologinen-seura.net>). Sen tarkoituksena on toimia laaja-alaisesti seksologian asiantuntijuuden kehittämiseksi Suomessa ja edistää toiminnallaan seksuaaliterveyttä.

Yleisesti 1990-luku näyttöytyi vahvasti kaupallisen seksuaalisuuden vuosikymmenenä. Kaupallisen seksin ei-toivottuihin ilmiöihin ja vaikutuksiin pyrittiin vaikuttamaan eri toimenpitein mm. Stakesin Naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyhankkeessa 1998–2002. Leimaa antavaa 1990-luvulle oli kaupallisen seksin näkyvyyden lisääntyminen julkisuudessa; Erotiikkaravintolat, seksipuhelimet ja katuprostituutio olivat ajan ilmiöitä. (Turunen, 1996.)

Seksuaalisuutta tutkittiin edelleen runsaasti 1990-luvulla. Suomalaisten sukupuolielämän kaksikymmenvuotisseurantatutkimus koottiin vuosina 1991–1992 (Kontula ja Haavio-Mannila 1993, 1995, 1997). Lisäksi useita väitöskirjoja tehtiin seksuaalisuuden alueelta (Kontula 1991, Papp 1997, Stålström 1997, Helén 1997, Pötsönen 1998). Sosiaali- ja terveysministeriön määrärahalla tuettuja tutkimuksia ovat olleet muun muassa Ehkäisy pillereiden käyttö ja teini-ikäisten terveys -tutkimus (Kosunen 1996), Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö -tutkimus (Antikainen 1994) ja Peruskoulun sukupuoliopetus -tutkimus (Kontula 1997).

2000-luku: Seksuaalisuus yhdenvertaistuu

Uuden vuosituhannen alkua voidaan luonnehtia tasa-arvon aikakaudeksi. Laki samaa sukupuolta olevien parisuhteen rekisteröinnistä (2002) ja yhdenvertaisuuslain (2004) syrjinnän estävät säädökset ja niiden valmisteluprosessi nostivat sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt julkiseen keskusteluun. Vuonna 2002 prostituutiosta keskusteleminen sai valtaisan mittasuhteen julkisessa sanassa. Myös vuosikymmenen ajan useamman kerran valmisteltu hedelmöityshoitolakiehdotus painottui samaa sukupuolta olevien oikeuksiin hoidoista ja jakoi tiukasti mielipiteitä.

Seksuaalisuus ja sukupuoli teemaa tutkittiin kouluissa (Lehtonen 2003) ja työelämässä (Lehtonen ja Mustola 2004). Sitä tuotiin myös nuorten kanssa työskentelevien koulutuksiin ja materiaaleihin mm. urheiluseuroihin (Suomen Liikunta ja Urheilu, 2002).

Seksuaaliopetus on kuulunut vuodesta 1970 lähtien peruskoulun opetusohjelmiin. Vuonna 1994 toteutetun uudistuksen jälkeen seksuaaliopetus kouluissa väheni radikaalisti. 2000-luvulla tilanne korjaantui, sillä terveystiedon tuleminen pakolliseksi oppiaineeksi vuonna 2004 antoi entistä paremmat mahdollisuudet kehittää koulujen seksuaaliopetusta. Oppiaineen tulo peruskouluun ja lukioon yhtenäisti opetussuunnitelmatasolla seksuaalikasvatusta kouluissa. (Liinamo 2005). Valtakunnalliseen kouluterveyskyselyyn on sisällytetty nuorten seksuaalisuutta koskevia osioita, joista on raportoitu mm. Liinamon (2005) väitöskirjatyössä. Myös Väestöliitto on selvittänyt koulun seksuaalikasvatusta (Kontula ja Meriläinen 2007). Siitä, kuinka seksuaalikasvatusta toteutuu käytännössä, on tässä julkaisussa Riikka Pötsösen artikkelissa kuvaus muutamasta koulusta.

Seksuaaliopetuksen tueksi peruskoulun 7.–9. luokille on valmistettu sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella ja parin kunnan käytännön työntekijöiden kokeilemana koulutusaineisto ”Kosketus”. Se on kaikkien saatavilla opetushallituksen sivuilta (www.edu.fi).

Ammattikorkeakoulujen seksuaaliterveyden opetusta koordinoitiin alan yhdysopettajien voimin ja laatimalla Virtuaaliammattikorkeakoulun sivuille seksuaaliterveyden verkko-opetusmateriaali.

Seksuaaliterveyden edistäminen kirjattiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin moniin oppaisiin ja suosituksiin (Kouluterveydenhuolto 2002, Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004, Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004 a ja b, Opiskeluterveydenhuollon opas 2006), valtakunnallisiin seminaareihin ja niiden raportteihin (Kosunen ja Ritamo, 2004).

Huomiota kiinnitettiin myös erotisoituneen kulutusyhteiskunnan vaikutuksiin lapsiin ja lasten suojelemiseen seksuaaliselta väkivallalta (Anttila 2004, Lajunen ym. 2005) sekä annettiin ammattihenkilöstölle ohjeistusta asian selvittämiseen (Taskinen 2004) ja hoitoon (Antikainen ja Taskinen 2006). Myös naisiin kohdistuvaa väkivaltaa tutkittiin edelleen (Piispa Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisut m. 2006). Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa väkivallan ehkäisyhanketta toteutettiin lääninhallitusten toimesta.

Seksuaaliterveyden edistämisen laaja-alaiseen kehittämiseen alettiin kiinnittää huomiota kunnan, valtakunnan ja alan järjestöjen taholta. Terveiden edistämisen laatusuosituksen liitteessä seksuaaliterveyttä käsiteltiin kunnan toiminnassa (Terveiden edistämisen laatusuositus, 2006). Väestöliitto julkaisi seksuaalipoliittisen ohjelmansa (Väestöliitto, 2006). Stakes kokosi muistion seksuaaliterveyden tilasta ministeriön työryhmän tausta-aineistoksi (Kosunen, 2006).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti tammikuussa 2006 työryhmän laatimaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa. Se valmistui keväällä 2007 (STM, 2007). Toimintaohjelman tavoitteena on edistää väestön sekä pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toimintaohjelmassa linjataan vuosien 2007–2011 seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Ohjelma sisältää 14 aihekokonaisuutta tavoitteineen ja toimenpide-ehdotuksineen.

Toimintaohjelman seurauksena perustettiin Seksuaalineuvontaverkosto Stakesin kutsussa seksuaalineuvonnan organisointia terveydenhuollossa käsittelevässä työkokouksessa syksyllä 2007. Verkoston tavoitteena on tehdä seksuaalineuvontapalvelujen organisointia ja sen tärkeyttä näkyväksi alueellisesti ja valtakunnallisesti. Se toimii vertaistukeen perustuen. Verkostoa hallinnoi alkuvaiheessa Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutus

Vaikka seksuaalikäsitteiden käsittely on osa jokaisen terveysalan ammattilaisen työtä, näyttää siltä, ettei seksuaalisuuteen liittyvä osaaminen ole asia, joka selkeästi kuuluisi aina edes sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöstön koulutukseen (Nurmi 2000, Kosunen 2003, Valkama & Knuutila 2004, Närte, Seppänen & Kosunen 2004). Hoitoalan henkilökunta ei itsestään selvästi miellä seksuaalisuutta osaksi hoitotyötä. Esimerkiksi Esko-Asikaisen (2000) mukaan sisätautikirurgisten osastojen ja terveyskeskusten sairaanhoitajista 75 %:lla oli liian vähän tietoa seksuaalikäsitteistä. Aallon (2002) mukaan hoitajat kokivat hoitajan roolin muuttuvan, jos he esittivät seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä.

Jotta ihmisen seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalisuuden tukeminen osana muuta sosiaali- ja terveysalan työtä ja sairaanhoitoa olisi mahdollista, tarvitaan hoito-, kasvatus- ja hoiva-työn perus- ja täydennyskoulutuksissa tämän aihepiirin opintoja. Seuraavissa kappaleissa kuvataan ensiksi seksuaalineuvonnan ja -terapian jäsentämisessä käytettyä PLISSIT-mallia. Toiseksi kuvataan, miten ja missä laajuudessa seksuaalisuutta on käsitelty selvitysten ja tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksessa. Kolmanneksi tarkastellaan spesifisemmän seksologisen koulutuksen kehittämistä ja sen laajentumista osaksi julkista koulutusjärjestelmää. Lopuksi kuvataan yhteispohjoismaista kolmiportaista seksologian koulutusmallia.

Seksuaalineuvonnan ja -terapian jäsentämisen PLISSIT -malli

Seksuaalineuvonnan ja -terapian tasojen hahmottamiseen Annon loi jo vuonna 1976 käsitteellisen PLISSIT -mallin (liite 1). Sen kirjaimet ovat lyhenteitä seksuaalineuvonnan ja -terapian neljästä tasosta seksuaalisuuden ja seksuaaliongelmien kohtaamisessa (Permission, luvan antaminen

– Limited Information, rajattu tieto – Specific Suggestion, erityisohjeet – Intensive Therapy, intensiivinen terapia). Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Tällä tasolla kuullaan asiakkaan huolenaiheita hänen seksuaalisuuteen liittyvistä ajatuksistaan, fantasiaistaan, unelmistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään. Asiakas hyväksytään seksuaalisena olentona ja häntä tuetaan ilmaisemaan seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla. Limited information -tasolla asiakkaalle annetaan rajattua tietoa asioista, joista häneltä näyttää sitä puuttuvan. Kysymykset voivat liittyä esimerkiksi sukupuolielinten kokoon, ulkonäköön tai toimintaan, itsetyydytykseen tai erilaisiin tapoihin kokea seksuaalista mielihyvää. Specific Suggestion -taso tarkoittaa taitotasoa, jossa voidaan antaa erilaisia käytännön neuvoja tai ohjeita tai tehdä joitakin lyhytterapeuttisia interventioita. Intensive Therapy -taso tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien hoitoa erilaisilla terapiamenetelmillä tai menetelmien yhdistelmillä.

PLISSIT-mallin avulla työntekijä voi arvioida asiakkaan tai potilaan tarvitsemaa seksuaalivoukonnan tai -terapian tasoa sekä käytettäviä neuvonta- tai hoitomenetelmiä. Lisäksi malli toimii työvälineenä arvioitaessa oman pätevyyden riittävyttä. Useat hoitotieteen asiantuntijat (mm. Stoklosa & Bullard 1980) ovat käyttäneet mallia seksuaalikysymysten neuvontatason määrittämiseen.

Annonin (1976) mukaan suurinta osaa ihmisistä, joilla on seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia, voidaan auttaa antamalla lupaa, tietoa ja joitakin ohjeita tai harjoituksia. PLISSIT-mallia on kuvattu metamalliksi, joka mahdollistaa lukuisten terapeuttisten lähestymistapojen käytön. Mallina se tarjoaa positiivisen, mahdollisuuksia luovan näkökulman seksuaalisuuden kohtaamiseen paremmin kuin perinteiset sairausorientoituneet mallit. (Irwin 1997) Perusterveydenhuollossa henkilökunnan tulee pystyä toimimaan ainakin kahdella ensimmäisellä PLISSIT-mallin tasolla (Salmimies 1980; Stoklosa & Bullard 1980; Nurmi 2000).

Seksuaalikysymykset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa

Valmistuvien terveydenhoitajien asiantuntijuutta on selvitetty kolmella vuosikymmenellä: 1973, 1987 ja 1995. Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden asiantuntijuudessa oli näinä vuosina tapahtunut useita merkittäviä muutoksia. Kansanterveystieteen ja terveyskasvatusvelvoitteen vaikutus oli vahvistanut seksuaaliterveyden opetuksen osuutta terveydenhoitajien koulutuksessa 1970-luvulta lähtien. Asenteet, kuten suhtautuminen homoseksuaalisuuteen, olivat tulleet sallivammiksi ja yleinen tietotaso oli noussut. Vaikka terveydenhoitajiksi valmistuvien tiedot seksuaaliterveydestä ja seksuaalikysymyksistä olivat 1990-luvulla paremmat kuin 1970-luvulla, merkittäviä puutteita havaittiin edelleen. Myös oppilaitokset erosivat suuresti toisistaan. (Nurmi 2000.)

Kun seksuaaliterveyden opetusta selvitettiin terveydenhuoltoalan oppilaitoksissa neljän vuoden välein (1994 ja 1998), niin tulokset eri vuosina olivat hyvin samansuuntaisia: seksuaaliterveyden opetus ei ollut lisääntynyt ja samat ongelmat olivat edelleen olemassa. Ongelmiksi seksuaaliterveyden opettajat kokivat muun muassa riittämättömän tiedon opetusmenetelmistä ja tilan löytämisen seksuaalikysymysten käsittelylle opetussuunnitelmissa. Seksuaalisuuden opetusta haluttiin kehittää, mutta resurssien niukkuus vaikeutti sitä merkittävästi. (Nykänen 1994, Nykänen & Valkama 1998.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten vuosina 2002–2003 antamaa seksuaaliterveyden opetusta käsittelevä selvitys osoitti, etteivät kaikki sosiaali- ja terveysalan opiskelijat saaneet seksuaalisuuden tai seksuaaliterveyden opetusta. Seksuaalisuutta koskevat integroidut tai vapaasti valittavat opinnot olivat lisääntyneet ja opettajat olivat

aihealueeseen enemmän koulutettuja kuin 1990-luvulla tehdyissä selvityksissä. (Nykänen 1994, Nykänen & Valkama 1998, Valkama & Knuutila 2004.)

Seksuaaliterveyden edistäminen oli yhtenä tarkasteltavana osiona Raution (2005) terveyden edistämisen koulutusta sosiaali- ja terveysalalla käsitelleessä selvityksessä. Se osoitti, että seksuaaliterveyden käsittely sairaanhoitajakoulutuksessa erosi painotukseltaan eri oppilaitoksissa. Aihepiiri oli usein integroitu ammattiaineisiin, jolloin sen käsittely oli osittain riippuvaista opettajan intresseistä. Seksuaalisuus oli selkeimmin esillä käsiteltäessä hoitotyön perusteita ja ihmisen kasvua ja kehitystä. Eniten seksuaaliterveyttä käsiteltiin sairaanhoitajakoulutuksen ohella terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksissa. Opiskelijoiden oman seksuaalisuuden kohtaaminen oli pääosin vapaasti valittavien opintojen varassa. (Rautio 2005). Seksuaaliopetuksen selvityksissä vuosina 1994 (Nykänen 1994) ja 1998 (Nykänen & Valkama 1998) kysyttiin myös hoitotieteen ja lääketieteen laitoksilta seksuaalisuuteen liittyvistä opetuksista. Vastanneissa yliopistoissa ei juurikaan opetettu seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Psykologian alalta Raution (2005) selvityksessä toinen vastaaja raportoi laajasti seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita, toisessa tuli esille kehitys, perheen vuorovaikutus ja seksuaalinen suuntautuminen. Sosiaalityön koulutuksessa paneuduttiin seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja väkivaltaan, seksuaaliseen suuntautumiseen, sairauteen ja vammaisuuteen liittyviin seksuaalikysymyksiin. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että aihepiiri ei liity luontevasti sosiaalityön koulutukseen. (Rautio 2005.)

Lääketieteen peruskoulutusohjelmissä oli jonkin verran seksologian opetusta. Seksuaalista väkivaltaa ja hyväksikäyttöä käsiteltiin kaikissa tiedekunnissa. Vähäisemmälle huomiolle jäivät kuitenkin monet tavalliset ongelmat kuten naisten seksuaalihäiriöt samoin kuin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. Lääkäreiden peruskoulutuksessa käsiteltiin tiettyjä seksuaaliterveyden osa-alueita, kuten raskauden ehkäisyä ja sukupuolitauteja, mutta monet ongelmat kuten ikään-tymiseen tai pitkäaikaissairauksiin liittyvät kysymykset sekä seksuaalisuuden moninaisuus jäivät vähälle käsittelylle tai puuttuivat kokonaan. (Kosunen 2003, Närte ym. 2004.)

Edellä esitetty osoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen seksuaalisuuden opetuksessa on viime vuosikymmeninä edetty. Opetuksen määrä ja laatu kuitenkin vaihtelevat runsaasti oppilaitoskohtaisesti ja alalle valmistuneen asiantuntijan osaaminen on hyvin eritasoista. Seksuaaliterveyden opintokokonaisuuksien määrä on kasvanut eri oppilaitoksissa, mutta ongelmana on, ettei opetus tavoita kaikkia opiskelijoita. Myös opetuksen aihealueissa on puutteita ja opetus saattaa painottua vain tiettyihin seksuaalisuuden osa-alueisiin. Opinnot ovat monesti laajuudeltaan suppeita, vain perusasioita tai johonkin erityiskysymykseen integroituja ja painottuvia opintoja. Tietotaso saavutetaan, mutta seksuaalisuuden kohtaamisen taidot saattavat jäädä harjoittelematta. Seksuaalikysymysten ammatilliseen käsittelyyn tietojen lisäksi vaikuttavat myös työntekijän omat arvot ja asenteet. Professionaalisen työskentelytavan omaksuminen on pitkälinen oppimisprosessi, jota koulutus ei aina tue. Seksuaaliterveyden opetus on yhä riippuvainen opettajan valmiuksista ja mielenkiinnosta opettaa kyseistä terveyden osa-aluetta.

Seksuaaliterveyden ja seksologisen asiantuntijakoulutuksen kehitys Suomessa

Suomeen kirkko ja erilaiset järjestöt toivat professionaaliseen toimintaan liittyvän seksologian koulutuksen Suomeen. Seksologian koulutuksen uranuurtajana ja lähes kaikkien toimivien kouluttajien ja alalla työskentelevien keskeisenä kouluttajatahona oli 1970 ja 1980-luvuilla Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO (myöh. Sexpo säätiö). 1990-luvun puolivälissä tulivat koulutustahoiksi myös ammattikorkeakoulut. Tuisku Ilmonen selvitti seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapiaa käsittelevää koulutusta 1980–2002 (artikkeli toisaalla tässä julkaisussa). Tällä aikavälillä vähintään kolmen opintoviikon pituista koulutusta olivat järjestämässä muun muassa Väestöliitto, A-klinik-

kasäätiö ja Lääkintöhallitus. Vuoden 2002 loppuun mennessä tällaisia koulutuksia oli järjestetty yli 40 ja koulutuksiin osallistujia oli noin 700. Koska monet olivat osallistuneet useampaan kuin yhteen koulutukseen, on koulutettujen kokonaismäärä alhaisempi, todennäköisesti noin 500. Laajuudeltaan pitkät koulutukset vaihtelivat kolmesta opintoviikosta 40:een. Ne suoritettiin yhden lukuvuoden ja pisimmät kolmen vuoden aikana.

Jyväskylän ammattikorkeakoulusta on 1990 -luvun lopulta lähtien muodostunut seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen merkittävä keskus. Siellä aloitettiin Seksuaalineuvojakoulutus vuonna 1996 ja Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot vuonna 1997 ja seksuaaliterveyden edistäminen oli mukana ammattikorkeakoulun jatkotutkintokokeilussa 2003–2005.

Tämän kolmiportaisen koulutuksen rakenteet ovat vuosien aikana muuttuneet. Ammattikorkeakouluissa siirryttiin käyttämään opintojen laajuuden määrittelyssä vuodesta 2005 alkaen opintopisteitä. Yksi opintopiste (op) tarkoittaa keskimäärin n. 27 tunnin työtä (3 op = 80 h). Aiempi 10 opintoviikon koulutus vastaa 15 opintopistettä.

Seksuaalineuvojakoulutus (10 opintoviikkoa = 15 opintopistettä) on muuttunut Seksologian perusteiksi, jonka laajuus on vuodesta 2007 lähtien 30 opintopistettä. Koulutusprosessin pituus on molemmissa yksi vuosi.

Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot (40 opintoviikkoa) ovat nyt laajuudeltaan 20 opintoviikkoa eli 30 opintopistettä. Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot olivat 1990-luvulla itsenäisiä koulutuskokonaisuuksia. Seksologian ammatillisiin erikoistumisopintoihin hakijoilta on edellytetty seksologian perusteiden suorittamista vuosina 2000–2007.

Kaikissa näissä ammattikorkeakoulun koulutuksissa opiskelijaryhmät ovat olleet moniammatillisia. Opiskelijoina on ollut sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöitä, opetus- ja kasvatustalon ammattilaisia, edustajia perheneuvonnasta ja poliisitoimesta. Moniammatillinen opiskelijaryhmä on osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi: siinä opitaan tuntemaan toisten osaamista ja luodaan asiantuntijaverkostoja.

Jatkotutkinto-opinnoissa edellytettiin oman käyttöteorian arviointia, jolloin opiskelija tietoisesti ja kriittisesti tutki ja arvioi kokemustensa sisältöä, prosessia ja lähtökohtia. Oppimismenetelminä olivat mm. erityyppiset ryhmätyöt, luento-opetus, draamaopetus ja erilaiset toiminnalliset harjoitukset. Erikoistumisopintoihin sisältyi vuoteen 2005 työhönohjaus (75 tuntia) ja jatkotutkintokokeilussa 120 tuntia. Erikoistumisopinnoissa ja jatkotutkintopilotissa edellytettiin myös kliinisen harjoittelun suorittamista. Opintoihin sisältyi oman ammatillisuuden ja omien asenteiden, uskomusten sekä tabujen tarkastelua (SSA eli Sexual Self Acknowledgement tai SAR eli Sexual Attitude Reconstruction).

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa Seksologian perusteiden opinnot on suorittanut yhteensä 229 henkilöä vuosina 1995–2008 (kevät), Seksologian erikoistumisopinnoista on valmistunut 138 henkilöä vuosina 1997–2008 (kevät) ja jatkotutkintopilotista 2003–2006 on valmistunut kahdeksan opiskelijaa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijatilastot).

Seuraavassa on lyhyet kuvaukset seksologian perusteiden, seksologian ammatillisten erikoistumisopintojen ja seksuaaliterveyden edistämisen jatkotutkinnoista ja niiden sisällöistä.

Seksologian perusteet

Seksologian perusteissa hankitaan valmiuksia tarkastella kriittisesti seksuaaliterveyteen liittyviä ilmiöitä koulutus- ja asiakastilanteissa. Koulutuksessa saadaan myös tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä häiriöistä ja niiden hoidosta. Opinnoissa aloitetaan omakohtainen seksologinen ammatillinen kehittyminen sekä hankitaan valmiuksia kriittiseen ja eettiseen seksuaalisuuden tarkasteluun. Seksologista tietoa sovelletaan omaan ammatilliseen ohjaus- ja neuvontatyöhön. Nykyään koulutusprosessi sisältää yhä enemmän seksuaalineuvonta ja -ohjausharjoitteita. Opinnot toteutetaan vuoden koulutusprosessina. Taulukossa 1 on vuoden 2003 koulutuksen sisällöt.

TAULUKKO 1. Seksologian perusteiden (10 ov = 15 op) sisältöteemat ja laajuudet

Sisältöteemat	Laajuus (ov)
Seksuaaliterveys: Peruskäsitteet Seksuaaliterveyden edistäminen Seksuaaliset toimintahäiriöt Pitkäaikaissairaudet ja seksuaalisuus Vammautuminen ja seksuaalisuus	2
Seksuaalisuuden ulottuvuudet: Historiallinen, kulttuurinen ja yhteiskunnallinen ja eettinen tarkastelu	2
Seksuaalisuus elämäkultassa: Seksuaalisuuden kehitys Aikuisikä ja seksuaalisuus Ikääntyminen ja seksuaalisuus Kehollisuus, aistillisuus ja erotiikka Seksuaalisuuden moninaisuus	3
Seksuaalineuvonnan ja -terapian perusteita: PLISSIT-malli Seksuaalianamneesi Ammatillisuus hoito- ja kasvatustyössä Oman seksuaalisuuden kohtaaminen (SSA = Sexual Self Acknowledgement)	2
Kriminalisoitu seksuaalisuus: Seksuaalinen väkivalta (uhrin, tekijän ja hoidon näkökulma)	1

Opintojen rakenteen muutokset ovat vaikuttaneet sisältöihin ja oppimismenetelmiin. Vuoden 2008 Seksologian perusteet opetussuunnitelmassa on kiinnitetty erityistä huomiota osaamisen alueisiin ja kompetensseihin.

TAULUKKO 2. Seksologian perusteet (30 op = 20 ov) vuosi 2008

Opintojen tavoitteena olevan osaamisen rakentuminen opiskelun aikana

Koulutukseen osallistuja osaa toteuttaa seksuaalineuvontaa osana omaa työtään ja teoriaperustaa. Hän hallitsee seksuaalineuvonnan menetelmiä elämänkulkuun ja seksuaalineuvonnan erityiskysymyksiin liittyen. Tiedollisen ja taidollisen oppimisen lisäksi koulutuksessa on keskeistä oman ammatillisen identiteetin kehittymisen tarkastelu.		Opintojakson laajuus opintopisteinä (min. 5)	Pakollisuuskoodi	Seksuaalineuvontaosaaminen	Eettinen osaaminen	Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen	Kehittämistoiminnan osaaminen
Seksuaalineuvonta	Ammatillisen työotteen kehittyminen	4	P		x		
	Seksuaaliterveyden tietoperusta	5	P	x			
	Seksuaalineuvonnan menetelmäosaaminen	8	P	x		x	
Kehittämistoiminta	Itsensä kehittäminen	3	P	x			
	Kehittämishanke	10	P				x

Oppimisprosessiin sisältyvän kehittämistoiminnan tavoitteena on kehittää seksuaalineuvonnan osaamista opiskelijan omassa työssä. Koulutuksen sisältöteemoja ovat: seksuaalisuuden peruskäsitteistö, seksuaalisuuden moninaisuus, seksuaalisuus eri elämän vaiheissa, seksuaaliterveyden edistäminen ja sen haasteet, seksuaalisuus, vammaisuus, vammautuminen ja pitkäaikaissairaudet ja seksuaalisen väkivallan kysymykset.

Seksuaalineuvonta- ja ohjausmenetelmiä opitaan erilaisista teoreettisista lähtökohdista. Oppimismenetelminä käytetään muun muassa tapausesimerkkejä, joiden työstämisessä käytetään rooliharjoituksia ja muita kokemuksellisia sekä toiminnallisia menetelmiä. Ammatillisia valmiuksia sekä seksuaalisuuteen liittyviä asenteita ja arvoja opiskellaan niin sanotuissa SSA (Sexual Self Acknowledgement) ja SAR (Sexual Attitude Reconstruction) -opinnoissa. Opinnoissa on keskeistä omakohtainen prosessointi. Oppimispäiväkirjan ja esseiden kirjoittaminen ovat osa työskentelyä ja ammatillista kehittymistä.

Seksologian perusteet opinnot on toteutettu Jyväskylän ammattikorkeakoulussa vuoteen 2007 omaehtoisena täydennyskoulutuksena. Vuoden 2008 opinnot toteutetaan opetusministeriön myöntämällä aikuiskoulutuspaikoilla ammatillisina erikoistumisopinnoina.

Seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opinnot

Ammattikorkeakoulujen seksuaaliterveysyhdysopestajien verkosto luotiin Stakesin Perhesuunnittelu 2000-hankkeen aikana (Ritamo, Kautto & Poikajärvi 2000). Yhtenäistääkseen seksuaaliterveyden opetusta ja parantaakseen sen laatua opettajien verkosto tuotti yhdessä vuosina 2003 - 2005 Virtuaaliammattikorkeakoulun kanssa Seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opetusmateriaalin (laajuus 15 opintopistettä eli 10 opintoviikkoa). Sen toteuttamista taloudellisesti tuki Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkko-opetuksen sisällöiksi muodostuivat seuraavat teemat: seksuaalisuuden historia, kulttuuri ja käsitteistö, elämänmittainen seksuaalisuus, seksuaalisuus asiakastyön näkökulmasta ja seksuaalinen väkivalta ja kaupallinen seksi. Vuoden 2006 alusta lähtien sitä on voinut hyödyntää laajasti sosiaali- ja terveysalan eriasteisessa koulutuksessa joko verkko-opintoina tai lähiopetusmateriaalina (<http://www.amk.fi/seksuaaliterveys>). Tämä koulutus vastaa lähinnä seksologian perusteita/ seksuaalineuvojakoulutusta (10 ov.)

Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot

Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot ovat olleet jatko-opintoja Seksologian perusteet opinnoille. Seksologian ammatillisten erikoistumisopintojen opiskelijat ovat olleet sosiaali-, terveys-, opetus-, kasvatus- ja vankeinhoitotyön aloilla toimivia ammattihenkilöitä. Valinta erikoistumisopintoihin on tapahtunut hakemusten, kirjoitetun esseen ja haastattelujen perusteella. Muina opiskeluedellytyksinä ovat olleet opisto- tai ammattikorkeakoulututkinto ja vähintään puolen vuoden työkokemus relevantilla aihealueella. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003–2007). Seksologian ammatillisia erikoistumisopintoja on kehitetty määrätietoisesti 2000-luvulla seksuaaliterapiaosaamisen suuntaan. Vuoden 2007 seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot olivat nimeltään Seksuaaliterapian ammatilliset opinnot. Taulukossa 3 kuvataan vuoden 2003 erikoistumisopintojen sisältöteemoja ja laajuuksia.

TAULUKKO 3. Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot (30 ov) sisältöteemat ja laajuudet

Sisältöteemat	Laajuus (ov)
Orientoivat opinnot	1
Ammatilliset ydinopinnot: Ammatillisuus ja uudistusosaaminen Eettinen osaaminen Yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen ennakointi	15
Seksologinen tietoperusta seksuaaliterveyden edistämisessä: Seksuaaliterveys: Seksuaalikasvatuksen teoreettisia lähtökohtia	
Kliininen seksologia: Kehotietoisuus, erotiikka, rakkaus Seksuaalianatomia ja fysiologia Elämänmittainen seksuaalisuus Seksuaaliset toimintahäiriöt, Vammaisuuden ja sairauden vaikutukset seksuaalisuuteen Seksuaali-identiteetti ja erilaiset seksuaaliorientaatiot Sukupuolisuuden jäsentyminen Elämän kriisit ja seksuaalisuus Parafiliat ja seksuaaliset erityismielitymukset Terapeuttiset lähestymistavat Seksuaalinen väkivalta	
Seksologinen menetelmäosaaminen seksuaaliterveyden edistämisessä: Klassinen seksuaaliterapia Terapeuttisia lähestymistapoja: kognitiivinen, ratkaisukeskeinen, NLP ja psykodynaaminen terapia, Terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen mallien ja teorioiden soveltaminen seksuaalikasvatuksen suunnittelussa ja toteutuksessa	
Vapaavalintaiset opinnot	3
Kehitysprojekti	10
Arviointi	1

Seksologian erikoistumisopinnoissa laajennetaan ja syvennetään seksologista teoreettista tietämystä, opitaan käytäntöjä tutkimuksista ja toiminnallisten seksuaalisten ongelmien hoitamisesta. Tavoitteena on saavuttaa taidot hoitaa seksuaalisia toimintahäiriöitä, työskennellä seksuaali-identiteettiin liittyvien kysymysten kanssa, tunnistaa ja hoitaa seksuaalisen väkivallan aiheuttamia ongelmia sekä ohjata asiakas intensiiviseen terapiaan seksuaalisuuteen liittyvissä erityiskysymyksissä. Koulutuksessa edellytetään kliinisen harjoittelun suorittamista. Työnohjaus on sisällytetty joinakin vuosina koulutusohjelmaan, pääsääntöisesti opiskelijat ovat itse joutuneet hankkimaan ja kustantamaan työnohjauksen.

Opintoihin sisältyvä kehitysprojekti (10 ov) on omassa työyhteisössä toteutettavaa, tavoitteellista kehittämistoimintaa ja siihen liittyvän teoreettisen perustan rakentamista. Projekti voi olla esim. omien työtehtävien kehittämistä ja uusien työmenetelmien kokeilua. (Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot 2003–2005.)

Seksuaaliterveyden edistäminen ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa

Opetusministeriö hyväksyi sosiaali- ja terveysalan jatkotutkinnon Jyväskylän ammattikorkeakouluun vuonna 2002. Jatkotutkintopilotin saamiseen Jyväskylään vaikuttivat Perhesuunnittelu 2000-hankkeessa ja Perhesuunnittelun Osaamiskeskuksessa tehty pitkäjänteinen kehittämistyö Keski-Suomessa. Vuoden 2003 syksyllä 9 opiskelijaa aloitti Terveyden edistämisen ja ehkäisevän

työn jatkokutkintokoulutusohjelmassa suuntautumisvaihtoehtonaan seksuaaliterveyden edistäminen.

Ylemmän ammattikorkeakoulun jatkokutkintokokeiluun vuosina 2003–2005 (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokutkintokoulutusohjelma) osallistuvilta edellytettiin perusteiden ja erikoistumisopinnojen tai vastaavien seksologisten tietojen hankkimista ennen opintojen aloittamista. Valinta tapahtui hakemusten, kirjoitetun esseen ja haastattelujen perusteella. Edellytyksenä oli ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto sekä vähintään kolmen vuoden työkokemus relevantilla aihealueella. (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003–2005) Taulukossa 4 on kuvaus koulutusohjelman sisällöstä ja laajuudesta.

TAULUKKO 4. Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelman (60 ov) seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehdon sisältöteemat ja laajuudet

Sisältöteemat	Laajuus (ov)
Yliammatillinen osaaminen: Uudistusosaaminen Eettinen osaaminen Yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen ennakointiosaaminen Muutoksen johtamisen osaaminen Julkisuus- ja vaikuttavuustyön osaaminen	8
Seksuaaliterveyden edistämisen seksologinen syventävä tietoperusta: Seksuaaliterveyden edistäminen Seksuaaliterapia Elämäntapaan liittyvä seksuaalinen kehitys ja muutos Seksuaalilääketiede I Seksuaalilääketiede II Lisääntymisterveys Seksuaalinen väkivalta	12
Seksuaaliterveyden seksologinen menetelmäosaaminen: Yksilöterapiaprosessit ja harjoittelu Pariterapiaprosessit ja harjoittelu Ryhmäterapiaprosessit ja harjoittelu Seksuaaliterveyden edistämisen menetelmät yksilö ja ryhmätasolla Seksuaaliterveyden edistämisen menetelmät yhteisö- ja yhteiskuntatasolla Oma persoonallisuus terapeuttisena välineenä	14
Urasuunnitelmaa tukeva valinnainen erityisosaaminen	3
Tutkimus- ja kehittämisosaaminen: Opinnäytetyö Tutkimus- ja kehittämismenetelmät	23

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokutkintokoulutusohjelman opetussuunnitelmassa osaaminen määriteltiin erityisasiantuntijuutena seksuaaliterveyden edistämisen preventiivisellä alueella tai seksuaaliterapian vaativan erityistason alueella PLISSIT-mallin tasoon neljä asti. Lisäksi jatkokutkintokoulutuksessa hankittiin taitoja toimia seksuaaliterveyden tutkijana ja kehittäjänä, jolloin tuotettiin uutta tietoa, kehitettiin ja arvioitiin terapia-, opetus- ja koulutuskäytänteitä. Erityisasiantuntijuuden tavoitteena on luoda uutta ammatillista osaamista mm. perusterveydenhuoltoon, jossa voidaan hoitaa seksuaalisen väkivallan ja kaupallisen seksuaalisuuden uhreja ja tekijöitä sekä kaupalliseen seksiin liittyviä eritasoisia ongelmia. Opintoissa hankittiin myös taitoja vaikuttaa seksuaaliterveyden edistämisen poliittiseen päätöksentekoon. Seksuaaliterveyden edistämisen erityisasiantuntija osallistuu myös kansainvälisen verkoston toimintaan. Jatkokutkinnon (nyk. ylempi amk-tutkinto) opetussuunnitelmassa tärkeä osaamisen näyttö on opinnäytetyö (20 ov). (Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1, 2003–2005.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on suunniteltu aloittaa syksyllä 2008 uudelleen seksuaaliterveyden edistämisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto (90 opintopistettä) Terveyden

edistämisen koulutusohjelmassa. Nordic Association of Clinical Sexology (NACS) -Authorization committee on vuonna 2004 arvioinut ja hyväksynyt kliinisen seksologian osalta sen pohjana olleen jatkotutkintopilottina toteutetun seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisen opetussuunnitelman. Suunniteltu koulutus perustuu osaamis- ja oppimisperustaiseen opetussuunnitelmaan. Siinä osaamisalueet ovat seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijana kehittyminen, seksuaaliterveyden edistämisen uudistava asiantuntijatoiminta, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä oppinäytetyö. (Terveiden edistämisen koulutusohjelma 2008. Opetussuunnitelma 2008–2011. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala).

Yhteinen pohjoismainen koulutusmalli seksologiaan

Samaan aikaan Jyväskylän seksologian koulutuksen suunnittelun kanssa tiivistyivät suomalaisten seksologien kansainväliset yhteydet. Suomen Seksologinen Seura liittyi jäseneksi Pohjoismaiseen seksologien liittoon (Nordic Association for Clinical Sexology, NACS). Sen piirissä valmisteltiin Pohjoismaisen Ministerineuvoston tuella seksologian koulutukselle yhteistä mallia 1997–1999.

Pohjoismaiden seksologiset yhdistykset ovat hyväksyneet yhteisen koulutus- ja pätevyysmistrakenteen (www.nacs.eu). Sen sisällöt koostuvat keskeisistä seksologian aiheista kuten seksuaalisuuden kulttuurinen, historiallinen ja uskonnollinen tieto, seksuaalisuuden ilmaiseminen elämänkulun aikana, lisääntymisterveys ja seksuaalinen hyvinvointi, kehoitietoisuus, erotiikka ja rakkaus, sukupuoli- ja seksuaali-identiteettikysymykset, seksuaaliorientaatio, seksuaaliset toimintahäiriöt ja erityiskysymykset. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa järjestettävät seksologian perusteiden opinnot ja seksologian erikoistumisopinnot noudattavat NACS:n asettamia yhteispohjoismaisia kriteereitä.

Seksologian/seksuaaliterveyden koulutuksen järjestäjät

1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla koulutusta alkoivat tarjota Jyväskylän ammattikorkeakoulun ohella myös muut koulutusorganisaatiot kuten Helsingin, Rovaniemen, Pirkanmaan ja Turun ammattikorkeakoulut sekä Lapin terveys- ja sosiaalialan oppilaitos ja Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Seksuaaliterveyden ja seksologian koulutusta järjestävät edelleen myös alan järjestöt (esim. Sexpo säätiö ja Väestöliitto). Pääosin seksuaaliterveyden ja seksologian ammatillisen koulutuksen voidaan kuitenkin katsoa siirtyneen järjestöjen aktiivisesti aloittamasta ja toteuttamasta koulutuksesta osaksi julkista koulutusjärjestelmää.

Ammatillinen seksologinen pätevyys

NACS on koulutusmallin lisäksi luonut seksologisen ammatillisen pätevyuden osoittamiseksi myös Pohjoismaisen auktorisointijärjestelmän. NACS on auktorisoinut vuodesta 2002 lähtien suomalaisia seksuaaliterapeutteja, erityistaso ja seksuaalipedagogeja (Specialist in Sexological Counselling) yhteensä yli 60 sekä kliinisiä seksologeja, vaativa erityistaso (Specialist in Clinical Sexology) yhteensä 10 (Suomen Seksologinen Seura 2008). He ovat olleet 10 vuotta alalla toimineita old timers -asiantuntijoita tai ovat suorittaneet pohjoismaiset kriteerit täyttävän koulutuksen. Vuoden 2008 alusta lukien on auktorisointijärjestelmää laajennettu ei-kliinisiin seksologian ja seksuaaliterveyden asiantuntijoihin, kuten kouluttajiin, opettajiin ja tutkijoihin.

Suomessa alan koulutuksen saaneilla seksuaaliterapeuteilla ja seksologeilla oli hoitotieteellinen, yhteiskuntatieteellinen tai lääketieteellinen koulutustausta. Heistä vain kolmannes toimi itsenäisenä ammatinharjoittajana. Useimmat asiantuntijoista teki kliinistä työtä, kouluttaen ja

opettaen, harvemmin tutkimustyötä. Seksuaaliterveyden edistäminen on hyväksytty pienimuotoisesti myös virallisiin organisaatioihin erityisosaamisen alueiksi, esimerkiksi Porvoon aluesairaalaan on perustettu seksuaaliterapeutin vastaanotto (Halme 2002), samoin Kuopion yliopistolliseen sairaalaan (Laitinen 2002). Useita yksityisvastaanottoja toimii yksityisissä lääkärikeskuksissa eri puolilla Suomea. (Valkama 2006.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007–2011 seksuaalineuvonta integroidaan osaksi perusterveydenhoitoa ja sairaanhoitoa (STM, 2007). Samalla esitetään seksuaalineuvojille ja sairaanhoitopiireissä seksuaalineuvontaa koordinoiville työntekijöille koulutusvaateita. Syksyllä 2007 perustettu seksuaalineuvontaverkosto tekee neuvontatyötä näkyväksi, kartoittaa tehtäväkuvia ja toimintaa sekä järjestää koulutusta ja työnohjausta.

Seksuaalineuvojan, seksuaaliterapeutin ja seksologin nimikkeet ovat Suomessa suojaamattomia. Osa seksologiaan koulutetuista ja auktorisoiduista toimii yksityissektorilla. Jos heillä ei ole Terveystieteiden tutkimuskeskuksen myöntämää terapiakoulutukseen perustuvaa pätevyyttä, eivät heidän asiakkaansa saa ns. KELA-korvausta. Suomen Seksologinen Seura on pyrkinyt selvittämään, millä tavoin tilannetta voitaisiin korjata.

Seksuaaliterveyden ja seksologian koulutuksen tulevaisuuden haasteita

Ehkäisevän työn haasteena on erityisesti lasten ja nuorten seksuaalikasvatus. Varhaiskasvatuksessa luodaan pohja oman kehon kunnioittamiseen ja rajojen asettamiseen. Nuorten seksuaalikasvatuksessa tulee panostaa sosioemotionaalisiin taitoihin, seksuaalisuuden kielen oppimiseen ja oman kehon seksuaalireaktioiden tunnistamiseen sekä niiden merkityksen ymmärtämiseen. Aikuisten seksuaalineuvonnassa tarvitaan panostusta tunne-elämän ja parisuhdeneuvonnan lisäksi seksuaalisen halun, erektiohäiriöiden, yhdyntä- ja orgasmiongelmiin liittyvissä kysymyksissä. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää miesten seksuaalineuvonnan mahdollistamiseen ja toteuttamiseen nykyistä paremmin ja miesten omista lähtökohdista.

Asiakkaat ja potilaat haluavat tietoa myös ikääntymiseen liittyvistä muutoksista. Ikääntyvä väestö tarvitsee seksuaalineuvontaa ja -ohjausta samoin kuin vanhuksia kotona ja laitoksissa hoitava henkilökunta tarvitsee hoitotyönsä tueksi ammatillista tietoa ja valmiuksia kohdata seksuaalisuuteen liittyviä pulmia (Valkama 2006).

Koska seksuaalisuus on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia koko elämänkaaren ajan, tulee myös sosiaali- ja terveyshuollossa toimivien ammattilaisten perustutkintojen, mukaan lukien yliopistotutkinnot, sisältää perustiedot seksuaalisuudesta ja sen kehityksestä ihmisen eri elämäntilanteissa, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä, seksitaudeista, keskeisistä seksuaaliongelmista, seksuaalisesta väkivallasta, kaupallisesta seksistä ja seksuaalisuuden kohtaamisesta asiakastilanteissa.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala toteutti lokakuussa 2007 työelämäkyselyn, jossa selvitettiin lähinnä Keski-Suomen alueen seksuaaliterveyden edistämisen alueella toimivien asiantuntijoiden tarpeita sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien koulutusohjelmien tuottamalle osaamiselle. Kyselyyn vastasi 56 seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijaa. Seksuaaliterveyden asiantuntijaosaamisen työelämätarpeina tulivat vahvasti esille seksuaalineuvonta- ja ohjaus, seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustan vahvistaminen, elämäntilanteeseen liittyvä seksuaalinen kehitys ja muutos sekä seksuaalikasvatus. Tärkeimpiä työelämäosaamisen alueita olivat eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutus, elinikäinen oppiminen sekä verkostotyö. (Sosiaali- ja terveysalan osaamistarpeiden ennakointi ja kartoitus. 2007. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Ylempi amk.)

Koulutusten tulee myös sisältää omaan ammattialueeseen liittyviä syventäviä tietoja seksuaalisuudesta. Seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmatilanteista asiantuntijoiden on usein vaikeinta kohdata seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Erityisesti koulutuksessa tulisi käsitellä seksuaalisen väkivallan ehkäisyä. Opetussuunnitelmia tulee tarkentaa niin, että em. asiat sisältyvät osamistavoitteisiin ja sisältöihin. Koulutuksen tulee myös antaa valmiuksia internetissä tapahtuvaan ohjaus- ja neuvontatyöhön. Lisäksi tarvitaan laadukasta ja ajanmukaista oppimateriaalia. Kokemukset seksologian koulutuksien moniammatillisista opiskelijaryhmistä ovat olleet myönteisiä ja niitä on syytä jatkaa. Seksuaaliterveyden näkökulma ajankohtaisine haasteineen on hyvä liittää valtakunnallisiin koulutuspäiviin.

Systemaattisen täydennyskoulutuksen avulla on huolehdittava siitä, että koulutusta antavat opettajat ovat itse syvällisesti perehtyneet asiaan, sillä vaikka seksologia ja seksuaaliasiat ovat kasvaneet laajaksi asiantuntijuusalueeksi, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten opettajille ei ole määritelty pätevyysvaatimuksia seksologian tai seksuaaliterveyden aihealueella. Vain NACS (Nordic Association of Clinical Sexology) on laatinut kriteerit seksologian opettaja- ja tutkijakoulutukselle.

Peruskoulutuksen lisäksi on välttämätöntä, että myös seksuaaliterveyden ja seksologian asiantuntijakoulutus on valtakunnassa järjestetty. Seksuaaliterveyteen ja seksuaalikysymyksiin liittyvän koulutuksen on tärkeää olla pääosin osana julkista koulutusjärjestelmää, jotta se olisi taloudellisesti tasavertaisesti saatavissa, sen laatua voitaisiin avoimesti arvioida ja että se tarjoaisi väyliä edelleen kouluttautumiseen. Järjestöjen koulutus on merkittävä erityisesti spesifisimpien seksuaalikysymysten käsittelyssä. Sekä julkisten koulutusorganisaatioiden että järjestöjen antaman koulutuksen tulee tukea toisiaan.

Verkko-opetus on yksi tapa ajankohtaisen, tutkitun tiedon sekä hyviksi koettujen käytänteiden levittämiseen. Virtuaaliammattikorkeakoulun Seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opintojen materiaalia voidaan hyödyntää myös lähiopetuksessa. Verkko-opintojen päivittämisestä, arvioinnista ja kehittämisestä on huolehdittava. Verkko-opetus ei kuitenkaan voi täysin korvata ns. kontaktiopetusta, koska seksuaaliterveyden opetuksen lähtökohtana on oppijoiden omien asenteiden ja tunteiden tunnistaminen ja työstäminen osana asiakkaan ammatillista kohtaamista.

Seksuaaliterveyden edistäminen on laaja-alainen ja monitahoinen asiantuntijuusalue minkä vuoksi ennaltaehkäisevän, hoidollisen ja kuntouttavan koulutuksen eriyttämistä on syytä pohtia. Koulutuksen tavoitteet voitaisiin kohdentaa tällöin tarkemmin. Koulutuksen tavoitteiden tarkentaminen palvelisi myös oppijoiden motivaatiota. Ennaltaehkäisevän, hoidollisen ja kuntouttavan seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustat eroavat toisistaan. Ehkäisevässä työssä seksologinen tietoperusta rakentuu ensisijaisesti terveys- ja kasvatustieteiden lähtökohdista, hoitavassa ja kuntouttavassa näkökulmassa painottuvat lääketieteellinen ja psykologinen tietoperusta.

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuteen kouluttautuminen on tarkoituksenmukaista toteuttaa virallisissa organisaatioissa, joissa mahdollistuu pitkä koulutusprosessi. Organisaation on sitouduttava edellytyksiin, joita koulutuksen ja asiantuntijuuden kehittäminen vaatii. Professionaalinen kouluttautuminen tapahtuu korkea-asteen koulutusinstituutioissa, joissa luodaan uutta tietoa ja joissa ovat koulutuksen laatuun liittyvät kontrollimekanismit. Ammattikorkeakoulujen ja tiedekorkeakoulujen tulee rakentaa yhteistyötä. Seksologisen tutkimuksen lisääminen ja systemaattisesti jäsennetyn seksologisen tietoperustan rakentaminen yhteistyössä ovat tavoiteltavia haasteita seksuaaliterveyden edistämisen työn kehittämiseksi.

Seksuaaliterveyden opetus ja osaaminen tulee perustua tutkittuun tietoon ja hyviksi koettuihin käytäntöihin. Alan tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä, eikä tähän saakka ole tarjonnut käytännön työlle paljoakaan aineksia. Seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden tutkimuksen resursointi on ollut niukkaa ja satunnaista, mikä selittää sen, että tutkimustietoa puuttuu useilta keskeisiltä aihealueilta. Toimenpiteitä tarvitaan muun muassa tutkimuksen koordinoimiseksi, systemaattisen teorian tiedon kokoamiseksi, resurssien lisäämiseksi ja aihepiirin aseman vakiin-

nuttamiseksi. Tämä edellyttää yhteistyötä tiede- ja ammattikorkeakoulujen välillä, riittävän pitkäkestoisen tutkimusohjelman laatimista ja suunnitelmaa tutkimustiedon hyödyntämisestä koulutukseen ja alan kehittämistyöhön.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan 2007–2011 (STM, 2007) on kirjattu edellä esitettyjä koulutuksen tavoitteita ja toimenpiteitä.

Lähteet

- Aalto, Seija. (2002). Sairaanhoidtaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella osastolla – Hybridinen käsite-analyysi. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Antikainen, Jorma & Taskinen, Sirpa (toim.): Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäytäneiden nuorten hoito. Stakes 2006.
- Anttila, Anna (2004)(toim.) Lapsuuden muuttuva maisema. Puheenvuoroja kulutuskulttuurin seksuaalisoinnin vaikutuksista. Stakes/ Raportteja 284. Saarijärvi 2004.
- Esko-Asikainen, Pirkko. (2000). Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla – hoitajan näkökulma. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Giami, Alain. (2002). Sexual Health: The Emergence, Development, and Devirsity of a Concept. Annual Review of Sex Research, Volyme XIII, 1–37.
- Giami, Alain, de Colomby, Patrick. (1999). Sexology as a Profession in France. Results from National Survet. Poster presented at XXVth meeting of the International Academy of Sex Research (Stony Brook, NY) 23–27 June 1999.
- Gianotten, Woet L. (2003). Sexology in the 21st century: areas, professions and tasks. European Journal of Sexology, Sexologies (XII), 45, 33-37.
- Greenberg, Jerrod S. & Bruess, Clint E. & Mullen, Kathleen & Sands, Doris. (1989). Sexuality, insights and issues. Dubuque: Vm C Brown Publishers.
- Haerberle, Erwin J. & Gindorf, Rolf. (1993). Sexology Today. A brief introduction. Berlin: DGSS.
- Huhdanperä-Ketonen Anja-Maija & Mäki Sari (2005). Hedelmälliseksi hämäläiseksi – hedelmällisyysfestarit seksuaaliterveyden edistäjänä. Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK julkaisuja 3/2005. Hämeenlinna.
- Hyde, Janet Shibley. (2001). The Next Decade Sexual Science: Synergy From Advances in Related Sciences. The Journal of Sex Research (38)2, 97–101.
- Ilmonen, Tuisku ja Nissinen Jussi: Sanasto. Julkaisussa Apter Dan, Väisälä Leena ja Kaimola Kari (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim 2006. Jyväskylä.
- Irwin, Robin. (1997). Sexual health promotion and nursing. Journal of Advanced Nursing (25) 170–177.
- Kontula, Osmo & Haavio-Mannila, Elina. (2001). Seksitreffit: Meillä ja naapurissa. Helsinki: WSOY.
- Kontula, Osmo & Meriläinen, Henna: Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöntutkimuslaitos, Katsauksia E26/2007.
- Kosunen, Elise. (2003). Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti 43, 73–77.
- Kosunen, Elise ja Ritamo, Maija (toim.) (2004): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes raportteja 282.
- Kosunen, Elise: Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Työpapereita 5/2006. Stakes, Helsinki 2006. (verkko-kirja).
- Kosunen, Elise. (2006). Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Stakes Työpapereita 5/2006. Helsinki.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuololle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Saarijärvi 2002
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2004:8. Helsinki 2004
- Lajunen, Kaija & Andell, Minna & Jalava, Leena & Kemppainen, Kaija & Pakkanen, Marjo & Ylenius-Lehtonen, Mirja: Turvataitoja lapsille. Turvataitokasvatuksen oppimateriaali. Stakes 2005.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. (a) Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Julkaisuja 2004:13
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. (b) Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Oppaita 2004:14
- Lehtonen, Jukka (Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Helsinki 2003
- Lehtonen, Jukka & Mustola, Kati (toim.): ”Eihän heterotkaan kerro...”. Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Työministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 2/04.Helsinki 2004.
- Liinamo, Arja. (2005). Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaalitervestiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Jyväskylä Studies in Sport, Physical Education and Health. Jyväskylän yliopisto.
- Nurmi, Tuulikki. (2000). Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Julkaisuja 2000:13. Helsinki: STM.
- Nykänen, Tarja. (1995). Perhesuunnittelun opetus terveydenhuolto- ja sosiaalialan koulutuksessa. Stakes ja Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos.
- Nykänen, Tarja ja Valkama, Sirpa. (1998). Perhesuunnittelun opetus terveydenhuolto- ja sosiaalialan koulutuksessa. Stakes ja Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos.
- Närte, Nina, Seppänen, Mikko & Kosunen, Elise. (2004). Sairaus ja seksuaalisuus -kyselytutkimus valmistuville lääkäreille. Suomen Lääkärilehti 17, 17–23.
- Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2006:12
- Piispa, Minna & Heiskanen, Markku & Kääriäinen, Juha & Sire'n, Reino: Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Julkaisuja 225. Helsinki 2006.
- Rautio, Maria. (2005). Selvitys terveyden edistämisen koulutuksesta sosiaali- ja terveysalalla. Käsi kirjoitus. Helsinki: Stakes.

- Rimpelä, Matti & Ritamo, Maija (toim.): Raskauden keskeyttäminen - suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes/Raportteja 126. Jyväskylä 1993.
- Ritamo, Maija & Kautto, Sari. (2000). Stakesin Perhesuunnittelu -hanke. Teoksessa Kontula O. ja Lottes I.(toim.): Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi.
- Ritamo, Maija & Kautto, Sari & Poikajärvi, Kristiina. (2000). Perhesuunnittelu 2000-hankkeen loppuraportti. Aiheita 28. Helsinki: Stakes.
- Runkel, Gunter. (2004). The Development of Sexuality and Love. Arbeitsbericht Nr. A266c. Lueneburg: Universität Lueneburg.
- Salmimies, Pekka. (1980). Toiminnallisten häiriöiden synty. Teoksessa: Salmimies, Pekka. & Achte, Kalle. Seksuaaliongelmät. Jyväskylä: Psykiatrian tutkimussäätiö, 105–116.
- Seksuaali- ja lisääntymiserveiden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki 2007.
- Seksuaaliterveys. (2006). Viitattu 9.6.2006. <http://www.amk.fi/seksuaaliterveys>.
- Sosiaali- ja terveysalan osaamistarpeiden ennakointi ja kartoitus. 2007. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Ylempi amk. Julkaisematon.
- STM (1980) Stoklosa, Jean M. & Bullard, David G. (1980). Talking about Sex: Suggestion for Professional. Front Radiot Ther Onc 14:79–82.
- STM (2007): Seksuaali- ja lisääntymiserveiden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:17
- Suomen Liikunta ja Urheilu (2002) Lupa välittää - lupa puuttua. Sukupuolinen ja seksuaalinen häirintä liikunnassa ja urheilussa. SLU-julkaisusarja 8/02.
- Taskinen, Sirpa (toim.): Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Stakes, Oppaita 55. Saarijärvi 2004.
- Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokoulutusohjelma JST 3S1 (2003–2005). Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Julkaisematon.
- Terveyden edistämisen koulutusohjelma 2008. Opetussuunnitelma 2008–2011. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala. Julkaisematon.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.
- Turunen, Merja-Maaria (toim.): Kun kaikki on kaupan... Prostituution asiantuntijaryhmän raportti. Stakes/Raportteja 190. Jyväskylä 1996.
- Valkama, Sirpa & Knuutila, Jenni. (2004). Selvitys seksuaaliterveyden opetuksesta sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa vuosina 2002–2003. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Käsikirjoitus.
- Valkama, Sirpa. (2006). Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetus-suunnitelmien sisällönanalysin ja asiantuntijakyselyn perusteella. Lisensiaattityö. Jyväskylän yliopisto.
- Väestöliitto: Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki 2006.
- www.nacs.eu (Luettu 28.3.2008).
- www.amk.fi/seksuaaliterveys (luettu 28.3.2008).
- www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html.
- www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp (luettu 28.3.2008).
- Zucker, Kenneth J. (2002). From the Editor's desk: Receiving the torch in the era of sexology renaissance. *Archive of Sexual Behaviour* (31), 1–6.

SEKSUAALINEUVONTA- JA SEKSUAALITERAPIA-KOULUTUKSEN KARTOITUS 2002

TUISKU ILMONEN, YM, kliininen seksologi/NACS

Taustaa

Eripituista seksologian jatko- ja täydennyskoulutusta on Suomessa järjestetty jo 1970-luvulta lähtien. Ensimmäinen vuoden mittainen seksuaaliterapiaan perehdyttävä koulutus järjestettiin vuosina 1980–1981. Koulutuksia ei kuitenkaan ole systemaattisesti luetteloitu eikä niihin osallistuneiden määristä ole ollut tarkkaa tietoa. Myöskään koulutusten laajuuksista, tavoitteista, rakenteesta eikä sisällöistä ole koottu tietoa.

Tämän vuoksi Stakesin Seksuaaliterveyden edistäminen -hankkeessa haluttiin kartoittaa seksuaalineuvonnan ja seksuaaliterapian koulutuksen tilannetta. Kartoitus nähtiin tärkeäksi sekä seksologian kouluttajatahojen yhteistyölle että ammattihenkilöstön pätevyyden osoittamiselle. Kartoituksen taustaryhmään kuuluivat ylitarkastaja Tuulikki Nurmi sosiaali- ja terveysministeriöstä ja projektipäällikkö Maija Ritamo Stakesista.

Seksuaalineuvonta- ja terapiakoulutuksesta lähetettiin kysely koulutuksen järjestäjille. Tässä raportissa tarkastellaan vain vähintään kolmen opintoviikon laajuisia koulutuksia, vaikka kartoituksessa oli mukana myös yhden opintoviikon mittaiset koulutukset. Mukana ovat koulutukset, jotka olivat päättyneet tai päätymässä kevään 2002 aikana. Kahdelle tai kolmelle vuodelle ajoituneista koulutuksista otettiin mukaan ne, jotka päättyivät vuoden 2002 loppuun mennessä.

Lomakkeet pyydettiin palauttamaan helmikuun loppuun 2002 mennessä, lisäaikaa vastaamiselle annettiin kuitenkin vielä syksyllä. Lisäksi monien kurssien osalta jouduttiin vastauksia vielä täydentämään puhelimitse. Vastaaminen oli mahdollista myös internetin kautta. Kartoitukseen liittyvä kysely on liitteenä 3.

Kartoituksen tavoitteet

Kartoituksen tarkoituksena oli saada kokonaiskuva Suomessa järjestetystä seksuaalineuvontaan ja seksuaaliterapiaan perehdyttävästä koulutuksesta.

Kun kartoituksen tavoitteita pohdittiin, todettiin että käytävissä oleva kahden kuukauden aika rajasi kyselyä huomattavasti ja tarkemman tiedon saaminen koulutusten aihepiireistä, niiden käsittelyyn käytetystä ajasta ja opetusmenetelmistä vaatisi uuden selvityksen. Näitä tietoja kuitenkin päätettiin kysyä kartoituksen laaditun taulukon muodossa ainakin testiluontoisesti. Kävi ilmeiseksi, että tietojen kysyminen samalla lomakkeella merkitsi liian monen muuttujan hahmottamista ja osoittautui muutoinkin työlääksi.

Kartoituksen tavoitteina nähtiin:

1. *Historian kokoaminen.* Seksologian koulutuksesta Suomessa ei ole ollut koottua tietoa. Monista alkuaikojen seksologian kursseista ovat eri tahoilla säilyneet ainoastaan niiden kurssiohjelmat, mutta suuri osa muistitiedosta on katoamassa. Samoin on käymässä niiden seksuaalineuvontaan ja -terapiaan perehdyttävien pitempien koulutusten kohdalla, joiden suunnittelijat ja kouluttajat ovat siirtyneet muihin tehtäviin tai eläkkeelle. Tässä kartoituksessa on koottu pieni osa koulutuksen historiaa. Jatkossa tämän historian kokoamista olisi mielenkiintoista jatkaa esimerkiksi haastattelemalla sekä kouluttajia että koulutuksia käyneitä.

2. *Tiedon jakaminen kouluttajatahoille* erilaisista koulutusmalleista ja niiden käytännön toteutuksesta voi antaa uusia virikkeitä ja näkökulmia koulutusten suunnitteluun. Tiedon kokoaminen mahdollistaa myös aiempaa laajempien ja toisiaan tukevien koulutuskokonaisuuksien luomista. Se voi auttaa koulutusta tuottavia tahoja järjestämään lisäkoulutusta tarvittavista teemoista sekä luomaan yhteensopivia osioita tai moduleita.
3. *Oppimateriaalien ja oheisaineistojen kartoittaminen*. Tietoa koulutuksissa käytetyistä koulutusmateriaaleista ja oheisaineistoista ei myöskään aiemmin ole koottu. Tämä antaa tärkeän lähtökohdan näiden aineistojen päivittämiseksi, arvioimiselle ja kehittämiseksi.
4. *Koulutusten aihekokonaisuuksien teemoittaminen*. Koska mm. Jyväskylän ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnoissa ja ammatillisessa jatkotutkinnossa käytetään pohjoismaisessa yhteistyössä sovittua koulutusmallia pohjana, otettiin tässäkin selvityksessä aihekokonaisuudet/sisältöjen otsikot NACS:in (Nordic Association for Clinical Sexology) kolmiportaisesta seksologian koulutusmallista. Näitä aihekokonaisuuksia tarkennettiin teemoiksi, joita otsikoiden alla on mahdollista käsitellä. Tämä voi auttaa kouluttavia ja koulutusta suunnittelevia tahoja jäsentämään paremmin koulutuskokonaisuuden sisältöjä ja arvioimaan niihin tarvittavaa asiantuntemusta sekä materiaaleja.
5. *Opetusmenetelmien kartoitus*. Myös eri aihekokonaisuuksien ja teemojen käsittelyssä käytettyjä opetusmenetelmiä pyrittiin kartoittamaan pyytämällä nimeämään kunkin aihepiirin tai teeman kohdalla kolme tärkeintä menetelmää.
6. *Koulutusten vertailu*. Yhdistämällä käsitellyt teemat, niiden laajuudet ja käytetyt opetusmenetelmät voitaisiin saada tietoa kunkin koulutuksen painopisteistä ja näin hahmottaa kunkin koulutuksen profiili. Tämän arviointi jää jatkoselvitysten varaan.
7. *Motivointi ja rohkaisu koulutuksen aloittamiseen*. Tieto erilaisista koulutusmalleista, käsiteltävistä aihepiireistä ja teemoista sekä koulutusmateriaaleista, oheisaineistoista ja kirjallisuudesta voisi helpottaa aihepiirin haltuunottoa ja seksologian opetuksen aloittamisesta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa.
8. *Ammattinimikkeiden yhdenmukaistaminen*. Seksuaalivouktoa ja seksuaaliterapiaa tekeville ei toistaiseksi Suomessa ole ollut ammattinimikesuojaa tai koulutustasovaatimuksia (2001), minkä vuoksi ammattinimikkeiden käyttö on ollut kirjavaa. Kartoituksessa on tiedusteltu myös kouluttajatahojen mahdollisesti antamia suosituksia nimikkeiden käytöstä. Tämän pohjalta on mahdollista jatkossa pohtia myös nimikkeiden yhdenmukaisempaa käyttöä.
9. *Opintosuoritusten arviointi ja hankkiminen*. Pohjoismaiseen kliinisen seksologian koulutusmalliin liittyy myös nimikkeiden auktorisointi. Suomalaisten koulutusten kartoituksesta voi olla apua myös suomalaisten hakiessa pohjoismaiset kriteerit täyttäviä pätevyyyksiä. Samoin kartoitus voi auttaa kouluttajatahoja niiden arvioidessa opiskelijoiden aiempia opintosuorituksia ja auttaa eri koulutuksia käyneitä hankkimaan lisäkoulutusta sellaisista aihepiireistä/teemoista, joita koulutuksen puitteissa ei ole käsitelty riittävästi tai ei lainkaan.

Perustiedot ja materiaalit

Kouluttajatahoilta pyydettiin seuraavat tiedot:

1. Koulutuksen nimi, ajankohta ja järjestäjä/t.
2. Koulutettujen lukumäärä.
3. Koulutuksen perusrakenne eli lähiovetuspäivien ajoitus ja mahdollinen välajaksojen työskentely.
4. Koulutuksen kohderyhmä, valintamenettely ja valintakriteerit.
5. Koulutuksen kokonaistuntimäärä, opintoviikkojen määrä sekä näiden jakautuminen lähi- ja etäopetukseen. Molemmista kysyttiin myös eri työskentelymenetelmien tuntimäärät.

6. Koulutuksen yleistavoitteet sekä näkemys siitä, mitä uusia taitoja koulutuksen katsottiin antavan.
7. Mahdolliset suositukset eri ammattinimikkeiden käytöstä.
8. Koulutuksen arviointimenetelmät.
9. Tärkeimmät koulutuksessa käytetyistä opetusmateriaaleista ja oheisaineistoista.
10. Koulutuksen pakolliset lukutehtävät.
11. Onko kouluttajataho järjestänyt myös lyhyempiä (alle yhden opintoviikon) seksuaalineuvontaan perehdyttäviä kursseja?
12. Onko kouluttajataho järjestänyt muuta seksologian koulutusta?

Tässä raportissa käsitellään saadut vastaukset kohtiin 1–8 ja 11–12. Käytettyjen opetusmateriaalien, oheisaineistojen, lukutehtävien ja kirjallisuusluetteloiden tarkempi koostaminen jää jatko-työskentelyn varaan. Niistä joudutaan pyytämään lisätietoja ja tekemään tarkennuksia. Myös koulutuksissa käytettyjen opetusmateriaalien päivittäminen vaatisi oman projektinsa.

Kouluttajatahoilta pyydettiin myös kopiot lähiopetusjaksojen ohjelmista. Näitä ei kaikilta saatu, koska varsinkin varhaisten kurssien materiaali on jo siirtynyt järjestäjätahojen arkistoihin ja sen saaminen edellyttäisi lisäponnistuksia. Lisäksi pyydettiin kopioita kirjallisista ohjeista, joita kurssilaisille on mahdollisesti annettu etätyöskentelyä, yksilötyöskentelyä ja/tai työnohjausryhmiä varten. Näitä ei monillakaan kursseilla ole ilmeisesti käytetty, koska niitä ei juuri ole toimitettu.

Koulutusten sisällöt ja opetusmenetelmät

Kartoitusta suunniteltaessa kiinnostavina kysymyksinä nähtiin myös koulutusten sisällöt ja käytetyt opetusmenetelmät. Keskeiset kysymykset olivat: Mitä aihekokonaisuuksia ja teemoja oli käsitelty? Mikä oli kunkin aihekokonaisuuden käsittelyn laajuus? Mitkä opetus-/työskentelymenetelmät olivat eri aihekokonaisuuksien käsittelyssä keskeisiä?

Aihekokonaisuudet/sisältöjen otsikot otettiin NACS:in (Nordic Association for Clinical Sexology) kolmiportaisesta seksologian koulutusmallista. Näitä sisältöjä tarkennettiin teemoiksi, joita otsikoiden alla on mahdollista käsitellä. Teemoitus soveltuu nimenomaan neuvonta-koulutusten sekä 3–10 opintoviikon seksuaaliterapiakoulutusten jäsentämiseen. Laajempien seksuaalineuvonta sekä pari- ja seksuaaliterapiakoulutusten sisältöjen analysointiin tarvittaisiin luultavasti tarkentavia teemoja.

Eri aihekokonaisuuksien ja teemojen käsittelyssä käytettyjä opetusmenetelmiä pyrittiin kartoittamaan pyytämällä kouluttajatahoa nimeämään kolme tärkeintä menetelmää seuraavalla tavalla määriteltynä:

1. *Luentoon* sisällytetään myös teemasta sen yhteydessä käyty keskustelu.
2. *Opetuskeskustelulla* tarkoitetaan muuta kouluttajan/opettajan ohjaamaa keskustelua jostakin teemasta.
3. *Ryhmätehtävällä* tarkoitetaan työskentelyä, jossa ideoidaan, tuotetaan ratkaisuja ongelmiin tai laajennetaan jotakin teemaa.
4. *Ryhmäprosessilla* tarkoitetaan työskentelyä, jossa keskitytään ryhmän jäsenten tunteisiin ja reaktioihin, niiden tunnistamiseen ja jäsentämiseen. Myös psykodraama tai Gestalt-terapiassa käytetty yksilötyöskentely ryhmässä voidaan luokitella tähän.
5. Aihepiiristä tai tarkemmasta teemasta kertova *filmi*.
6. *Demonstraatioiden/ rooliharjoitusten* lisäksi tähän luokkaan voidaan lukea sosiodraama ja muut toiminnalliset opetusmenetelmät. Näihin voidaan lukea myös neuvonta- tai opetus-tilanteista ryhminä valmistellut demonstraatiot.
7. *Materiaalin/aineiston esittelyyn* voidaan lukea mukaan myös kurssilaisten kirjallisuudesta tekemät esseet, kirjojen tms. esittelyt tai referaatit.

8. *Tutustumiskäynti.*
9. *Teemasta esitetty lopputyö.*

Lomakkeen täyttämiseksi laadittiin ohjeistus, joka sisälsi myös mallilomakkeen.

Koska lomakkeella kysyttiin samanaikaisesti useita tietoja, osoittautui sen täyttäminen hyvin työlääksi. Lisäksi joidenkin kouluttajatahojen oli vaikea täyttää lomaketta, koska asianomaisen koulutuksen suunnittelijan tietoja ei ollut käytettävissä. Jatkossa voidaan arvioida sitä, miten tällaista tarkempaa tietoa tulisi koulutuksista yksinkertaisemmalla tavalla koota. Tällaisena lomake ei ollut toimiva varsinkaan laajempien koulutuskokonaisuuksien jäsentämiseen. Se palveli kuitenkin hyvin aihealueen teemojen hahmottamista, mistä joiltakin kouluttajatahoilta tuli erityistä kiitosta.

Seksologisen koulutuksen lyhyt historia

Koulutuksen alkuvaiheet

1970-luvulla Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry oli ensimmäinen seksologian koulutusta järjestävä organisaatio. Sekä yksin että yhteistyössä muiden tahojen kanssa järjestettiin sekä viikon mittaisia seksologian peruskursseja että lyhyempiä teemaseminaareja. 1980-luvulta lähtien myös monet muut tahot ovat järjestäneet lyhyitä jatko- ja täydennyskoulutuksia. Erityisen tärkeää oli Lääkintöhallituksen mukaan tulo yhdeksi koulutusten järjestäjäksi sekä terveyskasvatukseen ja tartuntatautien ehkäisyyn tarkoitettujen määrärahojen saaminen kurssien rahoitukseen. Rahoitusta saatiin nimenomaan lyhytkursseille.

Ensimmäinen seksuaaliterapiaan perehdyttävä koulutus järjestettiin vuosina 1980–81. Ajatus koulutuksen järjestämisestä syntyi kansainvälisen Perheneuvontajärjestöjen liiton (IUFO) avioliittokomission vuosikokouksessa 1979 Turussa. Siellä myös suomalaisilla osanottajilla oli mahdollisuus kuulla muissa maissa järjestetystä seksuaalineuvonnasta ja erityisesti Englannin perheneuvontajärjestön, The National Marriage Guidance Council'in (NMGC) tekemästä sovelluksesta amerikkalaisten William Mastersin ja Virginia Johnssonin seksuaaliterapiaan. Kirkon perheneuvonnasta paikalla oli pastori Tuomo Weckroth ja Väestöliitosta psykologi Irja Ikonen. Heidän aloitteestaan Kirkon perheasiain toimiston ja Väestöliiton päätös yhdessä järjestettävästä koulutuksesta syntyi jo samana vuonna ja seuraavana vuonna englantilaisen järjestön kanssa saatiin aikaan sopimus seksuaaliterapeuttien koulutusohjelman toteuttamisesta Suomessa. Koulutuksen toteuttamiselle ratkaisevaa oli, ettei NMGC perinyt palkkiota kouluttajien työstä, järjestäjät maksoivat ainoastaan matkat ja majoituksen sekä vuokran käytetystä materiaalista.

Noin vuoden kestänyt koulutus sisälsi kaksi viikon mittaista ja yhden kaksipäiväisen seminaarin eli yhteensä 12 lähiopetuspäivää. Lisäksi koulutettavat osallistuivat itseohjautuviin työnohjausryhmiin vähintään 20 tuntia. Koulutuksen kokonaistuntimäärä oli näin laskien 128 tuntia eli noin kolme opintoviikkoa. Yksilöllistä työskentelyä, kuten kirjallisuuteen ja muuhun materiaaliin perehtymistä ei tällöin vielä otettu huomioon kokonaistuntimäärää laskettaessa. Varovaisestikin arvioiden tämän koulutusohjelman laajuus oli neljä opintoviikkoa.

Pääkouluttajina toimivat psykologi Alison Glegg ja lääkäri David Glegg ja II seminaarissa prof. Antero Toskala. Koulutukseen osallistui 40 henkilöä. Kaikilla oli pohjakoulutuksena jokin sosiaali- tai terveydenhuollon tutkinto tai he olivat kirkon perheneuvoja. Koulutuksen kaikki kurssit toteutettiin internaattimuotoisina. Tälle koulutukselle järjestettiin vuosina 1982–1983 kolme lyhyttä jatko-seminaria, joihin kuhunkin osallistui noin puolet kurssilaisista. Yhden kaksipäiväisen seminaarin kouluttajana oli jälleen Alison Glegg.

SS (specific suggestions) = erityisohjeiden antaminen koskee jälleen pienempää määrää tapauksia. Erityisohjeet voivat liittyä vuorovaikutukseen tai elämäntapaan tai ne voivat olla erilaisia tehtäviä.

IT (intensive therapy) = intensiivinen terapia. Tällä tasolla on kaikkein vähiten tapauksia, koska suurin osa ihmisistä ei välttämättä tarvitse terapiaa, vaan he voivat tulla autetuiksi jo edellisillä tasoilla.

Kaksi ensimmäistä tasoa; luvan ja tiedon antaminen ja jossakin määrin erityisohjeiden antaminen muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan sanoa *seksuaalineuvonnaksi*. Ihannetilanteessa seksuaalineuvonnan tulisi toteutua sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen peruspalveluissa. Vasta kun mennään pidemmälle erityisohjeiden antamisessa, tarvitaan erikoispalveluja ja esimerkiksi *seksuaaliterapiaa*.

Tarkempi kuvaus PLISSIT- mallista liitteessä 1.

Myöhemmät pitkät seksuaalineuvonta- ja terapiakoulutukset

Suomalaisin voimin järjestetyt noin vuoden mittaiset koulutukset alkoivat vuonna 1984. Näissä englantilaisen mallin pohjalta suunnitelluissa koulutuksissa järjestäjätahot vaihtelivat. Mukana olivat A-klinikkasäätiö, HYKS:in psykiatrian klinikka, Lääkintöhallitus, Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry, Suomen Perheterapiayhdistys ry ja Väestöliitto ry. Näistä koulutuksista suurin osa toteutettiin internaattimuotoisina, mikä soveltuu erityisen hyvin prosessityöskentelyyn.

Sekä Englannista tuotettu koulutuksessa että muissa 1980-luvulla järjestetyissä koulutuksissa koulutusryhmät olivat melko suuret; 29–40 henkeä.

Yhden seksuaaliterapian koulutusohjelman järjesti Helsingin yliopiston Vantaan täydennyskoulutuslaitos vuosina 1990–91. Rakenteeltaan tämä koulutus oli ensimmäinen, joka useampipäiväisten seminaarien sijasta koostui erillisistä koulutuspäivistä, joita oli kahden lukukauden aikana 18. Koulutettavia tällä kurssilla oli 17.

Sexpo säätiö (aikaisemmin Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry) oli mukana järjestäjänä useimmissa pitkissä koulutuksissa 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa. SEXPO aloitti omien, vuoden kestävien seksuaalikasvatukseen ja -neuvontaan perehdyttävien koulutusten järjestämisen vuonna 1996. Näistä kolme ensimmäistä olivat laajuudeltaan 4,5–5,5 opintoviikkoa ja lähiopetuspäivien määrä 14. Vuoden 1999 jälkeen järjestetyt kolme koulutusta ovat olleet laajuudeltaan 10 opintoviikkoa. Näissä lähiopetuspäivien määrä on ollut 15.

Vuonna 1992 SEXPO aloitti yhteistyössä Kehitysvammaliiton kanssa järjestetyt seksuaalineuvontakoulutukset, joiden erityisalueena on ollut vammaistyö. Näitä oli kevääseen 2002 mennessä järjestetty kolme 4 opintoviikon laajuisena, jolloin lähiopetuspäivien määrä oli 13. Lisäksi oli käynnissä yksi vuonna 2001 alkanut 10 opintoviikkoon laajennettu koulutus, jossa lähiopetuspäivien määrä oli 15.

Lisäksi SEXPO järjesti yhden 4,5 opintoviikon laajuisen seksuaaliterapiakoulutuksen vuosina 1997–1998. Lähiopetuspäiviä oli 14. Vuosina 2001–2002 järjestettiin myös seksuaalineuvontakoulutuksen käyneille tarkoitettu pari- ja seksuaaliterapiakoulutus, jossa lähiopetuspäiviä työnohjauspäivineen oli 18.

Sekä SEXPO:n omissa koulutuksissa että Kehitysvammaliiton kanssa järjestetyissä koulutuksissa opiskeluryhmät ovat yleensä olleet varsin pieniä; 9–16 henkeä. Pääkouluttajia on ollut 1–2. Ainoastaan yhdessä Perheterapiayhdistyksen kanssa järjestetyssä koulutuksessa ryhmä oli suurempi; 28 opiskelijaa, jolloin koulutuksessa oli kolme pääkouluttajaa.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu (JAMK). Vuodesta 1995 on Jyväskylän ammattikorkeakoulussa voinut suorittaa 10 opintoviikon laajuisen Seksuaalineuvonnan perusteet -opintokokonaisuuden. Näitä koulutuksia oli kevääseen 2002 mennessä ollut yhteensä seitsemän. Koulutusten osanottajamäärä oli kussakin 20 henkeä ja pääkouluttajia oli kaksi. Kahteen ensimmäiseen koulutukseen JAMK sai Keski-Suomen lääninhallituksen tukea.

Uuteen vaiheeseen siirryttiin keväällä 1997 kun JAMK käynnisti ensimmäisen seksologian ammatillisten erikoistumisopinnot 40 opintoviikon koulutuksen, jossa opinnot on ajoitettu kolmelle vuodelle. Erikoistumisopinnot on toteutettu ammattikorkeakouluasetukseen perustuvana koulutuksena, joiden rahoitus on saatu opetusministeriöltä.

Erikoistumiskoulutuksissa on henkilökohtaisen opintosuunnitelman mukaisesti mahdollista erikoistua seksuaalipedagogiikkaan tai seksuaaliterapiaan, jolloin koulutuksen tavoitteena on antaa pätevyys toimia asiakastyössä PLISSIT -mallin kolmannella tasolla. 40 opintoviikon opintokokonaisuus muutettiin vuonna 2001 30 opintoviikon laajuiseksi, mikä edellyttää 10 opintoviikon neuvontakoulutuksen suorittamista. Erikoistumisopinnot viides koulutusryhmä alkoi syksyllä 2002. Ryhmien koot ovat vaihdelleet 8–17 henkeen ja pääkouluttajia on ollut kolme.

Keväällä 2002 JAMK sai opetusministeriöltä seksologian opintojen jatko-opinto-oikeuden ja tutkinnossa seksuaaliterveyden suuntautumisvaihtoehto on laajuudeltaan 40–60 opintoviikkoa aiemmasta tutkinnosta riippuen. Sen tavoitteena on antaa pätevyys toimia PLISSIT-mallin neljännellä tasolla, mikä mahdollistaa NACS:in koulutusohjelman kliinisen seksologian erikoisasiantuntijatason koulutuksen. Tämän koulutuksen, samoin kuin erikoistumisopinnot suunnittelussa ammattikorkeakoulu on yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen kanssa.

Vuonna 2002 aloitettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulussa myös neljän opintoviikon koulutuskokonaisuus Ihmisen seksuaalisuus 1–2.

Lapin terveystieteiden ja sosiaalialan oppilaitos (Rovaniemen ammattikorkeakoulu, RAMK) käynnisti 10 opintoviikon seksuaaliohjaajan/neuvojan koulutuksen on yhteistyössä SEXPO:n kanssa vuonna 1997. Vastaava koulutus järjestettiin myös vuosina 1997–1998 ja 1998–1999. Tämän jälkeen RAMK järjesti yksin yhden koulutuksen vuonna 1999–2000.

Rovaniemen ammattikorkeakoulun opintoryhmissä oli 20 opiskelijaa kussakin ja niissä oli kaksi pääkouluttajaa. Kaikissa koulutuksissa käytettiin pääkouluttajien ohjaamia työhönuhjausryhmiä, joiden työskentelyaika oli 40–60 tuntia. Lähiopetuspäivien määrä vaihteli 12–15 päivään. Koulutuksissa hyödynnettiin kurssilaisien osaamista eri teemojen käsittelyssä heidän yksin tai ryhminä laatimiensa alustusten muodossa. Lopputyön saattoi tehdä joko esitettäväksi tai henkilökohtaisena, jolloin sen tarkasti ainoastaan kouluttaja.

RAMK sai neuvontakoulutuksiinsa Lapin lääninhallituksen rahoitusta.

RAMK:ssa on lisäksi toteutettu kaksi opintokokonaisuutta (20 opintoviikkoa ja 19 opintoviikkoa) teemalla “Naisen terveyden haasteet” vuosina 1998–2000. Tämän koulutuksen rahoitti Lapin lääninhallitus.

Helsingin Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja palveluyksikkö (Stadia) aloitti 10 opintoviikon Seksuaalisuus-opintokokonaisuuden 1998 ja toteutti sen myös vuonna 1999. Näihin kahteen koulutukseen Stadia sai Uudenmaan lääniltä osittaista rahoitusta. Koulutuksen nimi muuttui vuonna 2000 seksuaalineuvojakoulutukseksi ja vuonna 2002 Seksuaalineuvonnan perusteet -nimiseksi.

Väestöliitto oli järjestämässä ensimmäistä seksuaaliterapiaan perehdyttävää koulutusta yhdessä Kirkon perheasiain toimiston kanssa vuosina 1980–1981. Se oli pääjärjestäjänä myös vuosina 1986–1987 yhdessä SEXPO:n kanssa järjestetyssä “Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyös-

sä” -koulutuksessa. Tässä koulutuksessa seksuaalineuvontaan ja seksuaaliterapiaan perehtyville kurssilaisille suurin osa opetuksesta oli yhteistä, osan aikaa työskenneltiin eri ryhmissä.

Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka järjesti vuosina 2001–02 lääkäreille tarkoitettua kliinisen seksologian koulutuksen, jonka laajuus oli 3,5 opintoviikkoa. Vuonna 2000 aloitettiin kaksivuotinen pariterapian koulutus nimellä “Parisuhde - intiimiys - seksuaalisuus”, jossa integroidusti käsiteltiin myös parisuhteen seksuaalisuuteen liittyviä teemoja. Koulutuksen rakenteen vuoksi on järjestäjien mukaan vaikea suoraan erottaa seksuaalisuuden käsittelyn osuutta kokonaistuntimäärästä, arviona voidaan sanoa vähintään 4 opintoviikkoa. Uusi koulutus aloitettiin syksyllä 2002.

Kirkon perheasiain toimisto oli ensimmäisen seksuaaliterapiakoulutuksen toinen pääjärjestäjä. Perheasiain toimiston järjestämissä perheneuvojen erikoistumiskoulutuksissa on 1970-luvulta lähtien ollut noin yhden opintoviikon laajuinen seksuaalikysymyksiin perehdyttävä osa. Lisäksi seksuaalisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä on käsitelty perheneuvojen täydennyskoulutuksena järjestetyissä seminaareissa.

Helsingin Terapiakeskus ja Metodi Team ovat toimineet myös seksuaaliterapian kouluttajina. Näistä koulutuksista ei ole saatu tarkempaa tietoa.

Pohjoismainen koulutusmalli

Nordic Association for Sexology (NACS), on Pohjoismaiden ministerineuvoston rahoituksella suunnitellut seksologian kolmiportaisen koulutusmallin. Suomi on ollut mukana tämän suunnitelman tekemisessä. Koulutusmalli hyväksyttiin NACS:n kokouksessa syyskuussa 1999. Koulutusjärjestelmän tavoitteena on 1. yhdenmukaistaa pohjoismaisten koulutusten sisältöjä, 2. mahdollistaa opintojen suorittamisen joustavasti missä Pohjoismaassa tahansa ja 3. luoda auktorisointijärjestelmä koulutuksen käyneille. Auktorisointijärjestelmään liittyvät säännöt hyväksyttiin alustavasti NACS:n yleiskokouksessa syksyllä 2000 ja niitä tarkennettiin seuraavana vuonna.

NACS:n koulutusmalli on kokonaisuudessaan 80 opintoviikon (ov) laajuinen ja jakautuu seuraavasti: I Perustaso 20 ov (800 t), II Neuvontakoulutus 20 ov (800 t) ja III Kliinisen seksologian erikoisasiantuntijan koulutus 40 ov (1 600 t).

Koulutusperinteestä johtuen Suomeen on luotu oma, pohjoismaisen koulutusmallin rakenteesta tasoilla I ja II poikkeava koulutusjärjestelmä. Koska Suomessa on jo pitkään järjestetty 10 opintoviikon laajuisia perustason (seksuaalineuvojakoulutus ym.) koulutuksia, tuntui luonteelta säilyttää perustaso edelleenkin 10 opintoviikon (400 t) laajuisena ja näin neuvontakoulutuksen laajuudeksi jäi 30 opintoviikkoa (1 200 t). Kolmas taso, kliininen seksologia, tulee olemaan yhteneväinen pohjoismaisen koulutusjärjestelmän kanssa. Poikkeuksen suomalaisessa koulutusjärjestelmässä tekee Turun Ammattikorkeakoulu, joka perustasolta lähtien tulee toteuttamaan koulutuksen pohjoismaisen mallin mukaisesti. Turussa ensimmäinen I Perustason koulutus alkoi syksyllä 2002.

Tarkempi selvitys NACS:n koulutusmallista löytyy yhdistyksen sivuilta www.nacs.eu.

Mitä kartoitus kertoi pitkistä koulutuksista?

Kouluttajatahot

Kyselyt postitettiin koulutusten pääjärjestäjinä toimineille tahoille. Pääjärjestäjäksi on luokiteltu se taho, joka yhteistyönä organisoiduissa koulutuksissa on hoitanut myös käytännön järjestelyistä ainakin rahaliikenteen. Tahoja, jotka ovat olleet pääjärjestäjinä vähintään kolmen opintoviikon mittaisissa seksuaalineuvontaan ja/tai seksuaaliterapiaan perehdyttävissä koulutuksissa oli 10. Näistä kahdeksalta saatiin ainakin osa pyydetyistä tiedoista. Näiden kahdeksan järjestämiä koulutuksia oli kevääseen 2002 mennessä ollut tai oli juuri päätymässä yhteensä 43. Näistä yhteistyössä jonkun/joidenkin muiden tahojen kanssa järjestettiin 13 koulutuskokonaisuutta. Yhteistyötahot näkyvät liitteessä 4.

Pääjärjestäjinä toimineista kouluttajatahoista kuusi ilmoitti järjestäneensä myös lyhyempiä seksuaalineuvontaan/terapiaan perehdyttäviä koulutuksia ja samoin kuusi ilmoitti järjestäneensä muutakin seksologian koulutusta. Yhteistyötahoilta ei muista koulutuksista ole kysytty, joten kartoitus ei tältä osin ole kattava.

Pitkien koulutusten kouluttajatahot pääjärjestäjän mukaisesti

A-klinikkasäätiö

Helsingin Ammattikorkeakoulu

Helsingin Terapiakeskus Oy

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kirkkohallitus/ perheasiain toimisto

Lapin terveyst- ja sosiaalialan oppilaitos/Rovaniemen Ammattikorkeakoulu

Metodi Team Oy

Sexpo säätiö (aikaisemmin Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry)

Suomen Perheterapiayhdistys ry

Väestöliitto ry

Koulutuksen laajuudet ja osanottajamäärät

Ns. pitkät koulutukset ovat vaihdelleet laajuudeltaan noin kolmesta opintoviikosta 40 opintoviikkoon. Pituudella on haluttu viitata myös siihen, että 3–10 opintoviikon koulutukset ovat yleensä ajoittuneet lähes vuoden tai kahden lukukauden pituiselle jaksolle, jolloin kurssilaisille on myös jäänyt enemmän aikaa omalle prosessille ja välajaksojen tehtäville. 30 ja 40 opintoviikon koulutukset puolestaan ovat ajoittuneet kahden ja kolmen vuoden ajalle.

Opintojen laajuuden määrittely opintoviikkoina tuli käyttöön vasta vuonna 1992 ammattikorkeakoulu-uudistuksen myötä. Tällöin opintojen ja opintosuoritusten yhdenmukainen seuraaminen mahdollistui. Opintoviikko-käsitteen myötä on vakiintunut mm. kirjallisuuteen perehtymiseen kuluvan ajan muotoutuminen opintoviikoiksi: 500 sivua suomenkielistä kirjallisuutta vastaa yhtä opintoviikkoa ja 350 sivua vieraskielistä kirjallisuutta yhtä opintoviikkoa.

Ennen vuotta 1995 järjestetyistä koulutuksista on yleensä ilmoitettu vain lähiopetukseen käytetyt tunnit ja työnohjausryhmissä työskentelyn minimiaika. Kirjallisuuteen perehtymistä ja muuta yksilöllistä työskentelyä ei ole laskettu koulutuksen kokonaisekseen, vaikka näitä olisi koulutuksiin kuulunut. Monien koulutusten oheismateriaalina on lisäksi annettu kirjallisuusluettelaita, vaikka pakollisia lukehtavia ei olisi annettukaan. Joillakin kursseilla ei lähiopetustunteihin ole kirjattu myöskään sellaisia seminaareissa annettuja yksilötehtäviä, jotka on purettu kurssilla tai jotka ovat olleet edellytyksenä muulle työskentelylle.

Näistä syistä koulutusten laajuuksia on vaikea suoraan vertailla. Muun kurssimateriaalin pohjalta on kuitenkin mahdollista arvioida etätehtäviin käytettyä aikaa ainakin joidenkin kurssien osalta. Liitteessä n:o 4 on opintoviikkojen kohdalle joidenkin koulutusten kohdalle merkitty sulkuihin koulutuksen laajuus myös em. arvio huomioon ottaen. Joidenkin koulutusten kohdalla tämä merkitsee sitä, että myös kurssitodistuksiin merkityt tuntimäärät ovat liian pienet. Laajuuksien uudelleen arviointi edellyttäisi jatkotyöskentelyä.

Ns. pitkien koulutusten laajuudet opintoviikkoina ja näihin osallistuneiden määrät

ov	Koulutusten määrä	Koulutettujen määrä
3–9	15	310
10–20*	24	407
21–40	4	34
Yhteensä	43	751

* Väestöliiton integratiivisen pariterapian koulutus on luokiteltu tähän ryhmään. Taulukosta puuttuvat Helsingin Terapiakeskuksen ja Metodi Teamin koulutukset.

Koulutettujen kokonaismäärä eri kursseilla oli yhteensä 751. Kokonaismäärässä on otettava huomioon, että monet koulutetuista ovat käyneet useita koulutuksia, joten koulutettujen henkilömäärä on pienempi kuin kokonaismäärä.

Liitteessä 4 on nähtävissä aikajärjestyksessä kunkin koulutuksen järjestäjä/t, koulutuksen nimi, vuosi, opintoviikkojen ja koulutettujen määrät sekä koulutuksen perusrakenne.

Vuosien varrella järjestettyjen koulutusten nimet ovat vaihdelleet ja niiden käyttö saattaa vaikuttaa ajoittain epäjohdonmukaiselta. Ensimmäinen seksuaaliterapiaan perehdyttävä koulutus oli nimeltään Seksuaalineuvontakoulutus, eikä monien myöhempienkään koulutusten nimestä aina voi päätellä niiden sisältöjä ja painopisteitä. Jokaisella nimikkeellä on oma historiansa ja ne heijastelevat sekä koulutuksen ajankohtaa ja kouluttajien tausta-ajattelua että koulutuksen sisältöjä.

Liitteestä 4 ilmenee, oliko koulutuksen tavoite perehdyttää seksuaalikasvatukseen, -neuvontaan ja/tai -terapiaan. Koulutusten tavoitteet ja niiden antamat uudet taidot kuvaavat tarkemmin eri koulutusten painotuksia.

Kohderyhmät ja koulutettävien valintamenettely

Koulutusten kohderyhmän määrittivät kaikki vastanneet sosiaali- tai terveydenhuollon tai opetustoimen ammattihenkilöstöksi tai vastaavaksi. Valintamenettelyssä perusedellytys tällöin oli näiden alojen perustutkinto tai tutkinnon opiskelu. Joissakin tutkinto määriteltiin tarkemmin vähintään opistoasteiseksi tutkinnoksi.

Seksuaaliterapiaan perehdyttävissä koulutuksissa joissakin on edellytyksenä ollut pari- tai perheterapian koulutus tai joku muu terapiamenetelmiin perehdyttävä koulutus sekä mahdollisuus tehdä koulutuksen aikana asiakastyötä. Joissakin koulutuksissa edellytettiin myös henkilökohtaista työnohjausta.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun seksologian koulutusmallissa erikoistumisopintojen edellytyksenä ovat olleet aiemmin suoritettu Seksologian perusteet (10 ov) sekä vähintään 6 kuukauden soveltuva työkokemus.

Erityiskriteerejä ei luonnollisestikaan ollut oppilaitosten vapaavalintaisissa opintokokonaisuuksissa, jotka liittyivät perustutkinnon suorittamiseen tai olivat näiden laitosten täydennyskoulutuskursseja, joissa käsiteltiin joitakin seksuaalineuvontaan tai -terapiaan liittyviä perusteemoja.

Pääosin hakumenettelyinä oli joko vapaamuotoinen hakemus tai hakulomake. Jyväskylän ammattikorkeakoulu on erikoistumisopintoihin hakeneiden kohdalla käyttänyt lisäksi ryhmämuotoista haastattelua. Jyväskylässä on erityisesti painotettu koulutukseen hakeutuvien motivaatiota valintaperusteena. Väestöliiton integratiivisen pariterapiakoulutuksen valinnoissa on tarvittaessa käytetty myös soveltuvuushaastattelua.

Koulutusten tavoitteet ja arviointi

Tavoitteet

Koulutusten yleistavoitteita oli 3–5,5 opintoviikon laajuisissa koulutuksissa määritelty esimerkiksi seuraavasti:

- Lisätä tietoutta seksuaalielämän toiminnallisista häiriöistä, seksuaaliterapian taitoja ja oman seksuaalisuuden tuntemusta.
- Lisätä valmiuksia kohdata ja hoitaa seksuaalielämän vaikeuksia.
- Antaa tiedolliset ja taidolliset valmiudet seksuaalielämän ja sen häiriöiden ymmärtämiseen ja hoitomenetelmiin.
- Edistää terapiatyötä tekevien tiedollisia ja taidollisia valmiuksia työskennellä seksuaalikäytösten parissa.
- Antaa valmiuksia seksuaalikasvatuksen, -neuvonnan ja -terapian tekemiseen, keskeistä omien asenteiden uudelleen arviointi ja oman prosessin läpikäynti oman seksuaalisuuden suhteen.
- Antaa valmiuksia seksuaalisuuden kohtaamiseen vammaistyössä ja toimia seksuaalikasvattajana ja/tai -neuvojana.
- Antaa valmiuksia toimia seksuaalikasvattajana, -neuvojana ja/tai terapeuttina, keskeistä oman seksuaalisuuden prosessointi.
- Tiedon saaminen ajankohtaisista seksuaalikäytöistä, lisätä valmiutta seksuaalisuuden huomioimiseen asiakastyössä.

Yleistavoitteina 10–20 opintoviikon koulutuksissa määriteltiin:

- Perehtymistä seksuaalisuuden eri ilmiöihin, peruskäsitteisiin, seksuaalisuuteen liittyviin häiriöihin, näkemys omista ohjaus- ja neuvontataidoista, oman ammatillisen kompetenssin tunnistaminen, opitaan omia asenteita ja seksuaalisuutta.
- Seksuaaliohjaajana/neuvojana toimiminen käyttäen kurssilla saatuja tietoja ja taitoja.
- Perehdytään seksuaalisuuden eri ilmenemismuotoihin, seksuaalineuvonnan menetelmiin ja seksuaaliongelmien hoitokäytäntöihin. Tavoitteena on ammatillisten valmiuksien kehittäminen neuvontatyössä ja oman ammattipersonan kehittyminen.
- Antaa valmiuksia seksuaalikasvatuksen ja -neuvonnan tekemiseen.
- Antaa valmiuksia laaja-alaiseen ja syventävään näkemykseen seksuaalineuvonnasta sekä teoreettisia että käytännöllisiä valmiuksia käsitellä seksuaalikäytöksiä asiakastyössä. Korostus oman seksuaalisuuden ja ammattipersonan tarkastelussa.
- Lisätä/syventää hoitohenkilökunnan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia eri ikäisen tytön/naisen/perheen seksuaalisuuden kohtaamisessa. Lisätä/syventää hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata ja tukea raskaana olevaa, synnyttävää ja synnyttäneitä naista/perhettä.

Yleistavoitteina 30–40 opintoviikon koulutuksissa määriteltiin:

- Syvennetään seksologian osaamista, hankitaan seksuaaliterapeuttisia tai seksuaalipedagogisia taitoja, tunnistetaan oma pätevyys, arvot ja asenteet, luodaan oma ammattietiikka, luodaan uusia työvälineitä/menetelmiä kohdata seksuaalikysymyksiä omassa työssä ja työyhteisössä.
- Oppimisprosessissa korostuvat omien ammatillisten valmiuksien työstäminen ja tarkastelu sekä kyky prosessoida seksuaalisuuteen liittyviä asenteita ja arvoja.
- Opinnoina on keskeistä oman työn kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena on työmenetelmien kehittyminen sekä työyhteisön asiantuntemuksen vahvistuminen seksologian aihealueella.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tavoitteena on lisätä ja syventää ammatillista osaamista seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä ja asiakkaiden kohtaamisessa. Tämä mahdollistuu tiedollisia ja taidollisia valmiuksia opiskelulla sekä oman ammattipersonan kehittämisellä kuten oman seksuaalisuuden, omien asenteiden ja arvojen tutkimisella.

Uudet taidot

Koulutuksen antamina uusina taitoina 3–5,5 opintoviikon laajuisissa koulutuksissa järjestäjät näkivät seuraavia:

- Mastersin & Johnssonin mallin mukaisen seksuaaliterapian tekeminen.
- Lyhytterapiamallien mukainen työskentely seksuaaliongelmassa.
- Puhuminen luontevasti seksuaalisuudesta, M & J:n mallin mukaisen seksuaaliterapian tekeminen, seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien ratkominen.

10–20 opintoviikon laajuisissa koulutuksissa uusina taitoina mainittiin:

- Kohdata seksuaalikysymyksiä, tunnistaa erilaisia seksuaalisia ilmiöitä yksilö- ja yhteisötasolla.
- Taito kuulla ja kuunnella.
- Antaa lupa olla seksuaalinen olento.
- Taito ohjata seksuaalisuuteen liittyvissä peruskysymyksissä.
- Ratkoa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia ja pulmia.
- Antaa pariterapeutille useita erilaisia välineitä hoitaa koko parisuhdetta samalla vastaanotolla – sen dynamiikkaa, intiimiyttä ja seksuaalisuutta. Tarkoituksenmukainen monimenetelmällisyys.

30–40 opintoviikon laajuisissa koulutuksissa uusina taitoina nähtiin:

- Seksuaaliterapeuttiset ja seksuaalipedagogiset taidot, kommunikaatiotaidot, menetelmätaidot ja analyysitaidot eri tilanteisiin kuten oma pätevyys, seksuaalisuuden ilmeneminen yhteiskunnassa ja asiakkaan ongelmien kartoittaminen.

Yhteenvedona voidaan todeta, että asiakastyössä vaadittavat vuorovaikutustaidot, seksuaalisuuden ammatillinen käsitteleminen ja ongelmanratkontataidot ovat seksuaalineuvonnassa ja -ohjauksessa olleet pääasialliset uudet taidot. Seksuaaliterapiaan perehdyttävissä koulutuksissa keskeisiä ovat olleet lyhytterapeuttiset lähestymistavat ja -menetelmät.

Arviointi

Koulutuksen arviointi oli yleisimmin pyydetty kurssilaisilta sekä kirjallisena ja suullisena palautteena. Tavallisesti käytössä on ollut strukturoitu palautelomake. Muutamissa koulutuksissa on lisäksi mitattu asenteiden muutosta sekä koulutuksen alussa että sen lopussa tehdyllä kyselylomakkeella.

Koulutuksen rakenne

Perusrakenne

3–9 opintoviikon laajuisia koulutuskokonaisuuksia oli yhteensä 15. Nämä koulutukset ovat yleensä ajoittuneet noin vuoden tai kahden lukukauden ajalle. Niiden lähiopetus on yleensä koostunut 3–5 seminaarista, jotka ovat olleet 2–5 päivän mittaisia. Näin rakentuneita koulutuksia oli yhteensä 12. Lyhyempiä työskentelyjaksoja käytettiin esimerkiksi Helsingin yliopiston Vantaan täydennyskoulutuslaitoksen seksuaaliterapian koulutusohjelmassa, jossa lähiopetusta oli yksi päivä kuukaudessa.

Myös tiiviimpää lähiopetuksen ajoitusta käytettiin muutamissa koulutuksissa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun Ihmisen seksuaalisuus 1–2 opintokokonaisuus (4 ov, 2002) ajoittui yhdelle lukukaudelle. Väestöliiton järjestämä Kliinistä seksologiaa lääkäreille (3,5 ov, 2001–2002) ajoittui noin 2,5 kuukauden ajalle ja sisälsi viisi lähiopetuspäivää. Nämä koulutukset eivät ehkä tiukasti ottaen kuulu ns. pitkien koulutusten ryhmään.

10–20 opintoviikon koulutuksia oli 24. Nämä rakentuivat useimmin 5–6 lähiopetusjaksosta. Joissakin koulutuksissa käytettiin lyhyempiä työskentelyjaksoja kuten 3–4 tuntia viikossa (Helsingin ammattikorkeakoulun koulutukset 1998, 1999, 2000 ja 2001).

30–40 opintoviikon laajuisia erikoistumisopintoja oli Jyväskylän ammattikorkeakoulussa vuonna 2002 päättynyt tai päättymässä yhteensä neljä. Opinnot ajoittuivat 2–3 vuodelle ja ne sisälsivät 2–3 päivän lähiopetusjaksoja. Näiden kokonaismäärä vaihteli 36–54 lähiopetuspäivään.

Opetus työskentelytavoittain

Lähiopetus on usein miten koostunut luennoista, keskusteluista ja pienryhmätyöskentelystä. Ohjattuja työnohjausryhmiä oli käytetty yhdeksällä kurssilla. Opettajan antamaa työskentelyn ohjausta on ollut useissa koulutusohjelmissa, mutta sen laatua ei kyselyssä ole tarkennettu.

Etäopetuksessa useimmin mainittu työskentelytapa ovat olleet itseohjautuvat vertais-työnohjausryhmät. Niiden tuntimäärät ovat vaihdelleet 16–46 tuntiin. Näitä ryhmiä käytettiin 27:llä 43:stä koulutuksesta. Väljaksoille on useimmissa koulutuksissa annettu yksilötehtäviä ja kirjallisuuteen tutustumista. Kolmessatoista koulutuksessa kurssilaiset laativat kirjallisuudesta, elokuvista tai artikkeleista esseen. Neljässä koulutuksessa laadittiin ryhminä alustuksia eri teemoista. Lopputyön tekeminen on kuulunut koulutusohjelmaan 38 kurssilla. Sen laajuus vaihteli 30 tunnista 10 opintoviikkoon.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnoissa keskeisenä on ollut oman työn kehittäminen, jonka laajuus on ollut kolmasosa opinnoista. Se on voinut olla esimerkiksi opinnäytetyö, jossa on kuvattu oman työn kehittämisprosessia.

Nimikesuosituks

Koulutus on ollut ammatillista jatko- ja täydennyskoulutusta. Seksuaalikasvattajan, seksuaalineuvojan, seksuaaliterapeutin tai seksologin nimikettä on voinut halutessaan käyttää, koska nimikkeet sellaisinaan eivät ole olleet suojattuja. Yleisimmin suositeltu nimike on ollut seksuaalineuvoja. Rovaniemen Ammattikorkeakoulu on käyttänyt tämän rinnalla seksuaaliohjaaja-nimikettä.

Useat kouluttajatahot ovat pitäneet lähtökohtana nimikkeiden käytölle oman työn sisältöä. PLISSIT-kaavio voidaan nähdä myös työn sisältöä ohjaavana mallina, jonka avulla voi määritellä oman työn sisältöä ja sen vaatavuustasoa. Mikäli tekee seksuaalineuvontaa eli työskentelee PLISSIT-kaavion kahdella ensimmäisellä ja jossakin määrin kolmannella tasolla, voi halutessaan nimittää itseään seksuaalineuvojaksi. Seksuaaliterapeutti -nimikettä voivat käyttää ne, jotka työskentelevät sekä kolmannella että neljännellä tasolla.

Väestöliiton integratiivisen pariterapiakoulutuksen käyneille ammattinimike on pariterapeutti VL.

Myöhempi ammattinimikkeiden kehittyminen artikkelissa Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen Suomessa.

Tavoitteita ja ideoita jatkotyöskentelyyn

Seuraavassa on muutamia jatkoselvityksiin tarpeellisia ja mielenkiintoisia tehtäviä.

Tätä raporttia koskevana:

- Tämän raportin tarkentaminen ja päivittäminen nyt puutteellisten tietojen osalta (esim. kurssiohjelmat, kirjalliset ohjeet, raportit, käytetyt koulutusmateriaalit, kirjallisuusluettelot ja oheisaineistot, lopputöiden teemat)
- Nyt saatujen kolme opintoviikkoa lyhyempien koulutusten luettelointi ja analysointi.
- Nyt saatujen koulutusten sisältöjä ja koulutusmenetelmiä koskevan tiedon arviointi ja kyselyn mahdollinen uudelleen muotoilu.
- Lisätietojen pyytäminen kouluttajatahoilta esim. ulkopuolisesta rahoituksesta ja kouluttajien määristä. Näitä on joidenkin koulutusten kohdalle merkitty, mutta puhelimitse tehty kartoitus ei ole ollut kattava.
- Tämän raportin päivittäminen uusien koulutusten päätyttyä noin kerran vuodessa.
- Kuvauksia koulutuksista voitaisiin pyytää tähän raporttiin ainakin sellaisilta kouluttajatahoilta, jotka tuottavat jatkuvasti seksologian koulutuspalveluja.

Historian vuoksi:

- Kaikkien seksologian lyhyempiä koulutuksia järjestäneiden ja koulutusten kartoittaminen.
- Vanhojen ja nykyisten kouluttajien haastattelut heidän ajattelustaan, kokemuksistaan (esim. viitekehykset, koulutusten kehittäminen)
- Koulutettujen haastattelut. Monet tänä päivän seksologian alueella työskentelevät ja aihepiiristä kiinnostuneet muistavat ne virikkeet, joita ovat joltakin kurssilta tai kouluttajalta saaneet ja jotka ovat saattaneet ratkaisevasti vaikuttaa omaan elämään ja työotteeseen. Näidenkin taltiointi on osa suomalaisen seksologian historiaa.

Tulevaisuuden vuoksi:

- Pohjoismaisen kolmiportaisen koulutusmallin toteutuminen Suomessa on kansallinen ponnistus, jonka onnistumiseksi tarvitaan koulutusaineistojen päivittämistä, arviointia ja kehittämistä. Monet koulutusaineistot ovat vanhentuneita. Yhdenmukaisen ja ajan tasalla

olevan tiedon saaminen seksologian koulutukseen on välttämätöntä. Tämä vaatisi oman projektinsa.

Kirjallisuutta ja lähteitä:

Annon, Jack: The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. Journal of Sex Education and Therapy, Spring-Summer 1976.

Nurmi, Tuulikki: Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:13. Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja 4/2000. www.nacs.eu (Luettu 28.3.2008).

VAMMAISTEN JA PITKÄAIKAISSAIRAIDEN SEKSUAALI-TERVEYSPALVELUT

TUISKU ILMONEN, YM, kliininen seksologi/NACS

Johdanto

Taustoja ja historiaa Suomessa

Suomessa järjestöt toimivat keskustelun avaajina myös vammaisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvistä teemoista 1960-luvun loppupuolella. Ensimmäinen laaja suomalaisten seksuaalikäyttäytymistä ja asenteita koskeva tutkimus julkaistiin 1971 (Sievers ym.1971). Seksuaalipoliittisen yhdistyksen SEXPO ry:n aloitteesta julkaistiin ensimmäinen suomalainen seksologian oppikirja (Hytönen ym.1974), jossa käsiteltiin myös liikuntavammaisten ja kehitysvammaisten sekä erityisesti erilaisiin laitoksiin sijoitettujen ihmisten tilannetta. Seksuaalikasvatusta ehdotettiin järjestettäväksi fyysisesti tai psyykkisesti vammautuneille lapsille Ruotsin mallin mukaisesti. Erityisen välttämättömänä sitä pidettiin ”apukoululaisille samoin kuin kuuroille ja sokeille koululaisille.”

Suomen CP-Liiton nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskursseilla alettiin systemaattisesti käsitellä seksuaalisuus-teemaa 1970-luvun alkupuolella. SEXPO:n ja Terveystieteiden Psykologit ry:n aloitteesta Invalidiliitto julkaisi ensimmäisen aihepiiriä käsittelevän oppaan ”Vammautuminen ja sukupuolielämä” 1976 (liite, Invalidiliitto 1976). Ensimmäisen vammaisuutta käsittelevän seminaarin järjesti SEXPO vuonna 1982. Invalidiliiton sopeutumisvalmennuskursseilla seksuaalisuuteen liittyvien aihepiirejä alettiin käsitellä 1980-luvulla. Liiton Lahden sopeutumisvalmennuskeskus aloitti toimintansa ja samalla myös seksuaalineuvonnan 1989. Käpylän kuntoutuskeskuksessa aloitettiin vammaisten asiakkaiden seksuaalineuvonta 1990-luvun puolivälissä.

Kehitysvammaliitto käynnisti 1980-luvun lopulla kehitysvammaisten elämänlaatua koskevan tutkimuksen, jonka yksi osa käsitteli seksuaalisuutta (Autio 1992). Liitto julkaisi kehitysvammaisille tarkoitetun oppaan ”Kahden” vuonna 1990 (liite, Rajala 1990) ja Maskun neurologinen kuntoutuskeskus ”Seksi ja spastisuus” -oppaan 1991 (liite: Vahtera ym.1991). Suomen Syöpäpotilaat julkaisi ensimmäisen ”Syöpä ja seksuaalisuus” -oppaan 1993 (liite: Rosenberg 1993) ja samoihin aikoihin teemaa alettiin käsitellä myös syöpäjärjestöjen kursseilla. Suomen Sydäntautiliiton opas ilmestyi 1997 (liite: Rosenberg 1997). Myös muut vammais- ja sairausjärjestöt ovat tuottaneet aihepiiriin liittyvää materiaalia kuten asiakas/ potilasoppaita (liite).

Laajan suomalaisten sukupuolielämää koskevan tutkimuksen ensimmäinen osa ”Suomalainen seksi” ilmestyi 1993 (Kontula ja Haavio-Mannila 1993). Tutkimuksessa saatiin tietoa myös seksuaalineuvonnan tarpeesta pitkäaikaissairauksissa.

Kehitysvammaliitto aloitti yhteistyössä SEXPO:n kanssa neljän opintoviikon laajuisten vammaistyön seksuaalineuvontakoulutusten järjestämisen 1990-luvun lopulla. Neljällä kurssilla koulutettiin vuosina 1992–2002 yhteensä noin 50 seksuaalineuvojaa. Invalidiliiton ”Seksuaalisuus – elämän voima” -projektissa koulutettiin yhteistyössä Sexpo-säätiön kanssa lyhytkursseilla vuosina 2002–2004 suuri osa liiton kuntoutuskeskusten henkilöstöä, noin 50 henkeä. Monet vammaistyötä tekevät ammattihenkilöt ovat hankkineet seksologian koulutusta myös muissa koulutuksissa ja kursseilla.

Lääkintöhallitus antoi 1980 Maailman Terveysjärjestön suosituksen mukaiset ohjeet ihmishuone- ja sukupuolikasvatuksesta terveyskasvatuksessa, joissa erityisesti painotettiin vammaisten ja pitkäaikaissairaiden ihmisten seksuaalikasvatuksen ja seksuaalineuvonnan tarvetta (Lääkin-

töhallitus 1980). Samalla se aloitti täydennyskoulutuksen järjestämisen erityisesti nuorten ja vammaisten parissa työskenteleville ammattihenkilöille. Näitä kursseja järjestettiin vuosittain usean vuoden ajan. 1990-luvulla Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti yhdessä Stakesin kanssa valtakunnallisten seminaarien sarjan, joista yhden teemana oli pitkäaikaissairaus, vammaisuus ja seksuaalisuus.

Terveydenhuollon keskushallinto on kehittänyt ja tukenut useita terveydenhuollon ja sidosryhmien seksuaaliterveyden edistämiseen tähtäviä hankkeita. Esimerkiksi terveystasvatusmäärärahoilla on tuettu eri tavoin vammautuneille ja pitkäaikaissairaille henkilöille tai nuorten vanhemmille tarkoitettuja opaskirjoja.

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaalioikeudet

Kansainvälinen Perhesuunnitteluliitto (International Planned Parenthood Federation) seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirjassaan (IPPF 1995) ja Maailman seksologian järjestö (World Association for Sexology WAS, nykyisin World Association for Sexual Health WASH) seksuaalioikeuksien julistuksessaan (WAS 1999) korostavat itsemääräämisoikeutta, tasa-arvoa sekä oikeutta tietoon ja palveluihin. Molemmissa korostetaan, ettei seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden suhteen kukaan saa joutua syrjinnän kohteeksi esimerkiksi psyykkisen tai fyysisen vamman vuoksi.

Jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus oman seksuaalisuutensa toteuttamiseen omilla ehdoillaan ja omilla keinoillaan, kuitenkin muita vahingoittamatta. Myös vammaisilla ja pitkäaikaissairailta ihmisillä tulee olla oikeus läheisiin ihmissuhteisiin, seurusteluun, parisuhteeseen, perheen perustamiseen ja seksuaalisuuteen. Kuitenkin he usein kohtaavat keskimääräistä enemmän kielteisiä asenteita ja usein myös konkreettisia rajoituksia.

Oikeus tietoon. Lapsuuden ja nuoruuden aikana monet vammaiset ja pitkäaikaissairaajat ihmiset saavat keskimääräistä vähemmän tietoa ja valmiuksia oman seksuaalisuutensa ja ihmissuhteidensa jäsentämiseen. Heillä tulee olla oikeus saada tietoa sukupuolisuudesta ja seksuaalisuudesta ja kasvaa seksuaaliseen aikuisuuteen. Myös heillä tulee olla mahdollisuus tunnistaa oma sukupuoli ja seksuaali-identiteettinsä ja oikeus identiteettinsä mukaiseen elämään. Seksuaalikasvatuksesta tulee heidän kohdallaan erityisesti huolehtia.

Vammautuminen tai vakava sairaus on aina shokki koko lähipiirille. Nuoruus- tai aikuisiässä vammautuneelle tai sairastuneelle shokki- ja reaktiovaiheessa seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset eivät vielä ole kovin jäsenyntyneitä. Monilla on kuitenkin pelkoja vamman tai sairauden vaikutuksista pari- ja muihin ihmissuhteisiin tai pelkoja seksuaalisen toimintakyvyn ja nautinnon menettämisestä. Asiakas/potilas tarvitsee tietoa vamman, sairauden, erilaisten toimenpiteiden ja muiden hoitojen vaikutuksista. Asiakkaat/potilaat tarvitsevat jo alkuvaiheessa tietoa ja mahdollisuutta pelkojen käsittelyyn varsinkin silloin, kun vamma tai sairaus on selvästi seksuaalisuuteen liittyvillä alueilla tai hoitotoimenpiteet kohdistuvat näille alueille kuten avanneleikkauksissa, miehillä eturauhasen leikkauksissa ja naisilla kohdun tai rinnan poistossa (Rosenberg 2007).

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa työstettäviksi tulevat muuttuneeseen kehonkuvaan, minäkuvaan, naiseuteen ja mieheyteen liittyvät kysymykset. Kun asiakas/potilas kokee menettävänsä jotakin oleellista miehisyydestään tai naisellisuudestaan, oma sukupuoli saatetaan kokea epävarmaksi. Myös seksuaaliseen toimintakykyyn liittyvät kysymykset konkretisoituvat ja tietoa tarvitaan myös erilaisista keinoista ongelmien ratkaisemiseksi.

Oikeus hyväksyntään. Sekä seksuaalisuuteen että vammaisuuteen ja sairauksiin liittyy monenlaisia uskomuksia ja myyttejä. Vahvasti vaikuttava myytti on edelleen, että seksi kuuluisi vain nuorille,

kauniille, terveille ja vammattomille ihmisille. Usein huomaamatta oletetaan, että vammaisuus tai sairaus sulkisi pois seksuaalisen ilmaisun, seksuaalisen tyydytyksen ja seksuaalisuhteet. Seksuaalisuus on kuitenkin kokemuksellinen asia eikä vaikeakaan fyysinen vamma estä tätä kokemusta. Vamma itsessään on harvoin myöskään esteenä seksuaalisuuden toteuttamiselle ja siitä nauttimiselle.

Erytisesti kehitysvammainen ihminen tarvitsee tukea ja hyväksyntää, joka auttaa häntä oppimaan elämänhallintaa ja keinoja selviytyä mahdollisimman itsenäisesti elämässään. Kannustava lähiympäristö antaa myös kehitysvammaiselle ihmiselle mahdollisuuden kokea itsensä arvokkaana ja hyväksyttynä ja auttaa häntä rakentamaan vastavuoroisia ja lämpimiä ihmissuhteita. Hyväksymisen lähtökohtana on se, että kehitysvammaisen ihmisen seksuaalisuus ja sen ilmaisu nähdään yhtä arvokkaina kuin muidenkin ihmisten.

Oikeus mahdollisuuksiin. Vammaisilla/ pitkäaikaissairailla ihmisillä ei välttämättä ole seksuaalisuutensa toteuttamisessa sen suurempia ongelmia kuin muillakaan ihmisillä keskimäärin on. Jokainen vamma ja sairaus on yksilöllinen ja niin myös mahdolliset ongelmat ja niiden ratkaisut ovat yksilöllisiä. Jokaisella sairaus- ja vammaryhmällä on myös sille ominaiset vaikutuksensa seksuaalisuuteen, parisuhteeseen ja myös laajemmin ihmissuhteisiin. Tämän vuoksi jokaisella tulisi olla oikeus yksilölliseen seksuaalineuvontaan.

Vamman/vammojen tai pitkäaikaissairauden seurauksena voi olla esimerkiksi kontakti- vaikeuksia, kommunikaatio-ongelmia, vaikeuksia oman ruumiin hallinnassa tai ongelmia sosiaalisten tilanteiden hahmottamisessa ja hallinnassa. Seurauksena voi olla ongelmia myös seksuaalisissa toiminnoissa, kuten kiihottumisessa ja/tai orgasmissa (Johansson 1989, Nordeman 1999; Rosenberg 2007). Silloin kun on kyse monivammaisesta ihmisestä, myös ongelmat voivat olla monenlaisia ja monentasoisia. Kaikki lisävammat, kuten näkö- ja kuulovammat, hahmotushäiriöt tai autistisuus, edellyttävät niiden huomioon ottamista myös seksuaalikasvatuksessa ja -neuvonnassa.

Kokonaisvaltainen kuntoutuksellinen työote ottaa huomioon myös parisuhteen ja psykososiaalisen tuen tarpeen. Esimerkiksi mielenterveyden ongelmat voivat heikentää mahdollisuuksia solmia tyydyttäviä parisuhteita ja psyykkisestä sairaudesta parantuminen parantaa usein myös seksuaalielämän laatua. Toisaalta sekä parisuhteen kriisitilanteet että seksuaali- ja muut ongelmat parisuhteessa voivat aiheuttaa myös mielenterveyden ongelmia, kuten masennusta. Psykiatristen sairauksien hyvään hoitoon tulisi aina kuulua myös seksuaalisten toimintahäiriöiden kartoitus ja hoito sekä seksuaalineuvonta (Lepola ja Koponen 2007).

Myös vammaisilla ja pitkäaikaissairailla nuorilla ja aikuisilla on oikeus perheen perustamiseen. Osa tarvitsee lastenhoidossa tukitoimia. Kehitysvammaisten ihmisten kohdalla kyky vanhemmuuden edellyttämään vastuunottamiseen tulisi voida arvioida yksilöllisesti.

Tämän päivän tilanne

Palvelutarpeen arviointi

Tilastokeskuksen rekisterin tiedot erityyppisten vammojen ja sairauksien esiintyvyydestä ovat suuntaa-antavia arvioitaessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tarvetta. Tarve seksuaaliterveyspalvelujen määrälliseen ja laadulliseen kehittämiseen on ajankohtaista koska kaikissa suurissa kansansairausryhmissä on tapahtunut selvää nousua.

Vammautuneiden ja pitkäaikaissairaiden ohella seksuaaliterveyden palveluja tarvitsevat yleensä myös puoliset/ partnerit. Palveluja saattavat tarvita myös vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten vanhemmat.

Erityistä panostusta tarvitaan asiantuntemuksen lisäämiseksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien (Lehtonen ym. 1997) sekä maahanmuuttajataustaisten ja muihin etnisiin vähemmistöihin kuuluvien ihmisten palvelujen kehittämiseksi (Aigner ja Centerwall 1999, Emas 2007).

Plissit-kaavio

Seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia voidaan lähestyä ja käsitellä PLISSIT-kaavion neljällä tasolla (Annon 1976, Ilmonen 2007).

Luvan antaminen tai salliminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Lupa merkitsee, että asiakas/potilas voi saada vahvistuksen siitä, että hänen seksuaalisuuteen liittyvät toimintonsa, ajatuksensa, tunteensa, tarpeensa ja fantasiansa ovat luvallisia tai tavallisia. Luvan antaminen merkitsee monien asioiden ja ilmiöiden normalisointia.

Rajatun tiedon antaminen kohdistuu fokusoidusti niihin asioihin, joista asiakkaalta/potilaalta puuttuu tietoa. Asiakkaalla voi olla puutteellista tietoa esimerkiksi sukupuolten/sukupuolielinten anatomiasta ja fysiologiasta tai seksuaalisen reaktiosarjan vaiheista. Hän voi tarvita tietoa raskaudesta ja raskausajan seksistä, synnytyksestä, ehkäisystä, raskauden keskeytyksestä, seksitaudeista, vaihdevuosista ja vanhenemisestä tai esimerkiksi seksivälineistä. Hänelle voi olla tärkeää tietää perinnöllisyydestä, lainsäädännöstä tai hoitomahdollisuuksista, kirjallisuudesta ja muusta materiaalista.

Erityisohjeitten antaminen sisältää erilaisia käytännön neuvoja kuten turvaseksiohjeita, rentoutumiskeinoja tai uusien rakasteluasentojen kokeilua. Lisäksi voidaan antaa myös elämäntapaan liittyviä ohjeita tai itsetuntemukseen, vuorovaikutukseen tai suorituspainneiden poistamiseen tähtääviä harjoituksia tai tehtäviä.

Intensiivinen terapia kuuluu erityispalvelujen piiriin. Seksuaaliongelmia voidaan käsitellä sekä erilaisilla lyhytterapian menetelmillä että pitemmässä terapiassa.

Luvan antaminen, rajatun tiedon antaminen ja jossakin määrin erityisohjeitten antaminen muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan sanoa seksuaalineuvonnaksi. Seksuaalineuvonta on vuorovaikutukseen pohjautuvaa ammatillista asiakas- ja potilastyötä, jonka keskeinen alue ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat. Seksuaalineuvonnan tulisi toteutua sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Vasta kun tavallisimmista perustason ohjeista ei ole apua, on syytä ohjata asiakkaat/ potilaat erityispalvelujen piiriin kuten terapiaan.

Neuvontaa voidaan antaa ryhmämuotoisena tai yksilöllisesti. Oikein ajoitettu seksuaalineuvonta ehkäisee ongelmien syntymistä, vaikeutumista ja kroonistumista. Samalla se vähentää erityispalvelujen tarvetta.

Palvelujen saatavuus

Seksuaalineuvonnan toteutuminen edellyttää palvelujen saatavuutta. Niitä ei toistaiseksi ole kattavasti saatavilla eikä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä välttämättä ole riittäviä valmiuksia seksuaalineuvonnan antamiseen (Nurmi 2000, Esko-Asikainen 2000, Kosunen 2003, Ilmonen 2007, Ketola 2007). Se edellyttäisi, että ammatillisessa koulutuksessa annetaan sekä riittävät tiedolliset valmiudet seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä että asennetason valmiudet näiden asioiden kohtaamiseen. Ellei näitä asioita ole peruskoulutuksessa käsitelty, on tärkeää, että täydennyskoulutusta järjestetään riittävästi ja se saavuttaa henkilöstön riittävän laajasti.

Käpylän ja Kankaanpään kuntoutuskeskuksissa on vuodesta 1996 ollut seksuaalineuvojan tai seksuaaliterapeutin nimikkeillä toimivia ammattihenkilöitä, myöhemmin myös Lahden sopeutumisvalmennuskeskuksessa sekä Maskun ja Lapin kuntoutuskeskuksissa. Suurin osa erilaisia seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutuksia käyneistä tekee neuvontaa tai terapiaa osana omaa muuta ammatillista työtä. Porvoon aluesairaalaan on perustettu seksuaaliterapeutin vastaanotto, samoin Kuopion yliopistolliseen sairaalaan.

Monissa yksityisissä lääkärikeskuksissa eri puolilla Suomea on seksuaaliterapeuttien vastaanottoja. Lisäksi saatavilla on joidenkin järjestöjen sekä yksityisten palvelutuottajien tarjoamaa seksuaalineuvontaa ja -terapiaa. Vain verrattain pienellä osalla seksuaalineuvonta- tai seksuaaliterapiakoulutuksen käyneistä on erikoistumista vammaisten ja pitkäaikaissairaiden erityiskysymyksiin.

Seksuaalineuvonnan antaminen vammautuneelle tai pitkäaikaissairaalle henkilölle luontuisi hyvin hoitavalle lääkärille. Tämä kuitenkin edellyttäisi sekä soveltuvaa koulutusta että työn resurssointia. Toistaiseksi lääketieteellisten tiedekuntien seksologian opetus on ollut varsin vähäistä ja satunnaista (Kosunen 2003, Venhola 2007).

Joidenkin pitkäaikaissairausryhmien palvelujen tarpeesta ja saadusta neuvonnasta

Pitkäaikaissairaudet. Suomalainen seksi -tutkimuksessa (Nurmi 1993) kysyttiin mm. 12 eri sairauden tai sairausryhmän esiintymistä ja näihin liittyvän seksuaalineuvonnan tarvetta. Joka toisella tutkittavista oli keskimäärin pari sairautta. Vakituksessa parisuhteessa olevista 9 prosenttia ilmoitti oman sairauden ja 10 prosenttia kumppanin sairauden haittaavan seksuaalielämää. Haittaavuus lisääntyi iän myötä.

Oman pitkäaikaissairautensa vuoksi seksuaalineuvontaa ilmoitti tarvitsevansa 6 prosenttia. Eniten neuvontaa ilmoittivat tarvitsevansa nuoret naiset ja ikääntyvät miehet. Muita useammin seksuaalineuvontaa ilmoittivat tarvitsevansa mielenterveysongelmista kärsivät sekä diabetesta, angina pectorista ja keuhkosairauksia sairastavat henkilöt. Neuvontaa tarvitsevista runsas puolet oli sitä saanut. Varhaisessa keski-ikässä olevista joka toinen oli jäänyt ilman tarvitsemaansa neuvontaa, 45–54 vuotiaista kolme neljästä. Vanhimasta ikäryhmästä kumppanin sairaus haittasi joka neljännen seksuaalielämää hyvin usein tai jatkuvasti ja joka kahdeksannella oma sairaus.

Lähes 9 prosentille pitkäaikaissairauksia sairastavista oli selvitetty sairauden vaikutuksia seksuaalielämään, 91 prosentille ei oltu. Noin 9 prosenttia miehistä oli saanut seksuaalineuvontaa lääkäriltä ja noin 2 prosenttia sairaan- tai terveydenhoitajalta. Naisten vastaavat luvut olivat 5 prosenttia ja yksi prosentti. Useimmin vaikutuksia oli selvitetty 55–74-vuotiaille miehille (16 %) ja 18–34-vuotiaille naisille (13 %) ja harvimmalla 55–74-vuotiaille naisille (3 %). Lääkäri oli useimmin kertonut seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sydäninfarktipotilaille (21 %), angina pectorispotilaille (15 %), keuhkosairauksia sairastaville (14 %) ja mielenterveyspotilaille (14 %). Sairaan- tai terveydenhoitaja oli käsitellyt seksuaaliasioita useimmin infarktipotilaiden (7 %), angina pectorispotilaiden (5%) ja diabetesta sairastavien kanssa. Nivelreumaa, virtsaelin- ja munuaistulehduksia sairastavista tai mielenterveyspotilaista kukaan ei ilmoittanut sairaan- tai terveydenhoitajan selvittäneen hoidon yhteydessä sairauden mahdollisia vaikutuksia seksuaalielämään.

Tyytyväisyys seksuaalineuvontaan. Noin puolet pitkäaikaissairauksia sairastavista oli tyytyväisiä eri ammattihenkilöiltä saamaansa seksuaalineuvontaan, joka neljäs oli tyytymätön. Tyytyväisimpiä olivat kohonnutta verenpainetta sairastaneet, tyytymättömmimpiä selkäsairauksia sairastaneet. Niistä, jotka ilmoittivat tarvitsevansa sairautensa vuoksi seksuaalineuvontaa, saamaansa

neuvontaan tyytyväisiä oli 67 prosenttia ja tyytymättömiä 12 prosenttia. Koko tutkimuksen aineistosta pitkäaikaissairauksia sairastavat olivat keskimääräisesti vähiten tyytyväisiä saamaansa seksuaalineuvontaan.

Seksuaalineuvontaa koskeva kysymys oli muotoiltu seuraavasti: ”Oletteko sairautenne vuoksi tuntenut tarvitsevanne tietoa ja neuvoja sukupuolielämäänne varten?” Tutkimuksessa ei siis tarkemmin selvitetty seksuaalineuvonnan laatua, siihen käytettyä aikaa tai sitä, oliko neuvontaa annettu kuntoutumisprosessin eri vaiheissa.

Sukupuolielimiin kohdistuneet leikkaukset ja muut toimenpiteet. Tutkituilla oli viimeisen vuoden aikana ollut sukupuolielinten alueella yhteensä 511 sairautta tai vaivaa, näistä 68 prosenttia naisilla. Erilaisia leikkauksia tai muita toimenpiteitä sukupuolielinten alueella oli tutkituille tehty heidän elämänsä aikana 1 232, näistä 91 prosenttia naisille. Tavallisimmat naisille tehdyt toimenpiteet olivat välilihan leikkaus synnytyksen yhteydessä, kohdun kaavinta, kohdun poisto ja sterilisaatio.

Miehistä, joille oli tehty joku sukupuolielimiin kohdistuva toimenpide joka kolmas ilmoitti, ettei ollut tarvinnut neuvontaa, naisista lähes joka neljäs. Neuvontaa tarvinneista 63 prosenttia ilmoitti saaneensa sitä riittävästi, 10 prosenttia saaneensa liian vähän ja 27 prosenttia ei lainkaan. Vanhimmassa ikäryhmässä joka kolmas oli jäänyt vaille tarvitsemaansa neuvontaa.

Tässä tutkimuksessa miesten osuus sukupuolielimiin kohdistuneiden leikkausten ja muiden toimenpiteiden kohdalla oli varsin pieni, noin 9 prosenttia. Sen vuoksi johtopäätöksiä seksuaalineuvonnasta ei voitu tehdä. Tutkimusajankohdan jälkeen erektiolääkkeiden kehittyminen on lisännyt miesten valmiutta ottaa puheeksi sekä odotuksia saada tietoa myös seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Tarkentuneen diagnostisoinnin johdosta eturauhassyöpää havaitaan aiempaa enemmän ja näin myös erilaisia hoitomuotoja, eturauhasen poistoja, sädehoitoja ja hormonihoidoita käytetään aiempaa enemmän. Kaikilla näillä on vaikutuksia esimerkiksi erektiokykyyn.

Palvelutarpeet elämänkaaren eri vaiheissa

Seksuaalinen kasvu on elinikäinen prosessi erilaisine kehitysvaiheineen lapsuudesta vanhuuteen. Elämän kulkuun kuuluvat normaalit kehityskriisit ja usein myös äkilliset kriisit kuten oma tai läheisen vammautuminen tai vakava sairaus (Ilmonen 1985, 1994, Ronkainen ym.1994, Turunen 1996, Ovaska-Pitkänen 1999; Rosenberg 2007).

Vammaisen/pitkäaikaissairas lapsi ja nuori

Oman ruumiin tuntemus luo itsetuntemuksen ja seksuaalisen kasvun perustan. Fyysinen vamma tai sairaus voi rajoittaa lapsen mahdollisuuksia tutustua omaan ruumiiseensa ja sen toimintoihin tai oppia anatomiaa esimerkiksi ”lääkärileikkien” avulla. Vamma tai sairaus voi vaikeuttaa näkemästä lasta seksuaalisena olentona, pienenä poikana tai tyttönä. Jos hänet nähdään ja häntä kohdellaan sukupuolettomana, hänen voi olla vaikea kehittää omaa sukupuoli- identiteettiään.

Vaikeavammaisen lapsen riippuvuus ympäristön avusta jokapäiväisissä toiminnoissa voi johtaa siihen, että lasta kohdellaan ikätasoaan nuorempana. Kehitysvammaisten lasten kohdalla myös biologisen ja psykososiaalisen kehityksen eriaikaisuus saattaa vaikeuttaa iän hahmottamista. Näin vaikeavammaiset ja kehitysvammaiset lapset eivät välttämättä saa samaa tietoa seksuaalisuudesta kuin muut ikäisensä. Tämä saattaa hidastaa itsenäistymiskehitystä tai estää sen (Lewin 1987).

Vanhempien voi myös olla vaikeaa antaa vammaiselle lapselle toivoa tyydyttävistä ihmissuheteista tulevaisuudessa. Monilla vammaisilla ihmisillä on kokemuksia siitä, että heiltä on eräällä tavalla puuttunut tulevaisuus, koska siitä ei lapsena puhuttu eivätkä heidän haaveensa seurustelusta

tai perheen perustamisesta ole saaneet tukea (Pelkonen 1994). Vanhemmilla voi olla halu suojella lasta pettymyksiltä, joita ihmissuhteet väistämättä sisältävät. Suojelemalla lasta liikaa, tämä ei saa tietoja, taitoja eikä kokemuksia, joiden avulla hän oppii selviytymään elämän ongelmista ja haasteista (Lewin 1987). Tämä voi johtaa myös sosiaaliseen syrjäytymiseen.

Vammaisen ja pitkäaikaissairaana nuoren murrosikä voi olla keskimääräistä vaikeampi tai se voi viivästyä. Mitä riippuvaisempi hän on vanhempiensa avusta jokapäiväisissä toiminnoissa, sitä vaikeampaa hänen on toimia itsenäisesti ja ottaa heihin välimatkaa Vammaisen nuori joutuu myös pohtimaan omaa minuuttaan seksuaalisuuden kautta, sitä, mikä vamman tai sairauden merkitys on hänen kehittyvälle naiseudelleen tai miehisyudelleen (Pelkonen 1994, Saraste 2000).

Vammaisilla nuorilla on keskimääräistä vähemmän kokemuksia seurustelusta, eivätkä ympäristön asenteet eivät juuri tue ja rohkaise heitä seurustelusuhteisiin. Nuoren itsearvostus voi olla heikko ja hänellä voi myös olla muita nuoria enemmän epävarmuutta ja tietämättömyyttä. Hän voi kokea seksuaalisuuden alueena, joka ei kuulu hänelle lainkaan (Lewin 1987). Nuori tarvitsee tukea tällaisten uskomusten murtamiseen. Hän tarvitsee myönteistä palautetta omasta naisellisuudestaan ja miehisydestään ja erityistä tukea itsenäistymiselle (Mattus 1993).

Riippuvaisuus ympäristön avusta voi merkitä myös sitä, ettei vaikeavammaiselle nuorelle ole kehittynyt tietoisuutta oman ruumiin integriteetistä. Häntä kosketellaan hoito- tai avustustoimien vuoksi jatkuvasti ja usein lupaa kysymättä. Hänellä ei aina ole käsitystä myöskään muiden rajoista (Karanka 2001).

Kehitysvammaisen nuoren aikuistuminen voi olla hidasta ja hän tarvitsee erityistä tukea kasvaakseen seksuaaliseen aikuisuuteen. Sosiaalisten tilanteiden hallinnan puute saattaa altistaa kehitysvammaiset nuoret seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi tai naiviin prostituutioon, jos he ovat oppineet toimimaan toisten tahdon mukaisesti. Hyväksikäyttösuhteet voivat olla myös keino saada huomiota, läheisyyttä, mielihyvää ja lahjoja. Sosiaalisten ja vuorovaikutustaitojen kehittymiselle olennaista on oppia ilmaisemaan omia tunteitaan ja tarpeitaan ja ymmärtämään toisten ilmaisua (Karanka 2001). Silloin kun lapsen ja nuoren oppiminen on hitaampaa kuin muilla, tarvitaan johdonmukaista ja pitkäaikaista harjaantumista käytännön tilanteissa.

Viidennes lapsista ja nuorista kärsii mielenterveyden häiriöistä ja ne lisääntyvät selvästi nuoruusiässä. Keskeistä on niiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen. Puolet näistä lapsista ja nuorista selviää oman tukiverkostonsa avulla, osa selviää tukitoimien avulla, osa tarvitsee erikoissairaanhoidon taseisia palveluita, joita on riittämättömästi tarjolla.

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten seksuaalikasvatus

Lasten ja nuorten seksuaalikasvatus on osa ehkäisevää seksuaaliterveystyötä. Eri tavoin vammautuneille ja pitkäaikaissairaille lapsille ja nuorille soveltuva seksuaalikasvatusmateriaalia on erittäin niukasti tarjolla.

Varhaiskasvatuksen avainhenkilöitä ovat vanhemmat ja varhaiskasvatuksen henkilöstö. Varhaiskasvatuksen aikana lapsen tulisi oppia esimerkiksi sukupuolen tunnistaminen, kehon osat, oikeus oman ruumiin koskemattomuuteen sekä yksityisen ja julkisen käyttäytymisen erot. Varhaiskasvatuksella luodaan pohja itsetuntemukselle ja itsearvostukselle (Aigner ja Centerwall 1999, Cacciatore 2007).

Koulun seksuaalikasvatus. Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksen tulisi olla osa kuntoutussuunnitelmaa.

Erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden seksuaalikasvatusta suunniteltaessa olisi tärkeää aluksi tarkistaa kunkin oppilaan tiedon taso. Tiedoissa voi olla suuria puutteita ja tiedon taso voi olla hyvin vaihteleva (Autio 1992, Karanka 1993, 1997, Ryttilähti ja Siltakorpi 1993, Kaitasuo 1995).

Esimerkiksi kehitysvammaisilla nuorilla saattaa olla tietoa monista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mutta tieto välttämättä toimi käytännön tasolla. Tiedon yhdistäminen omiin kokemuksiin on olennaista ja oman ruumiin ja sen toimintojen tuntemus on ensisijainen asia (Karanka 2001). Tärkeää on myös tieto sekä omista oikeuksista sekä yhteiskunnan normeista ja käyttäytymissäännöistä. Eri ikävaiheiden erottaminen ja ikätasolle sopivan käyttäytymisen opettaminen ehkäisee ajautumista hallitsemattomiin tilanteisiin ja auttaa ennakoimaan seurauksia. Molemminpuolisen suostumuksen ymmärtäminen on keskeistä myös seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyssä. Tämän vuoksi turvakasvatus ja etäisyyden säätelyn oppiminen on tärkeä osa kehitysvammaisten seksuaalikasvatusta (Juvonen 1994, Karanka 2001).

Yksilöllinen tai pienryhmässä tapahtuva seksuaalineuvonta voi olla osa seksuaalikasvatusta. Tasot, jotka sisältyvät neuvontaan, voivat sisältyä myös seksuaalikasvatukseen ja -valistukseen. Myös näihin voi sisältyä luvan antamista, rajatun tiedon antamista ja ohjeita erilaisiin tilanteisiin. Ryhmäopetuksessa tieto voi olla yleisemmällä tasolla kuin yksilöllisessä neuvontatilanteessa, jossa keskitytään juuri siihen ajankohtaiseen asiaan, josta tietoa puuttuu. Samoin ohjeet voivat opetustilanteessa olla yleisemmällä tasolla kuin neuvonnassa. Luvan antamisen tulisi sisältyä kaikkiin opetustilanteisiin.

Peruskoulun jälkeen tapahtuvat opinnot. Kehitysvammaisten ihmisten peruskoulun jälkeen tapahtuvissa opinnoissa on tärkeää kerrata seksuaalikasvatuksen teemoja painottaen erityisesti turvakasvatusta.

Vammainen/pitkäaikaissairas aikuinen

Lapsuuden tai nuoruuden aikana vammautuneen tai pitkäaikaiseen sairauteen sairastuneen aikuisen elämä on usein vamman tai sairauden suhteen usein jo asettunut monella tavoin uomiinsa. Uusissa tilanteissa, kuten pohtiessaan seurustelun aloittamista tai perheen perustamista, hän kuitenkin joutuu uudelleen työstämään vamman ja sairauden merkitystä myös omalle seksuaalisuudelleen, naisellisuudelleen tai miehisyydelleen.

Vammautuminen tai vakava sairaus aikuisiässä aiheuttaa aina kriisin, mutta kriisiprosessi voi olla varsin yksilöllinen. Monet saavuttavat tasapainon ja löytävät voimavaroja elämän jatkumiselle muuttuneessa tilanteessa. Joillekin oman tilanteen uudelleenarviointi voi johtaa syvään ja pitkittyvään masennukseen. Näin saattaa tapahtua erityisesti sellaisten vammojen ja sairauksien kohdalla, joiden prognoosi on huono.

Vammautuminen tai vakava sairaus aiheuttaa usein itsetunnon ja itsearvostuksen heikkene-
misen tai romahtamisen. Keskeiset minäkuvan rakenteet voivat murtua ja toipuminen viedä paljon aikaa. Myös kehonkuvaan liittyvä kuva itsestä naisena tai miehenä joutuu uudelleen arvioinnin kohteeksi, jolloin myös seksuaalisuuteen peilautuu monenlaisia pelkoja ja epävarmuutta omasta tulevaisuudesta, parisuhteen löytymisestä tai jatkumisesta, nautinnon saamisen ja antamisen menettämisestä. Varsinkin alkuvaiheessa seksuaalisen mielenkiinnon ja halukkuuden vähene-
minen on varsin tavallista. Se on kuitenkin yleensä ajan kanssa ohimenevä ilmiö. Seksuaalinen eheytyminen on mahdollista kun surutyön jälkeen on jollakin tasolla valmis hyväksymään muuttuneen elämäntilanteen (Rosenberg 2007).

Kriisiprosessi saattaa vahvistaa parisuhdetta tai se saattaa johtaa eroon. Parisuhteen totut roolit saattavat muuttua ja herättää monenlaisia tunteita. Aiemmin tasavertainen kumppanuus voi muuttua hoitosuhteeksi, johon on vaikea sopeutua. Kriisi heijastuu monin tavoin myös seksuaalisuuden alueelle. Erityisen ongelmallisia saattavat olla seksuaaliteitse saadun taudin vaikutukset parisuhteeseen.

Koska ongelmat, joita vamma tai sairaus seksuaalisuuden toteuttamiselle saattaa aiheuttaa, ovat yksilöllisiä, ovat myös ratkaisut usein löydettävä ”räätälintyönä”. Usein on kyse siitä, että vammautunut tai pitkäaikaissairas ihminen voi löytää oman yksilöllisen tapansa kokea nautintoa.

Monilla nuorilla ja aikuisilla kehitysvammaisilla ihmisillä on rakastavia suhteita ja he oppivat tuottamaan myös seksuaalista mielihyvää itselleen ja toiselle. He saattavat kuitenkin kohdella kaltoin sekä itseään että toisia, elleivät osaa ennakoida käyttäytymisen seurauksia ja ole oppineet kunnioittamaan omaa ja toisten reviiriä. Kyvyttömyys erottaa ikätasoja toisistaan saattaa joskus johtaa myös lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön.

Myös vaikeasti ja syvästi kehitysvammaiset ihmiset nauttivat kosketuksesta ja läheisyydestä, mutta heillä on usein heikentynyt kyky kontrolloida seksuaalisia impulsseja, ennakoida seurauksia ja ymmärtää sosiaalisia sääntöjä. Itsetyydytys on monille keskeinen seksuaalisen mielihyvän lähde, mutta se saattaa tapahtua myös itseä vahingoittavilla tavoilla tai välineillä. Harjaannuttaminen edellyttää varsinkin heidän kohdallaan pitkäjänteistä työskentelyä.

Mielenterveyden ongelmiin voi liittyä kontaktivaikeuksia ja kommunikaatio-ongelmia, ahdistuneisuutta, jännittyneisyyttä, hylätyksi tulemisen pelkoa ja sosiaalisten taitojen puutetta. Outo käyttäytyminen voi aiheuttaa sosiaalista syrjäytymistä ja vaikeuksia parisuhteissa. Suurella osalla depressiopotilaista on ongelmia myös seksuaalisuuden alueella, tavallisin ongelma on seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden väheneminen. Erektio-ongelmia on yli puolella miehistä ja molemmilla sukupuolilla orgasmiongelmia on lähes puolella. Paniikkioireyhtymässä seksuaalinen kiihottuminen voi laukaista kohtauksen ja johtaa seksuaalisten toimintojen välttämiseen. Skitsofreniaa sairastavilla saattaa olla seksuaalisia pakkomielteitä, ruumiinosien seksualisoitumista, insectisiä ajatuksia ja mielihoitoja, hetero- tai homoseksuaalisten suhteiden pelkoja tai toiveita. Ongelmia voi ilmetä myös seksuaalisessa halussa, kiihottumisessa ja orgasmissa (Casteleen 1999). Myös monilla mielenterveyden ongelmien hoidossa käytetyillä lääkkeillä on haittavaikutuksia seksuaalitoimintoihin (Lundberg 1999, Lepola ja Koponen 2007).

Erlaisia psyykkisiä häiriöitä arvioidaan olevan lievästi kehitysvammaisilla ihmisillä lähes joka kolmannella ja vaikeasti kehitysvammaisilla joka toisella. Heidän saamansa apu ja hoito on kuitenkin tasoltaan kirjavaa ja sen saaminen sattumanvaraista (Seppälä 1997).

Ikääntyminen

Suurten ikäluokkien ikääntyminen merkitsee lähivuosina lisähaasteita myös seksuaaliterveyden palveluille. Nämä uudet sukupolvet ottavat todennäköisesti avoimemmin selvää myös seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä ja haluavat tietoa ja neuvontaa voidakseen toteuttaa seksuaalisuuttaan mahdollisimman myönteisesti. (Kontula 1993). Läheisyyden tarve ei häviä ja rakastelun skaala voi vanhemmiten olla aiempaa laajempi. Seksuaalinen aktiivisuus ikääntyessä korreloi vahvasti aktiivisuuden nuoruusvuosien aikana.

Fyysisten muutosten lisäksi ikääntymiseen liittyy keskimääräistä enemmän vammoja ja erilaisia sairauksia, joilla on vaikutuksensa myös seksuaalielämään (Rautiainen 2007). Vammat ja sairaudet aiheuttavat usein ahdistusta ja masennusta ja parisuhteen roolien suuriakin muutoksia. Vaikeimpia tilanteita ovat kumppanin psyykkinen sairaus, aivovammat ja aivoperäiset sairaudet. Äkillinen sairastuminen saattaa merkitä myös aktiivisen seksuaalielämän loppumista.

Asiallinen tieto sairauksien, vammojen ja lääkkeiden vaikutuksista seksuaalitoimintoihin on ikääntyvien ihmisten kohdalla aivan yhtä tärkeää kuin nuoremmillakin (Kiviluoto 2000, Valkama 2006). Psykososiaalisen tuen tarve saattaa heidän kohdallaan tavallista suurempi omaan ikäpolveen kuuluvien ystävien harvetessa.

Seksuaalineuvonta ja -terapia

Seksuaalineuvonnassa on tärkeää antaa vammautuneelle tai sairastuneelle mahdollisuus ilmaista kaikkia niitä tunteita, joita vammautuminen tai sairaus on herättänyt. Tärkeää on myös puhua peloista ja menettämisen tunteista, joita todelliset tai kuvitellut muutokset seksuaalisuuden alueella aiheuttavat. Tärkeintä on kuitenkin keskittyä niihin mahdollisuuksiin ja vaihtoehtoihin, jotka edelleen ovat jäljellä (Ilmonen 2001; Rosenberg 2007).

Erilaisiin vammoihin ja sairauksiin voi liittyä erityispiirteitä, joista asiakkaan/potilaan on tärkeä saada tietoa ja joita hänen tulee voida käsitellä seksuaalineuvonnassa, oli kyse sitten synnynäisestä, kehitysiässä tai aikuisiässä saadusta vammasta tai pitkäaikaissairaudesta. Asiakkaat/potilaat tarvitsevat tietoa myös hoidossa käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksista seksuaalitoimintoihin.

Seksuaalineuvonnassa on usein tarpeen tehdä analyysi seksuaalisesta toimintakyvystä, jonka osa-alueina ovat seksuaalitoimintojen sensomotorinen, kognitiivinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja spirituaalinen ulottuvuus sekä seksin apuvälineiden tarpeen kartoitus (Valasti 2001).

Seksuaalinen kiihottuminen voi lisätä spastisuutta, orgasmi sen sijaan laukaisee sitä. Spastisuutta voidaan helpottaa lääkkeillä. Niiden, joilla on tuntopuutoksia, on hyvä tutustua omaan ruumiiseensa myös hieromasauvan avulla: oppia missä tuntuu ja miltä tuntuu. Nuorten ja aikuisten on hyvä muutoinkin tietää seksiapuvälineistä ja niiden käytöstä. Kiihottamiseen ja myös itsetyydytykseen voi kokeilla seksivälineitä silloin kun muut keinot eivät toimi riittävän hyvin (Skott 2006). Tärkeää on myös löytää rakasteluasento, joka ei tuota kipua tai muuta epä mukavuutta. Kannattaa myös opetella käyttämään kaikkia niitä ruumiinosia, jotka toimivat.

Kun on kyse parisuhteessa olevista ihmisistä, voidaan yhdessä heidän kanssaan käsitellä uuden tilanteen aiheuttamia tunteita ja etsiä ratkaisuja ongelmiin. Heitä voi auttaa puhumaan seksistä ja ideoimaan yhdessä uusia asioita. Pari voi myös oppia ilmaisemaan omia ajatuksiaan, tunteitaan ja tarpeitaan myönteisellä tavalla. Kaikki seksuaalitoimintoihin liittyvät ongelmat eivät johdu itse vammasta, vaan kyse voi olla toiminnallisesta häiriöstä, jota voidaan hoitaa seksuaaliterapian keinoin. Seksuaaliterapiassa on mahdollisuus käsitellä myös muita parisuhteen ongelmia kuten seksuaalista haluttomuutta.

Monet kehitysvammaiset aikuiset elävät parisuhteessa ja tarvitsevat usein laaja-alaista ohjausta ja neuvontaa. Tukea voidaan tarvita erilaisiin parisuhteen ristiriitoihin ja myös seksuaaliongelmiiin. Perheet, joissa vanhemmat ovat kehitysvammaisia tarvitsevat myös lisääntymisterveyspalveluja; perhesuunnittelua, ehkäisyneuvontaa ja mahdollisesti myös perinnöllisyysneuvontaa. Kehitysvammaisten ihmisten kohdalla erityisongelmia saattaa syntyä tilanteissa, joissa on arvioitava naisen tai parin kykyä selviytyä lapsen hoidosta. Seksuaalineuvonnan puitteissa tällaiset tilanteet pitäisi voida arvioida yksilöllisesti ja ratkaisujen tekemisen tulisi tapahtua niin, että asianomaiset mahdollisimman hyvin ymmärtävät erilaisten ratkaisujen sisällön ja merkityksen ja että ratkaisut tehdään yhdessä hänen/heidän kanssaan.

Seksuaalisuus laitoksessa

Laitoksissa syntyy usein käyttäytymisnormeja, jotka poikkeavat ympäröivän yhteiskunnan normeista, usein tiukempaan suuntaan. Monissa laitoksissa ensimmäisiä asioita, jotka kielletään, on oikeus seksuaalisuuteen ja sen toteuttamiseen (Lepola ja Koponen 2007). Kieltämien voi tapahtua vaikenemalla koko aihepiiristä tai kohtelemalla asiakkaita sukupuolettomina neutreina. Asenneilmapiiriä kuvaa myös sellaisten tilojen puute, joissa on mahdollista tavata paria/partneria ilman valvontaa. Tällaiset tilat ovat esimerkiksi yleissairaaloissa harvinaisuus. Yksityisyyden puute on monissa laitoksissa muutoinkin tavallista (Seppi 1990, Pohjolainen 1994, Vartiainen

1996,1999, Ketola 1997, Pulkkinen 1997, 1999, Korhonen 1997, Kolehmainen-Julkunen 1999, Rautiainen 2007).

Mitä selvemmin hoidollinen perustehtävä laitoksella on, sitä enemmän yksilöllisiä tarpeita voidaan ottaa huomioon. Pitkä laitossijoitus merkitsee kuitenkin usein sosiaalista syrjäytymistä. Joskus tämä voi merkitä laitostumista, jolloin asioiden ja tilanteiden arviointi, valinnat ja päätöksenteko jäävät muille kuin asianomaiselle itselleen ja oma elämänhallinta kapenee.

Laitoksissa on suuria eroja mahdollisuuksissa fyysisen läheisyyden kokemiseen henkilöstön ja asiakkaiden välillä. Lapset voivat saada paljonkin fyysistä läheisyyttä heitä hoitavilta aikuisilta. Läheisyys voi olla myös nuorille ja aikuisille tärkeä viesti hyväksymisestä ja välittämisestä. Kosketaminen voi kuitenkin muuttua tabuksi, mikäli siihen liittyy tai siinä nähdään myös seksuaalisia merkityksiä. Uutena piirteenä tabuisuuteen ovat tulleet pelot seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai hyväksikäyttöepäilyn kohteeksi joutumisesta (Sariola 1990, 1998).

Tulevaisuuden haasteet

Seksuaalikasvatus

Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on edesauttaa oman yksilöllisen seksuaalisuuden hyväksymistä, vahvistaa kykyä puolustaa omia oikeuksiaan ja yksityisyyttään sekä edistää vastuullista seksuaalikäyttäytymistä. Eri tavoin vammautuneiden ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten seksuaalikasvatus tulee nähdä pitkäjänteisenä ja tavoitteellisenä toimintana. Koulun opetussuunnitelmiin perustuvan seksuaalikasvatuksen lisäksi he usein tarvitsevat kohdennettua heidän omista tarpeistaan lähtevää opetusta (Karanka 2001).

Eri tavoin tukea tarvitsevien lasten seksuaalikasvatuksen tarve tulisi arvioida eri ikä- ja kehitysvaiheissa ja seksuaalikasvatuksen tarve voi jatkua myös aikuisiällä. Niin kuntoutus- kuin ohjaus- ja palvelusuunnitelmiin tulee sisällyttää myös seksuaalikasvatuksen yksilölliset tavoitteet ja eteneminen kuten tiedon taso ja käsitellyt asiat.

Eri tavoin vammautuneiden ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten seksuaalikasvatukseen soveltuvista materiaaleista on jatkuvasti pulaa. Materiaaleja tarvitaan esimerkiksi selkokielellä, äänitteinä, viittomilla esitettynä, pistekirjoituksella tai kohokuvakirjoina.

Kuntoutus ja sopeutumisvalmennus

Kuntoutus ja sopeutumisvalmennus on asiakkaan/ potilaan selviytymisen tukemista, jotta hän voi vammasta tai sairaudesta huolimatta olla mahdollisimman omatoiminen sekä pyrkimistä parhaaseen mahdolliseen elämänlaatuun muuttuneissa ja muuttuvissa olosuhteissa. Toiminnan tulisi olla moniammatillista tiimityötä, jossa kuntoutuja on mukana yhtenä tiimin jäsenenä.

Kuntoutuksellinen työote tulisi ottaa käyttöön jo primaarivaiheessa vammautumisen tai sairauden diagnosoimisen yhteydessä. Suunnitelmallinen kuntoutumisen tukeminen edellyttää kirjallista kuntoutumissuunnitelmaa, joka seuraa asiakkaan/potilaan mukana kaikissa hoito- ja kuntoutusyksiköissä. Suunnitelman tulisi sisältää myös arvio asiakkaan/potilaan psykososiaalisen tuen tarpeesta sekä seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset, jotta vammautuneen/sairastuneen henkilön kokonaisvaltainen, myös seksuaalisuuden sisältävä, hoito ja kuntoutus ei viivästy eikä näin vaikeuta kuntoutumisprosessia (Rosenberg 2007).

Kuntoutukseen ja sopeutumisvalmennukseen liitetyssä seksuaalineuvonnassa voidaan tehdä arvio seksuaalisesta toimintakyvystä ja suunnitelma sen parantamiseksi, etsiä ratkaisuja ongelmiin, jotka estävät tai rajoittavat seksuaalisuuden toteuttamista, parin/ partnerin löytämistä ja seksin

tyydyttävyyttä parisuhteessa. Moniin ongelmiin voidaan löytää ratkaisuja, jotka ovat luonteeltaan varsin käytännöllisiä kuten esimerkiksi seksivälineiden kokeilu. Varsinkin kehitysvammaisten kohdalla tarvitaan usein pitkäaikaista ja pitkäjänteistä seksuaalikasvatusta.

Asiakas/potilasohjeet ja oppaat erityisryhmille

Eri viranomaistahot, vammais-, sairaus- ja muut järjestöt sekä kuntoutuskeskukset ovat tuottaneet seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asiakas/potilasoppaita, vihkosia ja taitelehtisiä, joista osa on vanhentuneita.

Nyt suunnitellun kansalaisten terveystietoportin sisällön tuottamisessa vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä kysymyksissä tarvitaan vammais- ja sairausjärjestöjen sekä seksuaaliterveyteen erikoistuneiden järjestöjen asiantuntemusta.

Erityisryhmien tiedonsaannin turvaaminen tulee varmistaa. Kehitysvammaisille tarvitaan oppaita selkokielellä tai käyttämällä muita puhetta tukevia tai korvaavia kommunikaatiomenetelmiä kuten kuvakommunikaattoreita, näkövammaisille esteettömiä www- sivustoja ja oppaita myös nauhoitteina ja kuuroille viittomakielellä esitettyinä. Oppaita tulee suunnitella myös henkilöille, joilla ei ole lukutaitoa johtui se sitten vammasta tai sairaudesta tai opetuksen puutteesta.

Asiakas- ja potilasohjeita tulee tuottaa myös omalla kielellä niille maahanmuuttajataustaisille asiakkaille, joilla ei ole riittävää suomen kielen taitoa. Ohjeita tulisi saada ainakin ruotsiksi ja englanniksi. Asiakas/potilasohjeissa tulee ottaa huomioon myös samaa sukupuolta olevien parisuhteet.

Yhtenä laatukriteerinä asiakas/potilasohjeissa tulisi olla yhdenmukainen seksologian käsitteistö. Käsitteistön pohjana voidaan käyttää Duodecimin ”Seksuaalisuus”-kirjaan laadittua sanastoa (Ilmonen ja Nissinen 2007).

Parisuhteen tukeminen

Vanhempien parisuhteen tukeminen. Kun lapsi syntyy vammaisena tai sairaana tai vammautuu/sairastuu vakavasti varhaislapsuudessa, vanhempien parisuhde joutuu usein koetukselle. Vanhemmat tarvitsevat kursseja ja ryhmiä, joissa heillä on mahdollisuus saada tukea oman parisuhteensa hoitoon ja voimavarojen löytämiseen. Parisuhteen toimivuus on avain koko perheen hyvinvointiin.

Parisuhteen tukeminen parin vammautumisen tai vakavan sairastumisen jälkeen. Kriisiprosessi saattaa vahvistaa parisuhdetta tai se saattaa johtaa eroon. Myös parisuhteen totutut roolit saattavat muuttua ja herättää monenlaisia tunteita. Aiemmin tasavertainen kumppanuus voi muuttua hoitosuhteeksi, johon on vaikea sopeutua. Parisuhteen tukeminen on osa kuntoutumisprosessia.

Kehitysvammaisten parien parisuhteen tukeminen. Kehitysvammaiset parit saattavat tarvita sekä parisuhdeneuvontaa että seksuaalineuvontaa.

Vanhemmuuden ja lasten tukeminen

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien tukeminen. Usein vanhemmat saattavat tarvita tietoa ja erityistä tukea voidakseen auttaa vammaista tai pitkäaikaissairasta lasta ja nuorta kasvamaan myös seksuaaliseen aikuisuuteen. He tarvitsevat kursseja, joissa mahdollisuus saada asiantuntija-apua ja vertaistukea lapsen ja nuoren seksuaalisen kasvun tukemiseen.

Vammaisten nuorten ja aikuisten vanhemmuuden tukeminen. Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden naisten äitiys on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle verraten uusi asia. Monet odottavista äideistä ja pareista saattavat kuitenkin tarvita erityistä tukea vanhemmuudelleen. Monet vammaiset ja pitkäaikaissairaavat nuoret ja aikuiset selviävät lastenhoidosta sopivien apuvälineiden ja esimerkiksi asunnonmuutostöiden avulla. Osa tarvitsee erilaisia tukitoimia, kuten kodinhoitopalveluja. Kehitysvammaiset vanhemmat tarvitsevat usein vanhemmuudelleen laaja-alaista tukea.

Arvioinnin tekemiseksi kehitysvammaisten nuorten ja aikuisten soveltuvuudesta vastuunottamiseen vanhempina, tulisi kuhunkin erityishuoltopiiriin/sairaanhoidopiiriin perustaa moniammatillinen arviointiryhmä.

Lasten tukeminen vanhemman sairastuessa tai vammautuessa. Vammautuminen ja vakava sairaus koskettaa aina koko perhettä ja lähipiiriä. Varsinkin psyykinen sairaus vammauttaa koko perheen vuorovaikutusta ja toipumiseen tulee auttaa koko perhettä. Perheen lapsilla on kohonnut riski sairastua itse myöhemmässä elämän vaiheessa. Stakesin Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa kehitettyjä työmenetelmillä voidaan auttaa vanhempia ja työntekijöitä tukemaan lapsia silloin kun vanhemmalla on erilaisia mielenterveysongelmia, vakava somaattinen sairaus tai esimerkiksi työuupumus. Lapset puheeksi -työmenetelmää on käytetty esimerkiksi sellaisissa perheen tilanteissa, joissa vanhemmalla on syöpä.

Perheille tulee turvata tilapäinen lasten- ja kodinhoitoapu silloin kun vanhemman vammautuminen tai sairastuminen vaatii hoitojaksoja. Vanhemman vammautuminen tai sairaus ei saisi johtaa lasten huostaanottoihin.

Tilaratkaisut ja liikkumismahdollisuudet

Tasavertaisten mahdollisuuksien luominen merkitsee, että esimerkiksi vanhusten palvelutaloissa tai kehitysvammaisten asuntoloissa otetaan huomioon asiakkaiden/asukkaiden yksityisyyden tarve ja toiveet. Myös sairaaloissa, kuntoutuskeskuksissa ja muissa laitoksissa tulisi tilojen suunnittelussa ottaa huomioon asiakkaiden/potilaiden mahdollisuus itsetyydytykseen ja myös intiimiin kanssakäymiseen parin/partnerin kanssa.

Kuljetuspalveluiden saamisen tulisi olla subjektiivinen oikeus. Monet vaikeavammaiset tarvitsevat liikkumiseen ja muihin päivittäisiin toimintoihin myös henkilökohtaisen avustajan. Tasavertaiset liikkumismahdollisuudet mahdollistavat sen, että vammaisen tai pitkäaikaissairas henkilö voi luoda kontakteja, solmia ystävyys-, seurustelu- ja parisuhteita ja näin myös toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan.

Välineet ja varusteet

Kaikki liikkumiseen ja kommunikointiin tarvittavat apuvälineet mahdollistavat vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden kontakteja ja parantavat elämän laatua. Tietokoneet ja muut mobiiliviestimet auttavat myös tiedon ja elämysten hankkimisessa seksuaalisuudesta, mahdollistavat nettimeuvonnan käyttämisen ja tiedon saamisen seksuaaliterveyden palveluista.

Seksin apuvälineet ovat yksi osa päivittäisten toimintojen apuvälineitä. Niiden tarpeellisuus tulee arvioida yksilöllisesti. Seksin apuvälineiden tarpeellisuudesta voidaan antaa lausunto, jolloin sen voi saada osana lääkinällistä kuntoutusta. Välineitä voidaan tehdä yksilöllisesti suunniteltuina ja toimintaterapeutti tai apuneuvoteknikko tarvittaessa tehdä välineisiin myös muutostöitä. Seksin apuvälineiden hankinta on tarkoituksenmukaista tehdä yrityksistä, joissa on myös vammaisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvää asiantuntemusta.

Tulkkipalvelut

Vammaisilla ja pitkäaikaissairailta ihmisillä tulee olla oikeus saada seksuaaliterveyspalveluja omalla kielellään. Tulkkipalveluita tulee järjestää niille maahanmuuttajataustaisille ihmisille, joiden kielitaito ei riitä palvelun käyttämiseen ja sen sisällön riittävään ymmärtämiseen, viittomakielellä niille kuuroille, joille se on äidinkieli ja kuurosokeille taktiillisella viittomakielellä.

Palvelujen organisointi

Seksuaalisuus liittyy ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin moniulotteisesti läpi elämänkaaren. Seksuaalisuus liittyy olennaisena osana omaan kehoon ja sen toimintoihin, tunne-elämään, parisuhteisiin, vanhemmuuteen, identiteettiin ja itsetuntoon. Ihmiset tarvitsevat läpi elämänkaaren asiallista tietoa ja ymmärrystä seksuaalisuudesta osana omaa hyvinvointiaan ja sosiaalisia suhteitaan.

Myös seksuaaliterveyteen liittyvää osaamista tulisi olla sosiaalipalveluissa (mm. päiväkodit, lastensuojelu, vanhustenhuolto, päihdehuolto), terveyspalveluissa (mm. neuvolat, terveyskeskukset, kouluterveydenhuolto, sairaanhoito, kuntoutus), koulutoimissa ja nuorisotyössä. Seksuaaliterveyden edistäminen tulisi ottaa huomioon toimintojen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä integroituna muihin palveluihin että tarpeen mukaan erityispalveluiden muodossa.

Sairaanhoitopiireihin tulisi saada yksi seksuaalineuvoja/terapeutti 500:ttä potilasta kohden esimerkiksi keskussairaaloihin. Tärkeää olisi myös saada parisuhde/perheterapeutin palveluja. Tarvittaessa tämän henkilöstön perehdyttämisestä myös vammaisuuden- ja pitkäaikaissairauksien problematiikkaan ja kriisityöhön tulisi huolehtia täydennyskoulutuksena.

Erityisesti muutostilanteissa, kuten kunta- ja palvelurakenteen muutoksissa, tulee huolehtia siitä, ettei osaaminen pirstoudu ja että hyviksi koetut toimintamuodot voivat jatkua. Esimerkiksi kehitysvammaisten asiakkaiden asumispalvelujen hajautuminen on jo monin paikoin aiheuttanut asiantuntevien ohjaus- ja neuvontapalvelujen heikentymistä. Myös kehitysvammapiirien ylläpitämä kehitysvammaneuvoijajärjestelmä on muuttumassa kunta- ja palvelurakenteen muutosten myötä. Muutosvaiheessa tulee huolehtia siitä, että neuvoloiden asiantuntemus ja esimerkiksi kehitysvammaisten seksuaalineuvonta saadaan käyttöön myös uudessa järjestelmässä ja sille osoitetaan riittävät resurssit. Kehitysvammaisten mielenterveyspalvelujen kehittäminen tulee järjestää niin, että heidän ongelmiansa monimuotoisuus pystytään ottamaan huomioon.

Palvelurakenteen muutostilanteissa myös järjestöillä ja kolmannen sektorin toimijoilla on merkittävä tehtävä seksuaaliterveyspalveluiden tuottajina ja kehittäjinä niin, että palvelut kattavat myös eri tavoin vammautuneiden ja pitkäaikaissairaiden ihmisten tarpeet.

Järjestöjen palvelut

Sopeutumisvalmennus ja kuntoutuskurssit. Tällä hetkellä useimpien vammais- ja potilasjärjestöjen sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseilla käsitellään myös vammautumisen tai sairauden vaikutuksia seksuaalisuuteen. Jokaisella vammautuneella tai pitkäaikaissairaalla tulisi olla oikeus osallistua 3–7 päivää kestäville sopeutumisvalmennuskursseille vammautumiseen tai sairauteen liittyvän sopeutumisprosessin eri vaiheissa. Kursseilla tulisi laajentaa seksuaalisuuteen liittyvien teemojen käsittelyä ja yksilöllistä seksuaalineuvontaa tai järjestää seksuaalisuuteen liittyviä teemakursseja. Tällaisia kursseja tulisi järjestää erikseen parisuhdekursseina ja ”sinkkukursseina” Kursseille tulisi kehittää ohjaajan kansio seksuaalisuuteen liittyvistä teemoista.

Nettineuvonta. Netissä tapahtuva neuvonta on laajenemassa ja siitä on hyviä kokemuksia. Vammaisille ja pitkäaikaissairaille ja heidän läheisilleen tarkoitettujen seksuaaliterveyspalveluiden kehittämistä voitaisiin tehdä eri järjestöjen yhteistyönä. Ainakin nettineuvonnan organisointi ja tuottaminen voisi olla tällainen hanke. Hankkeen koordinointi soveltuisi esimerkiksi Terveyden edistämisen keskus ry:lle.

Vammaisille ja pitkäaikaissairaille kohdennetussa nettiseksuaalineuvonnassa tulisi työskennellä tähän aihepiiriin erikoistuneita seksuaalineuvojia ja seksuaaliterapeutteja. Nettineuvontaan voidaan yhdistää myös parisuhdeneuvonta, joka voi auttaa pareja tunnistamaan ja ymmärtämään paremmin kriisitilanteitaan, rohkaista puhumaan ongelmista sekä ohjata tarvittaessa hoitaviin tahoihin. Asiakkaina voivat olla niin vammaiset ja pitkäaikaissairaajat itse tai heidän läheisensä ja myös eri alojen ammattihenkilöt.

Vertaistukiryhmät ovat osoittautuneet monien vamma- ja sairausryhmien kohdalla tärkeäksi kanavaksi tiedon ja kokemusten jakamiseksi ja kuntoutumisprosessin edistämiseksi. Tarvetta olisi perustaa tukiryhmiä esimerkiksi odottaville äideille ja pareille. Samoin saattaisi olla tarvetta perustaa omia ryhmiä myös vammaisille ja pitkäaikaissairaille sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluville henkilöille.

Seksuaalineuvonta, seksuaali- ja parisuhdeterapia. Monien järjestöjen puhelinpäivystyksissä käsitellään myös seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Muutamat järjestöt ovat erikoistuneet seksuaalineuvontaan, jota voi saada sekä puhelimitse että netissä (Sexpo säätio, Väestöliiton Avoimet ovet ja Miesten aika, Seksuaalinen tasavertaisuus SETA). Sexpo säätio ja Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka tarjoavat myös vastaanotoillaan seksuaalineuvontaa, seksuaaliterapiaa ja parisuhdeterapiaa.

Henkilöstön koulutus, konsultaatiomahdollisuudet ja työnohjaus

Koska seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja seksuaalisuuden kohtaaminen asiakas-/potilastyössä ovat oleellinen osa ammattityötä ja -taitoa, tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitosten perustutkinnoissa olla pakollisena kolmen opintoviikon perehdyttämiskausi seksuaalineuvontaan.

Seksuaalineuvonta ja -terapiakoulutuksia järjestävien tahojen kanssa voitaisiin neuvotella yhtenä opintojen syventymisvaihtoehtona tai erillisinä kursseina perehtymistä vammaisuuteen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvään problematiikkaan. Vammais- ja sairausjärjestöille voitaisiin ehdottaa vammaisten ja pitkäaikaissairaiden parissa työskenteleville järjestettäväksi seksuaalineuvonnan perusteista 3–5 opintoviikon täydennyskoulutuskursseja. Myös kuntoutusohjaajille tulisi saada täydennyskoulutuksena erikoistumiskoulutusta seksuaalineuvontaan.

Monet vaikeavammaisat/ pitkäaikaissairaat tarvitsevat apua toiminnallisen seksin toteuttamisessa. Pelkkä tieto seksivälineistä ei riitä, niitä tulee voida myös käyttää. Apua voidaan tarvita esimerkiksi seksin apuvälineiden asettamiseen ja poistamiseen, välineiden pesemiseen ja huoltoon sekä myös avustamiseen itsetyytyksessä. Tällaisten seksiavustajien kouluttaminen tulisi saada käynnistetyksi. Koulutus voisi olla myös henkilökohtaisten avustajien lisäkoulutusta.

Erityisenä haasteena vammaisten ja pitkäaikaissairaiden oppilaiden/asiakkaiden/potilaiden kanssa työskentelyssä ovat maahanmuuttajataustaiset ja erilaisiin etnisiin ja uskonnollisiin vähemmistöihin kuuluvat ihmiset. Toimivat palvelut edellyttävät tutustumista muiden kulttuurien/uskontojen seksuaalisuuteen, parisuhteeseen ja perheeseen liittyviin arvoihin, normeihin, myytteihin ja tabuihin (Aigner 1999, Emas 2007). Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus- ja nuorisotoimen henkilöstö tarvitsee systemaattista koulutusta monikulttuuriseen työhön myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksissä. Lisäksi olisi tarpeen perustaa näihin kysymyksiin erikoistuneiden kulttuuritulkkien verkosto, jota olisi mahdollisuus konsultoida ongelmatilanteissa.

Kaikilla seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten kanssa työskentelevillä tulisi olla mahdollisuus saada yksilöllistä tai ryhmämuotoista työnohjausta.

Toimenpide-ehdotukset

1. Kokonaiskuntoutuksellisen otteen laajentaminen koulutuksen avulla hoidon ja kuntoutuksen kenttään. Systemaattinen tiedon, tuen ja seksuaalineuvonnan antaminen kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Kirjallisen kuntoutussuunnitelman, joka laaditaan yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa, tulee seurata häntä kaikissa hoito- ja kuntoutusyksiköissä ja sen tulee sisältää myös seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja arvion psykososiaalisen tuen tarpeesta.
2. Sairaanhoitopiireihin/keskussairaaloihin vähintään yksi seksuaalineuvoja/terapeutti 500 potilasta kohden. Palveluihin tulee liittää myös mahdollisuus parisuhdeterapiaan. Täydennyskoulutuksen järjestäminen tarvittaessa tämän henkilöstön perehdyttämiseksi erilaisiin vammoihin ja pitkäaikaissairauksiin liittyvään problematiikkaan ja kriisityöhön.
3. Kehitysvammaisten seksuaalineuvontapalvelujen turvaaminen palvelurakenteen muuttuessa ja mielenterveyspalvelujen organisointi. Moniammatillisen tiimin perustaminen erityishuoltopiireihin/sairaanhoitopiireihin kehitysvammaisten vanhemmuuden arvioimiseksi.
4. Sosiaali- ja terveysviranomaisten yhteistyö opetushallituksen sekä aihepiiriin perehtyneiden järjestöjen kanssa täydennyskoulutuksen järjestämiseksi niin varhaiskasvattajille kuin peruskoulun opettajille/erityisopettajille seksuaalikasvatuksen antamiseen eri tavoin vammautuneille ja pitkäaikaissairaille lapsille ja nuorille. Siihen tulee kuulua myös tarvittavan seksuaalikasvatusmateriaalin tuottaminen.
5. Nettineuvonnan kehittäminen järjestöjen yhteistyönä. Hankkeen koordinoitavuutta ehdotetaan Terveyden edistämisen keskus ry:lle.
6. Hanke seksuaaliterveyspalveluiden järjestämiseksi mielenterveysasiakkaille ja heidän läheisilleen: a) kartoitetaan väylät, joiden kautta asiakkaat tavoitetaan, erityisesti nuorten ongelmien ennakointi b) perustetaan pilottina 2–3 seksuaalineuvontapistettä, joiden asiakastyön avulla selvitetään, mitkä erityiskysymykset/ ongelmat koskettavat mielenterveysasiakkaita ja etsitään näihin ongelmiin soveltuvia seksuaalineuvonnan ja -terapian menetelmiä c) selvitetään, millä tavoin nämä menetelmät voidaan saada osaksi avohoidon palveluita d) luodaan psykiatrian avohoidon ja kuntoutustyön ammattihenkilöstölle sopivia koulutusmalleja.
7. Järjestöjen ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyönä seksuaaliterveyspalvelujen kehittäminen eri tavoin vammautuneille ja pitkäaikaissairaille henkilöille. Erityisesti otettava huomioon pienten sairaus- ja vammaryhmien sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien asiakkaiden/potilaiden seksuaalineuvonnan tarve. Neuvontaan sisällytetään pa-

- risuhteen ja vanhemmuuden tukeminen, seksuaali- ja parisuhdeneuvonta sekä tarvittaessa seksuaalisen toimintakyvyn analyysi, johon liittyy arvio seksin apuvälineiden tarpeesta. Seksuaalineuvonta- ja terapiakoulutuksia järjestävien tahojen tuottama vammaisuuteen ja pitkäaikaissairauksiin perehdyttävä syventävä koulutus/kurssit.
8. Maahanmuuttajataustaisten ja muiden etnisiin vähemmistöihin kuuluvien ihmisten seksuaaliterveyspalvelujen kehittäminen: 1. selvityksen tekeminen seksuaalikasvatuksen, -neuvonnan ja -terapian tarpeesta 2. kulttuuritulkkipalvelun perustaminen 3. systemaattisen koulutuksen järjestäminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus- ja nuorisotoimen henkilöstölle monikulttuuriseen asiakastyöhön seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksissä.
 9. Kaikkiin seksuaalikasvatusaineistoihin, asiakas- ja potilasoppaisiin ja muuhun seksuaaliterveyteen liittyvään aineistoon mahdollisimman yhdenmukainen seksologian käsitteistö, jonka pohjana voidaan käyttää Duodecimin uuden ”Seksuaalisuus”-kirjan sanastoa.
 10. Vammautumiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvän seksuaalikasvatusta ja seksuaalineuvontaa koskevien selvitysten ja tutkimuksen tukeminen ja resursointi.

Kirjallisuutta ja lähteitä

- Apter, Dan & Kaimola, Kari & Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim 2006.
- Annon, Jack: The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, Spring-Summer 1976.
- Autio, Tiina: Mahdollisuus seksuaalisuuteen. Kehitysvammailiiton julkaisuja 12/1992.
- Autio, Tiina: Kehitysvammaiset, parisuhde ja seksi, teoksessa Papp, Krista (toim.): Seksuaalisuus ja mielenterveys. Mielenterveyden Keskusliitto 1999.
- Ilmonen, Tuisku: Siivekäs sillanrakentaja. Kirja vanhemmille, kun lapsella on sairaus tai vamma. TSL 19.
- Ilmonen, Tuisku & Nissinen, Jussi: Seksologian peruskäsitteistöä. Julkaisussa Apter Dan, Väisälä Leena ja Kaimola Kari (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim 2006.
- Ilmonen, Tuisku & Nissinen, Jussi: Sanasto. Julkaisussa Apter Dan, Väisälä Leena ja Kaimola Kari (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim 2006.
- Ilmonen, Tuisku & Karanka, Irene: Iloinen soturi ja suloinen kuningatar. Opintoaineisto seksuaalineuvonnasta ja seksuaalikasvatuksesta. Kehitysvammaliitto 2001.
- Invalidiliitto: Vammautuminen ja sukupuolielämä 1976.
- Johansson, Tiina: Vammautuminen ja seksuaalisuus, teoksessa Seksologian perusteita. SEXPO ry 1989.
- Kaitasuo, Maritta: Vammaiset koululaiset ja seksuaalitetous. Kehitysvammailiiton ja SEXPO:n seksuaalineuvojakoulutus, lopputyö 1995.
- Karanka, Irene: Tehdään rakkautta. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus 1993.
- Karanka, Irene: Seksuaalisuuden ulottuvuudet. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus 1997.
- Karanka, Irene: Seksuaalikasvatuksesta. Opintoaineistossa Ilmonen, Tuisku & Karanka, Irene: Iloinen soturi ja suloinen kuningatar. Kehitysvammaliitto 2001.
- Ketola, Outi: Piilossa ja puhumatta - seksuaalisuus hoitamisen kulttuurissa, teoksessa Halu rakastaa. Pro Nursing ry 1997.
- Kolehmainen-Julkunen, Orvokki: Potilaat, hoitajat ja seksuaalisuus, teoksessa Papp, Krista (toim.): Seksuaalisuus ja mielenterveys. Mielenterveyden Keskusliitto 1999.
- Kontula, Osmo & Lottes, Ilsa (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi 2000.
- Korhonen, Mari: Hoitajien suhtautuminen kehitysvammaisten seksuaalisuuteen, teoksessa Halu rakastaa. Pro Nursing ry 1997.
- Lewin, Bo: Att se sexualiteten. Uppsala universitet 1987.
- Mattus, Marjo-Riitta: Käenpoikana ikänsä. Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1993.
- Nordeman; Margareta: Utväcklingsstörning och sexualitet. Carlssons Bokförlag 1999.
- Nurmi, Tuulikki: Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:13.
- Ovaska-Pitkänen, Maila (toim.): Elämän uusi painos. Aivo-ohjaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Kirjayhtymä 1999.
- Papp, Krista (toim.): Seksuaalisuus ja mielenterveys. Mielenterveyden Keskusliitto 1999.
- Pelkonen, Marja & Villberg, Mella: Vaillinaisesta kokonaiseksi. Kääntöpiiri 1994.
- Pohjolainen, Pertti: Seksuaalisuus laitoksissa, teoksessa Ronkainen, Suvi & al.: Erotiikka ja elämäntilanne. WSOY 1994.
- Pulkkinen, Katja: Psykiatristen potilaiden seksuaalisuus laitoshoidossa olevan kokemana. Sexpo säätiön seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutuksen lopputyö 1997.
- Pulkkinen, Katja: Selvitys psykiatrisen hoitohenkilökunnan tiedoista ja tiedon tarpeesta seksuaalisuudesta ja sen kohtaamisesta asiakastyössä psykiatrisissa pitkäaikaissairaiden hoitolaitoksissa, 3/1999
- Rosenberg, Leena: Seksuaalisuus ja sairaus, teoksessa Seksuaalisuus. Duodecim 2007.
- Promotion of Sexual Health. Pan American Health Organization & World Health Organization & World Association for Sexology. Guatemala 2000.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Toimiva vaikeavammaisen toimivassa yhteiskunnassa. Komiteamietintö 1987:14.
- Saraste, Heini: Mikä nainen. Kuusi tarinaa vammasta ja naiseudesta. Sosiaali- ja terveysministeriö/Valtakunnallinen vammaisneuvosto 2000.

- Seppi, Pirkko: Saako laitoksessa rakastaa? Mielenterveyslehti 4/1990.
- Vartiainen, Heikki: Suhtautuminen potilaiden seksuaalisuuteen mielisairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti 31/1996.
- Valasti, Heidi: Seksuaalinen toimintakyky ja kuntoutuksen mahdollisuudet. Seksologian ammatilliset erikoistumisopinnot/Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2001.
- Vartiainen, Heikki: Seksuaalisuus laitoksissa, teoksessa Papp, Krista (toim.): Seksuaalisuus ja mielenterveys. Mielenterveyden Keskusliitto 1999.
- Venhola, Miia: Lääkäri seksologina, teoksessa Seksuaalisuus. Duodecim 2007
- Virtanen, Jukka: Kliininen seksologia. WSOY 2002.

SEKSUAALIOPETUS OSANA TERVEYSTIEDON OPETUSTA TILANNEKATSAUS PARISTA KOULUSTA KEVÄÄLLÄ 2006

RIIKKA PÖTSÖNEN, TtT

Johdanto

Jokaisella lapsella ja nuorella on oikeus tietää terveydestä, sairauksista ja niihin vaikuttavista asioista. Perusopetussuunnitelman mukaan terveystiedon opetus tulee suunnitella siten, että oppilaalle muodostuu kokonaisvaltainen kuva terveystiedosta koko perusopetuksen aikana. Samoin seksuaalisuuteen liittyvien tietoja ja opetusta tulisi olla saatavilla koko elämän ajan itse kunkin elämänvaiheeseen ja kehitysasteeseen soveltuvalla tavalla.

Terveyteen liittyvät tietoaines on aina jossain muodossa kuulunut koulun opetukseen. Aiemmin se on ollut mm. kansalaistaidon, ympäristöopin tai terveystiedon oppiaineiden sisällä. Monien vaiheiden jälkeen terveystieto tuli itsenäiseksi oppiaineeksi peruskoulussa vuonna 2001. Terveystieto on integroitu luokilla 1–4 ympäristö- ja luonnontiedon opetukseen, luokilla 5–6 se on osa biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa. Itsenäisenä aineena terveystietoa on luokilla 7–9, jolloin sitä on kolme vuosiviikkotuntia. Ensimmäinen uudistettu opetussuunnitelma (OPS) otettiin käyttöön kokeilukouluissa vuonna 2004. Viimeiset peruskoulut siirtyivät uudistetun OPS:n pariin syksyllä 2006.

Seksuaalikasvatuksen toteutus on vaihdellut paljon koulujen välillä. Miten on tilanne nyt, kun seksuaalikasvatus kuuluu yhtenä osana viralliseen opetussuunnitelmaan, oppikirjoissa käsitellään seksuaalisuutta ja saatavilla on runsaasti oppimateriaalia?

Tässä raportissa selvitetään terveystiedon opetuksen ja seksuaalikasvatuksen tilaa peruskouluissa. Selvitys tehtiin keväällä 2006 neljässä kunnassa. Kolme kunnista sijaitsee Pohjois-Pohjanmaalla, yksi Keski-Suomessa (terveystiedon opetuksen kokeilukoulu). Haastatteluihin osallistui kahdeksan yläasteen ja neljä ala-asteen opettajaa. Oppilaiden ryhmähaastattelut (kaksi ryhmää) tehtiin vain Keski-Suomessa sijaitsevassa koulussa. Opettajien ja oppilaiden lisäksi haastateltiin viittä terveystiedon asiantuntijaa Jyväskylän yliopistossa.

Kansalaistaidosta terveystiedoksi

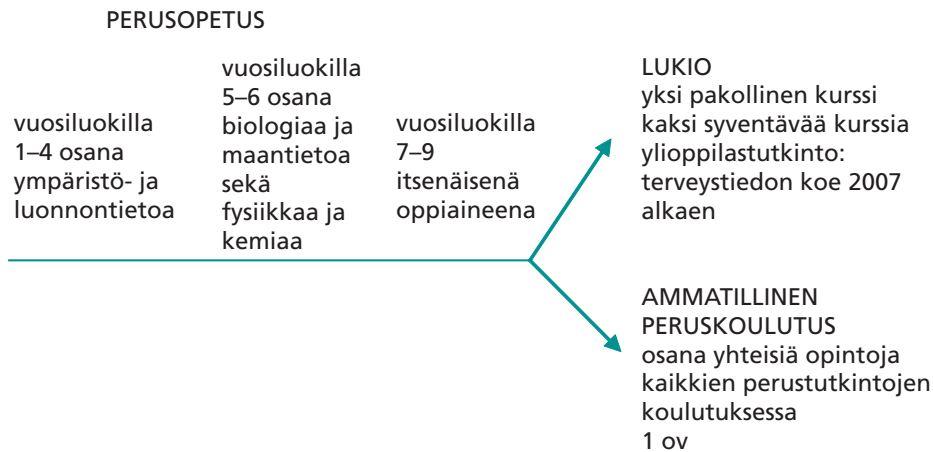
Terveysopetusta on aina ollut jossain muodossa perusopetuksessa. Peruskoulussa terveysopetusta opetettiin aluksi osana kansalaistaitoa. Valtioneuvoston tuntijaon (1969) ja peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietinnön (1970) mukaan osana kansalaistaitoa tuli opettaa muun muassa terveystiedon, tapaturman torjuntaa ja ensiapua sekä raittiuskasvatusta. Kun opetussuunnitelman perusteet uudistettiin vuonna 1985, terveyteen liittyvä aines yhdistettiin ala-asteella kansalaistaitoon. Yläasteella se oli osa liikuntaa nimellä terveys- ja liikennekasvatus. Käytännössä terveys- ja liikennekasvatusta tuli yläasteen aikana opettaa yhteensä noin kolmekymmentä tuntia. Kotitaloudessa terveystiedon sisältöjä liitettiin kaikkiin kotitalouden sisältöalueisiin. Viidennellä ja kuudennella vuosiluokalla terveystiedon sisältöjä opetettiin myös biologian opetuksen yhteydessä. (Peltonen 2005.)

Vuoden 1994 opetussuunnitelmauudistuksessa terveysopetusta tuli toteuttaa valtioneuvoston tuntijaon (1993) mukaan osana liikuntaa. Opetussuunnitelman perusteissa määriteltiin myös tavoitteet aihekokonaisuuksille, joista yksi oli terveystiedon opetus. Aihekokonaisuuksilla tarkoitettiin useissa oppiaineissa opetettavia ja muussa koulutyössä huomioon otettavia ajankohtaisia

ja oppiainerajat ylittäviä teemoja. Ympäristö- ja luonnontiedon sekä biologian opetuksessa oli terveellisiin elämäntapoihin ja seksuaalikasvatukseen liittyviä tavoitteita. (Peltonen 2005.)

Uusin perusopetusta koskeva tuntijakopäätös annettiin joulukuussa 2001 (1435/2001). Perusopetuksen tuntijakoasetuksessa on paljon terveyden ja turvallisuuden edistämiseen liittyviä tavoitteita, jotka tukevat myös terveystiedon opetusta ja kouluyhteisössä tehtävää yhteistyötä. Terveystieto-oppiaine muodostaa jatkumon esiopetuksesta toiselle asteelle. Terveystieto on integroitu luokilla 1–4 ympäristö- ja luonnontiedon opetukseen, luokilla 5–6 se on osa biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa. Itsenäisenä aineena terveystietoa on luokilla 7–9, jolloin sitä on kolme vuosiviikkotuntia. (Yksi vuosiviikkotunti on yksi tunti opetusta viikossa jokaisen kouluviikon aikana, yhteensä 36 tuntia vuodessa. Terveystiedon kokonaismäärä on 3 x 36 tuntia, eli 108 tuntia peruskoulun yläasteella luokkien 7–9 aikana.) Ala-asteen aikana terveystietoa opetetaan läpäisyperiaatteella, luokilla 7–9 terveystieto on itsenäisesti opetettava ja arvioitava oppiaine.

Terveystiedon opetuksen jatkumo



Kuvio 1. Terveystiedon opetuksen jatkumo esiopetuksesta toiselle asteelle (Lähde: Peltonen 2005, s. 43)

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet on hyväksytty 16.1.2004, ja ne tulevat porrasteisesti voimaan siten, että kaikki luokka-asteet ovat uusien perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden mukaisessa opetuksessa viimeistään 1.8.2006.

Seksuaalikasvatus osana terveystiedon opetusta

Seksuaalisuuteen liittyvien tietoja ja opetusta tulisi olla saatavilla koko elämän ajan itse kunkin elämänvaiheeseen ja kehitystasoon soveltuvalla tavalla. Kanadalaisen seksuaaliterveyskasvatuksen (SIECUS 2004) ohjeen päätavoitteet soveltuvat lähtökohdaksi hyvin Suomessakin. Ensimmäinen päätavoite on auttaa ihmisiä saavuttamaan positiivisia seksuaaliterveyden ilmentymiä (itsearvostus, itsensä ja muiden kunnioittaminen, vapaaehtoisuuteen perustuvat palkitsevat seksuaalisuhteet, iloa tuottava ja toivottu vanhemmuus). Toisena tavoitteena on välttää negatiivisia seksuaaliterveyden ilmentymiä (ei-toivottu raskaus, sukupuolitaudit ja HIV, seksuaalinen pakottaminen, seksuaaliset toimintahäiriöt).

Alle kouluikäisten ja alakoululaisten seksuaalikasvatuksen tulisi luoda pohja hyvälle ihmisuhteille ja toisen ihmisen kunnioittamiselle. Miesten ja naisten väliset erot ja lisääntymisen perusbiologia kuuluvat myös varhaiskasvatuksen aiheisiin. (SIECUS 2004.)

Peruskoulussa annettava seksuaaliopetus on puolestaan siksi avainasemassa, koska sillä on mahdollisuus tavoittaa koko ikäluokka.

Seksuaaliopetus kuului peruskoulujen opetussuunnitelmaan vuosina 1970–1994. Vuonna 1994 toteutetun uudistuksen jälkeen seksuaaliopetus kouluissa väheni Liinamon (2005) mukaan niin, että joissain kouluissa sitä ei ollut lainkaan. Kontula (1997) puolestaan totesi valtakunnallisessa yläasteiden seksuaaliopetusta kartoittaneessa kyselyssään, että seksuaaliopetus oli kouluissa heikosti koordinoitua. Suurimmaksi ongelmaksi opetuksen toteuttamisessa opettajat nimesivät yhteistyön puutteen, opetuksen suunnittelemattomuuden ja aikapulan. Sekä Kontulan (1997) että Kouluterveyskyselyn (Liinamo 2005) tulosten mukaan koulujen, kuntien ja alueiden välillä oli suuria eroja opetuksen toteuttamisessa.

Nuorten ryhmähaastatteluissa (Pötsönen ja Välimaa 1995) ilmeni, että nuoret olivat melko tyytyväisiä koulunsa seksuaaliopetukseen. Kysyttäessä opetuksen sisältöjä, nuoret halusivat enemmän keskustelua ihmisuhteista, tunteista ja seurustelusta. Nuorten mielestä opetuksessa oli päällekkäisyyttä, samoja asioita käsiteltiin useilla tunneilla. Opetuksen teemoista painottuivat raskauden ehkäisy ja sukupuolitaudit, ja seksuaalikasvatuksen negatiivisuus ja monet kiellot. Oppilaat kertoivat olevansa vaivautuneita joidenkin opettajien tunneilla, eivätkä viitsineet kysellä, kun tilanne oli niin hankala.

Maija Nykäsen (1996) mukaan lapset haluavat käsitellä jo ala-asteella seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Samoin osa vanhemmista toivoi, että koulussa puhuttaisiin yhdessä olosta, toisten huomioon ottamisesta ja murrosiän muutoksista.

Tällä hetkellä seksuaalikasvatus on selkeästi näkyvässä terveystiedon opetussuunnitelmassa. Laaja-alaisesti ajateltuna sisältyvät seksuaalikasvatuksen tavoitteet melkein kaikkiin terveystiedon opetuksen tavoitteisiin 7–9 luokilla. Terveystiedon opetusta määrittävässä perusopetuksen opetussuunnitelmassa korostetaan nykyisin sitä, että nuorten tulee tietää omaan kasvuunsa ja kehitykseensä liittyvistä asioista. Myös elämän moninaisuuden ymmärtämisen kannalta elämänkulun kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää (Välimaa 2004). Seksuaalisuuteen liittyvät tietoaines sisältää oppikirjoissa (mm. Reinikkala ym. 2003, Eloranta ym. 2003) biologisten (mm. ihmisen kasvu ja kehitys, lisääntyminen, sukupuolitaudit ja ehkäisy) ulottuvuuksien lisäksi psykologiset (tunteet, vuorovaikutus ja selviytymisen taidot), kulttuuriset (perhe, ystävät, joukkotiedotusvälineet) ja eettiset ulottuvuudet (moraaliset arvot ja asenteet, suvaitsevaisuus).

Seksuaaliasiat ovat olleet vähän esillä luokanopettajien ja aineopettajien koulutuksessa. Terveystiedon opetuksessa seksuaalikasvatus on osa terveystiedon oppiainetta. Koulun seksuaaliopetuksen kehittäminen edellyttäisi Kosusen (2006) mukaan seksuaaliopetusta antavien opettajien järjestelmällistä koulutusta. Toistaiseksi opettajakoulutuksessa ei ole lyhyiden koulutusten lisäksi tarjolla pitempää erikoistumiskoulutusta.

Opetussuunnitelman perusteet

Opetussuunnitelma on koulu yhteisön ja opettajan työn kehittämisen keskeinen väline. Terveystiedon opettaja osallistuu sekä oman oppiaineensa tavoitteiden toteuttamiseen että opetussuunnitelman perusteiden yleisten tavoitteiden ja keskeisten periaatteiden toteuttamiseen. Lainsäädännön lisäksi paikallisen opetussuunnitelman laatimista ja toteuttamista ohjaavat Opetushallituksen päättämät opetussuunnitelman perusteet. (Peltonen 2005.)

Yksi opetussuunnitelmauudistuksen keskeinen, kaikille yhteinen tavoite on oppilaan oppimisen edellytysten sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen. Perusopetuslain muuttamisesta

annetun lain (13.6.2003/477) 3 §:n mukaan ”opetus järjestetään oppilaiden ikäkauden ja edellytysten mukaisesti ja siten, että se edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä.” Lain velvoite edellyttää, että kaikessa opetuksen järjestämiseen liittyvässä päätöksenteossa otetaan huomioon lapsen ja nuoren terveen kasvu- ja kehitysprosessin tukeminen.

Uudessa koululainsäädännössä määritellään myös oppilashuolto ensimmäisen kerran lain tasolla (13.6.2003/477, 31 a §). Oppilashuolto koko kouluyhteisöä koskevana yhteisenä tehtävänä vaatii kaikilta yhteistyökumppaneilta uutta ajattelutapaa: ”Oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa.”

Kouluterveydenhuolto 2002 -oppaan mukaan koulun aikuishenkilöstö ja oppilaat ovat jakamaton sosiaalinen yhteisö, jolla on yhteinen työympäristö. Yhteistyön koulun sisällä tulisi olla moniammatillista. Seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta Kouluterveydenhuollon oppaassa mainitaan, että kouluterveydenhuolto voisi edistää seksuaaliterveyttä osallistumalla koulun seksuaaliopetuksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä seuraamalla aktiivisesti seksuaalista kehitystä terveystarkastus- ja vastaanottotilanteissa.

Haastattelujen tekeminen kouluissa

Koulujen valinta

Selvitystä varten valittiin kolme kuntaa Pohjois-Pohjanmaalta ja yksi Keski-Suomesta. Resurssien vähäisyyden takia haluttiin valita yksi maantieteellinen alue, että haastattelut olisi mahdollista tehdä kevään 2006 aikana. Toisaalta, koulujen väliset erot ovat olleet suuria aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Liinamo 2005). Tutkija oletti, että joka tapauksessa koulujen välillä olisi eroja terveystiedon tuntijaossa ja opetuksessa, vaikka ne olisivat samalta maantieteelliseltä alueelta. Keski-Suomesta oleva kunta otettiin mukaan siksi, että näin saatiin mukaan yksi kunta, jossa terveystiedon uudistettua opetussuunnitelmaa oli toteutettu kaikilla luokka-asteilla.

Kunnat olivat erilaisia sekä väestörakenteensa että asukasmääränsä suhteen. Mukana oli pieni maaseutukunta (a), suuria kaupunki (b), keskisuuri kunta (c) ja pieni kaupunki (d).

Selvitystä varten kysyttiin kustakin kunnasta lupa sen tekemiseen. Lupakäytännöt vaihtelivat kunnittain. Yhdessä kunnassa lähetettiin tutkimuspyyntö kunnan sivistyslautakuntaan, toisessa kunnassa sivistystoimenjohtaja esitteli tutkimuksen johtoryhmälle. Kahdessa kunnassa tutkimuslupaa ei koulutoimenjohtajan mukaan tarvittu opettajien haastatteluun, vaan tutkija sopi asiasta suoraan rehtorien kanssa.

Tutkimuskouluksi jouduttiin ottamaan pienemmissä kunnissa (kunnat a ja c) kunnan ainoa yläaste, suuremmissa kunnissa tutkija soitti sattumanvaraisesti jollekin rehtorille, jonka kanssa sovittiin tapaaminen koulussa. Osa rehtoreista antoi tutkijalle suoraan terveystiedon opettajien puhelinnumerot, osa järjesti itse haastattelut koululle ja opettajille sopivana aikana.

Haastattelut tehtiin kevään 2006 aikana. Kevätkiireiden takia koulukäyntien sopiminen oli melko hankalaa. Haastattelujen tekemistä hankaloitti myös se, että osa terveystiedon vakituisista opettajista oli sairaana tai virkavapaalla, eikä lyhytaikaisten sijaisten haastatteleminen antanut kokonaiskuvaa koulun tilanteesta.

Haastattelujen toteutus

Kaikissa haastatteluissa käytettiin samaa haastattelurunkoa (liite 5). Vaikka haastatteluissa pyrittiin saamaan kaikilta vastauksia samoihin kysymyksiin, käsiteltiin teemoja joustavasti tilanteen mukaan ja käsittelyjärjestystä vaihdellen. Opettajien haastattelut tehtiin yläasteella yksilöhaastatteluina. Ala-asteen haastatteluissa oli mukana kaksi opettajaa yhtä aikaa.

Opettajien haastatteluihin osallistui neljän yläasteen ja kahden ala-asteen opettajia. Yhdessä kouluista oli yhdistetty ala-yläaste, jolloin samoissa tiloissa oli luokat 1–9.

Oppilaita haastateltiin vain yhdessä koulussa, jossa terveystiedon opetusta oli ollut kaikilla luokka-asteilla. Haastatteluihin osallistui kaksi oppilasryhmää, joissa ensimmäisessä oli kuusi (3 tyttöä ja 3 poikaa) ja toisessa neljä nuorta (2 tyttöä ja 2 poikaa).

Oppilaiden haastattelut tehtiin teemoitetun ryhmähaastattelun menetelmällä, joka on joustava, nopea ja yleensä paljon informaatiota antava tiedonkeruumenetelmä (ks. Pötsönen ja Pennanen 1998). Ryhmässä henkilöt voivat kokea olonsa turvalliseksi ja varmaksi. Toisaalta ryhmän synergia voidaan hyödyntää, toinen voi jatkaa siitä mihin toinen jäi. Ryhmä antaa tilaa keskustella vaikeistakin asioista, sillä tarkoitus ei ole paljastaa henkilökohtaisuuksia, vaan ryhmänjäsenet toimivat pikemminkin oman viiteryhmänsä edustajina. (Krueger 1994.) Ryhmähaastatteluja voitiin verrata näin myös vuonna 1994 tehtyihin nuorten haastatteluihin (Pötsönen ja Välimaa 1995).

Sekä opettajien että oppilaiden haastattelut tehtiin koulun tiloissa ja ne kestivät 15–45 minuuttia.

Terveystiedon asiantuntijoiden haastattelut tehtiin maaliskuussa yksilöhaastatteluina ja ne kestivät puolesta tunnista kahteen tuntiin. Tutkijan tarkoitus oli testata haastattelurunko asiantuntijoiden kanssa ja päivittää oma tietopohjansa koulussa mahdollisesti esille tuleviin kysymyksiin, jotka koskivat opettajien koulutusta. Tutkija kyseli myös asiantuntijoilta heitä askarruttavia kysymyksiä koulun arjesta, jotka voitaisiin mahdollisesti lisätä haastatteluun. Asiantuntijoiden haastatteluissa käytettiin yleistä kyselyrunkoa, mutta sitä muunneltiin haastateltavan erityisosaamisen ja opetustehtävän mukaan. Asiantuntijoidenhaastattelun jälkeen haastattelurunkoon ei lisätty mitään uusia teemoja, mutta tutkija otti huomioon asiantuntijoiden kommentit ja erityiset kiinnostuksen kohteet koulussa haastatteluja tehdessään.

Aineiston luokittelu ja analysointi

Haastattelun aikana tutkija kirjoitti haastattelun sisällön ja tunnelman haastattelulomakkeelle, ja kirjoitti ne myöhemmin puhtaaksi tietokoneelle. Puhtaaksi kirjoitetut haastattelut luettiin läpi kokonaisuuden hallitsemiseksi kertaalleen. Sen jälkeen tutkija mietti nousiko teksteistä esille uusia ideoita, teemakokonaisuuksia tai tekstiin piilotettuja merkityksiä. Teemojen otsikot eivät kuitenkaan muuttuneet kyselylomakkeen teemoista. Seuraavaksi tutkija kokosi tietokoneella tekstit teemoittain isojen otsikoiden alle. Haastattelujen analysoinnissa otettiin huomioon tutkijan haastattelujen jälkeen ylöskirjoittamat havainnot kouluista, opettajista ja oppilaista. Samoin otettiin huomioon myös asiat, joista ei puhuttu.

Koska kyseessä oli pienimuotoinen ja käytännön kysymyksiin pureutuva selvitys, esitellään haastattelujen tulokset vain kuvailevalla tasolla. Tuloksista paljastuu Case-tutkimuksen tyyliin tämän hetkinen tilanne muutamissa kunnissa. Koska opettajat olivat valikoituneet haastatteluihin, ei heidän mielipiteitään voi yleistää, vaan ne edustavat kyseisten opettajien omia ajatuksia. Tuloksia ei siis voida yleistää kattamaan koko Suomea, tai edes kaikkia alueen kouluja.

Ryhmähaastatteluihin osallistuneet oppilaat olivat kokeilukouluista. Heidän mielipiteensä olivat näin ollen myös valikoituneen ryhmän mielipiteitä. Koulussa oli toteutettu pitkäaikaista kehitystyötä ja aktiivisesti osallistuttu terveystiedon opetuksen kehittämiseen, mikä varmaanikin heijastui myös oppilaiden vaikutelmien taustalla.

Haastattelujen tuloksia

Opettajien haastattelut

Haastateltujen opettajien koulutustausta

Terveystiedon opetuksesta peruskoulussa vastasivat hyvin erilaiset opettajat. Haastateltujen opettajien opetusalat olivat kotitalous, fysiikka, maantieto ja biologia, musiikki ja opintojen ohjaus (peruskoulutukselta kielten opettaja). Kouluissa oli haastateltujen opettajien lisäksi myös muita, enimmäkseen liikunnan opettajia, jotka osallistuivat koulussa toteutettuun terveystiedon opetukseen.

Opettajien terveystieteellinen koulutus pohja vaihteli runsaasti. Yli puolet haastatelluista opettajista (mm. biologian ja kotitalouden opettajat) oli saanut terveyteen liittyviä tietoja omassa koulutuksessaan. Kaksi opettajista opetti terveystietoa myös lukiassa. Terveystiedon opettaminen kouluissa perustui haastateltujen mukaan joko omaan kiinnostukseen tai opetustuntien vähäisyyteen. Osa opettajista oli hankkinut oman erityisalansa ohessa pätevyyden terveystiedon opettamiseen, osalla opettajista oli siirtymäkauden aikana pätevyys opettaa terveystietoa, ja osalla oli vähän tunteja jolloin terveystiedon opetuksella lisättiin tuntien määrää. Terveystiedon sisällä ei kursseja ja aihealueita jaettu kiinnostuksen tai erityisosaamisen mukaan (esim. seksuaalikasvatus), vaan kukin opettaja opetti kaikki tunnit yhdelle luokalle ja luokat oli jaettu opettajien kesken.

Haastateltujen opettajien koulutus yksilöittäin

- musiikin opettaja, terveystiedon cum laude
- fysiikan opettaja, terveystiedon approbatur
- kotitalouden opettaja, hakeutunut verkko-opetukseen
- kotitalouden opettaja, opettanut perhekasvatusta 20 vuotta
- 3 biologian opettaja
- OPO, hakeutunut koulutukseen, ei päässyt
- 4 luokanopettajaa.

Haastatelluista yläasteen opettajista oli puolet miehiä ja puolet naisia. Ala-asteen opettajat olivat kaikki naisia. Opettajien työkokemus terveystiedon opetuksessa vaihteli yhdestä vuodesta kahteenkymmeneen.

Haastatelluista ala-asteen opettajista kukaan ei ollut opiskellut terveystietoa omassa koulutuksessa tai omatoimisesti opiskelujen jälkeen. Yksi opettaja oli entiseltä koulutukseltaan sairaanhoitaja ja sen perusteella hän oli perillä terveydestä.

Terveystiedon tuntijako

Terveystiedon opetuksen tuntijako vaihteli yläasteella kunnittain. Kahdessa kunnassa oli terveystiedon opetusta vain 7. ja 8. luokilla. Opetuksen määrä oli toisessa kunnassa $1\frac{1}{2} + 1\frac{1}{2}$ vuosiviikkotuntia (vvt), toisessa 1 + 2 vvt. Terveystiedon jättäminen pois 9. luokkien opetussuunnitelmasta oli paikallinen päätös, jota noudatettiin kaikissa kunnan kouluissa. Päätöstä perusteltiin 9. luokan runsaalla tuntitarjonnalla, oppilaille oli jo muutenkin liikaa aineita. Toinen perustelu oli, että 9. luokan OPS:n kuuluu joka tapauksessa biologiassa ihmisen lisääntyminen.

Kahdessa kunnassa oli terveystiedon tunnint jaettu kolmen vuosikurssin kesken. Yhdessä kunnassa oli kaikilla yläasteen luokilla 1 vvt terveystietoa, toisessa jako oli $\frac{1}{2} + 1\frac{1}{2} + 1$ vvt.

Opettajat kritisoivat tuntijakoa kolmessa koulussa. Osa opettajista piti tärkeänä, että myös 9. luokalla olisi pitänyt olla terveystiedon opetusta. Yhdeksännen luokalla oppilaille oli jo mielenkiintoista, oma kypsyminen ja kehittyminen kiinnostivat, ja monella oli kysyttävää ajankohtaisesta terveyteen liittyvistä asioista. Koulussa, jossa oli vain ½ vvt terveystietoa 7. luokalla, valitettiin tuntimäärän vähäisyyttä. Opettajien mielestä tietojen ja taitojen arviointi oli vaikeaa näin pienen tuntimäärän ollessa kyseessä.

Ala-asteella terveystieto oli luokilla 1–4 osa ympäristö- ja luonnontiedon opetusta. Sisältöä toteutettiin myös muissa kouluaineissa ja yleisissä kasvatustilanteissa. Vuosiluokilla 5–6 terveystieto integroitiin biologian (ja maantiedon), fysiikan ja kemian opetukseen. Ala-asteella terveystietoa opetettiin läpäisyperiaatteella, jolloin aihealueita voitiin liittää kokonaisopetuksen tyyliin mihin tahansa aineeseen.

Opetussuunnitelman laatiminen

Haastattelun yhteydessä käsiteltiin opettajien kanssa koulussa käytettävää terveystiedon opetussuunnitelmaa (OPS). Kahdessa kunnassa terveystiedon OPS oli luettavissa internetissä koulun kotisivuilla, jolloin tutkija pystyi tutustumaan niihin jo etukäteen. Kahdessa koulussa OPS oli saatavana koulun kansliasta, jolloin se kopioitiin taustamateriaaliksi tutkijalle ennen haastattelua. Yleensä OPS:ien saaminen ei tuottanut ongelmia, vaan se kopioitiin auliisti tutkijalle. Yhdessä koulussa oli kuitenkin pientä keskustelua ennen OPS:n luovuttamista ja tutkija sai lopulta mukaansa vain kopion OPS:n sisällysluettelosta.

Uudistetun OPS:n käyttöönotto yläasteella vaihteli kunnittain. Yksi kunta oli kokeilukunta ja siellä noudatettiin kaikilla luokka-asteilla uudistettua OPS:ia. Muissa kunnissa uudistetun OPS:n käyttöönotto eteni vaiheittain ja vasta syksyllä 2006 tulivat mukaan 9. luokat. Yhdessä kunnassa 9. luokan OPS:n tekeminen oli vielä hieman kesken. Parhaillaan työstettiin paikallisia painopistealueita.

Isoissa kunnissa (koulut b ja d) yläasteen opetussuunnitelma oli laadittu alueellisena yhteistyönä. Työryhmät oli kerätty aineryhmittäin eri koulujen edustajista. Terveystiedon työryhmään oli kuulunut yhdessä kunnassa myös koululääkäri ja -terveydenhoitaja. OPS:n perustana oli Opetushallituksen (www.oph.fi) ja paikallisten suunnittelutyöryhmien antamat ohjeet, jonka pohjalta laadittiin kunnallinen OPS. Koulut täsmensivät itse vielä koulutuksen sisältöjä.

Kolmannessa kunnassa terveystiedon OPS oli tehty ainetta opettavien opettajien yhteistyönä. Ryhmä kehitti OPH:n raamien pohjalta oman OPS:n, jossa otettiin huomioon paikalliset tarpeet ja erityispiirteet. Tehtävä oli haastateltujen mielestä ollut iso, mutta mielenkiintoinen. Kunnassa noudatettava OPS oli nähtävänä koulun kotisivujen kautta Internetissä, jolloin siihen voivat tarvittaessa tutustua myös vanhemmat. Opettajat kertoivat, että he silloin tällöin palasivat tarkastelemaan koulun OPS:ia ja pohtivat olivatko ottaneet OPS:ssa mainitut asiat esille jo omassa opetuksessaan.

Neljännessä kunnassa terveystiedon OPS:n oli tehnyt viime vuonna yläasteen liikunnanopettaja yksinään. Hän työskenteli tänä vuonna toisessa kunnassa. Koulussa haastatellut opettajat miettivät OPS:n päivittämistä niin, että se vastaisi paremmin tämän hetkisiä tarpeita. Ongelmana oli, että terveystiedon ja liikunnan opettajan paikka oli koulussa auki ja siihen odotettiin henkilöä, joka todennäköisesti osallistuisi uuden OPS:n tekemiseen.

Ala-asteiden OPS:t oli laadittu työryhmissä, joiden jäsenet oli valittu kunnan kouluista. Työryhmien jäsenten valintaperusteena oli opettajan erikoistuminen tai oma kiinnostus ainetta kohtaan. Työryhmien esitysten perusteella tehtiin kunnallinen OPS, jossa oli otettu huomioon kuntakohtaiset painotukset. Yhdessä haastatellussa koulussa työryhmät olivat monialaisia ja verkostuneita. Siellä käytettiin tukena myös koulun ulkopuolisia verkostoja. Toisessa koulussa

yksi haastateltava painotti, että koulun ulkopuolisia asiantuntijoita ei tarvita, sillä opettajat ovat asiantuntijoita OPS:n laatimisessa.

Ala-asteella uudistettu OPS tarkoitti haastateltujen opettajien mielestä sitä, että terveystieto integroitiin lähes kaikkien aineiden sisään ja sitä opetettiin kaikilla luokka-asteilla.

Seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden käsittely yläasteella

Seitsemännellä luokalla seksuaalisuuteen liittyviä aiheita oli yleensä käsitelty monipuolisesti. Opettajat mainitsivat nimeltä seuraavat aiheet:

- murrosikä
- puberteetin vaikutus kasvuun ja kehitykseen
- nuoruusiän muutokset
- anatomia
- ehkäisymenetelmät
- ihmissuhteet
- seurustelu
- seksuaalinen identiteetti ja seksuaalinen orientaatio
- suvaitsevaisuus
- ryhmässä toimiminen
- erilaisuuden hyväksyntä
- tunteet.

Kahdeksannella luokalla syvennettiin aiemmin käytyjä teemoja. Aikaisemmin käsiteltyjen asioiden lisäksi mainittiin seuraavat:

- puberteetti
- biologiset muutokset
- sukupuolitaudit
- käsitteet: seksi ja seksuaalisuus
- seurustelu
- ihastuminen
- seksuaalinen orientaatio
- homoseksuaalisuus.

Yhdeksännellä luokalla tuli biologiassa esille ihmisen biologia ja lisääntyminen. Terveystiedossa otettiin esille biologisten seikkojen lisäksi

- sukupuolitaudit
- yhdyntä
- HIV ja AIDS.

Joidenkin opettajien mielestä opetuksessa oli selvää päällekkäisyyttä. Koulussa ei tehty työnjakoa opettajien kesken, mitä asioita käsitellään ja milloin. Osa haastatelluista totesi, että vaikka samoja asioita käsiteltiin eri tunneilla, oli kunkin opettajan näkökulma erilainen. Muutama opettaja ei varsinaisesti eritellyt seksuaalikasvatuksessa käsiteltäviä sisältöalueita, vaan totesi, että seksuaalisuuteen liittyvät asiat menevät eri aineiden sisällä koko ajan, ja niitä käytiin läpi melkein joka kurssissa.

Terveystieteen ja seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden käsittely ala-asteella

Ala-asteella seksuaalisuus ei varsinaisesti tullut esille haastatteluissa yksittäisenä asiana, vaan se oli monien aineiden sisällä. Opettajien mielestä oli vaikea erottaa seksuaalisuutta omaksi aiheek-

seen, vaan se oli kiinteä osa terveyttä. Punaisena lankana yksi opettaja näki koko ala-asteen ajan ihmisenä kasvamisen ja myönteisen minäkuvan saavuttamisen.

Alla terveyteen ja seksuaalisuuteen liittyvät sisältöalueet ala-asteella yhden opettajan ryhmittelemänä:

Ympäristö- ja luonnontieto

- ihminen, terveet elämäntavat
- ihmisen elinkaari, erilaisuus
- turvallisuus, toisen huomioon ottaminen
- päihteet ja tupakka
- oman toiminnan vaikutus ympäristöön ja muihin ihmisiin (ympäristönsuojelu)
- hyvät tavat, käyttäytyminen
- toimiminen vaaratilanteissa

Äidinkieli

- saduissa ja oppikirjojen kertomuksissa käsitellään fyysiseen terveyteen liittyviä asioita (terveet elämäntavat, siisteys, ravinto)
- psyykinen ja sosiaalinen terveys: vuorovaikutustaidot, puhuminen ja kuunteleminen
- tunteet ja niiden käsittely, empaattisuus
- luovuus ja hyvä itsetunto
- ilo
- oman ja muiden työn arvostus
- myönteinen minäkuva

Uskonto

- psyykinen ja sosiaalinen terveys
- kertomukset
- luottava asenne elämään ja itseensä
- eettisyys
- oikean ja väärän erottaminen
- ystävyys
- rehellisyys
- anteeksipyyttäminen ja antaminen
- erilaisten tunteiden käsittely
- kokemusten ja tunteiden jakaminen

Liikunta

- fyysinen terveys, hygienia ja kehon tuntemus
- sosiaalinen terveys
- toisen huomioon ottaminen
- ryhmässä toimiminen
- vuorovaikutustaidot
- vastuullisuus
- turvallisuus ja säännöt
- psyykinen terveys
- liikunnan ilo
- itseilmaisu ja luovuus

Kuvaamataito, käsityö ja musiikki

- psyykkinen ja sosiaalinen terveys
- ilo omasta työstä
- luovuus
- itsetunto
- oman ja toisen työn arvostus

Erityisesti seksuaalisuuteen liittyviä alueita olivat kaikkien haastateltujen opettajien mielestä ihmisen biologia ja sukupuolivalistus 5–6 luokilla. Opettajat kertoivat, että koulussa nousi silloin tällöin esille homo- ja lesbokeskustelut. Esille tuleviin asioihin puututtiin ja niitä käsiteltiin oppilaan kehitystason mukaan. Samoin oppilaiden keskinäiseen seurusteluun otettiin kantaa ja niistä keskusteltiin, jos tarve sitä vaati.

Oppimateriaalit ja opetusmenetelmät

Opetuksessa käytetyt kirjat vaihtelivat *yläasteella* kouluittain. Kahdessa koulussa oli käytössä Terveystiedon -kirjasarja ja kahdessa Dynamo. Kirjan valinta oli tehty aikaisemmin ja suurelta osin toisten opettajien toimesta. Vain kaksi opettajaa oli ollut henkilökohtaisesta mukana valitsemassa kirjoja. Opettajat olivat käyneet kirjojen esittelytilaisuuksissa, joiden pohjalta oli koulussa ryhmässä keskusteltu kirjan valinnasta. Kirjan valintaa oli vaikuttanut kirjan hinta, kirjan sisältämä materiaali ja tehtävät ja kirjan sisältöjako. Kouluissa, jossa terveystiedon opetus keskittyi 7–8 luokille, valintapäätökseen vaikutti se, ettei kyseistä kirjaa tarvinnut vaihtaa kesken vuotta. Osa opettajista piti erillisiä kirjoja parempana kuin yhtä laajempaa opusta.

Kirjaa käytettiin yleensä opetuksen selkärankana. Osa opettajista noudatti kirjan järjestystä, mutta suurin osa käytti kirjaa valikoiden. Kirjan tekstejä täydennettiin monin keinoin. Kirjan tekstejä käytettiin aiheeseen virittämiseen tai kirjasta annettiin tehtäviä kotona miettimistä varten. Osa opettajista piti kirjojen tekstejä motivoivina ja mielenkiintoisina, mutta osa toivoi, että kirjoissa olisi vieläkin enemmän tehtäviä. Yhdessä koulussa oli mietitty jo nyt kirjan vaihtamista, sillä käytetyssä kirjassa oli muutamia asioita, jotka oli aika heikosti käsitelty (mm. masennus). Tällöin opettajat olivat täydentäneet opetusta muulla materiaalilla.

Opettajat mainitsivat, että kirjan lisäksi oli kaikissa kouluissa käytetty ylimääräistä materiaalia opetuksen täydentämiseen. Yleisimmät näistä materiaaleista olivat:

- lehdet
- videot (mm. Eka kerta -video)
- CD:t (mm. Väestöliiton Tohtori Zukowsky)
- rentoutuskasetit
- kalvot
- internet, www-sivustot
- televisio
- paikalliset tutkimukset (esim. Kouluterveys-kysely) ja tilastot
- MLL:n materiaali ja kansiot
- Elämän eväät -materiaali.

Terveystiedon opetusmenetelmät olivat hyvin monimuotoiset. Vaikka perinteinen luento-opetus oli melkein täysin väistynyt toiminnallisten ja oppilaslähtöisten menetelmien tieltä, pitivät opettajat joskus myös perinteistä luento-opetusta. Opettajat muistuttivat, että luento-opetuksenkin aikana pidettiin oppilaisiin keskusteluyhteyttä.

Käytetyistä opetusmenetelmistä mainittiin seuraavat:

- kyselevä ja keskusteleva opetus
- pari- ja ryhmätyöt
- porinaryhmät
- toiminnalliset menetelmät (mm. tutustumisharjoitukset)
- interaktiiviset menetelmät (mm. Tohtori Zukowsky CD)
- kirjan harjoitukset ja tehtävien soveltaminen
- väittelyt
- posterit
- taulu ja kalvot
- yhteiskunnallinen oppiminen
- tekstien lukeminen ääneen (Legopalkoista leopardikalsareihin), keskustelu jälkikäteen
- seksipeli
- tietojen haku internetistä (mm. nettitohtori)
- case study
- testit, kyselyt.

Koulujen ja opettajien välillä oli pieniä eroja, mutta kaikissa haastatteluissa mainittiin useita erilaisia vaihtoehtoja. Opettajien mielestä keskustelujen ilmapiiri oli erittäin tärkeää; nuoret tarvitsivat omasta elämäntilanteestaan nousevien asioiden pohdintaa. Opettajien mielestä seitsemännellä luokalla oppilaiden ikä vielä jonkin verran rajoitti keskusteluja, kaikki eivät osallistuneet aktiivisesti keskusteluun vaan kuuntelivat. Osa pojista oli aika epäkypsiä, eivätkä jaksaneet seurata keskustelua.

Ala-asteella ei ollut käytössä mitään terveystiedon kirjaa, vaan opettajat käyttivät ympäristö- ja luonnontiedon ja biologian oppikirjoja perusoppina. Opettajien mielestä normaaleissa kirjoissa oli terveystietoa ihan hyvin esillä, eikä erityistä terveystiedon kirjaa tarvittu. Kukaan opettajista ei ollut tutustunut ala-asteen terveystiedon kirjoihin (mm. Apsu-Tontun terveysaapinen). Lisämateriaalina oli käytetty monisteita ja videoita. Oppilaat käyttivät tunneilla lisäksi työvihkoja.

Yhteistyö koulun muiden ammattilaisten kanssa

Yhteistyön koulun muiden ammattiryhmien kanssa oli yläasteella melko vähäistä. Yleisin koulun ulkopuolinen henkilö oli terveydenhoitaja, hän oli käynyt kahden koulun terveystiedon tunneilla. Yhdessä koulussa oli lääkäri pitänyt terveystiedon tunnin. Selvästi yleisin terveydenhuollon ammattilaisen pitämä tunti oli ehkäisystä ja sukupuolitaudeista. Yhdessä koulussa olivat lääketieteen opiskelijat pitäneet tunteja sukupuolitaudeista. Yhdessä koulussa oli käynyt vierailijoita myös AIDS-tukikeskuksesta.

Kahden koulun oppilaat olivat käyneet opintokäynnillä neuvolassa, jossa heille kerrottiin ehkäisystä ja sukupuolitaudeista.

Kaikissa kouluissa oli opettajilla mahdollisuus konsultoida psykologia. Koulukuraattori löytyi vain yhdestä koulusta. Kumpaakaan ammattiryhmää ei oltu hyödynnetty terveystiedon opetuksessa tai sen suunnittelussa.

Opettajien yhteistyö oppilashuoltoryhmän kanssa oli vähäistä. Ryhmässä käsiteltiin yleensä jo tapahtuneita ongelmatilanteita. Yksi terveystiedon opettaja oli omaehtoisesti hakeutunut mukaan oppilashuoltoryhmän toimintaan. Hän perusteli kiinnostustaan sillä, että halusi tietää ja osallistua oppilaiden asioiden hoitamiseen. Hän mietti, että mahdollisesti ensi vuonna saadaan oppilashuoltoryhmän kanssa aikaiseksi enemmän yhteistyötä myös ennalta ehkäisevässä mielessä.

Ala-asteiden opettajat olivat tiiviissä yhteistyössä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Yhdessä koulussa terveydenhoitaja kävi kotonakin tarvittaessa selvittämässä asioita. Toisessa koulussa lastenneuvola ja terveydenhoitajan vastaanotto sijaitsivat samassa rakennuksessa kuin ala-aste, jolloin yhteistyö oli joustavaa ja vaivatonta yhteisten tilojen vuoksi.

Yleensä haastatellut suhtautuivat myönteisesti koulun ulkopuolisiin asiantuntijoihin. Ainoastaan yksi opettaja sanoi selvästi, ettei hän halunnut kouluun ulkopuolisia asiantuntijoita.

Opettajien kommentteja ja ajatuksia

Yläasteen opettajien haastatteluissa ilmeni, että terveystiedon opetus vaati paljon opettajalta. Yksi opettaja mainitsi, että kun kyseessä oli uusi oppiaine, sai tehdä paljon töitä aseman saavuttamiseksi. Aine vaati oman tilansa ja osaamisensa. Osa opettajista oli kokenut koulun sisällä väheksyntää, ”sitähän voi kuka tahansa opettaa”.

Yksi opettaja koki, että jatkumo luokkien välillä oli tärkeää terveystiedon opetuksessa. Hänen mielestä oli hyvä opettaa terveystietoa samalle luokalle koko yläasteen ajan, silloin pystyi karsimaan opetuksesta päällekkäisyyden, ja opetukseen tuli vaihtelua, kun tunsivat hyvin omat oppilaansa. Luokan kanssa saattoi jatkaa seuraavana vuonna siitä mihin edellisellä jäätin. Oman luokan kanssa muodostui läheiset suhteet ja oppilaat tunsivat olonsa turvalliseksi tutun opettajan kanssa. Kun oppilaat olivat tottuneet puhumaan avoimesti, mielipiteistä pysyttiin keskustelemaan rakentavassa hengessä.

Yhden opettajan kanssa keskusteltiin pitkään haastattelun aikana terveystiedon opetuksen keskittämistä koulussa (yläaste ja lukio) yhdelle opettajalle. Hyvinä puolina olisi silloin opetuksen päällekkäisyyden poistuminen ja opettajan mahdollisuus syventyä opettamaansa aineeseen kunnolla. Toisaalta koulussa, jossa oli niin paljon luokkia, että päätoimisen opettajan palkkaaminen oli mahdollista, oli myös paljon oppilaita. Opettajan olisi silloin vaikea tuntee henkilökohtaisesti kaikkia oppilaitaan ja saada aikaan luokassa niin turvallinen ilmapiiri, että keskustelu olisi avointa ja luontevaa.

Haastateltujen mielestä oppilaat suhtautuivat yleensä positiivisesti terveystietoon. Opettajien mielestä se oli siinä mielessä helppo aine opettaa, että oppilaat olivat motivoituneita ja kiinnostuneita asioista. Osa oppilaista oletti selviytyvänsä terveystiedosta helpolla, heistä se oli vain osa yleissivistystä. Yksi opettaja kertoi, että yhteys teorian tiedon (esimerkiksi tupakoinnista) ja omakohtaisen käyttäytymisen välillä ei vielä toiminut oppilailla.

Yksi teema, mitä sivuttiin useissa haastatteluissa, oli yhteistyö terveystiedon opettajien kesken. Opettajien keskeisen yhteistyön määrä vaihteli koulujen sisällä suuresti. Yksi opettajista harmitteli, ettei heidän koulussa ollut opettajien kesken juurikaan yhteistyötä. Toisessa koulussa molemmat haastatellut opettajat kehuivat runsasta yhteistyötä, vinkkien antamista ja opetuksen yhteistä kehittämistä.

Pitkään perhekasvatusta opettaneen opettajan mielestä oli yhteistyön tekeminen hedelmällistä, kun ainetta opetti useita opettajia. Hänen mielestä eri ikäiset opettajat, jotka olivat mahdollisesti eri vaiheessa elämänsä muotoa muodostivat rikkaan ja toimivan työryhmän. Pitkään alalla olleet opettajat pystyivät kertomaan nuoremmille, mikä oli toiminut terveystiedon opetuksessa ja mikä ei. Vaikka yhteisen ajan löytäminen oli joskus vaikeaa, pyrittiin koulussa kehittämään yhteistyötä, lisäämään materiaalin vaihtamista ja kokemusten jakamista. Yhteisen suunnan löytäminen opettajien kesken oli tärkeää, vaikkakin kukin opettaja teki lopulliset valinnat opetuksen suhteen itse.

Melkein kaikissa haastatteluissa nousi esille kysymys terveystiedon koulutuksen järjestämisestä tulevaisuudessa. Opettajien mielestä koulutukseen tulisi lisätä resursseja ja koulutusmuotoja. Haastatelluista opettajista yksi oli kiinnostunut verkkokursseista, sillä tavallinen kontaktiopetus oli hänen mielestä liian työllistävää koulupäivien jälkeen. Yksi haastatelluista oli kiinnostunut

terveystiedosta ja pyrkinyt jo täydennyskoulutukseen, mutta hän ei ollut päässyt siihen. Syynä oli ollut, että hän oli koulutukseltaan opintojenohjaaja ja kielten opettaja, eikä kuulunut ensisijassa koulutettavaan ammattiryhmään. Opettajan mielestä oppilaan ohjauksessa tarvittiin tietoja nuorten kehittymisestä ja taitoja keskustella heidän kanssa ajankohtaisista ongelmista.

Siirtymäkauden perusteella terveystietoa opettavat biologian ja kotitalouden opettajat pohivat haastatteluissa, mitä tapahtuu siirtymäkauden jälkeen. Yhden biologian opettajan mielestä koulutus oli ongelma, sillä se vei niin paljon ylimääräistä aikaa ja oli kallista. Hänen mielestä kunnan tulisi järjestää opettajille täydennyskoulutusta.

Ala-asteen opettajat eivät nähneet terveystietoa erillisenä aineena, vaan se oli heidän mielestä integroitu melkein kaikkien aineiden sisälle. Siksi osa opettajista ei osannut erotella sitä omaksi aineekseen. Muun muassa yhdellä opettajalla ei ollut tietoa, mitä terveyteen liittyviä asioita olisi kuulunut käsitellä myös fysiikan ja kemian yhteydessä.

Yhden ala-asteen opettajan mielestä lapset olivat muuttuneen levottomampaan suuntaan viime aikoina. Lapset joutuivat olemaan isoissa ryhmissä, joissa oman äänen esille saaminen oli joskus vaikeaa. Lapset olivat oppineet huutamaan, jotta saivat äänensä kuuluviin. Opettajan mielestä lasten kyvyt kuunnella toisia ja keskittyä olivat vähentyneet. Toisaalta opettaja piti nykylapsia erittäin välittöminä ja herkkinä, ei ollut ihme jos alkuopetuksen aikana lapset istuivat opettajan sylissä ja kertoivat hänelle huoliaan.

Ala-asteen opettajilla ei tässä selvityksessä ollut suurta kiinnostusta terveystiedon täydennyskoulutukseen. Yksi opettaja sanoikin, että ”se ei varmaan ole ensimmäisenä mielessä, jos jotain täydennyskoulutusta on tarjolla”.

Oppilaiden haastattelut

Oppilaiden ryhmähaastattelut tehtiin vain yhdessä koulussa. Alunperäisestä tavoitteesta haastatella oppilaita kaikissa koulussa luovuttiin monesta syystä. Ensinnäkin, vain yhdessä koulussa oli uudistettu OPS, jossa myös 9. luokkalaisilla oli terveystiedon opetusta. Muissa kouluissa olisi jouduttu haastattelemaan 8. luokkalaisia. Toiseksi, 8. luokan oppilaiden haastatteleminen olisi tarvittu erityinen lupa joko sivistyslautakunnalta tai vanhemmilta. Kolmanneksi, haastatteluajan kohdan järjestäminen tuntui opettajista kevätkiireiden alla hyvin vaikealta.

Oppilaiden ryhmähaastatteluja varten koottiin kaksi erillistä ryhmää 9. luokkalaisista nuorista. Ensimmäisessä ryhmässä oli kuusi (3 tyttöä ja 3 poikaa) ja toisessa ryhmässä neljä henkilöä (2 tyttöä ja 2 poikaa). Molempien ryhmien nuoret olivat olleet yhdessä yläasteen ajan ja tunsivat toisensa hyvin.

Terveystiedon aihealueet

Nuorten mielestä terveystieto oli ihan mukava aine. Heidän mielestä siinä tuli esille perusjuttuja elämästä, mutta ei niin hirveästi mitään uutta.

Terveystietoon sisältyviä asioita käsiteltiin nuorten mielestä myös muissa aineissa. Nuoret mainitsivat kouluaineista biologian, jossa 9. luokalla käsiteltiin ihmisen anatomiaa ja lisääntymistä. Toinen aine oli kotitalous, jossa vitamiineista ja ravinnosta keskustelu kuului asiaan.

Terveystietoon liittyviä aihealueita nuoret muistivat melko hyvin. Yleisesti terveyteen liittyviä aiheita olivat mm. sairaudet, alkoholi, stressi, masennus, ensiapu, kiusaaminen, liikunta ja ruokapyramidi. Erityisesti seksuaalisuuteen liittyviä teemoja oli käsitelty biologiassa (ihmisen anatomia ja lisääntyminen) ja terveystiedossa (tunnepuoli ja seurustelu). Myös laajempia aiheita, kuten elämänpäättämisen, selviytymiskeinot ja ihmissuhteet, oli nuorten mielestä käyty läpi tuntien aikana.

Erityisesti seksuaalisuuteen liittyvistä teemoista oppilaat mainitsivat, että 8. luokalla keskusteltiin ehkäisystä ja AIDS:in, joka oli käsitelty hyvin myös oppikirjassa.

Nuoret olivat käyneet yläasteen aikana neuvolassa ja saaneet siellä tietoja ehkäisystä ja taudeista. Yksi nuorista kuitenkin mainitsi, että samat asiat oli käsitelty aikaisemmin jo terveystiedon tunneilla koulussa. Nuoret muistivat koulussa käyneen muitakin asiantuntijoita ja heitä he pitivät virkistävinä.

Opetusmateriaalit ja -menetelmät

Koulussa käytetty kirja oli nuorten mielestä värikäs. Kirjan kappaleet olivat sopivan lyhyitä, mutta ne sisälsivät paljon tietoa, ja ”sivistysjuttuja miten toimia”. Nuorista kirja oli monipuolinen ja he ymmärsivät kirjan tekstin. Yhden oppilaan mielestä kirja oli pirstaleinen ja sen kuvat tyhmiä. Nuoret muistelivat, että kirjaa käytettiin opetuksessa valikoiden, ei järjestyksessä edeten. Toisista nuorista opetuksen eteneminen pomppien ei haitannut, toiset nuoret olisivat halunneet edetä kirjan järjestystä noudattaen. Muuta materiaalia kirjan lisäksi nuoret mainitsivat monisteet, kalvot, videot ja rentoutuskasetti. Videoista nuorten mieleen tuli heti ”Kuoliaaksi kiusattu” -video.

Opetusmenetelmät erosivat nuorten mielestä opettajan mukaan. Heillä oli terveystiedon tunneilla paljon keskusteluita, mutta niitä olisi saanut olla vieläkin enemmän. Käytetyistä opetusmenetelmistä nuoret mainitsivat keskustelujen lisäksi ryhmätyöt, väittelyt, tarinoiden käsittelyn ja seksipelit. Tarinoista nuorten mieleen oli jäänyt teema, mitä tehdä, jos ehkäisy pettää. Luentoja oli myös käytetty jonkin verran. Yhdessä ryhmässä pohdittiin lisäksi ”toisille opettamista”. Kyseessä oli opettajienkin mainitsema yhteiskunnallinen oppimisen menetelmä, jossa oppilaat perehtyivät aiheeseen ja opettivat sen sitten ryhmissä toisilleen.

Terveystiedon ja seksuaaliopetuksen toteutus yliopistossa

Selvityksen taustaksi haastateltiin viisi terveystietoa opettavaa asiantuntijaa Liikunta- ja terveystieteiden laitoksella Jyväskylän yliopistossa. Osa haastatelluista opetti terveystietoa yliopistossa, osa avoimessa yliopistossa. Yksi haastatelluista toimi Opettajien koulutuslaitoksessa terveystiedon lehtorina.

Haastateltavien mielestä seksuaaliterveys oli osa terveystietoa ja se oli integroitu monien kurssien sisälle. Se tuli esille oppimistehtävissä, opettajan esimerkeissä, oppimateriaalin analysoinnissa ja didaktiikan jatkokurssilla. Terveystieto oli nykyisin valinnainen aine liikunnan opettajille. Viralliseen opetukseen kuului liikunnan opiskelijoillekin johdatus terveyteen, mutta pakollinen terveystietokurssi oli poistunut. Opiskelijat olivat kuitenkin ottaneet terveystiedon omakseen ja haastatellun lehtorin mielestä suurin osa opiskelijoista (noin 80 %) otti nykyisin terveystiedon valinnaisena aineena. Aineopintoihin oli tällä hetkellä enemmän hakijoita kuin voitiin ottaa sisään.

Liikunnan opiskelijat voivat valita perusopintojen lisäksi erillisen kirjapaketin seksuaaliterveydestä ja valinnaisen kurssin toiminnallisista menetelmistä, jossa paneuduttiin seksuaalikasvatuksen erityiskysymyksiin ja opetusmenetelmiin. Kurssin vetäjä kertoi, että kurssiin sisältyi mm. seuraavat kokonaisuudet:

- seksuaaliopetuksen kehittäminen toiminnalliseksi
- uusien työtapojen ja sisältöjen oppiminen
- käsitteiden hallinta, seksuaalisuus – seksi
- ehkäisy, raskaus ja sukupuolitaudit
- seksuaalinen moninaisuus
- seksuaalisuuteen liittyvät omat asenteet

- rakkaus ja tunteet
- itsensä ilmaiseminen
- seksuaalisuudesta keskusteleminen
- koskettaminen
- positiivisen palautteen antaminen.

Luokanopettajien koulutuksessa seksuaalikasvatukseen liittyviä aiheita tuli esille ympäristö- ja luonnontieteessä (9 op), josta terveystietoa oli 3 op. Seksuaalinen kehitys tuli haastatellun lehtorin mielestä kouluissa esille 4–6. luokilla. Opetuksen tärkeinä aiheina haastateltu piti murrosiästä puhumista ja perustietojen saamista terveydestä. Haastateltavan mielestä tytön ja pojan roolien käsittely saattoi olla koulussa helpompaa kuin seksuaalisuudesta puhuminen.

Terveystiedon syventävissä opinnoissa luokanopettajien koulutuksessa tuli seksuaalikasvatus esille oppimateriaalin arvioinnissa. Erityispedagogiikassa seksuaalisuuteen liittyviä teemoja käsiteltiin haasteellisten oppilaiden kohtaamisen yhteydessä. Yksi esille tuleva teema oli yliseksuaaliset lapset ja heidän kohtaaminen.

Seksuaalikasvatuksen nykytila kouluissa

Haastateltujen mielestä seksuaalisuus ei ollut enää hankala teema opettaa. Aiheen käsittely oli normalisoitunut, eikä sitä enää koettu niin hankalana aiheena kuin aikaisemmin. Opettajien kynnys keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista oli selvästi madaltunut. Haastateltavien mielestä oli tärkeää tehdä tiimityötä, yhdistää terveyteen liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset seikat kokonaisuudeksi. Oli hankalaa jos terveystiedon opetus jäisi kouluissa pelkästään biologian opettajan harteille.

Seksuaalisuuskasvatuksen asemaa paransi se, että kirjat tukivat opetusta ja sitä käsiteltiin niissä monipuolisesti ja avoimesti. Lisäksi seksuaalisuudesta oli nykyisin paljon monipuolista materiaalia saatavana, mm. internetistä löytyy ajankohtaista tietoa. Opetuksen taso vaihteli kuitenkin vielä paljon paikkakunnittain.

Ongelmina koulun seksuaalikasvatuksessa mainittiin maahanmuuttajien seksuaalikasvatus ja mahdollisesti opettajien perustietojen määrä, joka saattoi olla joskus aika heikko.

Opetusmenetelmistä keskusteltaessa haastatellut kertoivat, että menetelmät vaihtelivat opettajan mukaan. Käytössä oli monenlaisia aktivoinnin keinoja, jotka vaihtelivat vaihtelevat aiheen, teeman ja luokan mukaan.

Opetussuunnitelmien laatiminen

Opetussuunnitelmien laatimisesta ei yliopistokoulutuksessa ollut erillistä kurssia, vaan se oli integroitu joko harjoittelun, didaktiikan opintojen tai ”Terveyttä edistävä koulu” -kurssin yhteyteen. Avoimen yliopiston opetuksessa opetussuunnitelmia käsiteltiin aineopinnoissa.

Haastateltavien mielestä koulussa tulisi tehdä enemmän yhteistyötä opettajien kesken. Yhteistyön taso vaihteli koulujen välillä luovasta ryhmätyöskentelystä yksin puurtamiseen. Pahimmillaan yläasteen terveystiedon opetussuunnitelman teki yksi opettaja. Opetushallituksen julkaisema perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet antoi hyvän pohjan, mutta se loi myös paineita opettajien koulutukseen. Opetussuunnitelmaa laadittaessa tulisi olla tietoja lasten kasvusta ja kehityksestä ja tietoja miten lapset prosessoivat asioita.

Yhteistyö asiantuntijoiden kesken

Yliopistokoulutuksessa yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa oli integroitu useisiin kursseihin. Yhteistyötä oli käsitelty ”Yhteistyö koulun ulkopuolelle” osiossa, ”Terveyttä edistävä koulu” -kursseilla ja opettajien omista yksittäisissä harjoituksissa. Luokanopettajakoulutuksessa yhteistyö tuli esille ”Oppiva organisaatio” ja ”Vuorovaikutus opettajan ammatissa” -kursseilla. Terveystietoa oli yleisesti käsitelty myös rehtorien koulutuksessa. Yksi haastateltava totesi, että rehtoreilla oli suuri rooli koulun yhteistyön rakentamisessa. Hänen mielestä oppiainerajat ylittävä yhteistyö opettajien kesken olisi erittäin suotavaa.

Haastateltavat arvelivat, että yhteistyön määrä vaihteli kunnittain paljosta nollaan. Yhteistyötä sekä kouluterveydenhuoltohenkilökunnan että oppilashuoltoryhmän kanssa tulisi tehostaa.

Haastateltavien kommentteja

Haastateltavilta kysyttiin haastattelun lopuksi kommentteja ja ideoita selvityksen haastattelurunkoon, jatkotutkimukseen ja koulutukseen.

Yksi mielenkiintoinen teema oli, minkälainen oli opetussuunnitelman tekemisen prosessi? Miten kunnassa toimitaan, miten työryhmät muodostetaan ja miten opettajat/ulkopuoliset osallistuvat OPS:n tekoon? Tekevätkö opettajat OPS:n yksin vai ryhmässä?

Toinen kysymyksen aihe oli, miten opettajat kokivat terveyteen liittyvien asioiden opettamisen? Miten he reagoivat kysymyksiin, miten he vastasivat niihin ja miten asioiden käsittely yleensä eteni? Entä miten opettajat käsittelivät seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja miten lapset suhtautuivat niihin? Yhteistyötä vanhempien kanssa tulisi tehosta erityisesti ala-asteella. Yhden haastateltavan mielestä opettajat saattoivat olla hieman arkoja ja kyvyttömiä keskustelemaan vanhempien kanssa asioista. Hänestä opettajan olisi hyvä tietää, miten kotona yleensä käsiteltiin sensitiivisiä asioita.

Lähes jokainen haastateltavista mietti terveystiedon opetuksen tulevaisuutta. Nykyisin vain liikunnan opiskelijoilla oli mahdollisuus saada perusopetuksen yhteydessä kattavasti terveystiedon opetusta. Luokanopettajakoulutuksessa vain Turussa ja Jyväskylässä oli terveystiedon lehtorin virka. Helsingissä terveystiedettä voi opiskella varhaiskasvatuksen opinnoissa. Mitä tapahtuu siirtymäkauden jälkeen? Tällä hetkellä ei ole tiedossa, että biologian tai kotitalouden opettajia kouluttavilla laitoksilla olisi terveystiedon opetusta.

Varsinaista yliopistokoulutusta on täydentänyt avointen yliopistojen (Kuopio, Oulu, Turku, Jyväskylä) ja kesäyliopistojen koulutustarjonta. Terttu-koulutus on käynnissä viidettä vuotta. Täydennyskoulutus tulee kuitenkin haastateltavien mielestä lähitulevaisuudessa muuttumaan, sillä se on ollut tähän asti vain ensiapua koulutustarpeen tyydyttämiseen. Myöhemmin voidaan keskittyä myös tutkimukseen. Haastateltavien mielestä oli mielenkiintoista seurata, miten terveystiedon siirtyminen ylioppilaskirjoituksissa kirjoitettavaksi aineeksi muuttaa tilannetta. Ainakin terveystiedon ylioppilaskysymysten julkistaminen ja opettajille järjestetyt informaatiotilaisuudet ovat vauhdittaneet opettajien kiinnostusta ja koulutukseen hakeutumista.

Pohdinta ja yhteenveto

Yhteenveto ja kommentit yläasteen opettajien haastatteluista

Terveystiedon tuntijako vaihteli kouluittain. Selvityksen neljässä koulussa toteutettiin kolmea erilaista tuntijakoa. Kaikki muut opettajat kritisoiva tuntijakoa, paitsi ne opettajat, joilla oli yksi vuosiviikkotunti joka vuosiluokalla yläasteella. Yhdessä koulussa oli 7. luokalla ½ vuosiviikkotuntia ja se oli opettajan mielestä liian vähän kunnollisen arvostelun aikaan saamiseksi. Kahdessa koulussa puolestaan puuttui terveystieto kokonaan 9. luokilta. terveystiedon puuttuminen ihmetytti tutkijaakin, sillä nuoret kehittyvät nopeasti murrosiässä ja kaipaavat joka vuosi erilaisia tietoja omasta terveydestään.

Opettajien koulutustausta oli melko kirjava. Yhtäältä on hyvä, että terveystietoa voi opettaa henkilö, joka on siihen motivoitunut. Toisaalta tuntuu, että se on vieläkin ”hanttaine”, jonka opetus annetaan henkilölle, jolla ei ole muuten riittävästi tunteja.

Opetussuunnitelman laatimiseen osallistui yleensä ryhmä aineenopettajia. Vain yhdessä koulussa oli sen laatinut yksi opettaja. OPS:n laatimiseen tulisi kiinnittää huomiota niin opettajien koulutuksessa kuin koulun käytännöissäänkin. Moniammatillinen ryhmä tuottaa enemmän ideoita ja pystyy monipuolisemmin suunnittelemaan OPS:n kuin yksi henkilö. Ulkopuolisten asiantuntijoiden ja verkostojen hyödyntämistä tulisi lisätä ja ottaa mukaan ideoimaan. Vaikka opettajilla on ja pysyy yksilövastuu opetuksen toteutuksesta, olisi OPS hyvä tehdä isommassa ryhmässä.

Koulujen avoimuus ja osallistuminen yhteiskunnallisiin asioihin on parantunut viime aikoina. Koulut eivät ole enää suljettuja pesäkkeitä, joiden toiminta on jotenkin salaista tai sitä ei tavalliset kansalaiset ymmärrä. Koulujen kasvaneesta ulospäin suuntautuneisuudesta kertoo myös opetussuunnitelmien julkaiseminen koulujen kotisivuilla. Näin voivat vanhemmat ja muut asiasta kiinnostuneet saada selville, mitä kouluissa tapahtuu ja mitä lapsille nykyisin opetetaan.

Seksuaalisuuteen liittyviä aiheita oli kouluissa käsitelty melko monipuolisesti. Opettajat ja oppilaat mainitsivat haastatteluissaan useita teemoja ja aihealueita. Kymmenen vuotta sitten tehdyssä haastattelussa mainittiin vain muutamia aiheita (Pötsönen ja Välimaa 1995). Samoin opetusmenetelmien kirjo oli laajentunut vuosikymmenen aikana. Aikaisemmin kritisoitiin opettajien luento-opetusta ja toiminnallisten menetelmien puutetta. Nyt jokaisessa koulussa painotettiin ryhmätöitä, keskustelua ja toiminnallisia menetelmiä. Itse asiassa sai oikein kysyä, että eikö teillä todellakaan ole luento-opetusta!

Seksuaalikasvatus on tullut osaksi normaalia opetusta kouluissa. Uudet kirjat ja materiaalit helpottavat opettajien työtä ja tekevät siitä yhden tavallisista oppiaineista. Kymmenen vuotta sitten oli vaikea löytää terveystiedon kirjoista seksuaalisuuteen viittaavia kappaleita, erityisesti muitakin kuin ehkäisy ja taudit. Nyt sekä oppilaat että opettajat kertovat, että biologiassa käsitellään biologisia asioita ja rakennetta, terveystiedossa tunteita, seurustelua ja ihmissuhteita. Internetin portaalit ja tiedostot ovat monipuolinen ja helppokäyttöinen tuki seksuaalitiedon faktojen hakemisessa.

Vaikka seksuaalisuuteen liittyviä teemoja oli käsitelty melko monipuolisesti, ei yhdessäkään haastattelussa tullut ilmi, että tunneilla olisi käsitelty seksuaalista välivaltaa. Nykyisin nuoret joutuvat yhä useammin väkivallan kohteeksi. Varsinkin tytöt joutuvat tilanteisiin, joissa he kohtaavat seksuaalista nimittelyä, häirintää ja ahdistelua (Honkatukia ym. 2000). Kouluissa olisi hyvä käsitellä sekä tyttöjen että poikien kanssa mitä nämä käsitteet tarkoittavat, kuinka yleistä ne ovat nuorten keskuudessa ja mitkä ovat ne väylät mistä haetaan apua.

Yhteistyö koulun ammattilaisten kesken on vieläkin heikkoa. Vaikka koulussa on totuttu jo hieman moniammatilliseen työskentelyyn, ei kouluterveydenhoitohenkilökunta ja muut koulun asiantuntijat vieläkään automaattisesti kuulu terveystiedon asiantuntijoihin. Vaikka opettajat ovat

eksperttejä pedagogisessa mielessä, ei välillä olisi pahitteeksi virkistää tunteja ja ottaa mukaan terveydenhuollon osaajia.

Oppilashuoltoryhmät olivat kaikissa kouluissa keskittyneet ongelmien korjaamiseen ja jälkikäteen tehtäviin kurinpalautuksiin. Oppilashuoltoryhmien tehtäväkuvaa voisi laajentaa ja ottaa heidät ja heidän tietämys hyödyksi myös ennalta ehkäisyyn. Samoin vanhempien laajamittaisempi mukaan ottaminen voisi tuoda uutta virtaa ja ideoita koulun terveystiedon opetuksen ja koko ilmapiirin edistämiseen.

Suurimmat huolet opettajien kesken liittyivät koulutukseen ja tulevaisuuden tilanteeseen kouluissa. Terveystiedon opetuksessa on jäljellä 5–6 vuoden siirtymäaika, jonka aikana tulee kouluttaa pätevät opettajat. Muutama opettajista epäili sivumennen, ettei terveystieto säily pakollisena aineena niin kauan.

Pohdintaa ala-asteen tuloksista

Ala-asteen opetuksessa terveystieto oli integroitu niin hyvin kaikkiin aineisiin, ettei sitä ollut löytyä ollenkaan. Liekö opettajat jo niin edistyneitä, että terveys ja seksuaalisuus kuuluvat kaikkien aineiden sisälle, vai onko seksuaalisuus vieläkin hiljaiseksi vaiettu asia? Maija Nykäsen (1996) teksti tuli mieleen, kun pohdin ala-asteen opetustapaa. ”Me ihmiset pidämme seksistä, mutta emme pidä siitä puhumisesta.” Ala-asteen opettajien haastatteluissa tuntui, että opettajat kavahtivat sanaa ’seksuaalisuus’. Tutkijalle tuli kiire selittämään, että seksuaalisuus oli itse asiassa hyvin laaja-alainen käsite, joka sisälsi biologisten seikkojen myös mm. tunteet, kulttuuriset erot, arvot ja asenteet.

Haastattelujen perusteella ala-asteen käytäntö oli puuttua asioihin, kun lapset ottivat ne esille tai ne tulivat muuten keskustelun kohteeksi. Varsinaisesti opettajat itse eivät ottaneet puheeksi seksuaalisuutta kuin viidennellä luokalla, kun se tuli biologiassa esille. Seksuaalisuudesta olisi kuitenkin hyvä puhua yleisellä tasolla muutenkin.

Haastatteluissa ei käynyt selville kuinka opettajat suhtautuivat lasten esittämiin kysymyksiin seksuaalisuudesta. Keskusteluissa sivuttiin muutaman kerran haastattelijan aloitteesta seurustelua ja nimittelyä (homottelu ja huorittelu), mutta asiasta ei jatkettu keskustelua sen pitempään.

Nuorten ryhmähaastattelut

Oppilaiden ryhmähaastattelut tehtiin vain yhdessä koulussa. Koulu oli terveystiedon opetuksen kokeilukoulu, jossa opetusta oli kehitetty monin eri tavoin. Koulu oli mm. osallistunut terveystiedon opetussuunnitelmien kehitystyöhön. Terveystiedon opetuksessa oli koululla pitkät perinteet ja oppilaiden haastatteluissa esille tullut myönteisyys terveystiedon opetusta kohtaan oli pitkäjänteisen työskentelyn tulosta. Oppilaiden haastattelut antavat siinä mielessä ehkä liian positiivisen kuvan keskivertotilanteesta suomalaisissa kouluissa. Toisaalta on hyvä todeta, että hyvien tulosten saavuttaminen on mahdollista pitkäjänteisellä ja moniammatillisella yhteistyöllä.

Selvityksen tekeminen nuorten parissa oli mielenkiintoista. Välillä tuli mieleen nostalgisesti kymmenen vuotta sitten tehdyt haastattelut 9. luokkalaisten parissa (Pötsönen ja Välimaa 1995). Nuorten haastattelujen tekeminen antoi perspektiiviä myös opettajien haastatteluihin. Usein koulun eri osapuolet ymmärtävät ja näkevät asiat eri tavoin. Haastattelututkimuksen luotettavuuskin paranee, kun voidaan todeta haastattelujen tulosten olevan samansuuntaisia molempien ryhmien kesken.

Jälkikäteen mietittynä nuorten käyttäytyminen oli muuttunut kymmenessä vuodessa aikuismaisempaan suuntaan. He eivät tirskahtaneet eivätkä hihitelleet asioista keskustellessa. Nuorilla oli

mielipiteitä ja he uskalsivat olla ryhmän kanssa eri mieltäkin. Ryhmäläiset kuuntelivat toistensa mielipiteitä ja perustelivat ne, jos olivat eri mieltä ryhmän kanssa.

Nuorten haastatteluissa analysoidessa tuli ilmi ainakin kaksi seikkaa, joka jäivät sanomatta haastatteluissa. Ensinnäkin, kymmenen vuotta sitten tehdyissä haastatteluissa oppilaat valittivat opettajien vaivautunutta suhtautumista seksuaalisuuteen. Nyt kukaan nuorista ei maininnut sitä. Heistä opettajat käsittelivät niin terveyteen kuin seksuaalisuuteenkin liittyviä teemoina monipuolisesti ja asiallisesti keskustellen. Toiseksi, kukaan nuorista ei maininnut, että tunteilla olisi käsitelty seksuaalista väkivaltaa. Suomessa on vasta viime aikoina herätty puhumaan väkivallasta, ja seksuaalinen väkivalta on yksi sen muodoista. Varsinkin nuorten keskuudessa on seksuaalinen nimittely, häirintä ja ahdistelu melko yleistä (Honkatukia ym. 2000).

Toimenpide-ehdotuksia

Seksuaalikasvatuksen tilanne on parantunut kouluissa viime vuosina. Syynä opetuksen normalisoitumiseen on seksuaaliopetuksen virallistunut asema osana terveystiedon oppiainetta. Samoin materiaalin runsaus ja kirjoissa oleva hyvä taustamateriaali helpottavat opettajien työtä ja motivoivat heitä käsittelemään seksuaalisuutta yhä monipuolisemmin omassa opetuksessaan.

Koulujen avoimuus vaihteli kunnittain. Nykyisessä tietoyhteiskunnassa on pyritty lisäämään koulujen avoimuutta ja aktivoimaan vanhempia osallistumaan koulujen toimintaan. Koulujen kotisivut toimivat nyt hyvinä linkkeinä ja tiedotuskanavina. Avoimeen keskusteluun osallistuminen lisää koulujen kehittämiseen osallistuvien henkilöiden ja ideoiden määrää. Opetussuunnitelmien julkistaminen kotisivuilla on yksi keino, jolla tiedotetaan koulun toiminnasta. Tällöin vanhemmat ja muut kiinnostuneet (mm. kunnan päättäjät) saavat ajankohtaista tietoa koulujen toiminnasta ja voivat osallistua koulun toimintasuunnan ja toiminnan kehittämiseen.

Vaikka moni asia on parantunut, on terveystiedon ja seksuaalikasvatuksen toteuttamisessa vieläkin seikkoja, jotka voisivat olla toisin. Ensimmäisenä tulee mieleen opettajien koulutuksen kehittäminen ja yhtenäistäminen. Tällä hetkellä ei ole tiedossa miten koulujen terveystiedon opetus hoidetaan siirtymäkauden (vuoden 2012) jälkeen. Biologian ja kotitalouden opiskelijoille tulisi suunnitella jo nyt korkeatasoista terveystiedon koulutusta, jos heidän on tarkoitus jatkaa pätevinä terveystiedon opettajina tulevaisuudessakin. Toinen seikka on täydennyskoulutuksen järjestäminen eri aineiden opettajille. Terveystiedon opettamisessa oma motivaatio ja kiinnostus on tärkeää ja kaikille halukkaille tulisi olla mahdollisuus opiskella ainetta valitsemallaan tavalla. Täydennyskoulutukseen tulisi kehittää verkko- ja monimuoto-opetusta, jotta myös syrjäseudulla ja yliopistopaikkakuntien ulkopuolella asuvat opettajat pääsevät koulutukseen.

Kolmas huolen aihe on luokanopettajien koulutus. Tällä hetkellä vain muutamassa yliopistossa on mahdollisuus opiskella terveystietoa. Haastatteluissa tuli ilmi, että luokanopettajat integroivat terveystiedon melkein kaikkien aineiden sisälle, mutta se ei vielä takaa, että opettajilla olisi asiasta hyvät perustiedot. Terveystiedon opetuksessa tarvitaan muutakin kuin yleissivistystä, sillä terveystiedolla on aivan oma tietoperustansa. Kannaksen (2005) mukaan terveystiedon tietoperusta koostuu elämäntapatiedosta, näkemystiedosta, menetelmätiedosta ja kulttuuritiedosta. Esimerkiksi monet terveystiedon opetusmenetelmät perustuvat erilaiseen ideologiaan kuin biologian ja fysiikan opetusmenetelmät. On tärkeää osata sitoa toisiinsa opetuksen sisältö ja opetuksessa käytetyt menetelmät.

Lähteet

- Eloranta, T., Kalaja, S., Korhonen, J., Nykänen, M., Välimaa, R. (2003) Terveystiedon portaat -kirjasarja. Terveystietoa luokille 7–9. Otava. Keuruu.
- Honkatukia, P., Niemi-Kiesiläinen, J., Näre, S. (2000) Lähen- telyistä raiskauksiin. Tyttöjen kokemuksia häirinnästä ja seksuaalisesta väkivallasta. Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 13. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Kannas, L. (2005) Terveystieto-oppiaineen pedagogisia läh- tökohtia. Teoksessa Peltonen, H., Kannas, L. (toim.) Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettami- seen. Opetushallitus. Hakapaino oy. Helsinki. 9–36.
- Kontula, O. (1997) Yläasteiden sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995–1996. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1997:3. Edita. Helsinki.
- Kosunen, E. (2006) Seksuaaliterveyden edistäminen Suomes- sa. Työpapereita 5/2006. Stakes. Helsinki.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes, oppaita 51. Gumme- rus Kirjapaino oy. Saarijärvi.
- Krueger, R. (1994) Focus group. A practical guide for applied research. (2nd edition). Sage Publications. Thousand Oaks CA.
- Liinamo, A. (2005) Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmas- ta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Jyväskylä Studies in Sport, Physical Education and Health 106. Jyväskylän yliopisto.
- Nykänen, M. (1996) Näkemyksiä ala-asteen seksuaaliopet- tuksesta. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 4. Jyväskylän Yliopistopaino ja ER-Paino Oy. Jyväskylä.
- Peltonen, H. (2005) Terveystiedon opetusta ohjaava lain- säädäntö ja opetussuunnitelman perusteet. Teoksessa Peltonen, H., Kannas, L. (toim.) Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Opetushallitus. Hakapaino oy. Helsinki. 37–52.
- Pötsönen, R., Pennanen, P. (1998) Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, R., Välimaa, R. (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. 1–18.
- Pötsönen, R., Välimaa, R. (1995) Seurustelua ja pelkkää asiaa. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 1. Jyväskylän yliopisto.
- Reinikkala, P., Ryhänen, E.-L., Penttinen, H., Pesonen, J. (2003) Terveystietä -kirjasarja. Kasvun aika. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- SIECUS (2004) Sexuality Information and Education Council of the United States. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. Kindergarten through 12th grade. 3rd edition. SIECUS. (www.siecus.org).
- Välimaa, R. (2004) Terveystieto ja seksuaaliopetus – haaste oppilaan ja opettajan oppimiselle. Teoksessa Kosunen, E., Ritamo, M. (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus. Saarijärvi. 137–146.

Lait

- 13.6.2003/477, Laki perusopetuksen muuttamisesta, Perus- opetuslaki 21.8.1998/628. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>, luettu 7.7.2006.

Liite 1

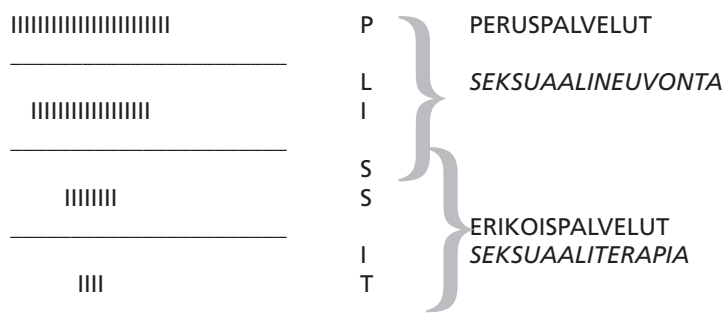
PLISSIT-malli

TUISKU ILMONEN

Työntekijän yksilöllisiä valmiuksia seksuaalisuuden käsittelyyn esimerkiksi seksuaalikasvatuksessa ja/tai seksuaalineuvonnassa voidaan kuvata seuraavan PLISSIT- kaavion avulla. Ylhäältä alaspäin mentäessä kukin taso edellyttää aina enemmän tietoa ja koulutusta.

Kaaviossa on neljä tasoa, jotka kuvaavat erilaisia lähestymistapoja silloin, kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia. Yksilöllinen tai pienryhmässä tapahtuva seksuaalineuvonta voi olla osa seksuaalikasvatusta. Samanaikaisesti seksuaalineuvonta on osa sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisia palveluja, joita nuoret ja aikuiset ihmiset voivat tarvita seksuaalisuuteen liittyvissä pulmissa ja ongelmissa.

Kaaviossa kukin pylväk kuvaavat yhtä tapausta tai ihmistä. Jäsennys on tässä sovellettu terveydenhuollon kenttään, sama pätee myös sosiaalitoimen kentässä.



P (permission) = luvan antaminen tai salliminen. Tällä tasolla on eniten tapauksia, koska suureen osaan kysymyksistä, huolenaiheista ja pulmista tarvitaan ainoastaan lupa omaan seksuaalisuuteen, lupa olla sellainen kuin on. Suurin osa ihmisistä on autettavissa jo sillä, että he voivat saada tämän luvan.

LI (limited information) = rajatun tiedon antaminen. Rajattua tietoa tarvitaan seuraavaksi eniten, siinä jo vähemmän tapauksia. Rajattu tieto tarkoittaa tiedon antamista kohdennetusti juuri siitä asiasta, josta tietoa puuttuu.

SS (specific suggestions) = erityisohjeiden antaminen koskee jälleen pienempää määrää tapauksia. Erityisohjeet voivat liittyä vuorovaikutukseen tai elämäntapaan tai ne voivat olla erilaisia tehtäviä.

IT (intensive therapy) = intensiivinen terapia. Tällä tasolla on kaikkein vähiten tapauksia, koska suurin osa ihmisistä ei välttämättä tarvitse terapiaa, vaan he voivat tulla autetuiksi jo edellisillä tasoilla.

Kaksi ensimmäistä tasoa; luvan ja tiedon antaminen ja jossakin määrin erityisohjeiden antaminen muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan sanoa *seksuaalineuvonnaksi*. Neuvonnan tulisi toteutua sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen peruspalveluissa. Vasta kun mennään pidemmälle erityisohjeiden antamisessa, tarvitaan erikoispalveluja ja esimerkiksi *seksuaaliterapiaa*.

Eri tasot kulkevat limittäin toistensa kanssa. Luvan antaminen sisältyy myös kaavion muihin tasoihin, se on mukana myös silloin kun annetaan tietoa, erilaisia ohjeita ja tehtäviä tai tehdään

terapiaa. Samoin tietoa voidaan tarvita myös ohjeiden antamisen yhteydessä ja myös terapiassa silloin, kun asiakas itse kysyy tai terapeutista näyttää siltä, että häneltä puuttuu tietoa joltakin alueelta.

Tasot, jotka tässä mallissa sisältyvät seksuaalineuvontaan, voivat sisältyä myös seksuaalikasvatukseen ja seksuaalivalistukseen. Myös näihin voi sisältyä luvan antamista, rajatun tiedon antamista ja ohjeita erilaisiin tilanteisiin. Ryhmässä tapahtuvassa opetuksessa tieto voi kuitenkin olla laaja-alaisempaa ja yleisemmällä tasolla kuin yksilöllisessä neuvontatilanteessa, jossa keskitytään juuri siihen ajankohtaiseen asiaan, josta asianomaisilta tietoa puuttuu. Samoin annettavat ohjeet voivat opetustilanteessa olla yleisemmällä tasolla kuin seksuaalineuvonnassa. Luvan antaminen voi kuitenkin sisältyä kaikkiin tilanteisiin.

Jos oppilas/asiakas/potilas voi saada seksuaalikasvatusta tai seksuaalineuvontaa, silloin kun hän sitä tarvitsee, sillä on kaksi tärkeää vaikutusta. Se ehkäisee ongelmien syntymistä, vaikeutumista ja kroonistumista. Toiseksi se vähentää erityispalvelujen tarvetta. Jos oppilas/asiakas/potilas on saanut sisäisen ”luvan” itsetyydytykseen jo lapsena, hänen ei tarvitse potea sen vuoksi huonoa omaatuntoa myöhemminkään. Siitä ei myöskään tule parisuhteessa ongelmaa kuten esimerkiksi tilanteessa, jossa toinen parista on pitkään matkoilla tai sairaana. Jos toisella osapuolella on ”lupa” itsetyydytykseen, hänen ei tarvitse ajautua uskottomuuteen, joka voi johtaa parin kriisiin ja terapiaan. Myös jos oppilas/asiakas/potilas on saanut asiallista tietoa ehkäisystä ajoissa, ei hänen ehkä tarvitse kokea aborttia ja hakeutua terapiaan siitä johtuvan masennuksen vuoksi.

Luvan antaminen

Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Lupa merkitsee sitä, että oppilas/asiakas/potilas voi saada sanallisen tai sanattoman viestin tai vakuutuksen siitä, että hän on ”normaali” ja että hänen seksuaalisuuteen liittyvät toimintansa, ajatuksensa, tunteensa, tarpeensa ja fantasiansa ovat luvallisia tai tavallisia. Hän haluaa kuulla, ettei hänessä ole mitään vikaa tai että hän ole yksin huolenaiheinen, vaan muillakin on samanlaisia tunteita, kuvitelmia tai käyttäytymistä. Antamalla luvan voi määritellä monia asioita ja ilmiöitä normaaleiksi.

Lupa viestiytyy hyvin vahvasti jo ilman sanoja, ilmeistä, eleistä ja äänenpainoista. Myös oppilaat/asiakkaat/potilaat vaistoavat tämän sanattoman viestin kuunnellessaan, millä tavoin seksuaalisuudesta puhutaan tai nähdessään, miten ammatti-ihminen reagoi hänen kysymyksiinsä. Sanattoman viestin merkitys korostuu erityisesti niiden ihmisten kohdalla, joilla on kommunikatio-ongelmia ja vaikeuksia sanallisessa vuorovaikutuksessa.

Usein jo kysymyksen muodosta voi päätellä, että oppilas/asiakas on hakemassa lupaa johonkin. Hän voi kysyä: ”Onks tavallista, jos aina aamulla seisoo?”, ”Onks sellanen epätavallista, jos mun kikkeli koskettaa mun vatsaa?”, ”Onks normaalia, jos suihkuttaa alapäätä niin, että tulee hyvä olo?”, ”Onks semmonen ihan omituista, jos joku tykkää haistella tyttöjen alushousuja?”, ”Onko seksilehtien katseleminen oikein?” tai ”Onko sellanen väärin, että me katsottiin toistemme pimpejä?” Ilmiöiden yleisyyden suhteen ei välttämättä tarvita tutkimustietoja tai prosenttilukuja. Usein pelkkä toteaminen: ”Sellainen on varmaan tavallisempaa kuin yleensä luullaan”, voi helpottaa.

Oppilas/asiakas/potilas voi olla hakemassa lupaa esimerkiksi itsetyydytykseen tai erilaisten kiihotustapojen ja rakasteluasentojen käyttöön. Hän voi olla kiinnostunut seksiapuvälineistä, seksi- lehdistä tai videoista, mutta hänellä on epäilyjä niiden ”luvallisuudesta”. Häntä voi hämentää kiihottuminen sopimattomassa tilanteessa ja hän voi ihmetellä: ”Voiko pojalla ruveta seisomaan, kun se tanssii tytön kanssa?” tai ”Olenkohan minä ihan outo kun koen imettämisen

niin kiihottavana?” Hän voi myös pohtia, mihin hänellä on lupa sukupuolensa edustajana ja kysellä: “Voivatko tytötkin tehdä itsetyydytystä?” tai “Voivatko pojat pussata toisiaan?”

Oppilas/asiakas/potilas voi myös kokea itsensä erilaiseksi tai poikkeavaksi pelkästään sen vuoksi, että hänellä on ajatuksia, unia tai seksuaalisia fantasioita toiminnoista tai kohteista, jotka hän on oppinut luokittelemaan kielletyiksi tai hävettäväiksi. “Onko semmonen epänormaalia, kun mä näin unta, että mä juoksin alasti koulussa?” tai “Onko väärin, jos mä kuvittelen, että olen sängyssä Marilyn Monroen kanssa?”. Ahdistusta voi vähentää kertomalla, miten tavallisia ”luvattomatkin” kuvitelmat ovat. Kuitenkin myös eron tekeminen kuvitelman ja todellisuuden välillä on tärkeää.

Kyseessä voi olla myös epävarmuus siitä, ovatko jotkut mielihyvän painotukset “oikein” vai “perverssejä”. “Ollaanko me ihan pervoja, kun puhutaan toistemme kanssa puhelimesta ja samalla kumpikin tyydyttää itseään ja me puhutaan siitä toisillemme?” tai “Onko mieheni jotenkin sairas, kun hän haluaa usein, että rakastellessamme minulla on korkokengät jalassa?” Kysymykset voivat myös liittyä seksuaaliseen suuntautumiseen: “Olenkohan mä homo, kun mua kiihottaa ajatella, että mies rakastelee toisen miehen kanssa?”

Luvan hakeminen voi liittyä eri elämänvaiheisiin, nuoret ihmiset voivat suuremmin tai epäsuoremmin pyytää lupaa ensimmäiseen yhdyntään esimerkiksi kyselemällä “Mikä on kondomi ja mihin sitä käytetään?” tai “Minkä ikäisenä voi saada pillerit?” Kyse ei siis ole vain tiedon tarpeesta, vaan myös siitä, onko lupa. Nuorten kanssa on erityisen tärkeää puhua asioista rauhassa ja selvittää, onko todella kysymys nuoren itsensä halusta ja valmiudesta. Saattaa olla, että poikaystävä painostaa tai nuorella on kuvitelma, että kaikki muut ovat kokeneempia ja sen vuoksi hänenkin pitää aloittaa seksielämä. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää, että joku aikuinen pistää turvalliset rajat toteamalle esimerkiksi, ettei kannata kiirehtiä ja on oikeus sanoa ei.

Työntekijänä lupaa ei myöskään voi antaa “avoimella valtakirjalla” ja mihin tahansa. Lainsäädäntö on yhtenä tärkeänä normin lähteenä, samoin tärkeää on sosiaalisesti tarkoituksenmukaisen käyttäytymisen arviointi, mikä kuuluu hyviin tapoihin ja miten kunnioitetaan omia ja toisen rajoja. Mihin asti voi antaa luvan riippuu kuitenkin keskeisesti työntekijän omasta tiedon tasosta ja arvoista. Yritys siirtää oma arvomaailmansa sellaisenaan asiakkaalle ei ole ammatillista toimintaa. Mieliapiteensä voi kyllä kertoa monistakin asioista, mikäli samalla tuo esiin, että asioista on monenlaisia näkemyksiä ja käsityksiä ja auttaa kuuliijoita muodostamaan omansa.

Mitä enemmän tietoa työntekijällä on seksuaalisen käyttäytymisen variaatioista sekä omassa, että muissa kulttuureissa, sitä luontevammin hän voi antaa luvan seksuaalisuuden eri ilmenemismuodoille. Luvan saaminen voi auttaa oppilaita/asiakkaita/potilaita luopumaan seksuaalisuuteen liittyvistä syyllisyyden ja häpeän tunteista ja huonosta omastatunnosta. Samoin voi oppia luopumaan sukupuolirooleihin liittyvistä uskomuksista ja myyteistä, väärivistä malleista ja dikotomisista “oikein/väärin”-asetelmista. Lupa voi auttaa löytämään yksilöllisen, omaan elämäntilanteeseen sopivan tavan toimia seksuaalisesti ja hyväksyä oma seksuaalisuutensa. Seksuaalinen itsemääräämisoikeus on osa itsensä löytämistä. Jokainen joutuu itse tunnistamaan mistä pitää eikä kaikkea tarvitse pitää. Jokaisella on oikeus valita myös pidättäytyminen seksuaalisesta toiminnasta.

Oman prosessin merkitys

Jotta työntekijänä voi olla ”luvan antajana” oppilaille/asiakkaille/potilaille tai joissakin tilanteissa myös heidän vanhemmilleen, on erityisen tärkeää olla selvillä niistä omista tunteistaan, tarpeistaan, arvoistaan, asenteistaan ja normeistaan, jotka liittyvät seksuaalisuuteen. Ensimmäinen, minkä joutuu kohtaamaan, on oma seksuaalisuus. Työntekijä tarvitsee ”luvan” omaan seksuaalisuuteensa, voidakseen antaa luvan asiakkaalle. On vaikea antaa lupaa toiselle johonkin sellaiseen,

mihin itse ei ole sitä saanut. On vaikea puhua, jos itse on vaivautunut tai ahdistunut. Myös kuulija vaistoa tämän sanattoman viestin.

Ensimmäinen askel on luonteva suhde omaan seksuaalisuuteen. Kokemukset, joita meillä pienestä pitäen on seksuaalisuudesta ollut ja käsitykset ja uskomukset, jotka olemme usein huomauttamme omaksuneet, vaikuttavat meissä väistämättä. Seksuaalisuuteen liittyvät ilmiöt voivat herättää monenlaisia tunteita ja näiden tunteiden kohtaaminen sekä itsessä että asiakkaissa on sekä haasteellista että mahdollista. Oma ammatillisuus laajenee sitä mukaa kun voi työskennellä omien kielteisten tai rajoittavien asenteiden kanssa ja voi muuntaa niitä myönteisemmiksi tai neutraaleiksi. Tämän vuoksi oman seksuaalisuuden tutkiminen ja ymmärtäminen on tämän alueen koulutuksen tärkeä tavoite.

Tiedon antaminen

Myös tiedon antamisessa asioiden ja ilmiöiden määrittely normaaleiksi on usein asiakkaan kannalta ratkaisevan tärkeää. Pelkästään sen toteaminen, että varmasti kaikilla ihmisillä ainakin joissakin elämäntilanteissa on tällä alueella pulmia tai ongelmia, voi helpottaa. Seksuaalisuuteen liittyviä kokemuksia kun ei kovin paljon jaeta muiden kanssa, voi ongelmatilanteissa helposti kuvitella olevansa ainoa, jolla on ongelmia; muilla näyttää menevän hyvin. Tosiasiassa emme tiedä, miten muilla menee.

Tietämättömyys ja tarkistamattomat uskomukset voivat olla tuhoisia sekä yksilön että parisuhteen seksuaalisuudelle ja tiedon saaminen on tärkeä ahdistusta vähentävä tekijä. Tieto auttaa myös realisoimaan seksuaalisuuteen liittyviä odotuksia. Esimerkiksi seksilehdet tai -videot ovat olleet monille pojille tärkeä tietolähde. Niiden antama kuva seksuaalisuudesta on kuitenkin hyvin kapeutunut ja kertoo enemmän fantasiaista kuin todellisuudesta. Pelkkien seksilehtien ja -videoiden varaan rakennetut odotukset ovat näin väistämättä epärealistisia.

Jos oppilas/asiakas/potilas kokee olevansa erilainen tai pitää itseään jollakin lailla poikkeavana, hän saattaa tarvita tietoa esimerkiksi homo- ja biseksuaalisuudesta tai seksuaalisen mielihyvän yksilöllisistä painotuksista. Tieto voi auttaa häntä pohtimaan omia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan sekä tunnistamaan ja nimeämään niitä.

Oppilaalla/asiakkaalla/potilaalla voi olla puutteellista tietoa sukupuolten anatomiasta ja fysiologiasta tai seksuaalisen reaktiosarjan vaiheista. Hän voi tarvita tietoa raskaudesta, ehkäisystä tai abortista. Tärkeää voi olla myös tieto perinnöllisyydestä, vammojen tai sairauksien, lääkkeiden, alkoholin, huumeiden tai tupakan vaikutuksista, seksuaaliteitse tarttuvista taudeista, vaihdevuosista ja vanhenemisesta tai esimerkiksi seksiapuvälineistä. Hän saattaa tarvita tietoa myös lainsäädännöstä tai hoitomahdollisuuksista, kirjallisuudesta ja muusta materiaalista. Myös vanhemmat voivat tarvita tietoa tai tukea omien lastensa seksuaalikasvatukseen.

Sukupuolisuus ja seksuaalisuus eri ilmenemismuotoineen, variaatioineen, merkityksineen ja kulttuurisine kytkentöineen on tiedollisesti hyvin laaja alue. Kukaan ei voi tietää kaikkea, mutta edellytyksenä tiedon antamiselle tietenkin on, että seksuaalikasvatusta tai seksuaalivouontaa tekevä ammatti-ihminen perehtyy kuhunkin aihepiiriin riittävässä määrin voidakseen jakaa tietoa muille. Tämä edellyttää myös sitä, että hänen omat perustietonsa ovat ajan tasalla tai että hän ilmaisee tietämyksensä rajat.

Omasta tietämättömyydestä tai epävarmuudesta saattaa helposti tulla työskentelyn este varsinkin silloin, jos oma ammatti-imago edellyttää ”kaikkietävyyttä”. Silloin saattaa väistää niitä aiheita, joissa oma epävarmuus tunnistuu. Oma ”rimaa” kannattaa laskea ja oppilaille/asiakkaille/potilaille voi kyllä sanoa, ettei tiedä riittävästi jostakin asiasta, mutta voi ottaa siitä selvää.

Erityisohjeiden antaminen

Neuvot ja ohjeet voivat olla hyvin eritasoisia. Aina voi rohkaista oppilasta/asiakasta/potilasta puhumaan asioista jonkun ammatti-ihmisen kanssa silloin, jos itsellä ei siihen ole mahdollisuutta tai ei koe olevansa riittävän pätevä. Monissa pulmatilanteissa käytännön neuvoja tai ohjeita voi antaa oman kokemuksen, koulutuksen ja terveen järjen pohjalta. Nuorille, jotka kyselevät, miten voisi löytää tyttö- tai poikaystävän voi neuvoa paikkoja, missä voi tavata muita nuoria tai keksiä muita keinoja yhteyksien luomiseen. Heille voi myös opettaa lähestymiskeinoja ja käyttäytymistapoja ja korostaa huolehtimista omasta ulkonäöstä ja siisteydestä.

Neuvojen ja ohjeiden antaminen kuitenkin usein edellyttää varsin tarkkaa kuvaa oppilaan/asiakkaan/potilaan ongelmasta ja elämäntilanteesta. Tärkeää on myös tarkasti kuulla, mitä asiakas on pyytämässä eikä vain luulla tietävänsä. Myöskään ei kannata kuvitella, että omat ratkaisut aina olisivat parhaita ja kaikille sopivia. Se mikä toimii yhdelle ja yhdessä kohdassa, ei välttämättä ole yleispätevää ja yksilöllisiin tilanteisiin joudutaan etsimään myös yksilölliset ratkaisut.

Monissa ongelmatilanteissa voidaan ratkaisun etsimisessä käyttää ongelmanratkointia. Joissakin tilanteissa apua voi löytyä seksiapuvälineistä, lantionpohjan lihasten harjoituksista tai rentoutumismenetelmistä, jolloin edellytyksenä on, että työntekijä on perehtynyt näihin välineisiin tai menetelmiin tai osaa ainakin ohjata eteenpäin.

Ellei ohjeista ja neuvoista ole apua, on syytä siirtyä erityispalvelujen puolelle ja ohjata oppilas/asiakas/potilas esimerkiksi seksuaaliterapiaan. Joissakin tilanteissa voi myös olla tarpeen lähettää hänet lääkärille, fysioterapeutille tai psykologille tai ainakin konsultoida näitä.

Seksuaaliterapia

Seksuaaliterapiaksi voidaan nimittää lyhytkestoisia terapioita, joiden tavoitteena on seksuaaliongelmien ratkaiseminen. Usein kuitenkin tarkoitetaan amerikkalaisten William Mastersin ja Virginia Johnsonin kehittämää menetelmää, joka voidaan nähdä oppimisterapian sovellutuksena. Menetelmällä voidaan auttaa nimenomaan seksuaalielämän toiminnallisten ongelmien ja jossakin määrin myös haluttomuuden hoidossa. Sen sisältämiä harjoituksia voidaan käyttää myös osana muunlaista pariterapiaa. Edellytykset, joilla tämän mallin mukaista seksuaaliterapiaa voidaan lähteä tekemään, ovat selvästi rajatut. Tämä myös mahdollistaa sen, että hoito usein miten onnistuu.

Seksuaaliterapia on tässä mallissa yleensä pariterapiaa. Joitakin harjoituksia on mahdollista tehdä yksin; esimerkiksi naisille, jotka eivät ole kokeneet orgasmia voidaan antaa harjoituksia orgasmin oppimiseksi. Samoin nopeasta/herkästä siemensyöksystä kärsiville miehille voidaan antaa joitakin yksilöharjoituksia.

Tämän mallin mukainen seksuaaliterapia aloitetaan seksuaalihistorian ottamisella, mikä yleensä tehdään yksilöllisesti. Tiedon keruun jälkeen voidaan selkeämmin nähdä, soveltuuko menetelmä kyseiselle parille. Edellytyksenä sille, että hoito voidaan aloittaa, on vakaa parisuhde, jota molemmat haluavat jatkaa ja jossa vallitsee jonkinasteinen tyydyttävyyys. On tärkeää, että molemmat haluavat muutosta ja ovat motivoituneita työskentelemään ja että he pitävät ongelmaa luonteeltaan seksuaalisena. Jos tästä on erimielisyyttä, on tarpeen ensin työskennellä tämän asian kanssa tai auttaa valitsemaan ongelma, jonka kanssa ensin työskennellään.

Lisäksi edellytetään, että ongelma kuuluu Mastersin ja Johnsonin luokittelemiin toiminnallisiin häiriöihin eikä mitään elimellistä syytä oireisiin ole. Tämä merkitsee mahdollisten sairauksien tai niiden hoitoon käytettyjen lääkkeiden vaikutusten selvittämistä. Samoin mahdollisten vammojen, leikkausten, alkoholin, huumeiden ja tupakan vaikutukset tulisi selvittää. Mikäli ilmenee vähänkin aihetta, on syytä konsultoida lääkäriä tai lähettää asiakas tarkempiin tutkimuksiin.

Menetelmä on yhdistelmä ongelmien psykodynaamista ymmärtämistä ja käyttäytymisen ohjaamista. Se sisältää kotona tehtyjä harjoituksia, tiedon antamista, vuorovaikutustaitojen kehittämistä ja elämäntapaan liittyvää neuvontaa. Terapiassa pyritään luomaan ilmapiiri, jossa asiakkaiden on mahdollista muuttaa kielteisiä asenteita myönteisemmiksi ja autetaan vapautumaan suorituspainesta.

Seksuaaliterapiaksi voidaan nimittää työskentelyä myös muilla terapiamenetelmillä ja viitekehyksillä, silloin kun hoidossa keskitytään seksuaalisuuteen ja kun kyseessä on lyhytterapia. Niinpä erilaisista yksilö- tai perheterapian suuntauksista voidaan ottaa elementtejä työskentelyyn, samoin voidaan käyttää erilaisia rentoutusmenetelmiä, kehoterapiaa tai mielikuvien kanssa työskentelyä kuten NLP:n (neurolingvistinen ohjelmointi) tekniikoita.

Puhumiseen perustuvien terapioiden kanssa rinnakkain voidaan käyttää jotakin kehoterapian menetelmää, varsinkin silloin kun asiakkaalla on vaikeuksia rentoutua. Verkostoterapia puolestaan on käyttökelpoinen lähestymistapa silloin, kun ongelma koskettaa laajempaa yhteisöä.

Liite 2

Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutus Suomessa

3–40 opintoviikon pituiset koulutukset 1980–kevät 2002

(suluissa arvio koulutuksen pituudesta opintoviikkoina)

Vuosina/ opinto- viikkoja	Koulu- tettuja	Koulutuksen nimi, järjestäjät ja painopiste	Koulutuksen perusrakenne
1980-81 3 (4 ov) internaatti	40	Seksuaalineuvontakoulutus Kirkon perheasiain toimisto Väestöliitto ry (seksuaaliterapia)	vuoden aikana 5+2+5 (12 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 20 t
(1982-83)		Seksuaalineuvontakoulutuksen jatkokseminaareja	2+1+3 p)
1984-85 4 (5 ov) internaatti	38	Seksuaaliterapiakoulutus A-klinikkasäätiö HYKS/ psykiatrian klinikka Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry (seksuaaliterapia)	vuoden aikana 5+3+5 (13 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 50 t
1987-88 4 (5 ov) internaatti	29	Seksuaaliterapiakoulutus A-klinikkasäätiö Lääkintöhallitus Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry Suomen Perheterapiayhdistys ry (seksuaaliterapia)	vuoden aikana 5+4+4 (13 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 25t, yksilötyönohjaus
1990-91 3 ov	17	Seksuaaliterapian koulutusohjelma Helsingin yliopisto/Vantaan täydennyskoulutuslaitos (seksuaaliterapia)	2 lukukauden aikana 18 x 5,5 t (1 p/kk)
1992-93 5 ov	18	Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä - seksuaalineuvonta- ja terapiakoulutus Väestöliitto ry Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry (seksuaalineuvonta ja -terapia)	vuoden aikana 5+3+3+2 (13 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 40t
1992-93 4 ov internaatti	11	Seksuaalineuvojakoulutus Kehitysvammaliitto ry Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 5+3+3+2 (13 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 24t
1994-95 4,5 ov	14	Seksuaalineuvojakoulutus seksuaalisuuden kohtaaminen vammaistyössä Kehitysvammaliitto ry Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry (seksuaalikasvatus- ja neuvonta)	vuoden aikana 4+3+3+3 (13 lähiopetuspäivää) vertaistyönohjausryhmät 24t

1995 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16t
1995-96 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16t
1995-96 4 ov	28	Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä Suomen Perheterapiayhdistys ry Seksuaalipoliittinen yhdistys SEXPO ry (seksuaalineuvonta ja -terapia)	vuoden aikana 4+3+3+ 3 (13 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 20t
1996 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16t
1996-97 4,5 ov	10	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus SEXPO säätiö (seksuaalikasvatus- ja neuvonta)	vuoden aikana 4+3+2+3+2 (14 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 22 t
1997 4 ov	16	Ihmissuhteet ja seksuaalisuus - vammaistyön seksuaalineuvojakoulutus Kehitysvammaliitto Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 4+2+3+3 +2 (14 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 22t
1997 10 ov	20	Seksuaaliohjaajan/neuvojan koulutus Lapin terveys- ja sosiaalialan oppilaitos Sexpo säätiö (seksuaalineuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3 +3 (15 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 40t
1997 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16 t
1997-98 4,5 ov	13	Seksuaaliterapiakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalineuvonta ja -terapia)	vuoden aikana 4+3+3+2+2 (14 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 22 t
1997-2000 40 ov internaatti- jaksoja 2 ov	17	Seksologian erikoistumisopinnot Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaaliterapia/seksuaalikasvatus)	3 vuoden aikana 14 x 3 (42 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 75 t, vertaistyönohjausryhmät 46t yksilötyönohjausta 10 t
1997-98 10 ov	20	Seksuaaliohjaajan/neuvojan koulutus Lapin terveys- ja sosiaalialan oppilaitos Sexpo säätiö (seksuaalineuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3 (12 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 40t
1998 10 ov	8	Seksuaalisuus-opintokokonaisuus Helsingin ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 38x4t
1998 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää) ohjatut työnohjausryhmät 40 t

1998-99 5,5 ov	14	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3+2 (14 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 22 t
1998-99 10 ov	19	Seksuaaliohjaajan/neuvojan koulutus Lapin terveys- ja sosiaalialan oppilaitos Sexpo säätiö (seksuaalineuvonta)	vuoden aikana 3+3+2+3+2 (13 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 60 t
1998-99 5,5 ov	13	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3+2 (14 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 22 t
1998-2000 20 ov	15	Naisen terveyden haasteet Rovaniemen ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	3 lukuvuoden aikana, ei tarkempaa tietoa
1998-2001 40 ov internaatti- jaksot 2 ov	8	Seksologian erikoistumisopinnot Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaaliterapia/seksuaalikasvatus)	3 vuoden aikana 18 x 3 p (54 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 75 t vertaistyönohjausryhmät 46t, yksilötyönohjaus 10 t
1999 10 ov	13	Seksuaalisuus- opintokokonaisuus Helsingin ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 38 x 4 t
1999 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16 t
1999 10 ov	20	Seksuaalineuvonnan perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16 t
1999-2001 40 ov internaatti- jaksot 2 ov	9	Seksologian erikoistumisopinnot Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaaliterapia/seksuaalikasvatus)	3 vuoden aikana 18 x 3 (54 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 75 t vertaistyönohjausryhmät 46 t, yksilötyönohjaus 10 t
1999-2000 10 ov	10	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	n. vuoden aikana 3+3+3+ 3+3 p (15 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 30 t
1999-2000 10 ov	20	Seksuaalineuvojan/ohjaajan koulutus Lapin terveys- ja sosiaalialan oppilaitos Sexpo säätiö (seksuaalineuvonta)	vuoden aikana 3+3+2+3+3 (14 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 60 t
1999-2000 19 ov	15	Naisen terveyden haasteet Rovaniemen ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta?)	vuoden aikana ei tarkempaa tietoa
2000 10 ov	14	Seksuaalineuvojakoulutus Helsingin ammattikorkeakoulu	2 lukukauden aikana 38 x 4 t
2000 10 ov	20	Seksologian perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16 t

2000-2001 10 ov	11	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3+3 (15 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 30 t
2000-02 30 ov internaatti- jaksot 2 ov	9	Seksologian erikoistumisopinnot Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaaliterapia/seksuaalikasvatus)	2 vuoden aikana 12 x 2 +4x3(36 lähiopetuspäivää), ohjatut työnohjausryhmät 75 t, vertaistyönohjausryhmät 46 t, yksilötyönohjaus 10 t
2000-02 12 ov, (seks.käs. väh. 4 ov)	22	Parisuhde-intiimiys-seksuaalisuus Integratiivinen pariterapiakoulutus Väestöliitto ry (pari- ja seksuaaliterapia)	2 vuoden aikana 2+1+1+2 +2+2+2+2+2+2+2+2 (22 lähiopetuspäivää), ohjattu työnohjaus 50 t
2001 10 ov	20	Seksologian perusteet Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 6 x 3 (18 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 16 t
2001 10 ov	21	Seksuaalineuvojakoulutus Helsingin ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	2 lukukauden aikana 44 x 3 t
2001-2002 10 ov	9	Seksuaalikasvatus- ja neuvontakoulutus Sexpo säätiö (seksuaalikasvatus ja -neuvonta)	vuoden aikana 3+3+3+3+3 (15 lähiopetuspäivää), vertaistyönohjausryhmät 30t
2001-2002 10 ov	10	Pari- ja seksuaaliterapiakoulutus Sexpo säätiö (pari- ja seksuaaliterapia)	vuoden aikana 3+3+3+ (15 lähiopetuspäivää), + 3 ohjattua työnohjauspäivää
2001-02 3,5 ov	12	Kliinistä seksologiaa lääkäreille Väestöliitto (seksuaalineuvonta)	puolen vuoden aikana 1+1+1+1+1 (5 lähiopetuspäivää)
2002 4 ov	37	Ihmisen seksuaalisuus osa 1-2 Jyväskylän ammattikorkeakoulu (seksuaalineuvonta)	1 lukukauden aikana ei tarkempia tietoja

Yhteensä 751 koulutettua

Liite 3

Asiakas-/potilasohjeita ja oppaita (vammaiset ja pitkäaikaissairaat)

Aivohalvaus ja dysfasialiitto: Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Aivohalvaus ja dysfasialiitto 2004.

Finnilco: Tietoa avanteesta 1992.

Ilmonen, Tuisku: Rakkaudella Sinun. Opas vammaisten lasten ja nuorten vanhemmille ja kasvattajille ihmissuhteista ja seksuaalisuudesta. Invalidiliitto 1987.

Ilmonen, Tuisku: Kärleksfult. Invalidiliitto 1988.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus: Selkäydinvamma – Nainen ja seksuaalisuus. Invalidiliitto 2004.

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus: Selkäydinvamma – Mies ja seksuaalisuus. Invalidiliitto 2004.

Invalidiliitto: Vammautuminen ja sukupuolielämä. Invalidiliitto 1976.

Rajala, Pertti: Kahden – Rakkaudesta ja seksistä selkokielellä. Väestöliitto 1999.

Selkäliitto: Selkä, seksi ja seksuaalisuus. Selkäliitto 2006.

Suomen Sydänliitto: Sydän ja seksuaalisuus. Suomen Sydänliitto 2004.

Rosenberg, Leena: Sydämelliseksi. Tietoa sydänsairauksien vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksitoimintoihin. Suomen Sydäntautiliitto 1997.

Rosenberg, Leena: Syöpä ja seksuaalisuus. Suomen Syöpäpotilaat 2007.

Räsänen, Sari & Kangasniemi, Helena & Hämäläinen, Taina: Piristystä parisuhteeseen, uutta hehkua makuuhuoneeseen Invalidiliitto 2004.

Räsänen, Sari & Kangasniemi, Helena & Hämäläinen, Taina: Nainen, ikä ja seksi. Invalidiliitto 2004.

Räsänen, Sari & Kangasniemi, Helena & Hämäläinen, Taina: Mies, ikä ja seksi. Invalidiliitto 2004.

Tibell, Annika: Elimensiirron jälkeen. Novartis Finland Oy 1997.

Vahtera, Taina & Viramo-Koskela, Annaleena: Seksi ja spastisuus. Maskun Neurologinen Kuntoutuskeskus 1991.

Liite 4

Terveystiedon opetuksen tilanne yläasteella (2006 haastattelun runko)

A. Taustatiedot

1. Koulun taustatiedot

- Koulun nimi
- Paikkakunta
- Kouluaste
- Oppilasmäärä
- Opettajien määrä
- Muu henkilökunta
- Siirtyminen uuteen OPS:iin
- Onko kehityshankkeita terveystiedossa?

2. Haastateltavan taustatiedot

- Nimi ja yhteystiedot:
- Opetusala/ammatti:
- Työkokemus
- Terveystiedon opetus
- Koulutukset
- Osallisuus OPS:n laatimiseen

B. Opetussuunnitelman laatiminen

1. terveystiedon valmistelut
2. Kuka tekee? (Opettaja/rehtori/TH)
3. Tehdäänkö ryhmässä vai yksin?
4. Ulkopuoliset asiantuntijat?
5. Paikallinen OPS – OPH:n puitteet

C. Seksuaalikasvatus terveystiedon opetuksessa

1. Mihin kursseihin/aineisiin se sisältyy?
2. Milloin tulee esille koulussanne? Millä luokilla?
3. Tuntijako opettajien kesken?
4. Suunnitelmallinen integrointi eri aineisiin
5. Asiantuntijaluennot

Seksuaalikasvatuksen käsittely eri aineissa

6. Mitä aiheita käsitellään biologiassa?
7. Mitä aiheita käsitellään kotitaloudessa?
8. Mitä aiheita käsitellään terveystiedossa?
9. Miten käsitellään muissa aineissa?
10. Miten oppilaat suhtautuvat?
11. Opetuksen ongelmat, hankalat osiot
12. Opetuksen ilot, helpot osiot

D. Opetuksessa käytetyt materiaalit

1. Miten kirjat on valittu? Valintaperusteet?
2. Miten kirjaa käytetään? Järjestyksessä vai valikoiden?
3. Tehdäänkö ydinaineanalyysi?
4. Muu materiaali?

E. Opetuksen menetelmät

Mitä menetelmiä käytetään?

F. Yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa kouluissa

1. Opetuksen toteutuksessa on mukana? Yhteistyö ja työnjako?
2. Yhteistyö oppilashuoltoryhmän kanssa?
3. Yhteistyö terveydenhoitajan kanssa?
 - asiantuntijana/opettajana

G. Mitä muuta tärkeää tulee vielä mieleen?

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt medicinaldirektörsmöte. Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008
Diskussionsunderlag 25/2008 Tilausno T25/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta
Työpapereita 24/2008 Tilausno T24/2008

Pertti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?
Työpapereita 23/2008 Tilausno T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006
Työpapereita 22/2008 Tilausno T22/2008

J. Hiitola. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista
Työpapereita 21/2008 Tilausno T21/2008

Tuula Kekki, Pia Kajander. Päihdestrategia työnohjaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja strategian toimeenpanosta
Työpapereita 20/2008 Tilausno T20/2008

Hannele Hyppönen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspaperit 2008
Työpapereita 19/2008 Tilausno T19/2008

Reijo Sund, Merja Juntunen, Peter Lüthje, Tiina Huusko, Matti Mäkelä, Miika Linna, Antti Liski, Unto Häkkinen. PERFECT – Lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla
Työpapereita 18/2008 Tilausno T18/2008

Minna Kivipelto. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin
Työpapereita 17/2008 Tilausno T17/2008

Kaarina Wilskman, Timo Ståhl, Seija Muurinen, Kerttu Perttilä, Matti Rimpelä. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007
Työpapereita 16/2008 Tilausno T16/2008

Anna Kokko. Valistusta vauvaperheille. Raportti Meille tulee vauva -opaskirjaseen uudistustyöstä 2005–2006
Työpapereita 15/2008 Tilausno T15/2008

Anu Leinonen. Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkijaryhmälle
Työpapereita 14/2008 Tilausno T14/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Kohti pohjalaista hyvinvointia. Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hankkeen ensimmäiseen toimintakauteen vuosina 2005–2007
Työpapereita 13/2008 Tilausno T13/2008