

Seksuaalikasvatuksen lähtökohdista

1

Seksuaalikasvatus ja tutkimusaiheen keskeiset käsitteet

Peruskoulun seksuaalikasvatusta lähestytään tässä raportissa tarkastelemalla valtakunnallisin kyselyaineistoin sekä yläasteilla annettua seksuaalikasvatusta että yläasteen oppilaiden seksuaaliterveystietoja. Tässä ensimmäisessä luvussa syvennytään aluksi aihepiiriin käsitteisiin, nuorten seksuaaliterveystilanteeseen ja koulun seksuaalikasvatuksen lähihistoriaan. Seuraavaksi tehdään pieni katsaus aihepiiriin aiempaan tutkimukseen ja määritellään tutkimuksen tavoitteet.

Seksuaalikasvatus on määritelty elämänpituiseksi prosessiksi, jonka aikana hankitaan tietoja, taitoja ja arvoja seksuaalisista suhteista, identiteetistä ja intimitetistä (Hilton, 2001). Seksuaalikasvatus on yläkäsite, johon sisältyvät alakäsitteinä seksuaalivalistus, seksuaaliopetus ja seksuaalineuvonta (Nummelin, 1995). Tässä tutkimuksessa seksuaalikasvatuksen alakäsitteistä keskeisin on ymmärrettävästi seksuaaliopetus.

Seksuaalikasvatus on Suomessa vielä sangen tuore käsite. Englanninkielisellä ”Sex Education” käsitteellä on pidemmät perinteet. Suomessa käytettiin varsinkin hallinnollisissa dokumenteissa vielä 1980-luvulla pääsääntöisesti käsitettä ”Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus”. Nummelin (1995) ehdotti 1990-luvulla Suomessa yläkäsitteeksi seksuaalikasvatusta. Kontula (1997) käytti kuitenkin ensimmäisessä aihepiiriin valtakunnallisessa tutkimuksessa vielä käsitettä sukupuolikasvatus, koska sen käytöllä oli Suomessa niin pitkät perinteet. Toisena perusteena oli tavoite sisällyttää ihmissuhdekasvatus luontevalla tavalla osaksi sukupuolikasvatusta.

1990-luvun lopulla käsitteet seksuaalikasvatus ja -opetus vakiintuivat vähitellen kotimaiseen kielenkäyttöön ja käytännön sovellutuksiin. Seksuaali-alkuinen käsite ei tuottanut ongelmia opetuksen sisältöjä suunniteltaessa ja rajattaessa. Ihmissuhdeasioiden ja seurustelun ymmärrettiin kuuluvan osaksi seksuaalikasvatusta.

Uuden käytännön mukaisesti tässä tutkimuksessa on sovellettu seksuaalikasvatuksen käsitettä. Seksuaaliopetus on kouluissa seksuaalikasvatuksen ryhmätason käytännön sovellutus. Kolmas rinnakkainen käsite on seksuaalivalistus. Tämä tarkoittaa väestölle tai suurelle joukolle suunnattua seksuaalikasvatusta. Seksuaalivalistusta ovat esimerkiksi koulussa jaetut esitteet. Valistuksella halutaan vaikuttaa asenteisiin, tietoihin, mielikuviiin ja myös yleiseen mielipiteeseen. Kouluissa voidaan tehdä myös henkilökohtaista seksuaalineuvontaa, varsinkin kouluterveydenhuollossa.

Seksuaalikasvatus on siirtynyt viime vuosina vaiheittain osaksi uudelleen koulun pakolliseksi oppiaineeksi palannutta terveystietoa. Tämä on tuonut aiheen käsittelyyn terveyden edistämisen ja vielä tarkemmin seksuaaliterveyden edistämisen viitekehyksen. Kansainvälisesti vielä melko tuoreilla seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteillä on ollut vaikutuksensa siihen millaiseksi koulun seksuaalikasvatuksen opetussisällöt ovat muovautuneet. Uusi näkökulma on ollut myös seksuaalioikeuksien pohdinta nuorten kannalta.

Seksuaaliterveydestä puhutaan sekä itsenäisenä käsitteenä että yhdistelmänä **seksuaali- ja lisääntymisterveys**. Nämä käsitteet tulivat laajempaan kansainväliseen käyttöön varsinaisesti vasta 1990-luvulla. Asiaa vauhdittivat Kairoissa vuonna 1994 pidetty maailman väestökongressi ja Pekingissä vuonna 1995 järjestetty naiskongressi. Seksuaaliterveyden uusi kansainvälinen näkökulma on korostanut sitä, että yksilöiden seksuaaliset oikeudet tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveyspalveluita järjestettäessä.

Suomessa seksuaaliterveyden käsite otettiin melko pian käyttöön. Väestöliiton Perhesuunnitteluklinikan nimi muutettiin jo vuonna 1995 Seksuaaliterveysklinikaksi ja samalla sen toimiala laajeni. Vuonna 2000 ilmestyi oppikirja ”Seksuaaliterveys Suomessa” (Kontula & Lottes, 2000) ja Väestöliitto organisoii samana vuonna koululaisille ensimmäisen seksuaaliterveys-aiheisen tietokilpailun. Käsite oli otettu vähitellen käyttöön myös koulujen seksuaaliopetuksessa.

Merkittävin uudistus seksuaaliterveyden kansainvälisessä määrittelyssä on se, että sen olennaisena osana on elämää ja ihmissuhteita rikastuttava turvallinen ja tyydytystä tuottava seksuaalielämä. Seksuaaliterveyttä voidaan edistää tukemalla ihmisten mahdollisuuksia nauttia seksuaalisuudestaan muun muassa auttamalla heitä hyväksymään seksuaalinen erityisyytensä ja sen ilmaiseminen. Suomessa seksuaaliterveyden edistämistyölle on antanut hyvän lähtökohdan se, että reilu neljä viidesosaa miehistä ja

naisista on ollut sitä mieltä, että seksuaalinen aktiivisuus on terveyttä ja hyvinvointia edistävää (Kontula & Haavio-Mannila, 1993).

Seksuaaliterveys Suomessa -kirjassa (Kontula ja Lottes 2000) esitettiin malli, jonka avulla seksuaaliterveyttä voidaan arvioida. Seksuaaliterveyden kokonaisuuteen kuuluvat:

1. Perhesuunnittelu, ehkäisyn käyttö ja abortit niihin liittyvine seurauksineen ja palveluineen
2. Sukupuolitaudit ja niiden hoitopalvelut
3. Seksuaalinen hyväksikäyttö ja väkivalta ja niiden uhrien tuki ja hoito
4. Seksuaaliasioihin liittyvän eri väestöryhmien syrjinnän ehkäiseminen ja syrjinnän seurausten hoito
5. Lisääntymisterveys: synnytyksiin ja hedelmättömyyteen liittyvät ongelmat ja palvelut
6. Seksuaalikasvatus ja -valistus, myös alan ammatti-ihmisten koulutus
7. Seksuaalinen mielihyvä ja tyydytys: yksilöiden seksuaalisten resurssien ja taitojen edistäminen, seksuaalineuvonta ja seksuaaliongelmiiin liittyvät hoitopalvelut sekä seksologisen tietämyksen kartuttaminen, myös tutkimuksin

Seksuaaliterveys on kansainvälisessä käytössä laajempi käsite kuin lisääntymisterveys ja se kattaa lisääntymisterveyden lisäksi kyvyn ja mahdollisen tyydytystä tuottavaan eroottiseen ja seksuaaliseen kanssakäymiseen. Seksuaaliterveyden määritelmässä (WHO 2002) tulisi olla mukana seuraavat osa-alueet:

- kyky nauttia molempia osapuolia tyydyttävistä seksuaalisista suhteista
- mahdollisuus olla altistumatta seksuaaliselle hyväksikäytölle, painostukselle tai ahdistelulle
- suoja sukupuolitaudeilta
- onnistunut raskauksien suunnittelu

Sen lisäksi, että seksuaaliterveys on keskeinen terveyden osa-alue, se on osa myös kehitystä ja ihmisoikeuksia. Seksuaalinen tyydytys on välttämätön edellytys seksuaaliterveydelle.

Seksuaaliterveyden rinnalle on nostettu **seksuaalioikeuksien käsite**. Seksuaalioikeusajattelu on niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa melko uutta. Seksuaalioikeudet ovat tulleet käsitteellisesti merkittäväksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi yleisen ihmisoikeusajattelun ja siihen liittyvien sopimusten vallatessa maailmalla alaa. Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestökin (IPPF) on perustanut seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien määrittelynsä ja tavoitteensa aiemmille kansainvälisille sopimuksille,

joilla on haluttu turvata kansainvälisesti perustavanlaatuiset ihmisoikeudet. IPPF on soveltanut nämä periaatteet seksuaali- ja lisääntymisasioihin. Monet muut kansainväliset järjestöt ovat sittemmin määritelleet omia tavoitteitaan seksuaalioikeuksille. Näiden joukossa on IPPF:n pohjoismaisten jäsenjärjestöjen yhteinen julkilausuma (resoluutio) nuorten seksuaaliterveydestä ja seksuaalioikeuksista.

Seksuaalioikeudet ovat ihmisoikeuksien perustava osa. Ne sisältävät oikeuden kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta, joka on sinällään olennaista ja arvokasta, mutta joka on samalla perustava kommunikaation ja rakkauden ilmaisemisen väline ihmisten välillä. Seksuaalioikeudet pitävät sisällään oikeuden vapauteen ja itsenäisyyteen vastuullisessa seksuaalikäyttäytymisessä.

Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2002 suuntaa antavan luettelon seksuaalioikeuksista. Luettelon mukaan kaikilla on yhtäläinen oikeus seuraaviin asioihin tarvitsematta kokea painostusta, syrjintää tai väkivaltaa:

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

Ihmisoikeuksien vastuullinen toteuttaminen edellyttää, että kaikki kunnioittavat toistensa oikeuksia.

Suomessa koulun seksuaaliopetusta kehitettiin suotuisasti 1980-luvun jälkipuoliskolla ja 1990-luvun alussa. Tämä johti silloin myös nuorten tietojen paranemiseen (Kontula et al., 1992). 1990-luvun aikana seksuaaliopetus integroitiin eri oppiaineisiin ja se vaihteli koulukohtaisesti eri aineiden opettajien siihen kohdistaman mielenkiinnon ja motivaation mukaisesti. Koulukohtaiset erot korostuivat vuoden 1994 jälkeen, jolloin koulut ja kunnat saivat mahdollisuuden suunnitella itsenäisesti koulujensa opetussuunnitelmat. Kun samaan aikaan vähennettiin liikunnan (terveyskasvatus) ja kotitalouden

(perhekasvatus) tuntimääriä, seksuaaliopetus supistui opettajien arvioiden perusteella joka toisessa koulussa (Kontula 1997). Perhe- ja terveystieteiden opetuksen aihekokonaisuudet eivät olleet enää pakollisia, vaan ainoastaan mahdollisia. Opetushallituksen antamien ohjeiden toteutumisesta ei enää aktiivisesti valvottu, oppimissisältöjä ei kirjattu, eikä seksuaaliopetuksesta vastuussa olevaa oppiainetta tai henkilöä yksilöity.

Ensimmäinen valtakunnallinen tutkimus peruskoulun yläasteen seksuaaliopetuksesta toteutettiin lukukaudella 1995–1996 (Kontula, 1997). Vastaus saatiin 421 koulusta (70 % kaikista yläasteista). Silloin joka toisessa koulussa opettajat arvioivat koulunsa seksuaaliopetuksen supistuvan lähivuotina. Terveystieteiden ja perhekasvatukseen liittyvän seksuaaliopetuksen vähetessä opetus keskittyi biologian tunneille. Monet koulut yrittivät kompensoida opetuksen muutosta järjestämällä seksuaaliopetuksesta erilliskursseja tai -tapahtumia.

Noin joka neljännessä koulussa opetus oli jäänyt jo lukukaudella 1995–1996 joko hyvin vaatimattomaksi tai puuttunut kokonaan. Merkittävässä määrin seksuaaliopetusta oli annettu 7. luokalla noin kolmasosassa kouluista, 8. luokalla 60 prosentissa kouluista ja 9. luokalla kolmessa neljäsosassa kouluista. Opetus oli siis painottunut vahvasti 9. luokalle.

Kontulan tutkimuksen opettajien vastaukset koulun seksuaalikasvatuksen volyymin ja sisällöstä vastasivat hyvin kouluterveystudkimuksen tuloksia 1990-luvun puolivälin jälkeen siitä mitä oppilaat kertoivat koulunsa seksuaaliopetukseen käytetyistä tunteista (Liinamo, 2005). Oppilaiden vastausten perusteella seksuaaliopetus todellakin väheni joka toisessa koulussa vuodesta 1995 vuoteen 1998 ja viidesosassa kouluista oppilaat olivat jääneet kokonaan paitsi aihepiiriin opetusta. Kouluterveystudkimuksessa todettiin 1990-luvun lopulla jonkin verran heikkenemistä nuorten seksuaalitiedoissa.

Nuorten seksuaaliterveystilanne

Nuorten seksuaali- ja seksuaaliterveysasiat ovat kokeneet monia huomattavia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Nuoret ovat saaneet tänä aikana suurempia vapauksia itsensä toteuttamiseen, seurustelun- ja yhdyntöjen aloitusikä on laskenut, nuorten tiedon taso on parantunut, seksuaalikasvatus on tehostunut ja teini-ikäisten raskaudet ja abortit ovat vähentyneet. Nykypäivän nuoret elävät tässä suhteessa melko erilaisessa maailmassa kuin heidän vanhempansa.

Suhtautuminen nuorten välisiin sukupuolisuhteisiin on muuttunut Suomessa jatkuvasti hyväksyvämmäksi. Varsinkin jos kysymys on vakiintuneista suhteista, vain harvat ovat

niitä paheksuneet. Vuonna 1999 toteutetussa koko väestön seksuaalitutkimuksessa (Haavio-Mannila & Kontula, 2001) 18–74 -vuotiaista miehistä 85 % ja naisista 79 % hyväksyi nuorten väliset yhdynät seurustelun aikana. Alle 35-vuotiaista tätä mieltä oli miehistä 93 % ja naisista 95 %. Huomattava osa hyväksyi nuorten yhdynät jo muutaman tapaamiskerran jälkeen.

Yhdyntöjen aloittamisikä on viime vuosikymmeninä laskenut Suomessa ja on ollut lähellä eurooppalaisia keskiarvoja (Kontula, 2003). Nuorten itsemääräämisoikeus seurustelu- ja seksuaalisuhteita solmittaessa on lisääntynyt. Suurin muutos ajoittui 1960- ja 1970-luvuilla nuoruuttaan eläneille. Tällöin sekä seurustelun että yhdyntöjen aloittamisiät laskivat merkittävästi (Kontula, 1993).

Tytöt ovat aloittaneet sukupuolielämänsä jonkin verran poikia nuorempina. Stakesin kouluterveystutkimuksen vuoden 2006 valtakunnallisten tietojen mukaan 9. luokan tytöistä oli ensimmäisen yhdyntänsä kokenut 30 % ja pojista 26 %. 8. luokalla tämä osuus oli tytöillä ja pojilla sama: 15 %. Noin puolet yhdynnän kokeneista nuorista oli ollut yhdynnässä useamman kuin yhden kumppanin kanssa ja suunnilleen yhtä monet olivat jatkaneet yhdyntöjään viimeisen kuukauden aikana. 9. luokan oppilaista noin 5 % oli hankkinut yhdyntäkokemuksia vähintään viiden kumppanin kanssa.

Kouluterveystutkimuksen mukaan viimeisimmässä yhdynnässään noin kaksi kolmesta koululaisesta oli käyttänyt kondomia vuonna 2006. 9. luokan oppilaista neljäsosalla oli ollut käytössä ehkäisypilleri, 8. luokan oppilaista vastaavasti viidesosalla. Vailla mitään ehkäisyä oli ollut viimeisimmässä yhdynnässään 9. luokan pojista 18 % ja tytöistä 14 %. 8. luokan oppilailla vastaavat luvut olivat 23 % ja 20 %. 1980-luvulla tehtyyn KISS -tutkimukseen verrattuna (Kontula ym., 1992) koululaiset käyttivät vuonna 2006 vähän enemmän sekä kondomia että ehkäisypilleriä.

Noin puolet nuorista piti erittäin helppona ehdottaa poika- tai tyttöystävälleen kondomin käyttöä. Yhtä monet pitivät erittäin helppona käyttää kondomia oikein. Tiedon ja neuvonnan hakemista ei kuitenkaan koettu yhtä helpoksi. Pojista noin 40 % ja tytöistä kolmasosa piti vaikeana varata aikaa lääkärille tai terveydenhoitajalle seksuaaliterveyteen liittyvässä asiassa.

Ehkäisyssä onnistumista on edistänyt se, että tytöt ovat vähitellen omaksuneet aiemmin vain pojille hyväksytyjä käyttäytymistapoja. Yhtenä esimerkkinä tästä on se, että teiniikäiset tytöt ovat kokeneet jo vuosia sitten yhtä helpoksi kuin pojat ostaa ja kuljettaa mukanaan kondomeja (Pötsönen & Kontula 1999). Tämä on ollut kansainvälisesti vielä harvinaista. Muista kulttuureista maahan muuttaneiden voi olla joskus vaikeata ymmärtää tällaista suomalaista tasa-arvoa.

Teollisuusmaita on yhdistänyt se, että teiniraskaudet ja synnytykset ovat vähentyneet viimeisten 30 vuoden aikana. Kahdeksassatoista maassa teinisyntytykset jopa vähintään puolittuivat vuosien 1970 ja 1995 välillä. Tämän yleisen trendin taustalla ovat koulutuksen merkityksen kasvaminen, nuorten kasvanut motivaatio jatkaa kouluttautumista ja muiden arvojen kuin varhaisen perheenmuodostuksen tuleminen nuorille elämän tärkeiksi päämääriksi. Tästä yleisestä trendistä ovat poikkeuksena vain eräät itäisen Euroopan maat. (Singh & Darroch, 2000)

Teiniraskaudet ja abortit ovat olleet Suomessa melko harvinaisia muuhun Eurooppaan verrattuna. Nuorten synnytykset ja abortit vähenivät jatkuvasti 1970-luvulta 1990-luvun alkuvuosiin (joka toinen teiniraskaus johti aborttiin). 1980-luvun tärkeimpiä syitä teiniraskauksien vähenemiselle oli se, että lääkärit ryhtyivät entistä halukkaammin kirjoittamaan nuorille tytöille ehkäisytabletteja.

Teiniraskaudet ovat olleet viime vuosina Suomea harvinaisempia vain Hollannissa, Belgiassa, Saksassa, Italiassa ja Espanjassa (Kontula, 2003). Kolmessa jälkimmäisessä maassa aikuisten naistenkin syntyvyys on huomattavasti Suomea alemmalla tasolla.

15–19 –vuotiaiden nuorten raskauden keskeytykset yleistyivät Suomessa Stakesin ylläpitämien tilastojen mukaan jonkin verran 1990-luvun loppupuolella. Kasvu jatkui vuoteen 2002, jonka jälkeen alkoi väheneminen. Vuonna 2002 keskeytyksiä oli 17,0 tuhatta 15–19 –vuotiasta naista kohden. Vuonna 2006 vastaava luku oli 14,3. Vaikka kehitys oli suotuisa, oli keskeytysten yleisyystaso vuonna 2006 kuitenkin vielä korkeampi kuin vuonna 1996, jolloin se oli 11,6. Nuorten abortit olivat noin viidesosa kaikenikäisille naisille tehdyistä aborteista.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
11,3	11,6	12,1	12,5	14,1	14,2	15,3	17,0	15,6	15,5	15,3	14,3

Alle 15-vuotiaille tehtiin koko maassa vuonna 2006 yhteensä 27 aborttia. Ikäryhmässä 15–19 tämä luku oli 1088. Alle 20-vuotiaat synnyttivät vuonna 2005 koko maassa 1604 lasta, joka oli 2,8 % kaikista synnytyksistä. Näiden lukujen perusteella teini-ikäisten raskauksista 40 % päättyi keskeytykseen. Kouluikäisten joukossa tämä osuus oli luonnollisesti huomattavasti korkeampi.

1990-luvun puolivälin jälkeen suotuisa kehitys myös sukupuolitautitartunnoissa ensin pysähtyi ja kääntyi sitten vähitellen nousuun. Varsinkin klamydiatartunnat lisääntyivät. Klamydian on tehnyt erityisongelmaksi se, että se on tärkein yksittäinen syy sisäsynnytintulehduksiin, jonka sairastaneista naisista viidesosa kärsii myöhemmästä hedelmättömyydestä (Westwood & Mullan, 2006). Teini-ikäisten HIV-tartunnat ovat

olleet Suomessa edelleen hyvin harvinaisia, vuosina 1990-2001 niitä oli yhteensä 18 kpl (Kontula, 2003). Nuorten HIV-luvut ovat olleet Suomea alemmalla tasolla vain Keski-Euroopan uusissa EU-maissa, joihin ei vielä muodostunut merkittävää suonen-sisäisten huumeiden käyttäjäryhmää.

Teiniraskauksiin ja sukupuolitauditartuntoihin vaikuttavat monet asiat mukaan lukien yhteisön asenteet nuorten seksuaalisuutta kohtaan, monet sosio-ekonomiset tekijät, seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden tarjonta, koulutusmahdollisuudet ja seksuaalikasvatus (McKay et al., 2001).

Teiniäitiyttä tai –vanhemmuutta ei ole pidetty suositeltavana asiana johtuen niihin sisältyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä riskeistä. Alle 15-vuotiailla äideillä on todettu muita äitejä yleisemmin anemiaa ja kouristustautia samoin kuin raskauteen liittyvää kohonnuttua verenpainetta. Alle 15-vuotiaiden äitien vauvat ovat syntyneet muita useammin ennenaikaisesti, ja heillä on ollut muita vastasyntyneitä alempi syntymäpaino ja korkeampi lapsikuolleisuus. (Haglund, 2006.)

Ison-Britannian Health Development Agency (Terveysten edistämisen virasto) on todennut, että teini-ikäisten raskaudet ja varhainen äitiys liittyvät huonoon koulu-menestykseen, huonoon fyysiseen ja mielenterveyteen, sosiaaliseen eristäytymiseen, köyhyyteen ja siihen liittyviin tekijöihin. Sosio-ekonomiset ongelmat voivat olla sekä syynä että seurauksena teinivanhemmuudesta.

Seksuaalikasvatus ja sen vaikutukset

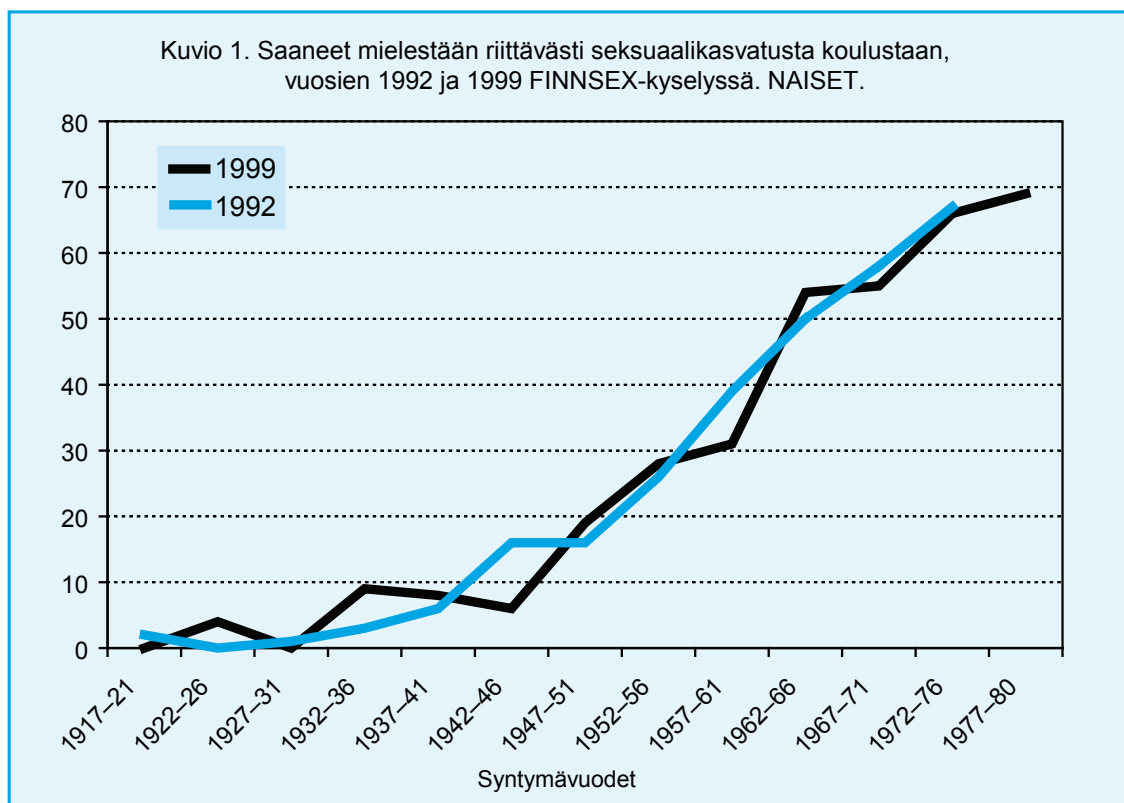
Laajan tutkimusyhteenvedon perusteella on todettu (Visser ja Bilsen 1994), että seksuaalikasvatus ei lisää riskikäyttäytymistä. Se sen sijaan tehostaa ehkäisyn käyttöä sekä edistää suvaitsevia asenteita seksuaalisuutta ja lähimmäisiä kohtaan.

Grunseit ja Kippax (1997) tekivät yhteenvedon 47 tutkimuksesta, joissa selvitettiin erityisesti HIV:n tartunnan ehkäisyyn tarkoitettun opetuksen vaikutuksia nuorten seksuaalikäyttäytymiseen. 25 näistä tutkimuksista ei ollut vaikuttanut nuorten yhdyntä-aktiivisuuteen tai raskaaksi tulemiseen ja tauditartuntoihin. 17 tutkimuksessa todettiin seksuaalikasvatuksen lykänneen yhdyntöjen aloittamista, vähentäneen kumppaneiden määriä samoin kuin ei-toivottuja raskauksia ja tauditartuntoja. Vain kolmessa tutkimuksessa seksuaalisen aktiivisuuden todettiin lisääntyneen seksuaalikasvatuksen jälkiseurauksena. Katsauksessa kirjattiin lisääntymistä kondomin ja muun modernin ehkäisyn käytössä.

Samassa tutkimusyhteenvedossa todettiin myös, että niissä maissa, joissa seksiin suhtauduttiin avoimemmin ja vapaamielisemmin, ja siitä keskusteltiin enemmän julkisuudessa, oli alhaisimmat nuorten raskaus- ja aborttiluvut samoin kuin alemmat tautien tartuntaluvut (Grunseit ja Kippax, 1997).

Song kumppaneineen (2000) teki meta-analyysin 67 tutkimuksesta vuosilta 1960–1997, joilla oli selvitetty seksuaalikasvatuksen vaikutuksia nuorten tietoihin. Seksuaalikasvatuksen todettiin lisäävän nuorilla merkittävästi aihepiirin kokonaistietämystä ja -tuntemusta. Poikkeuksena olivat vain sukupuolitauteja koskevat tiedot.

FINSEX -tutkimushanke (Kontula & Haavio-Mannila, 1993; Haavio-Mannila & Kontula, 2001) on tuottanut välillistä tietoa koulun seksuaalikasvatuksen pidemmän aikavälin kehittymisestä. Sen perusteella miten eri sukupolviin kuuluvat ihmiset ovat arvioineet koulunsa seksuaaliopetuksen riittävyttä omassa nuoruudessaan, koulun opetus parantui laadultaan tasaisesti ainakin 1960-luvulta 1990-luvun puoliväliin asti (Kuvio 1). Suomalaiset ovat saaneet näiden vastausten perusteella koulustaan seksuaaliopetusta 1950-luvulla syntyneiden ikäluokasta alkaen. Riittäväksi saamansa opetuksen arvioi kolmasosa tämän sukupolven vastaajista. 1960-luvulla syntyneistä puolet ilmoitti saaneensa riittävästi seksuaaliopetusta. 1990-luvulla koulua käyneistä (1970-luvulla syntyneet) jo 70 % arvioi saamansa seksiopetuksen riittäväksi.



Merkillepantavaa on, että FINSEX -tutkimuksen kahdessa väestökyselyssä 1992 ja 1999 tutkimukseen vastanneet eri syntymävuosiryhmiin kuuluneet naiset olivat arvioineet koulusta saamaansa sukupuolivalistusta (kyselyssä käytetty käsite) hyvin samalla tavalla. Miesten vastaukset tai muistikuvat olivat hyvin samansuuntaisia. Tämä antoi vastauksille luotettavuutta ja vähensi spekulatioita mahdollisten muistivirheiden merkityksestä.

Tietojen suhteen kokemuksiin perustuvilla tiedoilla on todettu olevan suurempi käyttäytymistä ennustava merkitys kuin opetukseen liittyvillä faktatiedoilla. Myös tiedoista tehdyillä itsearvioilla on merkityksensä. Tytöt, jotka arvioivat omat seksuaalitietonsa keskimääräistä huonommiksi, puhuivat muita harvemmin kumppaneilleen sukupuolitaudeista, olivat tulleet useammin raskaaksi, ja heillä oli ollut muita useampia sukupuolikumppaneita. Vastaavat pojat puhuivat muita harvemmin kumppaneilleen raskauksista, käyttivät muita huonommin ehkäisyä ja heillä oli ollut muita harvemmin viimeisessä yhdynnässä käytössä kondomi. Näitä tiedoistaan epävarmoja nuoria yhdisti siis suurempi todennäköisyys seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. (Rock et al., 2003.)

Vuosina 1998 ja 1999 tehdyssä Kouluterveystudkimuksessa (Liinamo et al., 2000a) hyvät sukupuolitiedot oli koululaisilla, jotka saavuttivat sukukypsyyden keskimääräistä nuorempina, joilla oli keskimääräistä parempi koulumenestys, pitkäjänteisemmät koulutautumissuunnitelmat ja joiden vanhemmilla oli korkeampi koulutustausta. Merkittäviä olivat näin ollen nuoren perusasenne tietojen hankkimiseen, tiedon saamisen ajankohittaisuus sekä kodin merkitys tietolähteenä ja vastuullisen käyttäytymisen tukijana.

Tutkimuksessa vain tytöillä todettiin positiivinen yhteys seksuaalinen kokeneisuuden ja sukupuolitietojen välillä. Saattaa siis olla niin, että etenkin pojat luottavat periaatteeseen ”tekemällä oppii”, tai sitten he eivät halua osoittaa tietämättömyyttään ja hakea tietoa aktiivisesti vaikka tarvetta jo olisikin heidän ikänsä vuoksi. Ellei tällaisille nuorille tarjota aktiivisesti heidän tarvitsemiaan tietoja, he ovat suuremmassa riskissä joutua ihmissuhteissaan ongelmiin.

Heikkoja tietoja kouluterveystudkimuksessa selittivät tilastollisesti merkitsevästi keskimääräistä myöhäisempi kuukautisten tai siemensyöksyjen alkamisikä, vanhempien vähäinen koulutus, oppilaan alhainen todistuksen keskiarvo (kysymykseen vastaamattomuus vaikutti siihen yhtä paljon) ja lyhyet jatkokoulutussuunnitelmat tai tietämättömyys koulutussuunnitelmista peruskoulun jälkeen. (Liinamo ym., 2000a.) Seksuaaliasioiden kokeminen itselle ajankohtaiseksi samoin kuin seksuaalinen kokeneisuus olivat yhteydessä seksuaalitietoihin vain tytöillä.

Kouluterveystudkimuksessa on verrattu toisiinsa Väestöliiton Seksuaaliterveyskilpailuun (Kontula ym., 2001) vuonna 2000 osallistuneita kouluja siitä pois jääneisiin

kouluihin. Vertailu osoitti, että koululaisten seksuaalitiedot paranivat merkittävästi Väestöliiton kampanjakouluissa vuodesta 1998/1999 vuoteen 2000/2001 (Liinamo, 2005). Kampanjaa käytettiin monissa tapauksissa hyväksi myös koulun opetussuunnitelmaa kehitettäessä. 2000-luvun vaihteessa monet koulut tehostivat yleisemminkin terveystietoa. Tälläkin oli myönteinen vaikutus koululaisten seksuaalitiedoille.

Koulun opetukseen ovat vaikuttaneet osaksi erilaiset kampanjat, joilla on pyritty vaikuttamaan terveyden edistämiseen tai suoraan koululaisten seksuaalitietoihin. Näitä ovat olleet erityisesti Väestöliiton ”Varmasti rakkaudella” kampanjat 1993–1998 ja Stakesin yhteistyössä paikallisten tahojen organisoimat hedelmällisyysfestarit eri paikkakunnilla.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on tehostanut nuorten seksuaaliväestöstä lähettämälle heille postitse kotiin vuosina 1987–2004 tiedotelehdien. Lehti lähetettiin ensin 16 ja sitten 15 vuotta täyttävälle. Tiedotelehdellä on ollut eri nimiä ja sen sisältö uudistettiin kahden vuoden välein. Lehdessä käsiteltiin seurustelua, ihmissuhteita, seksuaalisuutta, perhesuunnittelua, seksuaalista suuntautumista ja sukupuolitauteja ja HIV:tä. Lehden mukana oli kondomi käyttöohjeineen sekä kirje vanhemmille, jossa rohkaistiin keskustelemaan nuorten kanssa seksuaaliväestöstä.

Koulun seksuaaliopetuksella ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön lähettämän seksuaaliväestöstä lehdien lukemisella on todettu olleen positiivinen yhteys nuorten parempiin seksuaalitietoihin—näin niissäkin tapauksissa kun muun muassa seksuaalinen kokeneisuus ja koulumenestys on vakioitu (Liinamo 2000b). Monipuolinen ja useammalla kuin yhdellä oppitunnilla toteutettu seksuaaliopetus on parantanut oleellisesti nuorten tietoja. Opetuksen merkitys on ollut 8. luokalla vielä suurempi kuin 9. luokalla. Jos nuoret ovat jääneet ilman koulun seksuaaliopetusta ja seksuaaliväestöstä lehteä, heidän seksuaaliterveystietoihinsa on jäänyt hyvin mahdollisesti merkittäviä puutteita.

Koulun seksuaaliopetus on käyttänyt hyväksi nuorille tarkoitettuja alan opaskirjoja silloin, kun varsinaisia oppikirjoja ei ole ollut käytettävissä. Aapolan (1993) mukaan kolmessa tytölle 1960–1980-luvuilla suunnatussa seksuaaliopaskirjassa maalattiin tyttöjen varhaisiin sukupuoliyhteyksiin liittyviä uhkakuvia: tunne-elämän vahingoittumisen riskiä, ja riskiä että tyttö ei varhaisen aloittamisen vuoksi koskaan saavuta aikuisen tyydyttävää seksuaalielämää. Erityisen suuri merkitys oppaissa annettiin (ei-toivotun) raskauden mahdollisuudelle, jota opaskirjoissa käsiteltiin pelkästään kielteisenä asiana. Kirjoissa ei juuri mainittu, että nuorten sukupuoliyhteydet eivät ole välttämättä tuomittuja epäonnistumaan tai aiheuttamaan traumoja, ja että ne voivat antaa myös hyvin myönteisiä elämyksiä.

Aapolan analyysi vastaa nuorten haastatteluissa todettuja kokemuksia koulun seksuaaliopetuksesta. Pötsösen ja Välimaan (1995) tutkimuksessa nuoret eivät ole muistaneet, että kasvattajat olisivat kertoneet heille juuri mitään rakastumisesta, seksuaalisesta halusta tai mielihyväästä. Tällainen tieto täytyi hankkia muista tietolähteistä. Opetuksessa painottui negatiivisuus ja monet kiellot.

Mäkelä (2000) on tutkinut seksuaalikasvatuksen teemoja suomalaisissa oppikirjoissa 1950- (perhekasvatus), 1970- (kansalaistaito) ja 1990-luvuilla. Näitä ajanjaksoja yhdistivät murrosiän fyysisten muutosten, psyykkisen tilan ja tunteiden sekä perheen ja avioliiton merkityksen käsittely. 1970-luvulla ryhdyttiin opettamaan mm. raskauden ehkäisyä ja esitellyksi tulivat myös abortti ja itsetyydytys. Vasta 1990-luvuilla oppikirjoihin sen sijaan ilmestyi aidsin ja klamydian lisäksi hyväksyvä asenne homoseksuaalisuuteen. Silloin kirjoitettiin ensi kertaa myös seksin laadusta, orgasmien saamisesta ja itsetyydytyksen nautinnollisuudesta. Seksin ymmärrettiin kuuluvan nuorten seurusteluun. Yksityiskohtaisuuden lisäksi aihealueen käsittely lisääntyi myös määrällisesti. 1950-luvun synnillä ja moraalittomuudella pelottelusta päädyttiin 1990-luvulla yksilön vastuun korostamiseen.

Monissa maissa on lähdetty siitä, että vastuu seksuaalikasvatuksesta kuuluu ensisijaisesti vanhemmille. Kanadassa tehdyn tutkimuksen mukaan edes murrosikäisten vanhemmat eivät kuitenkaan keskustele lastensa kanssa monistakaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Avoimen keskustelun esteiksi vanhemmat kokivat omat riittämättömät tiedot sekä aiheen epämukavuuden ja ahdistavuuden. Helpoimpana pidettiin keskustelua lisääntymiseen liittyvistä biologisista asioista. Erityisen vaikeita aiheita olivat puolestaan seksuaalinen päätöksenteko, seksuaalinen nautinto ja sukupuolitaudit. (Weaver et al., 2002) Nämä asiat pätevät osaksi myös Suomessa.

Koulun tehtäviin ja resursseihin seksuaalikasvatuksessa on vaikuttanut merkittävästi terveystieto-oppiaineen palaaminen opetuksena peruskouluihin 2000-luvulla. Tätä muutosta tarkastellaan lähemmin tämän raportin analyysiosuudessa. Toinen merkittävä asia nuorten seksuaalitietojen ja seksuaaliterveyden kannalta on kouluterveydenhuolto. Muutokset kouluterveydenhuollon resursseissa ja palveluissa voivat näkyä merkittävinä koululaisten seksuaaliterveysasioissa.

Stakesin tekemän kyselyn mukaan (Rimpelä ym., 2005) kouluterveydenhuollon henkilöresurssit vastasivat suosituksia (STM:n ja Suomen Kuntaliiton vuoden 2004 yhteisen laatusuosituksen mukaan tarvitaan kokoaikainen kouluterveydenhoitaja kutakin 600 oppilasta kohden ja koululääkäri 2100 koululaista kohden) 40 prosentissa tutkituista terveyskeskuksista (79 kpl). Muissa tapauksissa oppilasmäärät terveydenhoitajaa kohden olivat olleet suositusta suuremmat ja heikensivät siksi oppilaiden saamia palveluita.

Vuonna 2005 yläasteiden rehtoreille (N=814) mainitussa hankkeessa postitetun kyselyn tulosten mukaan 86 % rehtoreista arvioi kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuuden hyväksi ja 95 % koki niiden laadun hyväksi (Rimpelä ym., 2005). Kaikkiaan 39 % rehtoreista koki kouluterveyspalveluiden saatavuuden parantuneen vuoden 2002 jälkeen. Kahdessa kolmasosassa kouluista kouluterveydenhoitajan työpanos viikossa oli ainakin viisi tuntia sataa oppilasta kohden. Yhtä suureen koulukuraattoreiden työpanokseen ylsi 35 % kouluista ja koulupsykologien osalta 6 % kouluista.

Saman selvityksen mukaan (vastaukset vuonna 2005 kaikkiaan 224 terveyskeskuksesta) hieman yli puolet terveyskeskuksista teki peruskouluaikana koululaisille suosituksen mukaiset kolme laaja-alaista terveystarkastusta. 185 terveyskeskuksen antaman vastauksen mukaan näissä terveyskeskuksissa oli yhteensä 486 kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa ja neljä kokopäiväistä koululääkärinä. Noin puolipäiväisiä oli vastaavasti 377 ja 15. Useimmissa terveyskeskuksissa oli ainakin yksi päätoiminen kouluterveydenhoitaja, ja heistä selvä enemmistö toimi melko pysyvästi samoissa kouluissa. Kaiken kaikkiaan vastanneissa terveyskeskuksissa työskenteli kouluterveydenhuollossa lähes 1200 terveydenhoitajaa ja 500 lääkäriä. Kouluterveydenhuollon henkilöstö oli useimmissa terveyskeskuksissa pysynyt samansuuruisena vuosina 2003–2005. (Rimpelä ym., 2005.)

Noin joka kolmannessa (36 %) vastanneista kouluista (N=328) oli terveystietoon pätevöitynyt opettaja ja joka toisessa (50 %, N=353) opettajat olivat käyneet täydennyskoulutuksessa. Vain 15 % rehtoreista ilmoitti kouluterveydenhoitajan osallistuvan terveystiedon opetukseen. Toisaalta terveyskeskusten antamien vastausten mukana lähes kaikissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhoitajat (peräti 93 %), mutta vain joka neljännessä koululääkärit (24 %) olivat osallistuneet terveystiedon opetukseen. Koulun rehtoreiden ja terveyskeskusten tiedot opetukseen osallistumisesta olivat siten kaukana toisistaan.

Säännöllisesti opettajina toimivat terveyskeskusten vastausten perusteella lähes joka toisen (42 %) terveyskeskuksen kouluterveydenhoitajat. Joka neljännessä terveyskeskuksessa kouluterveydenhoitajat olivat viimeisen lukukauden aikana opettaneet terveystietoa keskimäärin 10 tuntia tai enemmän ja reilusti yli joka toisessa tapauksessa ainakin viisi oppituntia. (Rimpelä ym., 2005.)

Helsingin yläasteiden opettajille ja terveydenhoitajille syyslukukaudella 1999 lähetettyjen kyselyiden tulosten mukaan (Nummelin ym., 2000) terveydenhoitajat keskustelivat seksuaalisuuteen liittyvistä asioista useimmiten 8. luokkalaisten kanssa. Oppilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvät asiat otti silloin puheeksi kolme terveydenhoitajaa neljästä. Vain noin puolet opettajista (56 %) ja terveydenhoitajista (47 %) arvioi omaavansa riittävästi tietoa ja taitoa käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä asioita yläaste-ikäisten kanssa.

Nummelinin ja kumppaneiden (2000) kyselyyn vastanneista 34 terveydenhoitajasta 65 % osallistui yläasteikäisten seksuaalikasvatuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Lähes kaksi kolmasosaa heistä (eli noin 40 % kaikista) piti myös seksuaalikasvatuksen tunteja. Vain viidesosa terveydenhoitajista piti oppitunnin useammalla kuin yhdellä luokka-asteella.

Koulut ovat käyttäneet kouluterveydenhuollon lisäksi seksuaaliopetuksessaan myös erilaisia koulun ulkopuolisia asiantuntijoita. Koulukyselyssä terveystiedon seksuaalisuus-osio järjestettiin rehtorien vastausten mukaan yhteistyössä ulkopuolisten asiantuntijoiden kanssa jatkuvana yhteistyönä 17 prosentissa kouluja ja yksittäisinä tilaisuuksina 53 prosentissa kouluista. (Rimpelä ym., 2005) Tämä on ollut oleellista erityisesti niissä kouluissa, joissa opettajat ovat kokeneet itselleen epämukavaksi käsitellä seksuaaliasioita osana opetusta.

Seksuaalikasvatustutkimuksen tavoite

Suuria odotuksia koulun terveysopetukselle ja sen osana seksuaaliterveysasioihin liittyvälle opetukselle asetettiin hallituksen esitykseen (145/2000), joka palautti terveystiedon peruskoulun pakolliseksi oppiaineeksi. Sen osana seksuaalikasvatus sai jälleen pakollisen oppiaineen aseman ja melko yhdenmukaisen sisällön maan eri puolilla. Uusi oppiaine käynnistyi käytännössä useimmissa kouluissa lukuvuonna 2004-2005.

Tämän tutkimuksen keskeisiin tavoitteisiin kuuluu terveystieto-oppiaineen vaikutusten arviointi nuorten seksuaalikasvatukselle. Aiempi valtakunnallinen tutkimus (Kontula, 1997) koulun seksuaalikasvatuksesta antoi hyvän lähtökohdan arvioida tätä muutosta. Koulun seksuaalikasvatuksen muutosta voi tutkia vertaillen vuosina 1996 ja 2006 opettajille tehtyjen kyselyiden tuloksia. Tämä vertailu muodostaa tämän tutkimuksen keskeisen perustan.

Lisäulottuvuuden koulun seksuaalikasvatuksen tutkimiseen antoi mahdollisuus verrata ja seurata 8. luokan oppilaiden seksuaalitietojen muutosta keväällä 2000 toteutetun Väestöliiton organisoiman Seksuaaliterveystietokilpailun jälkeen (Kontula et al., 2001) toistamalla tämä kilpailu keväällä 2006. Tietokilpailu-muoto tuotti vuonna 2000 terveyttä edistävän kampanjavaikutuksen koululaisten seksuaalitiedoille (Liinamo, 2005). Oppilaiden tietojen uusintamittaus vuonna 2006 tarjosi mahdollisuuden arvioida myös uuden terveystieto-oppiaineen merkitystä koululaisten seksuaalitietojen kannalta.

Tutkimuksen asetelma synnytti kansainvälisestikin ensimmäistä kertaa mahdollisuuden suhteuttaa opettajien koulun seksuaalikasvatuksesta raportoimia tietoja oppilaiden seksuaalitietoihin samoissa kouluissa. Tämä mahdollisti joidenkin johtopäätösten tekemisen siitä millainen seksuaaliopetus tuottaa ainakin kognitiivisessa mielessä parhaita tuloksia nuorten seksuaalitiedoille.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on:

1. Tuottaa edustava ja monipuolinen kuva peruskoulun 7.–9. luokkien seksuaalikasvatuksen toteutustavoista ja siinä 10 vuoden seurannassa (1996 ja 2006) tapahtuneista muutoksista opettajien kuvaamana. Painopisteenä on analysoida miten seksuaalikasvatusta on toteutettu uuden terveystieto-oppiaineen yhteydessä, ja miten tämä on muuttanut koulun käytäntöjä seksuaalikasvatuksessa.
2. Mitata valtakunnallisesti 8. luokkien oppilaiden seksuaaliterveystiedot valtakunnallisen tietokilpailun avulla. Tiedoissa tapahtuneita muutoksia tutkitaan kuuden vuoden seuranta-asetelmassa (2000 ja 2006) ja samalla analysoidaan muutamien taustatekijöiden yhteyksiä nuorten seksuaalitietoihin.
3. Opettajien antamat tiedot koulun seksuaalikasvatuksesta yhdistetään vuonna 2006 oppilaiden seksuaalitietojen tasoon samoissa kouluissa. Asetelma tarjoaa valtakunnallisen mahdollisuuden tehdä vertailuja seksuaalikasvatuksen yhteyksistä nuorten seksuaalitietojen kehittymiselle.