



**Väestöliiton  
seksuaaliterveyspoliittinen  
ohjelma**

Seksuaalinen hyvinvointi on ihmisyyteen liittyvä, hyvin tärkeä asia. Tänä päivänä seksuaalisuus myönteisenä, tuettavissa ja suojattavissa olevana voimavarana on laajemmin hyväksytty. Avoin ja suvaitsevainen suhtautuminen on luonut parhaat mahdollisuudet hyvään seksuaaliterveyteen.

Väestöliitossa seksuaaliterveyden edistämisenä on pitkät perinteet. Nyt ilmestynyt julkaisu on kuitenkin Väestöliiton historian ensimmäinen seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Ohjelman ensisijainen tavoite on luoda perusta Väestöliiton seksuaaliterveyden vaikuttamistyölle.

Ohjelman painopiste on 3-5 lähivuoden ajalla ja ennaltaehkäisevässä terveydenhuoltopolitiikassa. Pääpaino on nuorissa, joiden seksuaaliterveyden edistäminen on ollut Väestöliiton keskeinen toiminta-alue.

Seksuaaliterveyden järkevä edistäminen vaatii yhtenäistä kansallista strategiaa. Ennaltaehkäisevän toiminnan on oltava pitkäjänteistä. Hyvien tulosten saavuttaminen voi kestää pitkään, mutta on mahdollista. Jos seksuaaliterveyden hoitaminen laiminlyödään, ovat seuraukset nopeasti ja ikävällä tavalla nähtävissä kuten 1990-luvun lopussa tapahtui.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa tehdään käytännön esityksiä ja osoitetaan keinoja, joiden avulla seksuaaliterveyden tilaa voidaan yhteiskunnallisella tasolla parantaa. Nyt on aika vahvistaa positiivista kehitystä ja sijoittaa suomalaisten seksuaaliterveyteen.

### **Väestöliitto**

PL 849, 00101 Helsinki  
Puh. (09) 228 050  
[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

ISBN 951-9450-30-0 [nid]  
ISBN 951-9450-33-5 [PDF]

# Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma

ISBN 951-9450-30-0 (nid.)  
ISBN 951-9450-33-5 (PDF)



Väestöliitto

# **Väestöliitto**

Iso Roobertinkatu 20–22 A  
PL 849, 00101 Helsinki  
Puh. (09)228 050

**[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)**

ISBN 951-9450-30-0 (nid.)  
ISBN 951-9450-33-5 (PDF)

Helsinki 2006

# Sisällys

<b>1 Johdanto</b> .....	5
<b>2 Määritelmiä</b> .....	8
<b>3 Seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen</b> .....	11
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	13
<b>4 Seksuaaliterveyspalveluiden sisältö ja rakenne</b> .....	14
Seksuaaliterveyspalveluiden tilanne: palvelut hajallaan .....	14
Ongelma- ja kehittämiskohtia .....	15
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	18
<b>5 Nuorten seksuaaliterveys</b> .....	20
Nuorten seksuaaliterveystilanne .....	20
Ongelmia ja kehittämiskohtia .....	22
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	25
<b>6 Median vaikutus ja rooli seksuaaliterveyteen</b> .....	27
Tämän hetken tilanne .....	27
Ongelmia ja kehittämiskohtia .....	27
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	29
<b>7 Erityistukea tarvitsevat</b> .....	30
<b>7.1 Vammaiset ihmiset</b> .....	30
Vammaiset ihmiset ja seksuaaliterveys – tämän hetken tilanne ..	30
Ongelmia ja kehittämiskohtia .....	32
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	33
<b>7.2 Maahanmuuttajat</b> .....	34
Ongelmia ja kehittämiskohtia .....	34
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	35
<b>7.3 Seksuaaliset vähemmistöt</b> .....	36
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	37

<b>8 Seksuaalinen väkivalta ja riisto seksuaaliterveys- poliittisena kysymyksenä</b> .....	38
Tämän hetken tilanne: seksuaalisen riiston yleisyyteen on havahduttu .....	38
Ongelma- ja kehittämiskohtia .....	39
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	40
<b>9 Lapsettomuus seksuaaliterveys- poliittisena haastena</b> .....	41
Nykytilanne: lapsettomuusongelmat lisääntyvät .....	41
Ongelma- ja kehittämiskohtia .....	42
Ratkaisu- ja parannusehdotuksia .....	45
<b>10 Seksuaaliterveyden ja -oikeuksien edistäminen maailmanlaajuisesti</b> .....	46
Kansainväliset toimintaohjelmat .....	46
Seksuaaliterveyden ja seksuaalioikeuksien nykytilanne .....	47
Kehittämiskohdat Suomen kannalta: Kehitysavun nostaminen ja suuntaaminen .....	51
<b>11 Yhteenveto seksuaaliterveyspoliittisista parannusehdotuksista</b> .....	52
<b>12 Väestöliiton tulevaisuuden haasteita</b> .....	56
Kiitokset .....	58
Kirjallisuusviitteet .....	59

# 1 Johdanto

*Väestöliiton seksuaaliterveyden edistämisellä on pitkät perinteet. Toiminta oli aluksi lähinnä raskaudenehkäisyneuvontaa. Vuonna 1947 Väestöliitto perusti ensimmäisen avioliittoneuvolan. 50-luvulla liitolla oli jo toistakymmentä neuvolaa ympäri maata. Kansanterveyslain myötä toiminta siirtyi kunnille ja Väestöliitto sulki kaikki muut neuvolat paitsi Helsingin yksikön.*

Kairon Väestö- ja kehityskonferenssin 1994 luoman ideologisen viitekehysten myötä yksikön nimi muutettiin Seksuaaliterveysklinikaksi. Se toimii ensisijaisesti kehitys- ja malliklinikkana. Klinikka harjoittaa tutkimusta ja materiaalintuotantoa seksuaaliterveyden edistämiseksi ja tekee tiedotusta ja valistustoimintaa. Väestöliiton sisällä seksuaaliterveyteen liittyviä asioita käsittelevät myös kehitysyhteistyöyksikkö, väestöntutkimuslaitos ja lapsettomuusklinikat. Yhteistyö Väestöliiton ulkopuolisten toimijoiden kanssa on hyvin monitahoista. Yhteistyössä toimitaan yhteiskunnan eri sektoreilla, aina ruohonjuuritasolta päättäjiin ja kansainväliseen yhteistyöhön.

Väestöliiton hallituksen työvaliokunta asetti 31.10.2002 työryhmän, jonka tarkoituksena oli tehdä Väestöliitolle sen historian ensimmäinen seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Ohjelman ensisijainen tavoite oli luoda perusta Väestöliiton seksuaaliterveyden vaikuttamistyölle. Tehtävä oli laaja, mutta ohjelma on pyritty rakentamaan toimeksiannon mukaisesti. Monia rajoituksia on jouduttu tekemään ja yksityiskohtia karsimaan pois. Pääpaino asetettiin 3-5 vuoden tähtäimellä ennaltaehkäisevään terveydenhuoltopolitiikkaan ja etenkin nuoriin, joiden seksuaaliterveyden edistäminen on ollut Väestöliiton keskeinen toiminta-alue.

Seksuaalisuuden ja lisääntymisen suhde on ajan myötä muuttunut, kun lisääntymistä on opittu kontrolloimaan. Seksuaalisuus myönteisenä voimavarana on laajemmin hyväksytty. Avoin ja suvaitsevainen suhtautuminen on luonut parhaat mahdollisuudet hyvään seksuaaliterveyteen. Medialla on ollut tärkeä rooli tässä prosessissa. Toisaalta mediassa luodaan myös uusia normeja ja suorituspaineita, jotka liittyvät ulkonäköön, seksitapoihin, tavoiteltaviin seksikokemuksiin sekä sallittuihin ja kiellettyihin tunteisiin. Kansainvälistyminen vaikuttaa myös seksuaaliterveyteen. Se levittää toisaalta länsimaista kulttuuria, toisaalta lisää erilaisten kansanryhmien, kulttuurien,

tapojen, uskontojen ja uskomusten yhteentörmäyksiä. Tartuntatautilanne muuttuu nopeasti. Suomi ei ole enää mikään lintukoto, vaan globalisaatio ja ihmisten liikkuminen vaikuttavat myös Suomen seksuaaliterveystilanteeseen. Tämä tulee ottaa huomioon, kun suunnitellaan ennaltaehkäisevää työtä ja seksuaaliterveyden palveluita tulevaisuudessa.

Suomalaisessa terveydenhuoltopolitiikassa on viime vuosina pohdittu yksityistämistä, toiminnan ulkoistamista ja erilaisia tilaaja-tuottaja malleja. Seksuaaliterveyden hyvään hoitoon liittyy paljon ennaltaehkäiseviä aspekteja, mistä syystä useimmat esitetyistä malleista sopivat siihen huonosti. Eriarvoisuus on kasvanut. Seksuaaliterveyden hoidossa yksityinen ja kolmas sektori voivat täydentää julkista sektoria, mutta ne eivät voi korvata sitä. Etenkään nuorten seksuaaliterveyttä ei ole julkisen sektorin ulkopuolella pystytty kattavasti hoitamaan missään päin maailmaa. Tämän takia näiden asioiden tulevaisuuden on oltava ennen kaikkea valtiovallan huolenaihe. Valtiovalta ei voi siirtää vastuuta terveydenhuoltopolitiikasta kunnille, markkinavoimille tai kolmannelle sektorille. Valtion tulevaisuuteen suuntaavista strategisista ohjelmista seksuaaliterveys kuitenkin niin käsitteenä kuin ajatuksenakin puuttuu kokonaan.

Seksuaaliterveyden järkevä edistäminen vaatisi yhtenäistä kansallista strategiaa. Nyt jokainen kunta suunnittelee ja toteuttaa seksuaaliterveyspolitiikkansa erikseen, vaihtelevalla tavalla ja ilmeisen usein epätydyttävään suuntaan. Ennaltaehkäisevän toiminnan on kuitenkin oltava pitkäjänteistä. Hyvien tulosten saavuttaminen voi kestää pitkään, mutta on mahdollista. 1970- ja 80-luvun toiminta ja saavutetut hyvät tulokset todistavat tämän. Kun ennaltaehkäisevää toimintaa puolestaan supistettiin, niin tämän negatiiviset seuraukset havaittiin melko nopeasti 90-luvun loppupuolella. Toiminnan potentiaalinen vaikuttavuus ja kustannustehokkuus on siten selvästi osoitettu. Tuleva kunta- ja palvelurakenne uudistus tuo mahdollisuutena ennaltaehkäisevän työn esiin nostamisen ja sellaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin painottamisen, jotka palvelevat kansalaisia holistisesta näkökulmasta seksuaaliterveyden huomioon ottaen. Uhkana nähdään tämän uudistuksen myötä palveluiden ennestään heikompi tavoitettavuus ja tarjonta.

Koulutuspolitiikka on myös ollut hajanaista. Kunnilla oli vuodesta 1994 alkaen asti oikeus päättää annetaanko kouluissa seksuaalikasvatusta. Monet

kunnat leikkasivat seksuaalikasvatuksen tuolloin pois, mikä näkyi pian huonontuneena nuorten seksuaaliterveystilanteena ja heikentyneinä tietoina esimerkiksi koululaisten seksuaaliterveystietotutkimuksen mukaan (Kontula et al. 2001). Terveystieto, jonka puitteissa seksuaalikasvatusta toteutetaan, on vuodesta 2006 lähtien pakollinen oppiaine peruskouluissa, ja jo nyt monet koulut toteuttavat sitä asteittain.

Työryhmän ensimmäinen tehtävä oli selkeyttää määritelmiä. Niistä keskusteltiin pitkään, ja päätettiin pääasiallisesti tukeutua Maailman terveysjärjestön, WHO:n määritelmiin. Seksuaalioikeuksista keskusteltiin myös perusteellisesti ja niiden edistämisestä maailmanlaajuisesti tehtiin oma lukunsa.

Eri luvuissa on käytetty toistuvana perusrakenteena tämän hetken tilanteen kuvaamista, ongelma- ja kehittämiskohteita sekä ratkaisu- ja parannusehdotuksia niihin. Ongelmoina nousevat esille erityisesti seksuaaliterveyspalvelujen suunnittelemattomuus ja epätasaisuus. Kaikkialle ulottuva tietotekniikka tuo mukanaan vaaroja, joihin pitäisi pystyä puuttumaan, jotta lasten kasvaminen tasapainoisiksi ja terveiksi aikuisiksi ei vaarantuisi. Nuorten seksuaalikasvatus on kuitenkin hajanaista ja palveluja on heikennetty. Seksuaaliterveyden kannalta tärkeää on myös ehkäistä eriarvoistumista, sillä se synnyttää suuria jännitteitä ihmisten välille sekä luo syrjäytymistä ja prostituutiota. Monet vähemmistöryhmät kaipaavat omaa huomiota seksuaaliterveyskysymyksissä. Uuden vähemmistöryhmän muodostavat maahanmuuttajat, jotka kaipaavat itselleen sovellettua seksuaaliopetusta ja räätälöityjä palveluja. Suomi ei seksuaaliterveyden suhteen ole mikään erillinen alue, sukupuolitaudit liikkuvat rajojen yli.

## 2 Määritelmiä

**Seksuaaliterveyden käsitteet** ovat osittain varsin uusia, eivätkä ne ole kielenkäytössä vakiintuneet. Työryhmä laati ensisijaisesti WHO:n dokumenttien pohjalta seuraavat suomenkieliset määritelmät.

**Seksuaalisuus** on ihmisenä olemisen keskeinen ominaisuus koko elämän ajan. Se sisältää seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin ja sen mukaisen roolin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, nautinnon ja intiimiyden sekä suvun jatkamisen. Seksuaalisuus koetaan ja voidaan ilmaista eri tavoin: ajatuksin, fantasioin, haluin, uskomuksin, asentein ja arvoin, käyttäytymisessä, rooleissa sekä pari- ja ihmissuhteissa. Vaikka kaikki nämä ulottuvuudet voivat sisältyä seksuaalisuuteen, niitä kaikkia ei aina koeta ja ilmaista. Seksuaalisuuteen ja sen ilmaisuun vaikuttaa biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, kulttuuristen, eettisten, oikeudellisten, historiallisten ja uskonnollisten sekä henkisten tekijöiden vuorovaikutus. (WHO 2004)

**Seksi** on seksuaalisuuden ilmaisemista käyttäytymisen ja toiminnan kautta sekä tuntein ja ajatuksin. Seksuaalinen toiminta voi olla oman seksuaalisuuden esille tuomista, kontaktien hakemista, seksuaalisen nautinnon tavoittelua ja kokemista yksin, seksuaalista kanssakäymistä partnerin kanssa tai lisääntymisyrittystä. (Väestöliitto, oma määritelmä)

**Turvaseksi** tarkoittaa sellaista seksin harjoittamista, jossa haitallisten seurausten, kuten suunnittelemattoman raskauden tai sukupuolitaudin mahdollisuus on minimoitu. Turvaseksin harjoittaminen edellyttää molemmilta tarpeeksi tietoa, valmiuksia kommunikaatioon ja vaikuttamiseen sekä välineitä ja taitoa käyttää niitä turvaseksin toteuttamiseksi. Turvaseksi voi olla myös pidättäytymistä genitaalisesta seksistä partnerin kanssa tai seksin harjoittamista itsetyytytyksellä. Yhteiskunnallisella tasolla turvaseksi tarkoittaa mahdollisuuksien luomista turvalliseen seksiin tarjoamalla tietoa ja seksuaaliterveyspalveluja.

**Seksologia** tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ilmentymien poikkitieteellistä tutkimusta ja niihin liittyvää ammatillista toimintaa, joka perustuu systemaattiseen, tieteellisesti tutkittuun tietoon.

**Seksuaaliterveys** on (WHO:n vuoden 2002 määritelmän mukaisesti) seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; ei pelkästään sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden poissaoloa. Voidaan siis sanoa, että seksuaaliterveys käsittää kaikkea seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvää. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa näkökulmaa seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin, samoin kuin halutessaan mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin vapaana pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta. Jotta hyvä seksuaaliterveys voidaan saavuttaa ja ylläpitää, kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa, suojella sekä saattaa ne voimaan.

**Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen** sisältävät seksuaalikasvatuksen, seksuaalisen kehityksen suojaamisen, tuen sukupuoliselle kypsymiselle, molempien sukupuolten arvostamisen, riittävän, ymmärrettävästi annetun, oikeassa kehitysvaiheessa ja oikein kohdennetun tiedon, yksilöiden oikeuden vastuullisiin ja tietoon perustuviin valintoihin ja riittävät, korkeatasoiset seksuaaliterveyspalvelut.

**Seksuaaliterveyspalvelut** vastaavat ihmisten tarpeisiin elämän eri vaiheissa. Ne sisältävät hedelmällisyyden säilyttämisen ja hoidon, sukupuolitautien ja muiden sukuelinten sairauksien ehkäisyn ja hoidon, suunnittelemattomien raskauksien ehkäisyn, mahdollisuuden turvalliseen raskaudenkeskeytykseen, raskauden, synnytysten ja lapsivuodeajan hoidon, seksuaaliongelmien ennaltaehkäisyn ja hoidon sekä ikääntyvien ja vammaisten erityistarpeiden huomioimisen.

**Seksuaaliterveyden tilaa** tutkittaessa tulee ottaa huomioon fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys ja hyvinvointi. Väestötasolla seksuaaliterveyden tilaa voidaan arvioida seuraamalla teiniraskauksien ja raskaudenkeskeytysten määriä eri-ikäisillä, seksuaalitietoja, seksuaalista syrjintää, ehkäisyn käyttöä, seksuaalisen ja sukupuoleen sidotun väkivallan yleisyyttä, äitiys- ja imeväiskuolleisuutta sekä sukupuolitautien ja muiden sukupuolielinten sairauksien esiintyvyyttä. Voidaan myös selvittää väestön kokemaa seksuaalista tyytyväisyyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. (Kontula & Lottes 2000.)

**Ammatillinen seksuaalikasvatus** jaetaan kolmeen osaan:

- **seksuaalivalistukseen**, joka on joukkokohtaista ja yksisuuntaista ja jota toteutetaan joukkoviestinnän keinoin.
- **seksuaaliopetus** on ryhmäkohtaista, suunnitelmaan pohjautuvaa.
- **seksuaalineuvonta** on henkilökohtaista, yksilön tarpeisiin ja kysymyksiin pohjautuvaa.

Nuorten seksuaaliterveyspalveluihin sisältyy myös seksuaalikasvatuksellinen ulottuvuus.

**Seksuaalioikeuksia** ovat määritelleet useat kansainväliset järjestöt. Kehitysyhteistyössä käytetään usein kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön (IPPF 1995) luetteloa seksuaali- ja lisääntymisoikeuksista. Seksologiaan erikoistuneet ammatti-ihmiset nojautuvat taas seksologian maailmanjärjestön (WAS 1999) seksuaalioikeuksien julistukseen. Tässä ohjelmassa seksuaalioikeudet määritellään WHO:n vuonna 2002 sopimien periaatteiden mukaisesti. Niillä on paljon yhtymäkohtia IPPF:n ja WAS:n määrittelemiin seksuaalioikeuksiin. WHO:n mukaan seksuaalioikeuksiin sisältyvät ne ihmisoikeudet, jotka on tunnustettu ja vahvistettu kansainvälisessä lainsäädännössä, ihmisoikeussopimuksissa ja muissa yhteisesti hyväksytyissä asiakirjoissa. Nämä pitävät sisällään kaikkien ihmisten oikeuden - vapaana pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta:

- parhaaseen saavutettavissa olevaan terveydentilaan suhteessa seksuaalisuuteen, mukaan luettuna seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuus
- hakea, vastaanottaa ja levittää seksuaalisuuteen liittyviä tietoja
- seksuaaliopetukseen ja -valistukseen
- kehon koskemattomuuden kunnioitukseen
- kumppanin valintaan
- päätöksentekoon, onko seksuaalisesti aktiivinen vai ei
- yhteiseen tahtoon perustuviin seksuaalisiin suhteisiin
- yhteiseen tahtoon perustuviin avioliittoihin
- päätökseen, haluaako yleensä ja milloin haluaa hankkia lapsia
- tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksuaalielämää

### 3 Seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen

Seksuaaliterveys ja hyvinvointi ovat osa hyvää elämänlaatua. Seksuaalisen hyvinvoinnin kokemuksiin vaikuttaa ratkaisevasti se, että ihmisten seksuaalisia oikeuksia ja niiden toteuttamista tuetaan lainsäädännöllisin ja seksuaaliterveyttä edistävin toimenpitein. Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan ”Ero- tiikka ja terveys” –raportissa (1989) haluttiin edistää seksuaalista hyvinvointia pyrkimällä vaikuttamaan niihin rakenteellisiin tekijöihin, jotka vaikeuttavat tai estävät seksuaalisuuden tyydyttävää ilmaisua. Yhtenä keinona oli tarjota tietoa, kasvatusta, tukea ja neuvontaa niitä tarvitseville. Erityisen vaikeaa seksuaalisen hyvinvoinnin saavuttamisen arvioitiin olevan sosiaalisen arkuuden vuoksi yksinäisyydestä kärsivillä, vanhuksilla, vammaisilla, laitoksissa asuvilla ja seksuaalisilla vähemmistöillä. Näihin väestöryhmiin kuuluvilla on usein suuria vaikeuksia solmia toivomiaan sosiaalisia ja seksuaalisia kontakteja toisiin ihmisiin (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989).

Seksuaalista hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä eniten edistävä yksittäinen tekijä on avoin ja suvaitsevainen julkinen suhtautuminen seksuaaliasioihin yhteiskunnassa. On tutkimusnäyttöä (esim. Grunseit & Kippax 1997), että kulttuureissa tai maissa, joissa seksistä keskustellaan julkisuudessa avoimeen ja hyväksyvään tapaan, on vähemmän seksuaaliasioihin liittyviä tabu aiheita ja ahdistuksen tunteita sekä tehokkaammin toteutetut kansalliset ja paikalliset seksuaaliterveyshankkeet. Tällaisissa yhteiskunnissa lapsien ja nuorten seksuaalikasvatuksesta huolehditaan, ihmiset ymmärretään kykeneviksi omaehtoiseen toimintaan ja vastuuseen itsestään ja kumppaneistaan ja seksuaalista itsemääräämisoikeutta suojataan lainsäädännöllä. Vastaavasti seksuaaliasioita salailevissa tai paheksuvissa sekä kansalaisiaan syyllistävissä ja leimaavissa yhteiskunnissa valtiovalta on heikosti motivoitunut tarjoamaan resursseja seksuaaliterveyspalveluihin, jolloin näistä palveluista vastaavilla ihmisillä ei ole motivaatiota kehittää seksologista ammattitaitoaan. Tällöin opettajatkään eivät ole kovin halukkaita tarjoamaan nuorisolle seksuaaliopetusta ja kehittämään omaa asiantuntemustaan, ja oppilaat ovat haluttomia esittämään koulussa aihepiirin kysymyksiään ja huolenaiheitaan. Seksuaalisuhteissa kumppanit eivät osaa keskustella seksuaalisiin riskeihin varautumisesta, eivätkä puhu seksuaaliseen vuorovaikutukseen liittyvistä toiveistaan ja tunteistaan. Ehkäisyasioihinkin suhtaudutaan epäluuloisesti.

Tämä kaikki yhdessä aiheuttaa näissä yhteiskunnissa suuria seksuaalisen hyvinvoinnin puutteita verrattuna maihin, joissa julkinen suhtautuminen seksuaaliasioihin on avoimempaa ja hyväksyvämpää. (Haavio-Mannila & Kontula 2003; Kontula 2004.)

Suomi edustaa kansainvälisesti katsoen melko avointa ja terveyttä edistävää seksuaalisuuteen suhtautumisen kulttuuria, joskin vääriä uskomuksia, tabuja ja myyttejä on edelleen runsaasti. Seksuaalista mielihyvää ja hyvinvointia edistää se, että seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ovat kunnossa. Aikuisen yksilön kannalta seksuaalista hyvinvointia edistää yleensä merkittävästi myös se, että rinnalla on sopiva seksuaalikumppani. Seksuaalinen mielihyvä ja hyvinvointi ovat täysin mahdollisia vasta silloin, kun muut käytännön elämään liittyvät asiat ovat kunnossa.

Suomalaisten seksuaalinen hyvinvointi on kehittynyt myönteisesti 1970-luvulta 1990-luvulle. Suomalaisten sukupuolielämä on muuttunut aiempaa monipuolisemmaksi, sukupuoliyhdyntä on koettu tyydyttävämmiksi, seksiasioista puhuminen kumppanin kanssa on tullut helpommaksi, parisuhteet ja niiden seksielämä on koettu aiempaa onnellisemmiksi. Naisten ja miesten kokemukset ovat samankaltaistuneet ja miehiä suosiva kaksinaismoraali on pitkälle hävinnyt. Sekä miehistä että naisista neljä viidestä on pitänyt seksielämänsä ainakin melko tyydyttävänä. (Kontula & Haavio-Mannila 1993.)

Seksuaaliset ongelmat ovat kuitenkin edelleen yleisiä. Puutteelliset vuorovaiikutustaidot aiheuttavat vaikeuksia kumppanin tavoittelussa ja seksuaalielämässä. Monet kokevat varsinkin iän lisääntyessä seksuaalisen halun puutetta, vaikeuksia emättimen kostumisessa ja ongelmia erektion saavuttamisessa. Noin kolmasosalla naisista on toistuvia vaikeuksia kokea orgasmia. Monet miehet ja miesten kumppanit kärsivät miehen liian nopeasta laukeamisesta yhdynnässä. (Haavio-Mannila & Kontula 2003.)

Edellä mainittujen seksuaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan lisää resursseja seksuaaliterveyspalveluihin sekä alalla työskentelevien ihmisten ammattitaidon kehittämistä. Alan erikoistumis- ja täydennyskoulutus onkin terveydenhoitajien osalta käynnistynyt viime vuosina lupaavasti, mutta opetus-, hoito- ja sosiaalialan peruskoulutuksessa seksuaaliasioita käsitellään edelleen hyvin niukasti.

## Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Avointa ja asiallista julkista keskustelua on lisättävä sekä väestön seksuaalitietoja ja -taitoja kartutettava (**asennekasvatus; seksuaalikasvatus**).
- Seksologista **tutkimusta** on tuettava ja sen tuloksia on sovellettava seksuaaliterveyden edistämiseen.
- Terveydenhuollon ja opetustoimen alalla työskentelevien osaamista on kehitettävä (**koulutus**).
- Riittävät **resurssit** on turvattava, jotta voidaan taata seksuaaliterveyspalveluiden, mukaan lukien seksuaalineuvonnan ja -terapian saatavuus sekä palveluiden laadun ja kustannusten kohtuullisuus.
- **Lainsäädännön** on tuettava ja edistettävä ihmisten sosiaalista tasa-arvoa seksuaalioikeudet huomioon ottaen.

## 4 Seksuaaliterveyspalveluiden sisältö ja rakenne

### Seksuaaliterveyspalveluiden tilanne: palvelut hajallaan

Seksuaaliterveyspalvelut ovat peruspalveluja, joita pitää pystyä tarjoamaan julkisella sektorilla. Julkisen perusterveydenhuollon toiminta on turvattava terveyskeskusten työolosuhteita kehittämällä ja resursseja lisäämällä. Tällä hetkellä seksuaaliterveyspalveluja vaivaa sattumanvaraisuus ja hajanaisuus.

**Taulukko 1.** Seksuaaliterveyspalveluiden otsakkeen alla kuuluvia erilaisia palveluja tarjoavat suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä useat toimijat Stakesin mukaan:

Stakes 32/1998	Julkinen	Yksityinen	Kolmas sektori
sukupuolikasvatus	+++	-	+
ehkäisy	++	++	+
hedelmättömyys	++	++	++
adoptio	+	-	+
keskenmenot	+++	+	+
keskeytykset	+++	+	-
perinnöllisyysneuvonta	+++	-	+
raskauksien hoito	+++	+	+
synnytys	+++	+	-
vaihdevuodet	++	++	+
gynekologiset seulonnat	++	+	++
sukupuolitaudit	++	++	+

Koko maata ajatellen määrällisesti merkittävimmät palveluntarjoajat ovat terveyskeskukset ja yksityislääkäriasemat. Muita toimijoita ovat mm. opiskelija- ja työterveyshuolto sekä Väestöliitto.

1990-luvun aikana terveyskeskuksissa siirryttiin väestövastuiseen palveluiden tarjontaan. Aiemmin keskitetysti hoidetuista palveluista (esim. raskauden ehkäisyneuvonta) on osassa terveyskeskuksista tullut väestövastuulääkärin

työtä, osassa on säilytetty entinen eriytetty toimintamalli ja osassa on luotu omia edellä mainittuja yhdisteleviä toimintamalleja. Tämä on heikentänyt osaamista. 2000-luvun seksuaaliterveyspalveluiden rakenteesta ja sisällöstä ei ole saatavissa kattavaa tietoa. Mikään nykyinen tiedonkeruujärjestelmä ei tuota tarvittavaa seurantatietoa perusterveydenhuollon palveluista, vaan tieto on hankittava erillisin palvelututkimuksin. Viimeiset seksuaaliterveyden alueen palvelututkimukset 1990-luvulta kertovat, että etenkin suurissa kaupungeissa merkittävä osa naisista turvautui raskauden ehkäisyä tarvitessaan yksityisiin palveluihin, kun taas maaseudulla palvelut hankittiin pääosin terveyskeskuksista. Suuri osa seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön tapauksista jää hakeutumatta hoitoon, tunnistamatta tai tulee hoidettua huonosti. Prostituution ajautuneet eivät saa riittävää tukea, hoitoa ja tietoa.

### Ongelma- ja kehittämiskohtia

Seksuaaliterveyden hoidon kannalta suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä on useita pulmia. Rahoituskriisi on yksi. Mm. lääketieteen kehitys on johtanut terveydenhuollon kustannusten nousuun, jota on yritetty kompensoida nipistämällä ennaltaehkäisevästä työstä. Valtiollisen keskusohjauksen purkamisen jälkeen alueellinen epätasa-arvo on lisääntynyt (STM: Kansallinen terveydenhuollon projekti 2002). Rahoituslähteet ja seurausten kustannukset eivät kohtaa järkevällä tavalla, esimerkiksi klamydian ennaltaehkäisy ja seulonta suhteessa seurausten hoitoon. Seksuaaliterveyspalveluiden organisointia perusterveydenhuollossa vaikeuttaa perusterveydenhuollon työvoimavajaus (STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö, 2001) ja asennetasolla ennaltaehkäisevän terveydenhuollon väheksyminen (Liikamaa 2001; Lindberg 2004). Tällä hetkellä perusterveydenhuollon kriisi vaikuttaa myös seksuaaliterveyspalveluiden tilanteeseen ja kehittämismahdollisuuksiin. Se, että jokainen kunta päättää itse palveluistaan, johtaa sattumanvaraisuuteen, kun resursseja kaiken yksityiskohtaiseen suunnittelemiseen ei jokaisessa kunnassa ole. Lääkäreiden työnkuva voi rakentua jäykkiin sääntöihin (väestövastuujärjestelmään), jolloin erityisosaaminen jää hyödyntämättä. Moniammatilliset työtavat ovat vasta kehittymässä, eikä työtä aina tee se, jolle se järkevimmin kuuluisi. Edellä sanotut seikat yhdessä aiheuttavat ammattilaisten epätarkoituksenmukaisen ja sattumanvaraisen työnjaon.

Seksuaaliterveyspalveluiden valtakunnallista kokonaisuutta on vaikeaa hahmottaa, sillä valtiollisen keskusohjausjärjestelmän purkamisen myötä valtakunnallisia seuranta- ja valvontajärjestelmiä ei ole. Perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä koskevaa tietoa kerätään vain hyvin karkealla tasolla (vrt. Stakesin Sotka-tilastotietokanta). Valtakunnallisia, yhtenäisiä ohjeita seksuaaliterveyden ja ennaltaehkäisyn alueella (esim. raskauden ehkäisy, klamydian seulonta) on heikosti.

Ammatillinen suhtautuminen ja tieto seksuaalisuudesta on terveydenhuollon ammattihenkilöstölläkin puutteellista (Nurmi 2000) ja seksuaaliterveyden opetus hajanaista. Seksuaalisia ongelmia ei tunnisteta sen paremmin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakaan. Niihin ei osata puuttua eikä asiakkaita osata haastatella ongelmien tunnistamiseksi. Väestön ikääntymisen myötä nämä ongelmat korostuvat. Erityisenä haasteena voidaan pitää seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioon ottamista seksuaaliterveyspalveluissa. Seksuaalisuus tulisi mieltää ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen liittyväksi osa-alueeksi, joka vaikuttaa kaikkeen ja jota voidaan hoitaa. Henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen olisi lisättävä seksuaaliterveyden edistämistä. Myös henkilöstön vuorovaikutustaitoja on tarpeen kehittää.

Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden tulisi kuulua ihmisen ikä- ja kehitysvaiheen mukaiseen terveyden edistämistoimintaan (neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, armeija, työterveydenhuolto, ikääntyvien terveystarkastukset). Sairauksien ja niiden hoitojen vaikutus seksuaalisuuteen tulisi ottaa huomioon itsestään selvänä osana sairaanhoitoa sekä potilaan että hänen kumppaninsa osalta. Myös julkisessa terveydenhuollossa tulisi tarjota seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapiaa. Tällä hetkellä Suomessa on tietyvästi kaksi päätoimista kunnallista seksuaalineuvojaa.

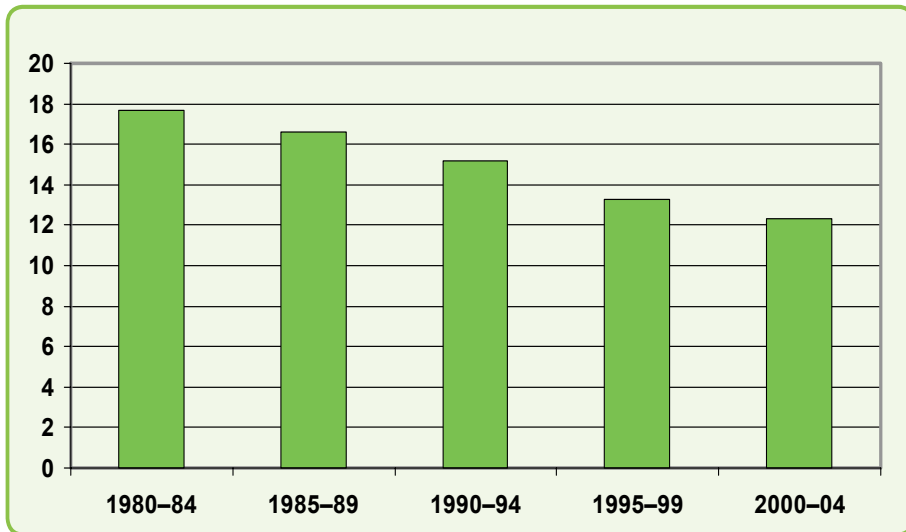
Kokonaisvaltainen ote seksuaaliterveyteen ja terveyskasvatuksellinen näkökulma unohtuvat. Jos terveyskeskukset toimivat vajaakapasiteetilla, voimavarat menevät akuuttisairaanhoidon turvaamiseen. Seksuaaliterveyspalvelut on saatettu rajoittaa pelkkään raskauden ehkäisyn määräämiseen. Koska Suomessa käytetyt, reseptillä määrättävät raskaudenehkäisymenetelmät ovat kutakuinkin turvallisia ja luotettavia, raskauden ehkäisyn hoitamista on puolestaan pidetty yksinkertaisena asiana. Suunnittelelmattomuus on

paikoin johtanut siihen, että ehkäisyasiakkaat ohjataan lääkärille tilanteissa, joissa asiaan perehtynyt terveydenhoitaja voisi hoitaa asian paremmin. Hoitotakuujärjestelmä voi entisestään vaarantaa ennaltaehkäisevää toimintaa, kun se pakottaa keskittämään niukat voimavarat välittömän hoidon tarpeessa oleviin. Teiniraskauksien, synnytyksen jälkeisten aborttien ja sukupuolitautilien määrien lisääntyminen 90-luvun puolivälistä alkaen osoittaa, että raskauden tai sukupuolitautilien ehkäisy ei ole aivan yksinkertaista. Ehkäisy toimii ainoastaan oikein käytettynä ja siihen pitää olla riittävästi motivaatiota.

Miesnäkökulma on alkanut nousta esiin vasta viime vuosina. Seksuaaliterveyspalvelut on Suomessa järjestetty perinteisesti naisten apuna naisille. Miesnäkökulman huomioiminen on yksi tulevaisuuden haasteista seksuaaliterveydenhuolossa ja lääkärin vastaanotoilla.

Terveydenhuollon peruspalveluista jää seuraavan 5-10 vuoden aikana eläkkeelle paljon henkilöstöä, jonka ammattitaito ja työorientaatio on tukenut seksuaaliterveyden kehittymistä. Tärkeää onkin, että vanhemmat työtoverit jo varhaisessa vaiheessa perehdyttävät ja ohjaavat tulevaa henkilöstöä, jotta tietotaito siirtyy myös heidän työhönsä.

Kondomien myyntitilastoja Suomessa, miljoonaa kpl., Väestöliiton tietojen pohjalta.



### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Koko ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa tulisi suunnitella ja kehittää valtakunnan tasolla. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi tarvittaisiin **laki ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta**. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kuten äitiys-, ehkäisy- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon lakisääteinen perusta on hyvin hatara, sillä se on luotu aikana, jolloin maan hallinto oli selkeästi nykyistä keskushallintopainotteisempi. Nykytilanteessa pelkät puitelait ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Tarvitaan laki, joka määrittelee esimerkiksi neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon minimipuitteet.
- Seksuaalineuvonnan ja -terapian pitää soveltua myös ikäihmisille. Tällä hetkellä heidän palvelunsa ovat erityisen puutteellisia.
- Sairauksien ja hoitotoimenpiteiden seksuaaliselle toimintakyvylle aiheuttamat vaikutukset tulee tunnistaa ja ottaa ne huomioon asiakas- ja potilastyössä.
- Seksuaaliterveyspalveluille tarvitaan laatukriteerejä ja laadunvarmennusjärjestelmää. Seksuaaliterveyspalvelut on keskitettävä yksikköön, johon olisi koottavissa riittävä määrä osaamista (esim. raskauden ehkäisy, sukupuolitautilien hoito, raskauden keskeytyslähetteet, sosi-aali- ja perhetyö yms.). Työssä on hyödynnettävä moniammatillisuutta. Perustason seksuaaliterveyspalvelut pitää tarjota väestölle maksutta. Seksuaaliterveyspalvelut kuuluvat koko väestölle ja niitä tulee saada ympärivuotisesti.
- Jokaisen hoito- ja kasvatustyössä olevan ammattilaisen perustutkin-toon pitää sisältyä riittävästi koulutusta seksuaalisuudesta, seksuaaliterveyden edistämisestä ja vuorovaikutustaidoista.
- Palkkausjärjestelmiä tulee kehittää niin, että ennaltaehkäisevä työ ja kouluttautuminen eivät aiheuta ansionmenetyksiä.

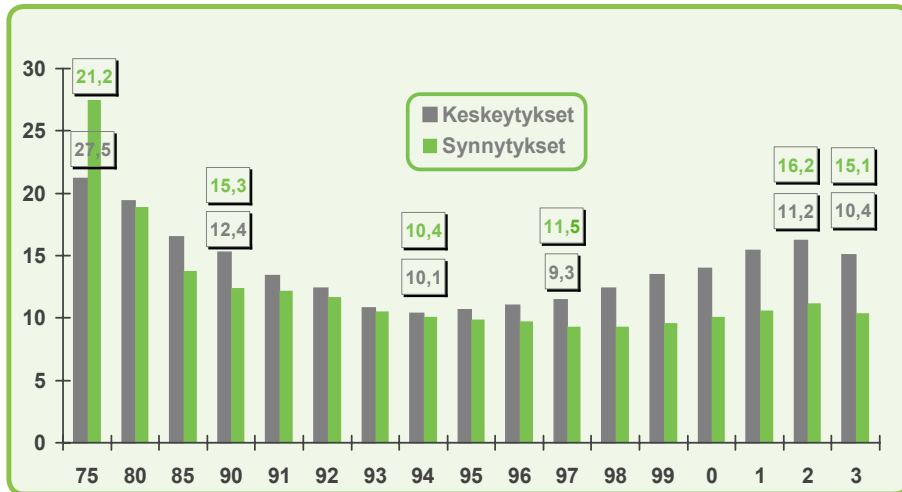
- Yhdellä taholla tulisi olla valtakunnallinen vastuu hoitaa koordinoitusti mm. seuraavia tehtäviä:
  - o Jatkuva monitieteellisen kehityksen seuranta ja tiedon sovellutusehdotukset kentälle
  - o Laatuksiteerit ja laadunvarmennusjärjestelmä
  - o Valtakunnalliset suositukset esim. klamydiaseulonnoista, raskauden ehkäisystä jne.
  - o Hoitoketjujen luominen (mm. raskauden keskeytys, seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö)
  - o Valtakunnallisen erikoisosaamisen varmistaminen myös seksuaaliterveyden, -neuvonnan ja -terapian alueella. Nämä henkilöt/ moniammatilliset yksiköt voisivat toimia koulutus-, työhohjaus- ja konsultointitehtävissä.
  - o Ajankohtainen (velvoittava) ohjeistus esim. työntekijämitoituksista neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa
  - o Maantieteellisen tasa-arvon toteutumisen seuranta
  - o Tietojärjestelmien kehittäminen

## 5 Nuorten seksuaaliterveys

### Nuorten seksuaaliterveystilanne

Suomalaisten nuorten seksuaaliterveys oli 1990-luvun alkupuolella yleismaailmallisessa mittakaavassa huippuluokkaa. Sen on kuitenkin osoitettu huonontuneen vuodesta 1994 lähtien. Tätä osoittavat esimerkiksi raskaudenkeskeytysten ja klamydiatulehdusten määrien lisääntyminen. Nuorten raskaudenkeskeytysten määrä laski 20 vuoden ajan. Vuonna 1975 keskeytyksiä tehtiin 21,2 jokaista tuhatta 15-19 -vuotiasta tyttöä kohti, vuonna 1994 luku oli puolittunut. Tämän jälkeen nuorten raskaudenkeskeytysten määrä kasvoi tasaisesti: vuonna 2002 niitä oli 16,1 /1000 nuorta tyttöä kohti. Teini-ikäisten synnytysten määrä väheni vuoteen 1997 asti, mutta sen jälkeen on 15-19 -vuotiaiden synnyttäjien määrä kasvanut. Nuorten synnyttäjien määrä heijastaa hyvin voimakkaasti sosiaalista huonovointisuutta (McLeod BMJ 2001).

Raskaudenkeskeytykset ja synnytykset (per 1000) 15-19 v. tytöillä Suomessa 1975–2004. Stakesin rekistereiden pohjalta.



Klamydia on nuorten tauti. Sen esiintyvyys noudatti viime vuosikymmenenä samanlaista trendiä kuin raskaudenkeskeytykset: 1990-luvun alussa todettujen tapausten määrä laski, vuoden 1995 jälkeen todettujen tapausten määrä tytöillä on yli kaksinkertaistunut. Vuonna 2002 ilmoitettiin yli 13 600 uutta klamydiatapausta. Näistä alle 25-vuotiaiden osuus oli 65% kaikista tartunnoista, ja naisten osuus nuorten tartunnoista oli lähes 70% (Kansanterveyslaitos 2003). Vuonna 2003 todettujen klamydiatapausten määrä kääntyi vihdoin

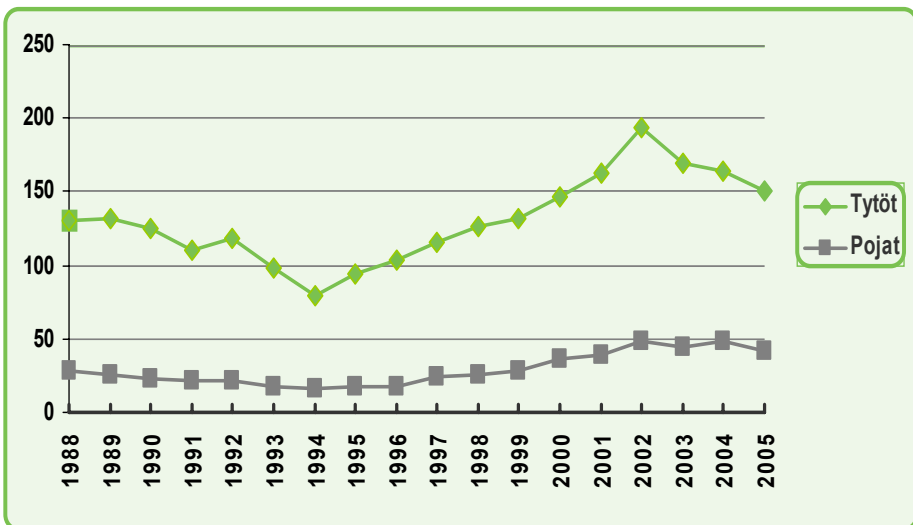
pieneen laskuun. Vuonna 2004 teini-ikäisten todettujen klamydiatapausten määrä edelleen väheni, mutta vanhemmissa ikäryhmissä määrä kasvoi.

1970-luvulta 1990-luvun puoliväliin nuorten seksikäyttäytyminen pysyi melko muuttumattomana, mutta 1990-luvun loppupuolella alle 16-vuoden iässä yhdyntöjä aloittaneiden osuus hieman kasvoi (29-34 %, Kosunen 2000).

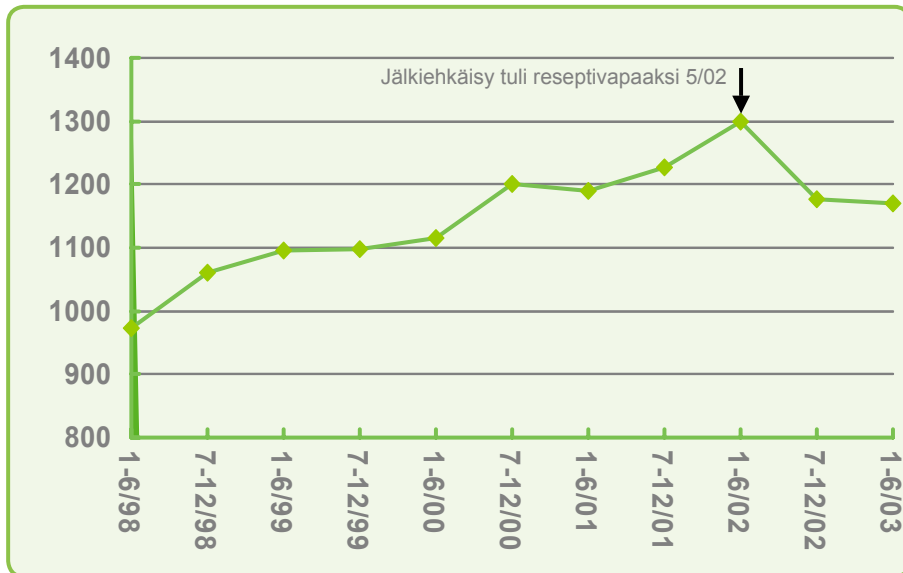
Viimeisimmässä yhdynnässä käytetty ehkäisy, tytöt. Lähde: Stakesin Kouluterveytutkimus 2002.

Luokka	Peruskoulu		Lukio	
	8	9	1	2
<b>Ikä, keskiarvo</b>	<b>14.8</b>	<b>15.8</b>	<b>16.8</b>	<b>17.8</b>
<b>Ei mitään %</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>Kondomi %</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>42</b>
<b>E-pilleri %</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>42</b>
<b>Kondomi ja e-pilleri %</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Muu %</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>% ollut yhdynnässä, kaikista</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>57</b>

Klamydian esiintyminen 15–19 -vuotiailla tytöillä ja pojilla Suomessa vv.1988-2005. Lähde: Kansanterveyslaitoksen tartuntatautitilastot.



Raskaudenkeskeytysten määrä 1998-2003 alku- ja loppuvuosipuoliskolla ikäryhmissä 15-19 v. Lähde: Stakesin tilastotiedotteet.



### Ongelmia ja kehittämiskohtia

Nuorten seksuaaliterveyden huononemiseen on monia syitä. Taloudellinen lama oli alkusysäys moneen muutokseen. 1990-luvulla ennaltaehkäisevää toimintaa supistettiin. Tämä kohdistui erityisesti kouluterveydenhuoltoon. Samaan aikaan tapahtui väestövastuutoimintaan siirtyminen. Nuoria varsin hyvin palvelevat ehkäisyneuvolat lopetettiin suurelta osin, eikä sopivaa korvaavaa palvelua luotu tilalle. Perhekasvatus poistettiin vuonna 1994 koulujen pakollisena oppiaineena. Sen jälkeen on seksuaalikasvatusta annettu kouluissa hyvin vaihtelevasti ja keskimäärin selvästi vähemmän kuin aikaisemmin (Kontula 1997; Liinamao 2000). Nuorten kasvuympäristö on muuttunut ja kasvattaminen vaikeutunut. Perinteinen suomalainen yhtenäiskulttuuri on murtunut. Kaikkialle ulottuva tietotekniikka tuo mukanaan myös vaaroja. Nykylapsi kohtaa väkivaltaa ja seksuaalista toimintaa eri muodoissaan varhaisemmin kuin aiemmin (Mustonen A. & Pulkkinen L. 2003). Vanhempien, kyläyhteisön ja opettajien rinnalle on tullut joukko uudenlaisia (seksuaali- ja väkivalta) ”kasvattajia”. Internet vie helposti pornosivuille ja porno tunkee myös sähköpostiin. Chat-palstat ovat kommunikaatiomuoto, joka tarjoaa hyväksikäyttäjille oivan tavan lähestyä pahaa-aavistamatonta lasta. Vaikka monin tavoin tehostunut joukkotiedotus on levittänyt avointa ja suvaitsevaa suhtautumista seksuaalisuuteen, joukkotiedotusvälineiden välittämä kasvatus

on suurelta osin tiedostamatonta ja kaupallisesti motivoitua viestit voivat olla nuorelle suorastaan vahingollisia.

Väestöliiton seksuaalikasvatuksen linja perustuu laaja-alaiseen kuvaan seksuaalisuudesta yksilön sisäisenä ominaisuutena sekä sen verkkaiseen, portaittaiseen kehitykseen. Läheisyyden, hellyyden, arvostetuksi ja rakastetuksi tuleminen tarpeet sekä kosketuksen kaipuu ovat osa jokaista ihmistä ja hänen kokonaisterveyttään. Lapsuuden seksuaalisuus on uteliasta ja leikkilisen rajatonta perustietojen pohdintaa ja tarvitsee erityistä suojelua ja turvaa. Nuoruuden seksuaalisuus on hämmennystä, omakohtaisuutta, haavoittuvuutta, naiseuden ja mieheyden työstämistä, suuria tunteita, pohdintoja ja kompastelua. Varhaisaikuisuudessa aletaan hankkia kokemuksia rohkaisutumisen myötä. Kaikki nämä herkäät vaiheet tarvitsevat seksuaalikasvatusta joka tarjoaa tukea ja tietoa niin järjen, tunteen kuin biologiankin tasoilla. Oleellista on keskeneräisyyden hyväksyminen ja sen arvostaminen, myös aikuisilla. Tarvitaan malleja puhua seksuaalisuudesta ihmisen itsetuntoa ja minäkuvaa vahvistavana voimavarana, jonka tavoitteet ja ilmenemismuodot ovat joka ikävaiheessa ja elämäntilanteessa erilaiset.

Nuoruudessa luodaan käsitys ja strategia sille, mitä seksuaalisuus on: miten sitä on tapana, kuuluu tai saa toteuttaa. Samalla rakennetaan käsitystä omasta itsestä: olenko riittävä, hyvä ja arvokas –suojaamisen arvoinen, potentiaalinen partneri. Jokaisessa ikävaiheessa tärkeää on tieto itsemääräämisoikeudesta, oman ja toisten kehon arvosta, sekä siitä, miten suojautua väkivallalta ja hyväksikäytöltä. Erityisen tärkeää olisi, että asiallinen tieto saavuttaisi myös sen viidesosan, jolle on muita vaikeampaa huolehtia itsestään. Kaikilla ei ole riittävä vanhemmuutta, medialukutaitoa, kykyä selvittää painostus- ja yllytystilanteissa tai edes sisälukutaitoa asiitekstiin. Oikean tiedon on oltava selkeää ja sen on pystyttävä myös kilpailemaan häikäilemättömän materiaalin kanssa, "ylitettävä mediakynnys", jotta se kiinnostaisi. Terveystieto on uusi oppiaine, johon on sisällytetty sekä seksuaali- ja aggressiokasvatus, että tyttöjen ja poikien erilaiset tarpeet. Tämän myötä tulevaisuudessa nuorten tasa-arvo siinä, millaista seksuaalikasvatusta ja kuinka paljon he saavat, todennäköisesti paranee. Yhteiseen tavoitteeseen, nuorten elämäntaitojen paranemiseen, päästään parhaiten laaja-alaisella tiedolla, avoimella keskustelulla ja yhteistyöllä sekä lapsi- ja nuorisoystävällisen ympäristön ja palvelujen takaamisella.

Lapset tarvitsisivat entistä tietoisempaa tukea vanhemmiltaan, mutta myös vanhemmillä on omat vaikeutensa nopeasti muuttuvassa maailmassa. Vanhempia tukevat palvelut ovat sattumanvaraisia ja sirpaleisia. Nuoruuden kehitystehtäviin kuuluu lapsuuden auktoriteeteista, so. vanhemmista irrottautuminen (Aalberg V. & Siimes M. 1999). Siksi nuori tarvitsee vanhempien lisäksi muitakin luotettuja aikuisia – myös ammattilaisia – lähelleen.

Terveystenhoitojärjestelmiä kehitettäessä nuorten erityistarpeet ovat kuitenkin unohtuneet. Nuoret odottavat hoitavalta taholta nopeaa palvelua ilman ajanvarausta. Nuoret arvostavat myös sitä, ettei seksuaalihistoria näy muun sairaskertomuksen yhteydessä, ja että palvelu on ilmaista tai ainakin hyvin edullista. Luottamus ja vuorovaikutus ratkaisevat, hakeutuuko nuori enää uudelleen palvelun piiriin. Potilaskontakteihin on varattava riittävästi aikaa, sillä nuori on saatava tuntemaan, että hänestä välitetään. Asioita on usein selitettävä nuorelle perusteellisemmin kuin aikuiselle. Viime aikoina terveydenhuollon tehokkuuden nimissä on pyritty karsimaan ”päällekkäisiä toimintoja”. Tässä on unohtunut, että erityisesti nuoret tarvitsevat vaihtoehtoisia palveluja.

Nuoren kohtaaminen vaatii erityisosaamista. On luonnollista, että työntekijöiden perustiedot ja taidot ovat puutteellisia silloin, kun työ on liian laaja-alaista. Nuorta hoitavalla on oltava tietoa paitsi normaalista ja poikkeavasta kasvusta, kehityksestä ja sairauksista, myös mm. väkivallasta, riskikäyttäytymisestä, sukupuolisuudesta ja seksuaalisuuden moninaisuudesta. Työntekijän on oltava motivoitunut nuoren hoitoon, sillä siihen kuuluu aina myös kasvatuksellinen ulottuvuus: nuori käyttää jokaista kohtaamaansa aikuista peilinä, jonka käyttäytymisen perusteella hän tekee johtopäätöksiä omasta itsestään, arvostaan ja kelpaavuudestaan.

Nuorten terveydenhoito on ennen kaikkea ennaltaehkäisyä, jolla ehkäistään psyykkistä, sosiaalista ja somaattista sairastavuutta ja tuetaan seksuaaliterveyttä. Nuorten terveydenhuolto ja terveystkasvatus kulkevat käsi kädessä. Ennaltaehkäisevän työn laiminlyönti on terveysvelan ottamista, joka maksetaan tulevaisuudessa sairauksien hoitona. Nuorten terveyspalvelut liittyvät myös seuraavan sukupolven hyvinvointiin: jokainen lapsi ansaitsee vanhemman, jolla on ollut tilaisuus kasvaa itse rauhassa aikuiseksi.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- **Kondomien** ja muiden raskauden ehkäisymenetelmien tulisi olla nuorille maksuttomia. Moni nuori ei kykene tekemään rationaalisia valintoja kuten aikuinen; näiden nuorten mahdollisuuteen kasvaa lisääntymiskykyisiksi aikuisiksi saattaa ratkaisevasti vaikuttaa ehkäisyvälineiden hinta. Esitämme, että kouluterveydenhoitajat, ehkäisyneuvolat ja muut nuoria palvelevat hoitopaikat antaisivat kondomeja ja ehkäisypillereitä veloituksetta niitä tarvitseville alle 20-vuotiaille nuorille, kuten jo Norjassa, Ruotsin joissakin osissa, Englannissa ja monissa muissa Euroopan maissa tehdään.
- **Klamydian seulontaa** kannattaisi kokeilla valikoiduissa ryhmissä, esimerkiksi alle 25-vuotiaiden parissa. Koulujen rokotusohjelmaan otetaan mukaan HPV-rokote niin pian kun se on mahdollista.
- **Nuorten erityistarpeet** terveydenhuollossa pitää tunnustaa. Palveluja kehitettäessä tulee niitä ajatella myös ihmisen kannalta, joka on ujo, hämmentynyt ja kokematon, ja joka asioi ”viranomaisten” luona elämänsä ensimmäisiä kertoja. Perusterveydenhuollossa tarvitaan keskitettyjen seksuaaliterveyspalvelujen lisäksi erityisesti nuorille suunnattuja toimintoja. On hyvä, että toiminnot menevät osittain päällekkäin, sillä nuori tarvitsee **vaihtoehtoja**.
- **Kouluterveydenhuoltoa** pitää kehittää siten, että se toimii keskeisimpänä nuorten terveyspalvelujen tarjoajana. Kouluterveydenhuolto on matalan kynnyksen palvelua, johon pojatkin osaavat ja uskaltavat hakeutua. Kouluterveydenhuollolla pitäisi olla velvoite toimia moniammatillisesti yhteistyössä opetustoimen ja sosiaaliviranomaisten kanssa.
- Valtiovallan tehtävänä on varmistaa, että kouluterveydenhuollon laatusuosituksot ja niiden sisältämät **mitoitusnormit** (korkeintaan 600 oppilasta /terveydenhoitaja, 2100 oppilasta/ kokopäivätoiminen koululääkäri tai 500 oppilasta /koululääkärin työpäivä) toteutuvat käytännössä.
- **Koululääkärin** päätoiminen ammatti on palautettava. Lääkäriä tarvitaan käytännön työn tukemiseen ja kehittämiseen: näkemään kokonaisuuksia ja tuomaan mukaan lääketieteellistä erityisosaamista. Tämä onnistuu vain, kun lääkäri on riittävän perehtynyt kouluterveydenhuoltoon, joka moniammatillisuudessaan ja monialaisuudessaan poikkeaa hyvin paljon tavanomaisesta vastaanottotyöstä. Myös nuoren kohtaaminen vaatii erityisosaamista.

- Kaikissa nuorten neuvontapalveluissa tarvitaan vähintään yhtä henkilöä, jolla on **erityisosaamista seksuaalisuudesta** ja seksuaaliterveyden vaalimisesta.
- Jotta kynnyks hakea apua pysyisi matalana, alaikäisten palvelujen pitää olla **maksuttomia**.
- Koulujen **terveyskasvatuksen** tulee sisältää korkeatasoista opetusta seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä. **Seksuaaliopetuksen** lisäksi useat oppilaat tarvitsevat yksilöllistä tukea ja **neuvontaa**, jonka antamisessa kouluterveydenhuolto on avainasemassa. Kouluterveydenhuollon pitää siksi toimia kiinteässä yhteistyössä terveyskasvatusta antavien opettajien kanssa. Tuetaan malleja puhua seksuaalisuudesta ihmisen itsetuntoa ja minäkuvaa vahvistavana voimavarana. Sekä peruskoulun opettajien että aineopettajien koulutuksesta antaa seksuaaliopetusta on huolehdittava, ja oppimateriaaleja kehitettävä.
- Nuoruudessa luodaan käsitys ja strategia sille, mitä seksuaalisuus on, ja rakennetaan käsitystä omasta itsestä: olenko riittävä, hyvä ja arvokas –suojaamisen arvoinen, potentiaalinen partneri. Jokaisessa ikävaiheessa pitää antaa tietoa **itsemääräämisoikeudesta**, oman ja toisten kehon arvosta, sekä siitä, miten suojautua väkivallalta ja hyväksikäytöltä.
- Myös **lasten- ja naistentautien erikoissairaanhoidossa** pitää olla **nuorten hoitoon keskittyneitä yksiköitä**. Näissä tarvitaan samanlaista motivaatiota, taitoa ja uskallusta nuoren seksuaalisuuden kohtaamiseen kuin perusterveydenhuollossakin. **Nuorisolääkärin** palveluita tulee tarjota mm. kaikille niille nuorille, jotka ovat kokeneet lapsuudessaan vaikean sairauden tai ovat kroonisesti sairaita.
- Nuorten seksuaaliterveyden hoidon kulmakivi on **luottamuksellisuus**. Potilaslain mukaista salassapitovelvollisuutta tulee kunnioittaa nuorta hoidettaessa: tietoa nuoren asioista ei saa antaa vanhemmille ilman asianomaisen lupaa.

## 6 Median vaikutus ja rooli seksuaaliterveyteen

### Tämän hetken tilanne

Median vaikutus ja rooli seksuaaliterveyteen ovat merkittäviä. Yhteiskuntamme on muuttunut 1990- ja 2000-lukujen aikana yhä mediakeskeisempään suuntaan. Ihmiset viettävät enenevässä määrin aikaansa joko vapaaehtoisesti tai haluamattaan mediatulvan vaikutukselle alttiina. Kotona televisio on korvaamassa lastenhoidon sekä parisuhdekommunikaation, ns. perheen tavallisen arjen.

Media vaikuttaa väistämättä läsnäolonsa vuoksi. Sen voima on tunteisiin vahvasti vetoavan kuvan, kielen ja musiikin käytössä, toistossa ja ohjeellisessa tavoitteen asettelussa ja määrittelyssä. Näyttöä median vaikutuksista kertyy koko ajan lisää. Viestinnässä ja mainonnassa pyörivät isot rahat. Tämän päivän mainonnan ominaisuuksia ovat häikäilemättömyys ja maksimaalinen voiton tavoittelu. Rahan ja myymisen lisäksi mediaan liittyy myös asiasisältö: sananvapaus, opetus, tiedotus ja kontaktit.

### Ongelmia ja kehittämiskohtia

Media on väline, ei sinänsä hyvä tai paha. Ongelmaksi muodostuu nimenomaan se, miten ja kuka mediaa kontrolloi: millaisen kuvan media antaa seksuaalisuudesta, seksistä, itsemääräämisoikeudesta, oman ja toisten kehon koskemattomuudesta ja arvostamisesta sekä seksuaalisesta käyttäytymisestä. Tämä kuva ei välttämättä tue yksilön seksuaaliterveyttä, vaan voi aiheuttaa sille jopa ongelmia. Yksilöiden huono seksuaaliterveys puolestaan heijastuu koko yhteiskuntaan.

Mediakynnyksen ylittämiseen tarvitaan yhä suurempaa hätkähdyttämistä. Seksuaalisuutta käytetään laajasti viestinnän apuna, koska se herättää huomion. Samoin väkivallan käyttö toimii huomion herättäjänä, usein näitä kahta tehokeinoa yhdistetään.

On erityisryhmiä, jotka tarvitsevat ja ovat oikeutettuja erityissuojeluun, kuten nuoret ja lapset, mutta media vaikuttanee vahvasti myös aikuisten asenteisiin normalisoimalla tiuhaan esitettyjä ilmiöitä.

Lapsen ja nuoren identiteetti ja maailmankuva ovat muotoutumassa. Tänä päivänä ei ole enää ns. aikuisten asioita, joilta lapset olisivat suojassa. Mediassa toiminta tapahtuu usein heti ja irrallaan asiayhteyksistä. Lapselle ja nuorelle seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat uusia eikä heillä ole keinoja suhteuttaa näkemäänsä ja kokemaansa johonkin taustaan, kun taustaa ei ole. Heidän on mahdotonta työstää liian varhaisia tietoja oman kokemusmaailmansa tai kehitystasonsa kautta. Nuoren tulisi ottaa omaa seksuaalisuuttaan haltuun. Malleja ja mahdollisuuksia on tarjolla paljon enemmän kuin ennen, mutta ne kuvaavat usein epätavallisia ääri-ilmiöitä, eivätkä jätä tilaa oman mielikuvamaailman rauhalliseen ja sisäisestä kehityksestä aloitteensa saavaan kasvuun. Toimintamallit esitetään päällekkäyvästi ja joukkoharhat kaikkien kokeneisuudesta ovat vahvat. Median vaikutuksesta syntyvät usein vääristyneet ylisuorittamisen mallit, esimerkiksi pornon fantasiamallit ovat kaukana todellisuudesta.

Aikuisen elämässä tapahtuu jaetun seksuaalisuuden muotoutuminen ja minäkuva partnerina konkretisoituu. Median tuottama ohjeellisuuden ongelma aiheuttaa turhautumista, voimattomuuden ja riittämättömyyden tunteita. Niin naisia kuin miehiä voi vaivata tunne, ettei juuri hän osaa hankkia tai voi saada kumppania itselleen, koska ei täytä ”yleisiä” odotuksia taitojen, kokeneisuuden ja ulkonäkövaatimusten suhteen. Keski-ikäiset ovat tärkeä mainonnan kohderyhmä myytessä ikinuoruutta – nuoruuden ihannointi tuottaa paineita suorittaa kuin nuori ja jopa vaihtaa paria nuorempaan.

## Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- **Tarvitaan keskustelua, yhteistyötä, herkkyyttä ja tutkimusta median vaikutuksista**
  - o Tietoa tarvitaan, jotta ihmiset ymmärtävät ja huomaavat median vaikutuksia ja voivat suojata itseään ja omaisiaan. Nuorten ja lasten koulukasvatuksessa on syytä painottaa tietotulvan hallintaa; tarvitaan mediakasvatusta, medialukutaitoa, mediakriittisyyttä.
- **Suojautumiskeinot informaatiotulvalta**
  - o Yksilöllä tulee olla oikeus seksuaalisen intimitetin suojeluun, oikeus olla paljastamatta ja oikeus olla saamatta seksuaalista viestintää tietyissä tilanteissa, esimerkiksi kotona tai julkisissa tiloissa, joissa lapset ja nuoret liikkuvat. Samaten jokaisella tulee olla oikeus yksilölliseen kehitykseen omassa aikataulussaan, oikeus omanlaiseen sukupuolielämään ja kokemusmaailmaan ilman pakkoviestintää seksistä. Ongelma ovat kaikille sallitut tv-ohjelmat ja lehdet, joiden sisältö ja tapa myydä ovat hyvinkin kyseenalaisia seksuaaliterveyden kannalta. Tarvitaan sellaista yhteistyötä näiden medioiden tuottajien ja rahoittajien kanssa, jossa painotetaan mediayritysten sosiaalista vastuuta. Huomiota tulee kiinnittää uusiin sähköisiin välineisiin, kuten internettiin liittyviin ongelmiin.
- **Median käyttö seksuaaliterveyden edistämiseen**
  - o Medialla on tärkeä rooli tiedonvälittäjänä ja seksuaalivalistajana sekä seksuaaliterveyteen vaikuttavien ongelmien esiin nostajana ja käsittelijänä. Esimerkiksi nuorten lehdet tavoittavat suuria joukkoja kehityksessä olevia nuoria, joille perustietojen välittäminen on ajankohtaista ja tärkeää. Media voi vaikuttaa myös positiivisesti asenteisiin. Mediassa on rikottu seksuaalisuuteen liittyviä tabuja. Tavallisten ihmisten on helpompi puhua seksuaalisuuteen liittyvistä vaikeista asioista, joista on keskusteltu julkisuudessa.
  - o Eettisesti ja vastuullisesti toimivat toimittajat ovat tärkeä kontakti ja yhteistyötaho järjestöille, jotka pyrkivät edistämään seksuaaliterveyttä. Tämä yhteistyömahdollisuus on aivan keskeinen ja usein myös sekä nopea että tehokas vaikuttamismahdollisuus. Media voi paljastaa, tiedottaa ja sitä kautta parantaa ja edistää seksuaalisia perusoikeuksia ja seksuaaliterveyttä. Median kautta voidaan kampanjoida ja painottaa terveitä seksuaalisia arvoja. Aikuisiin kohdistuvat kampanjat, mainokset tms. voisivat olla mielenkiintoinen kokeilu jonkin yhteiskunnallisesti näkyvän yrityksen tai laitoksen kanssa.
  - o Väestöliiton edustajat seuraavat mediassa käytävää keskustelua seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ja ottavat asiantuntijoina osaa keskusteluun.

## 7 Eryistukea tarvitsevat

Tässä tekstissä tarkastellaan esimerkinomaisesti vain muutamaa erityistukea tarvitsevaa ryhmää: vammaisia ihmisiä, maahanmuuttajia sekä seksuaalisia vähemmistöjä.

### 7.1. Vammaiset ihmiset

#### **Vammaiset ihmiset ja seksuaaliterveys - tämän hetken tilanne**

Vammaisen ihmisen seksuaalisuus on usein tabu, ikään kuin seksuaalisuus ei olisi osa jokaisen ihmisen elämää. Vanhemmat puhuvat seksuaalisuuteen liittyvistä asioista usein eri tavoin vammaiselle kuin vammattomalle nuorelle tarkoituksenaan suojella nuorta. Toisaalta seksuaalisuus koetaan usein vaikeaksi asiaksi käsitellä tällaisen nuoren kanssa. Edes seksuaalikasvatuksesta huolehtivat ammattilaiset eivät aina osaa suhtautua vammaisiin ihmisiin samoin kuin muihin. Tietoa voidaan antaa myös liian vaikeaselkoisesti tai sellaisin menetelmin/välinein, ettei vastaanottaja ymmärrä annettua tietoa. Aistivammaisilla ihmisillä voi olla vaikeuksia saada omankielistä tietoa.

Integraatioajattelun mukaisesti vammaisten palvelut muodostuvat nykyään kaikelle väestölle tarkoitetuista palveluista sekä tietyistä erityispalveluista. Eri-tyispalveluita tarjoavat esimerkiksi eri vammaisjärjestöjen toimintayksiköt.

Kehitysvammaisen nuoren ja aikuisen itsearvostus ja -tunto voivat olla tavallista heikompia, hänellä voi olla sekä kokemuksia että kuvitelmia omasta kelpaamattomuudestaan. Hän voi olla myös muita ihmisiä epävarmempi ja tietämättömämpi. Tästä kaikesta saattaa olla seurauksena seksuaalisuuden kieltäminen, seksuaalisuudesta voi tulla alue, joka ei kuulu hänelle lainkaan. Tällaisten uskomusten murtamiseen tarvitaan erityistä tukea. Lisäksi vammaiset ihmiset tarvitsevat myönteistä palautetta omasta naisellisuudestaan ja miehisyystään. Vaikka kehitysvammaisten ihmisten seksuaalineuvonnan erityiskysymyksiin on koulutettu seksuaalineuvoja yhteistyössä Sexpo-säätiön ja Kehitysvammaliiton kanssa, edelleen puuttuu taho, josta tietoa ja neuvontaa olisi keskitetysti saatavilla.

Myös vammaisilla ihmisillä itsellään tai heidän omaisillaan voi esiintyä enakkoluuloja terveyspalveluiden käyttöä kohtaan. Esteettömyys ei toteudu

palvelujen tarjonnassa riittävästi. Suuret hankaluudet liittyvät siihen, ettei liikuntaesteisiä ole aina huomioitu. Etenkin erityisvastaanoitoille pääsy voi olla hankalaa esimerkiksi pyörätuolissa, gynekologiset tutkimuspöydät ovat liian korkeita. Aistivammaisten (kuulo- tai näkövamma) asiakkaiden esteettömyysongelmat liittyvät kommunikaatiovaikeuksiin. Esimerkiksi neuvontaa ja palveluja on muutenkin vaikea saada viittomakielisenä. Samoin selkokielistä, viittomakielistä tai pistekirjoituksella tehtyä seksuaalikasvatusaineistoa on erittäin vähän saatavana.

Erityispulmia ovat vammaisten ihmisten kohtaamat seksuaalinen hyväksikäyttö ja väkivalta. Psykologian dosentti Vappu Viemerö (2001) on tutkinut Suomessa vammaisten naisten kohtaamaa väkivaltaa. Tutkimuksen perusteella arvioidaan, että vammaisiin naisiin kohdistuu väkivaltaa 2-10 kertaa useammin kuin vammattomiin naisiin. Ongelmina ovat erityisesti kehitysvammaisiin tyttöihin ja naisiin kohdistuva seksuaalinen pakottaminen, painostaminen, hyväksikäyttö ja raiskaaminen. Viemerön tutkimuksessa nuoret vammaiset naiset jättäytyivät varsinaisen tutkimuksen ulkopuolelle, koska pelkäsivät ilmituloa. Tutkimusaineistossa kävi ilmi eräänlainen kronologinen järjestys väkivallan muodoissa. Väkivalta alkoi psyykkisenä väkivaltana, jatkui vähitellen muina muotoina ja päättyi usein raakaan fyysiseen väkivaltaan. Kehitysvammaisten seksuaalisesta hyväksikäytöstä ei ole tutkittua tietoa, mutta käytännön työtä tekevien seksuaalivoujien kautta on tietoa kuitenkin olemassa. Hyväksikäytön kohteena on sekä naisia että miehiä. Usein ongelmana näiden tapausten selvittelyssä on, että henkilö itse on ristiriitaisessa tilanteessa eikä osaa useinkaan puolustaa itseään ja omaa fyysistä koskemattomuuttaan. Riippuvaisuus ympäristöstä voi merkitä myös sitä, että henkilölle ei ole kehittynyt tietoisuutta oman kehon koskemattomuudesta. Avuttomuus ja sosiaalisten tilanteiden hallitsemattomuus saattavat altistaa hyväksikäytölle tai naiviin prostituutioon. Tämä aiheutuu siitä, että nämä ihmiset ovat kilttejä ja ovat oppineet tottelemaan ja tekemään toisten tahdon mukaisesti. Nämä suhteet voivat olla myös keino saada huomiota, mielihyvää ja lahjoja.

## Ongelmia ja kehittämiskohtia

Vammaiset ihmiset tarvitsevat seksuaalikasvatusta aivan samoin kuin vammattomatkin.

Vammaisten ihmisten seksuaalisen kehityksen tuki, intymiteettisuoja, kehon koskemattomuus ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen vaativat erityistä ja tehostettua suojelua, neuvontaa ja lainsäädännöllistä valvontaa.

Vammaisten ihmisten seksuaalisuuden kohtaamisessa korostuvat helposti apuvälineet ja sääli värittää keskustelua. Monet vammaiset ihmiset itse kokevat keskustelun prostituutiopalvelujen järjestämisestä loukkaavaksi. Myös vammaisen ihminen on seksuaalisesti viehättävä, häntä tulee rohkaista oman viehätysvoimansa löytämiseen. Liikunta- ja aistivammaisten on vaikea löytää tilaisuuksia kohdata potentiaalisia kumppaneita. Myös vammaisella ihmisellä on oikeudet ja mahdollisuudet rakkaussuhteisiin, ei vain apuvälineisiin. Kehitysvammaisilla ihmisillä on usein vähemmän kontakteja muihin ihmisiin. He tarvitsevat monipuolisia ihmissuhteita oppiakseen sosiaalisia taitoja yhteisössä toimiessaan.

Terveyspalveluiden tulisi olla saavutettavia kaikille asiakkaille. Gynekologipalveluissa ei ole yleisesti varauduttu vammaisten naisten tarpeisiin esimerkiksi tutkimuspöydän soveltuvuudessa ja siten käynnin ja tutkimuksen helpottumisessa. Mikäli gynekologiset käynnit ovat vammaiselle naiselle käytännössä vaikeita, se saattaa nostaa kynnystä palveluiden käyttämiseen ja sitä kautta heikentää hänen seksuaaliterveytensä tilaa.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Ammattilaisten (opettajien, terveydenhuoltohenkilökunnan ja sosiaali-toimen ammattilaisten ja seksuaalirikoksia tutkivien poliisien) koulutus. **Ammattilaiset tarvitsevat asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta ja tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja -tilanteista, kuten**
  - o vammaisten ihmisten kokemusmaailmasta.
  - o tulkkien käyttämisestä aistivammaisten ihmisten kohtaamisessa.
- Yleinen tiedon ja suvaitsevuuden lisääminen. Tieto auttaa parhaiten myös esimerkiksi kohtaamaan vammaisten ihmisten seksuaalisuutta.
- Vammaisten ihmisten asioinnin helpottaminen terveydenhuollon toimipisteissä. Työtilat pitäisi rakentaa esteettömiksi. Tutkimuspöytien valinnassa ja sijoittelussa pitäisi muistaa liikuntaesteiset. Samoin tilojen suunnittelussa tulee huomioida aistivammaisten ihmisten erityistarpeet esteettömyyden osalta (mm. valaistus, opasteet, induktiosilmukka (kuuroille)).
- Kehitysvammaisille ihmisille suunnatussa materiaalissa tulisi erityisesti huomioida mahdollinen perustiedon puute sekä aikuisten että nuorten keskuudessa. Materiaalin tulee olla selkokielistä ja opetusmenetelmien toiminnallisia, jotta tieto myös tulisi ymmärretyksi.
- Monipuolisen tiedonvälityksen tulee perustua seksuaalioikeuksien lähtökohdalle. Aineiston tulee välittää myös yhteystietoja auttavista ja palveluja tarjoavista tahoista. Tietoa voidaan jakaa koulujen ja järjestöjen kautta. Tietokanavina voivat toimia valistuslehtiset ja -kirjaset, ääni- ja videokasetit, internetin erikieliset tietopaketit ja nettikeskustelupalstat, joissa aikuiset ja nuoret voivat omalla kielellään nimettömästi esittää kysymyksiä koordinoitulta 'asiantuntijapankilta' (erikielisiä asiantuntijoita).

## 7.2. Maahanmuuttajat

### Maahanmuuttajat ja seksuaaliterveys – tämän hetken tilanne

Suomalaisen yhteiskunnan tarjoamat palvelut perustuvat pääsääntöisesti oletukseen homogeenisestä väestöstä, joka on kasvanut ja käynyt koulunsa Suomessa. Maahanmuuttajien määrä on kuitenkin kasvanut nelinkertaiseksi kymmenen vuoden aikana (Tilastokeskus 2004). Maahanmuuttajat tulevat usein yhteiskunnista, joissa tiedon saatavuus ja siten tietämyksen taso seksuaaliterveyteen liittyvistä asioissa ovat suomalaista keskiarvoa selvästi vähäisempää. Suomessa on siis lisääntyvässä määrin väestöä, sekä aikuisia että nuoria, joiden tietämys esimerkiksi ihmiskehon fysiologiasta, ehkäisystä, sukupuolitaudeista, lapsettomuudesta ja seksuaalioikeuksista ei vastaa palveluntarjoajien ja valistustoimintaa tekevien oletuksia.

Maahanmuuttajataustainen väestö on itsessään hyvin heterogeeninen ryhmä, jonka sisällä on monia alaryhmiä, esimerkiksi luku- ja kirjoitustaidottomat, väkivaltaa, alistamista ja hyväksikäyttöä parisuhteissaan kokevat, sukupuolielinten silpomisen (female genital mutilation) kokeneet tai sen uhatta elävät, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat, vammaiset maahanmuuttajat sekä kidutetut ja raiskatut. Suomalaisessa terveydenhuollossa puuttuu usein tietoa maahanmuuttajien tarpeista.

### Ongelmia ja kehittämiskohtia

Maahanmuuttajien suurimpana seksuaaliterveyteen liittyvänä ongelmana on **tiedon puute**. Tiedon puute aiheutuu seuraavista seikoista: (1) tietoa ei ole ollut saatavilla lähtömaassa; (2) sitä ei ole tarjolla helposti omaksuttavassa muodossa; (3) omaan kulttuuriin liittyvät tavat estävät seksuaalitiedon välittymisen sukupolvelta toiselle.

Yhtä suuren ongelman muodostavat sopeutumisen ja yhteisymmärryksen kannalta kulttuurisidonnaiset arvot ja roolimallit. Maahanmuuttajien on usein vaikea ymmärtää esimerkiksi tasa-arvoista suomalaista yhteiskuntaa ja suomalaisten maahanmuuttajien kaksinaismoralismia. Myös alastomuuteen ja seksuaaliasioista puhumiseen voi liittyä suuria kulttuurieroja.

Olemassa oleva valistusaineisto on suomen- ja ruotsinkielistä ja se perustuu oletukselle tietystä perustietoudesta huomioimatta kulttuurisia ja/tai uskonnollisia näkökohtia.

Seksuaaliterveyspalvelujen tarjoajien tietämys maahanmuuttajien ongelmista ja tietotasosta on usein puutteellista ja tulkkiin saatavuuteen esimerkiksi gynekologiselle käynnille liittyy ongelmia.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Ammattilaisten (opettajat, terveydenhuoltohenkilökunta ja sosiaalitoimen ammattilaiset, erityisesti turvakotien henkilökunta, seksuaalirikoksia tutkivat poliisit) koulutus. **Ammattilaiset tarvitsevat asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta ja tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja -tilanteista, kuten**
  - o kulttuurivähemmistöjen uskonnoista, tavoista ja tarpeista.
  - o naisten sukupuolielinten silpomiseen liittyvistä tavoista, riskeistä ja suomalaisesta lainsäädännöstä; miten kohdata tällaisessa kulttuurissa kasvanut ihminen ja miten valistaa häntä.
  - o väkivaltaa kohdanneiden ihmisten kohtaamisesta.
  - o maahanmuuttajien seksuaaliterveystiedon tasosta, laadusta ja seksuaaliterveyteen liittyvistä uskomuksista, tabuista ja tavoista.
- Maahanmuuttajille tulisi tarjota kulttuurisensitiivistä ja omankielistä seksuaaliterveysneuvontaa seksuaaliterveydestä ja –oikeuksista vastaanottokeskuksissa, peruskoulussa ja muissa oppilaitoksissa sekä osana kaikkea kotouttamistoimintaa.
- Julkisen sektorin palveluissa pitäisi huomioida maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen liittyviä erityistarpeita.
- Maahanmuuttajille suunnatussa materiaalissa tulisi erityisesti huomioida mahdollinen perustiedon puute sekä aikuisten että nuorten keskuudessa. Koska tietyissä etnisissä ryhmissä tieto ei välity aikuisilta lapsille, on myös huomioitava, että näennäisesti sopeutuneiden nuorten tietotaso voi olla vähäinen.
- Maahanmuuttajanuorten tulee saada sama informaatio kuin muidenkin, kuitenkin siten, että heidän kieleen ja käsitteisiin liittyvät ongelmansa ja mahdollisesti vähäisempi perustiedontasonsa otetaan huomioon. Heille pitäisi myös antaa mahdollisuus keskustella, miten löytää ratkaisuja mahdolliseen vanhempien ja valtakulttuurin normien väliseen ristiriitaan mm. esiaviollisista suhteista.
- Vammaisille maahanmuuttajille tulee tarjota joustavaa ja yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa tukea ja hoitoa olemassa olevien resurssien piirissä.

### 7.3. Seksuaaliset vähemmistöt

Seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuus tulee ottaa huomioon osana seksuaalista hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä. Kaikilla ihmisillä tulisi olla oikeus kussakin ikävaiheessa riittäviin ja asiallisiin seksuaalisuutta, sukupuolta ja perhemuotoja koskeviin tietoihin sekä mahdollisuus saada tukea ja apua näihin liittyvissä ongelmissa. Ihmisten tulee saada tasa-arvoinen ja tasavertainen kohtelu sukupuolesta ja sen kokemisesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, etnisestä taustasta, iästä, vammasta tai sairaudesta riippumatta. Tämä edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuollon, nuorisotyön ja opetustoimen henkilöstöllä tulee olla riittävästi tietoa ja valmiuksia seksuaalivalistuksen, -kasvatuksen ja/tai -neuvonnan ja muiden palvelujen antamiseen siten, että siinä otetaan huomioon seksuaalisuuden ja sukupuolten moninaisuus sekä erilaisten perhemuotojen kokonaisvaltainen merkitys yksilön kasvulle ja hyvinvoinnille.

Jotta seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuus tulisi otetuksi riittävän hyvin huomioon opetuksessa ja erilaisissa palveluissa, tulisi niin opetuksen kuin terveyskasvatusaineistonkin sisältää integroidusti arkipäivän kuvausta sekä sanallisesti että kuvallisesti heterojen sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen elämästä. Jos moninaisuuden käsittely marginalisoidaan opetuksessa ja opetus/valistusmateriaalissa omaksi erillisaiheekseen, on se omiaan tuottamaan jäykkää kategorisointia ihmisten välille.

Trans-ihmiset (trans- ja intersukupuoliset ihmiset ja transvestiitit) ovat tällä hetkellä Suomen lainsäädännössä syrjintäsuojan suhteen väliinpuotoajan asemassa. Ainoastaan tammikuussa 2003 voimaan astunut laki sukupuolen vahvistamisesta huomioi trans-ihmisten olemassaolon, ja sekin vain yhden ryhmän moninaisten sukupuolivähemmistöjen joukossa. Trans-ihmisten syrjintä on kuitenkin tavallista, niin työelämässä kuin muillakin elämänalueilla. Ihmiset, joiden sukupuoli-identiteetti tai -ilmaisu on jollain tavalla ristiriidassa kulttuuristen sukupuoli-odotusten kanssa, ovat Suomessakin selkeässä syrjintä- ja syrjäytymisvaarassa. Tasa-arvolaisissa ilmaistun *sukupuoleen perustuvan syrjinnän kiellon* tulisi EY-tuomioistuimen ratkaisun *P vs. S (1996)* mukaisesti kattaa nais- tai miessukupuoleen kuulumiseen perustuvan syrjinnän lisäksi myös sellainen syrjintä, joka perustuu sukupuolen korjaukseen, ihmisen sukupuoli-identiteettiin tai sukupuoliseen itseilmaisuun.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Seksuaalisuuden, sukupuolten ja perhemuotojen moninaisuus herättää edelleen monissa ihmisissä epävarmuutta, pelkoa ja torjuntareaktioita. Tämän vuoksi koulujen tulisi laatia moninaisuusohjelma, jossa tarjotaan välineitä pelkojen ja syrjinnän ehkäisylle sekä niihin reagoimiseen käytännön tilanteissa.
- Tuetaan yhteistyötä erilaisten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kysymyksiin suuntautuneiden organisaatioiden kanssa.
- Seksuaali- ja sukupuolisuuden moninaisuus huomioitava seksuaaliterveyspalveluissa ja hoitotyössä.

## 8 Seksuaalinen väkivalta ja riisto seksuaaliterveyspoliittisena kysymyksenä

### **Tämän hetken tilanne: seksuaalisen riiston yleisyyteen on havahduttu**

Suomi on varsin väkivaltainen yhteiskunta, jossa perheväkivalta ja seksuaalinen väkivalta hyväksikäytöstä seksuaaliseen pakottamiseen ja raiskauksiin ovat arkipäiväistä todellisuutta. Heiskanen ja Piispan (1997) tutkimuksen mukaan 33 000 naista joutuu vuosittain parisuhdeväkivallan uhriksi ja 360 000 naista häiritään seksuaalisesti. 17 prosenttia naisista on alle 18 -vuotiaana kokenut jonkin asteista seksuaalista väkivaltaa. (Heiskanen & Piispa 1997). Tutkija Päivi Honkatukian mukaan 41 prosenttia 15-vuotiaista tytöistä on kokenut seksuaalista ahdistelua, heistä 5 prosenttia hyvinkin intensiivisenä. 2,9 prosenttia on raiskattu, 1,5 prosenttia on seksuaalisesti hyväksikäytetty, ja 8 prosentilla on insestikokemuksia (Honkatukia 2000). Vuosina 1998-1999 tuli viranomaisten tietoon vuoden aikana 778 lapsen hyväksikäytön epäilyä (Stakes 2000). Poliisin julkisuudessa esittämien arvioiden mukaan Suomessa tapahtuu noin 10 000 raiskausta vuosittain, joista ilmoituksia viranomaisille tehdään vain noin 700. Väkivallan kokemukset traumatisoivat uhreja vaikeasti ja syntyneet kustannukset yhteiskunnalle ovat arviolta noin 90 miljoonaa euroa vuodessa. Uhrit syyllistävät itsensä, minkä seurauksena he alkavat eristäytyä, kärsivät sosiaalisista ongelmista ja monimuotoisista fyysisistä oireiluista. Uudelleen raiskauksen uhriksi joutuu noin 30 prosenttia. Nuoret ovat erityisryhmä seksuaalisen väkivallan uhreina, koska heillä ei ole keinoja käsitellä tapahtunutta ja uuden raiskauksen riski on peräti 65 prosenttia. Seksuaalisen väkivallan kokemukset altistavat nuoret syrjäytymiseen, huumeriippuvuuteen, prostituutioon ja omaankin väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Väkivaltaisessa kasvuympäristössä varttunut lapsi omaksuu myös väkivaltaisen käytösmallin omaan elämäänsä, jolloin traditio jatkuu.

Suomalainen terveydenhuolto on tunnistanut väkivaltateeman ja avoin keskustelu seksuaalisesta väkivallasta onkin viime vuosina lisääntynyt. Raiskattujen akuuttitilanteiden hoidon avuksi on kehitetty Väestöliiton asiantuntijoiden ja eri viranomaistahojen yhteistyönä ns. RAP -kansio, Raiskatun akuuttiapuprojekti -kansio (2003). Kansioon on koottu helppokäyttöiset, yksityiskohtaiset ohjeet oikeuslääketieteellisestä tutkimuksesta, näyttöiden otosta ja

uhrin kokonaisvaltaisesta hoitamisesta. Seksuaalisen väkivallan vaikutuksista on kansiossa tietoa niin hoitavalle henkilökunnalle kuin mukaan annettavaksi uhrille ja hänen läheisilleenkin. Kansion sisältöä voi täydentää oman kotiseudun palveluverkoston tiedoilla. Kansio on vapaasti kaikkien kiinnostuneiden käytettävissä Väestöliiton nettisivuilla osoitteesta [www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi) tai [www.tukinainen.fi](http://www.tukinainen.fi). Stakes on toimittanut vuonna 2002 uudistetun version kansioista kaikkiin terveydenhuollon päivystyspisteisiin. Stakes on julkaissut vuonna 2003 myös oppaan lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpiteilyn selvittämisestä (Taskinen 2003). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on toimittanut Käypä hoito-ohjeistuksen lasten seksuaalisen hyväksikäytön hoidosta ja raiskausten hoito-ohjeistus on tekeillä. Raiskauskriisikeskus Tukinainen tekee merkittävää työtä raiskauksen uhrien auttamiseksi. Pro Tukipiste työskentelee prostituoitujen parissa. Poliisia on koulutettu raiskauksen uhrien kohtaamiseen hyvin tuloksin. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikassa toimii raiskattujen ja seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden naisten ja nuorten tyttöjen gynekologinen vastaanotto.

### Ongelma- ja kehittämiskohtia

Kaikkinainen väkivalta, erityisesti seksuaalinen väkivalta on syvästi hävettyä ja vaiettua uhrien keskuudessa. Lapsiin kohdistuneen seksuaalisen väkivallan tunnistaminen ja hoitaminen ovat erityisen haasteellista, jatkuvaa koulutusta vaativaa. Terveydenhuollossa ongelmien tunnistaminen on puutteellista eikä taitoja hoitamiseen ole riittävästi. Käytännössä esim. raiskauksen uhrin tutkiminen edellyttää tällä hetkellä julkisen sektorin piirissä tehtyä oikeuslääketieteellistä tutkimusta oikealla tekniikalla ja välineistöllä otettuine näytteineen. Jos uhri ei hakeudukaan julkisen sektorin päivystyspisteisiin, menetetään mahdollisuus mm. syyllisen DNA-näytteisiin, joilla olisi sitova todistusarvo myöhemminkin tehdyssä rikosilmoituksessa. Lisäksi RAP-kansiota ei tunneta riittävästi.

Tiedon puute väestön keskuudessa väkivallan vaikutuksista ja merkityksestä on yleistä. Uhrien itsensä syyllistämisen seurauksia pahentavat yleiset uhreja syyllistävät asenteet. Nykymaailman seksistisyys altistaa lapset ja nuoret traumatisoiville asenteille ja käytösmalleille. Käytöstävatkin menettävät merkityksensä. Media toimii tässä merkittävänä asennekasvattajana.

Etenkin nuorten alle 16 -vuotiaiden seksuaalista väkivaltaa ja hyväksikäyttöä kokeneiden kohtaaminen ja tarvittavaan jatkohoitoon saaminen on osoittautunut ongelmalliseksi.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- Kaikissa eri terveydenhuollon toimipisteissä tarvitaan ammattitaitoa kohdata raiskauksen uhreja akuuttitilanteissa ja myöhemmissäkin vaiheissa. Ammattilaisia pitää kouluttaa järjestelmällisesti tähän sekä RAP-kansion käyttöön. Kansion tulisi kuulua kaikkien terveydenhuollon toimipisteiden vakiovarustukseen.
- Nuorten seksuaalista väkivaltaa ja hyväksikäyttöä kokeneiden kohtaamiseen on luotava hoitomalli.
- Oikeuslääketieteelliset näytteet pitäisi voida luotettavasti ottaa valtion kustannuksella missä terveydenhuollon toimipisteessä hyvänsä, yksityisetkin toimipisteet mukaan lukien.
- Raiskauksesta tuomituista pitää luoda valtakunnallinen DNA-rekisteri. Näin mahdolliset rikoksen uusijat pystyttäisiin varmemmin ja nopeammin jäljittämään.
- Oikeuslaitoksen tuomareille ja asianajajille tarvittaisiin koulutusta seksuaalisen väkivallan vaikutusten ymmärtämiseen, mikä puolestaan auttaisi tuomareita yhdenmukaisuuteen tuomiolinjauksissaan. Raiskatuille on psyykkisessä toipumisessa keskeistä saada tuntee yhteiskunnan toimivan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti.
- Tulisi huolehtia eri ammattiryhmien jatkuvasta kouluttamisesta. RAP-kansion tunnetuksi tekemisen ja ajan tasalla pitämisen tulisi kuulua esim. Stakesin koordinoiman työryhmän tehtäviin. Väestöliitosta tulisi olla asiantuntija mukana työryhmässä. RAP-kansion pitäisi avautua automaattisesti kaikista hakujärjestelmistä ilman lisäsanoja.
- Median kautta tulisi entistä tehokkaammin tuoda julki sitä, että seksuaalinen väkivalta on vakava rikos itsemääräämisoikeutta kohtaan ja sillä on aina kauaskantoisia seuraamuksia uhrille. Oikea tieto auttaa ihmisiä suhtautumisessa väkivallan uhreiksi joutuneisiin lähimmäisiin. Kaikkea väkivaltaa vastustava asenneilmapiiri vaikuttaisi ennaltaehkäisevästi ja auttaisi nuoria kasvussa tasa-arvoisuuteen ja toisten kunnioitukseen.

## 9 Lapsettomuus seksuaaliterveyspoliittisena haasteena

### Nykytilanne: lapsettomuusongelmat lisääntyvät

Teollistuneissa maissa joka kuudes pari kärsii tahattomasta lapsettomuudesta jossakin elämänsä vaiheessa. Suomessa lapsettomia, lasta toivovia parisuntia on noin 30 000. Uusia pareja lapsettomuushoitoihin tulee vuosittain noin 3 000. Suomessa 1980- ja 90-luvulla tehtyjen tutkimusten mukaan lapsettomuusongelmien on todettu lisääntyneen (Rantala ja Koskimies 1986; Notkola 1995). Tähän viittaa myös se, että lapsettomuushoitojen määrä lisääntyi koko 1990-luvun ajan ja lapsettomuushoitoja saaneiden määrä on lisääntynyt (Luoto ym. 2004). Lapsettomuutta voidaan pitää jopa piilevänä kansantautina (Rimpelä 1995). Suomessa annetaan koko Euroopan mitakaavassa hedelmöityshoitoja hedelmällisessä iässä olevaan naisväestöön nähden paljon (Nygren ja Andersen 2002). Nykyisin jo noin 5 % kaikista vastasyntyneistä saa alkunsa hedelmättömyyshoidon avulla (noin puolet tästä hedelmöityshoidoilla, loput keinosiemennyksen ja hormonihoidon avulla) (Stakes 2003). Hoitojen jakautumisen on osoitettu olevan alueellisesti ja sosiaaliryhmittäin varsin tasaista (Klemetti 2003).

Useisiin tahatonta lapsettomuutta aiheuttaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Nuorille annettavan seksuaaliterveysvalistuksen tulisikin rakentua ehkäisykeskeisyydestä hedelmällisyyttä säilyttäväksi ja suojaavaksi sekä pyrkiä kannustamaan hyvän seksuaaliterveyden ylläpitämiseen. Hedelmöityshoitoja tarvitaan kuitenkin myös tulevaisuudessa ja niiden pitäisi olla peruspalveluja, jotka julkinen sektori on velvollinen järjestämään. Väestöliiton osuus Suomen lapsettomuushoidoista on lähes 25 %. Väestöliiton tavoitteena on tarjota mahdollisimman monelle parille mahdollisuus korkeatasoiseen hoitoon kohtuullisin kustannuksin. Väestöliiton lapsettomuusklinikat ovat olleet kehittämässä uusia, potilaalle helpompia hoitomuotoja. Hyvät tulokset ja hoitojen kehittäminen edellyttävät jatkuvaa kansainvälistä yhteistyötä, kehityksen seuraamista sekä tutkimustyötä.

## Ongelma- ja kehittämiskohtia

### Nuorten sukupuolitaudit

Hedelmällisyyden säilyttämisen kannalta on tärkeää vähentää nuorten sukupuolitautilien, erityisesti klamydian määrää. Klamydian yhteys hedelmättömyyteen on kiistaton. Yhden sairastetun tulehduksen jälkeen esiintyy munanjohdinperäistä hedelmättömyyttä 10-15 prosentilla ja kolmen tai useamman tulehduksen sairastaneista jo yli puolella (Paavonen 2001). Oireettomankin klamydiatulehduksen aiheuttamat vauriot saattavat aiheuttaa hedelmättömyyttä, vaikka varsinaista munanjohdintukosta ei todettaisikaan.

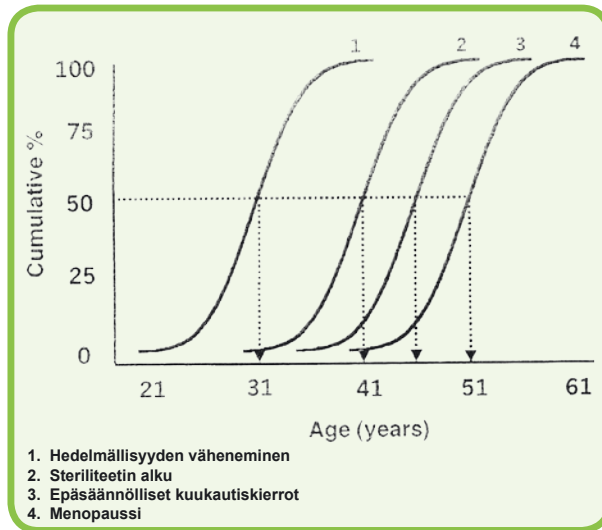
### Lastenhankintaikä

Yksi merkittävä syy lapsettomuusongelman lisääntymiseen on, että raskauden yrittäminen on siirtynyt entistä myöhemmälle iälle. Synnyttäjien keski-ikä on noussut kolmen viime vuosikymmenen aikana 26 vuodesta 30 vuoteen (Stakes 2005). Yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus on jo 19 prosenttia ja ensisynnyttäjistäkin 10 prosenttia on täyttänyt 35 vuotta (Stakes 2003). Lasten hankinnan lykkääminen lähelle hedelmällisen iän loppua johtaa lääketieteellisten lapsettomuushoitojen käytön lisääntymiseen: yli 40 % hedelmöityshoidoista tehdään yli 35-vuotiaille. Naisten hedelmällisyys kuitenkin heikkenee nopeasti iän myötä eikä iästä aiheutuvan lapsettomuuden hoitoon ole tehokasta menetelmää. 43-vuotiaan naisen todennäköisyys tulla raskaaksi omilla munasoluilla on alle 3 prosenttia, vaikka käytettäisiin lääketieteellisiä lapsettomuushoitoja (Gibbs 2002). Tämän ikäisen naisen munasoluista jo yli 90 % on kromosomistoltaan epänormaaleja. Myös siemennesteen määrä, siittiöiden liikkuvuus ja normaalimuotoisiksi kypsyvien siittiöiden osuus vähenevät ikääntymisen myötä (Kidd ym. 2001).

Yksi syy lapsen hankinnan siirtämiseen myöhemmäksi on se, etteivät nuoret pidä itseään tarpeeksi kypsinä vanhemmuuteen ja opiskelu ja työelämän haasteet koetaan tärkeiksi (Paajanen 2002). Terveys-, sosiaali- ja perhepoliittisesti olisi viisainta, jos lasten hankintaa voitaisiin aikaistaa. Väestöliiton perhebarometrin (Paajanen 2002) mukaan parhaimpina lasten hankinnan kannustajina pidettiin lapsiperheiden tuloverojen alennusta, lapsilisän tuntuvaa korottamista ja pienten lasten vanhempien mahdollisuutta joustavaan työaikaan tai osapäiväiseen työhön. Viime aikoina on erityisesti nuorten

naisten (peräkkäisiin) määräaikaisiin työsuhteisiin kiinnitetty huomiota. Tilastokeskuksen vuoden 2001 työvoimatutkimuksen mukaan 48 prosenttia 20-24-vuotiaista naisista, 36 prosenttia 25-29-vuotiaista naisista ja 24 prosenttia 30-34-vuotiaista naisista työskentelee määräaikaisissa työsuhteissa.

Lisääntymisen kumulatiivinen ikävaihtelu, (te Velde & Pearson 2002).



### Elintavat, paino

Elintavoilla voidaan vaikuttaa hedelmällisyyteen. Tiedetään, että aktiivinen tupakointi ja runsas alkoholin käyttö heikentävät hedelmällisyyttä (Eggert ym. 2004; Hassan ym. 2004). Noin 20 % naisista tupakoi päivittäin, määrä ei ole vähentynyt viime vuosikymmenten aikana. Miesten lisääntymisterveyden kannalta huolestuttavaa on nuorten kehonrakentajien lisääntynyt anabolisten steroidien käyttö (Koskimies 2000). Anabolisandrogeeniset steroidit vähentävät kivesten omaa steroidituotantoa, mikä johtaa siittiötuotannon heikkenemiseen ja usein jopa täydelliseen siittiöiden puuttumiseen (Huhtaniemi 1994).

Lihavuus, alipaino ja syömishäiriöt aiheuttavat naisen lisääntymisterveydelle monia ongelmia. Erilaiset kuukautishäiriöt ovat yleisiä ja nuoren ylipainoisen naisen lapsettomuuden riski myöhemmällä iällä on kolminkertainen verrattuna normaalipainoiseen naiseen (Rich-Edwards ym. 1994). Ylipainon on

todettu lisääntyneen suomalaisessa väestössä, on viitteitä siitä, että lihomis-  
taipumus alkaa jo nuoruusiällä. On esitetty, että jopa 30 prosentilla lapsetto-  
muudesta kärsivistä naisista olisi jonkin asteisia syömishäiriöitä (Allison ym.  
1988; Stewart ym. 1990). Ne ovat siis piilevä, mutta yleinen ongelma.

Miehillä hedelmättömyyttä aiheuttavat anatomiset syyt, kuten **laskeutu-  
mattomat kivekset ja kiveskohjut**. Kummassakin tapauksessa varhainen  
diagnosointi on tärkeää. Laskeutumaton kives tulee hoitaa ennen kahden  
vuoden ikää (Dunkel 2000). Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon rooli  
näiden muutosten seulomisessa ja hoitoon ohjaamisessa korostuvat.

**Ns. selittämätön lapsettomuus** on lisääntynyt tasaisesti koko 1990-luvun  
ajan. Merkittävän osan tästä noususta saattaa selittää klamydian lisääntymi-  
nen sekä muuttuneet elintavat (naisten tupakoinnin lisääntyminen, ylipaino,  
syömishäiriöt, anabolisten steroidien käytön lisääntyminen). Vuonna 2001  
oli koeputki- ja mikroinjektiohedelmöityshoidon syynä munanjohdinperäi-  
nen hedelmättömyys 23 % ja selittämätön hedelmättömyys 35 % hoidoista  
(Stakes 2003). Ennaltaehkäisevällä työllä voitaisiin todennäköisesti vähentää  
lapsettomuushoitojen tarvetta tulevaisuudessa.

### Ratkaisu- ja parannusehdotuksia

- **Klamydian seulontaa** tulisi kokeilla valikoiduissa ryhmissä kuten alle 25 -vuotiaiden ryhmässä. Klamydia on luotettavasti todettavissa virtsanäytteestä. Muutaman vuoden kuluttua seulonnan aloituksesta seulontaperiaatteet pitäisi arvioida uudelleen seurantapaikkakuntien klamydiatilastojen perusteella. Käypä hoito -ohjeisiin sekä Yleislääkärin käsikirjaan pitäisi liittää ohjeistukset klamydian seulonnasta ja sen merkityksestä.
- **Kontaktien jäljityksen tehostaminen** on tärkeää pyrittäessä vähentämään sukupuolitautilien leviämistä, mutta se vie aikaa ja siksi on vaarassa usein unohtua. Avoterveydenhuollossa on panostettava tartunnanjäljitykseen entistä enemmän.
- Nuorille pitäisi korostaa kaksoisehkäisyn merkitystä. Kondomi suojaa sukupuolitaudeilta, vaikkei olekaan pettämätön. **Kaksoisehkäisy** (kondomi sukupuolitautilien ehkäisyyn sekä hormonaalinen raskaudenehkäisy) tulee kuitenkin kalliiksi ja alle 20-vuotiaille pitäisikin pyrkiä tarjoamaan ehkäisy ilmaiseksi.
- **Kouluissa** on oltava **riittävästi seksuaalikasvatusta**, jonka on kyettävä vaikuttamaan sekä asenteisiin että käyttäytymiseen. Nuorten ja kasvattajien on oivallettava, että **hedelmällisyyden suojaaminen** on tärkeää, hedelmällinen aika on rajallinen.
- **Seksuaalineuvonnan perusvalmiudet** pitäisi omaksua jo peruskoulutuksen aikana kaikissa hoito- ja kasvatustyön ammateissa. Ammatti-ihmisten **jatkokoulutuksen** olisi oltava **säännöllistä** ja siihen pitäisi velvoittaa jokainen hoito- ja kasvatustyön ammattilainen.

## 10 Seksuaaliterveyden ja -oikeuksien edistäminen maailmanlaajuisesti

### Kansainväliset toimintaohjelmat

YK:n kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi (International Conference on Population and Development, ICPD) pidettiin Kairossa syyskuussa 1994. Konferenssissa 179 maan edustajat allekirjoittivat 20-vuotisen toimintaohjelman, joka sisälsi tavoitteita naisten aseman, sukupuolten välisen tasa-arvon, ihmisten hyvinvoinnin ja yksilöiden oikeuksien parantamiseksi. Toimintaohjelma peräänkuulutti seksuaaliterveyden ja -oikeuksien takaamista kaikille kestävän kehityksen ja ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi ja köyhyyden vähentämiseksi. Kairon toimintaohjelmassa lähtökohdaksi asetettiin ihmisoikeuksien edistäminen ja ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Kairon prosessin aikana syntyi seksuaalioikeuksien käsite, jonka keskeinen sisältö on, että jokaisella yksilöllä ja parilla on oikeus tietoisesti ja vastuullisesti päättää omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä asioista, kuten läheisten ihmissuhteiden solmimisesta, avioitumisesta, lastenhankinnasta ja ehkäisyn käytöstä (Alkio & Tuominen 2002). Ajatuksena oli, että kun parit ja yksilöt voivat vapaasti päättää ehkäisykäytöstä ja lasten lukumäärästä, johtaa se pienempään lapsilukuun ja edistää sekä perheiden että koko yhteiskunnan hyvinvointia (UNFPA 2004).

YK:n Yleiskokouksessa vuonna 2000 annetun vuosituhattulistuksen pohjalta on sovittu kahdeksasta kehityspäämäärästä (vuosituhattavoitteet, Millenium Development Goals). Vuosituhattulistuksen tärkeimpiä tavoitteita ovat äärimmäisen köyhyyden ja nälän poistaminen, HIV/aidsin leviämisen hidastaminen, odottavien äitien terveyden parantaminen sekä lapsikuolleisuuden vähentäminen, peruskoulutuksen takaaminen kaikille ja kestävän kehityksen edistäminen vuoteen 2015 mennessä. Kaikkien näiden päämäärien toteutuminen edellyttää Kairossa 1994 asetettujen tavoitteiden edistämistä ja toteutumista maailmanlaajuisesti. YK:n vuosituhattulistuksessa käsitellään paljolti samoja asioita kuin Kairon toimintaohjelmassa. Kairossa sovittu keskeinen tavoite seksuaaliterveyspalveluiden ulottamisesta kaikille vuoteen 2015 mennessä ei kuitenkaan sisälly vuosituhattavoitteisiin. Tämä on aiheuttanut huolta seksuaaliterveyden jäämisestä YK:n vuosituhattavoitteiden ulkopuolelle. Seksuaaliterveys- ja ehkäisypalveluiden saatavuus

ovat avainasemassa köyhyyden, lapsi- ja äitiyskuolleisuuden vähentämisessä, sekä HIV-tartuntojen leviämisen ehkäisyssä (UNFPA 2004, UN Millenium Development Goals).

### **Seksuaaliterveyden ja seksuaalioikeuksien nykytilanne**

Monet maat ovat panostaneet Kairon toimintaohjelman suositusten toteuttamiseen. Kun reilut kymmenen vuotta on kulunut Kairon konferenssista voidaan todeta että monissa maissa seksuaaliterveyden palvelut on otettu osaksi perusterveydenhuoltoa ja palvelujen laatua ja saatavuutta on parannettu. Naisten ja nuorten oikeuksia on edistetty ja on toimittu tehokkaammin HIV/AIDS:n leviämisen ehkäisemiseksi. Haasteita kuitenkin riittää ja varsinkin seksuaalioikeuksien paraneminen edistyy hitaasti.

### **Raskaudenehkäisy palvelut**

Koko maailman naimisissa olevien pariin ehkäisyn käyttö on noussut vuoden 1994 55 prosentista nykyiseen 61 prosenttiin. Ehkäisyn käyttö vaihtelee alueittain Afrikan noin 25 prosentista Aasian 65 prosenttiin ja Latinalaisen Amerikan sekä kehittyneiden maiden 70 prosenttiin (UNFPA 2004).

Ehkäisy palveluiden saatavuuden paranemisesta huolimatta edelleen noin 30 prosenttia kehitysmaiden naisista jää ilman luotettavaa ehkäisyä. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa luku on huomattavasti suurempi, sillä lähes puolet naisista jää ilman raskauden ehkäisyä. Tutkimusten mukaan kehitysmaissa perheiden lapsiluku ylittää säännöllisesti toivotun lapsiluvun. Köyhimmillä ihmisillä on kaikkialla maailmassa heikommat mahdollisuudet nykyaikaisen ehkäisyn käyttöön kuin paremmin toimeentulevilla. Esimerkiksi Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ehkäisynkäyttö on viisi kertaa yleisempää rikkaampien kuin köyhien naisten keskuudessa (UNFPA 2004).

Ehkäisyn käyttöä rajoittavat mm. palveluiden, ehkäisyvälineiden ja tiedon puute, palvelun tarjoajan ja yhteisön kielteiset asenteet sekä taloudelliset rajoitukset. Ehkäisyn käyttöä rajoittavat tekijät koskettavat erityisesti nuoria. Palveluiden tarve kasvaa koko ajan, koska koko väestön kiinnostus ehkäisyä kohtaan on jatkuvasti kasvanut ja uutta tietoa omaavat nuorten ikäluokat tulevat hedelmälliseen ikään (UNFPA 2003; UNFPA 2004).

## HIV/AIDS

HIV/AIDS on laajentunut kahdessakymmenessä vuodessa maailmanlaajuisesti epidemiaksi. Maailmassa on tällä hetkellä yli 40 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta, ja yli 20 miljoonaa ihmistä on kuollut AIDSiin. Vuosittain ilmenee noin 5 miljoonaa uutta HIV-tartuntaa. Monissa HIV/aidsin pahimmin koettelemisissa maissa vuosikymmenten sosiaalinen ja taloudellinen kehitys ovat vaarassa taantua huomattavasti (UNFPA 2004).

Jo Kairossa peräänkuulutettiin avointa, laaja-alaista näkökulmaa, johon kuului asiallisen tiedon jakaminen HIV/aidsista, sen seurauksista sekä taudilta suojautumisesta. Myös sosiaalisten, sukupuolisten, taloudellisten ja etnisten eriarvoisuustekijöiden vaikutukset täytyisi ottaa taudin pysäyttämisessä huomioon ja suojella HIV-tartunnan saaneiden ihmisoikeuksia. Vuonna 1999 pidetyssä Kairon seurantakokouksessa tunnustettiin HIV/aids -ongelman vakavuus ja pandemian laajuuden aiheuttamat ongelmat. Koska yli kolme neljäsosaa kaikista HIV-tartunnoista siirtyy sukupuoliteitse HIV/aidsin ehkäisyssä on ensisijaisen tärkeää, että kaikki väestöryhmät, erityisesti nuoret, saavat asiallista tietoa ja valistusta seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa ja että kondomeja on helposti saatavilla. Asiantuntijoiden mukaan edes yhdellä viidestä ihmisestä, jolla katsotaan tällä hetkellä olevan suuri riski saada HIV-tartunta, ei ole mahdollisuutta tehokkaaseen tartunnan ehkäisyyn.

HIV/aidsista on tullut yhä enenevässä määrin naisten tauti. Tällä hetkellä noin puolet kaikista tartunnan saaneista on naisia. Vuonna 1997 tämä luku oli noin 40 prosenttia. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa lähes 60 prosenttia tartunnan saaneista on naisia. Naiset ovat sekä biologisista että sosiaalisista syistä alttuimpia tartunnan saamiselle, minkä vuoksi heidän osuutensa HIV-tartunnan saaneista on kasvanut nopeasti (UNFPA 2004).

HIV/aids leviää nopeimmin Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa useissa maissa yksi neljäsosa työikäisistä ihmisistä on saanut tartunnan. Lisäksi HIV/aids leviää nopeasti myös Keski-Aasiassa, Venäjällä ja Baltian maissa. Kaikkialla tiedon ja palveluiden puute vaikeuttavat taudin ennaltaehkäisyä. Euroopan maista Virossa on väestömäärän nähden eniten todettuja HIV-tartuntoja. Virossa naisten keskuudessa eniten uusia tapauksia oli vuonna 2003 nuorten 15-19 -vuotiaiden piirissä. Itäisessä Euroopassa HIV leviää

pääasiassa suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa likaisten neulojen ja ruiskujen välityksellä. Sukupuoliteitse tapahtuvien tartuntojen osuus kasvaa kuitenkin koko ajan (UNAIDS 2004).

### **Naisten raskauden- ja synnytyksen aikainen sairastuvuus ja kuolleisuus**

Useissa kehitysmaissa raskausajan ja synnytyksen aiheuttamat komplikaatiot muodostavat edelleen merkittävimmän kuolinsyyn lisääntymisiässä olevien naisten keskuudessa. Tällä hetkellä arvioidaan vuosittain yli 500 000 naisen kuolevan raskauden- ja synnytyksen aiheuttamiin komplikaatioihin. 99% äitiyskuolemista tapahtuu kehitysmaissa. Korkeimmat äitiyskuolleisuusluvut ovat Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa ja eräissä Aasian maissa, joissa äitiyskuolleisuus on paikoin jopa yli 1000 sataa tuhatta synnytystä kohden. Luku on noin tuhatkertainen teollisuusmaihin verrattuna. Lisäksi äitiyskuolemat muodostavat vain ”jäävuoren huipun”, sillä jokaista äitiyskuolemaa kohden noin 30 naista kärsii raskauden ja synnytyksen aiheuttamista lyhyt- ja pitkäaikaisista vammoista ja sairauksista (UNFPA 2004).

Noin 90 % äitiyskuolemista voitaisiin estää. Siksi niiden esiintyminen yhä edelleen tässä mittakaavassa on anteeksiannattamaton. Äitiyskuolleisuuden syyt nivoutuvat monenlaisiin sosiaalisiin, kulttuurisiin ja taloudellisiin tekijöihin, joista monet liittyvät köyhyyteen, naisten alhaiseen asemaan ja heikkoon koulutustasoon yhteiskunnassa. Mahdollisuus seksuaalivalistuksen saamiseen, ehkäisypalveluiden käyttöön ja turvalliseen raskauden keskeytykseen ovat keskeisiä ennaltaehkäisevinä toimina. Kaikille naisille tulee olla tarjolla terveystalvueluita perusterveydenhuollosta aina asianmukaiseen sairaalahoitoon asti. Samoin äitiysneuvolapalvelut sekä ammattitaitoisen henkilön apu synnytyksessä (kättilö tai lääkäri) on voitava taata kaikille naisille.

Viides YK:n vuosituhattavoite ”*Odottavien äitien terveyden parantaminen*” tähtää naisten raskaudenaikaisen ja synnytyksiin liittyvän kuolleisuuden vähentämiseen kolmella neljäsosalla vuoteen 2015 mennessä. Vuoteen 2004 mennessä äitiyskuolleisuus ei ole maailmanlaajuisesti laskenut lainkaan, vaan on päinvastoin joissakin maissa jopa noussut. Vuosituhattavoitteista äitien terveyttä koskeva tavoite on ainut, jonka toteuttamisessa ei olla edistytty. Riittävien resurssien saaminen seksuaaliterveyspalveluille ja naisten aseman parantamiselle vaatii ennen muuta laajaa poliittista tahtoa. Poliittisista

päätöksistä riippuu, annetaanko tämän estettävissä olevan tragedian jatkua (UNFPA 2004, UN Millenium Development Goals).

### **Seksuaaliterveystilanne Suomen lähialueilla**

Suomen lähialueilla ja Itäisessä Euroopassa seksuaaliterveyden tilanne on vaikea. Suunnittelemattomia raskauksia on runsaasti, koska ehkäisypalveluita ja nykyaikaisia, luotettavia ehkäisymenetelmiä ei ole tarpeeksi hyvin saatavilla. Monissa maissa raskaudenkeskeytystä käytetään yhä ehkäisymenetelmänä. HIV/aids ja tarttuvat taudit leviävät nopeasti. Viime vuosina uutena ilmiönä on noussut esiin ihmiskauppa – prostituution ja laittoman työvoiman liikkuminen myös Suomen alueilla.

Seksuaaliterveyden edistämisen ja erityisesti nuorten terveyden edistämisen kaikilla Suomen lähialueilla tulee saada prioriteettiasema kansainvälisessä työssä. Erityisen tärkeää on keskittyä HIV/aids ja seksitautien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Se tarkoittaa kaikkien väestöryhmien ja erityisesti nuorison terveyteen ja sosiaalisiin elämäntapoihin liittyvää muutostyötä, uusien tartuntojen ehkäisyä ja jo syntyneiden tartuntojen asianmukaista hoitoa. Lähialueilla on tärkeää pyrkiä vahvistamaan toimintoja, joilla julkinen sektori ja järjestöt/vapaaehtoistyö edistäisivät yhdessä riskitöntä seksikäyttäytymistä ja kaikkien kansanryhmien tietoisuutta HIV/aidsista ja seksuaaliterveydestä. Työmenetelminä tärkeitä ovat terveystasvatus, ehkäisyneuvonta, koulukampanjat ja nuorten asenteisiin vaikuttava työ. Yksi merkittävä toiminta-alue on järjestötyön kehittäminen myös terveystasvatuksen ja seksuaaliterveyden alueella.

## **Kehittämiskohdat Suomen kannalta: Kehitysavun nostaminen ja suuntaaminen**

Suomi on sitoutunut nostamaan julkisen kehitysavun YK:n suosittelemalle 0,7%:n tasolle vuoteen 2010 mennessä. Tämän tavoitteen saavuttaminen on tärkeää, mutta kehitysavun laatu ja suuntaaminen ovat yhtä oleellisia. Seksuaaliterveyden ja -oikeuksien edistäminen on tärkeää priorisoida korkealle. Suomessa on paljon omaa kokemusta ja osaamista seksuaaliterveyden edistämisestä, erityisesti nuorten seksuaalikasvatuksesta.

Tällä hetkellä seksuaaliterveys on ollut Suomen kehitysyhteistyössä hyvin esillä periaatetasolla. Käytännön kehitysyhteistyöhankkeissa ja ohjelmissa seksuaaliterveys on mukana erityisesti järjestöjen hankkeissa, kahdenvälisissä terveyshankkeissa ja lähialueyhteistyössä.

Suomi tukee myös kansainvälisiä ja kansallisia seksuaaliterveysalan järjestöjä. YK:n väestörahassto UNFPA on tärkein järjestö, joka toimii kehitysmaissa maailmanlaajuisesti yhdessä maiden hallitusten kanssa seksuaaliterveyden edistämisessä. Suomi on UNFPA:n tärkeä rahoittajamaa. Suomi tukee Kansainvälistä perhesuunnittelujärjestöjen liittoa (IPPF), jolla on jäsenjärjestöjä ympäri maailman. Monissa kehitysmaissa juuri perhesuunnittelujärjestöt ovat avainasemassa seksuaaliterveyden edistämisessä.

Suomen kannalta olisi jatkossa tärkeää panostaa aiempaa enemmän seksuaaliterveyden edistämiseen myös Suomen lähialueilla sen lisäksi, että se jatkaa alan järjestöjen tukemista. Suomen tulisi pitää seksuaaliterveyskysymyksiä esillä myös Euroopan Unionin terveyspolitiikassa ja -ohjelmissa.

## 11 Yhteenveto seksuaaliterveyspoliittisista parannusehdotuksista

- Seksuaaliterveys mahdollistuu vasta sitten, kun ihmiset saavat toteuttaa seksuaalioikeuksiaan (WHO, 2002). Seksuaalioikeudet tulee huomioida lainsäädännössä ja tukea eri ryhmiin kuuluvien ihmisten sosiaalista ja seksuaalista tasa-arvoa. Hyvänä välineenä tässä työssä on yleisen seksuaalisen suvaitsevaisuuden edistäminen julkisen tiedottamisen ja keskustelun kautta.
  - o Perusoikeuksia ovat jokaisen oikeus päättää omasta seksuaalielämästään ja lasten hankinnasta sekä oikeus seksuaalisuuteen liittyviin tietoihin ja palveluihin.
  - o Erityishuomio on kiinnitettävä vammaisiin ja maahanmuuttajiin sekä väestöryhmiin, joilla on suuria sosiaalisia vaikeuksia parisuhteen solmimisessa.
- Koko ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa tulisi suunnitella ja kehittää valtakunnan tasolla. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi tarvittaisiin laki ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta ja valtakunnallisesti määritelty vastuutaho.
  - o Kuntien peruspalveluiden uusiminen kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä on tarpeen seksuaaliterveyspalveluiden saatavuuden turvaamiseksi.
  - o Seksuaaliterveyspalveluille on luotava laatukriteerit ja laadunvarmennusjärjestelmä.
- Koulutus
  - o Seksuaalineuvonnan perusvalmiudet pitäisi omaksua jo peruskoulutuksen aikana kaikissa hoito- ja kasvatustyön ammateissa.
  - o Ammatti-ihmisten jatkokoulutuksen olisi oltava säännöllistä ja siihen pitäisi velvoittaa jokainen hoito- ja kasvatustyön ammattilainen. Myös muiden ammattilaisten, kuten seksuaalirikoksia tutkivien poliisien koulutukseen olisi saatava asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta ja tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja -tilanteista.
  - o Seksuaaliterveyden virtuaaliopetus on alkamassa. Sitä pitää laajasti hyödyntää ja kehittää edelleen.
  - o Kohdennettua koulutusta tarvitaan erityisalojen osaamiseen.

- Nuorison seksuaaliterveyttä voidaan edistää seksuaalikasvatuksen keinoin ja sen tukena tarvitaan nuorille suunnattuja korkeatasoisia seksuaaliterveyspalveluja. Seksuaaliopetukselle on saatava riittävä, vakiintunut osuus terveystiedon opetuksesta. Koululla avainasemassa olevien kouluterveydenhoitajien resurssit on turvattava.
  - Kouluterveydenhuoltoa pitää kehittää niin, että se toimii keskeisimpänä nuorten terveyspalvelujen tarjoajana. Koululääkärin päätoiminen ammatti on palautettava.
  - Koulujen terveyskasvatuksen tulee sisältää korkeatasoista opetusta seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä. Seksuaaliopetuksen lisäksi useat oppilaat tarvitsevat yksilöllistä tukea ja neuvontaa, jonka antamisessa kouluterveydenhuolto on avainasemassa. Kouluterveydenhuollon pitää siksi toimia kiinteässä yhteistyössä terveyskasvatusta antavien opettajien kanssa. Tuetaan malleja puhua seksuaalisuudesta ihmisen itsetuntoa ja minäkuvaava vahvistavana voimavarana.
  - Seksuaalikasvatuksen on annettava rakenneosio käsitykselle omasta itsestä: olenko riittävä, hyvä ja arvokas –suojaamisen arvoinen, potentiaalinen partneri. Jokaisessa ikävaiheessa pitää antaa tietoa itsemääräämisoikeudesta, oman ja toisten kehon arvosta, sekä siitä, miten suojautua väkivallalta ja hyväksikäytöltä.
  - Nuorten ja kasvattajien on oivallettava, että hedelmällisyyden suojaaminen on tärkeää ja hedelmällinen aika on rajallinen.
  - Nuorten suunnittelemattomia raskauksia ja tautitartuntoja voidaan tehokkaasti ehkäistä parantamalla nuorten ehkäisyn käyttöä. Valistustyön lisäksi tähän voidaan vaikuttaa ehkäisyvälineiden hinnoilla. Esitämme, että ehkäisypillerit ja kondomit myönnettäisiin niitä tarvitseville alle 20-vuotiaille nuorille veloitusetta muiden pohjoismaiden tapaan.
  - Klamydian seulontaa kannattaisi kokeilla valikoiduissa ryhmissä, esimerkiksi alle 25-vuotiaiden parissa. Koulujen rokotusohjelmaan otetaan mukaan HPV rokote mahdollisimman pian.

- Tarvitaan riittävät resurssit, jotta voidaan vastata kansalaisten tarpeisiin seksuaalineuvonnassa, -terapiassa, -hoidossa ja muissa seksuaaliterveyspalveluissa. Palveluiden riittävä laatu ja kohtuullinen kustannustaso on turvattava.
  - Järjestöt korjaavat toiminnallaan monia julkisen palvelujärjestelmän puutteita. Niiden toiminnalle on luotava nykyistä turvatumpi pohja joko valtion budjetin tai Raha-automaattiyhdistyksen tuen kautta. Se mahdollistaisi myös maksuttomat seksuaaliterveyspalvelut erityisen vaikeassa asemassa oleville väestöryhmille.
  - Eri alojen ammattilaiset ovat olleet viime vuosina erityisen aktiivisia hankkimaan seksologista erikoistumiskoulutusta. Tämä tulisi huomioida luomalla heille julkiseen palvelujärjestelmään seksologian alan virkoja ja antamalla heille lisää vastuuta alan palveluiden organisoinnista. Yleisen seksologiaan erikoistumisen rinnalle on saatava kohdennettua koulutusta, joka antaa valmiuksia erikoistua vaikkapa seksuaalista väkivaltaa kokeneiden ihmisten palveluihin.
  - Vammaisten ja maahanmuuttajien asiointia pitää helpottaa terveydenhuollon toimipisteissä, esim. maahanmuuttajille suunnatut seksuaaliterveysneuvonta sekä -palvelut.
  - Maahanmuuttajille ja vammaisille suunnatussa materiaalissa tulisi erityisesti huomioida mahdollinen perustiedon puute sekä aikuisten että nuorten keskuudessa. Materiaalin tulee olla selkokielistä ja opetusmenetelmien toiminnallisia, jotta tieto tulisi ymmärretyksi.
  - Seksuaali- ja sukupuoliisuuden moninaisuus on huomioitava seksuaaliterveyspalveluissa ja hoitotyössä.
  - Seksuaaliterveyden neuvonnan ja hoidon pitää soveltua myös ikäihmisille. Tällä hetkellä heidän palvelunsa ovat erityisen puutteellisia. Sairauksien ja hoitotoimenpiteiden seksuaaliselle toimintakyvylle aiheuttaminen vaikutukset tulee tunnistaa ja ottaa ne huomioon asiakas- ja potilastyössä

- Tarvitaan keskustelua, yhteistyötä ja tutkimusta median vaikutuksista.
  - Suojautumiskeinot informaatiotulvalta.
  - Median käyttöä seksuaaliterveyden edistämiseen tulee lisätä. Media voi paljastaa, tiedottaa ja sitä kautta parantaa ja edistää seksuaalisia perusoikeuksia ja seksuaaliterveyttä.
- Seksologista tutkimusta on tuettava ja sen tuloksia on sovellettava ammatillisen seksologian kehittämiseen. Seksologinen tietovaranto luo lujan pohjan seksuaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi.
- Kaikissa eri terveydenhuollon toimipisteissä tarvitaan ammattitaitoa kohdata seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön uhreja akuuttitilanteissa ja myöhemmissäkin vaiheissa.
  - Oikeuslaitoksen tuomareille ja asianajajille tarvittaisiin koulutusta seksuaalisen väkivallan vaikutusten ymmärtämiseksi, mikä puolestaan auttaisi tuomareita yhdenmukaisuuteen tuomiolinjauksissaan.
  - Oikeuslääketieteelliset näytteet pitäisi voida luotettavasti ottaa valtion kustannuksella missä terveydenhuollon toimipisteessä hyvänsä, yksityisetkin toimipisteet mukaan lukien.
- Suomi on sitoutunut nostamaan julkisen kehitysavun YK:n suosittelemalle 0.7 prosentin tasolle. Seksuaaliterveyden ja seksuaalioikeuksien edistäminen on luontevaa priorisoida korkealle. Se on sukupuolten tasa-arvon edistämistä, joka taas on yksi Suomen kehitysyhteistyön päätavoitteista.
  - Etenkin lähialueyhteistyössä on panostettava seksuaaliterveyden parantamiseen ja varsinkin HIV -tartuntojen vähenemiseen.

## 12 Väestöliiton tulevaisuuden haasteita

Seksuaaliterveyteen liittyvien haasteiden moninaisuuden vuoksi tässä ohjelmassa tehtiin tietoisia rajauksia ja valintoja. Poisjätettyjen teemojen lista on varsin pitkä. Toisaalta yhteiskunnan nopeatkin muutokset tuovat uusia haasteita, joiden ennustaminen on vaikeaa. Väestöliiton tulisi kyetä vastaamaan niihin omassa toiminnassaan. Väestöliiton pitäisi seksuaaliterveyspoliittisena vaikuttajana olla epäkohtien esille nostajan ja keskustelun avaajan sekä aloitteiden tekijän, muttei suinkaan kaikkien ongelmien hoitajan tai ratkaisijan roolissa.

Seksuaaliterveystutkimuksen tarpeellisuus on kiistämätön kaikilla seksuaaliterveyden osa-alueilla, sillä tietoyhteiskunnassa toimintaratkaisujen on perustuttava tutkittuun tietoon. Yhteistyö on myös tulevaisuuden toiminnan avainsana. Terveyttä kaikille 2015 -kansanterveysprojekti, sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen terveysohjelma ja muut yhteiskunnassamme vireävät suunnitelmat vaikuttavat toki Väestöliitonkin tehtäviin. Elävä yhteys päättäjiin antaa vaikutusmahdollisuuksia suunniteltaessa kansallisten projektien sisältöjä ja seksuaaliterveyden osa-alueiden huomioimista niissä. Väestöliiton tulee elää ajan hermolla, yhteistyökykyisenä, mieli avoinna ja herkkänä, tasavertaisuuden puolestapuhujana. Perheiden hyvinvoinnin edistäminen kokonaisuudessaan, parisuhteen vuorovaikutuksen tukeminen sekä miesten hyvinvointiin panostamisen tulee jatkossakin olla esillä.

Suomalaisessa yhteiskunnassa on monia seksuaalisuuteen liitettyjä, normittavia tabuja. Ikääntyvän väestöosan tarpeet korostuvat ja heidän seksuaalisuutensa tabujen murtamisessa Väestöliitolla voisi olla tärkeä rooli yhdessä ikääntyvien parissa työskentelevien tahojen kanssa. Toisaalta myös nuorten miesten ja naisten asioihin perehtynyttä asiantuntijuutta ja konkreettista vastaanottotoimintaa tunnutaan kaipaavan.

Viime aikojen parannukset ovat edistäneet seksuaalisten vähemmistöjen asemaa. Työtä tarvitaan edelleenkin esimerkiksi erilaisissa perhemuodoissa elävien lasten oikeuksien ja perhemuotojen yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Laajojen väestöllisten seksuaaliongelmien kentästä nousevat haasteiksi

paitsi kumppanittomuuteen liittyvät, myös seksuaaliseen hyvinvointiin heijastuvat vuorovaikutusongelmat, joihin voidaan vaikuttaa kohdennetulla valistuksella, neuvonnalla ja terapialla. Seksuaalikasvatuksen, -neuvonnan ja -terapian asiantuntijoiden koulutukseen tarvitaan resursseja ja tutkimustyötä. Väestöliitto voi tehdä yhteistyötä ja antaa asiantuntemusta esimerkiksi seksuaaliterveyden virtuaalipetukseen, mitä esim. ammattikorkeakoulujen puitteissa on jo toteutettu. Yhteistyö joukkotiedotusvälineiden kanssa saavuttaa laajoja väestönsosia. Väestöliiton eri toimialueilla paikallisten tarpeiden pohjalta ideoidut yleisöluennot tulevat kuitenkin lähemmäs kuulijoita. Seksuaaliterveyden ja lapsettomuuden asiantuntijoiden välillä tulee tietoisesti panostaa yhteistyön kehittämiseen ja syventämiseen. Väestöliitto pyrkii luomaan mallitoimintoja seksuaaliterveyskentän erilaisiin kysymyksiin ja näin myöskin vahvistamaan ja ylläpitämään omaa asiantuntijuuttaan.

Väestöliitolla on jo pitkään ollut yhteistyötä kansainvälisillä foorumeilla ja nimenomaan kehitysmaissa naisen aseman, seksuaalioikeuksien ja aidsin vastustamistyön tukemiseksi. YK:n yleiskokouksen vuosituhatjulistuksessa on asetettu tavoitteeksi nälän ja köyhyyden poistaminen sekä seksuaaliterveyden että seksuaalioikeuksien parantaminen tasa-arvon periaatteella. Näillä periaatteilla Väestöliiton on helppo jatkaa ja syventää kehitysmaatyoiskentelyään, mutta samat elementit ovat keskeisiä lähialueillammekin. Suomen ja laajentuneen EU:n suuriksi haasteiksi ovat nousemassa Itä-Euroopan ja Suomen lähialueiden terveysongelmat HIV:n, muiden sukupuolitautien ja tuberkuloosin vuoksi. Väestöliiton on oltava mukana yhteistyössä EU:n kanssa ja hyödyntää myös omissa projekteissaan EU:n tarjoamia rahoitusmahdollisuuksia. Pohjoismaisen yhteistyön merkitystä ei tule unohtaa. Globalisaation tai muiden kansainvälisten muutosten tuomat haasteet jäävät puolestaan nähtäväksi tulevaisuudessa.

## Kiitokset

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman laatimistehtävä osoittautui varsin vaativaksi projektiksi. Yhtäältä piti luoda suuntaviivoja talon sisäiselle toiminnalle, mutta toisaalta pyrkiä huomioimaan yhteiskunnallisia seksuaaliterveyspoliittisia haasteita ja konkreettisia vaikutusmahdollisuuksia niihin. Väestöliiton koko henkilökunta oli ennen ohjelmaan paneutumista käynyt perusteellisesti läpi liiton tulevaisuuden visiot, arvot ja eettiset periaatteet. Ne olivat osviittoina tämän ohjelman suunnittelussa. Laajemman tietopohjan saamiseksi järjestettiin 19.8.2003 asiantuntijaseminaari pohtimaan nykytilanteen haasteita ja ongelmien ratkaisuja. Seminaariin osallistui edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä, Stake-sista, ASPA - asumispalvelusäätiöstä, Invalidiliitosta, Setasta, Sexposta, Helsingin ja Tampereen yliopistoista, Helsingin poliisista, Tampereen ja Turun ehkäisyneuvoloista, Lohjan nuorisoneuvolasta sekä HUS:n sosiaalipediatrian yksiköstä että nuorisovastaanotolta. Myös nuorisosiainkeskus Luotsi oli lähettänyt edustajiaan paikalle. Kaikkiaan 38 asiantuntijan kokoontuminen osoitti, että Väestöliitolla on työssään paljon hyviä yhteistyökumppaneita ja ystäviä.

Seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman laatimiseksi perustettiin Väestöliiton hallituksen toimesta työryhmä joulukuussa 2002. Puheenjohtajaksi kutsuttiin allekirjoittanut. Talon ulkopuolelta työryhmää täydensivät asiantuntijuudellaan ASPA -säätiön (Vammaisten asumispalvelusäätiö) kehittämispäällikkö Marjaliisa Wahtera, Jorvin sairaalan ylilääkäri Juhani Toivonen ja Lukiolaisen liiton varapuheenjohtaja Mica Virtanen. Kätilölehden päätoimittaja Mervi Parviainen edusti hallitusta. Väestöliiton edustajina olivat Seksuaaliterveysklinikalta erikoissairaanhoidtaja Pia Brandt, erikoislääkäri Elina Hermansson ja ylilääkäri Dan Apter, joka toimi myös työryhmän varapuheenjohtajana. Lapsettomuushoitoklinikoita edusti Turusta ylilääkäri Tuula Penttilä, Kehitysyhteistyöosastoa asiantuntijalääkäri Pirkko Kiviluoto ja Väestöntutkimuslaitosta erikoistutkija Osmo Kontula. Ansioituneena ja ihailtavan kärsivällisenä sihteerinä toimi Väestöliiton tiedottaja Mari Pakarinen. Työryhmän ulkopuolelta saimme arvokasta apua Väestöliiton Kehitysyhteistyöosastolta Jenni Tuomiselta, Hellevi Hatuselta, Paula Alkiolta ja Johanna Sarliolta. Kotipuu-projektin Anne Alitolppa-Niitamon asiantuntemusta tarvittiin erityisesti maahanmuuttajien problematiikkaa pohdittaessa.

Kaikille työskentelyssä mukana olleille esitän lämpimän kiitokseni. Asiantuntijaseminaariin osallistuneille erityiskiitos uhratusta ajasta ja asiaan paneutumisesta. Työryhmäläisiä kiitän ajoittain tulisieluisestakin keskustelusta ja ponnekkaasta mielipiteiden vaihdosta.

Pirkko Brusila,  
työryhmän puheenjohtaja, silloisen hallituksen varapuheenjohtaja,  
naistentautien erikoislääkäri.

## Kirjallisuusviitteet

- Aalberg, V. & Siimes, M. A. 1999. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi ja mieheksi. Helsinki: Nemo.
- Alkio, P. & Tuominen, J. (toim.). 2002. Seksuaalioikeudet osana ihmisoikeuksia. Helsinki: Väestöliitto. Väestöliiton väestötietosarja 11.
- Allison, S. & Kalucy, R. & Gilchrist, P. & Jones, W. 1988 Weight preoccupation among infertile women. *International Journal of Eating Disorders* 7(6):743-8.
- Dunkel, L. Sukupuolinen kehitys. 2000. Teoksessa Välimäki, M. & Sane, T. & Dunkel, L. (toim.). *Endokrinologia*. Helsinki: Duodecim. s. 91-508.
- Eggert, J. & Theobald, H. & Engfeldt, P. 2004. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertility and Sterility* 81(2):379-383.
- Gibbs, N. 2002. Making time for a baby. *Time* 159(15), April 15.
- Grunseit, A. & Kippax, S. 1997. Sexuality education and young people's sexual behavior: a review of studies. *Journal of Adolescent Research* 12(4):421-454.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2003. Sexual trends in the Baltic Sea Area. Helsinki: The Population Research Institute, Väestöliitto, The Family Federation of Finland. Publications of the Population Research Institute, Series D41.
- Hassan, M. A. M. & Killick, S. R. 2004. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility* 81(2):384-392.
- Heiskanen, M. & Püspa, M. 1997. Usko, toivo, hakkaus: kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus. s. 11-15. Oikeus:12.
- Honkatukia, P. & Niemi-Kiesiläinen, J. & Näre, Sari. 2000. Lähentelyistä raiskauksiin: tyttöjen kokemuksia häirinnästä ja seksuaalisesta väkivallasta. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisotutkimusseura.. Julkaisuja/Nuorisotutkimusseura, 13.
- Huhtaniemi I. 1994. Anabolisten steroidien käyttöön liittyvät terveysvaarat. *Duodecim* 110(10):1020-8.
- IPPF (International Planned Parenthood Federation). 1995. IPPF Charter on sexual and reproductive rights. London. Hyväksytty 1995 ja painettu 1996.
- Kansanterveyslaitos. 2003. Tartuntatautirekisteri [1.8.2003].  
Saataavissa: <http://www.ktl.fi/ttr/>
- Kidd, S. A. & Eskenazi, B. & Wyrobek, J. 2001. Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. *Fertility and Sterility* 75(2):237-48.
- Klemetti, R. 2003. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Luoto, R. & Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.). *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino. s.113-23.
- Kontula, O. 1997. Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995-1996. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:3.
- Kontula, O. & Cacciatore, R. & Apter, D. & Bildjuschkin, K. & Törhönen, M. & Koski, S. & Tiilo, L. 2001. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 11/2001.
- Kontula, O. 2003. Trends in teenage sexual behaviour, pregnancies, sexually transmitted infections and HIV infections in Europe. Teoksessa Bajos, N. & Guillaume, A. & Kontula, O. *Reproductive health behaviour of young Europeans. Volume 1*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. s. 77-137. *Population Studies*, No. 42.
- Kontula, O. 2004. *Reproductive health behaviour of young Europeans. Volume 2: the role of education and information*. Strasbourg: Council of Europe. *Population studies*, No. 45.

- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. (toim.). 1993. Suomalainen seksi: tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Helsinki: WSOY.
- Kontula, O. & Lottes, I. (toim.). 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi. Studia.
- Koskimies, A. 2000. Miehen hedelmättömyys. *Duodecim* 116(18):1954-60.
- Kosunen, E. & Rimpelä, M. & Liinamo, A. & Jokela, J. 2000. Suomalaisten nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutokset 1990-luvun lopulla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37(4):273-282.
- Kosunen, E. 2004. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Teoksessa Kosunen, E. & Ritamo, M. (toim.) *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*. Helsinki: Stakes. s.46–59. Raportteja 282.
- Liikamaa, P. 2001. Ehkäisevä terveydenhuolto näivettymässä. Saatavissa Dialogin verkkosivuilla: <http://www.stakes.fi/dialogi/01/dia20012/201005.htm>
- Liinamo, A. & Rimpelä, M. & Kosunen, E. & Jokela, J. 2000. Seksuaaliopetuksen muutokset peruskoulujen yläasteilla 1995-1998. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37(1):53-63.
- Lindberg, Marjut. 2004. Ehkäisevä terveydenhuolto lähes loppunut kunnissa. *Helsingin Sanomat* 23.1.2004.
- Luoto, R. & Kinnunen, T. I. & Koponen, P. & Kaaja, R. & Männistö, S. & Vartiainen, E. 2004. Naisten lisääntymisterveys Suomessa: tuloksia FINRISKI 2002 -tutkimuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 59(9):885-890.
- McLeod, A. 2001. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *British Medical Journal*. 323(7306):199-203.
- Mustonen, A. & Pulkkinen, L. 2003. Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta, teknologian arviointeja 14. Eduskunnan kanslian julkaisu 1/2003.
- Notkola, I-L. 1995. Uutta tietoa hedelmättömyyden yleisyydestä. *Suomen Lääkärilehti* 50(8):865-70.
- Nurmi, Tuulikki. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja: seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 13/2000.
- Nygren, K. G. & Andersen, A. N. 2002. Assisted reproductive technology in Europe, 1999: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* 17(12):3260-74.
- Paajanen, Pirjo. 2002. Saako haikara tulla käymään? Suomalaisten lastenhankinnan ihanteet ja todellisuus. *Perhebarometri 2002*. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 14/2002.
- Paavonen, J. Gynekologiset infektiot. 2001. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim. s. 280-96.
- Pihnalä, M. & Tynkkynen, A. (toim.). 1995. Naisellisesti vammaisuudesta. Helsinki: Invalidiliitto.
- Rantala, M. L. & Koskimies, A. I. 1986. Infertility in women participating in a screening program for cervical cancer in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 65(8):823-5.

- RAP-kansio: Raiskatun Akuuttiapu Projekti -kansio, joka on tehty Väestöliiton asiantuntijoiden toimesta yhdessä viranomaistahojen, Stakesin ja muiden asiantuntijoiden kanssa. 2002. Se on yksityiskohtainen ohjeistus terveydenhuollon toimipisteisiin ohjeeksi raiskatun akuutihoidosta ja oikeuslääketieteellisestä tutkimuksesta. Kansio on saatavissa osoitteesta: [http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/rap-raiskatun\\_akuuttiapu/](http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/rap-raiskatun_akuuttiapu/)
- Rich-Edwards, J. W. & Goldman, M. B. & Willet, W. C. & Hunter, D. J. & Stampfer, M. J. & Colditz, G. A. & Manson, J. E. 1994. Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171(1):171-7.
- Rimpelä, M. 1995. Hedelmällisyyden edistäminen terveydenhuollon haasteena. *Suomen Lääkärilehti* 50(8):845-6.
- Sihvo, S. & Gissler, M. & Närhi, U. & Kosunen, E. & Hemminki E. 2003. Vähensikö jälkikiehkäisyn reseptivapaus raskauden keskeytyksiä? *Suomen Lääkärilehti* 58(22):2454-5.
- Stakes. 2000. Kauppinen, S. & Sariola, H. & Taskinen, S. 2000. Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö: sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tulleet hyväksikäyttöepäilyt 1.5.1998 – 30.4.1999. Helsinki: Stakes. Tilastoraportti 5/2000.
- Stakes. 2003. Lisäntyminen. Helsinki: Stakes. [1.8.2003].  
Saatavissa: <http://www.stakes.info/2/1/index.asp>
- Stakes. 2003. Hedelmöityshoito-tilastot 2001 ja ennakkotiedot 2002 – tilastotiedote 7/2003. Helsinki: Stakes. [17.4.2003].  
Saatavissa: [http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt\\_07\\_03.pdf](http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt_07_03.pdf)
- Stakes. 2005. Pohjoismaiset synnytystilastot 2004 (Suomen taulukot). Saatavissa: <http://www.stakes.info/2/1/2,1,1.asp> [12.10.2005].
- Stewart, D. E. & Robinson, G. E. & Goldbloom, D. S. & Wright, C. 1990. Infertility and eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163(4 Pt):1196-7.
- STM. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan mietintö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 2001:7
- STM. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:3.
- Taskinen, S. 2003. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Helsinki: Stakes Oppaita 55.
- te Velde, E. R. & Pearson P. L. 2002. The variability of female reproductive ageing. *Human Reproduction Update*. 8(2):141-54
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1989. Erotiikka ja terveys. Helsinki: Lääkintöhallitus. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tilastot ja selvitykset 4/1989.
- Tilastokeskus. 2004. Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus = foreigners and international migration 2003. Helsinki: Tilastokeskus. Väestö 6/2004.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2004. Global summary of the HIV and AIDS epidemic, June 2004. Saatavissa: [http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004\\_html/ExecSummary\\_en/Execsumm\\_en.pdf](http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/ExecSummary_en/Execsumm_en.pdf)  
<http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epicorejuly2004.asp>
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2003. UNFPA State of World Population 2003. Saatavissa: <http://www.unfpa.org/> -> Publications.

- UNFPA (United Nations Population Fund). 2004. UNFPA State of World Population 2004. Saatavissa: <http://www.unfpa.org> -> Publications.
- UN Millenium Development Goals Report 2005. Saatavissa: [http://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG\\_Book.pdf](http://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG_Book.pdf) [13.1.2006].
- WAS (World Association of Sexual Health). 1999. Declaration of sexual rights. Saatavissa: [http://worldsexology.org/about\\_sexualrights.asp](http://worldsexology.org/about_sexualrights.asp) [27.12.2005].
- Viemerö, Vappu. 2001. Utsatta och hjälplösa: våld mot handikappade kvinnor är vanligare än många tror. Meddelanden från Åbo Akademi 16:10-11.
- WHO (World Health Organization). 2004. Definitions: Sexual health, sexuality, sexual rights. Progress in Reproductive Health Research, No. 67, 2004, p. 3. Saatavissa myös: <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>